

Atelier 3

Corps et psyché, articulations et clivages dans les soins

Président: Michel Croisant

Lorsque le corps défaille, est abîmé, de façon visible ou subtilement masquée, lorsque la maladie aiguë ou chronique, la maltraitance, le handicap, voire l'approche de la mort s'imposent : corps et psyché ne risquent-ils pas d'être renvoyés dos-à-dos ?

D'autre part, nous pourrions considérer que le corps de l'enfant malade crée dans l'entourage familial, social et professionnel un effet « réceptacle » de puissants mouvements psychiques, souvent apparemment contradictoires ou du moins ambivalents : désir de réparation et haine – soins bienveillants et agressivité latente ou exprimée – projections - idéalité ou désespoir – etc.

Dans les situations favorables, le développement des capacités de penser, de symboliser, de représenter s'appuie sur la bonne intégration psychosomatique de la mère - et des personnes significatives de l'entourage -, adéquatement investies auprès de leur enfant, lui-même inscrit dans la relation tant par son corps que par son psychisme, en progressives évolutions.

Or, s'il n'est pas imaginable de penser les troubles psychiques sans envisager leurs inévitables répercussions ou ancrages somatiques, il n'est pas possible non plus de faire l'impasse sur les répercussions psychiques des troubles ayant une inscription dans le corps.

Mais lorsque interviennent des pathologies lourdes, maltraitant le corps ou entravant gravement le développement, les équilibres narcissiques de tous sont menacés (enfant, parents, entourage,

soignants, équipes). Dissociation ou clivages peuvent apparaître, recours défensifs ou vaguement protecteurs, qui vont substantiellement modifier l'économie psychique de tous. Le corps se voit « figé », mis « hors-jeu » (ou trop au cœur d'un jeu qui ne l'est plus ..).

Il s'agira donc souvent de tenter de « remettre en jeu » le corps, du côté de l'investissement et du plaisir, ainsi que du côté de son potentiel intégrateur de la vie psychique.

Au départ de ces hypothèses, le symposium abordera les questions suivantes :

- Comment permettre que nos approches, visant nécessairement aussi le symptôme somatique, prennent en compte la complexité globale du sujet ?
- Comment penser les prises en charge comme concomitantes et non séquencées ou dissociées, mais plutôt comme reflets de l'unité somato-psychique fondamentale ?
- Quelles conséquences pouvons-nous en tirer pour concevoir les dispositifs de soins ?
- Quels appuis nous donner pour maintenir ou créer des espaces d'élaboration partagée fertiles pour les équipes de soignants (somaticiens et psychistes) dont les identités professionnelles sont souvent si différentes ?

Atelier 3

Corps et psyché, articulations et clivages dans les soins

Président: Michel Croisant

Demandes d'hospitalisation pour obésité morbide

Lors des premières rencontres avec l'équipe pluridisciplinaire en vue d'une admission en unité d'hospitalisation vouée au traitement de l'obésité morbide chez des adolescents de 14 à 18 ans, la demande apparaît constituée de paradoxes.

La souffrance est présentée comme conséquences narcissiques de « l'aspect obèse », l'attente est celle d'une transformation, le dispositif suppose la séparation de l'adolescent de son environnement. L'approche clinique montre qu'il n'y a pas de principe de continuité entre l'attente manifeste de changement et les puissants enjeux touchant la psychopathologie de l'identité, ni entre séparation effective et séparation au sens d'une fonction organisatrice. Ces écarts sont-ils des obstacles, ou peuvent-ils mener vers un paradigme de travail intéressant ? Nous pensons que pour déployer un espace thérapeutique :

- l'articulation des facettes de la demande et des dispositifs de soins (au sens réaliste ou motivationnel) ne devra pas se faire trop rapidement
- l'attention devra être portée sur les effets de clivage lorsque les champs de soins (« d'allure physique » et « d'allure psychique ») sont abordés dans leur stricte spécificité
- l'équipe devra aborder la complexité de ce nouveau paradoxe qui la situe entre volonté « d'organiser » et menace du sentiment d'être mise en état de passivité, comme réceptacle de puissants effets d'immobilité

Michel CAILLIAU

michel.cailliau@skynet.be

**Centre Médical Pédiatrique Clairs Vallons
Ottignies**

**IFISAM
(Institut de Formation à l'Intervention
en Santé Mentale)**

Quand le corps de l'enfant « parle » de sa souffrance en consultation pédiatrique

Dans les situations de troubles relationnels précoces parents-enfant, le jeune enfant peut inscrire dans son corps les traces traumatiques d'interactions corporelles ou psychiques pathologiques. Il est susceptible de mettre en scène, via un langage corporel, ces traumatismes lors des consultations pédiatriques. Le médecin qui effectue l'examen physique sera en contact direct et parfois très sollicitant sur le plan émotionnel avec les souffrances subies par l'enfant qui n'a que son corps « pour en parler ».

Dans les situations de grosse distorsion relationnelle mère-enfant, le corps de l'enfant parle de son histoire. Grâce à un travail d'identification et d'empathie corporelle, le pédiatre peut comprendre et ressentir une partie des vécus corporels de son patient. Il s'agira d'un passage presque obligé pour accompagner l'enfant vers une métabolisation et une transformation des traumatismes précoces qui se sont inscrits dans son corps et ont entravé son développement harmonieux. Ce travail d'intégration corps-psychisme s'inscrit pleinement dans la clinique

thérapeutique multidisciplinaire autour de l'enfant et de ses parents en Unité de soins parents-enfant.

Deux situations cliniques rencontrées dans l'Unité thérapeutique mère-bébé de Clairs Vallons serviront d'illustration pour ce propos. L'exposé se concentrera sur le processus de transformation de la souffrance inscrite dans le corps de l'enfant et les pistes possibles pour l'élaborer en clinique pédiatrique.

Valérie HANSEN

Val_perso@live.be

**Pédiatre
Centre Médical Pédiatrique Clairs Vallons
Ottignies**

Atelier 3

Corps et psyché, articulations et clivages dans les soins

Président: Michel Croisant

L'insupportable du corps abimé

Au sein de notre institution pédiatrique, nous accueillons notamment des enfants ayant subi de la maltraitance sévère (violences psychiques et physiques, abus sexuel, négligences graves).

Parmi ces enfants, certains présentent des séquelles physiques parfois dramatiques de la maltraitance et/ou de la négligence, soit directement consécutives d'actes violents (p.ex. brûlures graves) soit, résultant de la péjoration d'une maladie somatique par la négligence de soins adaptés.

Dans tous les cas, ces enfants présentent des troubles psychopathologiques importants (pathologies limites, psychose infantile, troubles envahissants du développement...) qui peuvent être mis en lien avec des troubles relationnels précoces majeurs auxquels se surajoute la question du traumatisme bien souvent sévère et itératif.

Ces enfants doivent pouvoir bénéficier de soins pluridisciplinaires intégrés et intensifs qui prennent en compte tant les aspects somatiques que psychiques de ces pathologies complexes.

La présence de séquelles physiques particulièrement « visibles », outre la nécessité de soins somatiques douloureux, répétés et contraignants, paraissent particulièrement entraîner dans l'équipe soignante la mise en place de mécanismes de défense de type clivages qui vont fortement en influencer la dynamique ainsi que la mise en place des dispositifs de soin. La confrontation permanente aux séquelles physiques de la maltraitance semble avoir un effet traumatique sur les soignants qui sidère les capacités de pensée, de représentation et de mise en lien, empêchant le refoulement et suscitant d'intenses mouvements contre-transférentiels.

Les clivages protecteurs mis en place au service du psychisme des soignants, outre les effets qu'ils produisent sur la dynamique du groupe des intervenants et la possibilité d'élaboration pluridisciplinaire, pourraient constituer une entrave au développement psychique des enfants. On peut en effet penser qu'ils défavorisent l'intégration du moi et le développement du sentiment de collusion somato-psychique chez l'enfant.

Ces différents points seront discutés à la lumière de vignettes cliniques.

Carine DE BUCK
courrier@carinedebuck.be

Pédopsychiatre
Direction médicale
Centre Médical Pédiatrique Clairs Vallons

Atelier 3

Corps et psyché, articulations et clivages dans les soins

Président: Michel Croisant

Quand le soin au corps fait violence

Nous vous proposons une réflexion autour de notre pratique de soins des enfants gravement brûlés accueillis dans notre centre pluridisciplinaire. Ces enfants dont la peau, les tissus sont irrémédiablement atteints, ces enfants qui portent à jamais la marque du traumatisme physique et psychique nous choquent, nous interpellent, nous touchent. Comment soigner ce corps abîmé? Comment amener l'enfant à se dénuder, avoir confiance en nous, accepter notre regard, notre toucher? Que suscite le contact physique chez l'enfant mutilé dans sa chair? Les soins sont inconfortables, le corps souffre, la violence du traumatisme psychique s'immisce entre l'enfant et le soignant, la peur se lit dans le regard et dans le corps ayant perdu toute enveloppe protectrice.

Comment renvoyer un regard bienveillant et valorisant à un enfant gravement brûlé afin de l'aider à grandir et à accepter son corps? Comment l'accompagner dans la vision quotidienne de ce corps mutilé à jamais, porteur de cicatrices ou privé de certaines parties de lui-même?

Et nous, soignants du corps, comment gérer toute cette violence exhibée? Comment supporter d'être à la place de victime quand l'enfant rejoue l'agression? Cela éveille en nous colère, impuissance, injustice, et une envie de protection. Nous sommes confrontés à nos limites thérapeutiques, à l'impossibilité de réparation. Il faut être vigilant car le risque est grand d'être envahi par les émotions.

Anne SOQUAY
Stéphanie VILAIN
Nathalie WILLOX
Valérie WILLEMS

kinerelais@clairsvallons.be

Kinésithérapeutes à CLAIRS VALLONS,
Ottignies, Belgique

Mots clés: kiné, brûlés, violence, image, confiance

Atelier 3

Corps et psyché, articulations et clivages dans les soins

Président: Michel Croisant

Énucléation pour rétinoblastome et prothèse oculaire

Afin d'éviter la généralisation du cancer chez certains enfants atteints d'un rétinoblastome, on recourt à l'ablation chirurgicale de l'œil. Cette énucléation va justifier l'adaptation d'une prothèse oculaire qui a pour but de redonner à l'enfant un regard et un visage quasi normal. Cependant, il n'en reste pas moins que l'enfant et sa famille doivent faire face à la question de l'amputation, du handicap et de l'angoisse.

Partant des résultats de 40 entretiens sur la qualité de vie de patients énucléés suite à un rétinoblastome, différentes problématiques ont été mises en évidence. Comment l'enfant énucléé et sa famille font-ils face aux problèmes liés à l'énucléation et au port de la prothèse ? Les thèmes abordés dans cet atelier porteront à la fois sur la prothèse, sa gestion, son rôle, les problèmes qu'elle suscite et sur l'identité du patient énucléé : l'image de soi, la construction de soi et le regard de l'autre. Ces thèmes seront illustrés par des cas cliniques.

Anne-Cécile JEANBAPTISTE

anne-cecile.jeanbaptiste@uclouvain.be

Cliniques Universitaires St. LUC (UCL)
Service d'hématologie et oncologie pédiatrique

Mots clés: énucléation – prothèse oculaire – image de soi – construction de soi – regard de l'autre