

LE PACKING, SON AVENTURE ET SES AVATARS

Pierre Delion

Editions GREUPP | « Adolescence »

2012/3 n° 81 | pages 583 à 601

ISSN 0751-7696

ISBN 9782847952285

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-adolescence-2012-3-page-583.htm>

Pour citer cet article :

Pierre Delion, « Le packing, son aventure et ses avatars », *Adolescence* 2012/3 (n° 81), p. 583-601.

DOI 10.3917/ado.081.0583

Distribution électronique Cairn.info pour Editions GREUPP.

© Editions GREUPP. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

LE PACKING, SON AVENTURE ET SES AVATARS |

PIERRE DELION

Dans un premier temps, je vais présenter rapidement le *packing* comme une des approches corpore-psychiques parmi d'autres telles que la pataugeoire ou l'atelier contes, prenant place dans une complexité concernant les enfants autistes et psychotiques, en utilisant la grille de repérage clinique de G. Haag (1995) comme opérateur psychopathologique et institutionnel, ainsi que les travaux d'A. Bullinger (2004). En effet, je souhaite insister sur le fait que la technique du *packing* n'est pas un gadget isolable d'un ensemble clinique et thérapeutique plus vaste, dont il est utile de respecter les aspects hétérogènes et complémentaires. Dans un deuxième temps, je reprendrai plus en détail le *packing* sur les plans neuro-physiologique, développemental, psychopathologique et institutionnel pour en proposer une lecture correspondant à une longue expérience : l'aménagement du cadre psychothérapeutique des prises en charge de quelques enfants et adolescents autistes et psychotiques comme une sorte d'« attraction consensuelle thérapeutique ».

Ainsi, j'espère contribuer à montrer que la charge injuste contre le *packing* n'est que l'expression d'une pensée négative à l'encontre de la psychopathologie, notamment psychanalytique, dont l'ignorance est proportionnelle à l'agressivité déployée.

Parmi tous les moyens thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques mis aujourd'hui à la disposition des enfants autistes et psychotiques, les prises en charge corporelles sont à coup sûr indispensables à connaître. Mais, pour autant, sont-elles connues et *a fortiori* utilisées d'une façon satisfaisante ? Nous verrons que c'est loin d'être toujours le cas. Et pourtant dans mon expérience de « vieux bouurlingueur de l'autisme et de la psychose infantile », il m'est souvent arrivé de me dire que, dans tel ou

tel cas, nous aurions dû y penser plus tôt. En effet, si l'autisme renvoie souvent à l'archaïque en matière d'angoisses, c'est bien que ces dimensions de l'originaire sont en œuvre dans sa problématique. Or nous le savons maintenant assurément, l'originaire, l'archaïque, la priméité sont les dimensions du début de la vie. Je laisse de côté la question importante de savoir où commence le début de la vie, à la naissance ou dans la vie fœtale, car cela nous demanderait un trop long développement. En tout cas, lorsque je me suis mis à chercher, il y a quelques années, comment se faisait-il que l'enfant autiste utilise des signes élémentaires pour manifester son désarroi, et que, m'appuyant sur les travaux de C. S. Peirce (Delion, 2000), j'en arrive à la question de la sémiotique, c'est par le bébé qu'il m'a fallu passer pour mieux comprendre ce qui était en question dans ces temps anciens de la construction de l'enfant. Aujourd'hui, cela n'étonnera plus personne, c'est le bébé qui peut nous aider à mieux comprendre l'enfant en général, et l'enfant autiste en particulier. Parmi toutes les raisons que nous avons de le faire, la principale pour notre sujet d'aujourd'hui, est « la raison du corps », dans la mesure où c'est le corporel qui est, comme le propose B. Golse (2006), le premier instrument de l'« ancrage interactif ».

L'IMAGE DU CORPS ET LA RÉCUPÉRATION DES PREMIÈRES ENVELOPPES

Le corps a ses raisons que la raison ne connaît pas, pourrait-on avancer. Soyons plus précis : « l'image du corps » a sa logique qui est différente de celle qu'on imaginait jusqu'à présent. En effet, dans une première lecture, le développement du corps détermine la manière dont l'enfant va l'investir psychiquement. Et dans cette perspective, les liens que nous devons désormais faire entre ce niveau de la physiologie et celui de la psychopathologie me semblent incontournables.

Mais la clinique nous montre que les présentations linéaires du développement ne peuvent être retenues que dans une perspective pédagogique et de présentation : la réalité est tout autre et ce que le clinicien voit en matière d'enfant autiste et psychotique s'apparente plutôt à une vision averienne (entendez Tex Avery, l'avéré psychopathe génial de l'autisme) ou encore surréaliste-dali-magrittienne de la réalité des choses.

David se cogne le front répétitivement contre le radiateur de la salle à manger dans laquelle les infirmiers et les éducateurs sont à la fois là et las de l'avoir tenu, retenu et maintenu en vain pendant un temps considérable sans rien changer à ces automutilations insupportables. *Olivier* s'éclate la partie postérieure de la tête contre le mur de sa chambre dans un mouvement ample de tennisman au service, et impassible à chaque choc, rassemblant le bruit mat et sec de son crâne contre le mur et le bruit vibratoire et stéréophonique de la cloison en plâtre, il nous fait ressentir notre impuissance à l'aider moins mal.

Plusieurs auteurs nous ont successivement aidés à penser nouvellement l'image du corps, et je crois utile de les nommer ; tout d'abord, Freud qui insiste sur la fabrication du Moi comme instance topique à partir de la peau, ce qui amènera plus tard D. Anzieu (1985) à proposer le concept de Moi-peau. Mais aussi P. Schilder avec son ouvrage *L'image du corps* paru en 1935, qui, entre autres choses, nous aide à comprendre dans une perspective post-abrahamienne, le développement libidinal du corps. Puis, F. Dolto (1968) avec sa distinction utile entre schéma corporel et image inconsciente du corps, et également G. Pankow (1977) avec son idée d'une construction de l'image du corps régie par ses deux lois de structuration dynamique, ainsi que S. Resnik avec son idée d'« écologie du transfert » basée sur le langage du corps dans la relation transférentielle, telle qu'il a pu la développer dans *Personne et psychose* (1999) puis dans *Temps des glaciations* (1999).

Mais je m'attarderai aujourd'hui sur des travaux plus récents, ceux que G. Haag a conduits avec ses collègues psychanalystes d'enfants autistes, grâce à l'apport méthodologique de S. Tordjman (Haag, Tordjman *et al.*, 1995). Dans cet article princeps, c'est l'image du corps qui est mise en scène comme indicateur principal de l'évolution de l'enfant autiste, non pas seulement comme un corps qui va mieux et reflète ce faisant le mieux de l'enfant lui-même, mais surtout comme un corps qui se construit selon un imagier psychopathologique. Il s'agit d'une sorte de synthèse des travaux de nombreux psychopathologues qui se sont penchés sur la question du corps, mais également de ceux des psychologues développementalistes, dont un des plus éminents est A. Bullinger, dont le dernier ouvrage sur *Le développement sensorimoteur de l'enfant* (2004) est un instrument essentiel des connaissances à ce sujet, et enfin, *last but not least*, une synthèse qui

rend possible l'articulation entre le soma et la psyché. Je ne peux que renvoyer les personnes intéressées à la lecture de cet article fondamental.

Je n'en reprendrai ici, et je m'en excuse auprès des auteurs, que la trame qui concerne la prise en compte du corps dans les thérapeutiques des enfants autistes et psychotiques, et plus précisément « la récupération des premières enveloppes ». L'évolution y est traitée en plusieurs temps isolés à des fins pédagogiques et structuralistes plutôt que chronologiques, en partant d'un premier temps, celui de l'autisme maximal pour aller vers un autre temps, celui de la séparation-individuation, en passant par une phase symbiotique.

Si l'on part de l'hypothèse du « processus autistique » décrit par J. Hochmann (1984) comme démantèlement, dans une perspective meltzérienne, des moyens psychiques de connaissance du monde et construction d'une « forteresse vide » (Bettelheim, 1971), l'enfant va au cours de ce voyage « récupérer » ses premières enveloppes, passant ainsi de l'uni et de la bidimensionnalité à la tridimensionnalité. Une fois ces enveloppes stabilisées d'une façon « minimale », il va pouvoir « travailler » sur les deux grands clivages que la physiologie lui impose successivement : le clivage vertical puis le clivage horizontal. Le premier, le vertical, aide l'enfant autiste à rassembler, lui le champion du désassemblage, ses « deux moitiés du corps ». Cette bipartition originaire du buste du bébé est éclairée conjointement par les travaux de G. Haag (1995) et ceux de A. Bullinger (2004). Nous savons bien, et les observations bickienne et loczyienne des bébés nous permettent de le remarquer finement, que les deux moitiés du corps fonctionnent dans un premier temps chacune pour elles dans deux héli-mondes, avec une ligne médiane infranchissable pour chacune des mains du bébé, sauf à utiliser la bouche comme port d'attache pour le transbordement des marchandises en provenance de la main droite pour celle de gauche et vice versa. Chez l'enfant autiste, tout se passe comme si sa pathologie l'amenait à se promener à nouveau dans ces contrées lointaines. Puis le deuxième clivage, l'horizontal va concerner le travail de réunion et rassemblement du buste avec le bas du corps, et donc tout ce qui est en rapport avec la marche et l'autonomie motrice de l'enfant, ainsi que la dynamique sphinctérienne en appui sur la musculature de la locomotricité. Une fois ces grands travaux engagés, investis et réinvestis, pensés et repensés,

l'enfant peut envisager plus sereinement l'individuation-séparation à la mode de M. Malher (Cramer, 1995), avec l'idée que sa naissance psychologique a pu advenir d'une façon suffisante dans sa trajectoire.

Alors pourquoi ces étapes sont-elles importantes à mes yeux dans les prises en charge en question ? Parce qu'elles correspondent à des approches thérapeutiques institutionnelles spécifiques qu'il y a lieu de penser ensemble si l'on ne veut pas reproduire dans nos équipes de soins les clivages, dissociations et autres éléments de la psychopathologie autistique et psychotique qui « passent » par les relations transférentielles singulières que ces enfants construisent avec nous dans les rencontres que nous leur proposons.

Pour sortir de la première étape, celle de l'autisme maximal, la récupération des premières enveloppes est nécessaire : mais alors quels sont les moyens concrets que nous avons à notre disposition pour travailler cela avec un enfant autiste ?

Spontanément, les parents nous disent qu'ils enveloppent leurs enfants dans leurs bras pour les retenir de leurs tentations automutilatrices, les soignants dans des couvertures, dans des bains thérapeutiques, quelquefois dans des contentions par défaut, que ce soit des psychotropes prescrits à fortes doses, sans grands effets sauf à s'approcher des doses anesthésiantes, ou des moyens de contention utilisés en dernier recours.

Il nous revient de nous appuyer sur ces intuitions et de les formaliser pour proposer une technique visant à transformer la contention en fonction contenant, tenue physique et attention psychique, telle que le packing, qui n'est à mon avis qu'un aménagement spécifique du cadre psychothérapeutique. Je ne saurais trop insister sur les qualités thérapeutiques que cette technique a permis dans mon expérience partagée avec plusieurs équipes soignantes, et, avant de la condamner pour des raisons idéologiques (je pense à ce qui en est dit sur le site d'une association qui n'aime pas beaucoup les pédopsychiatres), je ne peux que vous conseiller d'en faire l'expérience avec vos petits patients, notamment dans deux indications majeures : l'automutilation incoercible des enfants autistes et la violence projective pathologique des enfants psychotiques, avec peut-être une troisième intéressante, l'anorexie mentale grave dans laquelle on

comprend que ce symptôme anorectique mortifère peut être compris comme une quasi troisième peau musculaire au sens de la deuxième peau musculaire décrite par E. Bick (1967), mobilisant le tractus digestif comme dernière musculature avant le fameux « ne pas cesser de tomber » de D. W. Winnicott (1975). Mais vous aurez compris que, m'appuyant sur les travaux haaguens cités dans cette intervention, je crois utile d'étendre très largement les indications du packing à toutes les situations dans lesquelles on peut penser que l'enfant autiste présente des symptômes en rapport avec une auto-tentative de récupération de ses premières enveloppes, et qu'il y a lieu dans ces moments-là, de l'aider à le faire sans que celles qu'il a trouvées spontanément ne deviennent des enveloppes pathogènes. Pour dire les choses plus cliniquement, un enfant autiste soumis à des angoisses d'anéantissement, de précipitation, proches de celles qui ont été décrites par D. W. Winnicott sous le nom « d'agonies primitives » (1975), va tenter, c'est du moins une hypothèse que l'on peut envisager, de s'agripper – c'est trop dire s'agripper à –, et selon le style de cet enfant, ce sont tantôt les quelques cheveux qui me restent auxquels il va se pendre littéralement, qui vont constituer pour lui un point d'appui auquel s'amarrer dans sa chute angoissée et angoissante, tantôt un auto-agrippement soit invisible (une hypertonie autour du bol fécal, une morsure violente de la langue, dans le sens des « *autistic shapes* » de F. Tustin, 1984), soit visible (une automutilation, une stéréotypie...). Il me semble que l'on peut comprendre ce genre de symptôme comme une tentative par l'enfant autiste de se construire lui-même des enveloppes qui doivent être fonctionnelles au moins un temps – l'enveloppe de douleur provoquée par l'automutilation est sans doute « moins pire » que la sensation angoissante de chute sans fin – mais qui finissent par tomber elles aussi dans un « cercle vicieux » (Klein, 1932), voire un « carrefour pervers » (Haag, Tordjman *et al.*, 1995), et devenir des enveloppes pathogènes et addictives (Tordjman, Charras, 2008).

Une fois quelque chose des premières enveloppes récupérées, l'enfant entre dans une phase symbiotique et va avoir à travailler le clivage vertical et le clivage horizontal. Pour l'aider à le faire, il m'est apparu très intéressant d'avoir recours à un atelier thérapeutique mis au point par un ami très inventif, le Docteur P. Lafforgue : la pateageoire (Latour, 2007).

Il s'agit d'une pièce carrelée disposant d'un espace faiblement concave qui peut se remplir d'une flaque d'eau, d'un robinet sécurisé permettant à l'enfant d'ouvrir et fermer l'arrivée d'eau, de mitiger le chaud et le froid, et d'une évacuation contrôlable par une bonde. L'enfant en maillot de bain est avec un soignant et un observateur, et il va se livrer à des expériences sur son image du corps, en présence des deux adultes. Il s'agit souvent de projections en exoscopie du fonctionnement de son monde interne, et si les premiers temps sont l'occasion de prêter son attention psychique à l'enfant, rapidement l'expérience transférentielle commune permet d'en « tirer » des effets thérapeutiques inattendus.

Enfin, la phase « séparation-individuation » peut être utilement travaillée soit dans les psychothérapies plus classiques, soit dans les ateliers contes, soit dans les deux.

Nous voyons comment la question du corps en tant que problème posé à et par les enfants autistes et psychotiques peut aussi se transformer en une ébauche de réponse thérapeutique à ces mêmes questions si l'on veut bien suivre ce que leurs développements particuliers ont à nous enseigner sur ces points, et à partir de ces enseignements faciliter l'invention de dispositifs thérapeutiques adéquats à leurs singularités. Dans tout ce travail élaboratif et perlaboratif, nul doute que la prise en considération des enveloppes institutionnelles en écho aux enveloppes corporo-psychiques soit une nécessité et une source de réflexion en rapport avec les qualités très inhabituelles des relations transféro-contre-transférentielles en jeu avec ces enfants.

LA TECHNIQUE DU PACKING OU DES ENVELOPPEMENTS HUMIDES¹

Une des patientes psychotiques que j'ai suivi pendant une dizaine d'années avait un talent particulier pour résumer en de saisissants aphorismes les expériences pénibles dont elle finissait par sortir après de longues phases d'angoisses extrêmes. C'est ainsi que pour elle, et à titre d'exemple, « les intellectuels n'étaient rien d'autres que les manuels de la tête ». Mais une vérité

1. J'ai repris pour cette partie les grandes lignes d'un ouvrage récent : *Le corps retrouvé, franchir le tabou du corps en psychiatrie* (Delion, 2010).

qu'elle énonça à l'issue d'un épisode délirant productif centré sur la décomposition de sa peau et envahi par tout un petit peuple d'hallucinations olfactives venant prouver le travail de mort dont elle anticipait la déconstruction en la ressentant dans la présence de son expérience délirante, me sembla particulièrement intéressante pour notre sujet : « il est profond de surfer », me dit-elle en guise de conclusion de son hospitalisation. Rejoignant la sagesse de P. Valéry, elle m'indiqua ainsi que son récent voyage dissociatif avait mis à mal son enveloppe de peau, proche du Moi-peau de D. Anzieu, lui faisant perdre sa fonction contenante minimale en devenant le lieu de ses angoisses archaïques, et la mettant en demeure de reconstruire à partir d'un fond retrouvé la surface psychique qu'elle avait perdue.

Or Freud, dans ses « Notes sur le bloc magique » (1925), insiste bien sur le fait que pour disposer d'une *surface d'inscription*, l'appareil psychique (animique) du sujet doit pouvoir s'étayer sur un *pare-excitations*, faute de quoi le processus, notamment mémoriel, de son organisation défensive, l'oblige à avoir recours à un système topique problématique. C'est sans doute en raison de ces difficultés particulières que les personnes psychotiques en arrivent à utiliser les mécanismes de *projection pathologique* et/ou de *forclusion* à la base des signes cliniques centrés sur une souffrance psychique de type corporel, et pour lesquelles une indication de packing peut être proposée.

Aussi, lorsque dans les années 1975 je suis « tombé » sur les articles de M. Woodbury, un psychiatre psychanalyste de Chesnut Lodge (États-Unis), de passage dans le XIII^e à Paris, racontant comment il venait à bout des angoisses psychotiques de ses patients avec cette technique du packing, me suis-je immédiatement mis à en étudier la faisabilité dans le service de psychiatrie d'adultes dans lequel je travaillais à l'époque.

Une jeune adolescente de dix-huit ans, schizophrène, *Anastasia*, venait d'être hospitalisée pour la troisième fois dans ce service pour une nouvelle décompensation dissociative avec une catatonie et un mutisme. Les deux premières fois, le psychiatre avait proposé un traitement par sismothérapie qui s'était révélé rapidement « efficace », ce qui avait, les deux fois, amené sa famille à considérer que, *Anastasia* étant guérie, elle pouvait interrompre le suivi de post-cure. J'ai alors proposé à son psychiatre de lui prodiguer des soins en nous appuyant cette fois-ci sur la technique du packing dont je venais de prendre connaissance avec mes amis internes et infirmiers du service. Nous avons

commencé ces soins à base d'enveloppement humide, et, pendant trois mois, les avons réalisés à raison de trois séances hebdomadaires. Les résultats ont été suffisamment probants pour que cette technique, vécue au départ par l'ensemble des soignants comme étrange et même inquiétante, soit dès lors considérée comme digne d'attention. C'est ainsi que nous avons ensuite fait des dizaines de séances de packing pour traiter le syndrome dissociatif de plusieurs patients psychotiques.

Quelques années plus tard, nommé dans un service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, avec l'intention d'approfondir la question de l'autisme déjà entrevue lors des évolutions des patients schizophrènes adultes, me suis-je trouvé tenté, dans un premier temps, d'utiliser cette technique thérapeutique dans le cas d'enfants autistes sujets à des automutilations incoercibles. En effet, dans les quelques cas épineux qui m'ont fait évoquer cette méthode de soin inhabituelle, il s'agissait d'abord de petits patients autistes dont les automutilations devenaient de plus en plus envahissantes sans que les parents ni les soignants n'arrivent à les endiguer, puis dans un second temps, d'enfants présentant une psychose infantile et dont la violence symptomatique rendait difficile toute approche psychothérapique classique. Dans ces deux types de situations, les neuroleptiques seuls ne sont pas suffisamment efficaces, tandis que les méthodes de contention du corps telles que le « holding thérapeutique » rapportées par A. Gillis (1998) dans son excellent ouvrage sur le packing, très intéressantes dans le principe, ne sont pas faciles à mettre en place dans une équipe.

La technique du packing, ou enveloppements humides, est une forme de soin qui fait appel au corporo-psychique de façon évidente. Elle peut être utilisée avec l'enfant et avec l'adulte, mais j'aborderai ici mon expérience de pédopsychiatre. Rappelons en quelques mots de quoi il s'agit.

Un packing consiste à envelopper un enfant en sous-vêtements dans des serviettes mouillées dans l'eau froide. Chaque membre du patient est entouré d'une serviette, les deux jambes sont ensuite entourées ensemble dans une serviette plus grande enveloppant le corps des pieds jusqu'au nombril afin de garder les deux jambes bien serrées et le bassin ensemble. Les deux bras sont maintenus contre le tronc par une autre grande serviette. Un drap assure la cohésion de l'ensemble. Un plastique ou un caoutchouc enveloppe ensuite le corps du patient jusqu'au cou, puis une

ou deux couvertures chaudes. Il faut faire attention de bien disposer tous les différents tissus de telle sorte que des plis ne provoquent pas de sensations désagréables au patient. L'enveloppement doit se faire rapidement, éventuellement à quatre soignants. Habituellement, deux soignants restent auprès du patient, disposé de chaque côté de son visage, de façon à être facilement accessibles par son regard ; quelquefois, un des soignants se tient aux pieds de l'enfant. La séance de packing est de trente à soixante minutes environ, si possible de durée toujours identique. J'insiste souvent auprès des équipes que je forme sur l'importance de la qualité de l'ambiance. Il m'arrive de parler à ce propos d'ambiance « Georges de la Tour », en référence aux tableaux de ce grand peintre, qui utilise la lumière de telle façon que l'attention des personnages, ainsi que celle des spectateurs, se porte vers le sujet mis en exergue. Les nombreuses nudités montrent un bébé emmailloté, dont la proximité avec notre technique du packing ne surprendra personne. Après avoir prévenu le patient, le développement se fait doucement dans le sens inverse de l'enveloppement. Une fois « désenveloppé », le patient peut être, dans certains cas, massé vigoureusement avec un gant et de l'eau de Cologne d'une façon centripète : pour les membres en partant des extrémités et en insistant sur les articulations et également du bas vers le haut de la colonne vertébrale. Il est possible d'accompagner le patient vers une collation une fois qu'il est habillé. Un compte-rendu écrit est réalisé après chaque packing en s'inspirant de la technique de l'observation directe d'E. Bick. Une réunion régulière de supervision a lieu toutes les deux ou trois semaines. Le rythme peut varier de une à sept séances hebdomadaires. L'équipe de packing comprend de deux à six personnes. Cette technique est engagée après explication au patient et aux parents lorsqu'il s'agit d'un enfant et dans ce cas fait l'objet d'échanges réguliers avec eux.

L'exemple du packing est intéressant à plus d'un titre. Tout d'abord, parce qu'il a fait l'objet récemment d'une violente polémique dans le monde de l'autisme, rangeant en ordre de bataille les partisans du packing contre ses opposants, déclenchant chez de nombreuses personnes concernées des mouvements d'ambivalence notables, et aboutissant, de la part des boutefeux du packing, à une demande de moratoire auprès du ministre de la Santé, sous divers prétextes qui apparaissent aujourd'hui

sous leur vrai jour, essentiellement celui de nuire aux praticiens de la psychopathologie en les empêchant d'exercer et surtout de penser. Et il faut avouer que les détracteurs de la méthode ont amplement réussi à déstabiliser quelques équipes soignantes. Aussi, il me paraît utile de ramener les événements à leur juste mesure. Le ministre, dans sa grande sagesse, a donc demandé à ses instances techniques, en l'occurrence au Haut Conseil de la Santé Publique présidé par le Professeur Michel, de rendre un rapport circonstancié à ce sujet. Après une enquête minutieuse auprès de toutes les personnes susceptibles de donner un point de vue éclairé, le Haut Conseil, dans son rapport du 2 février 2010, a abouti aux conclusions suivantes : « *Compte tenu de l'absence de risques notables identifiés à ce jour, le Haut Conseil de la Santé Publique considère que la réalisation du packing ne présente pas de risques qui justifieraient son interdiction. Cependant, l'existence de risques psychiques n'est pas exclue et doit être prise en compte dans l'analyse bénéfices-risques de cette méthode de prise en charge, au même titre que toutes les autres méthodes de prises en charge, médicamenteuse ou non, de l'autisme. Le Haut Conseil de la Santé Publique signale que ces recommandations doivent être intégrées dans une démarche rationnelle et scientifique visant à statuer sur la place de cette pratique dans la prise en charge complexe des enfants autistes. De plus, le Haut Conseil de la Santé Publique préconise une poursuite des travaux de recherche de nature neurophysiologique et clinique pour mettre en évidence les effets bénéfiques éventuels et la balance bénéfices-risques de ce traitement dont la connaissance ne repose jusqu'à présent que sur des constatations empiriques. À ce titre, la mise en œuvre du projet de recherche financé par le PHRC et dirigé par le Dr. Goeb est utile et attendue ; [il préconise également] une traçabilité locale des événements indésirables associés à la pratique du packing afin de permettre de dénombrer et de documenter ces événements dans le futur* »². Les conclusions de ce rapport redonnent enfin une sérénité de base nécessaire à la prise en charge thérapeutique des enfants porteurs de pathologies autistiques.

2. Site ministériel du Haut Conseil de la Santé Publique.

Ensuite, le packing est une technique destinée à rendre plus présent, voire plus réel, le corps d'un patient gravement malade, qui, pour exister, tente de reprendre contact avec son corps par le déclenchement de sensations, éventuellement sur le mode automutilatoire. Il faut avoir vécu l'impuissance des thérapeutiques habituelles en psychiatrie sur ces symptômes quelquefois ahurissants (s'énucléer le cristallin avec l'ongle de l'index homolatéral, mordre jusqu'à l'amputation les phalanges de plusieurs doigts d'une main, se frapper le front dans sa partie médiane sur un angle de mur ou un radiateur jusqu'à l'abcès ou la chéloïde...) pour trouver utile et intéressante la constatation clinique de l'amélioration quelquefois rapide de ces symptômes avec la pratique du packing. Les aspects thérapeutiques obtenus ne guérissent pas l'enfant ou l'adulte de son autisme ou de sa schizophrénie, mais agissent sur les symptômes graves qui surviennent dans certaines de leurs formes cliniques. Manifestement, ces aspects mêlent plusieurs composantes : neurophysiologique, développementale, psychopathologique et institutionnelle. *Une première composante neuro-physiologique* comprend les sensations de saisissement par le froid relatif (température de l'eau à dix degrés Celsius) et de serrage par l'enveloppement, suivies d'un réchauffement rapide. Elles sont véhiculées par des voies neurologiques spécifiques qui aboutissent au cortex en passant par la réticulée ascendante, le thalamus et de nombreuses autres destinations cérébrales, et provoquent des effets que la recherche nous permettra de mieux comprendre. *Une deuxième composante développementale* a été particulièrement éclairée par A. Bullinger (2004). Dans ses travaux, il insiste sur les mises en forme successives de l'image du corps, et notamment dès les premiers temps de la sensorimotricité, sur l'importance des enroulements effectués par le milieu (parental) pour lutter contre les réflexes archaïques de la musculature en extension, jusqu'à son intériorisation par l'enfant, sans compter la fonction « prothèse de rassemblement » que le pack joue chez l'enfant. *Une troisième composante psychopathologique* bénéficie grandement des hypothèses de D. Meltzer (1980). En effet, celui-ci, en décrivant le mécanisme d'attraction consensuelle maximale, donne une hypothèse féconde apte à rendre compte du rassemblement corporo-psychique effectué dans le

packing. Et *une dernière composante institutionnelle* est en rapport direct avec la qualité du « tissu » humain constituant l'équipe de packing, l'environnement institutionnel dans lequel elle est « plongée » et la cohérence de son cadre de fonctionnement. Voilà autant de paramètres entrant en jeu de façon décisive dans l'équation présidant à la réussite de la mise en œuvre de la technique.

Ces articulations entre différents champs épistémologiques sont une des figures de la complexité à laquelle je me référais en introduction. Mais elles mettent en évidence les liens consubstantiels entre corps et psyché. Reprenons les de façon plus détaillée.

ÉLÉMENTS DE COMPRÉHENSION NEURO-PHYSIOLOGIQUE, DÉVELOPPEMENTALE, PSYCHOPATHOLOGIQUE ET INSTITUTIONNELLE

Les aspects neuro-physiologiques ont déjà fait l'objet d'une étude de S. Tordjman et collaborateurs : « Le packing, grâce au saisissement par le froid, mobilise la sensibilité thermo-algique par l'intermédiaire du faisceau spino-thalamique, et court-circuite la sensation douloureuse sur laquelle l'enfant se serait possiblement structuré. Il s'agit donc de remplacer une sensation dont il est devenu extrêmement dépendant par un autre type de stimulation mobilisant le même circuit neuro-physiologique. Ce " substitut " peut lui permettre de sortir de sa dépendance aux automutilations et des sensations douloureuses qui lui sont associées.

Bien que le saisissement par le froid du packing demeure impressionnant et parfois culpabilisant pour le soignant, il se peut que la mobilisation des circuits provoquée par cette sensation soit efficace à long terme contre les comportements d'automutilations. En d'autres termes, et de façon similaire au principe de l'acupuncture avec le contrôle inhibiteur nociceptif de la douleur, si l'enfant avec autisme, focalisé sur la sensation douloureuse qu'il provoque et contrôle à partir de ses automutilations, concentre maintenant son attention sur le froid engendré par le packing, il est possible que l'on puisse entamer un travail de désaccoutumance par rapport à ses conduites auto-agressives et aux sensations en découlant.

Un autre aspect intéressant concerne, dans le cadre d'une approche psychodynamique, les circonstances d'apparition des conduites auto-agressives, notamment dans les situations de stress. Nos recherches

antérieures et actuelles sur l'autisme nous ont amené à poser l'hypothèse que l'angoisse peut constituer un des problèmes majeurs de l'autisme, les comportements autistiques, dont les conduites auto-agressives, pouvant résulter de processus impliqués dans la réponse au stress »³. Une fois aboutie la recherche actuellement entreprise dans le cadre d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique par notre équipe lilloise, les hypothèses de S. Tordjman feront l'objet de nouvelles recherches afin de mieux approcher les mécanismes physiologiques à l'œuvre dans l'efficacité du packing. Dans un article paru en 2009, D. Cohen et son équipe proposent l'hypothèse que le packing a un effet d'intégration sur la sensorimotricité dans les cas de catatonie pour lesquels il a utilisé la technique. Il se rapproche ainsi des travaux de A. Bullinger (2004) que nous allons maintenant examiner plus avant.

Le deuxième aspect, étudié plus particulièrement par A. Bullinger dans sa théorisation du développement sensorimoteur de l'enfant, situe la question dans une perspective diachronique à court et à long terme. « Dans une perspective relative au développement sensorimoteur les moyens offerts par la technique du packing correspondent à offrir à l'enfant la possibilité d'être contenu, porté par une enveloppe corporelle solide.

Pour réaliser une action matérielle, il est nécessaire d'avoir un point d'appui. Ce point d'appui n'est pas seulement physique mais aussi représentatif. Dans le développement de l'enfant, la constitution des représentations de l'organisme, de l'espace et de l'objet se fait de manière synchrone. Si l'une des composantes de ce trio vient à manquer la réalisation de conduites dans le milieu est gravement perturbée. Le packing est un des moyens qui permet de suppléer aux représentations déficientes de l'organisme. Son effet dans le court terme est visible (détente, expression du visage, etc.). Dans le long terme, les sensations corporelles créées pendant les séances offrent un matériel pour que l'enfant construise les points d'appui représentatifs qui lèveront les angoisses très profondes qui sont liées à cette fragilité »⁴. La position prise

3. Tordjman, Charras, 2008, p. 57.

4. Bullinger, mai 2009, notes personnelles.

par A. Bullinger constitue une ouverture sur l'articulation entre les champs développementaux et psychopathologiques. La notion de fonction contenante mise ainsi en avant permet de distinguer plus aisément ce qui pourrait concourir à devenir une pure et simple contention, de ce qui aide l'enfant à fabriquer une représentation de l'expérience vécue et partagée émotionnellement lui permettant au fur et à mesure de se passer du support concret du packing. C'est sans doute ce qui s'est passé lorsque la technique des emmaillotements humides promue par F. Fleury en 1852, non pensée en termes psychopathologiques à cette époque (Freud ne naît qu'en 1856), a pu devenir une technique proche de la camisole de force lorsqu'elle était pratiquée par des soignants ne disposant pas en eux d'une capacité suffisante d'empathie pour le malade (Fleury, 1866). Je rappelle le témoignage de S. Resnik (Delion, 2006), psychothérapeute en Argentine avant l'arrivée des neuroleptiques, pratiquant des séances avec des patients camisolés dans le plus grand respect de l'intersubjectivité. Je pense que les personnes hostiles à la pratique du packing sont probablement « prises » dans ces fantasmes sadiques par lesquels nous sommes tous passés et portant sur la confusion contention/contenance.

Le troisième a trait à l'attraction consensuelle maximale telle qu'elle a été élaborée par D. Meltzer, pour nous proposer une hypothèse sur l'origine des représentations psychiques stables fabriquées à partir d'une contenance sécuritaire. Il insistait sur l'importance de situations interactives vécues par le bébé au cours desquelles la convergence des sensations perçues par les différents canaux sensoriels stabilise progressivement les représentations qu'il peut intérioriser de telles expériences structurantes. Tous les spécialistes du bébé ont suffisamment insisté sur le fait que la tétée était l'axe autour duquel les autres sensations venaient progressivement « s'agglutiner », cette co-sensorialité facilitant l'incorporation de la « voie lactée » (le sein) comme paradigme du bien-être : l'odeur du sein de maman et le goût de son lait, sa voix qui chantonne à ces moments-là, ses yeux qui cherchent mon regard, le bon tonus porteur de ses bras, pour réaliser « l'attraction consensuelle maximale ». Cette préfiguration d'une bonne représentation de son image

corporelle chez le bébé est basée sur un bon objet d'arrière-plan primaire qui rend possible l'interpénétration des regards. L'objet d'arrière-plan primaire est tout ce qui concourt chez le bébé à lui donner un sentiment de solidité. Dans les premières expériences de sa vie, le bébé est pris dans les bras et quand il est bien tenu et soutenu, notamment son dos et sa tête, alors seulement son regard peut chercher celui de la personne qui le porte. Et c'est autour de ces temps de nourrissage que l'essentiel de la vie psychique va s'organiser pendant ces premiers mois de vie, notamment sur les deux piliers évoqués : tout ce qui repose sur l'objet d'arrière-plan va permettre l'intériorisation d'une fonction contenant que je désigne sous le nom de *fonction phorique*⁵, cette fonction assurée par l'adulte qui consiste à porter le bébé dans ses bras tout le temps qu'il ne peut se porter lui-même, puis le jeune enfant dans sa tête tout le temps qui sera nécessaire à son autonomie. De son côté, D. W. Winnicott insiste assez sur l'importance de la qualité du *holding*, ce portage à la base du sentiment de sécurité de l'enfant envers ses parents puis envers lui-même. Mais à côté de la situation paradigmatique de la tétée, existent également d'autres situations qui donnent un autre style à l'attraction consensuelle maximale, telle que le change ou le bain de bébé. Ce sont des situations au cours desquelles la « lecture » du corps du bébé en interaction avec le parent se fait plus ou moins explicitement, accompagnée de commentaires libidinalisants qui viennent illustrer les recherches de M.-C. Laznik (1995) sur les trois temps du circuit pulsionnel : « Oh ! les petits pieds ! Miam miam ! On en mangerait ! ... » Les équipes soignantes pratiquant le *packing* peuvent s'appuyer sur une telle conception psychopathologique pour décrire leur pratique. En effet, il s'agit d'un enfant souvent très malade que nous allons envelopper avec attention et précaution dans des linges mouillés ; son saisissement par le froid relatif sera l'objet de notre préoccupation constante jusqu'à ce que le réchauffement survenant rapidement, sa détente permette le plus souvent un partage émotionnel inhabituel pour lui et pour nous, renouvelant sa présence au monde, et ainsi l'aidant à stabiliser dans son appareil psychique la représentation

5. Le terme de « phorie » a été repris par Henri François Robelet (1982) à Michel Tournier, auteur du *Roi des aulnes*.

d'une expérience vécue dans l'interaction, sensiblement différente de ses expériences pathologiques. Je propose d'appeler une telle situation « *attraction consensuelle thérapeutique* ».

Le dernier aspect concerne la composante institutionnelle. Nous avons vu au cours de cette étude rapide du packing, que la question de l'ambiance dans laquelle cette technique prenait place était considérée avec beaucoup d'attention. Cela tient en partie au fait que, comme nous l'avons développé plus haut, la notion de contre-transfert individuel redoublée de celle de contre-transfert institutionnel, vient jouer un rôle déterminant dans la conduite du soin, puisqu'il ne s'agit rien de moins que de l'appareil de soin lui-même élevé à la puissance du collectif (Oury, 2005). De même que pour un chirurgien très doué, ses efforts seraient réduits à néant s'il lui venait à l'idée d'opérer dans un milieu non stérile, de même pour nos soins psychiatriques, engager un travail psychothérapique sans tenir compte du contexte dans lequel il se déroule relèverait de la même naïveté, voire de l'irresponsabilité. Je renvoie donc le lecteur intéressé à d'autres écrits (Tosquelles, 2003 ; Oury, 2005 ; Torrubia, 2002 ; Chaigneau, 2011 ; Ayme, 1998 ; Koechlin, 1974 ; Racamier, 1970) traitant de ces questions institutionnelles de façon plus précise. Toutefois, l'expérience montre que les conditions institutionnelles minimales étant réunies pour se lancer dans la prise en charge d'un enfant par packing, l'effet pédagogique de la technique sur la formation des soignants, notamment en matière de « corps et psychopathologie », peut être considérable.

BIBLIOGRAPHIE

- ANZIEU D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris : Dunod, 1995.
- AYME J. (1998). *Chroniques de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat*. Toulouse : Érès.
- BETTELHEIM B. (1971). *La forteresse vide. L'autisme infantile et la naissance du soi*. Paris : Gallimard.
- BICK E. (1967). L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces. In : M. Harris Williams (Éds.), *Les écrits de Martha Harris et Esther Bick*, Larmor-Plage : Éd. du Hublot, 1998, pp. 135-139.

- BULLINGER A. (2004). *Le développement sensorimoteur de l'enfant et ses avatars : un parcours de recherche*. Ramonville Saint-Agne : Érès, 2010.
- CHAIGNEAU H. (2011). *Soigner la folie*. Paris : Campagne Première.
- COHEN D. *et al.*, (2009). Investigating the use of packing therapy in adolescents with catatonia : a retrospective study. *Clinical Neuropsychiatry*, 1 : 29-34.
- CRAMER B. (1995). Les psychoses infantiles et les étapes de la séparation et de l'individuation chez Margaret Mahler. In : *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, pp. 1011-1037.
- DELION P. (2000). *L'enfant autiste, le bébé et la sémiotique*. Paris : PUF.
- DELION P. (2006). *Rencontre avec Salomon Resnik. Culture, fantasme et folie*. Toulouse : Érès.
- DELION P. (2010). *Le corps retrouvé, franchir le tabou du corps en psychiatrie*. Paris : Hermann.
- DOLTO F. (1968). *L'image inconsciente du corps*. Paris : Gallimard.
- FLEURY F. (1866). *Traité thérapeutique et clinique d'hydrothérapie*. Paris : Éd. P. Asselin, 1875.
- FREUD S. (1925). Notes sur le bloc magique. In : *Œuvres Complètes. T. XVII*. Paris : PUF, 1992, pp. 137-144.
- GILLIS A. (1998). *L'autisme attrapé par le corps : le holding thérapeutique et les packs*. Liège : Mardaga.
- GOLSE B. (2006). *L'être-bébé*. Paris : PUF.
- HAAG G., TORDJMAN S. *et al.* (1995). Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. *La psychiatrie de l'enfant*, 38 : 495-527.
- HOCHMANN J. (1984). *Pour soigner l'enfant psychotique : des contes à rêver debout*. Toulouse : Privat.
- KLEIN M. (1932). La technique de l'analyse des jeunes enfants. In : *La psychanalyse des enfants*. Paris : PUF Quadrige, 2001, pp. 28-46.
- KOECHLIN P. ET E. (1974). *Corridor de sécurité*. Paris : Maspéro.
- LATOURET A.-M. (2007). *La pateaugoire : contenir et transformer les processus autistiques*. Ramonville Saint-Agne : Érès.
- LAZNIK M.-C. (1995). *Vers la parole : trois enfants autistes en psychanalyse*. Paris : Denoël, 2003.
- MELTZER D. (1980). *Explorations dans le monde de l'autisme*. Paris : Payot, 2002.
- OURY J. (2005). *Le collectif. Le séminaire de Sainte Anne*. Nîmes : Champ Social.
- PANKOW G. (1977). *Structure familiale et psychose*. Paris : Aubier.
- RACAMIER P.- C. (1970). *La psychanalyse sans divan*. Paris : Payot, 1993.
- RESNIK S. (1999). *Personne et psychose. Etudes sur le langage du corps*. Larmor-Plage : Éd. du Hublot.
- RESNIK S. (1999). *Temps des glaciations. Voyage dans le monde de la folie*. Ramonville Saint-Agne : Érès.
- SCHILD P. (1935). *L'image du corps*. Paris : Gallimard, 1980.
- TORDJMAN S., CHARRAS K. (2008). Intérêts d'une meilleure compréhension de l'apparente insensibilité à la douleur et des automutilations dans l'autisme : vers de nouvelles perspectives thérapeutiques. In : P. Delion (Éds.), *La pratique du packing avec les enfants autistes et psychotiques en pédopsychiatrie*. Ramonville Saint-Agne : Érès.

- TORRUBIA H. (2002). *La psychiatrie institutionnelle par gros temps*. Nîmes : Champ Social.
- TOSQUELLES F. (2003). *De la personne au groupe : à propos des équipes de soins*. Toulouse : Érès.
- TUSTIN F. (1984). Autistic shapes. *International Review of Psycho-Analysis*, 11 : 279-290.
- WINNICOTT D. W. (1975). La crainte de l'effondrement. *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard, 2000, pp. 205-216.
- WOODBURY M. (1966). L'équipe thérapeutique : principe du traitement somato-psycho-social des psychoses. *L'information psychiatrique*, 10 : 1035-1142.

Pierre Delion
Faculté de Médecine Henri-Warembourg
59045 Lille Cedex, France
Pierre.DELION@CHRU-LILLE.FR