



HAL
open science

L'intérêt de l'enveloppement humide chez un enfant présentant des troubles majeurs de la relation

Nathalie Arribes-Aubree

► **To cite this version:**

Nathalie Arribes-Aubree. L'intérêt de l'enveloppement humide chez un enfant présentant des troubles majeurs de la relation. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02075011

HAL Id: dumas-02075011

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02075011>

Submitted on 21 Mar 2019

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.

Médecine Sorbonne Université
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Bd de l'Hôpital
75364 Paris cedex 14



**L'intérêt de l'enveloppement humide chez
un enfant présentant des troubles majeurs
de la relation**

Mémoire présenté par Nathalie ARRIBES-AUBREE
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricien

Référents de mémoire :

Laetitia Prey

Stéphanie Plommet

Session juin 2018

REMERCIEMENTS

Je remercie Dimitri pour avoir participé à l'élaboration de ma clinique.

Je remercie vivement mes maîtres de stage et référentes de mémoire Laëtitia et Stéphanie qui m'ont accompagnée tout au long de la rédaction de ce mémoire qui s'annonçait laborieux. Merci pour leurs précieux conseils, leur professionnalisme et tout ce qu'elles m'ont apporté au cours de mon stage.

Merci également à Stéphanie H. pour son écoute attentive et ses conseils avisés.

Un immense merci à ma famille et à mes amis qui m'ont soutenue, de près ou de loin, dans l'élaboration de cet écrit et de sa relecture.

Merci à toutes mes amies avec qui je suis retournée sur les bancs de l'école pendant trois ans.

Enfin merci à mon mari et mes enfants qui m'encouragent depuis le début de cette formation.

" Ce qu'il y a de plus profond chez l'homme, c'est sa peau ".

Paul Valéry

SOMMAIRE

INTRODUCTION	7
PARTIE THEORIQUE.....	9
I- ENVELOPPES ET CONTENANCE	9
1- L'enveloppe corporelle.....	9
1-1 L'enveloppe sensorielle.....	10
1-2 L'enveloppe tactile.....	11
1-3 L'enveloppe sensori-tonique.....	12
2- L'enveloppe psychocorporelle	14
2-1 Le Moi-peau	14
2-2 Constitution du Moi-peau.....	16
3- L'enveloppe psychique et ses propriétés.....	17
3-1 Les trois feuillets de l'enveloppe psychique	17
3-2 Les qualités et fonctions de l'enveloppe psychique	18
4- Une notion de contenance.....	18
4-1- Les fonctions de contenance	19
4-2- La fonction alpha de Bion	20
4-3- Le sentiment de continuité d'existence.....	21
II- DES ENVELOPPES PSYCHO CORPORELLES DEFAILLANTES	22
1- Un Moi-peau perturbé	23
1-1 Une fonction contenante fragilisée	23
1-2 Des repères spatio-temporels désorganisés.....	24
2- Comment pallier la contenance ?	25
2-1 Des modalités toniques protectrices	26
2-2 Des auto stimulations sensorielles	26
3- Défaut d'introjection et seconde peau musculaire.....	27
4- Les thérapies à médiations corporelles	28
4-1 Les enveloppements secs	28
4-2 Les bains thérapeutiques avec enveloppement	29
4-3 Les enveloppements humides	30
III- ORIGINE DES HYDROTHERAPIES	31
1- Histoire des enveloppements humides	31

1-1 Origine des hydrothérapies	31
1-2 Sédation et alternative à la contention	34
1-3 Introduction de la dimension relationnelle	35
2- Déroulement d'un enveloppement type	36
2-1 Le protocole	37
2-2 L'intérêt du packing	38
2-3 Les manifestations corporelles engendrées par le packing	38
I-REPERES INSTITUTIONNELS	40
1- Présentation du lieu de stage	40
1-1 Les patients et les différentes missions de soin.....	40
1-2 Les différents types d'hospitalisation	41
1-3 Le dossier médical du patient	41
2- La place de la psychomotricité.....	42
2-1 Au sein du service intra hospitalier.....	42
2-2 Les propositions de prises en charge.....	43
II- ETUDE DU CAS CLINIQUE : A LA RENCONTRE DE DIMITRI	43
1- Présentation du patient	43
1-1 Anamnèse	44
1-2 Conditions d'hospitalisation	45
2- Comportement de Dimitri pendant son hospitalisation	50
2-1 Au quotidien.....	50
2-2 Avec les soignants.....	52
3- Evaluation psychomotrice.....	53
3-1 Le bilan psychomoteur.....	53
3-2 Le profil sensoriel d'Olga Bogdashina ²	54
3-3 Objectifs du profil sensoriel	56
3-4 Observations liées au profil sensoriel	57
III- LA MISE EN PLACE D'UN PROJET THERAPEUTIQUE EN PERPETUELLE EVOLUTION.....	58
1- Questionnements autour de Dimitri.....	58
1-1 La combinaison proprioceptive.....	58
1-2 Toucher thérapeutique par pressions.....	59
1-3 Travail autour de l'enveloppe olfactive	60
2- Le rendre acteur du soin	61

2-1	Présentation du papoose board® et protocole.....	61
2-2	L'enveloppement dans le papoose board®.....	62
3-	Le packing, une approche sensorielle.....	64
3-1	Objectifs du packing.....	64
3-2	Le déroulement des séances.....	65
4-	Les séances de packing en ma présence.....	67
4-1	Ma position de stagiaire.....	69
4-2	Retour et discussion avec les soignants.....	71
5-	L'accompagnement des parents.....	71
6-	L'évolution de Dimitri suite aux séances de packing.....	72
	PARTIE THEORICO CLINIQUE.....	74
1-	De la théorie à ma pratique : pourquoi l'enveloppement?.....	74
2-	L'enveloppement thérapeutique : une enveloppe de secours structurante.....	75
2-1	L'enveloppement corporel.....	75
2-2	Un enveloppement suffisamment bon.....	76
2-3	L'émergence d'un nouvel espace.....	80
1-	Quand le symptôme s'inscrit dans le corps.....	82
2-	Le corps, médiateur de la relation.....	82
2-2	Le rôle du dialogue tonico-émotionnel et de l'ajustement.....	83
2-3	Une distance thérapeutique essentielle.....	85
3-	La psychomotricité comme lieu d'émergence.....	85
1-	La verbalisation pour rassurer.....	86
2-	Quelles sont les perspectives d'évolution et de progrès ?.....	87
3-	Les limites imposées par le packing.....	88
	CONCLUSION.....	91
	BIBLIOGRAPHIE.....	92

INTRODUCTION

Au mois d'octobre 2016, étudiante en première année de psychomotricité, j'assiste à une conférence intitulée "Approches éthiques de la contention en psychiatrie et dans les EHPAD" (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Les diverses approches de la contention suivies de discussions vives autour des enveloppements humides (ou packing) m'interpellent. Après avoir écouté les commentaires de chacun, j'ai voulu moi aussi aller plus loin dans ma réflexion et j'ai su que je souhaitais en faire mon thème de mémoire.

En deuxième année, je suis, dans un service de pédopsychiatrie, un jeune patient pendant quelques séances, pour lequel une thérapie psycho-sensori-motrice sous forme de packing, a été préconisée. Je connais cependant les contraintes que je vais rencontrer en vue de la rédaction de mon mémoire. D'une part j'ai vu le patient à quelques occasions lors de son hospitalisation dans l'unité des soins intensifs et je savais que je ne le reverrai pas au cours de mon stage de troisième année (que j'ai souhaité effectuer dans le même établissement). D'autre part, mon jour de stage ne correspond pas aux séances de pack hebdomadaires prévues pour le patient. Je me rends entièrement disponible à la fin de mon année scolaire, à savoir au milieu du mois de mai 2017 afin d'assister aux séances de packing en présence de ma maître de stage. Ces difficultés ne m'empêchent pas de croire en la réalisation de ce mémoire.

Je recueille toutes les informations nécessaires auprès des psychomotriciennes, éducateurs et autres soignants qui ont pris l'enfant en charge durant son séjour à l'hôpital. Mes prises de notes et compte rendus après chaque séance de pack constituent une aide précieuse pour la constitution de mon mémoire.

Une brève présentation contextuelle vous permettra de comprendre la démarche liée à mon sujet.

Ce patient présente des troubles majeurs de la relation, en lien avec des pathologies complexes somatique et psychique pour lesquelles les traitements psychotropes

semblent avoir un effet limité. Face à l'état de santé de cet enfant, une prise en charge en psychomotricité a été fortement indiquée.

Quelle approche le psychomotricien peut-il avoir face à un patient qui ne communique plus verbalement, qui présente une agitation psychomotrice voire d'hétéro-agressivité vis à vis des soignants ?

Après une période d'observation et de réflexion autour de ce patient, des enveloppements secs puis humides sont envisagés, après un temps de massage contenant.

Comment le packing peut-il permettre d'entrer en communication avec un patient qui présente des troubles majeurs de la relation ? Comment peut-il le rassembler le corps de ce jeune enfant le temps d'un moment privilégié ?

J'ai tenté d'analyser la façon dont ce dispositif permet d'apporter un contenant corporel en formulant plusieurs hypothèses. Après avoir observé son comportement, je me suis demandée si le toucher est un canal sensoriel privilégié chez ce patient. Je me suis également interrogée sur le fait qu'il ne ressente peut-être plus ses limites corporelles.

Dans mon mémoire je commencerai par décrire les différentes enveloppes et les notions de contenance qui se construisent tout au long du développement de l'enfant. Ensuite je présenterai mon lieu de stage pour comprendre le parcours de soin du patient, ma rencontre avec lui puis j'aborderai la mise en place et l'évolution du projet thérapeutique. Je définirai le packing qui constitue une approche sensorielle appartenant au domaine d'intervention du psychomotricien. Enfin je mènerai une réflexion autour de l'enveloppement, de la place de la psychomotricité dans la prise en charge du patient. Je terminerai en évoquant la question des limites et des difficultés inhérentes à cette médiation corporelle.

PARTIE THEORIQUE

I- Enveloppes et contenance

1- L'enveloppe corporelle

D'après la définition du Petit Robert (2015), une enveloppe est "une chose souple qui sert à recouvrir ou contenir quelque chose", comme un "étui, une gaine". C'est aussi une "partie qui entoure un organe, un organisme". Concrètement la définition peut se référer à un tissu, un emballage, un vêtement où des aspects qualitatifs peuvent s'intégrer (une enveloppe protectrice, isolante ou molletonnée). L'enveloppe peut aussi renvoyer à des notions plus abstraites comme "envelopper du regard". C'est également "ce qui constitue l'apparence extérieure d'une chose (et en fait partie)".

De façon imagée, le concept d'enveloppe est défini comme une membrane autour du corps et du psychisme.

Cette délimitation entre espace interne et milieu externe assure un sentiment d'unité et d'intégrité. Elle permet de contenir les éléments intérieurs mais aussi d'interdire ou de filtrer le passage des excitations provenant de l'extérieur. Elle marque également la différence entre le Soi et le non-Soi et donc l'individualité et l'identité du sujet.

Plusieurs enveloppes, ayant chacune des caractéristiques propres, constituent le corps humain. D. Houzel nous dit que "*Dans tous les cas, ce qui est commun à tous les types d'enveloppe est la notion d'une limite entre un dedans et un dehors, entre ce qui est contenu à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur d'un espace donné*" (D. Houzel, 2010 p. 9). Les enveloppes s'élaborent tout au long du développement du sujet en fonction de ses expériences personnelles et de ses interactions avec l'environnement.

J'ai fait le choix de décrire trois enveloppes: l'enveloppe sensorielle, l'enveloppe tactile et l'enveloppe sensori-tonique.

1-1 L'enveloppe sensorielle

L'enveloppe corporelle permet une mise en relation des sensations toniques et sensorielles.

Si on s'attache à définir l'enveloppe sensorielle, on peut dire que celle-ci regroupe tous les sens, c'est-à-dire chacune des fonctions psychophysiologiques par lesquelles un organisme reçoit des informations sur certains éléments du milieu extérieur à notre corps ou intérieur à notre organisme, de nature physique ou chimique. Parmi ces sens nous retrouvons le sens visuel, olfactif, auditif, gustatif, tactile, proprioceptif, thermo réceptif, nociceptif et vestibulaire.

In utero, tous ces sens sont très vite fonctionnels. D'ailleurs, B. Cyrulnik aborde le sujet de la sensorialité du fœtus dans les premières interactions mère-enfant et nous expose la théorie des envies. *"L'idée que le désir de la mère peut agir sur le corps de l'enfant [...] constitue le point de départ de la théorie actuelle qui commande les observations les plus pointues sur les interactions mère-enfant. De nos jours, le médiateur de cet "esprit maternel" est matérialisé par les sensations que le fœtus éprouve et sait traiter"* (B. Cyrulnik, 2000 p. 55).

Le fœtus possède ainsi des compétences sensorielles et ses perceptions sont en lien étroit avec la vie affective de sa mère. Des réactions somatiques peuvent être décelées comme l'augmentation du rythme cardiaque ou des mouvements réactionnels, en réaction à des stimuli sensoriels. Par ailleurs les sens tactile, vestibulaire, gustatif et olfactif fonctionnels dès la douzième semaine, suivis des sens auditif et visuel, fonctionnels aux environs de la vingtième semaine de grossesse, permettent au bébé de ressentir tous les types de signaux, mais sans en avoir de représentation. Le fœtus est alors doublement contenu dans la cavité utérine. Il est accueilli physiquement dans un espace chaud, clos et sécurisant qui l'enveloppe et le protège et, sensoriellement, parce qu'il perçoit et ressent toutes les sensations qui lui parviennent. Toutes ces données sensorielles, ces impressions cénesthésiques et viscérales perçues par le bébé sont les premiers contenus de pensée inorganisés qui lui permettent déjà de communiquer avec son entourage.

A la naissance, le nouveau-né passe du dedans, cocon utérin, au dehors, beaucoup moins sécurisant que ce qu'il a connu jusqu'alors. Son Moi, encore

immature, ne lui permet pas de se représenter ce qu'il vit et ce qu'il ressent corporellement. Pourtant, comme dans la vie intra utérine, le psychisme du nourrisson a besoin d'être porté, soutenu physiquement et psychiquement par son entourage. Ainsi, sa mère va le contenir par ses bras, ses paroles et ses pensées. L'enveloppe commune fantasmée dans la dyade mère-enfant va pouvoir alors s'effacer progressivement. Pour cela, le bébé s'appuie sur différentes fonctions qui participent à la constitution du Moi. Pour étayer mes propos, j'ai choisi de développer l'enveloppe tactile et sensori-tonique.

1-2 L'enveloppe tactile

P. Prayez souligne que *"le toucher est sans doute l'un des tout premiers sens à apparaître, c'est souvent, avec le grand âge, le dernier à disparaître"* (P. Prayez, J. Savatofski, 2009 p. 6). Or, d'après A. Montagu, *"il existe une loi générale en embryologie qui veut que plus une fonction se développe tôt, plus il est probable qu'elle sera fondamentale"* (A. Montagu, 1979 p. 10). La peau joue ainsi un rôle très important chez l'être humain.

L'enveloppe tactile est créée par les sensations cutanées ou par ce que A. Bullinger appelle le flux tactile. Concernant toute la surface corporelle, l'auteur le décrit comme une sensibilité qui concerne toute l'enveloppe corporelle. Le flux tactile est produit lors d'un contact avec un solide mais également avec un état gazeux ou liquide.

Il permet de *"situer le corps dans l'espace et de connaître la position des segments relativement à ce flux"* (A. Bullinger, 2004 p. 83).

Cette enveloppe tactile formée par les sensations cutanées amène le nouveau-né, bien avant la naissance, dans *"un univers d'une grande richesse et d'une grande complexité, univers encore diffus mais qui éveille le système perception-conscience, qui sous-tend un sentiment global et épisodique d'existence et qui fournit la possibilité d'un espace psychique originare"* (D. Anzieu, 1995 p. 34). Durant la gestation, le fœtus grandit et la quantité de liquide amniotique diminue, ce qui multiplie ses échanges tactiles avec la paroi utérine. In utero, la surface cutanée du fœtus reçoit des stimulations provenant des changements de position, des activités de la mère, des mouvements du diaphragme liés à la voix maternelle mais également des mouvements propres du fœtus. Ainsi tout au long de la gestation, la peau du bébé est caressée par ce fluide

dans lequel il est immergé. Ces stimulations constantes rendent la peau très sensible dès la naissance.

Rappelons que la peau est un organe sensoriel vital qui joue entre autre, le rôle d'enveloppe protectrice du corps. Non seulement contenante, la peau grâce à ses caractéristiques physiques et psychiques permet un sentiment d'unité corporelle. Selon D. Anzieu, *"de tous les organes des sens, c'est le plus vital: on peut vivre aveugle, sourd, privé de goût et d'odorat. Sans l'intégrité de la majeure partie de la peau, on ne survit pas"* (D. Anzieu,, 1995 p. 35).

Pourtant, la physiologie de la peau peut engendrer des paradoxes. Elle peut être perméable et imperméable, superficielle et profonde, sèche et grasse, solide et fragile. Elle peut se régénérer et se dessécher. *"Elle nous fournit autant en douleurs qu'en plaisirs. [...] Elle a [...] un statut d'intermédiaire, d'entre-deux, de transitionnalité"* (D. Anzieu, 1995 p. 39).

Le toucher et l'enveloppe tactile sont donc le premier mode de communication. Ils impliquent toujours la présence conjointe et immédiate de deux corps. Moyens de rencontre et de contact, ils permettent à l'autre de venir à moi, dans un sens de réciprocité. Si l'œil peut voir sans être vu, l'oreille écouter sans être entendue, la main ne peut toucher sans être elle-même touchée. Ce canal sensoriel, stimulé en permanence ne peut être fermé, contrairement à l'enveloppe olfactive, visuelle ou gustative.

1-3 L'enveloppe sensori-tonique

L'enveloppe corporelle se compose de l'enveloppe tonique et de l'enveloppe sensorielle. Les jeux de contraction/détente des muscles du bébé permettent sa construction. Les variations sensorielles comme le dur/mou, le chaud/froid, permettent à l'enfant de communiquer avec son environnement via le dialogue tonique et de construire son enveloppe corporelle. *"L'enveloppe tonique qui entoure le bébé et lui permet de communiquer avec son entourage varie en fonction des excitations et du retour à une période de calme. Elle naît d'un rythme relationnel qui engendre une sécurité émotionnelle"* (S. Robert-Ouvray, 2007 p. 178).

Cette enveloppe tonique dépend principalement de l'enveloppe corporelle du porteur et de l'entourage du bébé. Dès ses premiers instants de vie, le nouveau-né est installé

contre le ventre de sa mère et c'est dans ce peau à peau qu'ils vont pouvoir se reconnaître. Il va pouvoir redécouvrir sa mère de l'extérieur mais aussi retrouver son odeur familière, les sons de sa voix et la position d'enroulement qu'il avait in utero, lui apportant un sentiment de sécurité interne. Le nouveau-né, fragile, a besoin d'un portage maternel qui poursuit le vécu intérieur de l'enveloppe protectrice utérine. Son tonus de base dépend alors des sensations qu'il retrouve.

La "préoccupation maternelle primaire" induit un état d'hypersensibilité chez la mère, qui permet à son nouveau-né de se mettre à sa place et de répondre au mieux à ses besoins. Cette disposition de la mère qui favorise la mise en place d'un "environnement suffisamment bon" est indispensable au bébé; celui-ci, durant les premières années de sa vie, est entièrement dépendant de son environnement et des soins maternels. L'enfant perçoit au travers des échanges avec sa mère la plus petite variation de son humeur ou de sa disponibilité. Dans le même temps il associe dans son fonctionnement l'hypertonie de besoin et l'hypotonie de satisfaction. Après avoir étudié le couple quiétude/déplaisir, H. Wallon distingue deux modes de réponse tonico-émotionnelle : à la quiétude correspond la détente musculaire alors que le déplaisir est associé à l'augmentation du tonus. C'est à travers le dialogue tonico-émotionnel que la mère se fait l'interprète du corps de son enfant. D'ailleurs, J. de Ajuriaguerra souligne la réciprocité de l'échange : il ne s'agit pas d'une communication unilatérale par la voie corporelle entre la mère et son bébé mais bien d'un système de correspondance entre le vécu corporel de l'un et de l'autre. Il ajoute que "*Nous avons accordé une très grande importance aux positions de l'enfant et aux postures de la mère par rapport à son enfant ; elles sont à la base d'un dialogue préverbal dans lequel mère et enfant peuvent trouver la confirmation de leur rôle, de leur confort et de leur découverte*" (J. de Ajuriaguerra, 1988).

A la fois pare-excitateur, contenant émotionnel et corporel, le tonus participe à la construction de l'enveloppe tonique et va alors permettre l'élaboration d'une limite corporelle, d'une enveloppe limitée dans l'espace.

En plus de maintenir les différentes parties du corps entre elles , il offre une "contenance" de soi-même, un sentiment d'unité corporelle et d'individuation. Selon S. Robert-Ouvray et A. Servant-Laval dans Manuel d'enseignement de psychomotricité,

il constitue une "véritable *enveloppe tonique*" en support de l'*enveloppe-peau*" (J-M Albaret, F. Giromini, P. Scialom 2012 p. 173).

S. Robert-Ouvray a développé l'étayage psychomoteur suivant quatre niveaux (tonique, sensoriel, affectif et représentatif). Elle explique que si la mère a un bon holding psychique et corporel, alors l'enfant pourra accéder à la représentation d'un Moi total et unifié. Cela correspond sur le plan tonique, à un état d'équilibration qui permet à l'enfant, au début du deuxième semestre, de maintenir seul son axe à la verticale. L'alternance de ces niveaux permet à l'enveloppe de devenir contenante, rassurante ou au contraire poreuse ou éclatée.

Avec son concept du Moi-peau, D. Anzieu met en correspondance les fonctions de la peau et celles du Moi. Tout comme la peau enveloppe le corps, le Moi-peau viendrait envelopper l'appareil psychique. La construction de ces enveloppes psychiques et corporelles va ainsi permettre la contenance, l'émergence d'un Moi différencié de l'autre. Nous allons voir comment, à travers le Moi-peau, s'élabore ce processus au cours de la vie de l'enfant.

2- L'enveloppe psychocorporelle

A la naissance, la peau n'a pas la capacité d'assurer une fonction contenante pour le corps de l'enfant. Il a besoin d'une construction psychique pour que cette peau devienne un contenant opérant. Les différentes stimulations sensorielles apportées à l'enfant permettraient à son Moi d'entreprendre sa construction. "*Toute fonction psychique se développe par appui sur une fonction corporelle dont elle transpose le fonctionnement sur le plan mental*" (D. Anzieu, 1995 p.119). Ainsi l'intériorisation et la représentation de la peau, enveloppe corporelle contenant de l'organisme, vont permettre l'émergence d'une enveloppe psychique, contenant de l'appareil psychique.

2-1 Le Moi-peau

D. Anzieu décrit le Moi-peau comme une création de l'esprit, une invention métaphorique qui renvoie à un système d'interface se construisant sur la base d'un "fantasme de peau commune" avec la mère.

Dès le début de la vie de l'enfant, la peau n'est pas une enveloppe opérante. Elle ne peut donc pas servir de contenant psychique et physique. Selon D. Anzieu, la mère entoure le bébé d'une enveloppe qui s'ajuste à la surface de son corps. Elle prend soin cependant de laisser un écart suffisant à l'enveloppe interne du bébé. Elle participe ainsi à son individuation. Grâce à des expériences de contact corporel sécurisant entre la mère et l'enfant, ce dernier perçoit la peau comme surface. Ce contact permet l'élaboration d'une enveloppe corporelle qui différencie le milieu interne du milieu externe et garantit l'intégrité corporelle de l'enfant. Rapprochant les fonctions de la peau aux fonctions du Moi, il lui en attribue neuf:

1- Tout comme la peau assure une fonction de maintien de l'intérieur du corps, le Moi-peau assure une fonction de maintenance du psychisme. Cette notion est à corréluer au *holding* de D.W. Winnicott

2- La peau recouvre l'ensemble du corps à l'instar de la fonction contenante du Moi-peau qui vise à envelopper l'appareil psychique. Cette notion se réfère au *handling* de D.W. Winnicott.

3- Comme la peau protège contre les agressions physiques, le Moi-peau assure la fonction de pare-excitation.

4- La peau protège son individualité en refusant ou en acceptant des corps étrangers. Le Moi-peau assure une fonction d'individuation de Soi et de sentiment d'identité propre.

5- La peau est une surface dont les poches et cavités abritent les organes des sens. Le Moi-peau, surface psychique, relie diverses sensations et assure ainsi une fonction d'intersensorialité.

6- La peau du nourrisson suscite un investissement libidinal de la mère. Le Moi-peau assure une fonction de soutien de l'excitation sexuelle.

7- Le tonus sensori-moteur stimule en permanence la peau. Le Moi-peau soutient une fonction de recharge libidinale.

8- La peau, par ses caractéristiques physiologiques, fournit des informations du monde extérieur. Le Moi-peau permet une fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles.

9- La fonction négative du Moi-peau décrite en dernier par D. Anzieu, vise à l'autodestruction de la peau et du Moi. Il entend par là les réactions auto-immunes

pour la peau et les attaques contre les liens et contenants psychiques pour le Moi-peau.

Le principe original et fondamental du Moi-peau est d'avoir redonné à la sensorialité, par son aspect tactile, son importance dans la constitution du Moi et de la pensée. D. Anzieu éclaire ces propos en disant que "*Le Moi-peau évoque à la fois le sens du toucher, mais aussi le mouvement actif qui met en contact le sujet avec une partie de lui-même aussi bien qu'avec l'autre*" (D. Anzieu, 1995 p. 7).

2-2 Constitution du Moi-peau

Au stade le plus précoce de son développement, l'enfant est indifférencié de sa mère. Tous deux font partie d'une enveloppe commune et investissent un espace unique. D. Anzieu décrit une enveloppe psychique en deux feuillets, l'un tourné vers le monde intérieur, l'autre vers le monde extérieur. A sa naissance, la peau du bébé est constituée mais la construction de son Moi-peau se met progressivement en place. La mère et l'entourage communiquent essentiellement avec l'enfant par l'intermédiaire du corps, des paroles, des mimiques et des regards. Puis l'adaptation à l'enfant de moins en moins présente va lui permettre de s'individuer et se sentir unique. D'abord l'enfant vit dans une dépendance symbiotique mutuelle avec sa mère, suivant l'idée du double feuillet où sa mère serait du côté externe et lui du côté du corps propre, soit du côté interne. Peu à peu l'enveloppe commune devient intermédiaire, les feuillets s'espacent pour que l'enfant puisse ensuite reconnaître sa propre peau, son propre Moi et donner naissance au Moi-peau. Il acquiert ainsi un Moi-peau qui lui est propre, selon un processus de double intériorisation: celle de l'interface devenant l'enveloppe psychique contenant des contenus psychiques et celle par laquelle il intériorise l'entourage maternant, devenant le monde des images, des pensées et des affects. Grâce au vécu que l'enfant se fait à partir des expériences de la peau, il va pouvoir se représenter psychiquement. Le Moi-peau naît au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel.

Un attachement sécurisant par des soins et des réponses adéquates de la mère vont lui permettre de progressivement se détacher d'elle. Les différentes expériences sensorielles lui permettent donc de découvrir son corps et structurer son psychisme.

3- L'enveloppe psychique et ses propriétés

L'enveloppe psychique revêt plusieurs facettes. Elle est "*un sac qui contient et retient à l'intérieur le bon et le plein que l'allaitement, les soins, le bain de paroles y ont accumulés*" (D. Anzieu, 1995 p.61), le bord qui délimite, l'interface qui marque la limite avec le dehors et maintient celui-ci à l'extérieur, la frontière qui filtre les échanges avec le monde extérieur et régule les excitations. "*Moi-peau et enveloppe psychique sont des concepts complémentaires. Le premier est une représentation de l'appareil psychique s'organisant à partir de l'expérience de la limite du corps, de la peau, le second, non analogique, décrit précisément ces phénomènes d'échange*" (D. Anzieu, 2003 p. 16).

Pour D. Houzel, l'enveloppe psychique est "*la zone de démarcation entre le monde extérieur et intérieur*" (D. Houzel, 2003 p. 44). Elle permet de délimiter l'espace interne du sujet "*sans confusion ni avec l'espace extérieur [...] ni avec l'espace d'autrui*" tout en étant en contact avec ses pulsions et émotions (D. Houzel, 2010 p. 30). Les espaces sont suffisamment bien délimités pour permettre aux différents éléments de l'enveloppe psychique de se lier entre eux. Il convient de penser cette dernière comme une représentation de l'expérience de la peau. La peau psychique s'étaye ainsi sur la peau corporelle. D. Houzel lui attribue quatre propriétés: l'orientabilité (distinction d'une face interne et d'une face externe), la connexité (jointure de deux points quelconques de la surface considérée par un trajet entièrement inclus dans cette surface), la compacité (permet de recouvrir une surface, ici l'enveloppe psychique par un nombre fini d'éléments constitutifs) et l'élasticité (consistante et malléable à la fois). Grâce à ces propriétés, l'enveloppe psychique délimite l'espace intérieur de l'espace extérieur, ce qui fait d'elle un système perméable et dynamique.

3-1 Les trois feuillets de l'enveloppe psychique

D. Houzel décrit trois feuillets constituant l'enveloppe psychique:

- la pellicule: D. Houzel la définit comme l'émergence de la tension pulsionnelle. Elle constitue une première relation entre l'intérieur et l'extérieur. C'est la première période de développement de l'enveloppe psychique.

- la membrane: elle est créée lorsque la pellicule est stabilisée par les représentations, grâce à la mise en place de la symbolisation. La membrane deviendra stable au fur et à mesure que l'enfant établira des représentations. Il pourra ainsi plus facilement gérer la frustration de l'absence de l'objet.
- l'habitat: il apporte une stabilité supplémentaire de l'ordre de la spatialité.

Pour D. Houzel, la stabilité psychique et la construction de l'identité se font au contact de l'environnement. L'enveloppe psychique est soumise aux pulsions internes, aux émotions (la pellicule) et aux événements extérieurs (l'habitat). Chaque individu doit donc trouver un équilibre entre ses désirs et leur réalisation en fonction de l'environnement.

3-2 Les qualités et fonctions de l'enveloppe psychique

Selon D. Houzel, l'enveloppe psychique peut se situer au niveau des pôles parentaux. Ainsi les qualités de réceptivité et de souplesse se situeraient du côté maternel alors que les qualités de consistance et de solidité seraient du côté paternel. La juste alliance entre ces aspects maternels et paternels va donner à l'enveloppe des qualités plastiques nécessaires à la contenance.

Par ailleurs, D. Houzel dégage cinq fonctions de l'enveloppe psychique. Contenance, pare-excitation, délimitation du monde psychique interne avec le monde externe, double connexion avec le monde externe et différenciation de la surface du self. Ces fonctions présentent des similitudes avec les fonctions du Moi-peau.

4- Une notion de contenance

Contenir, c'est, d'après Le Petit Robert (2015), "avoir, comprendre en soi, dans sa capacité, son étendue, sa substance". C'est aussi "renfermer, enserrer, maîtriser, faire tenir dans certaines limites". Ces différentes notions évoquent l'idée d'un espace délimité, d'un contenant qui viendrait contenir des éléments, des contenus. La contenance s'élabore d'un point de vue psychique et corporel. Ainsi l'enfant va pouvoir progressivement prendre conscience d'un premier sentiment d'enveloppe. Celui-ci

propre à la notion de contenance renvoie à une des fonctions du Moi-peau. Je vais m'attacher à décrire les mécanismes qui permettent cette contenance.

4-1- Les fonctions de contenance

De la même manière que la peau enveloppe tout le corps et comprend tous les organes sensoriels, le Moi-peau contient tout l'appareil psychique. Cette fonction de contenance est assurée par trois fonctions maternantes principales développées par D.W. Winnicott: le holding, le handling et l'object presenting.

Le holding

Tout d'abord le holding (maintien) désigne la façon dont la mère porte, contient son enfant aussi bien physiquement que psychiquement. Par la protection qu'elle procure à son bébé contre les expériences angoissantes, elle occupe un rôle de pare-excitation. Elle filtre les excitations de son bébé dont l'intensité trop importante dépasserait ses capacités d'y faire face. S'il est assuré de manière régulière, le holding permet à l'enfant d'éprouver un sentiment de sécurité intérieure. Il participe par ailleurs au sentiment d'exister du nourrisson, en tant qu'unité différenciée. La qualité du holding participera notamment à l'émergence du Moi de l'enfant, encore immature au départ. Cette idée est reprise par D.W. Winnicott pour qui *"l'intégration du moi chez le nourrisson dépend essentiellement de la manière, dans le temps et l'espace, dont sa mère le porte"* (D.W. Winnicott, 1970 p. 14).

Le handling

Le handling (manipulation) constitue le prolongement du holding selon D. Winnicott. Il concerne la manière d'être en contact avec le nourrisson, la façon dont il est traité, soigné et manipulé par la mère. Il dépend de l'ensemble des soins quotidiens procurés par la mère à son enfant (toilette, habillage, allaitement). Les soins apportés dans la toute petite enfance conditionnent la façon dont l'enfant structurera par la suite ses expériences psychiques. *"Le tout-petit reçoit les gestes maternels comme une communication chargée de sens: attention, intérêt, tendresse, amour: dis-moi comment tu me touches et je saurai qui tu es, mais aussi qui je suis. Ces gestes,*

messages ou massages, s'imprègnent en lui, construisant peu à peu la façon dont il va vivre son enveloppe corporelle puis se vivre lui-même" (C. Colonna-Cesari, 1990 p. 37).

Ainsi le massage du bébé après le bain, enveloppé dans un drap de bain, procure douceur, bien-être, plaisir et calme intérieur bénéfique. De même un contact très étroit, presque joue contre joue, est d'autant plus rassurant que le bébé sera emmaillotté dans une couverture ou un drap de bain formant une enveloppe protectrice et sécurisante.

A. Lowen montre que la sensation d'identité provient de la sensation du contact avec le corps. Pour savoir qui il est, l'individu doit être conscient de ce qu'il sent. Le holding et le handling très dépendants du toucher et de la proximité physique, permettent donc l'émergence de la psyché, ce qui amène l'enfant à progressivement acquérir le sentiment d'"habiter" son corps.

L'object presenting

L'object presenting (monde de présentation de l'objet) traduit la capacité de la mère de mettre à la disposition de son enfant l'objet dont il a besoin au bon moment. Le sein ou le biberon donne au bébé l'illusion qu'il a lui-même créé l'objet dont il ressent confusément le besoin. Elle lui permet ainsi de faire une expérience d'omnipotence puisque l'objet devient réalité au moment où il est attendu. L'enfant se sent compris et la mère lui permet de s'ouvrir au monde extérieur.

4-2- La fonction alpha de Bion

W. Bion utilise la notion de "fonction alpha" pour définir la capacité maternelle de contenance de la vie psychique du bébé. Dès les premiers temps de sa vie, le nourrisson se trouve dans l'incapacité de donner du sens et d'élaborer les mauvaises expériences appelées "éléments bêta". Pour s'en débarrasser, il les projette dans un objet contenant c'est-à-dire le psychisme de sa mère. Celle-ci, par sa capacité de "rêverie maternelle", a la faculté de comprendre les expériences désagréables qu'il vit. Elle peut alors transformer les "éléments bêta" en "éléments alpha" , autrement dit elle les convertit en représentations, en émotions, en affects assimilables par l'enfant qui peut y mettre un sens.

Par ce système d'interaction psychique, un contenu est projeté dans un contenant auquel il est rattaché pour être ensuite intériorisé comme "contenant-contenu" par l'enfant. La capacité d'attention du bébé, premier signe d'existence du Moi, conditionne la réussite de ce processus. La fonction alpha sera utilisée par l'enfant jusqu'à ce qu'il développe lui-même son propre "*appareil à penser les pensées*" (D. Houzel, 2010 p. 71).

Ce contenant s'élabore en constante référence à l'expérience corporelle. Le corps est le lieu où le contenant psychique trouve son origine. D. Anzieu a développé cette théorie en expliquant que la naissance du Moi s'étaye sur les fonctions biologiques, entre autres, celles de la peau.

4-3- Le sentiment de continuité d'existence

Le dialogue tonico-émotionnel avec la mère permet à l'enfant de construire son enveloppe corporelle et son appareil psychique. L'introjection de ces enveloppes corporelles et psychiques participe au sentiment d'unité psychocorporelle. Se sentir contenu et unifié est fondamental pour accéder au sentiment d'exister. Pour D.W. Winnicott, la capacité d'être seul se fonde dès les premiers mois de la vie. Dans la période intra utérine, le fœtus est soumis à des stimulations sensorielles variées. Il est bercé dans le liquide amniotique qui, à son tour, lui procure des sensations cutanées. Il est soumis aux bruits de l'environnement maternel, à ses battements de cœur et ses borborygmes. Les enveloppes amniotiques et la paroi utérine filtrent et atténuent ces stimulations, immergeant le bébé dans un bain de sensations auditives, visuelles et tactiles qui l'enveloppe. Petit à petit il peut se mettre à bouger en réponse aux stimulations perçues. B. Aucouturier rapporte que le fœtus s'adapte véritablement au monde externe et décrit ses mouvements comme porteurs de sens. "*Enveloppé, le fœtus entend les bruits déformés des battements cardiaques, de l'abdomen, de la respiration avec ses accélérations et ses ralentissements, il entend la voix de sa mère avec sa tonalité propre [...] le fœtus s'y ajustera en écoutant, voire en y répondant par le mouvement qui a déjà le sens d'une adaptation au monde externe*" (B. Aucouturier, 2005 p. 19).

Le moment de la naissance est synonyme de rupture du premier lien. Le bébé a ainsi un besoin vital d'être enveloppé, maintenu et contenu pour faire face à ses angoisses

comme la faim, le sentiment de perte de limites ou de perte de résistance aux mouvements. D. Anzieu rapporte que TB. Brazelton décrit l'enveloppe maternante et explique que *"les soins donnés au tout petit par la mère et l'entourage constituent une enveloppe de sensations et des gestes, plus active, plus unifiante que l'enveloppe utérine"* (D. Anzieu, 1995 p. 272).

L'enfant va retrouver certains stimuli prénataux dans le soin, le portage, le nourrissage, le bain, occasionnant des moments privilégiés de communication avec sa mère. Parallèlement, l'interpénétration des regards, l'appui-dos assuré par sa mère, le bain de paroles et l'enveloppement donnent au bébé un sentiment d'existence à l'origine d'un premier sentiment d'identité. Ainsi, lorsqu'il sort progressivement de la symbiose avec sa mère, il peut faire l'expérience de petites frustrations et séparations dont l'importance s'amplifiera, et quittera l'illusion d'omnipotence. L'enfant construit un sentiment de continuité interne en lien avec le sentiment d'enveloppe.

II- Des enveloppes psycho corporelles défaillantes

Nous venons de voir qu'une relation entre enveloppe et contenance pouvait s'établir. La contenance serait assurée par la présence d'enveloppes délimitant un espace interne contenant des contenus, d'un espace externe. S. Robert-Ouvray parle de l'enveloppe comme *"des ronds contenant et leur valeur protectrice n'est plus à démontrer"* (S. Robert-Ouvray, J. Duvernay, 2015 p. 90).

Ces enveloppes, telles des membranes, viendraient maintenir les parties du corps ensemble afin de former un tout cohérent. Leur qualité est garante du sentiment d'unicité de l'enfant, de l'émergence d'un Moi et d'une conscience de Soi différenciée de l'autre. Ce processus s'élabore progressivement tout au long de la vie de l'enfant.

Chaque individu construit de manière plus ou moins développée son enveloppe psychique. Celle-ci peut cependant être fragilisée par des incidents précoces. Une atteinte de l'enveloppe psychique entraîne un vécu chaotique chez le sujet puisqu'il ne parvient plus à différencier le monde interne de la réalité externe. Cette enveloppe psychique est fondamentale puisque la limite entre le dehors et le dedans permet au sujet d'éprouver un sentiment d'unité et de stabilité.

Toutefois, certaines pathologies, qu'elles soient d'ordre somatique et/ou psychique, peuvent mettre à mal ces enveloppes psychocorporelles. Effractées, elles peuvent être à l'origine du déficit de la fonction contenante et être associées à un trouble des limites corporelles et psychiques.

1- Un Moi-peau perturbé

Il arrive que la fonction de contenant psychique ne soit plus assurée. La frontière protectrice constituée des enveloppes psychiques serait trouée, voire inexistante. Or comme je l'ai montré, c'est l'expérience corporelle qui permet au contenant psychique d'acquiescer son statut. A l'inverse, si le contenu psychique est défaillant, le sujet en souffrance utilise des références corporelles pour décrire son mal-être psychique. *"Il y a derrière chaque trouble psychomoteur perçu, un manque, une angoisse qui prend sa source dans un corps en lien avec la dynamique psychique propre à l'enfant et à son histoire"* (D. Courberand, 1996 p 18).

1-1 Une fonction contenante fragilisée

La fonction contenante du Moi-peau semble particulièrement atteinte dans les états psychotiques. Le sentiment d'unité corporelle est fragile. Des stratégies pour compenser ce défaut d'enveloppe, de contenance, peuvent être mises en place par le sujet pour se sentir à la fois contenant et contenu. Selon D. Anzieu, deux angoisses peuvent découler d'une carence de cette fonction. L'angoisse d'une excitation pulsionnelle diffuse serait permanente et non identifiable. Cette angoisse traduirait la constitution d'un noyau sans écorce pour le contenir. Elle conduirait le sujet à chercher une écorce de remplacement dans la douleur physique ou la souffrance psychique. Les angoisses de vidage, de morcellement renvoient au sentiment d'un intérieur qui se vide, des pensées qui fuient et s'échappent. L'enveloppe existe mais sa continuité est interrompue par des trous. Elle est alors qualifiée d'un Moi-peau passoire par D. Anzieu. D'après G. Pous, *"Chez les psychotiques tout se passe comme si cette enveloppe perméable n'assurait plus sa fonction de limite et de protection (ni d'accueil), le filtre est devenu passoire"* (G. Pous, 1995 p 7).

Ainsi cette limite n'assurant plus sa fonction de contenance et d'étanchéité, elle n'est plus en mesure de retenir les stimulations internes et externes. G. Pous rapporte que le sujet psychotique éprouve des angoisses de non maîtrise de son corps. Pour s'en défendre, le sujet peut ne plus considérer sa peau comme sienne, ce qui lui permet de rester indifférent. Par ailleurs, par la maîtrise des sensations, tout ce que le sujet connaît et comprend occupe tout son espace psychique. Cet effort de maîtrise lui permet de tenter d'assurer à lui seul l'étanchéité des parois du contenant. Le sujet peut ainsi se rassurer en se livrant à des activités répétitives pouvant limiter les excitations.

Ce défaut de contenance retentit alors sur la sphère psychomotrice du sujet et conduit à des investissements corporels particuliers. Ces répercussions apparaissant comme des symptômes sont également à envisager comme des tentatives pour faire face à une défaillance de la fonction contenante, à cette perturbation de l'enveloppe. Par des moyens corporels (par exemple une attitude hypo ou hypertonique, une auto ou hétéro agressivité), les sujets trouvent un substitut au défaut de contenance.

1-2 Des repères spatio-temporels désorganisés

Les sujets psychotiques, dont les limites corporelles sont fragiles, peuvent se retrouver face à une perte de repères spatio-temporels. Chez l'enfant, les constructions d'espace et de temps sont intimement liées aux expériences précoces du corps en relation. C'est grâce au corps investi par l'autre que le temps et l'espace vont se construire ensemble, faire sens dans l'existence du sujet et participer à son développement psychique. Autrement dit, "L'histoire (le temps de l'individu) va s'inscrire dans son vécu corporel (l'espace de l'individu)" (V. Defiolles-Peltier, 2010 p. 223).

Cette intrication est fragile ou rompue dans la psychose. Le sujet parvient avec difficulté à faire le lien entre son histoire et ce qu'il vit. Pour V. Defiolles-Peltier, "*Le temps représentant l'histoire du sujet et l'espace représentant son corps, le patient perd son unité psychocorporelle*" (V. Defiolles-Peltier, 2010 p. 223).

Il semble que pour les patients psychotiques la temporalité ne s'inscrive plus dans un espace et celui-ci ne s'ancre plus dans une temporalité. J. Boutinaud avance l'hypothèse que "*c'est l'absence ou l'altération de toute possibilité de s'appuyer sur son propre corps en tant que repère fondamental qui reste la source de ces phénomènes*"

(J. Boutinaud, 2010 p. 82). On observe une perte de limites et de repères pouvant conduire à une désorientation spatio-temporelle. Le temps présent n'a plus de sens, le passé et le futur peuvent être confondus.

"Le temps n'ayant plus de limites, l'histoire du sujet s'émiette ou explose. La dissociation envahit le psychisme et simultanément le corps lui aussi se disloque, perd ses limites et son enveloppe" (V. Defiolles-Peltier, 2010 p. 224).

La rupture entre le corps du sujet et son histoire l'amène à s'éprouver comme une somme de sensations, ne faisant pas la différence entre Soi et le monde extérieur. Par ailleurs, les troubles de la perception du temps sont souvent associés à de fréquentes perturbations des rythmes biologiques.

En psychomotricité le cadre spatio-temporel permet de donner des repères au patient, d'investir un lieu dans lequel il est invité à faire des expériences sensorielles et à exprimer ses ressentis.

Cet espace-temps particulier est à même de lui permettre de restaurer des liens entre son histoire et son vécu, entre l'espace et le temps. Ce moment lui permettrait ainsi de distinguer ce qui vient de l'intérieur du corps de ce qui est à l'extérieur, favorisant la mise en place de limites corporelles.

2- Comment pallier la contenance ?

On peut retrouver de nombreuses pathologies de l'enveloppe avec des symptômes très variés, manifestant la preuve que le sujet tente de retrouver une contenance. Je ne vais pas m'attacher ici à donner une liste exhaustive des défaillances des enveloppes psychocorporelles. Les exemples donnés visent simplement à apporter un éclairage sur les différents troubles que peut provoquer le défaut de contenance. Dans le cas de la psychose, la perte du fantasme de peau commune est insupportable pour l'individu. Sans l'acquisition de l'individualité, il peut avoir des conduites de collage avec son environnement physique ou humain ou bien des hallucinations négatives des propres parties de son corps. On peut retrouver des défauts de contenance à plusieurs niveaux entraînant le sujet à avoir recours à des conduites palliatives pour tenter d'éprouver un sentiment de contenance.

2-1 Des modalités toniques protectrices

Par exemple, le sujet psychotique possède des capacités de modulation tonique très limitées. Il se présente la plupart du temps dans des extrêmes toniques : hypotonie ou hypertonie.

Ces manières de se présenter contribuent à diminuer les échanges entre l'intérieur et l'extérieur et à amoindrir la souplesse de l'enveloppe tonique. Même s'il arrive que l'alternance entre hypertonie et hypotonie soit impossible, le plus souvent l'hypertonie constitue un des seuls moyens pour ressentir son corps.

L'enveloppe tonique se transforme en véritable paroi tonique, rigide et étanche pouvant même arrêter les échanges entre intérieur et extérieur. Cette paroi bloque la communication entre les mondes intérieur et extérieur et met le sujet en état de tension permanente. Il réagit vivement aux stimulations internes et externes. Le sujet, en constante hypervigilance, a l'impression que le monde extérieur constitue pour lui un danger permanent. L'hypertonie constitue également un moyen de se raccrocher à l'environnement, de sentir ce qui est dur. Par ailleurs, le sujet peut utiliser cette paroi tonique pour se défendre contre l'environnement et pour limiter les échanges avec l'extérieur. Elle permet ainsi d'éviter les situations relationnelles trop engagées qui pourraient faire perdre au sujet ses repères identificatoires. V. Defiolles-Peltier parle de "*bouclier anti émotion*" pour caractériser cet état de froideur, de distance et d'indifférence affective.

En psychomotricité les patients peuvent vivre des expériences sensori-motrices variées. L'accompagnement du psychomotricien permet de travailler sur la conscience de leurs états toniques, à les lier à leurs ressentis pour qu'ils puissent progressivement contribuer à modifier leurs vécus tonico affectifs.

2-2 Des auto stimulations sensorielles

Chaque individu tentant de retrouver une contenance peut l'exprimer sous des formes variées. Les sujets peuvent être soumis à des angoisses corporelles archaïques qu'ils ne peuvent pas maîtriser. Ils pensent que leur corps se morcelle, se liquéfie ou ne cesse de tomber. Ils peuvent avoir recours à différents mécanismes pour lutter contre ces angoisses, notamment le démantèlement et l'adhésivité, deux processus faisant appel à leur sensorialité.

Au cours de son développement, l'enfant se constitue des liens psychiques entre les différentes parties de son corps. Si l'attachement est rompu, l'angoisse engendrée est assimilée au démantèlement de l'appareil psychique, selon D. Meltzer. Les différents sens étant impossibles à relier, l'enfant perçoit alors une fragmentation de l'objet et de lui-même. Sans cette liaison des sens, l'enfant appréhende le monde comme une succession de données sensorielles et peut, par exemple, s'accrocher à une lumière, un son, un contact tactile ou une odeur. Il fixe alors momentanément son attention sur une sensation en particulier puis s'en détache et se dirige vers une autre.

Parfois les enfants "se collent" à une personne ou à un objet, comme s'ils recherchaient la qualité du contact en guise de sensation corporelle. E. Bick puis D. Meltzer parlent d'identification adhésive, inhérente au développement normal mais devenant un mécanisme pathologique si l'enfant y a recours systématiquement. L'identification adhésive est un processus qui consiste à *"s'agripper pour éviter la menace inhérente à chaque expérience de séparation, d'individuation"* (A. Ciccone et M. Lhopital, 2001 p. 102).

Les comportements d'autostimulation peuvent également être liés à cette adhésivité. Cette recherche de sensations comme éprouvées dans les balancements, les automutilations, les sautilllements, les vibrations etc. rejoint l'identité adhésive développée par D. Meltzer. Ces ressentis corporels ne peuvent pas être mentalisés et devenir des expériences psychiques et mentales.

3- Déficit d'introjection et seconde peau musculaire

A l'instar du Moi-peau de D. Anzieu, la *"peau psychique"* d'E. Bick se constitue par l'introjection de la fonction contenant de l'objet extérieur contenant. Ce dernier sera alors éprouvé comme une peau qui permet le rassemblement du sentiment de Soi. Lorsque cette introjection est défaillante, on peut assister à une perturbation dans la constitution de la "première peau" et à la formation d'une "seconde peau" de substitution. Les hypertonies, les mouvements, l'agitation motrice ou les agrippements sensoriels semblent être des manifestations qu'E. Bick nomme "la seconde peau musculaire". F. Tustin, elle, parle de "carapace autistique". Une carapace est construite pour protéger l'enfant et l'empêcher d'avoir accès au monde extérieur. Son corps

devenu raide et insensible ne lui permet pas de communiquer avec le monde environnant.

Au regard des éléments développés précédemment, il convient de se demander comment la psychomotricité peut intervenir auprès de patients souffrant d'un défaut de contenance et de trouble majeur de la relation. Pour cela, différentes médiations corporelles peuvent être proposées. Elles visent à maintenir un niveau de stimulations sensorielles plus acceptables pour le patient. Chaque dispositif travaille de manière différente. Cependant, mais l'objectif est d'améliorer la représentation du schéma corporel par un travail axé sur la relaxation, l'éveil de l'imaginaire et du perceptif, grâce à un contact sensoriel diversifié et favorable à l'expression des émotions.

4- Les thérapies à médiations corporelles

Lorsque la peau psychique n'assure pas la limite entre l'intérieur du corps et l'environnement, le psychomotricien peut envisager un travail autour de la sensorialité et de la stimulation des différents récepteurs, ce qui pourrait permettre au patient de s'approprier ces sensations et de percevoir les limites de son corps. Le travail en psychomotricité pourrait avoir des effets bénéfiques sur la notion d'enveloppe de la peau et du tonus. J'ai choisi d'exposer trois médiations corporelles liées à l'enveloppement, je m'attacherai à développer le packing par la suite.

4-1 Les enveloppements secs

L'enveloppement sec est un dispositif de soin qui permet à l'enfant de se construire une enveloppe et de manière plus large, de s'approprier le sentiment d'avoir une unité corporelle. Selon la situation de soin, les besoins de l'enfant et son état psychique, la technique de l'enveloppement peut avoir différents objectifs. Il peut être utilisé en prévention d'une situation que l'on sent venir, en guise de contenance lors d'une crise, au moment du coucher (en cas de recrudescence des angoisses). Il a alors pour objectif d'apaiser l'enfant et d'obtenir un relâchement corporel. Il peut aussi être effectué de manière programmée dans la journée, dans un cadre sécurisant, apaisant et calme.

Lorsqu'il se sent enveloppé, l'enfant peut souvent se laisser aller à penser. Ses idées prennent forme et il les exprime avec une parole plus fluide que d'habitude.

La technique est spécifique. Deux draps secs sont posés l'un sur l'autre sur un tapis ou sur un matelas posé à même le sol ou le lit. Les psychomotriciens, ainsi qu'un ou deux soignants participent, selon la clinique de l'enfant et l'objectif du soin. Ils verbalisent toutes leurs actions. Les draps sont rabattus sur le corps de l'enfant pour faire ressentir l'unité corporelle. L'enveloppement doit être serré en faisant attention qu'il n'y ait pas de striction au niveau du cou. Une fois les draps installés, un soignant effectue des pressions symétriques à deux mains sur tout le corps. Un temps de séparation très progressive doit être prévu. Au moment du désenveloppement, les draps sont enlevés doucement.

4-2 Les bains thérapeutiques avec enveloppement

Le bain thérapeutique est un soin qui permet de travailler sur l'enveloppe corporelle. Il a pour but d'aider l'enfant à se représenter son corps comme clos et à prendre soin de cette enveloppe. D. Anzieu a montré que le premier contenant qui apparaît chez le nourrisson est cette représentation de soi, le Moi-peau qui se construit par étayage sur les soins de maternage dès les premiers jours de la vie. Les objectifs du bain sont élaborés en fonction des besoins de l'enfant. Ces objectifs doivent être clairs, simples et précis. Ils peuvent évoluer avec l'enfant à chaque séance.

L'enfant peut assister à la préparation de la salle de bain. La psychomotricienne lui décrit quelles vont être les différentes étapes en nommant le moyen utilisé pour travailler telle fragilité. L'enfant, enveloppé dans deux draps, est contenu par une double enveloppe: celle des draps et celle de l'eau, lui permettant de percevoir sa peau et de lui apporter des limites corporelles. Différentes pressions exercées sur le corps lui permettent également de prendre conscience qu'il n'est pas mou mais qu'il a une armature osseuse. Un temps peut être réservé au jeu, par des jeux de transvasement permettant de travailler sur la notion de contenant. Des jeux autour de la bouche comme souffler sur l'eau, faire des bulles ou jouer avec le pommeau de douche peuvent également être envisagés.

4-3 Les enveloppements humides

Le packing est une technique d'enveloppement humide et froid qui va provoquer un cycle de vasoconstriction-vasodilatation. Il est notamment indiqué pour des enfants dont le mécanisme d'identification projective pathologique est prévalent. Ce sont des enfants qui présentent des comportements souvent violents, une instabilité psychomotrice ou des troubles du tonus. Il peut également être utilisé lorsque des enfants ont recours à des enveloppes pathologiques comme l'automutilation.

Le packing fait partie des thérapies à médiation corporelle qui mettent l'accent sur le contact sensoriel, la relaxation, l'expression et la verbalisation. Il vise à donner au patient une stimulation de son schéma corporel et à contrôler ses tendances autodestructrices et agressives, sans l'aliéner par un excès de médicaments et l'isolement. Si les aspects sensoriels et émotionnels sont au premier plan, les enveloppements s'inscrivent dans une perspective relationnelle et offrent une médiation lorsque la relation verbale n'est pas possible.

Contrairement à d'autres médiations corporelles comme la balnéothérapie, la pataugeoire ou les bains thérapeutiques, l'indication du packing est davantage liée au caractère intensif et à l'aggravation des troubles auto et hétéro-agressifs d'un patient, dans un contexte, où les traitements psychotropes ne se montrent pas totalement efficaces.

J'ai fait le choix de développer cette médiation dans une deuxième partie en raison de son utilisation auprès du patient que j'ai pu suivre durant mon stage. Après avoir présenté l'histoire des hydrothérapies, je m'attacherai à exposer une discussion autour de l'enveloppement, à me questionner autour de la psychomotricité et à soumettre les limites et difficultés rencontrées.

III- Origine des hydrothérapies

1- Histoire des enveloppements humides

Les origines des enveloppements remontent à la mythologie avec la momification des corps des défunts. Son utilisation au fil de l'Histoire va nous aider à mieux comprendre le sens de ce soin.

1-1 Origine des hydrothérapies

Le packing, en raison de sa technique, est inclus dans l'hydrothérapie. Par l'étymologie de ce dernier terme (du grec hydro, l'eau et therapia, le soin), le packing est donc un traitement par l'eau.

Pour les Grecs, les thermes sont un lieu de détente musculaire après l'exercice physique. Pour les Romains, appelés aussi bains, ils constituent un élément essentiel de la civilisation romaine. Les thermes comportent toujours plusieurs pièces: un frigidarium ou bain froid, un tepidarium ou bain tiède et un caldarium ou bain chaud. Les Romains choisissent leur bain en fonction de leurs goûts et de leur état de santé. Ils aiment alterner les bains chauds et les bains froids.

Aux XVII^e et XVIII^e siècles la dimension thérapeutique de l'eau est prise en compte. C'est également à cette époque que la pratique médicale va s'intéresser à la folie. M. Foucault, en parlant des prémices de la pratique aquatique, avance que les qualités de l'eau sont indéniables dans le sens où la pratique médicale vise à équilibrer les liquides et les solides. L'eau est réputée pour ses pouvoirs hygroscopiques mais elle possède également des vertus de constriction, de rafraîchissement ou de réchauffement.

Dès la fin du XVII^e siècle, les thérapeutiques de la folie laissent une part importante à la cure par les bains. J-B. Van Helmont, chimiste, physiologiste et médecin flamand prend en charge la folie en préconisant des bains par immersion brusque. Cette pratique

maltraitante à l'égard des aliénés perdure dans les asiles jusqu'à la fin du XVIII^e siècle où le bain et la douche sont des pratiques inhumaines.

Pour la douche, *"l'aliéné fixé sur un fauteuil était placé au-dessous d'un réservoir rempli d'eau froide qui se déversait sur sa tête par un large tuyau"* (P. Delion, 2012 p. 134).

Concernant les bains de surprise, *"le malade descendait des corridors au rez-de-chaussée et arrivait dans une salle carrée, voûtée, dans laquelle on avait construit un bassin, on le renversait en arrière pour le précipiter dans l'eau"* (P. Delion, 2012 p. 134).

Le docteur P. Pinel, pionnier et fondateur de la psychiatrie, condamne ces pratiques qu'il juge inhumaines. Il utilise alors l'hydrothérapie sous forme de bains tièdes prolongés et de douche sur la tête pour prendre en charge la folie et la mélancolie. P. Pinel, accompagné du docteur J-E Esquirol (élève de P. Pinel et un des premiers psychiatres), observe leurs bienfaits : ils favorisent la relaxation et le sommeil.

Malheureusement, de nombreux abus ont lieu par la suite: les malades, placés dans des baignoires recouvertes d'une toile laissant seulement dépasser la tête, sont parfois laissés à macérer des journées entières dans une salle commune, les uns à côté des autres.

Progressivement au XIX^e siècle, la pratique des hydrothérapies se développe avec l'utilisation du drap mouillé pour envelopper le malade. Ainsi l'hydrothérapie va être indiquée non seulement pour traiter les maladies mentales mais également pour les affections chroniques.

En 1834, V. Priessnitz, un paysan tchèque découvre par hasard (en voyant un chevreuil blessé tremper sa patte dans un ruisseau), le pouvoir curatif et antalgique de l'eau froide et utilise, plus tard, avec succès cette méthode, sur son propre corps blessé gravement. Il est le premier à mettre en place un enveloppement humide à visée thérapeutique. Il est considéré comme le fondateur de l'hydrothérapie moderne. Sa méthode des draps mouillés consiste *"soit à envelopper le malade dans un drap mouillé préalablement tordu, et à frotter toutes les parties du corps pendant 3 à 4 minutes vigoureusement, avec le drap mouillé d'abord, puis avec un drap sec ; soit à*

étendre un drap mouillé sur un lit garni d'une couverture de laine et à recouvrir le corps du malade de plusieurs couvertures de laine" (P. Delion, 2012 p 135).

On préconise au malade, pendant ce procédé, de boire de grandes quantités d'eau froide. Lorsque le phénomène de transpiration apparaît, le thérapeute lui donne une douche ou un bain froid.

En 1852, le médecin français L. Fleury reprend les travaux de V. Priessnitz dans un traité consacré à l'hydrothérapie. Les effets provoqués visent soit la sédation soit la tonification.

Ce n'est qu'en 1850 que sont décrits pour la première fois les enveloppements ou "emmaillotement humide" dans les Annales médico-psychologiques. Une publication de H. Dagonet décrit ainsi la technique utilisée.

Dans une chambre chauffée, un matelas et un oreiller recouverts d'un drap humide constituent le lit du malade sur lequel il doit être installé. Le malade alors nu est frictionné intégralement et méticuleusement avec une éponge d'eau froide l'été ou de neige l'hiver puis on attend que la peau réagisse. Il est ensuite installé sur le lit, emmailloté dans le drap humide (sa tête n'est pas recouverte) puis recouvert d'une couverture, d'un duvet et d'une seconde couverture. Il reste ainsi enveloppé entre une heure et demie et deux heures, temps nécessaire pour qu'il transpire densément.

Cette description fondée avant tout sur un principe physiologique montre un traitement peu respectueux du malade.

Cette pratique du packing (ou enveloppements humides) utilisés dès la fin du XIX^e siècle est également décrite avec précision et illustrée pour la première fois dans un manuel allemand consacré à l'hydrothérapie. En 1838, pour J-E Esquirol (cité par P. Delion, 2012 p.136) *"il s'agissait de réveiller les forces et de les exciter, et rappeler à l'extérieur l'innervation trop concentré"* tandis qu' en 1860, pour le psychiatre franco-autrichien Morel (cité par P. Delion, 2012 p.136), *"il s'agissait de calmer, décentraliser la douleur, d'entraîner une réaction salutaire et tonique"*.

En 1893 le docteur V. Magnan, psychiatre et médecin-chef de l'asile de Saint- Anne apporte des précisions sur l'utilisation des enveloppements. Il relève l'importance du bannissement de la contrainte physique et l'usage du drap humide pour apaiser les

patients souffrant de manie. Pour lui, la variation thermique permet la vasodilatation et la vasoconstriction des vaisseaux, provoquant un massage cardio-vasculaire favorable.

A cette même période le psychiatre austro hongrois R. Krafft-Ebing préconise les enveloppements froids en raison de leur effet hypnotique.

1-2 Sédation et alternative à la contention

Au XIX^e siècle, les bains et les enveloppements sont utilisés à la fois pour apaiser et contenir les malades se trouvant dans des états d'agitation aiguë. Ils représentent une alternative aux moyens de contention traditionnels (comme la camisole de force).

A ce sujet, la plus ancienne publication émane du British Medical Journal (1878) et concerne l'alternative à la contention. Cette publication relate le cas d'un patient atteint de delirium tremens associé à une agitation comportementale intense ne pouvant être contrôlée par ses proches. L'impossible maîtrise de l'individu oblige son médecin généraliste à intervenir chez lui et pratiquer un enveloppement humide. L'efficacité est telle que le patient réussit à être canalisé. Dans l'article, le patient juge que l'effet semblable à de la contention est bénéfique pour lui. Son appréhension réside dans le retrait des draps. Malgré son agitation et ses hallucinations, il dit à son médecin qu'il se souvient de l'effet apaisant procuré par l'enveloppement. ^x

A. Adler publie un papier important en 1916 dans le Journal of Nervous and Mental Diseases. Il décrit que sur mille enveloppements, une grande majorité des patients ressent des effets apaisants.

En 1921, la revue JAMA décrit une série de huit cas: des enfants pris en charge en raison d'encéphalite accompagnée de troubles du comportement, comme de la désinhibition, de l'hétéro ou auto-agressivité associés à une irritabilité et des états d'agitation incoercible. Des enveloppements secs ou humides leur ont permis de se calmer. Il est également rapporté que les enveloppements humides sont plus efficaces que les enveloppements secs.

La transition qui va s'opérer entre la première indication (alternative à la contention) et la seconde (sédation et relaxation), fait l'objet d'une publication datant de 1988. Initialement le pack était proposé comme une alternative à des situations de contention.

En 1988, une étude expliquait que les enveloppements humides étaient utilisés comme alternative à la contention chez une cinquantaine de patients. Alors qu'ils étaient tous hospitalisés dans un hôpital psychiatrique nord-américain, l'étude montre que 80% des patients ont tiré un bénéfice des enveloppements. Par la suite, 25% d'entre eux ont demandé plusieurs séances d'enveloppement en raison de la détente et de l'effet apaisant procurés. Dans ce cas, l'indication du packing correspond aux thérapies à médiation corporelle d'intégration sensori-motrice. Un travail de relaxation et de détente sur le plan de l'intégration corporelle est obtenu grâce aux propriétés relaxantes des enveloppements. Il peut alors être indiqué pour des patients difficiles (personnalités limites et personnes autistes) ou présentant des troubles sévères du comportement (catatonie ou automutilation).

En France, pendant la première moitié du XX^e siècle, la pratique du packing va s'estomper en raison de l'insuffisance des concepts et fondements théoriques. La psychanalyse et les progrès dans les études biologiques et neuropharmacologiques vont concurrencer les thérapies corporelles.

1-3 Introduction de la dimension relationnelle

Ce n'est qu'à partir des années 1950 que les thérapies corporelles vont faire leur réapparition avec le psychiatre français P. Sivadon. Il insiste sur le traitement des maladies mentales par une approche corporelle. Il pense que le patient peut bénéficier de méthodes simples (comme les massages, l'éducation physique) ou encore retrouver des relations avec les autres, avec les objets et les lieux.

En 1966, M. Woodbury, un psychanalyste américain, est considéré comme le pionnier de la réintroduction des packs en Europe. Après avoir mené plusieurs études fondamentales aux Etats-Unis, il pose d'importants jalons pratiques et théoriques en collaboration avec P-C. Racamier. Il recommande l'usage des "enveloppements

anaclitiques" pour traiter les crises psychotiques aiguës et les troubles chroniques du schéma corporel. Il est important de noter qu'un infirmier surveillait l'enveloppement de manière constante, introduisant ainsi la notion de dimension relationnelle. Pour M. Woodbury, il s'agit d'envelopper le patient pour lui permettre de stimuler son schéma corporel et de contrôler ses tendances auto destructives et agressives. Il évite ainsi de le soumettre à des médicaments ou à l'isolement.

Les résultats obtenus par M. Woodbury sont révélateurs: 87% des crises aiguës de morcellement psychotique pouvaient être efficacement enrayerées par la technique, sans avoir recours aux médicaments. L'auteur ajoute que la méthode préconisée a l'avantage de permettre la poursuite du dialogue humain et l'intégration immédiate des événements qui ont précipité l'explosion du packing.

P-C. Racamier évoque le fait qu'une équipe soit constituée par au moins deux personnes pour permettre de guérir le Moi scindé caractérisé par les psychotiques. Une relation transférentielle triangulaire est ainsi mise en place pour traiter ces patients. Cette idée du soin et de lien avec le malade vient apporter une dimension psychothérapique à la technique du pack. Elle confère ainsi au packing le véritable statut d'une thérapie à médiation corporelle, favorable à la communication et aux interactions du malade avec son environnement.

Auparavant, on utilisait cette technique de soin pour apaiser les malades et supprimer les moyens de contentions classiques au sein des institutions asilaires (camisole de force, douche froide, isolement). Il s'agit aujourd'hui, non pas de contenir la folie mais d'offrir à certains patients une thérapie à médiation corporelle notamment lorsque la relation verbale n'est plus possible.

2- Déroulement d'un enveloppement type

Aujourd'hui le packing est utilisé comme contenant psychocorporel. Il est cependant soumis à un cadre thérapeutique qui vise à garantir une prise en charge du patient de manière efficiente.

2-1 Le protocole

Le packing est une médiation proposée par l'équipe ou par la famille elle-même. Au cours d'un entretien, les parents reçoivent des explications concernant le dispositif du soin. A l'issue de ce rendez-vous, une feuille d'autorisation remise en mains propres doit être signée par leurs soins avant le début des séances. Le packing s'inscrit donc dans un projet de soin individualisé en accord avec les parents. On leur propose également d'être présents aux séances s'ils le souhaitent. Les séances de packing s'effectuent généralement dans le même lieu, selon le même dispositif, avec les mêmes professionnels, au même rythme hebdomadaire.

Le dispositif, mis en place par la psychomotricienne, inclut une salle qui doit être dédiée au packing et aménagée en fonction des particularités du patient, à savoir sa sensibilité au bruit et/ou à la lumière. Cette atmosphère contribue à établir un endroit sécurisant et relaxant. Les horaires, fixes eux aussi, permettent d'établir un cadre contenant pour le patient. Les préparatifs (draps, deux couvertures en laine, une couverture de survie) lui sont expliqués. Il est par ailleurs invité à participer à ces préliminaires pour qu'il soit acteur du soin et qu'il puisse, s'il le désire, verbaliser son appréhension à se laisser envelopper par des draps humides. Cet aspect ordonné des préparatifs procure aux séances des allures de cérémonial visant à les ritualiser. Puis le patient se déshabille et se met en sous-vêtements ou en maillot de bain pour être enveloppé sur son lit ou sur un matelas posé au sol. Il est enveloppé rapidement, par la psychomotricienne et deux soignants, dans deux draps mouillés froids et fortement essorés (les draps sont à une température de dix degrés environ), puis entouré d'une couverture de survie et enfin emmailloté par deux couvertures en laine. Le visage et la tête du patient restent en dehors de l'enveloppement.

Le packing dure entre vingt et soixante minutes. Le patient peut l'interrompre à tout moment. Puis il est prévenu de son désenveloppement auquel il peut participer s'il le souhaite. Une fois rhabillé, un temps de reprise accompagné d'une collation, lui est proposé. Il peut ainsi verbaliser ses ressentis et représentations corporelles ou les exprimer à travers un dessin. La psychomotricienne rédige un compte rendu basé sur ses observations. Une supervision régulière est également mise en place afin que la psychomotricienne et les soignants puissent exprimer et confronter leur vécu et leurs ressentis sur le patient.

2-2 L'intérêt du packing

La technique du packing propose d'apporter des sensations au patient afin qu'il puisse sentir son corps, prendre conscience de ses limites en favorisant une meilleure perception de l'enveloppe corporelle. Ainsi, la reconstitution de l'enveloppe corporelle, la perception des limites et la variation du tonus ont pour fonction de rassembler l'image du corps et de faire émerger la pensée. Différents aspects sont à prendre en compte dans cette pratique qui comprend l'enveloppement et la contenance du corps, le choc thermique, la situation de régression, le regard et le maternage des soignants. Dans certaines pathologies, la conscience de soi et le schéma corporel sont fortement altérés, le patient a besoin de retrouver son corps dans son volume, ses limites, son unité.

2-3 Les manifestations corporelles engendrées par le packing

L'enveloppement dans des draps mouillés et essorés doit être suffisamment serré pour éviter toute déperdition de chaleur. Le patient doit se sentir bien entouré et défini par les draps. Le refroidissement global provoqué par l'enveloppement humide et par l'immobilisation déclenche des mécanismes immédiats de régulation thermique. Le froid agit au niveau physiologique, c'est à dire qu'au départ tous les récepteurs superficiels de la peau reçoivent une source froide donc le patient utilise la contraction musculaire pour se réchauffer et se détend progressivement dans une sensation d'apaisement. Le froid crée une vasoconstriction (réduction du diamètre vasculaire) et une carapace tonique, suivie d'un effet de vasodilatation (augmentation du diamètre des vaisseaux sanguins). Cette phase de réchauffement obtenue, entre autre, grâce à une couverture de survie et deux couvertures en laine, permet au corps de retrouver une température proche de celle du début de séance. Le choc thermique suivi du réchauffement engendre un état de détente et de relaxation passive dont le patient peut bénéficier. Ce phénomène physiologique déclenche une réaction au niveau sensoriel, postural et psychique. L'enveloppe tonique ainsi modifiée aide le patient à se représenter la totalité de son corps unifié .

Seule la température cutanée superficielle est transitoirement abaissée. Le patient n'est jamais placé en hypothermie.

Ainsi, dans cette alternance de sensations, l'individu se construit, tout comme l'enfant par les expériences de plaisir et de déplaisir, se les approprie et se différencie de la mère.

PARTIE CLINIQUE

I-Repères institutionnels

1- Présentation du lieu de stage

Le service hospitalier de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent au sein de l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière a joué à la fin des années soixante, le rôle de service fondateur de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent universitaire au niveau parisien. Plus de quarante ans après il occupe une place centrale dans le paysage de cette discipline.

1-1 Les patients et les différentes missions de soin

Les enfants, les préadolescents et les adolescents présentant des troubles psychologiques, psychopathologiques et des troubles du développement dans l'enfance et l'adolescence sont accueillis dans cette institution. Le service a également la particularité d'accueillir quelques adultes relevant de pathologies autistiques ou rares.

Le service comporte une activité de consultation et de traitements externes et propose également des consultations spécialisées pour des pathologies plus spécifiques comme les troubles du spectre autistique, les troubles intellectuels et cognitifs, les troubles des apprentissages et du langage, les troubles obsessionnels compulsifs, les difficultés et troubles de la parentalité ainsi que des troubles relevant d'une consultation de psychiatrie génétique. Notons également que le service est reconnu officiellement comme Centre Référent pour les troubles du Langage et des Apprentissages, Centre Référent Autisme et Centre Référent maladies rares à expression psychiatrique.

Le service comprend également des unités d'hospitalisation à temps plein (dont une unité en soins intensifs) et des unités d'hospitalisation de jour (HDJ).

De plus, un Centre Médico Psychologique (CMP) est rattaché au service. Il assure les différentes activités de diagnostic, de soins, de prévention, de coordination des

différentes structures de l'enfance et de la jeunesse, dans le domaine de la psychiatrie infanto-juvénile et de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

Enfin l'Unité Petite Enfance (UPE), rattachée elle aussi au service, reçoit des parents avec leurs enfants de 0 à trois ans pour des retards de développement, des troubles de la parentalité et des perturbations des interactions et relations précoces mère (parents)-bébé.

1-2 Les différents types d'hospitalisation

Deux modes d'hospitalisation existent dans cet hôpital:

- l'hospitalisation à temps plein comptabilise 66 lits répartis dans 5 unités:
 - une unité d'urgence et de soins intensifs (6 lits)
 - une unité pour enfants (14 lits)
 - deux unités d'adolescents (15 lits chacune)
 - L'Unité Sanitaire Inter Départementale d'Accueil Temporaire d'Urgence (USIDATU) comporte 16 lits pour les patients atteints d'autisme en situation de crise (7 lits enfants et 9 lits adultes).
- l'hospitalisation de jour: il s'agit d'une hospitalisation accueillant des enfants et des adolescents à la journée dans un but d'évaluation et d'orientation thérapeutiques ou de prise en charge de façon prolongée suite à leurs pathologies. Trois unités individualisées permettent d'accueillir au total 37 enfants de 4 ans à 18 ans.

1-3 Le dossier médical du patient

Il contient notamment diverses notifications comme les autorisations de sortie par les parents, les autorisations d'examens complémentaires, les autorisations parentales d'injection de produits de contraste, d'anesthésie générale, d'opération, d'intervention sous anesthésie et les autorisations de filmer les bilans ou tout autre séance pendant la prise en charge d'un patient.

2- La place de la psychomotricité

Le service de pédopsychiatrie accueille notamment des patients porteurs de troubles psychiatriques graves affectant le corps. Par sa dimension corporelle, la psychomotricité vise à favoriser ou restaurer l'harmonie globale de l'équilibre psychocorporel, grâce à diverses médiations corporelles. Cette discipline est bien établie et reconnue dans le service de pédopsychiatrie notamment grâce à son chef de service qui la soutient vivement.

2-1 Au sein du service intra hospitalier

Sous la responsabilité d'un cadre supérieur de santé, une équipe de huit psychomotriciens est présente dans le service. Ils interviennent sur demande du médecin référent, effectuent des bilans psychomoteurs, sensorimoteurs ou des observations psychomotrices et sensorielles. Le bilan psychomoteur se compose de tests portant sur l'exploration de domaines très variés et précis comme le tonus, le schéma corporel, l'image du corps, la latéralité, les praxies, la motricité fine et faciale, le rythme, les aspects grapho-perceptifs, l'équilibre, les coordinations motrices et le domaine spatio-temporel.

Chaque psychomotricien s'occupe des patients de deux unités (hospitalisation à temps plein ou unités de jour) selon le projet thérapeutique établi en concertation avec l'équipe médicale. Un principe de référence de salles lui permet de réaliser les bilans (ceux-ci permettent d'observer les difficultés et les capacités du patient) et d'assurer des prises en charge individuelles ou en groupe. Il effectue également des bilans et des prises en charge pour des patients de consultations. Il participe aux synthèses hebdomadaires de ses unités ou des centres de référence auxquels il est rattaché. Il est toutefois possible qu'il intervienne sur d'autres unités selon les compétences et disponibilités de chacun.

La psychomotricité vise à aider les patients à se recentrer sur leurs sensations et leurs perceptions pour parvenir à se représenter leur corps de façon globale et unifiée.

2-2 Les propositions de prises en charge

Les propositions de prise en charge, groupales ou individuelles, assurées par les psychomotriciens(ne)s sont riches. Différentes approches peuvent être réalisées: un travail sur la conscience corporelle, de la relaxation, des thérapies à médiation corporelle, des ateliers d'expression, un travail en balnéothérapie. Ces exemples ne sont pas exhaustifs puisque bien d'autres médiations peuvent être pratiquées.

Je vais maintenant présenter l'étude d'un cas clinique, en détaillant le parcours du patient jusqu'à son arrivée à l'hôpital. Je vais affiner la problématique en fonction des observations cliniques et des hypothèses faites en psychomotricité.

II- Etude du cas clinique : à la rencontre de Dimitri

1- Présentation du patient

Je rencontre Dimitri pour la première fois lors de mon stage de deuxième année. Il a alors treize ans et demi et a déjà été hospitalisé sur plusieurs unités du service.

Entré à l'hôpital au mois de mai 2016, la dégradation de son état de santé l'a conduit de l'unité des enfants à l'unité de soins intensifs où il est resté un peu plus de quatre mois. Devant l'absence d'amélioration de son état, il intègre l'USIDATU en janvier 2017.

Je le vois pour la première fois dans sa chambre, avant une séance de packing. Dimitri est un jeune garçon aux cheveux bruns plutôt souples, au teint pâle, vêtu d'une tenue décontractée. Il est d'une taille et d'une corpulence propres à son âge. Il ne sourit pas, ne me regarde pas et apparait amimique. J'évite de croiser son regard parce qu'il ne me connaît pas. J'appréhende une réaction potentiellement agressive de sa part à mon encontre au vu de la description de son comportement qui m'a été faite. Des photos de lui et de sa famille sont accrochées sur les murs de sa chambre. J'aperçois également quelques peluches, disposées sur la table de sa chambre.

1-1 Anamnèse

Dimitri, originaire du sud-est de la France, est le cadet d'une fratrie de deux enfants (il a une sœur aînée). Il vit au domicile de ses parents, en instance de séparation.

Sur le plan du développement psychomoteur, il a marché à quinze mois et a prononcé ses premiers mots entre douze et dix-huit mois. La propreté nocturne a été acquise à l'âge de huit ans. Gardé par sa mère jusqu'à ses trois ans, il a montré une courte angoisse de séparation lors de son entrée en petite section de maternelle.

D'après sa maman, Dimitri a présenté, durant ses dix premières années, un trouble envahissant du développement, de type autisme infantile léger sans retard de langage majeur et sans déficience intellectuelle, ce qui lui a permis une adaptation scolaire relativement correcte.

Sur le plan scolaire, il a redoublé le Cours Élémentaire deuxième année (CE2) pour des difficultés de concentration et de compréhension. Il a ensuite suivi une scolarité normale jusqu'au Cours Moyen première année (CM1) où l'écriture et la lecture étaient acquises. Se tenant au fond de la classe, il est décrit par ses parents comme un garçon "en retrait et rêveur" qui semblait avoir peu d'amis. Il pratiquait des activités extra-scolaires comme le motocross et la guitare pour laquelle il est décrit comme doué.

Concernant les antécédents familiaux, la grand-mère maternelle a connu un épisode dépressif majeur et s'est suicidée par pendaison en 2005. Le père de Dimitri a été hospitalisé pendant un mois à la suite d'une mélancolie délirante en mars 2014. Dimitri était alors âgé de onze ans.

Du point de vue du comportement, des rituels moteurs invalidants tels que fermeture-ouverture des portes ou bouclage-débouclage de la ceinture de sécurité sont apparus à l'âge de huit ans. Ses TOCS (troubles envahissants du comportement) définis par la présence d'obsessions à caractère compulsif, c'est-à-dire de manière involontaire et incontrôlée, semblaient majorés avant les périodes de vacances. Il est également décrit qu'il se tapait le menton sur la table, griffait ses ongles sur le sol, frottait délibérément ses chaussures dans l'escalier ou bien qu'il se lavait les mains de

manière compulsive et vérifiait plusieurs fois par jour la fermeture de la porte de sa chambre.

Des intérêts restreints comme les moteurs, les voitures, les pierres puis les félins ont accompagné ces rituels. Puis une angoisse sans objet et une intolérance au toucher sont venus s'ajouter à ces rituels moteurs. La psychologue scolaire l'a alors adressé à un pédopsychiatre en raison de son comportement et de ses insomnies.

Au cours de sa dixième année, au mois d'octobre 2013, il voit son chat se faire écraser. Cet événement traumatique entraîne une première décompensation sous forme de dépression sur un mode délirant et hallucinatoire. D'après sa maman, il a tout arrêté après ce traumatisme: "parler, rire, boire, manger, dormir".

1-2 Conditions d'hospitalisation

Au cours de sa première hospitalisation de dix jours en pédiatrie dans le sud de la France, au mois de novembre 2013, des difficultés d'interactions, des rituels moteurs, des éléments dissociatifs (rires immotivés, troubles du cours de la pensée, dissociation corporelle) et des délires de persécution sont décrits. Une majoration des symptômes en décembre 2013 (apparition de troubles du comportement avec hétéro-agressivité et mutisme) nécessite en début d'année suivante une nouvelle hospitalisation pendant dix jours pour agitation majeure. Un traitement à base d'antipsychotiques et anxiolytiques est alors prescrit à Dimitri.

A sa sortie, il est suivi au Centre Médico Psychologique (CMP) rattaché à l'hôpital pour troubles du comportement avec angoisses majeures (insomnies d'endormissement, réveils multiples, cauchemars) et hallucinations (acoustico verbales, visuelles et cénesthésiques).

Deux mois plus tard, les urgences pédiatriques l'adressent à l'hôpital en raison de crises clastiques au domicile avec hétéro-agressivité et épuisement familial. Il est mis en chambre d'isolement pendant une semaine pour contenir son agitation massive. Malgré le traitement par antipsychotiques, l'hétéro-agressivité associée à une coprolalie (impulsion à proférer des termes orduriers de nature scatologique ou sexuelle) persiste. En janvier 2014, Dimitri est déscolarisé parce que son traitement est

peu efficient et son état de santé se dégrade. Il reste à demeure jusqu'à la fin du mois de mars sans suivi thérapeutique.

Début avril 2014, il est transféré dans un internat à temps plein pendant un mois, et l'amélioration de la symptomatologie permet un court séjour en hôpital de jour puis un retour à domicile progressif. Cependant malgré le traitement médicamenteux, son état se dégrade à nouveau. En janvier 2015, le médecin pose un diagnostic de trouble envahissant du développement non spécifié avec décompensation psychotique.

Dans la dernière édition du DSM V¹, les différentes formes d'autisme dont le trouble envahissant du développement non spécifié (TED-Nos) sont regroupés dans une seule catégorie appelée Trouble du Spectre de l'Autisme. Le diagnostic du trouble envahissant du développement non spécifié est utilisé lorsque la personne présente une altération sévère et envahissante du développement de l'interaction sociale réciproque associée à une altération des capacités de communication verbale ou non verbale, ou à la présence de comportements, intérêts et activités stéréotypés.

Dimitri est alors orienté en IME (Institut Médico Educatif) mais il n'y obtient pas de place. Le seul traitement de Dimitri reste médicamenteux. Dans une interview du 2 avril 2016 donnée au journal La Provence, son papa dira que *"depuis la dépression de Dimitri, notre fils a quitté le système scolaire et le monde entier avec. Il nous voit à des années-lumière, nous ses parents ou sa grande sœur Emilie, comme des robots ou des fantômes. Et nous avons beau faire tout ce que nous pouvons pour le faire revenir, rester soudés, on n'y arrivera jamais seuls"*.

¹ DSM V: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (classification des troubles mentaux), 5e éd, Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013

Un nouveau traitement médicamenteux associé à un régime sans lactose ni gluten entraîne une évolution fluctuante se manifestant par une diminution des troubles du comportement et une participation de Dimitri à diverses activités. Toutefois, après six mois, soit en juillet 2015, une angoisse majorée puis un repli avec des idées de persécution (conduites d'évitement, peur de sortir en lien avec une peur des avions et des voitures, intolérance aux bruits) occasionnent des difficultés de participation aux activités.

Son comportement s'aggrave à nouveau. Il perd le langage, présente un aspect figé et les rituels comme l'habillage-déshabillage et l'ouverture-fermeture des portes reprennent.

Le mois suivant, une diminution du traitement antipsychotique entraîne des crises d'agitation caractérisées par des rires immotivés, des signes indirects d'hallucinations auditives (il se bouche les oreilles) et des marmonnements. En fin d'année 2015, il est de nouveau hospitalisé pendant quinze jours pour aphasie (impossibilité de déglutir) et déshydratation, mais aussi en raison de son refus de prise de traitement.

Un avis pédopsychiatrique évoque une catatonie avec mutisme. La catatonie est un syndrome psychiatrique rare mais sévère caractérisé par l'association de symptômes moteurs et psychiques. On retrouve un ou plusieurs signes essentiels suivants: immobilité motrice, mutisme, négativisme (refus actif ou passif de suivre les ordres), maniérismes, stéréotypies, gesticulations, grimaces, écholalies, échopraxie, rigidité musculaire et stupeur. Ces signes sont parfois ponctués soudainement par des accès de violence, de la panique ou des hallucinations. Cet état peut être associé à des maladies psychiatriques (schizophrénie, trouble de l'humeur), ou à des troubles organiques (encéphalite, lupus, encéphalopathie, chorée de Huntington...)

Le début de l'année 2016 est marqué par des insomnies, une diminution des rituels et un refus alimentaire. Les parents de Dimitri évoquent une agressivité dirigée principalement à l'encontre de sa mère.

Fin mars 2016, Dimitri est de nouveau hospitalisé pour des difficultés d'hydratation et d'alimentation. Il refuse là encore de prendre ses traitements. D'après les médecins,

Dimitri est dans un état catatonique faisant suite à sa dépression et découlant d'une carence de prise en charge spécifique pour les personnes porteuses de troubles du spectre autistique. Il présente un handicap de plus de 80%.

En avril 2016, une relecture des IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) de 2013 et 2015 met en relief des hypersignaux sur les deux hippocampes, pouvant évoquer une encéphalite auto-immune. Dimitri est alors hospitalisé dans le service de neuro-pédiatrie où un examen neurologique s'avère normal.

L'encéphalite est une maladie inflammatoire plus ou moins étendue de l'encéphale, d'origine bactérienne, virale, mycosique, parasitaire ou non infectieuse. Elle peut atteindre n'importe quelle région cérébrale et causer des lésions irréversibles importantes au niveau du système nerveux central. L'encéphalite peut entraîner une altération de la mémoire associée à une désorientation et une agitation comportementale, habituellement associée à des crises épileptiques, des troubles psychiatriques de mécanisme hallucinatoire et des pensées délirantes, des perturbations du sommeil (hypersomnie ou insomnie). On peut retrouver des troubles de l'humeur ou une sémiologie psychotique en particulier paranoïaque ou des troubles du comportement comme une irritabilité, une anxiété, une désinhibition, une aboulie, une dépression. Des troubles de la parole (le patient n'est plus capable de produire un langage cohérent ou pourrait être totalement incapable de communiquer) et une modification du poids en lien avec un dérèglement de la sensation de satiété peuvent être observés. Enfin, on observe un changement brutal par rapport à un état antérieur stable.

La réintroduction d'un anxiolytique entraîne une diminution de l'agitation, une amélioration du sommeil et la reprise de l'alimentation et de l'hydratation.

Les médecins se sont longuement interrogés sur le comportement de Dimitri. Des hypothèses en faveur d'un trouble psycho-organique à expression déficitaire ou une sidération post traumatique ont été émises.

- Un trouble psycho organique est un trouble psychique en rapport avec des lésions cérébrales diffuses. Il s'accompagne d'une diminution des capacités intellectuelles, de troubles de la mémoire et de troubles affectant le fonctionnement.

- La sidération est un état de stupeur émotive dans lequel le sujet, figé, inerte, donne l'impression d'une perte de connaissance ou montre un aspect catatonique par son importante rigidité. La sidération est à l'origine un état de stress intense qui peut durer plusieurs heures et va se manifester par un état de sidération anxieuse. La verbalisation est souvent difficile voire impossible.

Il a été supposé que l'accident de son chat, sous ses yeux, a généré chez Dimitri ce sentiment d'impuissance et d'horreur. Cet élément déclencheur et traumatique a engendré une décompensation et entraîné des retentissements conséquents sur son comportement.

Malgré son jeune âge, Dimitri, livré au caractère fluctuant et intense de sa pathologie, a déjà un passé institutionnel conséquent. Sans prise en charge et en attente d'une place en IME depuis deux ans, les parents de Dimitri qui s'en occupent jour et nuit, sont en grande souffrance. Face à l'inquiétude de son état autistique, l'hôpital de jour qui le suivait n'a pas souhaité reprendre Dimitri.

En mai 2016, il est transféré au service de pédopsychiatrie de mon lieu de stage pour être pris en charge à la suite d'une régression cognitive et d'un syndrome catatonique. A son arrivée, il se montre mutique, hétéro agressif et en situation de crise clastique. Il est contentonné puis accompagné en urgence dans l'unité d'hospitalisation à temps plein dédiée aux enfants de six à onze ans, où un enveloppement sec pendant vingt minutes en chambre ainsi qu'un traitement sous forme de neuroleptiques lui permettent de s'apaiser.

Pendant l'examen d'admission, Dimitri présente des soliloquies et des regards fixés dans le vide. Il est alors admis pour un motif de syndrome catatonique, des délires avec hétéro-agressivité et des troubles anxieux. Les troubles anxieux comptent parmi les troubles mentaux les plus courants. Ils sont associés à une comorbidité élevée et sont extrêmement invalidants. Bien que tous les troubles anxieux aient comme caractéristiques principales la peur excessive, l'anxiété et l'évitement, ils diffèrent quant à l'objet ou à la situation à l'origine de l'inquiétude. Ils diffèrent également de la peur ou de l'anxiété normale en termes de durée. Les symptômes associés aux troubles anxieux persistent généralement plus de six mois. Le diagnostic de troubles

anxieux ne peut être établi que lorsque les effets physiologiques de substances, d'autres médicaments ou d'autres diagnostics médicaux ont été exclus ou lorsque les symptômes ne peuvent pas être mieux expliqués par un autre trouble mental.

2- Comportement de Dimitri pendant son hospitalisation

Les fluctuations du comportement de Dimitri ont entraîné son transfert dans diverses unités. Il me paraît donc important de retracer l'évolution de son comportement depuis son entrée dans le service de pédopsychiatrie afin de mettre en lumière la complexité du cas de ce jeune patient.

2-1 Au quotidien

Après son entrée dans le service, Dimitri reprend un rythme de repas normal même si une certaine sélectivité des aliments persiste (nuggets et frites principalement). Il s'adapte progressivement au rythme de l'unité qui semble le rassurer. Il vient spontanément dans le poste de soins pour la prise des constantes mais son acceptation des soins reste très fluctuante. Par ailleurs, comme ses endormissements très tardifs peuvent nuire à sa disponibilité le jour suivant, un traitement par de la mélatonine est introduit afin de lui permettre peu à peu de retrouver un rythme circadien. Pendant des phases de quelques jours, il présente des énurésies en chambre voire des encoprésies qui diminuent lorsque Dimitri est sollicité plus régulièrement pour aller aux toilettes.

Au sein de l'unité, il déambule en permanence dans les couloirs et dans sa chambre. Ses déambulations s'accompagnent de rituels moteurs complexes : il se couche au sol, se roule par terre et soliloque. Dans sa chambre, il s'habille et se déshabille de manière répétée en posant ses vêtements parfaitement alignés sur le sol. Il présente des verbigérations (discours incohérent) avec des regards adressés dans le vide qui pourraient faire penser à des hallucinations visuelles et/ou auditivo verbales. Au départ il est en retrait et ne tolère pas la proximité des autres patients, ni même de l'adulte. Dès le début de son hospitalisation, il est particulièrement intolérant au contact physique et se montre facilement hétéro-agressif. Ses conduites agressives

sont souvent tournées vers les soignants. Il a du mal à gérer la frustration, notamment lorsqu'on lui refuse une activité dans la cour. Il peut également se montrer agité et agressif sans raison apparente.

De manière générale, il crie, frappe, casse, mord et se montre opposant aux traitements. Lorsqu'il est en crise, il nécessite d'être contenu par deux soignants ou plus, ce qui exacerbe son comportement. Toute tentative de réassurance par l'équipe soignante semble impossible. Il apparaît hermétique à la relation.

Pourtant progressivement son comportement est en nette amélioration et son hétéro-agressivité est présente uniquement lors de frustrations franches ou d'hallucinations. Il entre progressivement dans des jeux duels de manière adaptée (lancer d'avions en papier, baby-foot, passes et tirs sur le terrain de basket dans la cour, jeux de quille), regarde la télévision et parvient à faire des activités comme des coloriages et des dessins, ce qui semble produire chez Dimitri un plaisir qu'il manifeste par des vocalises. Il accepte le cadre avec plus de facilité, réalise quelques écholalies et se montre moins agressif au contact physique.

Pendant ces moments, les échanges verbaux ne s'établissent pas encore de manière construite. Ses capacités à effectuer des actions complexes et de bonne qualité contrastent fortement avec sa régression verbale et ses conduites instinctuelles.

Il semble bien comprendre les consignes verbales et parvient à dire quelques mots comme "lâchez-moi"; toutefois son discours paraît confus et relativement désorganisé. Il peut également manifester quelques interactions de plus ou moins bonne qualité avec certains patients mais il se fait souvent chahuter par les autres enfants. Il a tendance à parler seul, il a le regard fuyant, manifeste des rires immotivés et semble en prise à des hallucinations visuelles.

2-2 Avec les soignants

Il est capable de progressivement créer des liens de confiance avec les soignants, ce qui facilite les gestes de la vie quotidienne. Il émet peu à peu des réponses simples ("oui", "non", "encore") aux questions qui lui sont posées, mais il continue parfois à exprimer son refus en adressant des claques ou en lançant à travers la pièce ce qui lui a été proposé. Le traitement médicamenteux à visée anti hallucinatoire a une efficacité partielle sur Dimitri. Il permet de diminuer les soliloques et les fixations, cependant ses rituels moteurs complexes augmentent.

Au vu de la sévérité de ses troubles du comportement, il est décidé de le transférer dans l'unité de soins intensifs au mois de septembre 2016, afin de lui apporter un environnement plus contenant.

Cette unité fermée possède uniquement six chambres individuelles, ce qui favorise une moindre exposition aux autres patients qu'il semble ne plus tolérer. Le nombre restreint de patients associé à une équipe médicale de l'ordre de deux ou trois soignants contribue à créer un cadre plus contenant pour Dimitri.

Au cours de cette hospitalisation, sa symptomatologie persiste et une légère variation de l'intensité des troubles est observée.

Dimitri passe la plupart du temps seul dans sa chambre. Il déambule dans le couloir de l'unité et ses rituels (rangement, allumage et extinction de la lumière, habillage et déshabillage) persistent. Son comportement est à la fois instinctuel et ritualisé, ponctué de passages à l'acte hétéro-agressifs qui se manifestent par des coups de poing, des griffures et des morsures associés à une coprolalie dès que l'homéostasie de ses rituels est perturbée.

Lorsqu'il n'est pas engagé dans ses rituels, Dimitri s'adonne parfois à quelques activités après avoir été sollicité par des soignants. Il peut ainsi jouer au baby-foot ou au ballon sur le patio. Il n'est cependant jamais accessible au dialogue et à l'interaction. Son regard reste toujours dans le vide et ne croise jamais celui des soignants. Dans ces moments-là, les crises d'agitation peuvent être imprévisibles. Elles se manifestent par une glossolalie (langue inventée), des dialogues hallucinatoires avec vociférations et cris d'animaux (principalement cris du loup), des épisodes d'agitation avec des attitudes de combat et parfois des auto-mutilations (coups de poing sur la face à l'origine d'hématomes sous cutanés sans signe de complication) qui laissent supposer

des hallucinations multimodales (acoustico verbales, visuelles, cénesthésiques, kinesthésiques) et une activité délirante. Il lui arrive alors de parler aux murs, signe de sa régression patente.

Une évaluation psychomotrice va permettre de dresser un tableau de ses compétences, de ses difficultés et de ses émergences dans différents domaines de la psychomotricité.

3- Evaluation psychomotrice

Conformément au décret de compétences n°88-859 du 6 mai 1988 relatif à l'accomplissement de certains actes de rééducation psychomotrice, le psychomotricien est habilité à accomplir, sur prescription médicale, un bilan psychomoteur.

3-1 Le bilan psychomoteur

L'examen psychomoteur d'un patient a pour objectifs d'évaluer son niveau de développement psychomoteur et de mettre en évidence ses compétences, ses éventuelles difficultés et son potentiel d'émergences dans chaque domaine testé. Ce bilan associe une évaluation objective grâce à l'utilisation de tests standardisés associés à une observation clinique plus qualitative. Cependant, dans certaines pathologies envahissantes avérées, le déroulement classique du bilan psychomoteur peut être entravé.

Dans le cas de Dimitri, un bilan psychomoteur n'est pas réalisable et ne paraît pas le plus pertinent. La psychomotricienne cherche avant tout à évaluer la manière dont les informations sensorielles sont traitées à travers les différents systèmes sensoriels du patient. Dans un premier temps, une observation en chambre a été effectuée par deux psychomotriciennes. Elles remarquent qu'il s'allonge sur son lit, se lève, parle aux murs. Il semble présenter des difficultés d'ajustement tonique et fonctionne en "tout ou rien". En dehors de sa chambre, les psychomotriciennes observent également que Dimitri est capable de rester un long moment sur une activité, sans se soucier de ce qui se passe autour de lui. Puis les psychomotriciennes utilisent, entre autres, des objets du bilan sensori-moteur d'A. Bullinger® (c'est un outil d'évaluation globale permettant d'identifier les compétences motrices, posturales et sensorielles dans une perspective

cognitive, émotionnelle et relationnelle) afin de chercher à mettre en évidence les moyens dont Dimitri dispose pour interagir avec son environnement.

Il ne réagit pas au signal sonore qu'une psychomotricienne active alors qu'il est en train de colorier. Elles n'observent pas non plus de réaction au laser qui est projeté près de lui. Cependant, il renvoie la balle sonore et la balle de tennis et montre un intérêt pour la balle à picots et pour le sac à graines. Puis, afin de compléter et d'affiner la compréhension du fonctionnement de Dimitri sur le plan sensoriel, il est proposé à la famille de Dimitri de compléter le profil sensoriel perceptif révisé (PSP-R) d'Olga Bogdashina.

3-2 Le profil sensoriel d'Olga Bogdashina²

Pour tenter d'analyser les troubles sensoriels d'un patient, il est possible de s'appuyer sur des observations indirectes. Il s'agit alors d'établir un profil sensoriel en fonction des éléments apportés par la famille et l'entourage du patient, et par le patient lui-même s'il est en mesure de communiquer verbalement et a un niveau de compréhension suffisant.

Plusieurs outils ont été développés dans ce sens. Ils présentent l'avantage de s'intéresser au sujet dans sa vie quotidienne, et non pas uniquement en situation d'évaluation.

Afin d'avoir la meilleure compréhension possible des canaux sensoriels de Dimitri et de leur fonctionnement, la psychomotricienne a choisi d'utiliser le profil sensoriel et perceptif révisé (PSP-R) d'Olga Bogdashina. Le questionnaire a été renseigné par la famille de Dimitri (ses parents et sa sœur). 232 items sont proposés afin d'évaluer les 7 systèmes sensoriels (tactile, olfactif, gustatif, auditif, visuel, proprioceptif et vestibulaire). Une fréquence d'apparition doit être déterminée pour chaque comportement sensoriel.

² Bogdashina, O. (2005). *Sensory Profiles Checklist (Revised), Sensory Perceptual issues in autism and Asperger Syndrome*. London and Philadelphia : Jessica Kingsley Publishers.

Quatre modalités de réponse sont possibles:

- "EV" pour "Etait Vrai" dans le cas où un comportement était présent pendant une période de la vie du sujet, mais ne l'est plus aujourd'hui. Si possible il faut indiquer l'âge auquel il était présent.
- "V" pour Vrai actuellement: le comportement était vrai et l'est toujours aujourd'hui.
- "F" pour Faux: le comportement décrit ne correspond pas à ce qui est observé chez la personne.
- "NS" pour "ne sait pas " : il n'est pas certain que le comportement sensoriel décrit soit observé ou on ne sait pas.

Comme le PSP-R n'est pas encore étalonné, il n'est pas possible de comparer les résultats à une norme. Il s'agit donc d'une description propre à l'individu évalué. Il est ensuite possible d'interpréter les résultats du questionnaire de deux façons différentes. La première consiste à relever les particularités pour chaque canal sensoriel. Le PSP-R présente l'avantage de pouvoir faire des liens entre les différents canaux. C'est ce qui permet la seconde interprétation, en termes de particularités sensorielles et styles perceptifs. Olga Bogdashina en relève vingt:

- Perception globale: il s'agit de tout percevoir d'un coup, sans filtre
- Intensité de fonctionnement des sens, c'est à dire hypersensibilité ou hyposensibilité. Le PSP-R permet de laisser apparaître les deux catégories pour un même sens
- Sensibilité à certaines stimulations
- Fascination pour certaines stimulations
- Fluctuations de la perception
- Perception morcelée, partielle
- Distorsion de la perception
- Agnosie sensorielle
- Traitement retardé des stimuli
- Vulnérabilité à la surcharge sensorielle

- Mono-traitement: pour éviter la surcharge sensorielle, le sujet va privilégier un unique canal sensoriel
- Perception périphérique: elle consiste en un évitement de la perception directe afin d'éviter une surcharge sensorielle
- Extinction des systèmes: cela peut être dû à une surcharge sensorielle. Elle peut concerner un ou plusieurs canaux
- Compensation d'un sens non fiable par les autres
- Résonance: la personne est comme absorbée par une stimulation. C'est le plus haut niveau de fascination aux stimuli sensoriels
- Rêves éveillés: il s'agit d'un phénomène que l'on pourrait rapprocher du «sixième sens», une sorte de clairvoyance ou de prémonition
- Synesthésies: c'est le fait qu'un stimulus sensoriel dans un canal donné provoque une perception dans un ou plusieurs autres sens
- Mémoire perceptive: c'est la mémoire sensorielle, qui dépend directement des organes sensoriels. Elle ne nécessite pas un apprentissage conscient. Elle identifie les perceptions sans que le sujet en soit conscient
- Mémoire associative: la mémoire peut être déclenchée par certains stimuli sensoriels
- Pensée perceptive: le sujet ne pense pas forcément en mots, mais plutôt en images, en «images auditives», en «images des postures corporelles», etc. Cette pensée perceptive est le plus souvent visuelle

3-3 Objectifs du profil sensoriel

Plusieurs objectifs sont mis en avant par Olga Bogdashina. Le premier vise à recenser les domaines sensoriels dans lesquels l'enfant a ou avait des troubles qu'il a su désensibiliser ou compenser. La modalité de réponse "était vrai" permet d'avoir une idée du développement sensoriel du sujet et de ses stratégies compensatoires. Ainsi la particularité de cette évaluation est la prise en considération des attitudes présentes, absentes mais également passées de la personne.

Le second objectif permet d'identifier les points forts du sujet ainsi que ses modalités sensorielles préférées. A ce sujet, Olga Bogdashina précise que les expériences sensorielles singulières ne sont pas forcément considérées comme des dysfonctionnements ou des faiblesses. Elles peuvent bel et bien constituer des atouts permettant de mettre en place de stratégies de compensation ou bien de développer des canaux de communication préférentiels.

Le troisième objectif consiste à identifier les troubles afin de chercher à les compenser ou les désensibiliser.

Enfin le dernier objectif vise à permettre une utilisation du PSP-R afin de déterminer la stratégie d'intervention la plus efficace pour chaque sujet en prenant en compte ses difficultés et ses points forts.

3-4 Observations liées au profil sensoriel

L'analyse du profil sensoriel a mis en évidence une particularité sensorielle prédominante. Le tactile est le sens qui prévaut à la période où a été passé le profil, soit sur les mois d'octobre et novembre 2016. S'il marque peu d'écart avec les sens visuel et auditif, il prédomine largement sur les sens olfactif, gustatif, proprioceptif et vestibulaire.

Le profil nous donne également des indications sur le développement sensoriel de Dimitri, puisque certaines modalités qui étaient vraies avant l'âge de dix ans semblent ne plus l'être à treize ans. On peut alors se demander si des stratégies compensatoires ont été mises en place. A contrario, d'autres modalités sont apparues à l'âge de dix ans, période à laquelle correspond sa dépression. Elles se caractérisent par une appréciation de l'ordre, une faible réaction à la douleur et au froid. Il semble avoir des réactions différentes à une même stimulation tactile, une fascination pour certaines textures (la matière polaire par exemple). Par ailleurs, il semble se plaindre de certaines parties de ses vêtements (col, boutons du pantalon), manifeste de soudains accès de colère, d'insultes ou de retrait en réponse à une stimulation tactile. Il ne semble pas sentir qu'on le touche lorsqu'il écoute ou regarde quelque chose. Il paraît se plaindre de percevoir des couleurs, des sons ou s'énerve lorsqu'on le touche. Les textures, le contact physique et la température déclenchent ses réactions. Présente-t-il des irritabilités tactiles? Enfin, il semble faire preuve d'une bonne mémoire tactile.

Les renseignements apportés par ce questionnaire et les hypothèses dégagées permettent de procéder à des aménagements et de réfléchir à des axes de travail.

Ainsi le canal tactile semble être une porte d'entrée qui permet à l'équipe médicale d'envisager une prise en charge pour Dimitri.

III- La mise en place d'un projet thérapeutique en perpétuelle évolution

1- Questionnements autour de Dimitri

Depuis son arrivée à l'hôpital, les équipes médicales n'ont cessé de se questionner afin de trouver des prises en charge les mieux adaptées à son comportement. Celui-ci, très ritualisé, laisse penser à la psychomotricienne qu'une certaine stabilité est primordiale pour que Dimitri investisse la prise en charge. Un cadre est rapidement mis en place. Le profil sensoriel a mis en évidence que les textures, le contact physique et la température déclenchaient des réactions chez Dimitri. Ces éléments sont évocateurs de l'importance de la dimension sensorielle pour lui. La problématique de Dimitri nécessite donc de favoriser la sensorialité. De plus, certaines de ses conduites semblent se rattacher à une tentative d'établir une sensation corporelle qui lui fait défaut. Des enveloppements, comme le packing, sont des pistes thérapeutiques favorables à un travail d'intégration corporelle.

1-1 La combinaison proprioceptive

Quelques mois après son arrivée dans l'unité dans laquelle il est hospitalisé, les psychomotriciennes observent que Dimitri présente une asymétrie corporelle, ainsi qu'une hypotonie et une hyperlaxité. De plus, il est souvent allongé sur le sol. Ce comportement peut faire penser à une recherche de dureté du sol, en opposition avec son hypotonie. Ces différents constats amènent les psychomotriciennes à lui proposer une combinaison compressive qui fonctionne comme une seconde peau, afin de restaurer des sensations et des limites corporelles qui peuvent être insuffisantes. Ces vêtements compressifs sont généralement utilisés pour les patients atteints du

syndrome d'Ehlers Danlos. Ce dernier est une maladie génétique héréditaire du tissu conjonctif qui compose 80% du corps humain. Les principales caractéristiques de ce syndrome sont l'hyper mobilité et la fragilité articulaire, l'hyper élasticité et la fragilité de la peau et des tissus, ce qui entraîne une perturbation de la proprioception (la proprioception est la sensibilité profonde qui désigne la perception consciente ou non de la position des différentes parties du corps).

La combinaison a pour objectif d'apporter de la contenance au corps et de lui redonner une meilleure proprioception. Elle sollicite et comprime la peau et les tissus mous (muscles, tendons) afin d'assurer une meilleure réactivité des capteurs. Elle entraîne de ce fait des conséquences sur la conscience de la posture, apporte des limites corporelles et impacte la verticalité puisqu'elle aide à stabiliser les mouvements et les articulations.

Au mois de juillet 2016, des mesures sont prises afin que les orthésistes lui fabriquent une combinaison à sa taille. Lors de la prise de mesures, Dimitri, allongé au sol, accepte le contact tactile avec les orthésistes. Les psychomotriciennes remarquent alors sa position, qui laisse penser que Dimitri semble rechercher une sensation tactile issue de l'air frais s'infiltrant sous la porte.

Dimitri porte la combinaison sauf pendant la sieste et la nuit. L'effet compressif de ce dispositif a aidé Dimitri à se redresser. On peut supposer que la combinaison compressive lui a renvoyé des sensations fortes. Une nette amélioration du tonus et des positions de torsions moins fréquentes sont observées. Cet effet persiste même lorsque Dimitri n'est pas en combinaison. Au cours du mois de novembre 2016, il finit par la refuser systématiquement.

1-2 Toucher thérapeutique par pressions

Au regard de la recherche de sollicitations tactiles par Dimitri, la psychomotricienne lui a proposé, pendant les mois de juillet et août 2016, des soins corporels dans la salle de socio esthétique. Ils ont lieu chaque jour à heure fixe et visent à travailler sur son enveloppe et ses limites corporelles. La première séance effectuée par la psychomotricienne, en présence d'une infirmière et d'une éducatrice spécialisée, s'avère infructueuse en raison du comportement agressif de Dimitri à son égard.

Toutes trois l'accompagnent dans sa chambre où, allongé en sous-vêtements, il est enveloppé dans des draps secs pour lui permettre de s'apaiser. Il accepte un massage du cuir chevelu, puis progressivement des pressions sont introduites au niveau de la tête, du visage, des pieds, des jambes, des mains et des bras. La séance s'achève par un gantage global (le gantage est un suivi du corps dans un mouvement assez rapide) visant à procurer un ressenti global du corps, que Dimitri semble apprécier.

1-3 Travail autour de l'enveloppe olfactive

La proposition de toucher thérapeutique reste inchangée pour apporter une régularité à Dimitri. Elle évolue cependant avec l'introduction d'une enveloppe olfactive apportée par le lait corporel que sa maman utilisait quand il était petit. Ce souvenir olfactif pourrait le lier à des souvenirs émotionnels de son enfance et ainsi lui apporter une enveloppe olfactive rassurante et sécurisante. Pendant qu'il est allongé dans la salle de socio esthétique, la psychomotricienne, toujours en présence d'un soignant ou de l'éducatrice, effectue un massage du cuir chevelu et lui fait des pressions corporelles. Il se laisse appliquer de la crème sur les mains. Lorsque les pressions deviennent trop fortes, il sort de la salle et la séance se poursuit dans sa chambre sur son lit. Des pressions sur les bras et les jambes et un gantage global à trois reprises lui sont effectués. La séance dure quarante-cinq minutes.

Les séances se poursuivent jusqu'à la fin du mois d'août 2016. Il semble apprécier les pressions au niveau du crâne et du corps. Il accepte qu'une soignante l'enduisse de crème et il recherche un contact par des pressions des mains. Très peu d'agressivité de sa part est observée lors des séances et il peut signifier quand il souhaite, qu'elles se terminent. Généralement le toucher thérapeutique l'amène à un état de détente globale. Un abaissement du tonus proche de celui que l'on peut ressentir après une séance de relaxation lui permet une prise de repas en salle sans agressivité en compagnie des autres patients.

Pourtant toutes les séances ne se déroulent pas de la même manière. Il lui est arrivé d'être très envahi ou de refuser tout contact.

Une séance au début du mois d'août a été quelque peu perturbée par l'arrivée des médecins radiologues venus le chercher. Leur arrivée lui avait pourtant été signifiée à plusieurs reprises. La séance s'est soldée par de l'agressivité envers une soignante

alors qu'elle lui touchait la tête sans le prévenir. Il est alors aussitôt enveloppé dans des draps secs puis mis dans le papoose board® afin de le ramener dans sa chambre où il s'apaisera au bout de dix minutes.

La reprise des séances dès le début du mois de septembre 2016 est difficile. Sans accès à la salle de bien être, la séance lui est proposée dans sa chambre. Dimitri suit la psychomotricienne accompagnée du médecin interne, laisse la place pour décaler son lit mais se montre agressif envers le médecin interne. Il est aussitôt enveloppé dans un drap sec. A partir de là, Dimitri, dans un état d'agitation quasi permanent, refuse les prises en charge. Le changement de cadre, de lieu et l'introduction d'une personne nouvelle aux yeux de Dimitri semblent modifier ses repères et engendrer une désorganisation massive.

2- Le rendre acteur du soin

Le comportement de Dimitri est fluctuant mais la psychomotricienne souhaite malgré tout le faire participer et le rendre acteur du soin. Peu de temps après son arrivée au sein de sa première unité d'hospitalisation, un temps d'enveloppement dans un drap sec a immédiatement été mis en place pour contenir ses débordements. Par ailleurs, l'observation de sa position, allongé sur le sol dur, a amené l'équipe soignante à proposer un enveloppement dans le papoose board®. Cette médiation corporelle est mise en place quotidiennement, en parallèle des enveloppements corporels olfactifs. L'objectif est de fixer un cadre et des repères spatio-temporels contenant à Dimitri.

2-1 Présentation du papoose board® et protocole

Le papoose board® est une planche de contention utilisée habituellement pour les soins, tels que les prises de sang ou autres examens. Les rabats en velcro permettent d'exposer la partie choisie du corps tout en contenant parfaitement le patient. Afin de garantir un cadre contenant, un protocole est rédigé au mois d'août 2016 par la psychomotricienne et affiché dans le poste de soins. Les enveloppements dans le papoose board®, effectués par la psychomotricienne, ont lieu dans la chambre de Dimitri à raison de dix à vingt minutes chaque jour à heure fixe. Le matériel est préparé dans la chambre de l'enfant en sa présence. Ce dernier est d'abord enveloppé

dans un drap sec puis il est invité à s'allonger sur la planche. Une attention particulière est portée à l'installation du patient: les bras doivent être bien positionnés le long du corps, un appui pieds est proposé par le biais d'une couverture enroulée et un oreiller est calé sous sa tête. La lumière est tamisée, le store baissé aux trois quart et la voix de la psychomotricienne est abaissée. L'accompagnement de Dimitri est essentiel durant l'intégralité de l'enveloppement. La psychomotricienne le fait ainsi participer en le sollicitant sur les différentes sensations ressenties (par exemple il peut dire si l'enveloppement est trop serré), en respectant son rythme et en limitant les hyperstimulations.

Avant de lui retirer le matériel, la fin de l'enveloppement lui est obligatoirement signifiée. Chaque rabat en velcro retiré est précédé d'un instant d'attente. Puis les différentes étapes de la levée de l'enveloppement lui sont décrites. Un support comme une chanson ou une comptine de fin peut être également utilisé, signifiant à Dimitri que le soin est terminé. Un retour avec les soignants et lui-même permet de verbaliser ce qui a été perçu pendant la séance d'enveloppement. Puis un jus de fruit lui est donné afin qu'il réinvestisse ses sensations corporelles internes.

2-2 L'enveloppement dans le papoose board®

Les séances d'enveloppement dans le papoose board® sont mises en place jusqu'au mois d'octobre 2016.

La première séance se fait par la psychomotricienne, en présence de deux soignantes. Dimitri, guidé par les consignes, se laisse envelopper dans le calme. Pendant le temps des pressions au niveau des pieds il s'énerve puis finit par s'apaiser. Il retire seul le drap qui le recouvrait puis se lève et va s'asseoir à son bureau.

Généralement il se montre participatif, s'allonge sur le papoose board®. Il peut même solliciter la psychomotricienne pour qu'elle appuie en effectuant une pression sur ses mains. Il sort seul du drap, remet ses chaussures, allume et éteint la lumière et va s'asseoir dans le poste de soin dans le calme.

Les séances effectuées au mois d'août ont été fluctuantes alors que le protocole est resté inchangé. Dans un état agité, il refuse de plus en plus les séances et claque la porte de sa chambre dès qu'un soignant essaie d'entrer.

L'aggravation de ses troubles du comportement amène l'équipe médicale à transférer Dimitri à l'unité des soins intensifs aux alentours du milieu du mois septembre 2016. Dès son arrivée, des enveloppements dans le papoose board® sont mis en place quotidiennement à heure fixe pour maintenir la continuité et la cohérence de la prise en charge. La psychomotricienne forme différents soignants au protocole afin qu'ils puissent participer aux enveloppements selon leur disponibilité. Afin de le rendre acteur des soins et lui apporter un cadre par des repères temporels, un planning visuel composé de pictogrammes reprenant les activités de la journée (repas, douche ou bain) est installé dans sa chambre. Une boîte d'activités (coloriages, boîtes d'encastrement) est également mise à la disposition des soignants.

Malgré les différentes propositions qui lui ont été apportées pour lui donner des repères, son comportement agressif reste difficile à gérer (il mord fréquemment les soignants) et entraîne une certaine appréhension, voire de la peur de la part de l'équipe. Le cas de Dimitri est évoqué en "staff" (réunion hebdomadaire décisionnelle entre professionnels médicaux et paramédicaux en vue d'analyser des situations cliniques rencontrées dans leur pratique) en octobre 2016.

Il dort peu, n'engage aucun échange verbal, ne montre aucune mimique. Ses morsures sont vécues difficilement par les soignants.

L'équipe se pose de plus en plus de questions autour des prises en charge: lorsque celles-ci sont effectuées par un soignant, Dimitri se montre détendu alors que lorsqu'il est seul dans sa chambre, il semble envahi et pris dans ses rituels.

A partir de ce constat l'équipe médicale envisage une prise en charge individualisée.

Sa symptomatologie et ses troubles graves du comportement restent inexplicables. Grâce aux remarques, observations et préconisations de l'ensemble de l'équipe soignante, le packing est envisagé afin de pallier une communication défaillante entre les psychomotriciens, les soignants et le patient. Comme ce dernier est présent dans le service de pédopsychiatrie depuis le mois de mai 2016 et que l'équipe médicale le connaît et s'en occupe depuis le début, ce soin peut lui être proposé.

3- Le packing, une approche sensorielle

Le mot "pack" vient de l'anglais "to pack" et signifie emballer, envelopper, entasser, serrer, tasser, remplir, compacter.

Le packing ou enveloppement humide est une technique de soin appartenant au groupe des traitements par hydrothérapie. Il s'adresse aux enfants et adolescents présentant de graves troubles du comportement (auto et/ou hétéro agressivité, automutilations ou agitation extrême) mais la pratique s'est développée au-delà des institutions psychiatriques, de l'enfant jusqu'à la personne âgée. Par sa fonction d'enveloppement, le packing a un impact entre autre, sur la conscience des limites corporelles et sur le comportement du patient résultant de tendances auto destructrices et agressives. Il doit cependant être utilisé dans un cadre très précis.

3-1 Objectifs du packing

Les objectifs de ce soin se déroulent suivant plusieurs axes: le packing apporte des sensations au niveau de la sensibilité profonde. Par ses aspects physiologiques apportés par le chaud et le froid, il fournit au patient la sensation d'une double enveloppe corporelle: une enveloppe thermique (froide puis chaude) et une enveloppe physique (les draps mouillés et serrés collent à la peau toute entière). Soumis au froid humide, le corps réagit par un réchauffement conduisant à une sensation de bien-être et de détente. Par ses aspects sensoriels, le packing aide Dimitri à mieux prendre conscience des limites de son corps en favorisant une meilleure perception de l'enveloppe corporelle, dans la continuité de ce qui lui a déjà été proposé.

Ce soin vise également à abaisser son auto-agressivité grâce au saisissement par le froid qui mobilise la sensibilité thermo-algique et qui réduit la sensation douloureuse sur laquelle l'enfant se serait vraisemblablement structuré. Par ailleurs, il cherche à réduire une agressivité envers une équipe qui se sent démunie.

Le médecin référent de Dimitri souhaite que ce soin soit mis en place dans les meilleurs délais. Les séances vont alterner avec des séances d'enveloppement dans le papoose board® pour garder une certaine continuité et structuration dont il a besoin.

Le protocole du packing ainsi que son dispositif sont expliqués aux parents de Dimitri vers la fin du mois d'octobre 2016. Les séances de packing sont mises en place à partir du début du mois de novembre 2016, deux fois par semaine à horaire fixe.

3-2 Le déroulement des séances

L'équipe médicale décide de mettre en place deux séances de packing par semaine. Elles ont lieu dans sa chambre. Les psychomotriciennes et des soignants (éducateur, aide-soignant, infirmier) s'occupant de Dimitri au quotidien sont ses intervenants référents de l'équipe du pack. Celle-ci se compose généralement de trois soignants. La première séance a lieu le matin. Dimitri a dû être réveillé à huit heures par une soignante.

Il a très peu dormi pendant le week-end. L'habillage est compliqué, il parvient à enfiler le bas de la combinaison compressive mais refuse le haut, tout comme le tee-shirt qui lui est lancé par l'entrebâillement de la porte. Il tient la porte fermement, crie et crache et refuse que les soignants l'ouvrent. Une tentative d'entrer en contact avec Dimitri s'interrompt au bout d'une heure. La deuxième séance ne peut être effectuée, par manque de personnel ce jour-là. Un temps dans le papoose board® lui est alors proposé. Dimitri semble posé et détendu. Lorsque les rabats en velcro sont détachés et le drap ouvert, la psychomotricienne lui propose de toucher le drap humide et froid prévu pour le pack. Dimitri accepte, sans mouvement de retrait, et caresse plusieurs fois le drap.

Les séances se déroulent au gré du comportement fluctuant de Dimitri. Jusqu'à la fin du mois de novembre aucune séance de packing n'a pu être mise en place.

L'utilisation de renforçateurs alimentaires discutée entre la psychomotricienne et sa maman est acceptée. Lors de sa prochaine visite, sa maman lui apportera des aliments appréciés par Dimitri, ainsi qu'une couette pour dormir et un poste pour lui faire écouter de la musique.

Dimitri, très pris dans ses rituels avec les interrupteurs, tolère la présence de la psychomotricienne dans sa chambre et se permet quelques regards vers elle lorsqu'il se trouve dans l'obscurité. Les stores sont baissées lors des séances suivantes. Dimitri est toujours sans réaction devant le dispositif du pack installé sur son lit. La

psychomotricienne (après discussion avec les soignants) décide d'utiliser le papoose board® pour parvenir à envelopper Dimitri.

Lors de la séance suivant cette décision, il s'installe dans le papoose board®, posé sur le sol et l'enveloppement se déroule dans le calme. Puis la planche est transférée sur le lit où le dispositif du packing est installé.

Il se laisse envelopper dans les draps froids. Sa lente respiration abdominale laisse à penser qu'il est apaisé et détendu.

Des mobilisations de la tête et des pressions sur les épaules lui sont proposées par la psychomotricienne. Les pressions visent à apporter à Dimitri une conscience et des sensations corporelles agréables par une stimulation des récepteurs des muscles et des articulations. Les mobilisations passives de la tête ont pour objectif d'amener Dimitri à une détente globale.

Il reste allongé environ quinze minutes. Il semble signifier l'arrêt de l'enveloppement par des mouvements et des bruits de bouche.

Le désenveloppement se passe dans le calme, une serviette de toilette est posée sur ses jambes. Il reste un moment dans cette position, les yeux à demi fermés. La psychomotricienne l'invite à se lever pour aller boire un verre de Coca-Cola® mélangé à de l'eau. C'est un choix décidé après que la maman de Dimitri a informé la psychomotricienne qu'il appréciait ce mélange. Après avoir bu son verre, les soignants l'accompagnent dans la salle de bain pour qu'il prenne son bain.

Les séances suivantes se passent de la même manière, à l'aide du papoose board®. Lors d'un enveloppement, Dimitri montre une réaction au drap froid par un raidissement du corps mais il n'exprime pas de grimace. Il se détend aussitôt. Il manifeste quelques mimiques sûrement liées à l'augmentation de la sensation de froid lors de la pression. Des mobilisations sur la tête et des pressions sur les pieds lui sont de nouveau proposées. Un appui au niveau de la tête et des pieds permet à la psychomotricienne de percevoir son relâchement. Il peut ensuite profiter du temps de détente pour intégrer les sensations. La psychomotricienne lui demande s'il a ressenti le chaud et froid. Il répond par l'affirmative seulement avec les lèvres. Puis il se met à rire, à fredonner une chanson, à dire des mots incompréhensibles pour les soignants. Après le désenveloppement, il reprend son rituel (il tire la chaise, s'assoit, soulève la canette de Coca-Cola® et la repose). Il s'empare d'un crayon et dessine sur une feuille

posée sur la table. D'autre matériel qu'il prend de main à main lui est proposé. La psychomotricienne lui dit au revoir, aucune réaction n'émane de sa part.

Progressivement il semble intégrer le protocole en s'installant de lui-même sur le papoose board®. La psychomotricienne lui propose des pressions et nomme les articulations (elle fait trois passages) pour lui faire prendre conscience de son schéma corporel. Elle stimule les récepteurs des articulations sensibles aux notions d'étirement et de pression et lui fait éprouver la solidité de ses os. Les mouvements de ses yeux et ses froncements de sourcils laissent à penser qu'il est peut-être sensible à la lumière. La séance se termine par des rituels pendant lesquels il allume et éteint les lumières des chambres du couloir. L'évaluation des séances ont nécessité un réajustement en fonction des observations. La photosensibilité supposée de Dimitri a amené l'équipe à baisser les stores avant le début des séances.

4- Les séances de packing en ma présence

J'assiste à ma première séance de packing avec Dimitri le 16 mai 2017 alors qu'il se trouve à l'USIDATU depuis fin janvier 2017. Les séances se déroulent dans sa chambre. J'ai déjà aperçu Dimitri à quelques reprises alors qu'il se trouvait dans sa chambre dans l'unité des soins intensifs. Ma maître de stage m'a beaucoup parlé de lui, de son comportement et des questionnements de l'équipe autour sa prise en charge.

Par prudence, je reste dans le couloir parce que je sais qu'il peut être instinctuel, mais je suis décidée à participer à la séance s'il me le permet.

Depuis l'entrée de sa chambre, la psychomotricienne lui propose de se déshabiller afin de commencer la séance de packing, ce qu'il fait sans difficultés. Il jette ses vêtements à travers la porte. Nous attendons quelques instants afin qu'il s'allonge sur le lit; devant son refus, une soignante amène un papoose board® qu'elle allonge sur le sol, perpendiculairement au lit. Dimitri s'allonge dessus puis un soignant est appelé en renfort afin d'effectuer le transfert sur le lit.

La psychomotricienne lui indique notre présence, je me présente également à Dimitri puisque j'ai demandé à assister aux séances de packing.

Nous procédons à l'enveloppement, qui n'est pas optimum puisque le papoose board® empêche un contact direct du dos de Dimitri sur les draps mouillés. Lorsque nous

l'enveloppons dans les draps, il a le regard assez vague. L'enveloppement se fait avec précaution, un drap après l'autre, avec des gestes sûrs, précis, bien contenant et de façon synchrone. La psychomotricienne est très attentive à maintenir le lien avec l'enfant et nous observons son visage, soucieuses de ce qu'il pourrait manifester à ce moment précis. Chaque partie du corps doit être enveloppée de façon assez serrée afin que le drap humide soit bien en contact avec la peau. Les draps humides englobent le corps et constituent ainsi une espèce de moulage, donnant une perception globale et homogène du corps. Ce temps d'enveloppement s'effectue rapidement afin d'optimiser l'efficacité du réchauffement, en préservant une différence de température. Nous observons à ce moment une augmentation de son tonus musculaire.

Après avoir exercé des pressions au niveau de ses articulations, la psychomotricienne m'invite à en effectuer à mon tour sur les pieds de Dimitri afin que la détente se diffuse dans tout son corps; à ce moment, elle maintient un appui au niveau du sommet de sa tête. Je m'applique à donner du poids sur ses chevilles, ses pieds, afin d'être la plus contenant possible, et dans le but qu'il ressente de la contenance à travers les draps et les couvertes. J'exerce également quelques flexions plantaires pour une détente maximale. Il ne semble pas gêné par ma présence et ne manifeste pas le besoin de fermer les yeux ou d'exercer une résistance lorsqu'il tourne la tête dans ma direction.

Pendant l'enveloppement, Dimitri ne manifeste aucune réaction mais semble apaisé; toutefois il ne ferme pas les yeux malgré les suggestions de la psychomotricienne.

Après le désenveloppement, il reste un moment allongé. Nous faisons un compte rendu de la séance aux soignants puis sortons de l'unité.

Je ne vais pas détailler toutes les séances auxquelles j'ai assisté et participé mais je vais essayer de mettre en lumière des points qui me paraissent importants.

La séance que je souhaite décrire est la deuxième à laquelle j'assiste. C'est celle du 18 mai 2017, en présence de sa maman.

L'installation sur les draps se fait volontiers et l'enveloppement se déroule de manière calme. Pendant qu'il profitait du moment de relaxation, sa maman s'est approchée de lui puis s'est assise sur le bord de son lit; Dimitri a secoué énergiquement la tête pour

communiquer son refus d'être proche d'elle. La psychomotricienne a gentiment signifié à Dimitri qu'elle comprenait qu'il n'en n'avait pas envie mais que quelque chose pourtant se passait, sans savoir ce qu'il en était. Sa maman a regagné sa place sur le bord de la petite table.

Après trente-cinq minutes de pack, la psychomotricienne lui indique que nous allons retirer les couvertures et les draps; Dimitri continue de secouer la tête pour montrer son opposition. Nous le laissons enveloppé cinq minutes supplémentaires.

Puis sa maman souhaite nous aider alors que nous retirons les différentes épaisseurs. Devant les signaux de négation émis par Dimitri, nous lui demandons de se montrer uniquement observatrice. Nous commençons à ressentir une certaine agitation de la part de Dimitri. La psychomotricienne lui pose un drap de bain sur le corps puis lui propose de se sécher et de se rhabiller. Son Coca-Cola® est posé sur la table.

Nous sortons toutes les trois de sa chambre. La psychomotricienne lui propose à plusieurs reprises de s'habiller. Sa maman le lui en fait également la demande. Sentant sa présence (et peut-être en la voyant), il commence à fermer et ouvrir la porte de sa chambre, puis ses gestes augmentent en intensité. Ses TOCS ne s'arrêtent pas, nous nous éloignons et signifions à Dimitri la fin de la séance. Nous partons en faisant un compte rendu aux soignants et en laissant sa maman dans le couloir, installée sur une chaise en face de la chambre de son fils.

4-1 Ma position de stagiaire

J'observe tous les faits et gestes de ma maître de stage pour savoir comment me positionner avant et pendant les séances. Je crains de prendre la place occupée généralement par un soignant, pour qui ce soin est l'opportunité de voir Dimitri dans une situation apaisée lorsqu'il est enveloppé.

Comme Dimitri jette régulièrement ses vêtements dans le couloir, je me tiens en retrait jusqu'à ce que je puisse entrer dans sa chambre. J'aide ma maître de stage à préparer le dispositif sous les yeux de Dimitri qui ne me porte pas d'attention particulière. J'apporte beaucoup de bienveillance lors de son enveloppement, comme si la séance prenait une forme de maternage. Avant de savoir si je peux participer activement, je me positionne souvent à même le sol, pour ne pas déranger. Je me manifeste le moins possible tout en restant attentive. Pendant les séances je

m'aperçois que la psychomotricienne est particulièrement soucieuse de maintenir le lien avec Dimitri même si la plupart du temps la communication est non verbale. J'essaie d'observer tous les signaux infra verbaux émis par Dimitri. Lorsqu'il Dimitri manifeste une demande, par un jeu de regard, il semble davantage présent à lui-même et à ceux qui l'entourent.

Au départ le fait que Dimitri ne me regarde pas m'amène à me poser des questions puis je m'y habitude parce qu'il manifeste une attitude identique envers les soignants ou parfois même envers ses parents. J'ai toutefois le sentiment que le contact paraît moins difficile avec les soignants de sexe masculin, qui peuvent entrer dans sa chambre quand nous-mêmes n'y parvenons pas. Dimitri me donne également l'impression de s'accrocher davantage à leur regard lorsqu'ils sont présents au cours des séances. Je partage mes ressentis avec ma maître de stage.

Pendant l'enveloppement, j'ai été surprise que cette dernière me demande, dès la première séance, d'effectuer des pressions au niveau des pieds et chevilles de Dimitri. J'ai expérimenté son contact non sans appréhension en raison de la question du toucher, du contact, de la proximité corporelle et du dialogue tonique porteurs d'affects.

J'ai fait de mon mieux pour contrôler ma respiration et réguler mon tonus afin qu'il ne ressente pas mon état de tension intérieur. Puis je me suis attelée à lui prodiguer des pressions afin de lui donner des sensations corporelles visant à l'aider à se détendre. Je me suis sentie plus à l'aise au fur et à mesure des séances et j'étais heureuse lorsque je pouvais discrètement toucher ses pieds chauds pendant qu'on le découvrait.

J'ai pris progressivement mes marques et me suis sentie dans une situation plutôt confortable lorsque nous étions en nombre restreint dans la chambre. J'ai vécu les séances où nous nous sommes retrouvés à quatre ou cinq adultes comme une intrusion dans son espace. D'ailleurs dans ces situations, Dimitri semblait peu détendu et en état d'hyper vigilance alors que nous recherchions justement à lui procurer un moment privilégié pendant lequel il pouvait ressentir un vécu corporel et relationnel agréable. Paradoxalement, mon ressenti a été tout autre lorsque sa maman est venue assister et participer à une séance. Les gestes de la tête manifestant son refus d'avoir

sa maman assise sur le bord de son lit m'ont renvoyé un sentiment de vif rejet et cette violence m'a bouleversée intérieurement.

Pendant les séances j'ai essayé à tout moment d'être contenante sans jamais être intrusive. J'ai tenté également d'être un soutien pour les parents de Dimitri, avec qui j'ai pu échanger sur leurs ressentis après une séance de packing.

4-2 Retour et discussion avec les soignants

Un temps d'échange autour de la séance fait l'objet d'un compte rendu oral et écrit auprès de l'équipe soignante. Il permet aux intervenants d'exprimer et partager le ressenti de la séance.

Il sert à mettre en sens ce que Dimitri a déposé pendant la séance et garantit une évaluation de chaque séance.

Parallèlement il contribue au questionnement de l'équipe médicale quant au sens de l'accompagnement recherché et rendu possible malgré le caractère hostile de son comportement fluctuant.

5- L'accompagnement des parents

Comme je l'ai présenté dans l'anamnèse, les parents de Dimitri sont en instance de séparation. Ils sont bien entendu invités à participer aux séances de packing pour partager un moment privilégié de soin corporel avec leur enfant et discuter avec l'équipe médicale qui s'occupe de Dimitri au quotidien. Pendant la durée de mon stage, il ne me semble pas qu'ils aient informé leur fils de cette décision. Ce dernier manifeste néanmoins des réactions à leur égard pendant les séances de packing, que ce soit sous forme de rejet (envers sa maman) ou de regards maintenus (envers son papa). Son agitation inhabituelle et son hypervigilance nous ont fait nous interroger sur la pertinence de leur présence pendant les séances. Pourtant, la présence de la maman permettrait une mise en jeu du lien mère-fils. Le lien symbiotique semble remis en perspective par le déroulement de la séance.

L'implication des parents est nécessaire et cette volonté de les faire participer permet un travail sur le lien parent-enfant, renforce l'alliance thérapeutique ainsi que les liens

des parents avec l'institution. Cette inclusion des parents permet à l'équipe de prendre conscience de leur place au sein des traitements.

Leur implication semble totale malgré la distance géographique qui les sépare de leur enfant. Chacun, à tour de rôle, essaie de se rendre disponible de façon hebdomadaire pour venir rendre visite à Dimitri. Sa maman lui apporte chaque semaine une valise de linge propre, de la nourriture et les boissons qu'il aime, ainsi que des livres, des peluches et des jeux. A plusieurs reprises sa maman m'a témoigné sa gratitude envers l'hôpital et l'équipe de soignants qui prennent Dimitri en charge.

6- L'évolution de Dimitri suite aux séances de packing

Tout au long des séances auxquelles j'ai assisté et participé, j'ai remarqué que Dimitri était capable de réagir de façon adéquate dès lors que la psychomotricienne verbalisait les actions à entreprendre. Il semble avoir besoin d'être guidé pour exécuter une action. Je suppose que l'étayage constant apporté a rendu possible entre autre, des échanges de la main à la main. Par exemple Dimitri est capable de donner son verre vide de Coca-Cola® lorsqu'on le lui demande, il peut également le jeter à la poubelle quand la psychomotricienne l'invite à le faire.

Il semble avoir intégré le dispositif du packing parce que le recours au papoose board® n'est plus fréquent.

Les séances de packing se sont poursuivies au mois de juin 2017 à raison d'une séance par semaine en raison de l'indisponibilité de la psychomotricienne. Pour assurer une continuité au niveau du soin corporel, une séance hebdomadaire de shiatsu lui a été proposée en remplacement de la séance de packing. Les séances de shiatsu sont effectuées par une praticienne libérale qui intervient tous les mardis au sein de l'USIDATU. Les séances auxquelles j'ai assisté ont été effectuées dans le papoose board® peut-être en raison du toucher induit par cette technique. Le shiatsu est une technique de massothérapie d'origine japonaise qui utilise le toucher pour ramener l'équilibre dans le corps. Il nécessite un contact direct sur le corps de Dimitri, qu'il n'est peut-être pas prêt à accepter.

L'état de santé de Dimitri s'est amplement dégradé. Il ne répond pas favorablement aux traitements psychotropes. Par ailleurs le déménagement provisoire de son unité

sur une autre unité du service de pédopsychiatrie a entraîné beaucoup de désorganisation de sa part et probablement une perte de repères ainsi que du cadre.

Une nouvelle thérapeutique à base d'immunothérapie et de chimiothérapie lui est administrée depuis deux mois, afin d'agir sur une encéphalite supposée par les médecins (à ce jour des analyses se poursuivent pour rechercher les anti-corps responsables de l'affection). Ce traitement semble bénéfique puisque Dimitri paraît avoir moins d'hallucinations, il est de nouveau capable de manger seul et d'élaborer quelques phrases courtes mais complètes. Cependant l'éloignement de la prise du traitement (quatre jours par mois) entraîne des TOCS et rituels qui disparaissent pendant la prise des thérapeutiques.

Nous avons vu qu'un des éléments indispensables des psychomotriciennes est celui de travailler en pluridisciplinarité pour accompagner le patient dans son projet de soin. Elles échangent des informations et travaillent ensemble pour être plus efficaces dans la prise en charge d'un patient, en tenant compte de son parcours médical et des moyens mis en œuvre par l'institution. Elles peuvent parfois être amenées à modifier leurs techniques de soin pour pouvoir s'adapter au projet de vie du patient.

PARTIE THEORICO CLINIQUE

I- Discussion autour de l'enveloppement

1- De la théorie à ma pratique : pourquoi l'enveloppement?

A travers ma clinique, les manifestations corporelles émises par Dimitri m'ont amenée à me poser des questions. Je me suis demandée comment comprendre ce besoin de ressentir son corps en mouvement, en tension et certainement douloureux.

La théorie m'a permis de comprendre qu'un sujet pouvait être en souffrance par manque de contenance psychocorporelle, d'absence de limites. Ce Moi fragile établi sur la base d'une enveloppe poreuse et effractée engendre un intérieur qui souffre, reste replié sur lui-même, ne peut pas s'exprimer et n'existe que par moments. Ce Moi fragile ne serait donc pas assez étayé et structuré pour pouvoir se porter lui-même.

Les faits et gestes répétitifs de Dimitri, ses actes hétéro-agressifs ou son opposition aux soignants représenteraient une protection contre l'effondrement du Moi. Ils seraient un moyen d'instaurer un sentiment continu d'exister. A travers ce corps qui déborde, Dimitri semblerait se construire des enveloppes pathologiques. P. Delion illustre bien ce comportement. En 1981, D. de Loisy (citée par P. Delion, 2012 p. 143) énonce que *"les enveloppes pathologiques sont des enveloppes de survie, barrière sonore ou gestuelle dont les psychotiques et les handicapés s'entourent. Comme enveloppes défensives, elles ont deux fonctions. D'une part elles donnent une sensation d'existence par le fait d'un mouvement perpétuel et d'autre part elles assurent une protection contre une intrusion menaçante"* (P. Delion, 1998 p. 143).

On peut se demander si ces enveloppes pathologiques ne recouvriraient pas, par une seconde peau, une première peau corporelle et psychique défailante.

L'enveloppement thérapeutique ne pourrait-il pas alors aider le patient à reconstituer cette première peau avec ses qualités de maintenance, de contenance et de pare-excitation? Peut-on le résumer seulement à un enveloppement corporel?

Je vais dans un premier temps, à travers cette discussion, tenter de répondre à ces questions en m'appuyant sur le concept du Moi-peau de D. Anzieu et sur certaines

notions de D. Winnicott. Ensuite il me paraît intéressant de s'interroger sur l'approche et l'écoute particulière qu'offre le psychomotricien lors de l'enveloppement.

2- L'enveloppement thérapeutique : une enveloppe de secours structurante

Le travail de médiation corporelle, à travers l'enveloppement thérapeutique, agit à différents niveaux: sensoriel, tonique, postural et psychique. La relation avec l'enfant est très importante dans le sens où elle permet d'étayer son expérience. Les aspects sensoriels peuvent alors être mis en lien avec sa capacité d'imagination, voire de représentation.

2-1 L'enveloppement corporel

P. Delion explique comment l'enveloppement met en jeu la problématique du corps, de son image et de sa symbolisation.

Cette expérience tactile crée une enveloppe sensorielle de substitution qui a pour fonction de rassembler les différentes parties du corps à travers les flux sensoriels engendrés. Elle maintient momentanément une image corporelle unifiée et permet au patient d'éprouver la continuité de sa surface corporelle. Elle semble restituer la fonction contenante et unifiante du Moi dont parle D. Anzieu dans le Moi-peau. C'est en ressentant l'unité de son Moi que s'élaborent ainsi l'autonomie et l'indépendance.

L'enveloppe permettrait "d'éprouver le bain sensoriel des premières enveloppes et au-delà les prémises de la différenciation entre le dedans et le dehors, peut-être les premières limites corporelles et psychiques. Cette expérience de leur peau-frontière, figuration d'un contenant psychique, leur ouvrirait l'accès à un Moi-peau, à une image corporelle plus unifiée" (M. Pagani, 2005 p. 51).

Est-ce que Dimitri a traversé cette expérience ? En l'enveloppant, sa quête de sensations semble être satisfaite momentanément par un élément extérieur. Les sensations liées à l'enveloppement viennent se substituer aux différentes qualités sensorielles que Dimitri paraît chercher à travers ses comportements ritualisés et hétéro-agressifs. Il peut alors rester calme et accepter une distance avec autrui.

L'enveloppement proposerait donc une sensorialité venant parer le sentiment d'attaque du patient en prenant une valeur intégrative. Il va ainsi pouvoir intégrer les fonctions de l'enveloppement et commencer à s'appuyer dessus.

Si l'enveloppement corporel thérapeutique et la recherche d'enveloppe pathologique visent à satisfaire les mêmes besoins, alors dans quelle mesure peut-on expliquer que l'enveloppement thérapeutique est différent de l'enveloppement pathologique?

L'enveloppement thérapeutique propose une sensorialité qui s'inscrit dans une relation et un cadre suffisamment contenant pour qu'il puisse prendre une valeur intégrative.

2-2 Un enveloppement suffisamment bon

Le cadre thérapeutique

C. Potel, à juste titre, livre que *"Le cadre d'une peinture, c'est ce qui précise les contours, le regard, confirme la profondeur. Le cadre d'une activité, quelle qu'elle soit, c'est ce qui définit le lieu et le temps de cette activité. Le cadre thérapeutique est ce qui contient une action thérapeutique dans un lieu, dans un temps, dans une pensée [...]"* (C. Potel, 2010 p 321).

Comme C. Potel l'évoque, le cadre thérapeutique est essentiel. Il maintient les séances avec régularité, dans une configuration spatio-temporelle fixe. Il garantit une rythmicité des rencontres et sous-entend donc un engagement du psychomotricien qui rassure le patient. Ce dernier sait à quelle heure le psychomotricien sera là, présent et disponible pour s'occuper de lui avec une capacité d'écoute bienveillante. A travers la programmation de ses séances, se crée une continuité du lien, indispensable pour établir une relation de confiance sécurisante.

Le cadre délimite la séparation entre le dedans et le dehors, mais c'est aussi un lieu, un espace qui tient ensemble. Il contient le patient et le thérapeute dans le sens où il représente l'espace où se déroulent les scènes psychiques de ces deux partenaires.

C. Potel postule que des conditions concrètes sont essentielles pour qu'un travail psychomoteur puisse s'effectuer. Elle distingue d'ailleurs un cadre physique et un cadre psychique. Le cadre physique nécessite plusieurs pré requis:

- des conditions d'espace qui puissent "*accueillir les excitations, les plaisirs que donnent le mouvement, le geste, il faut concevoir l'espace comme un vrai réceptacle contenant les expériences sensorielles et motrices où l'enfant va pouvoir se vivre dans son corps*".
- des conditions de matériel: "*le psychomotricien implique sa propre sensibilité et son investissement sensoriel dans le choix de ses objets [...]*" (C. Potel, 2010 p. 322)
- des conditions de temps: "*il s'agit d'organiser l'espace, de bouger son corps [...] avec une régularité de temps pour qu'elles s'intègrent comme des repères*". (C. Potel, 2010 p. 322)
- des conditions d'encadrement qui nécessite des moyens humains
- des conditions de fonctionnement institutionnel impliquant un travail d'équipe qui construit un projet global et cohérent pour les patients.

Le cadre psychique, lui, se compose de postulats théoriques qui garantissent une mise en pensée du travail du psychomotricien. Il se traduit par son engagement aussi bien corporel que psychique.

Le cadre thérapeutique permet donc de contenir une action thérapeutique dans un temps, un lieu et une pensée. Les éléments du cadre doivent être fermes et stables mais aussi souples pour maintenir l'alliance thérapeutique. Il dépend de chaque patient, de sa pathologie, de sa personnalité et du projet thérapeutique que l'on construit avec lui. Il est également dépendant du lieu d'exercice et du psychomotricien lui-même, ainsi que de sa sensibilité.

On pourrait se demander si ses caractéristiques seraient à même de faire du cadre une enveloppe se substituant aux enveloppes pathologiques du patient. Pourrait-il être un support à l'intériorisation d'une continuité et surtout d'une permanence du lien?

Le cadre aurait alors la capacité d'apporter une sécurité de base, une garantie qu'une fois la séance finie, elle ne disparaît pas, mais aura bien lieu de nouveau la semaine suivante.

C'est à partir de cette sécurité de base que va se construire la prise en charge et permettre à la relation de s'installer. Le cadre peut être comparé à une toile de fond qui envelopperait le patient et la psychomotricienne. Elle les protégerait de l'extérieur,

contiendrait ce qui se passe à l'intérieur et éviterait les débordements. Au final, elle aurait pour fonction d'inscrire temporellement et spatialement ce qui se construit dans la séance. Pour Dimitri, un cadre spécial est aménagé : les séances se déroulent dans sa chambre pour éviter les déplacements puisque les changements ne lui sont pas supportables. Sa chambre est un repère stable et perçue comme un lieu sécurisant et contenant, dans lequel il peut ressentir, expérimenter et s'apaiser en toute sécurité. On pourrait également envisager que l'institution de soin permette d'offrir à Dimitri une certaine contenance, une enveloppe protectrice en le préservant de ses propres mouvements agressifs et de ce qu'il perçoit comme des agressions venant du monde extérieur.

La fonction maternante

L'enveloppement me fait penser d'abord au ventre protecteur de la mère et aux bras maternels qui entourent le bébé d'un geste rassurant. Il me donne l'impression de remettre en scène cet aspect de chaleur, de cocon et de sécurité. Emmailloté lors de l'enveloppement, le patient se retrouve dans la même position qu'un nouveau-né. Les soignants se trouvent alors à son entière disposition et se tiennent dans une position de mère suffisamment bonne, demandant une certaine capacité d'empathie, au même titre que la mère perçoit tout ce qui concerne le nourrisson.

Si le corps est maintenu étroitement dans une enveloppe physique constituée de draps et couvertures, il est également soutenu par une autre enveloppe: une enveloppe humaine constituée par la psychomotricienne, son corps, ses gestes et son regard. C'est comme si les premières relations d'une mère à son enfant se rejouaient ici.

Ainsi pour D.W. Winnicott, la mère assure le soutien de l'enfant grâce à un état de préoccupation maternelle primaire. Elle présente une sensibilité très vive aux états psychiques de l'enfant. Dans un environnement suffisamment bon, la transition vers un état d'indépendance et d'autonomie est possible. Toutefois, pour qu'elle ne soit pas trop douloureuse, elle nécessite la création d'une aire intermédiaire. C'est un espace d'expérience où se situe un objet transitionnel, semblable au *packing*, et qui symbolise l'union entre deux choses séparées.

Il me semble aussi important d'évoquer les aspects institutionnels représentés par la fonction d'enveloppement permise par la présence de la psychomotricienne et des soignants autour de l'enfant. Ces derniers, grâce à leur attention psychique soutenue, leurs voix participant à l'élaboration d'une enveloppe sonore et communicative, leurs échanges émotionnels avec l'enfant, parviennent à établir un dispositif engageant l'ensemble d'une équipe soignante dans ce travail.

La capacité de rêverie du thérapeute

La similitude entre la capacité de rêverie du thérapeute permet de la comparer au concept de la capacité de rêverie maternelle décrit par W. Bion. Elle correspond au savoir-faire intime de l'activité maternelle: la mère tolérante, attentive aux besoins, à la détresse, la colère et à l'amour du nouveau-né. Elle désintoxique ses émotions, les éléments bêta, et les convertit en éléments alpha, pourvus d'une signification et qui apaisent l'enfant. La mère et sa capacité de rêverie seront à l'origine de la capacité de penser de l'enfant. La qualité de la vie psychique de ce dernier est donc dépendante de la capacité de rêverie maternelle.

A l'instar de la mère qui est là pour accueillir les éléments vitaux de l'enfant et les intérioriser, la capacité de rêverie du thérapeute est cette habilité à recevoir, accepter et à recueillir ce que le patient est, exprime et nous transmet. Lorsque le psychomotricien rêve le patient, il lui laisse une place dans son psychisme. C'est à partir de cette matière à rêver que va se construire la prise en charge psychomotrice.

La matière à rêver se compose de toutes les pensées du psychomotricien sur le patient et ses symptômes. Il va s'appuyer sur ces dernières pour chercher ses hypothèses de travail. Il va cogiter, laisser reposer, laisser mûrir et alimenter cette rêverie en dehors des séances.

Il va essayer de trouver des réponses du côté de la médiation corporelle afin que le travail s'inscrive dans le corps.

Il me semble que, comme une mère suffisamment bonne, le psychomotricien doit être tolérant, attentif aux besoins, aux réactions et aux émotions du patient. Il doit toutefois être à l'écoute des affects et des émotions que le patient lui renvoie. La capacité de rêverie me paraît être liée au contre transfert. Le psychomotricien doit supporter "*aussi bien des situations de résistance, d'incompréhension, d'absence de*

relation, d'inattention, de vide, de passivité ou d'agressivité de la part du patient, que des situations transférentielles délirantes" (G. Benedetti, 2002 p. 63).

Ainsi, avec Dimitri, il m'est arrivé de ressentir quelque chose proche de ce dont parle G. Benedetti: *"L'attitude du patient est une attitude négativiste d'abattement et je ressens fortement son vide intérieur qui se diffuse dans la pièce comme un anesthésique" (G. Benedetti, 2002, p. 63)*

Avec du recul, je me suis rendu compte que Dimitri me renvoyait un sentiment de vide difficile à supporter. Pourtant, dans un premier temps, il me semble nécessaire et indispensable, d'accepter ce ressenti, ce qui signifie accepter le patient et sa pathologie. Il faut ensuite s'en servir pour travailler. La psychomotricienne et moi-même lui laissons sa place en l'invitant à l'habiter davantage. Pour le patient, il s'agit d'un travail actif l'invitant à la spontanéité, à s'exprimer par lui-même, sans avoir à répondre à des sollicitations de notre part. *"Si le thérapeute, au lieu de se sentir oppressé ou ennuyé par son patient, se trouve intéressé et enrichi, cela sera emphatiquement perçu par le patient" (G. Benedetti, 2002 p. 63).*

2-3 L'émergence d'un nouvel espace

L'enveloppement est une expérience particulière. Selon P. Delion, cet *"espace-temps de "mutisme du geste" donne lieu à d'autres expressions passant par la tête et le visage, seules surfaces en contact avec l'autre" (P. Delion, 1998, p. 26).*

Figé et contenu, le patient ne peut plus fuir à travers ses conduites pathologiques. A partir de ce moment, un temps d'échanges émerge.

C'est le sentiment que j'ai éprouvé lors de certaines séances avec Dimitri en présence de son père. C'est à ce moment-là que se manifesta un moment particulier de relation. Le regard et les expressions de Dimitri étaient différents. Alors que son père le prenait en photo, leurs regards se sont croisés et Dimitri a maintenu cet échange pendant quelques secondes. Ce moment très intense fut très émouvant. La psychomotricienne et moi-même nous sommes demandées, à la fin de la séance si ce regard exprimait de la joie, de la colère, un sentiment d'abandon ou de la haine. A un autre moment, pendant le temps d'enveloppement, après que la psychomotricienne a effectué des pressions sur le corps de Dimitri, son papa a tenté de s'approcher de lui.

Dimitri a refusé cette démarche et a exprimé clairement son opposition par un hochement de tête.

Généralement son faciès expressif peut venir traduire son apaisement ou sa contrariété.

J'ai pu observer que Dimitri pouvait rester calme dans sa chambre pendant que la psychomotricienne et moi-même installions le dispositif du packing (les draps et couvertures sur son lit). Il pouvait également se déshabiller posément pendant cette préparation et s'y installer sur invitation de la psychomotricienne.

En dehors de la séance avec son père, je remarque que Dimitri soutient généralement le regard de la psychomotricienne lorsqu'elle verbalise les actions qu'elle entreprend avec lui ou lorsqu'elle lui parle de sa famille. De la même façon, il lui arrive de tourner la tête pour accompagner le mouvement lorsque la psychomotricienne la lui bascule latéralement de la droite vers la gauche. Dimitri semble alors prendre la mesure d'un laisser-faire en lien avec de potentielles capacités à s'opposer. Cet élan est soutenu par un étayage constant de la part de la psychomotricienne.

Parfois à l'inverse, il peut fixer le plafond, comme si son regard était vide et ne cherchait pas le contact.

Pendant l'enveloppement, la psychomotricienne et moi-même pouvons percevoir sa respiration lente et profonde, qui, suivie de bâillements, sont des signes qui nous laissent penser qu'il profite de ce moment de bien-être et de détente. Lorsque la psychomotricienne le lui suggère, il lui arrive de fermer les yeux quand il se sent apaisé. Cependant, durant certaines séances pendant lesquelles nous sommes nombreux dans sa chambre, il semble être dans un état d'hyper vigilance qui ne l'autorise pas à s'apaiser et à fermer les paupières.

A plusieurs reprises, nous avons observé qu'à l'issue d'une séance de packing, il peut prendre ou donner des objets de la main à la main, relevant d'une forme de contact et de communication à l'autre.

Le but de l'enveloppement serait-il de redonner au patient un sentiment d'unité corporelle qui lui rendrait alors possible la relation à l'autre ?

Il est intéressant de rapporter les propos de D. Anzieu au sujet du packing : "*Cela reconstitue passagèrement son Moi comme séparé des autres tout en étant en*

continuité avec eux, ce qui est une des caractéristiques du Moi-peau" (D. Anzieu, 1995 p. 136).

L'enveloppement ouvre un espace où le patient ressent et utilise son corps différemment. Associé au fait de se sentir porté, soutenu et contenu, l'enveloppement mène à une sensation d'exister.

Cette réflexion m'amène à me demander quel est le rôle, le regard et l'écoute spécifique du psychomotricien. Quel est-il plus particulièrement dans le cadre de l'enveloppement ?

II- Discussion autour de la psychomotricité

1- Quand le symptôme s'inscrit dans le corps

En psychomotricité, le corps du patient est le lieu du symptôme. L'état affectif et émotionnel se traduit dans le mouvement et le langage du corps. Le corps est notre référence, il peut traduire une souffrance ou un bien-être. Ainsi ne dit-on pas couramment "se sentir bien dans sa peau" ou "mal dans sa peau"? De manière imagée, le corps semble être le reflet de notre monde interne. Il ne ment pas. Le psychomotricien va donc, dans son observation, être sensible à toutes les manifestations corporelles du patient.

J'ai tenté de suivre cette approche avec Dimitri: regarder, écouter, observer, déduire, comprendre...

2- Le corps, médiateur de la relation

La psychomotricité se définit par son mode d'approche original de la personne globale, remplaçant sans cesse le corps en relation dans son champ d'action. Par sa spécificité, la psychomotricité demande au thérapeute de s'engager corporellement et par conséquent émotionnellement. Le dialogue corporel est parfois son seul outil de relation et de compréhension des patients. Pour aller au-delà d'une activité d'animation corporelle, il est nécessaire de comprendre que la construction de

l'individu passe par celle de son corps. Comment entrer en relation avec des patients qui présentent des corps dysharmoniques, des gestes limités, mal adressés ?

2-1 Une relation de corps à corps

Le psychomotricien utilise son propre corps comme médiateur dans la relation à l'autre. Comment être à la fois dans la relation à l'autre et être acteur de celle-ci ?

Le psychomotricien doit être capable de mettre de la distance entre son propre corps, avec ses sensations et ses affects, et son savoir-faire avec son corps. Dans cette relation corporelle avec le patient, il faut faire face à ses ressentis et aux nôtres. Psychomotricien et patient sont tous les deux acteurs de la relation. C'est pour avoir vécu intensément cette relation de corps à corps, au cours de différentes séances, que je n'ai pu percevoir immédiatement ce qui se jouait à ce moment-là. Le recul est nécessaire pour prendre conscience de ce qui advient.

En psychomotricité, il ne s'agit pas d'assister à l'activité du patient mais d'agir avec lui et par rapport à lui. Le psychomotricien doit pouvoir reconnaître ses états antérieurs, et en même temps comprendre ce qui se joue entre le patient et lui. Il doit élaborer, prendre du recul tout en étant dans la relation.

La rencontre peut être refusée, évitée, repoussée, silencieuse ou explosive. Elle peut être difficile, fatigante et ardue. Toutefois il me semble que c'est au cœur de ce corps à corps que se trouve toute la richesse de la relation. Il faut donc, en tant que professionnel, y revenir, afin d'élaborer ses ressentis dans les séances qui suivent.

2-2 Le rôle du dialogue tonico-émotionnel et de l'ajustement

Pourquoi est-ce que le dialogue tonico-émotionnel est un outil fondamental du psychomotricien ?

Tonicité et émotion sont deux notions intimement liées dans le comportement humain, dans notre manière d'être au monde, d'être en relation. Comme le souligne H. Wallon, la tonicité est un système intermédiaire dans la communication émotionnelle. Les vies affective et relationnelle s'impriment et s'expriment à travers le corps par le biais de la fonction tonique. C'est à travers notre corps que nous recevons le monde et que nous entrons en relation avec lui. Le tonus prépare et guide les gestes. Il exprime

en même temps, par les postures qu'il suscite, les variations affectives que nous vivons lors d'expériences relationnelles avec autrui.

La notion de dialogue tonique a été décrite par J. de Ajuriaguerra. Selon lui, la fonction tonique intervient dans les interactions précoces, notamment à travers celui-ci. La mère est sensible à l'état tonique de son bébé et s'ajuste à lui corporellement pour satisfaire ses besoins. Inversement le tout-petit ressent parfaitement le tonus de sa mère. Ce même tonus retentira à son tour sur lui.

"Même s'il n'est pas question de superposer le modèle de la mère winnicottienne, être thérapeute dans ce domaine qui privilégie la relation non verbale consiste bel et bien à accepter que nos intonations, nos positions, notre tonicité, nos émotions, soient au premier plan des interactions avec le patient" [...] (C. Potel, 2010 p. 358).

C'est ce qui se passe en séance de psychomotricité. Le dialogue tonico-émotionnel constitue une véritable relation infra verbale. Il représente un élément privilégié de communication entre le patient et le psychomotricien. Ce dernier agit en fonction des messages toniques que le patient lui envoie. A l'inverse, il peut lui transmettre un message à travers sa tonicité.

Le psychomotricien a recours à sa sensorialité primaire qu'il prête à son patient. Il le fait de façon différente de la mère puisqu'il a travaillé cette qualité de communication corporelle à l'autre. La sensorialité du psychomotricien entre en résonance avec celle de l'enfant et lui permet de donner sens à ce que le corps de l'enfant lui fait vivre, et probablement de ce qu'il vit en lui-même d'anarchique.

Je me suis d'ailleurs aidée du dialogue tonique lors des séances avec Dimitri. Lorsque j'effectuais des pressions sur ses pieds à travers les draps et couvertures, j'augmentais ma tonicité pour qu'il en ressente les bienfaits malgré les épaisseurs des tissus qui l'enveloppaient. J'avais l'impression de lui apporter appui et soutien.

Tout ce que nous allons ressentir en tant qu'acteurs du soin va modifier notre espace sensoriel interne, notre espace affectif et nos représentations. Et nous allons mettre en place des stratégies d'action en fonction ce que nous aurons senti. C'est un ajustement, à la fois physique et psychique. Il nécessite une distance thérapeutique pour être adapté et cohérent.

2-3 Une distance thérapeutique essentielle

La relation de corps à corps est possible grâce à un état particulier de disponibilité à l'autre : c'est l'empathie. Elle désigne la capacité à se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. Elle est fondée sur la capacité à reconnaître qu'autrui est semblable à Soi mais sans confusion entre soi-même et l'autre.

Sans elle, le travail thérapeutique est impossible. La distance relationnelle inclut une distance physique et surtout psychique. Une prise de recul est indispensable à la création d'un espace de pensée. *"Certains éléments peuvent nous y aider: projet de soin, prises de notes et écrits, références théoriques, formation, supervision. Ils participent à la création d'un espace d'élaboration, espace tiers dans la relation au patient, qu'il est parfois difficile de maintenir face à la sidération dans laquelle peuvent nous plonger certaines rencontres. Ces éléments constituent ce qu'on peut appeler un cadre interne, cadre qui est propre à chaque professionnel"* (M. Pagani, 2005 p. 50).

Le psychomotricien est avant tout un être humain avec ses qualités et ses défauts. Il peut être triste, de mauvaise humeur, en colère ou soucieux. Cependant face au patient, il doit être capable d'en faire abstraction. Il reste aussi humain face à la souffrance du patient qui peut réveiller en lui conflits et angoisses. Le psychomotricien se doit alors de connaître et reconnaître ses propres limites et ses propres capacités à supporter cette souffrance.

3- La psychomotricité comme lieu d'émergence

A mon sens, l'objectif final en psychomotricité, et notamment dans une prise en charge comme le packing, est l'émergence d'un sujet unique et différencié. Il vise à ce que le patient puisse finalement prendre corps et se construire psychiquement. C'est à travers un travail corporel, notamment autour de la peau et du tonus que le psychomotricien permet au patient de retrouver la globalité de son corps. *"La thérapie psychomotrice, c'est la où peut se réparer l'enveloppe"* (M-F Richard, 1989 p. 29)

C'est grâce et par le corps qu'une inscription est possible. Je me représente un corps qui s'imprégnerait de tout ce qui se passe à la surface de la peau, le ferait entrer

et résonner à l'intérieur de lui. De la même manière le corps permettrait alors d'ancrer et d'inscrire le soin.

A partir de là, du lien émergerait. Tout ce qui entrerait et résonnerait à l'intérieur ferait écho à l'histoire, à la souffrance du patient et pourrait panser ses blessures.

La psychomotricité permet donc un étayage, un processus par lequel les différents niveaux d'organisation de l'être humain (tonicité, affectivité, sensorialité, représentation) sont mis en relation les uns avec les autres pour assurer une cohérence dans le fonctionnement de l'organisme. Ils résonnent entre eux et créent une globalité psychomotrice.

III- Les limites et les difficultés rencontrées

1- La verbalisation pour rassurer

Parler, verbaliser toutes les actions entreprises lors des séances de packing, nommer les soignants présents dans la chambre de Dimitri, expliquer les soins prodigués, toute cette mise en mots participe au maintien dans un bain sonore, dans une continuité. Parallèlement certains signes produits par Dimitri au cours des séances ont pu être identifiés. Ainsi, à travers sa communication infra verbale, il nous donne, à la psychomotricienne et à moi-même, par l'intermédiaire de ses manifestations corporelles (clignement d'yeux, échanges visuels, respiration lente et profonde, bâillements...) l'impression de saisir le sens de nos paroles. Par ailleurs, il s'agit de prendre soin, de comprendre et de montrer à Dimitri comment s'élabore notre compréhension. Dans les moments où il s'exprime corporellement, la psychomotricienne tente de lui permettre de faire davantage de lien entre ce qu'il peut ressentir et la situation qui se joue près de lui.

S'il permet l'émergence d'une relation aussi infime soit-elle, le packing ne permet pas de supprimer la symptomatologie ni de la suspendre. Il permet temporairement d'explorer différentes sensations.

2- Quelles sont les perspectives d'évolution et de progrès ?

Les séances de packing avec Dimitri ne se déroulent pas de façon linéaire. On peut se rendre compte d'une grande labilité de ses comportements. Avant le début d'une séance, il nous arrive de retrouver Dimitri dans un état d'agitation plus marqué que les fois précédentes, avec une certaine difficulté à être en relation. Des claquements de porte nous signifient son opposition à nous voir et à nous laisser entrer dans sa chambre. J'ai pu également observer que les transitions semblent particulièrement difficiles, notamment lorsque la psychomotricienne encourage Dimitri à se rhabiller après le désenveloppement.

Certaines fins de séance peuvent s'avérer compliquées en raison de ses rituels envahissants d'ouverture-fermeture des portes des chambres et d'allumage-extinction des interrupteurs du couloir. Ces comportements nous laissent à penser que le travail sera long.

Même si l'état de Dimitri se dégrade, il est nécessaire de lui apporter de la présence, du soutien, de l'accompagnement, de la relation et de la vie.

Dans la rencontre avec Dimitri, la psychomotricienne doit faire face à son monde fermé. Son état est un réel cas d'école pour toute l'équipe médicale qui le suit depuis son entrée à l'hôpital en mai 2016. L'équipe émet encore des hypothèses au sujet de sa symptomatologie. Chaque jour est un jour différent. La psychomotricienne et les soignants puisent leurs ressources dans leur imagination pour parvenir à une rencontre, à une relation, pour constater un progrès.

Chaque rencontre est un moment intense. Je me souviens à quel point j'étais fatiguée après chaque séance. Il faut être disponible, savoir accepter et respecter le patient et en même temps savoir se protéger soi-même.

Le packing a favorisé des interactions de qualité entre Dimitri et la psychomotricienne. Cette amélioration, manifestée principalement par une meilleure communication (échanges de regards) n'est pas permise par Dimitri au quotidien. Si le packing peut avoir ses limites au niveau curatif, l'accompagnement reste au premier plan de ce soin grâce aux liens qu'il permet entre la psychomotricienne, les soignants et le patient. La violence du quotidien induit un sentiment d'impuissance, le packing est une tentative

de répondre à cette difficulté et cherche une manière encore possible d'être ensemble.

Comme Dimitri ne parle pas (ou si peu), une autre forme de langage doit être trouvée ailleurs. C'est peut-être, au plus près de son corps, que peut se jouer et se raconter quelque chose de son histoire. C'est ici que la psychomotricité prend son sens: en observant et en déchiffrant le langage corporel du patient, le psychomotricien va construire son travail. C'est aussi au plus près de son corps que peut naître la rencontre.

3- Les limites imposées par le packing

Comme je l'ai évoqué, le packing mobilise une partie de l'équipe soignante. Cette médiation corporelle soulève alors des interrogations par rapport à la prise en charge d'un patient en cure de pack. Il n'existe pas de formation spécifique à ce type d'abord thérapeutique. Des bases théoriques existent concernant ce soin mais le reste de l'équipe soignante est en général formée de façon informelle sur le terrain. Avant de participer activement au soin, les soignants ont souvent expérimenté eux-mêmes le dispositif du packing.

Par ailleurs le dispositif imposé par le packing implique des contraintes matérielles qu'elles soient temporelles ou en nombre de soignants, un investissement ainsi qu'un soutien institutionnel pour assurer la cohésion des indications. Ainsi la communication est placée au cœur de cette pratique. Si cet échange et ce soutien font du packing une médiation semblable à du holding avec une institution et des soignants suffisamment bons au sens où D.W. Winnicott l'entend, c'en est également la limite puisqu'elle demande beaucoup d'énergie et de cohésion entre les différents membres de l'institution.

Sur le plan institutionnel, les limites du packing résident dans le fait que cette médiation implique la mise en œuvre de différents moyens comme le lieu, le temps, le personnel, la formation. L'enveloppe institutionnelle est donc indispensable. L'enjeu du packing est de pouvoir maintenir cet équilibre de communication dans l'institution.

Même si le déroulement et le contenu des séances de pack sont formalisés et ritualisés, c'est cette organisation bien spécifique qui permet au patient de s'en saisir. Elle requiert une forme de holding, autrement dit de portage rassurant de la part des soignants pour permettre au patient de se construire une enveloppe psychocorporelle et se différencier ainsi des autres.

Grâce à cette première enveloppe psychocorporelle matérialisée par les draps et les soignants, le patient sera en mesure de consolider et intégrer une part de cette contenance corporelle.

Il arrive cependant que la régression, permise par la dépendance du patient pendant le packing, se manifeste par un grand attachement aux soignants. On est en droit de se demander alors jusqu'où laisse-t-on un patient régresser pour lui permettre d'intégrer cette notion de limite et de différenciation. L'accompagnement dans cette régression est important et dépend d'abord du patient lui-même. Peut-il se laisser guider par les soignants ou cela l'angoisse-t-il? Les soignants sont-ils capable de supporter et d'accompagner cet état régressif?

Si l'indication du packing a la possibilité d'être établie suite à un processus de régression, ce dernier peut également accompagner les séances. Il convient alors de coordonner les soignants concernés en raison de la charge de travail et d'accompagnement occasionnée.

Le packing n'est pas "l'extrême onction" (comme l'a dit Juliette Planckaert), mais il permet au patient de prendre conscience des enveloppes corporelles et de leur intégrité. Il permet également à relancer la dynamique de transformation pour favoriser l'émergence d'une fonction contenant autonome.

Son protocole demande un investissement en personnel, en temps et en matériel, ce qui peut le rendre parfois difficile à mettre en place. Comme toute technique de soin, il ne peut être effectué de manière isolée. Il sera ainsi utilisé si les conditions y sont favorables.

S'il permet l'émergence d'une relation aussi infime soit-elle, le packing ne permet pas de supprimer la symptomatologie ni de la suspendre. Il permet temporairement d'explorer différentes sensations.

La complexité du cas de Dimitri est manifeste en raison de ses affections somatiques et psychiques, entraînant une opacité entre les frontières de la neurologie et de la pédopsychiatrie.

CONCLUSION

La rédaction de ce mémoire est l'aboutissement d'un travail laborieux. Dimitri, patient émouvant et en grande difficulté, m'a donné la force et l'envie d'écrire ce mémoire et de pouvoir inscrire son histoire à travers le regard du psychomotricien et plus précisément à travers le packing.

En psychomotricité, il est important de prévoir, malgré les fluctuations de son comportement et ses affections somatiques qui le rendent instables, un accompagnement afin de pouvoir préserver un sens à son parcours de soin, au-delà des entraves induites par sa pathologie.

Si le packing n'a pas eu d'effets bénéfiques notables sur Dimitri sur le long terme, j'ai pu reconnaître, par le biais d'observations attentives de son comportement avant et pendant les séances, des signaux laissant suggérer qu'il était en contact avec ses sensations et qu'il pouvait exprimer ses ressentis à sa manière. Son état d'apaisement et de bien-être pendant l'enveloppement laissent supposer que le packing lui a été profitable. Les séances lui ont, dans tous les cas, apporté une enveloppe psychocorporelle matérialisée par les draps et les soignants.

Cette thérapie corporelle, décidée par l'équipe médicale face à une situation grave et complexe, a été un précieux recours pour préserver la dynamique d'accompagnement de Dimitri, renforcer la cohésion de l'équipe et préserver la qualité humaine de la relation de soin au sein d'un projet institutionnel au long cours. Le cadre thérapeutique spécifique au packing cherche à garantir cette continuité du lien et cette permanence de l'accueil pour des enfants en grande vulnérabilité, amenés à côtoyer l'institution de façon chronique.

Grâce au packing, une multitude d'enveloppes se créent autour du patient: les draps, enveloppe thermique et textile, les soignants groupés autour du patient et l'espace environnant (la pièce des packings) calme, rassurant et clos.

La pathologie peut être déroutante et déconcertante. Toutefois la psychomotricité propose une rencontre riche dans son approche corporelle et dans la diversité de ses médiations, et plus riche encore grâce à sa malléabilité et sa capacité d'adaptation.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERNHE, T (1992). *L'enveloppement humide thérapeutique*, Le Plessis Robinson: Laboratoires Delagrangé-Synthélabo

ANZIEU, D (1995). *Le moi-Peau*, Paris: Dunod

ANZIEU, D et col. (2003). *Les enveloppes psychiques*, Paris: Dunod

AUCOUTURIER, B (2005). *La méthode Aucouturier: Fantômes d'action & pratique psychomotrice*, Paris: De Boeck-Solal

BENEDETTI, G (2002). *La psychothérapie des psychoses comme défi existentiel*, Ramonville Saint-Agne: Erès

BOUTINAUD, J (2010). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*, (2ème édition), Paris: In Press

BULLINGER, A (2004). *Le développement sensori- moteur de l'enfant et ses avatars*, Toulouse: Erès

CICCONE, A et LHOPITAL, M (2001). *Naissance à la vie psychique*, (2ème édition), Paris: Dunod

COLONNA-CESARI, C (1990). *Le massage intégral du bébé et de l'enfant*, Asnières: Diffusion Traditionnelle

COURBERAND, D (1996). *Une approche psychodynamique de l'examen psychomoteur chez l'enfant*, *Thérapie psychomotrice et recherches* n°107 p18

CYRULNIK, B (2000). *Les nourritures affectives*, Paris: Odile Jacob

DEFIOLLES-PELTIER, V (2010). *Les vérités du corps dans les psychoses aiguës* (2ème édition), Paris: Vernazobres-Grego.

DELION, P (2012). *Le packing avec les enfants autistes et psychotiques*, Toulouse: Erès

HOUZEL, D (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*, Paris: In press

HOUZEL, D (2003). L'enveloppe psychique: concept et propriétés. Dans ANZIEU D. et al. , *Les enveloppes psychiques* (p.43-74), Paris: Dunod

MONTAGU, A (1979). *La peau et le toucher, un premier langage*, Paris: Seuil (Ouvrage original publié en 1971 sous le titre *Touching: The Human Significance of the Skin*: Oxford, England: Colombia U. Press)

PAGANI, M (2005). *Les autoagrippements : A la recherche d'un sentiment d'exister*, Thérapie Psychomotrice et recherche n°144 p 50-51

POTEL, C (2010). *Etre psychomotricien - Un métier du présent, un métier d'avenir*, Toulouse: Eres

POUS, G (1995). *Thérapie corporelle des psychoses*, Paris: L'harmattan

PRAYEZ, P et SAVATOFSKI, J (2009). *Le toucher apprivoisé, pour une approche différente du patient*, Rueil Malmaison: Lamarre,

RICHARD, MF (1989). *Quand le corps du psychomotricien rencontre le corps de l'enfant*, Thérapie Psychomotrice et recherche, n°83 p 29

ROBERT-OUVRAY, S (2007). *L'enfant tonique et sa mère*, Paris: Desclée de Brouwer

ROBERT-OUVRAY, S et SERVANT-LAVAL, A (2015). Le tonus et la tonicité. Dans Scialom P (dir), Giromini F (dir) et Albaret JM (dir). *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (vol1, p. 161-199). Paris: De Boeck-Solal

WINNICOTT, D.W (1970). *Processus de maturation chez l'enfant – Développement affectif et environnement*, Paris: Payot

ARTICLES

ADLER, HM (1916). Indications for hydrotherapy and wet pack in acute psychoses. *The Journal of Nervous and Mental Disease*.

BROOM, J (1878). The Wet-Sheet Pack and Chloride of Ammonium as Valuable Therapeutics in the Treatment of Some Forms of Delirium Tremens. *British Medical Journal*.

FLEURY, L (1852). Traité thérapeutique et clinique d'hydrothérapie: *De l'application de l'hydrothérapie au traitement des maladies chroniques dans les établissements publics et au domicile des malades*.

LEAHY, SR et SANDS, IJ (1921). Mental disorder in children following epidemic encephalitis. *Jama*, Vol 76, 373

ROSS, DR (1988). The psychiatric uses of cold wet sheet packs, *The American Journal of Psychiatry*, Vol 145(2), 242-245

DICTIONNAIRE

Le Petit Robert (2015)

Résumé

Lorsqu'un enfant devient mutique et présente de graves troubles du comportement et de la relation, il est essentiel de réfléchir à des moyens de l'apaiser et de lui redonner des sensations corporelles. Si au premier plan on retrouve les aspects sensoriels et émotionnels, les enveloppements s'inscrivent dans une perspective relationnelle et offrent une médiation salutaire quand la relation verbale n'est pas possible. Le packing est une médiation corporelle qui repose sur l'idée que les enveloppements vont déclencher un événement ressenti à la fois au niveau sensoriel, postural et psychique.

Il vise à instaurer un cadre propice à la relation de soin, en cherchant autant que possible les interactions du patient avec son environnement. Par son aspect contenant, il donne une limite au corps en favorisant une meilleure perception de l'enveloppe corporelle.

mots clés : packing - enveloppe corporelle - relation - contenance - limites corporelles - psychomotricité - sensorialité

Abstract:

When a child becomes mute and has serious behavioral and relationship problems, it is essential to think of ways to soothe and restore his body sensations. If at first we find the sensory and emotional aspects, the wraps are part of a relational perspective and offer a salutary mediation when the verbal communication is not possible. Packing is a body mediation based on the idea that wraps will trigger an event that is felt at the sensory, postural and psychic levels.

It aims to create a framework that facilitates caregiving whilst seeking as much as possible the patient's interactions with his environment. Through its containing aspect, it gives a limit to the body allowing a better perception of the body envelope.

key words : packing - body envelope - relationship - countenance - body limits - psychomotricity - sensoriality