



Quand l'atteinte corporelle marque l'historicité du sujet : une reconstruction psychocorporelle à son rythme

Lou André

► To cite this version:

Lou André. Quand l'atteinte corporelle marque l'historicité du sujet : une reconstruction psychocorporelle à son rythme. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01187602

HAL Id: dumas-01187602

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187602>

Submitted on 27 Aug 2015

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

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

Faculté de médecine Pierre et Marie Curie
Site Pitié-Salpêtrière
Institut de Formation en Psychomotricité
91, Boulevard de l'Hôpital
75634 Paris Cedex 14



Quand l'atteinte corporelle marque l'historicité du sujet

Une reconstruction psychocorporelle à son rythme



Mémoire présenté par Lou ANDRE
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Psychomotricité

Référents de mémoire :
Baylot Alice
Constant Alexandre

Session Juin 2015

A Alice, pour ta confiance, ton investissement, ta disponibilité et m'avoir accompagnée tout au long de cette année,

A Alexandra, pour tes conseils, ton soutien et tes lectures,

A Alexandre, pour ta disponibilité et m'avoir guidée et poussée dans ma réflexion,

A l'équipe de l'hôpital, pour son accueil et son dynamisme,

A mes différents maîtres de stage, pour m'avoir aidée à construire mon identité professionnelle,

Aux professeurs de l'Institut de Formation en Psychomotricité, pour leur partage,

Aux patients, pour leur confiance,

A mes amis, pour leur énergie communicative et leur soutien,

A Alan, pour m'avoir épaulée et contenue dans la rédaction de ce mémoire,

A mes proches, pour leur écoute et leur soutien,

Et enfin, à ma mère, pour son soutien infaillible, sa disponibilité et ses relectures attentives,

Merci !

Sommaire

Introduction	1
---------------------------	----------

CHAPITRE 1 : Rencontres à l'hôpital

Partie 1 : Cadre institutionnel

1 L'équipe pluridisciplinaire et son fonctionnement.....	3
2 La population accueillie	5
3 Le déroulement des prises en charge	6
4 La place spécifique de la psychomotricité	7

Partie 2 : Observations cliniques

1. Monsieur J.....	9
1.1 Anamnèse	9
1.2 Histoire de l'atteinte corporelle	9
1.3 Entretien psychomoteur.....	11
1.4 Projet thérapeutique.....	12
1.5 Une évolution	14
1.5.1 Mercredi 5 novembre	14
1.5.2 Vendredi 21 novembre	16
1.5.3 Vendredi 28 novembre	17
1.5.4 Mercredi 3 décembre	18
1.5.5 Mercredi 11 février.....	19
1.5.6 Vendredi 13 février.....	19
1.5.7 Vendredi 6 mars	20
1.5.8 Vendredi 13 mars	20
2. Monsieur N.....	21
2.1 Anamnèse	21
2.2 Histoire de l'atteinte corporelle	21
2.3 Entretien psychomoteur.....	22
2.4 Projet thérapeutique.....	24
2.5 Une évolution	25
2.5.1 Vendredi 16 janvier	25
2.5.2 Mercredi 21 janvier	26

2.5.3	Vendredi 6 février.....	26
2.5.4	Vendredi 20 mars	27

CHAPITRE 2 : Une historicité bouleversée

Partie 1 : Quand le corps se prend un coup

1	Une intégrité frappée.....	29
1.1	Une réponse immédiate et automatique de l'organisme.....	30
1.2	Une atteinte parfois recherchée	31
1.3	Un choc enduré.....	31
2	L'annonce du diagnostic : un bouleversement.....	32
2.1	Une réponse singulière	33
2.2	Du statut d'informé à celui d'informateur.....	33
2.3	L'écho d'un deuil	34
3	Une intrusion.....	36
3.1	Le corps comme objet de soins	37
3.1.1	L'opération : les prémices d'une trace	37
3.1.2	Les traitements	37
3.2	Une intimité mise à nu.....	39
4	De la douleur à la souffrance.....	40
4.1	Au-delà d'une réponse physiologique	40
4.1.1	Une manifestation existentielle	40
4.1.2	Une symbolique.....	41
4.2	Quand la souffrance prend le relais	42
5	Le traumatisme.....	43
5.1	Événement traumatique ou traumatogène ?.....	43
5.2	Une blessure invisible	44
5.3	Un temps suspendu entre la vie et la mort.....	45

Partie 2 : Un corps qui n'est plus le mien

1	Une étrangeté qui résonne	46
1.1	L'espace corporel : un ancrage de vérité.....	46
1.2	Un corps mentalisé	47
1.2.1	Partir de l'éprouvé corporel... ..	48
1.2.2	... pour le mentaliser	49
2	Dérèglement au cœur du corps.....	50

2.1	Des aiguilles qui tournent.....	51
2.2	Un corps qui nous échappe.....	52
3	Un corps remanié.....	53
3.1	Un schéma corporel impacté	54
3.1.1	Un « modèle anatomique de base »	54
3.1.2	L'amputation	55
3.1.3	La greffe	55
3.2	Mon corps et ses images.....	56
3.2.1	Un corps réel	56
3.2.2	Un corps reflété	57
3.2.3	Plus qu'une image, un symbole.....	58
4	Une identité teintée d'étrangeté	59
4.1	L'épreuve d'un statut.....	59
4.2	L'autre : un pilier précaire.....	60

Partie 3 : L'histoire d'une marque

1	La peau	62
1.1	Un sentiment d'entourance.....	62
1.2	Quand les tissus se cousent les uns aux autres	63
1.3	Du manteau physique à la poche psychique.....	64
2	Une cicatrice.....	66
2.1	La cicatrisation : un processus cellulaire	67
2.1.1	Les cellules : des particules de vie.....	67
2.1.2	Des réserves de données.....	68
2.1.3	De la conscience noyau à la conscience étendue.....	68
2.2	Une cicatrisation à l'image des rythmes cellulaires	69
2.2.1	Un processus visible	70
2.2.2	Un processus invisible.....	71
2.3	Une marque à se réapproprier.....	72
	Conclusion.....	73
	Bibliographie	74
	Annexes.....	78

Introduction

Le service de Soins de Suite et Réadaptation dans lequel j'ai effectué mon stage de dernière année, regroupe des intervenants de la rééducation. Néanmoins, lorsque le corps est touché, il ne s'agit pas seulement de le « remettre en marche » mais de relancer la dynamique intérieure du sujet. Dans un travail conjoint mêlant les différents corps de métiers, la psychomotricité apparaît souvent sollicitée lorsque le patient présente des manifestations entravant sa rééducation.

Chaque patient rencontré exprime le même écueil, celui de se reconstruire et de vivre avec ce corps qui est atteint, qui fait mal, qu'il ne reconnaît plus..., un corps qui finalement n'est plus le même. L'atteinte corporelle implique un processus de réparation.

C'est à partir de ces éléments que je souhaite resserrer mon analyse. Ainsi, en quoi l'atteinte corporelle vient-elle bouleverser l'historicité du sujet ?

Se pencher sur les étapes qui succèdent à l'atteinte corporelle permet de constater que le sujet doit dépasser cet événement, se confronter au changement corporel et accepter une temporalité dictée par la cicatrisation cutanée et psychique.

Je commencerai par présenter la particularité de l'accompagnement psychomoteur dans un service de Médecine Physique et Réadaptation puis les rencontres singulières de Monsieur J, victime d'un accident, et Monsieur N, atteint d'une maladie, qui ont prélué le cheminement de ma réflexion.

Ensuite, j'aborderai le choc psychocorporel faisant écho à l'atteinte corporelle. Puis, je continuerai sur le sentiment d'étrangeté, la perte de repères corporels et la notion d'identité. Enfin, je terminerai par une discussion concernant la rythmicité du processus cellulaire et psychique.

CHAPITRE 1

Rencontres à l' hôpital

Présentation institutionnelle et observations cliniques

PARTIE 1 : Cadre institutionnel

Le service de MPR (Médecine Physique et Réadaptation) fait partie des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Au sein d'un établissement hospitalier, ce service cohabite avec trois autres secteurs : le vasculaire, la gériatrie et le cardiaque. Le MPR est une spécialité qui vise à coordonner et à assurer les différentes mesures concourant à une récupération fonctionnelle du patient ; la kinésithérapie représente le « pilier » de la rééducation. Toutefois, dans la quête conjointe d'une amélioration de la qualité de vie du patient, incluant les dimensions physiques, psychologiques et sociales, le MPR ne se limite pas à une profession mais nécessite une approche pluridisciplinaire.

1 L'équipe pluridisciplinaire et son fonctionnement

Le plateau technique de rééducation regroupe depuis octobre 2012, tous les métiers de la rééducation, pour tous les secteurs (MPR, vasculaire, gériatrie, cardiaque), dans de nouveaux locaux sur le même espace. L'équipe du service de MPR se compose d'un médecin chef assisté de 3 médecins, de 2 médecins internes, de 3 externes de médecine, de 2 psychiatres, d'une psychologue, d'un cadre de rééducation, de 13 kinésithérapeutes, de 3 ergothérapeutes, d'une orthophoniste, d'une enseignante en Activités Physiques Adaptées (APA), d'un pédicure-podologue, d'une psychomotricienne, d'une diététicienne, d'un cadre de soins, d'infirmiers, d'aides-soignants, de 2 secrétaires médicales, de 2 assistantes sociales ainsi que d'agents d'entretien.

Le service de MPR se répartit sur différents niveaux. Le sous-sol correspond au plateau technique de rééducation. Le rez-de-chaussée regroupe l'accueil des patients en hôpital de jour dans le cadre de consultations médicales ou encore de soins (pansements...). Le 2^{ème} étage comprend 12 lits pour patients polytraumatisés psychiatriques et le 3^{ème} étage, avec 39 lits, constitue le secteur locomoteur-orthopédie.

L'organisation des rééducateurs suit le fonctionnement de l'institution. Tous les lundis a lieu la « grande visite ». Il s'agit d'un moment privilégié entre le patient et les différents intervenants qui participent à son projet de soins. La grande visite regroupe l'équipe médicale et paramédicale : médecin chef de service, médecin référent, médecins interne et externe,

rééducateurs, aides-soignants, infirmiers et cadres de rééducation et de santé. Elle se déroule dans la chambre, où le patient est ausculté, testé, observé et écouté dans ses plaintes et ses remarques. Les jeudis sont marqués par la « petite visite ». Elle regroupe moins d'intervenants mais permet une meilleure approche du patient dans le cadre d'un échange plus approfondi. Lors de la petite visite, seuls le médecin référent, le médecin interne et l'infirmier chargés du patient interviennent. Chaque vendredi a lieu le staff médical ; il rassemble tous les intervenants du service. Lors de cette réunion, les médecins internes présentent les nouveaux patients entrants de la semaine, puis les médecins et l'équipe de rééducation font le point sur l'état des différents patients hospitalisés (évolution, date de sortie...).

Les temps de transmission ne se réduisent pas seulement à des moments formels mais investissent largement la dimension informelle. En présence ou non du patient, les transmissions informelles permettent de faire des liens dans le travail et de partager sur les difficultés, les compétences ainsi que les différentes stratégies qui participent à l'accompagnement de ce dernier.

Ces temps se déroulent particulièrement entre rééducateurs, travaillant sur le même plateau : lorsqu'un rééducateur raccompagne un patient auprès d'un autre rééducateur ou lorsque les rééducateurs rencontrent des difficultés dans le suivi d'un patient. Les rééducateurs peuvent également faire appel à la psychologue, à un psychiatre ou encore à un médecin s'ils en ont besoin.

La communication entre professionnels demeure primordiale dans la prise en charge du patient. Elle peut être comparée au concept de la « rose des vents des positions subjectives¹ » développée par Olivier Grim. Le patient correspond à l'objet d'étude. L'objet d'étude se positionne au centre de tous les intérêts, de tous les regards et de tous les questionnements. La complémentarité est une posture qui s'inscrit au-delà des points de vue qui se heurtent, où les débats et les discussions posent question. Il faut accepter d'être dans un regard subjectif et parcellaire ; l'objectivité représente la somme des points de vue subjectifs. Comprendre le regard de l'autre ne revient pas à l'épouser mais permet le passage d'une vision morcelée à une vision plus globale de l'objet d'étude, et en l'occurrence du patient.

La spécificité de chaque professionnel et sa « co-opération » au sein de l'équipe permet de prévenir mais aussi de réduire les séquelles fonctionnelles, physiques, cognitives, psychiques

¹ Cours d'anthropologie (2013-2014), GRIM Olivier, 2^{ème} année, IFP Paris

et sociales des déficiences² ou des incapacités³ des patients afin de favoriser leur rééducation, leur réadaptation mais aussi leur réinsertion dans le cadre de soins ajustés.

2 La population accueillie

En service de MPR, la population accueillie demeure relativement variée. Les affections de l'appareil locomoteur touchent tous les milieux socio-culturels ainsi que les différentes catégories d'âge allant du jeune adulte à la personne âgée. Toutefois, la situation géographique de l'hôpital concentre une population préférentiellement aisée.

Les atteintes locomotrices regroupent de façon générale les atteintes des différents systèmes du corps : os (fractures, luxations), articulations (arthroses), muscles (myopathies, ruptures de tendon), ligaments (entorses, ruptures) et de sa sensibilité neurologique (paralysie, hémiparésie...). On peut également retrouver des amputations.

L'hétérogénéité de ces affections s'inscrit comme la résultante de différentes causes telles que les chutes, les accidents de la voie publique, les accidents de travail, les tentatives de suicide, les fractures, l'arthrose... Les atteintes de l'appareil locomoteur peuvent aussi avoir d'autres étiologies : Accidents Vasculaires Cérébraux, maladie de Parkinson, accident de la moelle épinière, cancers, méningiomes...

Concernant les traitements, on peut retrouver des techniques d'ostéosynthèses variées (broches, mèches, vis, plaques, clous, fixateurs, fiches), des prothèses, des attelles, des corsets, des gilets orthopédiques de Dujarrier ou encore des plâtres.

La prise en charge du patient intègre la particularité de sa pathologie mais également ses antécédents, son histoire de vie, son vécu psychocorporel et sa personnalité. L'adaptation est la clé du projet thérapeutique et rythme l'accompagnement des patients.

² Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique.

³ Dans le contexte de la santé, une incapacité correspond à toute réduction ou absence d'aptitude (résultat d'une déficience) à exercer une activité d'une manière ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain.

3 Le déroulement des prises en charge

Un bilan est réalisé sur prescription médicale, et mené, selon les problématiques du patient et les indications du médecin référent. Pour chaque patient, le bilan permet d'orienter spécifiquement la prise en charge du patient. Dans un travail complémentaire avec celui du psychomotricien, il me semble pertinent de vous présenter succinctement les évaluations proposées par les autres rééducateurs.

En kinésithérapie, l'évaluation se base sur différents bilans : fonctionnel, articulaire, musculaire, cutané, trophique et circulatoire. La douleur est également appréciée. Une comparaison entre le côté sain et le côté atteint peut aussi permettre de mesurer les possibilités du sujet (extension/flexion, degré, amplitude...).

L'évaluation en ergothérapie s'appuie sur plusieurs bilans et tests : un bilan de la préhension et de l'autonomie, un test pré-fonctionnel et de la sensibilité. L'ergothérapie s'intéresse majoritairement à la rééducation du membre supérieur mais peut également concerner les aménagements de l'espace et les aides techniques.

L'enseignante en Activités Physiques Adaptées propose une évaluation qui s'étaye sur différents tests : un test de la capacité aérobie permettant d'apprécier la puissance maximale d'aérobie, une auto-évaluation sur l'échelle de Borg⁴ et un test de marche qui déterminera le rythme du sujet.

Le bilan orthophonique se base sur plusieurs épreuves. Spécifique, il est orienté et adapté selon la problématique du patient. L'évaluation peut porter sur le langage oral, écrit ou encore les fonctions cognitives (mémoire à court terme, de travail, flexibilité mentale...).

Un travail en cothérapie engage un suivi particulier où deux intervenants accompagnent un patient. Il apporte une véritable complémentarité, un enrichissement permettant un ajustement au plus près des besoins du patient selon deux regards croisés.

Les prises en charge ne se limitent pas au patient mais s'adressent également à la famille. Selon René Kaës, le groupe, ici formé par la famille, s'organise « comme métaphore

⁴ L'échelle de Borg est une méthode de mesure qui permet d'augmenter le bénéfice de l'entraînement et la motivation du patient.

[...] du corps, ou de parties du corps »⁵. Marc Guiose reprend cette analogie en l'illustrant : « le patient est un membre du corps familial⁶ ». Lorsqu'un membre de la famille va mal, c'est toute la famille qui est mise à mal ; elle fait office de niche écologique de « contamination ». Il semble ainsi pertinent d'accompagner le patient dans sa globalité en informant les proches de son évolution.

Les familles ont la possibilité de s'adresser à différents intervenants : les médecins, le psychiatre, la psychologue, les rééducateurs, les infirmiers, les aides-soignants et l'assistante sociale. Certaines rencontres pluridisciplinaires permettent de discuter de la situation, de l'évolution et de l'avenir du patient ; elles réunissent les proches et les intervenants qui participent à la prise en charge de ce dernier.

4 La place spécifique de la psychomotricité

Avec la mise en place de 12 lits dédiés aux patients polytraumatisés psychiatriques, un temps plein de psychomotricité a été créé. La psychomotricité semble être reconnue par l'équipe et avoir trouvé sa place dans l'accompagnement des patients. Les échanges entre la psychomotricienne et les équipes médicales et paramédicales ont permis d'éclairer les champs d'action de la psychomotricité qui soulèvent souvent des interrogations.

Le suivi psychomoteur peut être indiqué par les médecins ou amorcé par les autres rééducateurs qui leur en font la demande. Le psychomotricien travaille sur prescription médicale et oriente son suivi selon les indications médicales (exemples : troubles de l'image du corps, troubles de la marche/de l'équilibre).

L'accompagnement en psychomotricité débute par un bilan qui retrace l'anamnèse, l'histoire corporelle et le vécu émotionnel du patient permettant de faire un « état des lieux ». Le bilan diffère selon le patient mais aussi l'indication ; certains médecins peuvent également demander la passation d'un test en particulier (Timed Up And Go, Tinetti...).

⁵ KAES R, 2010, p 114

⁶ Cours de soins palliatifs (2014-2015), GUIOSE Marc, 3^{ème} année, IFP Paris

De manière générale, le bilan s'appuie sur :

- Une représentation graphique où le patient se dessine tel qu'il se perçoit au moment de l'entretien.
- Un « état des lieux corporel » (cf. annexe 1, p. 78) : à l'aide d'une représentation des deux faces du corps (antérieure et postérieure) sous la forme de silhouette, le patient « identifie » les parties de son corps. Il légende et colorie les zones qui vont bien ainsi que celles qui lui apparaissent gênantes et/ou douloureuses.
- Des observations qualitatives : attitude, posture, regard, réactions tonico-émotionnelles...
- L'échange relationnel : mots, expressions utilisés par le patient.
- Les objectifs, envies, désirs exprimés par le patient concernant sa rééducation et ses projets de vie.

L'entretien relationnel permet d'établir les prémices de l'alliance thérapeutique.

Le projet thérapeutique s'étaye sur le bilan et s'inscrit dans une dynamique adaptative. Il n'est pas figé. Selon Victor Hugo, « la forme est le fond qui remonte à la surface⁷ ». Le fond illustrerait le vécu psychocorporel du sujet : ce que la personne donne à voir et à entendre. Il devient une matière première et permet de poser les jalons du projet thérapeutique. C'est à partir de cette base singulière, celle du patient que les objectifs de travail vont pouvoir émerger et se mettre en forme. Le projet thérapeutique se module dans le temps en fonctions des capacités, des difficultés et des besoins et envies exprimés par le patient. Il s'agit d'un travail de construction conjointe entre le psychomotricien et le patient qui est acteur de sa prise en soin.

⁷ VICTOR H, 2003, p 154

PARTIE 2 : Observations cliniques

1. Monsieur J

Monsieur J, de grande taille, apparaît menu, frêle et semble replié sur lui-même. Il se présente en survêtement et garde sa doudoune en début d'entretien donnant l'impression d'une carapace. Il porte également une casquette qu'il conserve pendant tout le temps de l'entretien renforçant l'impression d'une seconde peau et de recherche de protection.

1.1 Anamnèse

Monsieur J, âgé de 23 ans, est fils unique. Ses parents se sont séparés lorsqu'il était jeune. Il a toujours vécu avec sa mère et n'a que quelques contacts téléphoniques avec son père. Il y a 10 ans, la mère de monsieur J a eu un cancer qu'il ne peut nommer et dont le traitement par chimiothérapie a entraîné une paralysie de la moitié de la langue engendrant des difficultés de communication. *« On n'en parle pas ensemble, c'est un peu tabou. Elle sait que je n'aime pas que l'on en parle. »*

Après son baccalauréat, Monsieur J a suivi une formation BTS de deux ans dans les assurances mais n'a pas obtenu son diplôme. Intéressé par les voitures et la conduite, il avait pour projet de se réorienter vers une formation de moniteur d'auto-école.

Monsieur J comptait également s'inscrire pour la rentrée de septembre 2014 dans une salle de sport pour pratiquer de la musculation, de la course et de la natation. Se percevant trop menu, il souhaitait prendre de la masse musculaire. *« J'ai trop maigri. Ça c'est parce que je ne mangeais pas à heure fixe. »* Monsieur J semble présenter des troubles alimentaires ; il limite son alimentation à un repas par jour, en fin de journée.

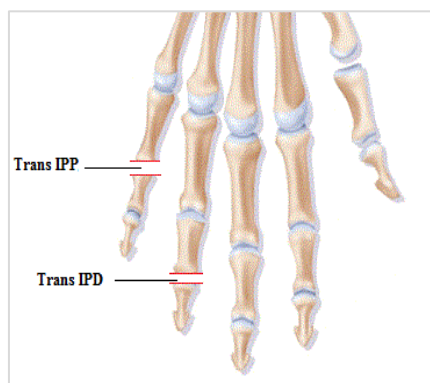
1.2 Histoire de l'atteinte corporelle

L'accident se déroule dans une cité de banlieue parisienne, dans la nuit du 14 juillet 2014, lors d'un « jeu » pratiqué par certains jeunes opposant « policiers contre mortiers ». Monsieur J tenait dans sa main droite un mortier de feu d'artifice ; ce dernier a explosé dans sa main. Il a alors été transféré en scooter par ses amis jusqu'au camion de pompiers le plus proche. *« Je me vidais de mon sang. J'ai pensé que j'allais mourir. Ma main était ensanglantée, mon pouce arraché, je n'ai pas vu l'état de mes autres doigts avec le sang. »*

Monsieur J a dû attendre 45 minutes ; les pompiers terminant d'éteindre les feux allumés par d'autres jeunes. On lui a seulement donné du papier essuie-tout pour absorber le sang. Monsieur J exprime avoir été au centre de nombreuses humiliations de la part des pompiers et policiers présents ; il dit comprendre leurs réactions au vu du contexte. « *Ils rigolaient et disaient* » : « *On va t'amputer, te couper la main. Tu vas devenir comme Jamel Debbouze.* » Monsieur J a attendu l'arrivée d'une autre équipe de pompiers pour avoir accès aux premiers soins et être hospitalisé.

Il a été opéré de ce que les médecins nomment une « main de mortier » ou « main de pétard⁸ » droite le 14 juillet 2014.

Au bilan lésionnel initial, Monsieur J présente :



- Une luxation exposée trapézo-métacarpienne avec une large ouverture de la 1^{ère} commissure mais un pouce correctement vascularisé,
- Une plaie délabrante de la 4^{ème} commissure,
- Un dégantage de type Ring finger⁹ de l'extrémité des IV et V doigts ayant nécessité une amputation trans IPP¹⁰ du V doigt et trans IPD¹¹ du IV doigt,
- Une fracture du IV doigt qui a été ostéosynthétisée¹² par broche.

Les deux nerfs collatéraux du pouce ont été arrachés et ont été réparés.

Monsieur J a également eu deux greffes de peau permettant la fermeture de la 1^{ère} et 4^{ème} commissures de la main droite ; les greffes ont été réalisées à partir d'un lambeau prélevé sur l'avant-bras droit.

L'index et le majeur de la main droite sont considérés comme sains.

⁸ Les médecins entendent par « main de mortier » ou « main pétard », l'explosion de la main par un pétard.

⁹ Le Ring finger peut s'apparenter à un dégantage du doigt : la peau glisse jusqu'à s'arracher comme un gant, ce qui entraîne des traumatismes au niveau des os et des paquets vasculo-nerveux.

¹⁰ L'IPP ou interphalangienne proximale est l'articulation entre la première et la deuxième phalange.

¹¹ L'IPD ou interphalangienne distale est située entre la deuxième et la troisième phalange.

¹² L'ostéosynthèse est une opération chirurgicale qui consiste à maintenir entre eux les fragments d'un os cassé, grâce à des matériaux métalliques tolérés par l'organisme et de forme adaptée.

1.3 Entretien psychomoteur

Monsieur J est adressé en psychomotricité par le médecin référent dans le cadre d'un bilan psychomoteur, pour troubles de l'image du corps, suite au bilan de l'ergothérapeute. L'entretien a lieu le 16 octobre 2014, soit 63 jours après son accident.

Spontanément, Monsieur J tend sa main gauche pour saluer mais accepte avec appréhension d'utiliser sa main droite. A l'évocation de l'accident, il se remémore avoir perdu beaucoup de sang. Ce sont des images qui le hantent encore jour et nuit. Monsieur J avoue avoir le moral oscillant et faire des cauchemars. Il explique avoir des troubles du sommeil avec des difficultés à s'endormir. Il verbalise également ne pas éprouver le besoin de manger, un sentiment qui a été renforcé depuis l'accident.

Monsieur J se présente comme totalement droitier et ne souhaite pas utiliser sa main gauche. « *Je ne suis pas à l'aise, pas habitué et je n'ai pas de force.* »

Il réussit tout de même à réécrire de la main droite avec le stylo calé entre l'index et le majeur (en lettres scriptes). Cependant, il reste insatisfait de sa production et évoque une douleur aiguë de type neuropathique¹³ lorsque le V doigt contacte la feuille ainsi qu'une fatigabilité de son poignet avec une flexion dorsale limitée.

Monsieur J explique ressentir des douleurs lorsqu'on lui fléchit la main droite en particulier en kinésithérapie, une prise en charge qu'il a déjà débutée depuis plusieurs jours. Cependant, il reste demandeur de plus de flexion dans le cadre de sa rééducation. La nuit, monsieur J devait porter une attelle d'extension. Une attelle qu'il n'a pas supportée au vu des douleurs qui allaient jusqu'à le réveiller. Il note aussi une perte de sensibilité au niveau de la face interne du pouce, du IV et V doigt. Monsieur J perçoit des décharges électriques quand il essaie de mobiliser son pouce et des paresthésies¹⁴ de type fourmillements au pouce et au IV doigt. Ses moignons (IV et V doigts) sont sensibles au contact et au toucher. L'effleurement de la paume apparaît également douloureux.

Monsieur J verbalise une impression de main étrangère à son propre corps. « *C'est comme si on m'avait rajouté une autre main. Je ne la reconnais pas, elle est trop différente.* »

¹³ La douleur neuropathique est une douleur consécutive à une lésion du système nerveux périphérique ou central survenant en l'absence de stimulation nociceptive périphérique.

¹⁴ Une paresthésie est un trouble de la sensibilité tactile qui entraîne une sensation anormale (fourmillements, picotements, engourdissements) qui peut être spontanée ou provoquée.

Elle n'a pas la même couleur, ni la même forme. Elle est trop fine avec des doigts dans tous les sens. Ce n'est pas une main. » Il exprime ne pas être en mesure de gérer le regard d'autrui, sur sa main droite, pour l'instant. « *La cicatrice sur la première commissure attire trop les regards.* » Monsieur J se plaint également d'avoir tout le temps froid à la main. « *Elle est toujours gelée, trop froide. C'est comme si elle était morte.* » A ce jour, il n'aime pas et touche difficilement sa main droite, particulièrement la paume et les deux derniers doigts.

Lors de cette première rencontre, du fait de sa problématique, de sa fragilité et de ses difficultés graphiques, il ne lui a pas été proposé de se représenter et de colorier les silhouettes.

Conclusion :

Suite à ce traumatisme psychocorporel, Monsieur J semble s'inscrire dans une ambivalence : il aimerait ne plus avoir de main allant jusqu'à souhaiter être amputé pour éviter les douleurs, les souffrances de la rééducation, la sensation de « poids mort » et le regard de l'autre ; mais il apprécie avoir « deux doigts » qui fonctionnent pour les actes de la vie quotidienne et souhaite conserver sa main pour pouvoir réécrire et reconduire plus facilement. Il ne reconnaît pas sa main droite qui a subi de nombreuses modifications (cicatrices, couleur, texture...). Cette « nouvelle » main fragilise son identité. Elle semble aussi l'inscrire à l'encontre du « modèle anatomique » de base dont il est évocateur réduisant sa main à deux doigts. Bien que droitier, Monsieur J privilégie tout de même l'utilisation de sa main gauche, au détriment de sa main droite qu'il laisse de côté.

1.4 Projet thérapeutique

Suite à cet accident, l'intégrité corporelle de Monsieur J a été partiellement « explosée ». Son « Moi-peau¹⁵ » a volé en éclats. Afin qu'il puisse retrouver le sentiment d'unité corporelle, il semble intéressant d'amener Monsieur J à réinvestir l'ensemble de son corps. Cette revalorisation s'étaye sur un désinvestissement corporel évident (main droite dans la poche ou dans le dos, troubles alimentaires), sans doute en lien avec une identité fragilisée. Il s'agira également de l'amener à verbaliser ses ressentis et émotions.

¹⁵ Le « Moi-peau » est une notion intermédiaire entre une métaphore et un concept, élaborée en 1974 par Didier Anzieu. Le Moi enveloppe l'appareil psychique comme la peau enveloppe le corps. Les principales fonctions de la peau se retrouvent transposées dans le Moi. Le Moi est une théorie psychanalytique établie par Sigmund Freud. Selon lui, le psychisme serait divisé en trois parties (les topiques). Inclus dans la seconde topique, le Moi est défini par l'intégration de facteurs externes à la réalité psychique du sujet.

- Le toucher thérapeutique tendra à apporter à Monsieur J des sensations de détente et d'unité corporelle. Le toucher thérapeutique permet, en effet, une approche des différentes enveloppes du corps, allant de la plus superficielle à la plus profonde : la peau, la musculature et l'ossature. Ces différents systèmes peuvent être appréhendés par le toucher. Le contact peut être direct (pressions, percussions osseuses, mobilisations...) ou encore indirect en introduisant un objet médiateur (balle, clave...).

Monsieur J maintenant son membre supérieur droit en tension permanente dans un tonus de fond élevé, et compensant avec l'hémicorps gauche dans les actes de la vie quotidienne, des tensions sont apparues au niveau de la ceinture scapulaire, à droite. La détente pourra permettre de dénouer certaines tensions musculaires. Un travail axé sur des mobilisations activo-passives de type Wintrebert pourra lui permettre de relâcher ces tensions.

- Un travail de conscience corporelle semble également pertinent. Les organisations posturales et gestuelles pourront être affinées dans leurs observations, perceptions et sensations ; elles pourront être abordées par le mouvement ou encore la respiration. Monsieur J semble ressentir de façon exacerbée les douleurs de sa main droite. Dans ses attitudes et postures, Monsieur J manifeste un désinvestissement de sa main droite. En plus de la question du regard, il évite les situations inconfortables pouvant ajouter des douleurs. La conscience corporelle pourra lui permettre de porter son attention sur l'ensemble de son corps mais également de lui apporter des sensations corporelles restructurantes. Une approche corporelle dynamique de type Feldenkrais permet une prise de conscience des différentes parties du corps à travers la mentalisation et la réalisation de mouvements lents. Cette approche pourra être soutenue par un travail sur la respiration (volumes, rythmes, amplitudes...) réalisé en parallèle. Monsieur J présente des blocages respiratoires qui le desservent dans sa rééducation. La respiration est généralement inconsciente mais peut faciliter le mouvement quand elle est coordonnée à ce dernier. Amorcer un travail sur la respiration, c'est aussi appréhender la dimension émotionnelle qu'elle soutient.

Conjugué à son investissement en psychomotricité et à ce qui a pu être observé, perçu et dévoilé, l'accompagnement psychomoteur de Monsieur J s'ouvrira à de nouvelles perspectives de travail ainsi qu'à de nouvelles médiations.

- Monsieur J se tenant préférentiellement en enroulement, dans une forme de repli, avec un appui des pieds réduit aux talons, la recherche d'axialité vient s'inscrire comme un objectif de travail. L'axialité s'appuie sur la verticalisation ; un processus qui construit le socle du sentiment de sécurité interne permettant une affirmation du sujet. La prise de conscience de la charpente interne illustrée par le rachis permet de se tenir et de se sentir tenu. Un travail sur les différents appuis et l'ancrage au sol peut consolider l'axialité du sujet. Il peut être effectué à travers une approche perceptive, sensorielle et motrice : stimulations sensorielles, transferts du poids du corps...

Monsieur J est suivi en psychomotricité, une fois par semaine, en individuel, pendant une heure. Ce dispositif évoluera rapidement, à sa demande, à raison de trois séances hebdomadaires. Bien qu'il semble avoir du mal à s'inscrire dans sa rééducation du fait d'une certaine irrégularité (retards, absences), Monsieur J manifeste un besoin d'être suivi et encadré. C'est après plusieurs semaines, qu'il parviendra à mettre des mots sur son besoin d'être cadré et entouré.

1.5 Une évolution

Le suivi psychomoteur de Monsieur J s'étend sur plusieurs mois. Il me paraît ainsi judicieux de mettre en avant, les séances qui ont été les plus éloquentes à la fois sur le plan de ses potentialités, difficultés et évolutions.

Pendant les deux premières semaines de prise en charge, Monsieur J est vu, une fois par semaine, en dehors de mes journées de stage. Dès le mois de novembre, son suivi psychomoteur passe d'une à deux séances par semaine ; deux jours qui concordent avec mes journées de stage.

1.5.1 Mercredi 5 novembre

Monsieur J arrive en retard. Un retard qu'il justifie par des problèmes de circulation. Bien que Monsieur J présente des difficultés pour se servir de sa main droite, il parvient tout de même à conduire une voiture automatique pour venir en rééducation en utilisant essentiellement sa main gauche.

Il se présente en tenue de sport avec une casquette.

Monsieur J me demande de ne pas allumer la lumière et de rester avec l'éclairage naturel. Il semble vouloir rester dans ces conditions afin que je ne puisse pas percevoir clairement sa main.

Assis, Monsieur J tient sa main droite avec sa main gauche comme pour la protéger. Il apparaît replié sur lui-même et regarde sa main avec dégoût. Sa main est de couleur bleuâtre/violette, froide, dure et fermée. Monsieur J exprime être dérangé par ces aspects ainsi que par ses ongles longs et sa pilosité qui a augmenté suite aux opérations. « *Je n'aime pas toucher ma main et je ne veux pas l'utiliser. Elle me dégoûte. En fait, c'est comme si elle était morte.* » Monsieur J évoque ne pas prendre de temps pour lui et ne pas prendre soin de sa main. Il n'a pas le courage de la masser.

Pour commencer, je lui propose un toucher-massage pour assouplir sa peau, mobiliser ses doigts, son poignet et ouvrir sa main. Je commence par le poignet et redescends le long des phalanges en insistant sur les différentes articulations pour lui faire prendre conscience de ses différentes potentialités ; notamment dans des mobilisations de type flexion/extension. Très rapidement, des douleurs neurologiques (coups de décharges électriques) apparaissent au niveau de la 1^{ère} commissure et de l'annulaire. Il réclame un toucher franc et fort. « *Quand c'est fort, je sens mieux. Même si ça fait mal, ça me fait du bien.* »

Pour finir, je lui demande de se masser lui-même. Dans un toucher-massage effleuré, Monsieur J exprime ne pas retrouver les sensations induites précédemment. Il ne parvient pas à aller au-delà d'un toucher du bout des doigts.

En fin de séance, Monsieur J dépeint une main plus légère avec un relâchement de l'épaule droite. Sa main s'est réchauffée, a changé de couleur et semble avoir retrouvé des sensations. « *Ma main n'est pas belle, mais elle est mieux. Elle n'est plus froide et sa couleur redevient normale. Elle est moins dure aussi.* »

Absent une fois lors des séances suivantes, Monsieur J justifie son absence par un manque de motivation : « *J'en ai marre de l'avoir. Elle ne me sert à rien. En vrai, je ne sais même pas pourquoi je viens.* » L'approche de sa main apparaît encore difficile tant sur le plan du regard que des sensations (douleurs, paresthésies, manque de sensibilité). Revient régulièrement une ambivalence, évoquée lors de l'entretien psychomoteur, autour de sa main : « *Je ne sais plus si j'ai envie de l'utiliser.* » Monsieur J avoue ne plus saluer son entourage. Un véritable travail autour des convenances sociales a ainsi été également amorcé. A chaque début et fin de séance, Monsieur J est invité à nous serrer la main pour nous saluer afin de la réinvestir mais également de l'employer. L'usage de la main semble compliquée par une hypersudation de la

main droite. Monsieur J concède avoir de réelles difficultés : *« Je n'aime pas la toucher et même quand je peux l'utiliser, je ne le fais pas. »* Les temps de verbalisation occupent une grande place pendant les séances.

1.5.2 Vendredi 21 novembre

Monsieur J arrive encore en retard. Il porte un survêtement et une casquette. Très pudique et réservé sur ses éprouvés, avec la psychomotricienne, nous proposons à Monsieur J de faire un point sur son état psychocorporel. N'ayant pas pu assister à son bilan, il me dépeint précisément le contexte de son accident en insistant sur certaines images. *« J'ai vraiment perdu beaucoup de sang. Sur le coup, je n'ai pas vu la perte des bouts de mes doigts, il y avait trop de sang. »*

Au cours de son hospitalisation, Monsieur J a eu besoin de temps pour découvrir sa « nouvelle » main. *« J'ai toujours fait en sorte d'éviter de regarder ma main pendant les soins. Juste un jour, l'infirmière m'a proposé de la regarder. Elle a dévoilé progressivement ma main. C'était vraiment bizarre, ma peau était superposée. Je n'ai pas pu voir au-delà de la moitié par contre. »*

Monsieur J m'explique avoir tout de même réussi à « garder la face ». Depuis son accident, il affirme ne pas avoir eu besoin de « lâcher prise », ni de verser de larmes. Il pense que pleurer serait une forme de régression et de rabaissement. Monsieur J refuse également de voir la psychologue. *« Je sais que si je vois la psychologue, elle va me faire pleurer. Je sais que pleurer me ferait du bien. Mais bon, je pense que je n'en ai pas besoin. Et puis c'est pour les faibles ça. »*

Monsieur J évoque également avoir besoin d'être seul. Il admet traîner de moins en moins dehors avec ses amis. *« Chez moi, j'aime bien être seul. Je suis essentiellement dans ma chambre. »*

Dans les actes de la vie quotidienne, Monsieur J verbalise ne pas utiliser du tout sa main droite. Il avoue même garder sa main droite hors de la douche ou du bain lorsqu'il se lave. *« Je prends des bains mais je ne la mets pas dedans. J'évite de mettre de l'eau dessus et de la mouiller sous la douche. J'ai pris l'habitude, elle reste toujours dehors. Je ne supporte pas de l'avoir mouillée. Je l'essuie direct. »*

Manifestement, Monsieur J n'arrive pas à trouver les ressources, en dehors de la rééducation, pour s'occuper de lui et de sa main qui demande encore de nombreux soins. *« Je ne prends*

pas de temps pour ma main. C'est moi, je m'en fous. Je ne sais même plus si j'ai envie de réutiliser ma main. »

Monsieur J explique ne plus avoir de motivation ni d'envie. Mais il pense être mieux depuis qu'il porte un gant. *« Quand je mets le gant, je me sens mieux. On ne me regarde pas. Mais même quand je mets le gant, je sens que les doigts sont vides. »*

Devant toutes ces manifestations d'allure dépressive, Monsieur J n'estime pas son état préoccupant. *« Je ne suis pas au stade de me jeter par la fenêtre. Ça veut dire que c'est bon. »*

Monsieur J se dit dans un meilleur état en fin de séance. Il apprécie ne pas être dans un dialogue unidirectionnel, « comme chez le psychologue ».

Monsieur J semble bloqué sur certaines images de son accident. Des images qui reviennent régulièrement sous forme de cauchemars ou qui se manifestent par des angoisses de rupture de chair et de perte de sang au niveau de sa main droite.

Bien que Monsieur J n'adhère pas à un suivi avec la psychologue, la psychomotricienne lui a tout de même proposé un soutien psychologique afin d'élaborer ses éprouvés et ses symptômes de stress post-traumatique.

Devant un manque d'appétit, des difficultés d'endormissement et un manque de mobilisation récurrents, Monsieur J verbalise également ne pas vouloir prendre le traitement médicamenteux du psychiatre, rencontré au début de sa prise en charge en rééducation. Il évoque avoir peur de devenir dépendant. *« J'ai vu autour de moi, quelqu'un qui prenait des médicaments et qui n'arrivait pas à arrêter ».*

1.5.3 Vendredi 28 novembre

Monsieur J arrive à l'heure. Il a remis un jean et ne porte pas de casquette ; il s'est coupé les cheveux. Il verbalise utiliser davantage sa main droite et être allé faire du sport en salle. Monsieur J mange toujours aussi peu et continue à faire des cauchemars. *« J'en ai fait un avec ma cicatrice. Il y avait du pus qui sortait. »*

Monsieur J garde encore sa main droite en dehors de la douche et n'arrive pas à la réintroduire progressivement. Avec la psychomotricienne, nous lui proposons alors de travailler avec l'eau afin de comprendre ce qui le gêne et qu'il puisse en prendre conscience. Durant les premières minutes, Monsieur J garde les yeux fermés. Suite à plusieurs contacts avec l'eau (surface de l'eau, sous l'eau), doigt par doigt, Monsieur J essaie de percevoir où se situe son doigt par rapport à l'eau. Ce qui semble le gêner est l'appréhension qu'il se fait du contact de son doigt

avec la surface de l'eau. *« J'ai dû mal à savoir où est mon doigt. J'ai pourtant l'impression qu'il est dans l'eau (son doigt se situe en dehors de l'eau). »*

Pour terminer, la psychomotricienne lui propose un toucher-massage dans l'eau afin qu'il puisse réinvestir sa main dans l'eau et qu'il puisse la mobiliser avec moins de raideur. *« C'est mieux dans l'eau, c'est plus agréable. Ma peau est toute ramollie. »*

Pendant le massage, Monsieur J parle de sa séance de sport avec son ami. *« C'est lui qui a pris l'initiative d'aller au sport parce que y a rien à faire. »*

Il se dit embarrassé par l'inégalité musculaire entre le côté gauche et droit. Sa main droite transpire également davantage que sa main gauche ce qui lui pose problème lors des tractions ; il glisse et n'a plus de prise. Monsieur J exprime une très grande inquiétude lorsqu'il force. *« J'ai l'impression quand je fais des tractions et que je force, que ma cicatrice va s'ouvrir et qu'il y a du sang qui sort et tombe. La cicatrice tire à l'intérieur. J'ai peur qu'elle s'arrache. »*

1.5.4 Mercredi 3 décembre

A l'heure, Monsieur J apparaît en meilleure condition que les fois précédentes. En début de séance, un toucher-massage dans l'eau est repris. Monsieur J manifeste plus d'assurance. Le contact apparaît plus aisé.

Pour autant, Monsieur J conserve une posture préférentiellement en repli. Il s'agit ainsi d'étendre le réinvestissement corporel au-delà de la main elle-même. Je lui propose ainsi de passer par la respiration pour prendre conscience de sa posture. En associant des images de grandissement et de rétrécissement, Monsieur J arrive avec facilité à coordonner son inspiration avec le déroulement et son expiration avec l'enroulement. J'accompagne également Monsieur J à matérialiser sa respiration en délimitant avec les mains les deux caissons respiratoires (thoracique et abdominal) et en jouant avec les amplitudes et les volumes. Dans ce travail, j'utilise le miroir comme retour objectif.

Monsieur J se regarde dans le miroir : *« Ah ouais ! C'est vrai que je ne me tiens pas droit comme ça. Mais bon là je suis concentré aussi. »*

A la demande de Monsieur J, le suivi en psychomotricité augmentera et passera à trois séances par semaine.

Dans les séances qui suivent, la psychomotricienne propose à Monsieur J des mobilisations de type Feldenkraïs. Monsieur J apparaît de plus en plus à l'écoute de son corps et parvient à

réaliser les mouvements (conduits oralement) sans difficulté. Il peut mettre des mots sur ses éprouvés et les illustrer : « *Je sens que je suis moins tendu. Mon épaule droite s'est abaissée.* », « *Je me sens vraiment détendu, tout léger.* » Monsieur J mémorise les enchaînements de mouvements de Feldenkrais et peut les reproduire. Il apparaît aussi demandeur du ballon ; le ballon s'inscrit dans un toucher-massage. Il permet de faire le tour de son corps afin de lui procurer la sensation d'unité corporelle mais aussi d'atténuer certaines tensions après son passage (relâchement des zones en tension).

Monsieur J reconnaît depuis le début de son suivi en rééducation, un changement par rapport à sa main. « *Avant elle était toute petite et fermée et aujourd'hui, elle prend plus de place.* » Il s'est également approprié certaines propositions.

1.5.5 Mercredi 11 février

Monsieur J demande dès le début de la séance s'il est possible de passer un ballon sur le haut de son corps. « *Mon épaule droite est trop haute. Il faut me la redescendre pour qu'elle soit normale.* »

Il explique qu'après le passage du ballon, il sent son épaule droite se relâcher et s'abaisser. Monsieur J porte son attention sur son corps et sa respiration afin d'en percevoir les modifications (points d'appui, volumes, amplitudes...). Il arrive à se mettre en disponibilité rapidement et paraît de plus en plus à l'écoute de ses manifestations et ressentis corporels. « *En psychomotricité, je ne suis pas dans la performance. Je peux prendre le temps de sentir, percevoir et observer ce qu'il se passe dans mon corps.* »

1.5.6 Vendredi 13 février

Monsieur J arrive avec du retard. « *J'ai pas envie de venir mais je suis content d'être présent. Je sais que ça va aller mieux.* »

En dehors de ses séances de rééducation, Monsieur J évoque être venu rendre visite à un patient avec lequel il est en contact lors des séances de kinésithérapie. Il justifie sa démarche par une nécessité d'être entouré lorsque l'on est hospitalisé. « *J'ai pitié, je ne veux pas qu'il soit seul.* » Monsieur J verbalise avoir eu envie de pleurer lorsque ce patient lui a relaté son parcours. Il se dit surpris de ne pas ressentir de telles réactions au vu de son accident et de sa main.

Afin de faire à nouveau un état de lieu, je lui propose après un travail en aval autour de la main et de la préhension en ergothérapie, de se représenter. « *C'est une tombe (cf. annexes 2*

et 3, p. 79-80). *Je me sens abattu. C'est comme ça tout le temps en ce moment.* » Monsieur J évoque être fatigué et ne plus avoir de force. Il me fait également remarquer qu'il n'arrive pas à se dessiner. *« Je ne me vois même pas. »*

Pour terminer la séance, Monsieur J demande si on peut passer le ballon sur l'ensemble de son corps afin qu'il puisse se relâcher.

La séance suivante, Monsieur J représentera un camion de pompiers qu'il justifiera : *« Un camion de pompiers parce que j'ai besoin que l'on m'aide. »* A chaque fin de séance, Monsieur J nous remercie. Cette reconnaissance et son intérêt mettent en lien un besoin de s'assurer une continuité. Monsieur J verbalise en effet avoir peur de l'arrêt de la prise en charge.

1.5.7 Vendredi 6 mars

Ce jour-là, la psychomotricienne doit rencontrer une étudiante pour un futur stage. Lorsque Monsieur J croise l'étudiante, il se tient bien droit et semble affirmé, disponible avec un regard présent. Il lui tend la main droite pour la saluer. Au moment de lui dire bonjour, l'étudiante baisse la tête.

Une fois seul avec la psychomotricienne, Monsieur J lui lance : *« Vous avez vu elle a baissé la tête. Bah oui, elle a regardé ma main. Ça se voit trop. Elle a eu peur. »* Finalement, la psychomotricienne lui explique que l'étudiante est timide et n'a même pas prêté attention à sa main. Elle ne s'est pas rendue compte, même en lui serrant la main qu'il était amputé des deux derniers doigts. *« J'ai cru que c'était pour ma main. Heureusement que vous me l'avez dit sinon j'aurais été mal pour la journée. »* Il apparaît fier d'avoir trouvé l'étudiante moins assurée que lui, d'autant plus qu'il s'agissait d'une étudiante en psychomotricité.

1.5.8 Vendredi 13 mars

Monsieur J arrive en retard ce jour-là. Il s'est coupé les cheveux et porte une nouvelle tenue. En dessous de son jean, il laisse apercevoir un survêtement. *« J'ai trop maigri, je flotte dans mon jean. »*

Il y a une semaine, Monsieur J a eu une intoxication alimentaire. Il avoue ne plus avoir mangé depuis, suite à des nausées et des malaises. Monsieur J évoque également une douleur au niveau digestif. *« J'ai l'impression que ça s'est rétréci au niveau de mon œsophage »*. Afin de mettre en avant une perte de poids évidente, la psychomotricienne invite Monsieur J à se

peser. Son Indice de Masse Corporelle¹⁶, de 17, témoigne un état de maigreur. Une consultation médicale se fait urgente. La psychomotricienne prend alors le temps de lui faire remarquer qu'il met en danger à la fois son état de santé et son intégrité corporelle. Pour autant, Monsieur J ne semble pas convaincu. « *Je m'en fous en fait d'aller plus mal.* »

2. Monsieur N

Monsieur N, de grand taille et de forte carrure apparaît souriant. La première rencontre se passe dans la chambre. Installé dans son lit, il se redresse pour se présenter.

2.1 Anamnèse

A 32 ans, Monsieur N est le dernier d'une fratrie de 3 enfants. Depuis plusieurs mois, il vit avec sa compagne, tétraplégique. Monsieur N habite loin de ses parents et de ses sœurs qui résident à l'étranger.

Titulaire d'un BTS hôtellerie-restauration, Monsieur N décide de se centrer sur la cuisine, sa passion, et devient second cuisinier.

2.2 Histoire de l'atteinte corporelle

Au début de l'année 2013, Monsieur N présente des troubles de la marche et des troubles sensitifs des membres supérieurs. Une lésion médullaire dorsale basse (D6-D11)¹⁷ associée à une cavité syringomyélique¹⁸ ont été découvertes suite à ces perturbations.

En mars 2013, Monsieur N a été opéré d'un astrocytome pilocytique¹⁹ étendu de T4 à T12. S'en est suivie une paraparésie²⁰ spastique²¹ des deux membres inférieurs.

D'avril 2013 jusqu'à novembre 2014, Monsieur N a dû effectuer 18 cycles de chimiothérapie.

¹⁶ L'Indice de Masse Corporelle est calculé en divisant le poids par la taille au carré. Il donne une évaluation de la corpulence et des risques éventuels sur la santé.

¹⁷ Une lésion médullaire est une atteinte de la moelle épinière. Elle provoque une interruption de la communication entre le corps et le cerveau conduisant à une paralysie partielle ou totale.

¹⁸ La syringomyélie est une maladie rare qui se caractérise par la présence dans la moelle épinière d'une cavité se formant progressivement dans la substance grise et contenant un liquide pathologique. Elle engendre une destruction progressive des fibres nerveuses spécialisées dans la sensibilité de la peau.

¹⁹ L'astrocytome pilocytique est une tumeur bénigne de grade I d'après l'OMS. Le grade I correspond à des tumeurs à croissance lente et normalement bien circonscrites, bien qu'elles puissent envahir les grandes régions du cerveau.

²⁰ Une paraparésie est une paralysie légère de la moitié inférieure du corps.

²¹ La spasticité est un phénomène musculaire caractérisé par une tendance d'un muscle à être contracté.

« Pendant la chimiothérapie, je n'ai pas perdu la totalité de mes cheveux. Mais j'ai eu de nombreuses complications : des carries, la peau sèche, des irritations cutanées, des ongles cassants. J'ai aussi été constipé, faible et eu des difficultés alimentaires. »

Durant les mois de traitement, l'état de Monsieur N va s'aggraver tant sur le plan de l'autonomie que sur le plan neurologique. Depuis l'été 2014, Monsieur N recommence à marcher avec deux cannes et l'imagerie de fin octobre 2014 va en faveur d'une progression tumorale.

Le 19 octobre 2014, Monsieur N a été réopéré. Sur le plan clinique, Monsieur N présente de nouveau une paraparésie avec un déficit marqué à gauche.

2.3 Entretien psychomoteur

Monsieur N est adressé en psychomotricité pour troubles de l'image du corps, dans le contexte d'une paraplégie spastique post tumeur. L'entretien a lieu le 14 janvier 2015, soit 31 jours après l'opération.

Monsieur N relate avec précision son parcours médical. Il insiste sur l'opération du 19 décembre 2014 qui a été rapidement programmée suite à l'aggravation de son état de santé. *« J'ai déjà été confronté à cette situation. Je reste optimiste et motivé. Il le faut. »* Monsieur N précise également qu'il n'est pas paraplégique. *« Je perçois mes selles. C'est donc une paresthésie. »*

Sur le plan professionnel, Monsieur N sait qu'il doit se reconvertir dans un *« boulot de bureau »*. Il concède également être obligé de se battre au vu de ses différents projets (remarcher, se marier, conduire...). *« Je n'ai pas le droit de lâcher. Pas maintenant. »* Monsieur N confie que fumer, de temps en temps, l'aide à se maintenir dans cette perspective. *« Vous savez lorsque je fume, juste le fait de souffler ça m'aide. C'est comme si j'enlevais toutes les ondes négatives. »*

Depuis sa maladie, Monsieur N regrette que certains de ses amis soient moins présents. Il parle beaucoup de sa fiancée, elle-même atteinte d'une paraplégie depuis l'âge de 7 ans. Il souhaite la protéger et la voir fréquemment. *« Même pour elle, je ne peux pas lâcher. Elle a besoin d'un homme, d'un vrai. »*

Monsieur N dit être douloureux depuis l'opération. Il insiste particulièrement sur les douleurs engendrées par les sondages urinaires. Il semble avoir été traumatisé par ces actes invasifs mais aussi par ce qu'ils induisent : saignements, douleurs... Monsieur N exprime quelque chose de l'ordre de l'intrusion et d'une rupture avec l'intimité et les fonctions physiologiques de base. Cet éprouvé a été renforcé par des sondages réalisés par des infirmiers dans un premier temps. Rapidement, Monsieur N a souhaité effectuer lui-même ses sondages. *« J'ai subi des hétérosondages traumatisants. A plusieurs reprises, j'ai saigné et souffert de brûlures terribles ».* *« Un jour, ma sonde a été accidentellement arrachée ; elle a raclé tout mon urètre. Ça a été terrible. »*

Ces expériences lui ont néanmoins permis d'enrichir la conscience de sa vessie. Il peut percevoir si elle est ou non vidée. Il compare le retrait de la sonde à une libération. *« Je vis à nouveau. Mon corps m'appartient. »*

Monsieur N est satisfait que son membre inférieur droit soit mobile mais déplore que son genou droit ne puisse pas verrouiller. Son membre inférieur gauche répond assez peu et le tonus du tronc reste très limité ; le tonus de posture est trop bas. Monsieur N réalise ses transferts lit-fauteuil roulant seul, à l'aide d'une planche de transfert. *« J'utilise les images mentales pour visualiser les mouvements et faire mon transfert. »*

Monsieur N attend que les « nerfs repoussent » et souhaite remuscler ses jambes. Il remarque que toute la moitié haute a été épargnée (au-dessus de la poitrine) contrairement en 2013, où sa main gauche avait été touchée en plus de ses deux membres inférieurs.

Dessin de soi (cf. annexe 4, p.81): Monsieur N se représente avec un tracé continu et harmonieux. Il précise que *« le sourire c'est sa marque de fabrique »* et que les mains sont arrondies car il a longtemps pratiqué la boxe. Les yeux semblent écarquillés. Il précise que la vue est un sens important pour lui. On observe que les jambes sont assez courtes mais les pieds bien stables.

Identifications des zones (cf. annexe 5, p.82): Monsieur N identifie comme parties douloureuses :

- Ses trapèzes et deltoïdes jusqu'aux omoplates. Il précise qu'il *« n'aime pas qu'on le touche derrière. »*
- Sa jambe gauche qui lui provoque des brûlures neurologiques.

- Ses sphincters qui lui font mal. Les sensations varient « *entre des picotements en coups d'épingle et des brûlures.* »
- Ses IV et V doigts à gauche qui souffrent d'une hyperesthésie²².

Il identifie des gênes au niveau de ses intestins et de sa vessie. Monsieur N manifeste une gêne au niveau du dos qui peut basculer rapidement du côté de la douleur.

Le bas de son cou, son visage et son bras droit sont estimés comme agréables car il les sent bien.

Conclusion :

Monsieur N a conscience de ses limites corporelles et fonctionnelles actuelles. Pour autant, face à une situation « plus ou moins déjà vécue » (en 2013), il reste optimiste et volontaire quant à ses possibilités de récupérer la marche. Suite à l'évolution de la maladie, aux opérations et aux traitements invasifs et douloureux, l'intégrité corporelle de Monsieur N a été et reste encore aujourd'hui menacée.

2.4 Projet thérapeutique

L'accompagnement psychomoteur tendra à apporter à Monsieur N différentes stimulations sensorimotrices afin qu'il puisse retrouver des points d'appui corporels ainsi qu'une aisance dans sa motricité. Au vu des traitements invasifs, le toucher-massage pourra permettre à Monsieur N de réinvestir l'ensemble de son corps en proposant un contact contenant et structurant. Il sera également intéressant de proposer à Monsieur N de la relaxation afin qu'il puisse éprouver des ressentis corporels autres que de la douleur. Une mise en mots de ses éprouvés sera recherchée.

- Devant la paralysie de ses membres inférieurs, Monsieur N a perdu différentes « bases d'appui ». Les membres inférieurs assurant un rôle antigravitaire, d'appui et de stabilité, il semble intéressant d'apporter à Monsieur N différentes stimulations sensorimotrices afin qu'il puisse retrouver une certaine organisation et structuration corporelle. L'utilisation de stimulations pourra amener Monsieur N à prendre conscience de son corps et de ses manifestations.

²² L'hyperesthésie est une sensibilité exacerbée.

- Préoccupé par son état de santé, Monsieur N témoigne certaines tensions, notamment au niveau de la zone dorsale. Ses tensions apparaissent majorées par ses postures préférentiellement en station assise. De la relaxation ou encore un toucher-massage enveloppant pourra permettre à Monsieur N de relâcher certaines tensions et de réinvestir son corps dans sa globalité dont la zone dorsale qui lui est inaccessible.

Monsieur N est suivi en psychomotricité, deux fois par semaine, en individuel pendant une heure. Mes journées de stage coïncident avec les séances de psychomotricité de Monsieur N.

2.5 Une évolution

Monsieur N est suivi en psychomotricité sur plusieurs mois. Il me semble pertinent de mettre en relief les séances qui ont été les plus significatives quant à ses potentialités, difficultés et évolution.

2.5.1 Vendredi 16 janvier

La psychomotricienne débute la séance par un « état des lieux corporels ». Monsieur N manifeste une forte douleur dorsale et un besoin de détente (la détente a été évoquée comme objectif de travail potentiel lors de l'entretien).

La psychomotricienne propose alors à Monsieur N, installé en décubitus dorsal, un toucher-massage avec une balle. Elle passe la balle sur l'ensemble de son corps en insistant particulièrement sur les contours de ce dernier. *« J'ai l'impression que mon corps est en petits morceaux et que le passage de la balle les recolle. »*

Au moment où la balle passe sur ses membres inférieurs, Monsieur N déclare : *« Vous savez j'ai des piqûres journalières au niveau de mes cuisses. Ce sont des anticoagulants. Comme je ne bouge plus, ils permettent de fluidifier mon sang. »* Monsieur N semble avoir une certaine connaissance des termes médicaux, techniques et traitements médicamenteux.

Très rapidement, Monsieur N demande à la psychomotricienne un toucher plus fort. *« J'arrive mieux à percevoir et ça me soulage. »*

Selon lui, ses douleurs sont engendrées par le maintien de sa posture dans le fauteuil. Il mentionne de fortes douleurs au niveau du dos, plus particulièrement à droite et autour de la cicatrice. *« Ce sont des zones qui ont été maltraitées. »*

2.5.2 Mercredi 21 janvier

Monsieur N arrive en séance avec enthousiasme. Il fait un retour de la séance précédente en précisant que cette dernière lui avait permis de lâcher prise et de s'exprimer librement. Devant une mobilisation et un ressenti difficiles, la psychomotricienne propose à Monsieur N de l'accompagner à travers différentes stimulations sensorimotrices. Elle commence par les pieds en plaçant des balles de différentes textures sous sa voûte plantaire. Visiblement, Monsieur N présente un meilleur contrôle du côté droit ainsi qu'une meilleure sensibilité en distal qu'en proximal. *« Ça fait du bien de récupérer son corps. C'est moche d'être handicapé. Surtout quand on est jeune. »* Pendant les stimulations, Monsieur N explique avoir perdu de nombreux repères au niveau de son corps. Il dépeint notamment s'être foulé la cheville gauche, ne sentant pas son pied traîner lorsqu'il s'était déplacé en fauteuil. *« J'ai vraiment honte de ce que je suis devenu. »* Assis, Monsieur N se frotte les yeux, pleure et s'excuse. *« Il y a plein de trucs que je ne pourrai plus refaire. Je pense que mes voyages s'arrêtent ici. Les contrôles d'oncologie, la maladie, le handicap font que je ne pourrai plus jamais bouger. »*

Dans les jours suivants, Monsieur N manifeste un besoin de s'exprimer, d'être écouté et de se sentir considéré en tant qu'homme. *« Je ne suis pas un numéro de dossier. »* A chaque larme versée et plainte exprimée Monsieur N s'excuse. *« Je n'arrête pas de dire que ça va aller mais c'est trop difficile. »*

Monsieur N semble s'être approprié la proposition du toucher-massage. *« Ça me fait du bien et me permet de me vider. Je ne pense à rien. J'oublie même parfois que je suis malade. »* Monsieur N est aussi suivi par la psychologue.

2.5.3 Vendredi 6 février

Ce jour-là, Monsieur N s'installe en décubitus dorsal et pose les mains sur son thorax. Comme recentré autour de son axe, il donne l'impression d'un besoin de contenance. Monsieur N ferme les yeux et exprime clairement : *« Je suis vraiment mal dans ma peau. Mon corps encaisse mais il tient le coup. »* Il énonce des douleurs au niveau dorsal ainsi qu'une plainte de sa cicatrice. *« J'ai la peau qui tire de part et d'autre de la cicatrice. »* Monsieur N se met alors en décubitus ventral et demande à la psychomotricienne de poser ses mains à droite de la cicatrice. *« J'essaie de prendre de fortes respirations pour mieux sentir vos mains. Souffler permet de faire sortir la douleur et les émotions négatives. »*

Très rapidement, Monsieur N revient sur ses antécédents. Il n'avait pas connaissance des conséquences de la première opération ; cette dernière a touché le bassin mais aussi la sphère sexuelle. « *Vous vous rendez compte, à 32 ans, je porte une couche. C'est une honte.* »

Il relate également avoir subi de nombreuses modifications corporelles (cicatrices, prise de poids...) et avoir le « *corps marqué* » tant par les opérations que les traitements et leurs effets secondaires. « *On m'a charcuté, fouillé et recousu.* »

Pour les séances qui suivront, Monsieur N sera parfois absent. Il part chaque jour dans un autre hôpital pour des séances de radiothérapie. Monsieur N se dit très douloureux et regrette ne pas être toujours entendu.

En psychomotricité, Monsieur N laisse paraître une conscience corporelle plus fine. « *Quand je mentalise, je sens mieux les choses et j'ai l'impression que je peux bouger.* » En compensant la déficience à gauche avec l'hémicorps droit, Monsieur N arrive à passer de la position décubitus dorsal à la position latérale de sécurité, à la quadrupédie. Cet enchaînement a été travaillé sur plusieurs séances. Monsieur N apparaît réellement motivé quant à ses chances de retrouver un jour la marche. « *Vous savez ça va prendre du temps. Je le sais.* »

2.5.4 Vendredi 20 mars

Monsieur N explique avoir le corps en « *lambeaux* ». « *J'ai le dos en morceaux.* » Il décrit une douleur générale. Monsieur N établit un lien entre sa douleur et les séances de radiothérapie qui lui ont brûlé le corps tant au niveau dorsal que ventral.

Aujourd'hui, Monsieur N se montre particulièrement dans la demande et l'exécution de certains gestes : « *Vous pouvez poser vos mains ici (bord droit de la cicatrice)* », « *Vous pouvez appuyer plus fort.* » Il semble ainsi rechercher un sentiment de maîtrise d'un corps qu'il ne maîtrise plus.

CHAPITRE 2

Une historicité bouleversée

Discussion théorico-clinique

Partie 1 : Quand le corps se prend un coup

Lorsque survient une atteinte somatique, le corps médical doit donner au patient les premiers soins qui s'imposent. Face à l'urgence, la médecine semble codifier la prise en charge du patient en privilégiant le somatique au détriment du psychologique. Elle paraît ainsi entretenir un clivage entre le soma et la psyché. Pourtant, les dimensions somatiques et psychologiques apparaissent intriquées les unes dans les autres, dans une relation circulaire, réciproque et non linéaire.

Selon Françoise Daune, psychothérapeute psychanalytique, « l'hôpital est, par excellence, un lieu qui confronte l'Homme à l'existence de son corps, à son propre fonctionnement, un lieu où les changements corporels, qu'ils soient transitoires ou définitifs, secondaires à la maladie, aux traitements ou à l'accident, vont toucher l'individu dans toutes les strates de son psychisme, des plus récentes aux plus archaïques.²³ »

La première rencontre avec le patient permet de retracer son parcours. Généralement, ce sont l'atteinte corporelle, les opérations et/ou les traitements, suivis des douleurs qui affleurent. Les mises en sens et en mots des éprouvés ne paraissent pas toujours faciles ; une difficulté qui dissimule parfois le traumatisme.

1 Une intégrité frappée

L'accident et la maladie semblent avoir confronté Monsieur J et Monsieur N à la notion d'intégrité. Selon Georges Canguilhem, philosophe et médecin, la santé « doit être perdue, comme toute innocence pour qu'une connaissance soit possible.²⁴ » Il semble en être de même pour l'intégrité.

En comparant le temps vécu avec le temps présent, Monsieur J relate, dans les premiers temps du suivi en psychomotricité, ne pas pouvoir accomplir ce qu'il pouvait faire auparavant. « *Je ne peux plus rien faire. Tout est compliqué. Avant, je ne pensais pas que c'était aussi important d'avoir tous ses doigts.* » Depuis son accident, Monsieur J ne perçoit plus son corps comme un tout. « *C'est comme si il me manquait une main en fait.* » Le vide corporel qu'il met en avant vient faire écho à ses difficultés dans les actes de la vie quotidienne. Droitier, la « perte » de sa main vient mettre à mal les repères corporels qu'il avait jusqu'alors construits.

²³ DAUNE F, 2010, p 22

²⁴ CANGUILHEM G, 1943, p 57

Littéralement, l'intégrité désigne un « état inaltéré de complétude²⁵ », un tout intact et inaltéré. Chez Monsieur J, l'atteinte de son intégrité corporelle émerge de son environnement (mortier) tandis que chez Monsieur N, elle surgit de son organisme lui-même (cancer).

« *Avant que l'on m'annonce une tumeur, je savais qu'il se passait quelque chose.* » Monsieur N explique avoir progressivement senti son état s'affaiblir. « *J'étais souvent fatigué. Je sentais que ça n'allait pas à l'intérieur.* » Dans ces circonstances, son intégrité corporelle reflète une véritable insécurité intérieure.

En appui sur les propos de Françoise Daune, l'intégrité du sujet semble matérialiser le visible (dimension physique) et l'invisible (dimension psychologique) : ce que le sujet donne ou pas à voir.

1.1 Une réponse immédiate et automatique de l'organisme

Lorsque nous sommes soumis à une menace, susceptible de mettre en péril notre intégrité, l'organisme va mettre en place une réponse de survie. Toute réponse, adaptative, apparaît rythmée par des réactions émotionnelles, physiologiques et comportementales.

En revenant sur son accident, Monsieur J a su illustrer chacune de ces réactions au moment de l'événement. « *J'ai vraiment eu peur, j'ai cru que j'allais mourir. Mon cœur battait tellement vite. Sur le coup, je n'ai même pas réagi. Ce sont mes potes qui m'ont emmené.* »

L'ensemble de ces réponses paraît entretenu par un système réflexe. Paul Donald, neurologue, introduit en 1970, sa théorie du « cerveau triunique » selon laquelle, le cerveau serait réparti en trois étages : le cerveau reptilien (les instincts), le cerveau limbique (les émotions) et le cerveau cortical (les fonctions cognitives évoluées)²⁶. Chez Monsieur J, il semblerait que le danger ait activé le cerveau reptilien afin d'assurer des réactions de survie dont notamment une inertie. « *Sur le coup, je n'arrivais pas à penser. Même si au fond de moi je savais que je devais faire vite, je n'avais plus d'énergie. J'étais vidé.* » Le sujet n'est pas toujours apte à faire face à une situation dangereuse. Dans ce cas-là, c'est le cerveau reptilien qui prend le relais. Sous l'influence du cerveau, le sujet va mettre en place, inconsciemment, une série de réactions pour surmonter les circonstances. Cette particularité cérébrale concourt ainsi à notre autoconservation.

²⁵ HOTTOIS G, MISSA J-N, PINSART M-G, CHABOT P, 2001, p 542

²⁶ SOUVERYS P, HEINS P, 2009, p 75

1.2 Une atteinte parfois recherchée

Parfois menacée à son insu, l'intégrité du sujet peut aussi être agressée volontairement. Selon Philippe Jeammet, psychanalyste et psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, « l'attaque contre le corps peut être le moyen désespéré de se réapproprier celui-ci.²⁷ »

Malgré son accident, Monsieur J manifeste certaines conduites à risque. Souvent, pour venir en rééducation, il utilise sa voiture. « *Il n'y a pas de problème, je conduis avec une seule main.* » Lors des dernières séances de psychomotricité, Monsieur J avoue avoir emprunté un gros scooter et l'utiliser pour se rendre à l'hôpital. Même s'il évoque des difficultés pour le diriger, il explique qu'il avait besoin de se prouver qu'il pouvait encore le faire. A plusieurs reprises, il dénonce des images sanglantes en lien avec son accident : « *J'ai l'impression lorsqu'une voiture passe à côté de moi, que ma main est tranchée. Mais c'est net. Parfois, ça me le fait même du côté gauche.* » Toutefois, Monsieur J ne cache pas son goût pour la vitesse, quitte à se mettre expressément en danger. En dehors de ces conduites dangereuses, les périodes où il révèle une perte d'appétit ou encore une asthénie²⁸ concourent tout autant à une conduite à risque. Devant un état de faiblesse évident, Monsieur J n'apparaît pas en condition pour mener à bien ses journées. « *Une fois, j'ai fait un malaise. Je me suis adossé contre un mur et après quelques minutes ça allait mieux.* » Depuis son accident, Monsieur J ne semble pas décidé à se préserver de tout risque. « *Franchement, je m'en fous. J'ai déjà perdu ma main, qu'est-ce qu'il peut m'arriver d'autre ?* »

Les conduites de Monsieur J font écho à l'adolescence, une période fragile de « crises » identitaires. Un certain nombre d'adolescents mettent en jeu leur intégrité jusqu'à risquer leur existence. Souvent ce n'est pas le passage à l'acte qui est recherché en lui-même mais le passage par l'acte. Le corps de l'adolescent devient alors un objet interposé entre lui et autrui pour véhiculer une douleur ou encore une souffrance. D'après Catherine Potel, à l'adolescence, « la mise en danger ou les conduites à risque sont toujours des tentatives d'affirmation de soi ou de symbolisation.²⁹ »

1.3 Un choc enduré

J'entends par « intégrité frappée », une absence de maîtrise, une impuissance face à la violence des coups (qu'ils proviennent d'un accident ou d'une maladie). Le sujet les subit sans avoir les moyens de les contrer. Il n'y a pas d'anticipation possible.

²⁷ OSSON D, 1990, p 43

²⁸ L'asthénie désigne une fatigue physique.

²⁹ Cours de psychiatrie (2014-2015), POTEL Catherine, 3^{ème} année, IFP Paris

Lors de l'entretien psychomoteur, Monsieur N essaie tout en situant les séquelles de son opération, de nous donner un aperçu de ses éprouvés. *« En une journée, j'ai vu la perte d'utilisation de mes jambes. Je sentais que j'avais de moins en moins de sensations. J'avais du mal à contrôler mes jambes. Et puis après plus rien. »*

Sans que l'on ne puisse avoir le temps de réaliser ce qu'il se passe, l'atteinte corporelle « subie » amène le sujet dans une position d'impuissance. L'impuissance surgit d'un état de stupeur, de non préparation à l'événement. Au moment où le mortier explose, Monsieur J énonce cet enchaînement : *« Je n'ai rien compris à ce qui était en train de m'arriver. Je n'ai rien pu faire. »*

« Avoir l'épée de Damoclès au-dessus de la tête » trouve son origine dans le mythe de l'épée de Damoclès. Elle exprime littéralement un risque qui peut arriver à tout le monde ; un risque auquel personne n'apparaît préparé. *« On dit toujours que ça n'arrive qu'aux autres mais un jour ça nous tombe sur la gueule. »* Dans ses propos, Monsieur N vient mettre en avant une menace qui peut être considérée comme permanente. Monsieur J conforte ces mots en soulignant une forme non pas de méconnaissance mais de déni : *« On n'imagine pas que ça puisse nous arriver. »* Depuis la nuit du 14 juillet 2014, Monsieur J craint l'épée de Damoclès. Il appréhende qu'il puisse lui arriver autre chose de grave expliquant qu'il ne pourrait pas y faire face, car il a déjà perdu sa main.

2 L'annonce du diagnostic : un bouleversement

En appui sur l'état de santé du patient, les médecins verbalisent plus ou moins explicitement et brutalement le diagnostic. Même si elle est bien menée, l'annonce du diagnostic entraîne toujours un choc. *« A ce moment-là, vous vous prenez clairement une claque. »* Ici, Monsieur N illustre la violence de l'annonce. Cet instant apparaît tellement fort qu'il vient figer le temps. Il devient à ce moment-là, la seule chose importante. *« Quand on vous dit ça, le temps s'arrête. Vous ne pensez à rien. La seule pensée qui vous traverse c'est : est-ce que je vais vivre ? »* Au moment du diagnostic, le sujet apparaît subitement confronté à une impasse existentielle.

2.1 Une réponse singulière

Face à l'annonce du diagnostic, chaque patient réagit de manière subjective. La violence du diagnostic engendre forcément chez le sujet, une manifestation, plus ou moins visible. Cette réaction peut s'étayer sur sa personnalité, son vécu, sa sensibilité ou encore sa capacité à comprendre ce qu'il traverse.

Selon la culture et la croyance du patient, l'annonce n'aura pas la même connotation. Au cours de mon stage, j'ai rencontré, une patiente qui a eu un accident de la route. Croyante, elle ne vit pas son accident comme une injustice mais comme une épreuve. Pour certains, la maladie/l'accident sera le signe du destin, pour d'autres, il s'agira d'un mal ou d'une punition véhiculée par le corps.

En fonction de ses antécédents la réaction du patient différera également. Devant un antécédent familial similaire, le patient pourra avoir tendance à se projeter sur l'image et le parcours de son pattern. Cette projection peut s'élargir au-delà de la sphère familiale. Avant d'être amputé, Monsieur J reconnaît avoir eu de la pitié pour les personnes amputées et être mal à l'aise devant eux. « *Maintenant, c'est moi qui suis amputé. Franchement, qu'est-ce que vont penser les gens ? J'suis sûr que je leur fais pitié.* »

Suite au diagnostic, on retrouve couramment une vague d'interrogations : Est-ce que je vais m'en sortir ? Que vais-je devenir ? Comment cela va-t-il évoluer ? Comment est-ce que l'on va me voir ? Et comment vais-je l'annoncer aux autres ?

2.2 Du statut d'informé à celui d'informateur

Il me paraît plus juste de parler d'annonces diagnostiques. Schématiquement, on retrouve l'annonce du diagnostic du médecin au patient mais également du patient à son entourage.

Selon l'article L. 1111-2 de la Haute Autorité de Santé : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.³⁰ » Monsieur N explique qu'il connaissait plus ou moins les risques en se faisant opérer une seconde fois. Néanmoins, à ce jour, il verbalise ne pas réellement savoir où il en

³⁰ <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>

est vis-à-vis de sa maladie. *« J'en ai marre que l'on ne me dise pas les choses. J'ai besoin de savoir. Vous savez, moi j'ai juste envie de vivre. »*

Il reste également important de mentionner, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé que « la volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.³¹ »

Selon le contexte, le statut ou encore l'âge des personnes, l'annonce diagnostique du patient à son entourage sera plus ou moins délicate et complexe. Ne pouvant se défaire de sa maladie, Monsieur N explique se situer encore aujourd'hui dans une certaine culpabilité. *« Mes parents ne sont pas tout jeunes. Ils ont assez de problèmes comme ça et n'ont pas besoin d'en avoir d'autres. Je n'ai pas envie de les épuiser. »*

Les patients évoquent également une difficulté face aux réactions de l'entourage. Devant l'annonce d'une maladie grave, certains proches auront tendance à s'effondrer ou encore à éviter de manifester la moindre expression. Monsieur N explique avoir perdu beaucoup de ses amis depuis la connaissance de sa maladie. *« Je ne sais pas si ils ont eu peur. En tout cas, ils se font rares. »*

L'annonce se révèle violente mais incontournable. Une personne laissée sans diagnostic, explicite et éclairé, se verra dans l'attente et l'angoisse. Monsieur N le dénonce clairement : *« Je ne suis pas un numéro de dossier, je suis avant tout un homme. Et j'ai besoin de savoir pour avancer. »*

2.3 L'écho d'un deuil

Comme pour le deuil, l'intégration de l'annonce diagnostique implique différentes adaptations. En théorisant le travail de deuil, Elisabeth Kübler-Ross, médecin, met en évidence une hétérogénéité de réactions. Ce sont des réponses « normales » et courantes qui viennent faire écho à la perte. Calées sur le rythme du sujet, ces réactions ne se succèdent pas dans un ordre linéaire.

- Le déni matérialise un rejet de la réalité, un sentiment d'incrédulité. Il est impossible d'intégrer ce qui apparaît inconcevable. « Le recours à ce mécanisme de protection

³¹ <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>

psychique donne les moyens de se prémunir illusoirement d'une réalité trop douloureuse.³² » En faisant des allers-retours dans le temps vécu, Monsieur N n'arrive pas à se confronter au réel et à faire le « deuil » de sa rééducation passée. Fréquemment, il énonce cet écueil. Lorsqu'il le verbalise, son corps apparaît envahi de tensions renvoyant l'image d'une véritable carapace tonique. *« Ce n'est pas possible, je ne peux pas rester comme ça. »* Ses poings ont tendance à se fermer. A plusieurs reprises, Monsieur N prendra le temps de lâcher ce qu'il apparente à un *« poids. »*

- La colère régit différents sentiments : révolte, haine, injustice... Elle peut également prendre une tournure dévastatrice. Néanmoins, « dans la mesure où ses ravages ont une limite dans le temps elle constitue un instrument de gestion émotionnelle.³³ » La colère ne présente aucune frontière ; elle peut impacter les proches, le corps médical voire la dimension divine. Mi-janvier, Monsieur J se confiera sur un détail de son accident. *« En fait, à la base, ce n'est pas moi qui avait le mortier mais mon copain. Quand on a entendu les voitures de police, il a paniqué. Du coup pour le soulager je l'ai pris mais là il a explosé. »* Monsieur J se mord les lèvres et verbalise avec un sourire en coin : *« Franchement, je suis toujours en colère contre lui. Je l'insulte même parfois. »* Monsieur N exprime quant à lui de la colère contre les médecins qu'il positionne du côté du savoir tout puissant. *« Eux, ils savent. Alors pourquoi ils ne me disent rien ! »* Monsieur N manifeste également de la colère contre sa maladie. *« C'est à cause de ma tumeur que j'en suis là ! »*
- Le marchandage illustre l'aiguille que l'on souhaite ramener en arrière pour remonter le temps. Monsieur J explique qu'il regrette mais pas seulement : *« Si j'avais su mais jamais j'aurai fait ça. J'aimerais bien revenir en arrière pour éviter tout ça et avoir ma main. »* A ce moment-là, Monsieur J paraît complètement effondré autour de son axe. Le regard orienté vers sa main, il semble littéralement abattu. On retrouve souvent dans le discours des patients la même expression : « si seulement ». Il est également fréquent de retrouver des sentiments de négociation et de chantage. Dans sa rééducation, Monsieur N explique ne pas craindre la douleur si elle est favorable à une récupération. La peau de son front se plisse. Allongé en décubitus dorsal, il déploie

³² JACQUET-SMAILOVIC M, 2006, p 57

³³ KÜBLER-ROSS E, 2011, p 32

son bras droit vers le ciel et me lance : « *Je préfère avoir dix fois plus mal et récupérer l'usage de mes jambes.* »

- La dépression émerge d'une confrontation brutale avec la réalité. « Bien que cette phase dépressive semble sans issue, elle ne signe pas pour autant un trouble mental. C'est la réponse appropriée à une grande perte. On se replie sur soi, happé par un brouillard de profonde tristesse, on se demande à quoi bon de continuer...³⁴ » Les premiers mois, Monsieur J apparaît replié sur lui-même, il tient sa main comme pour la protéger mais évite de poser les yeux dessus. Dans une ambivalence, il exprime également ne pas comprendre pourquoi il continue de venir en rééducation. Son absentéisme met parfaitement en relief son incompréhension ; il le justifie par une aboulie.³⁵
- L'acceptation ne s'apparente pas à une accommodation de la perte. Elle consiste à « admettre la permanence de cet état de fait.³⁶ » Monsieur J comme Monsieur N ne semblent pas encore s'inscrire dans cet état de reconnaissance.

3 Une intrusion

Tout traitement induit un passage par le corps et par conséquent une intrusion de ce dernier. En médecine, on entend par acte invasif, un « acte de soins ou un examen médical qui rend nécessaire la pénétration dans l'organisme, soit par effraction cutanée, soit par une cavité naturelle.³⁷ » Cet acte peut être vécu comme une véritable intrusion de l'intégrité.

Depuis qu'il est hospitalisé, Monsieur N semble supporter difficilement la succession des examens. « *Je n'en peux plus de tout ça. Je veux juste récupérer mon corps.* » Monsieur N apparaît à fleur de peau. La peau de son visage laisse transparaître de petites rougeurs. Alors qu'il vient de terminer son transfert, Monsieur N s'allonge en décubitus dorsal et enroule ses bras autour de son thorax. Dans cette posture, ses bras donnent l'image d'une véritable protection. Cette attitude pare-excitatrice est à l'image de son vécu intrusif.

³⁴ Ibid. p 41

³⁵ L'aboulie désigne une diminution ou une insuffisance, voire une disparition de la volonté. Le sujet éprouve des difficultés à faire des efforts, à prendre des décisions.

³⁶ Ibid. p 46

³⁷ POTIER M, 2002, p 6

« Lieu de soins et de rééducations, objet des examens et manipulations des soignants, ce corps échappe au malade, comme une chose étrangère, un habitacle impossible à habiter.³⁸ »

3.1 Le corps comme objet de soins

Selon Philippe Meyer, médecin, « le corps est instrumentalisé et la spiritualité de celui qu'on soigne, oubliée. Une médecine qui s'occupe davantage des maladies que des patients.³⁹ » Lieu d'expression d'une affection, le corps va être ausculté, manipulé, écouté, vérifié, parfois ouvert et colmaté.

3.1.1 L'opération : les prémices d'une trace

En médecine, l'opération dépeint une intervention qui incise la peau afin d'accéder au milieu intérieur du sujet. L'instrument chirurgical impacte le corps de la personne et par conséquent pénètre son intégrité et son intimité.

Suite à ses deux opérations, Monsieur N illustre parfaitement cette intrusion. « *On m'a charcuté, fouillé et recousu.* » Au cours de son suivi, Monsieur N verbalisera à de nombreuses reprises ne plus vouloir « *donner* » son dos. Ses manifestations semblent intimement liées avec le vécu des opérations, un vécu apparenté à une forme de « violation ».

L'opération chirurgicale ne se limite pas à l'ouverture du corps. De l'incision à la suture, l'opération s'inscrit dans une chronologie. Cette temporalité fait partie intégrante de l'historicité du sujet et laisse sa trace (cicatrice).

3.1.2 Les traitements

La diversité des traitements s'étaye sur la complexité de la médecine et du corps humain. Généralement, par abus de langage, on entend par traitement, la prise de médicaments. Pour autant, les traitements s'ouvrent à différents moyens et techniques pouvant aller d'un simple comprimé à un appareillage plus lourd.

« En fait, suivre un traitement n'est pas anodin, et fait résonnance chez le patient à la fois cognitivement et affectivement.⁴⁰ »

Devant une perte d'appétit, une aboulie et une asthénie, le psychiatre a prescrit à Monsieur J un traitement médicamenteux. Pour autant, Monsieur J refuse de le prendre. « *Ça ne me dit*

³⁸ KORFF SAUSSEE S, 2010, p 29

³⁹ BLONDEAU D, 1999, p 93

⁴⁰ BIOY A, FOUQUES D, 2009, p 108

rien de prendre ces médicaments. Je ne veux pas devenir dépendant. J'ai vu des potes à moi le devenir. » De manière globale, le traitement renvoie un rapport de dépendance. Afin de stabiliser son état de santé, le sujet apparaît d'une certaine façon dépendant du traitement.

Monsieur N entretient ce rapport avec ses injections journalières d'anticoagulants suite au manque de mobilisation de ses jambes. *« Chaque jour, on me pique la cuisse. Ça me fait des traces partout. »* Son enveloppe corporelle apparaît comme « perforée » par le traitement dont il a besoin.

Au cours de mon stage, j'ai rencontré un patient, Monsieur Y qui a porté un fixateur externe pendant 52 jours à la suite d'une fracture de tout le bassin. *« Ces fiches, plantées dans mon bassin [fixateur externe⁴¹] que j'avais, c'était insupportable. Vous vous rendez compte, pendant tout ce temps, j'ai dû le garder. Encore aujourd'hui je sens sa présence. »* Manifestement, chez Monsieur Y l'intrusion a été et est toujours là. *« Mon corps me le rappelle chaque jour. »* Ici, Monsieur Y met en lumière une mémoire corporelle, vive, de l'intrusion.

Il est également important de mentionner que tout traitement peut entraîner des effets secondaires. Monsieur N expose certains de ces effets suite à sa chimiothérapie et radiothérapie. *« Pendant la chimiothérapie, je n'ai pas perdu la totalité de mes cheveux. Mais j'ai eu de nombreuses complications : des carries, la peau sèche des irritations cutanées, des ongles cassants. J'ai aussi été constipé, faible et eu des difficultés alimentaires. »* Depuis qu'il a commencé les séances de radiothérapie, sa peau arbore de larges marques de brûlure. *« Ah ça oui, ça ne m'a pas loupé. Même quand je rentre, je sens encore la brûlure. »*

Enfin, les examens complémentaires (IRM, SCANNER...) peuvent être vécus comme une intrusion supplémentaire. Dans les couloirs de l'hôpital, j'ai croisé une patiente qui devait réaliser une biopsie osseuse suite à la présence d'une escarre au niveau de son talon. *« Ça n'arrête pas [les examens]. Comme si ça ne suffisait pas. »* Les examens complémentaires surajoutent le sentiment d'une intrusion déjà éprouvée.

Quand le corps est intrusé, il semblerait que ce soient les fonctions de pare excitation et de contenance de la peau qui soient mises à mal. En entourant le corps, la peau renvoie l'image d'une gaine protectrice. Dans le cadre d'intrusions, symboliquement, la peau ne protège plus et soulève la notion d'insécurité. Fréquemment, Monsieur N vient s'assurer de la présence de

⁴¹ Le fixateur externe est une technique d'ostéosynthèse. Il consiste en la fixation de fragments osseux en vue de rétablir la continuité osseuse.

son enveloppe corporelle : il passe sa main sur son corps en effectuant de petites pressions comme pour venir combler un vide. A l'image d'une enveloppe corporelle percée, son Moi-peau ne semble plus contenir. Souvent, Monsieur N pleure et s'excuse. « *Je suis désolé. Je n'arrive pas à me retenir. Ça sort tout seul.* »

3.2 Une intimité mise à nu

Face aux blouses blanches, les barrières de l'intime apparaissent franchies. Que ce soit pour une auscultation ou pour une simple visite, l'intimité se révèle d'une certaine façon intrusée. Mais de quelle intimité parle-t-on ? Monsieur J semble cantonner son intimité à son espace personnel ; un territoire « au sein duquel s'exerce la maîtrise des interactions.⁴² » Suite à sa rencontre avec le psychiatre, il explique ne pas aimer dire bonjour au médecin en lui serrant la main. La psychomotricienne essaie alors d'éclaircir sa répulsion. « *J'sais pas, c'est intime. Quand il me serre la main il la touche et la regarde.* »

Contrairement à Monsieur J, Monsieur N paraît resserrer son intimité à la dimension génitale. « *Il y a quelque temps, je ne pouvais pas uriner seul. Un infirmier était présent à chaque fois. Je m'en fous d'avoir des piqûres et tout, mais bon, avant mes auto-sondages, je n'avais plus de vie intime quoi* »

« Dire que les médecins regardent le corps nu du patient est inexact, ils sont plutôt engagés dans une activité distincte et reconnaissable, dont l'un des aspects consiste à examiner une partie de son corps. Le regard fait partie intégrante de l'utilisation technique des mains et du matériel médical.⁴³ » Le regard médical apparaît ainsi morcelé. Le regard n'est plus porté sur l'individu dans sa globalité mais apparaît tourné sur une partie de son corps.

Même bienveillant, le regard semble intrusif. Il n'est pas rare de constater qu'un patient ne se déshabille pas face au soignant mais lui tourne le dos. Pour Monsieur J, c'est le regard qui apparaît intrusif. Au début du suivi, Monsieur J contourne le regard de l'autre : « *ma main je la mets dans ma poche et c'est vrai que des fois je la mets derrière mon dos. Je n'aime pas quand on la regarde.* »

Pour Monsieur N, ce n'est pas tant l'aspect visuel de ses blessures qui le dérange mais plutôt l'impact de son corps en tant qu'homme. « *C'est moche d'être handicapé et dépendant des autres. Dans tout ce que je fais j'ai besoin d'aide. Je ne vis plus en fait.* »

⁴² IBRAHIM-LAMROUS L, MULLER S, 2005, p 249

⁴³ GROSJEAN M, COSNIER J, LACOSTE M, 1993, p 83

« La maladie ou l'atteinte corporelle, de la révélation du diagnostic à la fin des traitements représente une crise dans la vie du sujet.⁴⁴ » Cette crise porte le poids d'un lourd vécu, souvent teinté de pénibilité. Le corps se vêt des marques de chaque intrusion ; la peau devient ardoise d'une intégrité altérée.

4 De la douleur à la souffrance

La prise en charge de la douleur est une nécessité médicale. L'International Association for the Study of Pain définit la douleur comme : « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite dans d'autres termes évoquant un tel dommage. »

Monsieur N explique qu'il a mal. Je lui propose alors d'essayer de localiser sa douleur et de la décrire. « *C'est difficile à expliquer. J'ai surtout mal à côté de la cicatrice.* » Le caractère subjectif et individuel de l'éprouvé complexifie la retranscription du ressenti. Le sujet devient d'une certaine façon « expert » de sa douleur. Wittgenstein, philosophe britannique l'illustre : « si je puis me représenter ma douleur, si autrui peut le faire aussi ou si nous disons que nous le pouvons, comment pouvons-nous vérifier si nous nous sommes correctement représenté cette douleur, et avec quel degré d'incertitude.⁴⁵ »

4.1 Au-delà d'une réponse physiologique

La douleur dépeint un processus physiologique qui avertit le sujet qu'un stimulus nociceptif menace son intégrité physique. Il s'agit d'une expérience locale, brève et désagréable. Pour autant, la définition de la douleur ne se réduit pas à la dimension physique, d'origine lésionnelle.

4.1.1 Une manifestation existentielle

La douleur est avant tout un fait d'existence. Monsieur N l'illustre justement : « *si j'ai mal c'est que je suis toujours là.* » En exprimant sa douleur, le sujet manifeste son existence. Etre apte à dire que l'on a mal, c'est être capable de retranscrire ce que l'on ressent et bien entendu le manifester. Souvent, Monsieur N s'excuse de se plaindre de ses douleurs. « *Mais je sais que ça me fait du bien de vous le dire, parce que je sais que vous avez de la considération pour moi.* » Depuis sa maladie, il explique avoir changé. Monsieur N énonce en effet ressentir une douleur plus ou moins journalière. « Quotidienne », la douleur semble s'être comme

⁴⁴ MOLINIER A, 2007, p 120

⁴⁵ FOUCART J, 2004, p 111

incrustée en lui. « *Elle est toujours là. Je dirais presque que je m'y suis habitué* » Parfois, la douleur peut aller jusqu'à amener le sujet en porte-à-faux avec sa propre personne. Monsieur N verbalise ne pas se reconnaître. « *J'ai l'impression de me plaindre tout le temps. Avant je n'étais pas comme ça.* » Lorsque Monsieur N exprime sa douleur, j'ai comme l'impression qu'elle l'envahit et le suit dans ses faits et gestes. « Voilà en quoi la douleur se distingue d'un simple message sensoriel excessif, elle entame l'homme dans son identité et parfois le brise.⁴⁶ »

4.1.2 Une symbolique

La douleur peut également être vectrice d'une symbolique. Parfois, la symbolique s'avère plus forte que l'affection elle-même.

A force de compenser avec l'hémicorps gauche, Monsieur J dépeint fréquemment des douleurs au niveau de la ceinture scapulaire. Capable d'identifier ses tensions, Monsieur J reste relativement demandeur de toucher-massages. « *C'est pour venir écraser mes tensions et abaisser mon épaule droite. Vous pouvez me passer le ballon ?* » La récurrence de sa demande le positionne dans une forme de maternage. « Prendre soin de » fait référence aux manipulations, aux soins mais aussi à la fonction contenante et rassurante. Il me semble ainsi pertinent de faire le lien avec les notions de holding et handling développées par Donald Winnicott⁴⁷, pédiatre et psychanalyste. Le holding correspond au soutien, au maintien de l'enfant tant physiquement que psychiquement. Monsieur J me renvoie effectivement à la notion de portage. Les premières séances, Monsieur J manifeste une attitude préférentiellement en repli. Il semble avoir besoin qu'on l'amène à percevoir et à ressentir son axe afin d'accéder à un étayage, un ressenti procuré par sa propre charpente interne : son rachis. Le handling dépeint quant à lui les manipulations du corps : soins de toilette, habillage, échanges cutanés... Pendant longtemps, le travail axé autour du réinvestissement de sa main avec des toucher-massages a porté cette connotation. « *Je n'aime pas prendre soin de moi. Par contre, c'est vrai que ça me fait du bien quand c'est vous qui le faites.* »

Le patient semble avoir besoin de l'autre (soignant, infirmier, médecin...) pour se soustraire de ses symptômes et palier à la douleur dont ils sont souvent générateurs. Pour autant, la douleur ne s'inscrit pas toujours au centre des premières préoccupations.

⁴⁶ LE BRETON D, 2006, p 15

⁴⁷ Cours de psychologie (2013-2014), FRADET-VALLEE Yolande, 2^{ème} année, IFP Paris

4.2 Quand la souffrance prend le relais

La souffrance serait le fait de ressentir une douleur en continu. Comme contenue par la souffrance, la douleur envahirait l'homme dans toute l'épaisseur de son être en investissant à la fois les dimensions physiques et psychologiques.

« *Je souffre mais j'essaie d'intégrer la douleur parce que de toute façon je vis avec.* » Chez Monsieur N, il me semble que la souffrance soit l'écho d'une douleur sans frontière. Monsieur N expose dans ses propos une douleur intégrée. Elle paraît ainsi avoir franchi la dimension psychique. Ne pouvant se positionner vis-à-vis de son état de santé, la question de son évolution et par conséquent de son existence semble glisser du côté de la souffrance en tant que douleur morale. « *Je ne vais pas vous mentir, je me demande vraiment ce que je vais devenir. Et combien de temps cela va durer.* »

Monsieur J a du mal à mettre des mots et du sens sur son état psychologique. Afin de l'accompagner dans ce sens, je lui propose de faire un état des lieux de son état (psychique et physique) en passant par une production écrite (représentation de soi). Monsieur J réalise un premier tracé. D'un air peu satisfait, il demande à recommencer au verso de la feuille. « *Ce n'est pas assez gros en fait.* » Une fois terminé, j'invite Monsieur J à m'expliquer ce qu'il a dessiné. Les yeux tournés vers sa production, il me lance d'une voix tremblante : « *C'est une tombe. Je me sens abattu. C'est comme ça tout le temps en ce moment. (cf. annexes 2 et 3 p 79-80)* » Monsieur J justifie son état par une fatigue écrasante. « *Je n'ai plus de force.* » L'asthénie qu'il souligne ici, semble étroitement liée à une aboulie. Les manifestations dépressives de Monsieur J font écho à l'impact de son intégrité corporelle et mettent en évidence un état de souffrance.

Selon Michèle Chahbazian, médecin et psychiatre, la souffrance est « comme toute caractéristique typiquement humaine et indissociable de la vie, il faut pouvoir l'intégrer de façon à ce qu'elle participe, elle aussi, à ce grand équilibre que la vie met en jeu.⁴⁸ » Chez Monsieur N, la souffrance ne paraît pas encore acceptée et intégrée. La souffrance apparaît chez lui comme identitaire : « *Je souffre donc je suis* ». Contrairement à Monsieur N, Monsieur J n'est pas en mesure de mettre des mots sur sa souffrance. C'est à travers divers passages par l'acte que Monsieur J l'exprime symboliquement. Inscrit dans le déni, Monsieur J fait semblant que tout va bien et tente d'annihiler la souffrance pour qu'elle se taise. Pourtant, même muette, la souffrance reste présente.

⁴⁸ CHAHBAZIAN M, 2007, p 31

5 Le traumatisme

Le traumatisme vient du grec ancien *τραῦμα* (trauma) qui signifie « blessure ». « Le traumatisme est un état général particulier, créé de toutes pièces par l'action d'une violence extrême sur notre organisme. Le trauma désigne quant à lui, les conséquences de ce dernier.⁴⁹ »

Depuis son accident, Monsieur J explique qu'il fait couramment des cauchemars. « *Mes cauchemars sont presque tout le temps liés à l'accident.* » Ces manifestations touchent de près le traumatisme. Redondantes et persistantes, elles font référence à un état de stress post-traumatique. « L'état de stress post-traumatique implique le développement de symptômes caractéristiques suite à l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême « hors du commun » capable d'entraîner la mort, de constituer une menace de mort ou une blessure sévère.⁵⁰ » Encore aujourd'hui, Monsieur J a du mal à se défaire du traumatisme. L'intrusion du traumatisme fait régulièrement irruption dans la vie du sujet.

5.1 Événement traumatique ou traumatogène ?

Face à un événement potentiellement traumatisant, ce qui apparaît traumatique pour une personne pourra ne pas l'être pour une autre et vice versa. Les traits de cet événement s'inscrivent dans une approche et une interprétation singulière de ce dernier. Ainsi, il me semble plus adéquat de parler d'événement traumatogène. Ce qui devient traumatique n'est pas l'événement en lui-même mais le vécu du sujet teinté de sa subjectivité⁵¹.

Lors des premiers entretiens, Monsieur J expose le contexte de son accident. L'écoulement de son sang semble constituer l'événement traumatogène. « *Je me vidais de mon sang. J'ai pensé que j'allais mourir.* » Il explique avoir notamment fait un cauchemar pendant lequel « *il y avait du pus qui sortait* » de sa main.

Pendant les vacances de Noël, Monsieur J est parti en vacances à la mer. Il explique s'être baigné avec un gant par peur que son sang coule dans l'eau.

Souvent, en rééducation, Monsieur J demande à ce que le soignant vérifie si les chairs de sa main ne sont pas rouvertes. Un jour, j'ai proposé à Monsieur J de mobiliser sa main afin de lui prouver qu'il avait encore des potentialités et pouvait utiliser la préhension dans certaines activités. Très rapidement, il m'a regardé, l'air inquiet et m'a lancé : « *Je crois que ma cicatrice s'est ouverte. Est-ce qu'il y a du sang qui sort ?* »

⁴⁹ PINTO R, 2009, p 226

⁵⁰ DIERICK M, ANSSEAU M, D'HAENEN H, PREUSKENS J, LINKOWSKI P, 2003, p 254

⁵¹ DE SOIR E, DAUBECHIES F, VAN DEN STEEN P, 2007

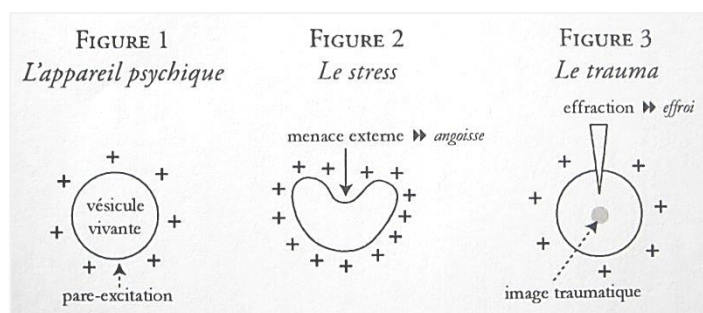
A travers ces différentes manifestations, Monsieur J semble présenter une angoisse de liquéfaction. Selon, Eric Pireyre, psychomotricien, l'angoisse de liquéfaction fait référence à « l'angoisse de s'écouler et de se répandre.⁵² » Monsieur J semble s'inscrire dans cette angoisse corporelle qu'il amorce selon différents aspects et situations.

Le traumatisme semble s'exprimer sous différentes formes. Pour autant, toutes ces expressions gardent plus ou moins la même trame.

5.2 Une blessure invisible

Le traumatisme s'insinue au sein même de notre psychisme. Il coïncide avec une manifestation de sidération, d'effroi, de terreur, généralement lié à un vécu de mort imminente ; le sujet n'a pas la possibilité de se défendre ni d'anticiper la situation traumatique. Le traumatisme frappe à l'aveugle.

Freud compare l'appareil psychique à un volume : une vésicule vivante, délimitée par une membrane : la « pare-excitation » qui « opérerait comme un bouclier par rapport à l'excitation.⁵³ » Le stress, souvent concomitant au trauma va avec sa charge énergétique venir appuyer sur la vésicule et la déformer. Porteur d'une trop grande quantité d'énergie, le traumatisme va quant à lui traverser la membrane de pare-excitation. La quantité d'énergie va alors pénétrer l'appareil psychique. Le trauma rentre de façon brutale et vient s'incruster à l'intérieur de soi.



Lors de l'accident, la peau n'a pas pu résister. « *J'ai tout le temps peur que mes cicatrices s'arrachent. C'est pour ça que ma main droite je ne l'utilise pas vraiment.* » Ici, Monsieur J exprime une peur que l'événement traumatogène revienne.

⁵² PIREYRE E. W, 2011, p 145

⁵³ BALESTRIERE L, 2008, p 73

Chez Monsieur N, l'événement traumatogène semble en lien avec l'aspect intrusif des traitements. « *Je ne veux plus que l'on me touche le dos. C'est fini. Je ne veux plus souffrir ni être charcuté.* »

Dans cette perspective, il me paraît pertinent d'évoquer le rôle pare-excitateur du soignant. En psychomotricité, chez Monsieur J et Monsieur N, le toucher-massage permet de redonner une contenance à l'image d'un « film protecteur » qui délimite le corps. Souvent demandeur du toucher-massage, je demande à Monsieur J de m'expliquer ce qu'induit, chez lui, cette pratique. « *Quand vous passez le ballon sur l'ensemble de mon corps, je sens bien mes limites corporelles.* » Le rôle pare-excitateur du soignant permet d'accompagner le patient à prendre conscience de toutes ses potentialités et à s'inscrire dans l'ici et maintenant.

5.3 Un temps suspendu entre la vie et la mort

Le traumatisme impacte l'élan vital. Il marque un moment de rupture dans le sentiment de continuité existentielle. Il s'agit d'une confrontation subite avec le réel. Louis Crocq, psychiatre et docteur en psychologie, et François Lebigot, psychiatre comparent l'événement traumatogène à « une rencontre intime avec le visage authentique de la mort.⁵⁴ »

« *Je me demande à quoi ça sert de continuer. Regardez-moi, il n'y a pas d'amélioration. C'est toujours pareil.* » Ici, Monsieur N paraît inscrit du côté de la pulsion de mort. Figurée par Thanatos, la pulsion de mort est une pulsion de destruction qui rompt les rapports et brise les choses.⁵⁵ Pourtant, Monsieur N manifeste également des expressions apparentées à la pulsion de vie. « *Même si je sais que ça va prendre du temps et être difficile, je veux m'en sortir. J'ai encore plein de projets.* » Eros fait référence aux pulsions d'autoconservation ainsi qu'aux pulsions sexuelles qui participent à la conservation de soi ainsi qu'à la pérennité de l'espèce. Selon Freud, les pulsions de vie (Eros) et les pulsions de mort (Thanatos) s'affrontent en nous et participent au fonctionnement de l'individu.

L'expression et la redondance de l'événement traumatogène pourra entraîner une disjonction et donner davantage la parole à Thanatos ; même discret, Eros apparaît toujours présent.

⁵⁴ DE SOIR E, 2010, p 70

⁵⁵ JAQUET C, NEVEU P, PIREYRE E. W, SAINTE MAREVILLE F, 2014, p 153

PARTIE 2 : Un corps qui n'est plus le mien

En médecine, on entend par « corps étranger », un élément que le corps ne reconnaît pas comme « soi⁵⁶ ». Derrière une pluralité de définitions, le corps étranger semble s'immiscer au-delà des barrières immunitaires.

N'y a-t-il rien de plus étranger que de se sentir « délogé » de son propre corps lorsque ce dernier n'apparaît et ne répond plus de la même façon ? Le corps devient alors étranger mais aussi étrangement inquiétant. Mais où commence l'étrangeté du corps ? Sous toutes ses formes, des plus superficielles (modifications cutanées) aux plus profondes (changements psychiques), l'étrangeté vient colorer la singularité de chacun.

Visiter le « soi » de l'homme paraît être la meilleure façon d'explorer ce sentiment étrangement étranger. De la sensation à l'impression, le corps étranger semble s'inscrire au croisement de l'objectivité et de la subjectivité.

1 Une étrangeté qui résonne

Certaines modifications corporelles peuvent conduire le sujet à un sentiment d'anormalité. Ces fluctuations font écho à des éprouvés qui résonnent étrangement en soi. Comme dans une forme de déréalisation, la sensation d'étrangeté induit une rupture, une perte de réalité qui se range du côté de l'inhabituel, parfois de l'inconnu.

1.1 L'espace corporel : un ancrage de vérité

Le corps représente un espace délimité et habité par le sujet. J'apparente l'espace corporel à un lieu d'authenticité dans le sens où celui-ci ne peut pas mentir. Support de l'atteinte corporelle, le corps peut facilement basculer du familier à l'étrangeté.

Entre les opérations, les traitements et les séquelles, Monsieur N verbalise ne pas reconnaître son corps comme sien. « *Depuis que je suis malade, j'ai l'impression que mon corps ne m'appartient plus.* » Suite à l'opération qui a touché sa colonne vertébrale, il explique que ses jambes ne répondent plus et ne lui permettent plus de vivre comme avant. Depuis l'aube de son existence, Monsieur N a construit des repères corporels lui permettant

⁵⁶ Le « soi » peut être défini comme l'ensemble des tissus, cellules et molécules faisant partie intégrante de l'organisme, et codés par le génome.

d'habiter son corps, de le sentir et de le mettre en mouvement. Il semble que les séquelles de son opération aient entraîné une perte de ses points d'appuis corporels. A son arrivée en séance, Monsieur N réalise un transfert pour venir s'allonger sur le plan bobath⁵⁷. Ses jambes ne suivent pas le reste de son corps. La psychomotricienne s'approche alors pour l'accompagner dans son déplacement. « *Non, je ne veux pas que l'on m'aide, je veux y arriver tout seul. Laissez-moi le temps ça va venir.* ». Monsieur N regarde ses jambes et déplace son bassin sur le côté afin de réaliser un contre poids. « *Voilà, c'est bon. Il faut aussi que je regarde en fait parce que je ne sens rien.* » Selon Husserl, « l'unité du corps n'est pas seulement une perception externe mais est déterminée par une aperception (appréhension, prise de conscience). » Monsieur N me renvoie l'image d'un pantin désarticulé. Il présente tous ses membres mais certains d'entre eux (membres inférieurs) ne se mettent plus en marche. Je perçois un corps, une unité qui apparaît scindée entre efficience et déficience.

De l'atteinte corporelle aux séquelles, en passant par les traitements voire les opérations, le corps apparaît comme confiné par l'étrangeté. Des os qui se ressoudent à la peau qui tire parce qu'elle cicatrise, cette étrangeté semble habiter le corps dans toutes ses couches. Elle marque le passage de l'atteinte corporelle.

Monsieur J arrive en séance de psychomotricité. Il s'assoit et se masse l'épaule droite. « *J'ai tout le temps des douleurs musculaires et l'épaule droite est plus élevée. Avant mon accident, ce n'était pas comme ça.* » Monsieur J se regarde dans le miroir. « *Vous avez vu, elle est plus haute.* » Faisant en sorte d'éviter de mobiliser sa main droite, Monsieur J apparaît dans la maîtrise, dans un contrôle entraînant un amas de tensions musculaires qui viennent se nicher au niveau de l'épaule ; elles matérialisent ici une véritable carapace tonique. D'une certaine façon, le corps semble répondre à l'atteinte qu'il a endurée. Ce n'est pas seulement ce qui l'habite (élément étranger) ou ce qu'il arbore (atteinte cutanée) qui le rend étranger mais l'inhabituel qu'il incarne.

1.2 Un corps mentalisé

J'entends par mentalisation une représentation mentale. En appui sur les organes des sens, la mentalisation des éprouvés corporels permettraient d'accéder à une représentation, à une image mentale de ces derniers. Selon Sophie Marinopoulos, psychologue et

⁵⁷ Le plan bobath est une table de kinésithérapie. En séance de psychomotricité, le plan bobath utilisé a le format le plus large (1m40 x 2m voire 2m x 2m).

psychanalyste, « mentaliser n'est pas intellectualiser. Confondre ces deux approches de l'homme peut entraver sa compréhension, ou nous rendre sourds aux expressions de ce corps bavard. Mentaliser, ce n'est pas raisonner, c'est se laisser aller à éprouver, c'est laisser rentrer en son corps quelque chose de la sensation et tenter de la visualiser.⁵⁸ »

1.2.1 Partir de l'éprouvé corporel...

L'éprouvé corporel se base sur les ressentis et les sensations. Il s'étaye sur les organes des sens. « L'homme éprouve toutes sortes de sensations par l'intermédiaire de ses organes des sens. Ces portes d'entrée des impressions provenant de la Nature, sont des récepteurs, qui apportent spontanément au cerveau toutes sortes d'informations sensorielles.⁵⁹ »

Souvent, à son arrivée en psychomotricité, Monsieur J se plaint de sa main droite qui est froide. « *Ma main est toujours froide. On dirait qu'elle est morte.* » Il distingue ce ressenti de son autre main qui apparaît plus chaude. Il reconnaît qu'en évitant de la mobiliser, le sang ne circule pas aussi bien que dans l'autre main et pourrait ainsi participer à la sensation de froideur. Monsieur J explique qu'il ne sent plus et ne voit plus sa main droite « *comme une main.* » La psychomotricienne lui propose alors, les yeux fermés, d'utiliser le toucher pour essayer de percevoir les contours, les volumes et les reliefs de sa main. « *Si je ferme les yeux et que je touche mon moignon [IV doigt], je ne peux pas savoir que c'est un doigt. Mais si je remonte. Ça pourrait peut-être être un doigt.* »

Suite à une atteinte corporelle, le toucher et la vue caractérisent deux sens incontournables. Le toucher va permettre de contacter, de parcourir une surface en prêtant attention à sa texture, sa chaleur, ses reliefs... La vue dépeint quant à elle une sorte de miroir, un retour objectif.

Dans son exploration, Monsieur J explique percevoir les parties de sa main qui ont été impactées par l'accident et l'opération. Il s'arrêtera à plusieurs reprises sur ses cicatrices en insistant sur celle de la commissure. « *Ma cicatrice n'est pas lisse. Elle est en relief.* »

En appui sur les expériences, le toucher, privé de la vue induit des éprouvés particuliers et par conséquent apporte au sujet une représentation mentale exclusive. Dans cette situation, la vue n'engendre pas d'interférence.

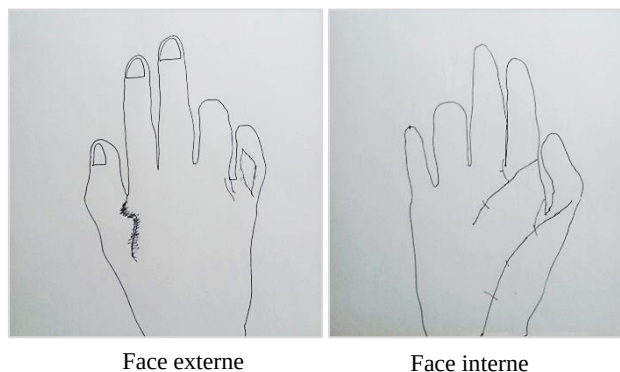
« *Je préfère fermer les yeux parce que je sens mieux.* » Les yeux fermés, Monsieur J apparaît plus à l'écoute de son corps, il explore sa main sans se cantonner à un effleurement.

⁵⁸ MARINOPOULOS S, 2014, p 69 - 70

⁵⁹ HUGUES D'ALMEIDA A, 2008, p 28

Lorsqu'il regarde sa main, Monsieur J manifeste une sorte de répulsion, de dégoût. Comme « paralysé » par son aspect physique, Monsieur J semble se limiter au regard et évite d'utiliser sa main.

En utilisant le toucher et la vue et en s'aidant des contours, la psychomotricienne propose à Monsieur J de dessiner sa main. En la représentant, Monsieur J vient laisser une trace de cette dernière. Le dessin reflète le corps d'une nouvelle façon.



La perte sensorielle concourt à une perte de repères corporels. Néanmoins, parfois la privation d'un canal sensoriel (comme la vue) peut apporter d'autres points d'appui. C'est en multipliant les expériences, en exerçant des allers-retours entre les différents organes des sens, que le sujet pourra accéder à une image authentique de lui et de son corps. « Notre corps parfois corps objet, corps douloureux, corps encombrant, corps absent, devient un corps perçu, présent.⁶⁰ »

1.2.2 ... pour le mentaliser

Le corps, dans tout son état s'exprime au cerveau par différents canaux de neurones, spécifiques d'une zone cérébrale. Selon Antonio Damasio, neuroscientifique, « ils [les réseaux de neurones] représentent l'état du corps ; littéralement parlant, ils cartographient le corps pour lequel ils œuvrent et constituent une sorte de représentant, de double neural de celui-ci.⁶¹ » C'est en passant par le cerveau que les éprouvés corporels trouvent une représentation. Les voies sensibles : l'interoception⁶², la proprioception⁶³ et l'extéroception⁶⁴

⁶⁰ <http://bodylifecoaching.fr/le-corps-comme-point-d-appui>

⁶¹ DAMASIO A, 2010, p 52

⁶² L'interoception correspond aux sensations viscérales.

⁶³ La proprioception regroupe les sensibilités musculaires, articulaires et la sensibilité labyrinthique ou vestibulaire. Elle constitue le système musculo-squelettique.

⁶⁴ L'extéroception regroupe les cinq fonctions sensorielles spécialisées, soit la vision, l'audition, l'olfaction, le goût et le tact.

contribuent à la transformation des sensations du corps en « cartes » que l'on pourrait nommer « cartes sensibles ».

A chaque séance, Monsieur J utilise sa main droite pour nous saluer et nous dire au revoir. Les premières tentatives n'ont pas été très convaincantes, Monsieur J apparaît replié sur lui-même. Son attention est fixée sur sa main droite et centrée sur celle de l'intervenant. « *Faut que je fasse attention à comment je mets ma main pour ne pas que je me fasse mal.* » Même s'il ne le verbalise pas explicitement, la question du regard de l'autre semble tout autant préoccupante. « *C'est vrai que je n'ai pas envie qu'on la regarde.* » Après plusieurs mois de suivi et de persévérance, Monsieur J semble avoir intégré le « chemin » permettant de s'adapter à la fois à lui et à l'autre. « *A force de vous serrer la main, je sais comment je dois m'orienter par rapport à vous. C'est pour ça que j'y arrive mieux aujourd'hui.* » Ici, ce sont la proprioception et l'extéroception qui ont permis à Monsieur J d'y parvenir.

Toute manifestation du corps aboutit à de nouvelles cartes. Dans une dynamique interactionnelle et adaptative, ces cartes apparaissent en permanence actualisées par le cerveau. Benoît Lesage parle « d'éprouvés inconscients du corps dans la mesure où toutes ces données sont intégrées dans le cerveau qui construit ainsi en permanence des cartes, des représentations d'un état donné du corps.⁶⁵ »

Edifié sur une intégration corporelle, le sentiment de soi semble s'étendre de la sensation au système nerveux. Pour aller plus loin, l'interaction du corps avec son milieu semble s'articuler avec les éprouvés et la mentalisation de ces derniers. Le passage par différents canaux sensoriels permettent au sujet de construire voire de retrouver certains repères corporels, des points d'appuis nécessaires pour habiter son corps et le mettre en marche.

2 Dérèglement au cœur du corps

Le corps fonctionne selon son propre rythme. Un rythme « fondamental pour la plupart des espèces, car tous les êtres le suivent de la bactérie à l'homme. C'est le rythme circadien ou rythme de 24 heures.⁶⁶ » Tout comme son corps, l'homme présente un lien avec le temps. Ce rapport forge une identité temporelle originale. L'identité temporelle du sujet reste néanmoins intimement liée à l'identité temporelle de son organisme. Comme deux horloges, leurs aiguilles s'accordent.

⁶⁵ LESAGE B, 2012, p 25

⁶⁶ SCHWOB M, 2007, p 38

L'impact de l'intégrité corporelle se rapporte indéniablement sur l'organisme. En quoi cette atteinte vient-elle bouleverser les rythmes internes du sujet ? Ce chamboulement organique participerait-il au sentiment d'étrangeté ?

2.1 Des aiguilles qui tournent

On entend par rythme biologique, la « variation périodique ou cyclique d'une fonction particulière d'un être vivant.⁶⁷ » Il peut être physiologique (rythme cardiaque), biochimique (rythme hormonal) ou encore comportemental (rythme nyctéméral, de satiété). Les rythmes biologiques suivent et s'adaptent à la cadence de l'horloge biologique.

Selon les recherches scientifiques, on peut distinguer deux types d'horloges : centrale et périphérique. En 1965, Curt Richter, neurobiologiste, met en évidence, chez les mammifères, le siège de l'horloge interne dans le cerveau. Cette horloge orchestre l'organisme en suivant le rythme circadien.⁶⁸ L'organisme paraît également non pas doté d'une mais « d'horloges périphériques localisées dans chaque organe (cœur, poumon, foie, muscles, reins, rétines...). Elles permettent d'optimiser le fonctionnement de chaque organe en fonction du contexte environnemental. Elles servent de relais entre l'horloge interne qui impose son rythme circadien, et l'environnement qui peut induire des situations nécessitant des adaptations.⁶⁹ »

Dans les premières secondes qui ont suivi son accident, Monsieur J manifeste une horloge biologique à l'image de sa peur et de son stress. Les rythmes biologiques matérialisés par les aiguilles tournent à toute vitesse.⁷⁰

Ce bouleversement ne semble pas pour autant se limiter aux premiers temps de l'atteinte corporelle ; devant les manifestations physiques et psychologiques du sujet, il apparaît persistant.

Monsieur J a conscience que son appétit a diminué depuis son accident. « *Déjà avant je ne mangeais pas beaucoup* ». Il explique avoir une drôle de sensation au niveau de la gorge. « *J'ai l'impression que ça [l'œsophage] s'est rétréci. Y'a plus rien qui passe.* ». Peut-être que sa perte d'appétit serait en lien avec un état d'angoisse. Monsieur J n'arrive pas à mettre de sens sur sa perte d'appétit. Elle apparaît chez lui, comme normale et passagère : « *ça va revenir.* »

⁶⁷ CHARTON L, LEVY J, 2009, p 213

⁶⁸ KOLB B, WHISHAW I, 2002

⁶⁹ <http://www.inserm.fr/index.php/layout/set/print/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/chronobiologie-les-24-heures-chrono-de-l-organisme>

⁷⁰ Cf. Supra. 1.1 Une réponse immédiate et automatique de l'organisme. p 30

Assailli par ses pensées, Monsieur J relate également avoir du mal à s'endormir. L'appréhension de faire un cauchemar accentue les difficultés d'endormissement. Il dépeint se coucher de plus en plus tard et moins dormir qu'auparavant.

L'atteinte corporelle semble avoir entraîné un ensemble de perturbations. « *J'ai vraiment l'impression d'être décalé.* » En s'adaptant aux manifestations internes et externes, l'organisme apparaît comme déphasé.

Tout comme Monsieur J, Monsieur N expose de grandes difficultés pour s'endormir. « *Je pense tout le temps. A chaque fois je me demande si ça va revenir [la sensibilité et l'usage de ses jambes].* » Depuis son opération, il explique ne plus faire de nuit complète. « *Tout le temps je me réveille vers 2-3 heures du matin. Je m'octroie alors souvent un moment pour manger du chocolat et après ça va mieux. Ça me fait du bien même si je sais que ce n'est pas bon d'en abuser.* » Monsieur N m'a confié avoir certaines compulsions alimentaires. « *J'ai tout le temps faim. Ça me fait du bien de manger. C'est un peu un réconfort.* » Contrairement à Monsieur J, Monsieur N présente une faim constante. En mangeant à répétition, Monsieur N semble combler un vide intérieur. A travers ces conduites, il me renvoie l'image d'une personne qui cherche à remplir un vide existentiel.

Finalement, « l'horloge biologique assure la synchronisation interne par la coordination entre les différents changements internes de l'organisme, tout en étant elle-même synchronisée par rapport à l'environnement, de telle sorte que la période de l'horloge soit ajustée en permanence aux rythmes environnementaux.⁷¹ » Lorsque l'horloge biologique apparaît désynchronisée, la perception de ce rapport intrinsèque entre milieu interne (l'organisme) et milieu externe (l'environnement) peut favoriser l'émergence d'un sentiment intime d'étrangeté.

2.2 Un corps qui nous échappe

« Une personne nouvellement traumatisée doit s'adapter au nouveau fonctionnement de son corps et réapprendre un grand nombre de fonctions vitales telles que : toucher, uriner, déféquer, procréer et, en général, découvrir son corps, son nouveau fonctionnement, ses nouvelles limites.⁷² »

⁷¹ AUBIN F, HUMBERT P, 2001, p 122

⁷² MARZANO M, 2007, p 45

Au cours de mon stage, j'ai rencontré un patient, Monsieur E. Suite à une défenestration, il présente une atteinte neurologique au niveau de ses jambes et de ses sphincters. Tout comme Monsieur N, il est contraint à réaliser des sondages urinaires. Quand le corps est touché, parfois, le patient doit apprendre à l'aide de moyens détournés ou encore artificiels à gérer certaines fonctions vitales. « *Toutes les 4 heures je dois réaliser un sondage. Même la nuit je suis obligé de me réveiller.* » Monsieur E dépeint une vie rythmée autour de ses sondages.

Chez le petit enfant, la découverte du corps et de son fonctionnement participent au sentiment de dépendance. C'est par les soins parentaux qu'il va parvenir à comprendre et à maîtriser son corps. Habiter un nouveau corps ramène le sujet à quelque chose de très archaïque. A travers ses verbalisations, Monsieur N illustre une forme de régression au stade de l'enfance. « *J'ai vraiment honte ! Vous vous rendez compte, à 32 ans je porte une couche. Je ne peux même plus aller aux toilettes.* » Devant cette forme de régression, Monsieur N apparaît en quête d'autonomie⁷³. Avant de les réaliser seul, Monsieur N était accompagné d'un infirmier lors de ses sondages. Monsieur N met ainsi en avant le caractère importun de l'autre. Il explique avoir tout fait pour pouvoir s'auto-sonder ; une démarche qui porte la symbolique d'une autonomie et d'une indépendance⁷⁴ : « *J'ai dû apprendre à faire les sondages moi-même.* »

En s'ajustant aux manifestations internes et externes de l'homme, l'horloge biologique continue de tourner et s'éloigne parfois de l'habituel. Non palpable et incoercible, elle nous joue quelquefois des tours. Surpris de ce qui se passe au plus profond de nous-même, c'est ce sentiment de non maîtrise et d'imprévisibilité qui apparaît au cœur même d'éprouvés étrangement étranges.

3 Un corps remanié

J'entends par « corps remanié », un corps changé, bouleversé et que l'on ne reconnaît plus. Dès l'instant où l'intégrité corporelle a été touchée, le corps dans son contenu comme dans son habitacle peut être le siège d'une restructuration. Ce « remodelage corporel » peut

⁷³ L'autonomie se définit par la capacité à se gouverner soi-même. Elle présuppose la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir.

⁷⁴ L'indépendance est la possibilité pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement.

également être renforcé par l'intrusion des traitements et des opérations. Le sujet ne perçoit plus les traits de son corps comme sien.

3.1 Un schéma corporel impacté

En 1970, Julian De Ajuriaguerra, neuropsychiatre et psychanalyste, définit le schéma corporel. « Edifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques, visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique qui fournit à nos actes comme à nos perceptions le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification.⁷⁵ » Lié à l'équipement neurosensoriel du sujet, le schéma corporel apparaît comme une donnée anatomique universelle. Cette représentation s'érige sur les sensations et les ressentis corporels. Le schéma corporel intervient également dans la dimension spatiale du corps permettant au sujet de s'adapter à son environnement.

3.1.1 Un « modèle anatomique de base »

En appui sur son ancien modèle anatomique, Monsieur J exprime ne plus percevoir sa main droite comme une main. L'amputation du IV et V doigt semble avoir altéré physiquement, fonctionnellement et psychiquement le modèle anatomique de Monsieur J. « *Ce n'est plus une main que j'ai. Il me manque des bouts de doigt. Regardez !* », « *Je ne peux plus rien faire. C'est galère.* »

Le schéma corporel dépeint la connaissance et la conscience que l'on a de son corps et par conséquent de soi-même. Selon Pierre Bonnier, neurologue et psychiatre, le schéma corporel sert à dessiner les contours du corps, ses membres et ses organes.⁷⁶ En esquisant les contours du corps, le schéma corporel permet au sujet de percevoir ses limites corporelles.

Monsieur J et Monsieur N sont souvent demandeurs du passage d'une balle autour de leur corps. Sentir leurs limites corporelles semble leur procurer le sentiment d'unité. Monsieur N l'illustre très justement : « *Quand je sens les limites de mon corps, j'ai l'impression d'avoir un corps entier où tout se suit. C'est comme si je n'étais pas malade et que je marchais de nouveau.* » Faire ressentir le schéma corporel permet au sujet de limiter son corps pour mieux le sentir et l'habiter.

⁷⁵ ANDRE P, BENAVIDES T, CANCHY-GIROMINI F, 2004, p 234

⁷⁶ Cours de psychomotricité (2012-2013), PAVOT Cécile, 1^{ère} année, IFP Paris

3.1.2 L'amputation

L'amputation se caractérise par une rupture soudaine avec le « modèle anatomique de base ». Elle affecte l'intégrité corporelle du sujet en tendant à supprimer la partie déficiente qui peut mettre en danger le reste du corps. Globalement, on distingue trois catégories d'amputation : traumatique, pathologique (due à une maladie) et congénitale (suite à une malformation).

Chez Monsieur J, l'amputation est traumatique. Souvent, elle représente « une forme « d'obligation » de l'amputation : l'arrachement du membre, son écrasement, dépassant de façon évidente toute ressource thérapeutique, ne laissant pas d'autres voies qu'une régularisation chirurgicale.⁷⁷ » « *J'ai conscience que les médecins n'ont pas eu un autre choix que de m'amputer.* » Il explique néanmoins que ce passage obligé reste un moment difficile, un moment qu'il n'arrive toujours pas à surmonter. « *Franchement je n'arrive toujours pas y croire.* » Souriant, il me lance : « *Je sais que ça n'est pas possible mais parfois je me dis qu'ils [IV et V doigt] vont repousser.* »

A la suite d'une amputation, certains patients vont être appareillés. « Porteuse de sens, la prothèse s'intègre comme extension du corps propre pour agir et interagir avec le monde.⁷⁸ » La prothèse vient donner du sens. En comblant la partie déficiente, le sujet se familiarise de nouveau avec son « modèle anatomique de base ». Néanmoins, même en présence de prothèse, le corps porte une marque irréversible, celle de la perte d'une partie de son intégrité.

3.1.3 La greffe

La greffe désigne la « transplantation d'un organe ou d'un tissu appartenant à un individu sur lui-même ou sur une autre personne.⁷⁹ » La greffe vient combler un vide. Elle ajoute un nouvel élément permettant de restaurer le schéma corporel.

Suite à son accident, Mr J a reçu deux greffes de peau⁸⁰, réalisées à partir d'un lambeau prélevé sur son avant-bras droit. « *Elles se voient. La peau n'a pas la même couleur ni la même texture que ma main.* » La peau greffée apparaît en effet plus claire et plus lisse. Même lorsque la greffe vient de soi, elle peut être vécue comme étrangère dans le sens où elle affiche une différence ; il y a un changement dans la topologie du corps.

⁷⁷ MARZANO M, 2007, p 62

⁷⁸ JUNKER-TSCHOPP C, 2012, p 52

⁷⁹ <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/greffe/>

⁸⁰ Cf. Supra. 1.2 Histoire de l'atteinte corporelle. p 9-10

Monsieur J explique ne pas comprendre pourquoi la peau greffée est si différente. En englobant l'ensemble de notre corps, la peau nous apparaît tel un organe externe continu. Néanmoins, en l'observant de plus près, on se rend compte que sa pigmentation et sa texture diffèrent d'une partie à une autre.

La greffe demande de savoir accueillir l'autre ; un autre qui ne relève pas toujours du soi (une transplantation de cœur par exemple). L'acceptation de la greffe émerge d'une intégration de cette dernière. De ce fait, la greffe caractérise « un schéma en construction, un schéma vivant qui intègre, modifie ou rejette ce qui lui est présenté. Ainsi, chaque greffe est en quelque sorte une proposition [...] de modifier son schéma corporel.⁸¹ »

3.2 Mon corps et ses images

« Je tiens l'Image du Corps pour la substance même de notre moi. Nous ne sommes pas notre corps en chair et en os, nous sommes ce que nous sentons et voyons de notre corps : je suis le corps que je sens et le corps que je vois.⁸² » Juan David Nasio, psychiatre et psychanalyste, définit ici l'image du corps. Reflétant à la fois le passé et le présent, l'image du corps ne paraît pas fixe mais en perpétuel remaniement. L'image du corps figure l'image que nous nous faisons de nous, de notre corps. Cette dernière apparaît néanmoins tronquée. « Nous ne percevons jamais notre corps tel qu'il est mais tel que nous l'imaginons.⁸³ »

3.2.1 Un corps réel

« *J'ai vraiment mal à côté de la cicatrice. C'est à cause de la tumeur.* » Monsieur N prend la main de la psychomotricienne et la positionne sur le point douloureux. « *Oui, c'est là ! Vous pouvez garder votre main appuyée dessus. Ça me fait du bien.* » Après quelques minutes, la respiration de Monsieur N apparaît plus calme et plus fluide. Il me donne l'impression d'un poids qui a été lâché. « *Je sens que mon dos se relâche. Je ne pense à rien, juste j'écoute mon corps et ça me fait du bien.* » Le corps réel illustre le corps que je ressens.

Juan David Nasio, dépeint le corps réel comme une « matière vivante où naît l'excitation suivie de sa réponse. [...] Le corps réel est le lieu où se produit l'événement sensoriel brut.⁸⁴ »

⁸¹ GOFFI J-Y, 2006, p 85

⁸² NASIO J.D, 2013, p 79

⁸³ Ibid. p 92

⁸⁴ NASIO J.D, 2013, p 8

Monsieur J présente un visage grimaçant. Il perçoit des douleurs neuropathiques au niveau des IV et V doigt qui contactent la surface de la table. « *Je ne sais pas comment vous expliquer ce que je ressens. En fait, c'est comme si vous ne sentiez plus votre main tellement elle est froide et que vous la passiez sous l'eau chaude.* » Plus qu'imprégné, le corps réel incarne et porte authentiquement les éprouvés du sujet.

3.2.2 Un corps reflété

Monsieur J se regarde dans le miroir. Se redressant, il lance à la psychomotricienne : « *Là, on n'a pas envie de venir m'embêter hein.* » Il laisse transparaître une « image » où il apparaît sûr de lui, plus redressé et plus ancré au sol.

Contrairement au miroir, le regard (de soi ou de l'autre) ne réfléchit pas toujours objectivement l'image du corps. Le regard semble comme voilé par les émotions, les sentiments et les souvenirs.



Devant un meilleur investissement de sa main, la psychomotricienne propose à Monsieur J de se représenter. Monsieur J se dessine en entier sans oublier sa « *gueule.* » Dépeints péjorativement, les traits de son visage apparaissent durs. Sans doute font-ils le lien avec une difficulté à s'accepter tel quel. « *Les bras sont trop gros. Ce n'est pas moi ça.* » Il explique qu'il n'arrive pas à dessiner les doigts de la main gauche. La psychomotricienne lui fait remarquer que les deux mains sont assez semblables dans le tracé. « *Je refais la main gauche à côté alors.* » Représentée dès le départ plus petite que la main gauche, la main droite semble ne pas apparaître suffisamment petite pour lui. Ce n'est pas la morphologie de sa main qui lui pose problème mais la dimension de cette dernière. Dans ce contexte, c'est l'image du corps qui résonne.

Une fois installé, Monsieur N soulève son tee-shirt de façon à ce que l'on puisse percevoir sa cicatrice : « *Alors elle est comment ? Dîtes moi, comment vous la trouvez ? On l'a déjà prise en photo donc je sais à quoi elle peut ressembler. Je l'ai déjà vue.* » Monsieur N dénonce une « *vilaine cicatrice.* » Il la décrit plus grande que ce qu'elle n'est réellement. Les interrogations de Monsieur N apparaissent comme une tentative pour se rassurer ou pas.

Lorsque Monsieur N pose ses questions, son regard est tourné vers son interlocuteur. L'autre fait ainsi office de miroir. Il essaie alors de discriminer les éprouvés de ce dernier.

« *Attention, il y a ma cicatrice.* » Souvent, lorsque la psychomotricienne pose sa main autour de sa cicatrice, Monsieur N a l'impression qu'elle est dessus. La perception de sa cicatrice apparaît faussée par ce qui constitue la représentation de son corps : son image du corps.

3.2.3 Plus qu'une image, un symbole

Suite à une atteinte corporelle, l'attention du sujet peut se porter plus ou moins spécifiquement sur une partie de son corps. Au-delà des ressentis et de son image reflétée, le corps semble renfermer une symbolique : une symbolique subjective.

Bien que Monsieur J ait conscience qu'il puisse serrer la main pour saluer l'autre, il refuse de l'utiliser en dehors de la séance de psychomotricité. « *Maintenant je ne serre plus la main. Même mes potes. Je leur dis juste « Salut ».* » La main est un organe de sens : elle reçoit, donne, caresse... Elle matérialise un instrument essentiel dans la relation à soi et à l'autre. Elle permet également au sujet de transformer ses pensées en actes. Finalement, « la main est un symbole complexe. Elle protège, frappe, guérit et blesse, bénit et condamne.⁸⁵ »

« Dans le langage commun et au plan symbolique, le dos évoque l'envers, le passé, ce qui est derrière, la réalité qui échappe volontairement ou non à la vision. [...] C'est aussi une barrière défensive.⁸⁶ » Monsieur N explique qu'il en a marre de son état. Il situe la tumeur au premier plan de ses plaintes. Conjointement il dépeint que sa cicatrice ne lui permet pas de se mouvoir comme il l'entend au niveau du tronc. « *Ça me tire de partout. C'est vraiment difficile.* » Monsieur N se redresse alors dans son fauteuil et commente : « *J'en ai plein le dos. C'est le cas de le dire.* »

En appui sur les notions de schéma corporel et d'image du corps, le corps symbolique « renvoie la nomination du corps en général, dans son ensemble ou dans ses parties.⁸⁷ »

Du schéma corporel à l'image du corps, le corps dégage chez l'homme la plus grande importance. Espace propre à soi qui contient, délimite et brandit le vécu, le corps devient notre premier référentiel identitaire. Lorsqu'une atteinte corporelle survient, c'est cette identité qui apparaît ébranlée.

⁸⁵ PRIEUR J, 1990, p 199

⁸⁶ DUPLAN B, MARTY M, 2002, p 288

⁸⁷ ANDRE P, BENAVIDES T, CANCHY-GIROMINI F, 2004, p 237

4 Une identité teintée d'étrangeté

Selon Alex Mucchielli, épistémologue et spécialiste des sciences de la communication, « aucune science ne peut définir « l'identité totale » [...], chaque science en propose une approche, un point de vue qui s'apparente à la perception partielle de la subjectivité humaine.⁸⁸ » Ces propos mettent en avant le caractère pluriel et singulier de l'identité.

4.1 L'épreuve d'un statut

La place de l'homme dans la société, matérialisée par le statut semble participer à la construction identitaire du sujet. L'identité se construit à partir d'un socle hétérogène d'éléments. Alex Mucchielli en distingue quelques-uns : le sentiment d'appartenance, le sentiment de continuité temporelle, la socialisation, l'identification à autrui...⁸⁹ Lorsque l'un de ces éléments change, c'est l'identité totale qui s'en trouve modifiée.

« *Depuis que je suis malade, je ne suis plus un homme, je suis un numéro de dossier.* » Monsieur N dépeint une rupture dans son sentiment d'appartenance. Devant une absence de considération en tant qu'homme, Monsieur N explique qu'il n'a plus l'impression d'avoir le statut de personne. Il se sent comme réduit, inférieur. Pour autant, Monsieur N clame que derrière sa maladie et ses jambes inertes se cache une véritable personne. « *Si je me sens bien avec vous, c'est parce que vous me prenez comme je suis, avec mon corps et ma tête.* » Prendre le temps d'écouter, de mettre des mots et du sens sur les événements passés semblent valoriser le statut d'homme de Monsieur N. « *Quand je sors de psychomotricité, c'est pour ça que je me sens bien. Vous, vous savez.* »

« *J'ai l'impression d'avoir eu deux vies : une sans la maladie et une avec.* » Ici, Monsieur N verbalise une cassure dans son sentiment de continuité temporelle. « *La différence est totale.* » En se remémorant sa vie avant la maladie, Monsieur N dresse un portrait de lui où il se disait dynamique, souriant, plein de gaieté. Depuis, il se sent différent. « *Je ne me reconnais plus. Ce n'est pas moi. Je n'ai jamais été comme ça avant.* »

C'est en s'identifiant à autrui que Monsieur J se dit différent. « *Je ne suis plus comme avant. Quand je regarde ma main, ce n'est pas normal.* » Le modèle anatomique participe et

⁸⁸ MUCCHIELLI A, 2011, p 16

⁸⁹ SAINT-FLEUR J, DANVERS F, 2009

soutient la construction identitaire. Chez Monsieur J, l'étrangeté donne du sens à la ressemblance.

Quelle que soit l'atteinte corporelle, « il n'y a ni petit ni grand traumatisme lorsqu'il est considéré du point de vue du sujet. Il s'agit de la même traversée : survivre au désastre, se reconstruire sur les ruines laissées par la tempête, renaître de ses cendres.⁹⁰ »

4.2 L'autre : un pilier précaire

Selon David Le Breton, « si le regard porté sur soi est la première source de sens, il s'enracine d'abord dans le regard de l'autre.⁹¹ »

Au début de la prise en charge, Monsieur J a toujours fait en sorte que l'on évite de voir distinctement sa main. Il préfère l'éclairage naturel (même lorsque la salle apparaît très sombre) et se sent plus à l'aise quand il porte un gant. « *Là au moins on ne la voit pas et on n' imagine rien.* » En justifiant le port de son gant, Monsieur J relate une gêne quant aux préoccupations et questionnements des personnes qui l'entourent. « *Si ça se trouve elles vont se dire qu'il m'est arrivé un truc de fou. Mais moi je ne veux pas en parler.* » Souvent, l'étranger effraie. Même entre eux, les patients éclairent leur curiosité. Il n'est pas rare d'entendre en salle de kinésithérapie, des patients qui s'échangent leurs vécus quant à leur atteinte corporelle.

« *Depuis que je suis handicapé, les gens ne me regardent plus comme avant.* » Monsieur N explique qu'avant de percevoir lui-même son nouveau « statut », il en a pris conscience à travers les attitudes et les expressions de l'autre. « *Même quand je prends l'ascenseur, les gens attendent que je sois rentré pour venir. Je leur fait pitié ou quoi.* » « *Comme dirait Woody Allen : « Mon seul regret dans la vie est de ne pas être quelqu'un d'autre.* » » Monsieur N avoue que lorsqu'il s'installe, le soir, devant l'entrée de l'hôpital, dans son fauteuil roulant, et qu'il croise le regard des passants il aimerait être à leur place.

« Que je me distingue de l'autre ou que je me sente semblable à lui, que je me sente autonome ou que je dépende de lui, j'ai toujours besoin de l'autre pour être moi⁹² ». L'autre fait l'objet d'une figure étayante ; c'est à partir de lui que le sujet va pouvoir se reconstruire. D'après Claude Dubar, sociologue, « elle [l'identité] dépend autant des jugements d'autrui

⁹⁰ TOMASELLA S, 2015, préface

⁹¹ LE BRETON D, 2013, p 70

⁹² NASIO J.D, 2013, p 210

que de ses propres orientations et définitions de soi. L'identité est un produit des socialisations successives.⁹³ »

Selon Alain-Noël Henri, philosophe, psychologue et psychanalyste, « la maladie ou le handicap, même bien réels, c'est d'abord un statut social, [...], un statut qui se construit à l'entrecroisement de processus sociaux subjectifs. On pourrait même presque dire, d'ailleurs, [...], qu'à partir du moment où on se pense malade, ou handicapé, on est malade ou handicapé.⁹⁴ » Parfois bienveillant, le regard de l'autre n'est pas toujours bien perçu par le sujet. Toutefois, bien que précaire, l'autre reste un pilier dans la construction identitaire de l'homme.

⁹³ SAINT-FLEUR J, DANVERS F, 2009, p 285

⁹⁴ CICCONE A, 2014, p 38

PARTIE 3 : L'histoire d'une marque

La plaie désigne une « rupture de la cohérence anatomique et fonctionnelle du tissu vivant.⁹⁵ » Ouverte ou fermée, la plaie altère l'intégrité corporelle du sujet. Lorsque cette dernière apparaît ouverte, c'est la couche cutanée qui semble particulièrement attaquée.

A l'image de son individualité, la peau parle de l'homme à son insu. Du sentiment d' « être à fleur de peau » à celui de vouloir « faire peau neuve », la peau ne couvre pas seulement un aspect physique mais porte en elle une dimension psychique ainsi qu'une véritable symbolique. L'atteinte corporelle vient mettre à mal ces dimensions et participe à l'écriture de l'histoire du sujet.

Parcourir la surface du corps peut nous permettre de mettre le doigt sur un bout de cette histoire. Il s'agit d'aller explorer les capitons de cette longue étendue qu'est la peau. La peau forme la base, la toile de fond de l'ensemble des perceptions et expériences du sujet. L'atteinte corporelle vient s'y inscrire ; une marque qui donne une représentation du corps à l'épreuve de sa chair.

1 La peau

La peau est le premier organe des sens à se mettre en place (vers la 8^{ème} semaine de gestation). Selon Ashley Montagu, anthropologue et humaniste, « il existe une loi générale en embryologie, qui veut que plus une fonction se développe tôt, plus il est probable qu'elle sera fondamentale.⁹⁶ » La peau caractérise un organe vital ; alors que l'homme peut survivre à la perte de ses autres organes des sens, il ne pourrait vivre sans sa peau.

1.1 Un sentiment d'entourance

La peau s'apparente à une enveloppe corporelle. Selon Didier Houzel, pédopsychiatre et psychanalyste, « ce qui est commun à tous les types d'enveloppe est la notion de limite entre un dedans et un dehors, entre ce qui est continu à l'intérieur et ce qui est à l'extérieur d'un espace donné.⁹⁷ »

⁹⁵ AERTS A, NEVELSTEEN D, RENARD F, 1997, p 11

⁹⁶ MONTAGU A, 1979, p 10

⁹⁷ HOUZEL D, 2005, p 9

A son arrivée en séance, Monsieur N exprime un besoin de contenance et de détente. La psychomotricienne lui propose alors un toucher-massage. En accompagnant le toucher d'inductions verbales, la psychomotricienne constitue une véritable enveloppe sonore. « *J'ai l'impression que mon corps est entouré par une bulle. Il est protégé.* » Monsieur N, allongé en décubitus ventral dispose les membres de son corps en étoile. Ici, il me renvoie à la notion de kinesphère. Rudolf Laban, danseur, chorégraphe et théoricien de la danse a proposé le terme de « kinesphère » pour définir une sphère imaginaire, qui englobe l'espace individuel du sujet. Centrée et limitée par l'extension des membres, la kinesphère, chargée affectivement, se colore selon l'état du sujet.⁹⁸ Tout comme son image corporelle, elle apparaît en perpétuel remaniement.

La kinesphère dépeint ainsi un espace intime. Vouloir pénétrer dans la kinesphère d'une autre personne, sans son consentement, serait une forme d'intrusion. Tout comme la peau, elle illustre une enveloppe à la fois superficielle et profonde.

1.2 Quand les tissus se cousent les uns aux autres

La peau se compose de trois couches successives : l'épiderme, le derme et l'hypoderme. L'épiderme représente la couche la plus superficielle de la peau. Elle n'est pas vascularisée mais comporte de nombreuses terminaisons nerveuses, sensibles au contact et à la douleur. Monsieur J arrive en séance et s'installe sur une chaise. Il s'avance vers la table et vient poser sa main droite délicatement. Son visage apparaît crispé. La psychomotricienne lui demande alors pourquoi il présente autant d'appréhension. Monsieur J regarde ses deux derniers doigts et lui répond : « *Quand les bouts de ces doigts sont en contact avec une surface, j'ai des sensations désagréables. Ils sont trop sensibles.* » Le IV et V doigt de la main droite présentent en effet une sensibilité exacerbée. Pour autant, d'un jour à l'autre, cette sensibilité fluctue pour une raison que l'on ignore, probablement rangée du côté de la neurologie. Ici, il semblerait que ce soit les récepteurs de la couche épidermique qui soient en jeu.

Le derme, plus épais confère à la peau son élasticité ainsi que sa capacité de résistance mécanique. Relativement vascularisé, le derme présente également des terminaisons nerveuses, réceptives au tact fin, au chaud et au froid. Monsieur J explique que même un toucher fin, de type effleurement l'incommode (en référence à ses douleurs neuropathiques).

⁹⁸ Cours de corps et danse (2014-2015), HARAMBOURE Vincent, HEMESDAEL Marie, Mme MARTIN, REMOVILLE Chantal, 3^{ème} année, IFP Paris

Finalement, la sensibilité tactile de Monsieur J pourrait émaner à la fois du derme et de l'épiderme.

Le derme recouvre l'hypoderme, riche en veines et artères. L'hypoderme caractérise la partie la plus profonde, il permet d'assembler la peau aux muscles. Comme une gaine, la peau protège l'organisme des agressions extérieures.

1.3 Du manteau physique à la poche psychique

Dérivée du même tissu embryonnaire que le cerveau, la peau matérialise un véritable « système nerveux cutané ». Didier Anzieu, psychanalyste, compare le cerveau et la peau à des êtres de surface.

Pour la première fois, en 1974, Didier Anzieu développe le « Moi-Peau », une notion selon laquelle le moi-psychique s'étaye sur le moi-corporel. Les principales fonctions de la peau (au nombre de 8⁹⁹) se retrouvent ainsi transposées dans le Moi.¹⁰⁰ Dans cette partie, il s'agira de mettre en évidence, les fonctions que j'ai pu retrouver dans le cadre de l'atteinte corporelle.

Dans les premiers temps du suivi en psychomotricité, Monsieur J présente souvent une attitude en repli. Il paraît « effondré », son axe corporel ne lui permet pas de se tenir et de s'ouvrir à son environnement. Même lorsqu'il est assis, il apparaît avachi. Rien ne semble tenir. Tout comme la peau soutient le squelette, la fonction de maintenance, intériorisée par le holding va permettre à Monsieur J de se sentir porté physiquement et psychiquement. Dans cette perspective, j'ai proposé à Monsieur J de réaliser des percussions osseuses à l'aide d'une clave en bois. Monsieur J sent la résonnance osseuse qui remonte jusqu'à sa tête et redescend jusqu'à son bassin. Après quelques minutes, il se met debout et vient tester ses appuis. « Bizarrement, je me sens plus solide. J'ai l'impression d'être bien ancré dans le sol. » Il apparaît grandi donnant l'impression d'avoir gagné plusieurs centimètres. Monsieur J renvoie également une certaine aisance et assurance dans cette posture.

En début de séance, Monsieur N se positionne en décubitus dorsal et vient coller ses bras autour de son thorax. Il me renvoie l'image d'une carapace. A plusieurs reprises Monsieur N présentera cette attitude. Il semblerait que son « contenu » soit mal contenu.

⁹⁹ Le Moi-Peau comporte 8 fonctions : la maintenance du psychisme, la contenance, la pare-excitation, l'individuation du Soi, l'intersensorialité, le soutien de l'excitation sexuelle, la recharge libidinale du fonctionnement psychique et l'inscription des traces sensorielles tactiles.

¹⁰⁰ Dans la deuxième topique freudienne, l'appareil psychique se compose du moi, du ça et du surmoi. Le moi tient compte des exigences du ça et du surmoi. Il tente de maintenir un équilibre entre la réalité externe et les exigences pulsionnelles.

Devant une telle manifestation, je propose à Monsieur N de poser sur son corps des poids de kinésithérapie (sacs lestés de 1,5 kg). Je perçois progressivement que Monsieur N lâche prise. Sa respiration se calme, son visage se décrispe. Après quelques minutes, j'ai retiré les poids un à un. Monsieur N énonce à travers la perception de ses limites corporelles une certaine contenance. Les yeux fermés, il parcourt l'ensemble de son corps. « *Je sens de nouveau mon corps comme un tout. C'est tellement agréable.* » La fonction de contenance, principalement exercée par le handling permet au sujet d'accéder à la représentation d'une « peau-sac » qui met en avant un contenant et un contenu. Un contenu ne peut exister sans son contenant ; comme la peau enveloppe le corps, le Moi-peau enveloppe l'appareil psychique.

Selon Didier Anzieu, « la couche superficielle de l'épiderme protège la couche sensible de celui-ci [...] et l'organisme en général contre les agressions physiques.¹⁰¹ » Ici, à travers la couche épidermique, la peau présente la fonction de pare-excitation. Suite à un manque de mobilité de ses jambes, Monsieur N explique qu'il doit faire des injections d'anticoagulants tous les jours. Devant une peau qui apparaît intrusée, perforée, c'est la fonction de pare-excitation qui est mise à mal. La peau ici ne protège plus, elle devient un lieu de passage ouvert à l'intrusion.

Depuis son accident, Monsieur J clame, haut et fort, se sentir différent de ses pairs. « *C'est à cause d'elle [la main droite] tout ça.* » L'affection de la peau touche à l'intégrité corporelle et la peau en garde la trace. Dérivée de la fonction immunitaire, selon laquelle les cellules de l'organisme protègent leur intégrité en rejetant les corps étrangers, la peau assure la fonction d'individuation. La singularité revêtue par la peau apparaît en lien avec la personnalité (tatouages, piercings...), le vécu (cicatrices, rides...) et l'état (rougeurs...) du sujet. Elle vient mettre en avant le caractère unique de ce dernier. L'individuation marque ainsi un soi (sujet/dedans) et un non-soi (autre/dehors). Une dimension retrouvée dans la fonction de contenance.

La peau dépeint une surface dont le relief marque la présence de poches et de cavités dans lesquelles sont nichés les organes des sens. Souvent, Monsieur N demande à la psychomotricienne de venir poser ses mains de part et d'autre de sa cicatrice. « *Ça me fait du bien de sentir la chaleur de vos mains.* » Ici, ce sont les récepteurs localisés dans le derme qui

¹⁰¹ ANZIEU D, 1995, p 125

permettent à Monsieur N de percevoir la chaleur. La peau fait ainsi ici office d'intersensorialité. « Le Moi-peau est une surface psychique qui relie entre elles les sensations de diverses natures.¹⁰² »

Chez Monsieur N et Monsieur J, on retrouve également la fonction d'inscription des traces sensorielles tactiles. La peau distribue des informations sur le monde extérieur. Le Moi-peau fait quant à lui office de support d'inscription des traces sensorielles. Elles viennent faire écho aux expériences antérieures et en l'occurrence à l'atteinte corporelle.

« La profondeur de l'altération de la peau est proportionnelle à la profondeur de l'atteinte psychique.¹⁰³ » En arrivant en séance, fréquemment, Monsieur J prend un mouchoir pour s'essuyer la main droite. « *A chaque fois elle transpire. Je ne sais même pas comment ça se fait.* » A l'image d'une « peau passoire », la sudation excessive de cette partie du corps me renvoie à un manque de contenance ; la peau ne retient plus. Monsieur J évite les contacts avec l'eau, allant jusqu'à mettre sa main droite en dehors de la douche lorsqu'il se lave. Devant une enveloppe corporelle poreuse, l'eau pourrait ainsi entrer et sortir (sudation) de son corps. Parallèlement, Monsieur J se plaint de nombreux oublis. « *J'ai des problèmes de mémoire. Ce n'est pas possible.* » Le Moi-peau de Monsieur J que j'apparente ici à une « poche mémoire » perd sa capacité mnésique en raison de son altération. La peau et l'appareil psychique semblent maintenir une certaine réciprocité : lorsque l'un est touché, l'autre se voit également impacté.

2 Une cicatrice

La cicatrice définit une trace laissée par une blessure. Sous-tendue par le processus de cicatrisation, elle renvoie à un événement (blessure psychique) ou à une atteinte corporelle (blessure physique) qui s'est refermée. Souvent placée du côté du passé, la cicatrice reste malgré tout « la mémoire vive d'un moment difficile mais surmonté.¹⁰⁴ ». Enracinée dans les couches des plus superficielles aux plus profondes du corps, la cicatrice marque l'histoire du sujet mais pas seulement : elle le suit tout au long de sa vie.

¹⁰² Ibid. p 125

¹⁰³ Ibid. p 56

¹⁰⁴ LESAGE B, 2013, p 70

2.1 La cicatrisation : un processus cellulaire

« La cicatrisation est une réponse du revêtement cutané à toute atteinte à son intégrité.¹⁰⁵ » Inscrit dans une temporalité, ce processus suit différentes phases : la phase hémorragique et l'inflammation, la phase de cicatrisation dermique, la phase de cicatrisation épidermique et la phase de remodelage de la cicatrice.¹⁰⁶ Ici, je ne vais pas vous présenter chacune de ces étapes qui soulèvent de nombreuses notions médicales mais je vous propose de faire un saut dans l'organique afin de mieux comprendre ce qui se joue dans ce mécanisme.

2.1.1 Les cellules : des particules de vie

En constituant nos tissus et nos organes, la cellule désigne un élément structural et fonctionnel. Lorsque la peau est affectée, c'est cette unité qualifiée d'« atome vital¹⁰⁷ » par Claude Bernard, médecin et physiologiste, qui est mise en jeu dans le processus de cicatrisation.

Monsieur J explique qu'il ne supporte plus son état. « *J'en ai marre d'avoir cette main. Des fois, je me dis que s'ils l'avaient amputée, il n'y aurait pas tout ça.* » Devant de tels propos, la psychomotricienne essaie d'en savoir plus. Monsieur J justifie ces mots par la sensation de fraîcheur et l'absence de mobilisation qui la rend inerte. « *Franchement, j'ai l'impression d'avoir un poids mort. Elle est toujours froide et elle ne me sert à rien.* » La psychomotricienne se tourne alors vers Monsieur J et prend sa main. A travers le processus de cicatrisation, la psychomotricienne tente à ce que Monsieur J prenne conscience qu'il y a bel et bien une part de vie. La peau de sa main se fait témoin de ce cheminement. Au début du suivi, Monsieur J présente une peau de couleur claire (par rapport à son autre main), les cicatrices apparaissent rosées. Lorsque je passe mes doigts dessus, je sens une peau tendue, qui tire de l'intérieur. Aujourd'hui, la peau de sa main arbore une couleur similaire à l'autre, les cicatrices sont moins visibles et les parties de sa main qui, auparavant apparaissaient gonflées le sont moins.

Les cycles cellulaires s'apparentent à une véritable roue du temps. Au cours de sa vie, l'homme passe par une « série de phases successives : naissance, croissance, maturité, reproduction, sénescence et mort. La vie cellulaire n'échappe pas à cette règle et reproduit à une échelle infiniment petite les fonctions élémentaires de la vie. » A même la peau, on

¹⁰⁵ MELISSOPOULOS A, LEVACHER C, 2012, p 190

¹⁰⁶ ROUQUETTE C, 2002

¹⁰⁷ CANGUILHEM G, 2000, p 87

retrouve cette roue du temps. Il reste néanmoins important de retenir que la cicatrisation ne peut pas aller plus vite que ne le permet le rythme des cycles cellulaires.

2.1.2 Des réserves de données

« La mémoire des cellules conserve bon nombre de problèmes, traumatismes et convictions néfastes. N'oublions pas que la réalité physique de tout être humain réside dans cet immense assemblage des 600 milliards de cellules qui nous constituent.¹⁰⁸ »

« *Je m'en rappelle et mon corps s'en souvient aussi.* » Monsieur N relate garder en mémoire les sensations de la cicatrisation. « *Je sens encore la démangeaison et le fil qui tire.* » Incorporée dans les cellules, la mémoire constitue ici la mémoire cellulaire.

Même refoulés, les événements de la vie viennent s'inscrire dans les cellules du sujet. Le refoulement désigne un mécanisme de défense. Il se caractérise par « la dissociation entre la représentation et l'affect et par le rejet de la réalité dans l'inconscient, où elle reste active.¹⁰⁹ » Tout comme l'appareil psychique, il semblerait que la cellule comporte une partie consciente et une partie inconsciente. Ici, la mémoire cellulaire pourrait expliquer pourquoi certaines personnes retrouvent des images traumatogènes à travers l'utilisation de médiations corporelles telles que le toucher-massage.

« *Je sens qu'il y a du sang qui coule là !* » Alors que je suis en train de réaliser un toucher-massage de sa main droite, Monsieur J manifeste une expression de répulsion. Ses yeux se ferment brutalement et son corps se tend. Il n'y a pourtant aucune trace de sang. Au contact de sa cicatrice (de la première commissure), Monsieur J semble retrouver la sensation de l'hémorragie qu'il a connue le jour de son accident. Cet éprouvé surgit d'un contact peau à peau. Le toucher paraît avoir activé la mémoire cellulaire qui a fait ressurgir ce que Monsieur J a enduré dans la nuit du 14 juillet 2014.

2.1.3 De la conscience noyau à la conscience étendue

En 1999, Antonio Damasio scinde la conscience¹¹⁰ en deux entités : la conscience noyau et la conscience étendue. La conscience noyau correspond au « sentiment de soi

¹⁰⁸ <http://ludimedia-cabinetludimedia.blogspot.fr/2009/06/conscience-cellulaire.html>

¹⁰⁹ BOURDIN D, 2001, p 150

¹¹⁰ La conscience est la qualité de certains phénomènes psychiques, finalement secondaires, mais qui demeure notre seul accès à l'ensemble des fonctionnements psychiques.

ressenti dans un lieu et à un moment donné, c'est-à-dire ici et maintenant.¹¹¹ » Etayée sur la conscience noyau, la conscience étendue « permet à l'individu de se situer à chaque instant de façon précise dans un temps historique individuel et dans le monde au sein duquel il évolue, avec une connaissance immédiate du passé et du futur.¹¹² »

Depuis le début de notre existence, la cellule, à travers la mémoire emmagasine l'ensemble des expériences du sujet. J'émetts ainsi l'hypothèse d'une transposition de la conscience noyau et de la conscience étendue à la cellule.

La radiothérapie a attaqué la peau de Monsieur N. « *J'ai des brûlures partout, regardez.* » Il soulève son tee-shirt et me montre son torse. Son buste arbore de larges plaques de brûlures. « *Vous avez vu comme ça attaque. Je suis pourtant allongé sur le ventre quand je fais les séances. Mais les rayons traversent tout mon corps.* » Monsieur N se met en décubitus ventral et pointe avec son doigt les marques de brûlures sur son dos. Il évoque la persistance de ses sensations : « *J'ai l'impression de sentir encore les brûlures. Pourtant ça fait trois semaines que j'ai arrêté les séances de radiothérapie.* » La conscience noyau semble permettre à Monsieur N de poser des mots sur ses éprouvés et la conscience étendue de situer le contexte et d'établir un lien entre les brûlures et les séances de radiothérapie.

Unité de vie, la cellule, concentre en elle une véritable mémoire : une mémoire du corps (émotions, sensations) et une mémoire des événements, référencées dans un contexte spatio-temporel. A l'image d'un disque dur, les cellules enregistrent les moindres détails de notre histoire. Elles connaissent tout de nous. Explorer ces particules infiniment petites revient à aller à la rencontre de soi.

2.2 Une cicatrisation à l'image des rythmes cellulaires

Le processus de cicatrisation suit les rythmes des cycles cellulaires qui permettent à la peau de se renouveler. En appui sur ces éléments et sur le concept du Moi-peau, ma réflexion m'amène à poser l'hypothèse d'un rapport entre cicatrisation cellulaire et cicatrisation psychique.

¹¹¹ GODEFROID J, 2011, p 476

¹¹² Ibid. p 476

2.2.1 Un processus visible

Au début du suivi, Monsieur J se présente avec un gant. « *Je le mets comme ça personne ne voit ma main et même moi je ne la vois plus et n'y pense plus.* » Sa réaction apparaît en proie à une forme de répulsion et de déni. Fréquemment, Monsieur J détourne son regard de sa main. Il le justifie par un écœurement : « *C'est dégueulasse. Il me manque des doigts et j'ai des cicatrices. On voit même encore les fils.* » Il explique que la vue et le toucher lui sont inconcevables. « *C'est plus fort que moi, je n'y arrive pas.* »

Monsieur J met en avant la perception de tiraillement. Cette sensation émerge d'une vitesse de cicatrisation différente entre les couches de la peau. Cet éprouvé m'amène à supposer une crainte de rupture. La pigmentation rosée des cicatrices soulève également quelque chose de l'ordre d'une reconstruction inachevée et d'une vulnérabilité. Peut-être que Monsieur J refuse de toucher sa main et de la mobiliser du fait de cette fragilité.

Parallèlement à ces manifestations, Monsieur J a tendance à s'isoler chez lui. Il reconnaît s'inscrire dans une forme de retrait. Cette conduite me renvoie à un mécanisme de protection. En évitant de sortir et de faire des choses, Monsieur J semble préserver sa main de tout risque potentiel.

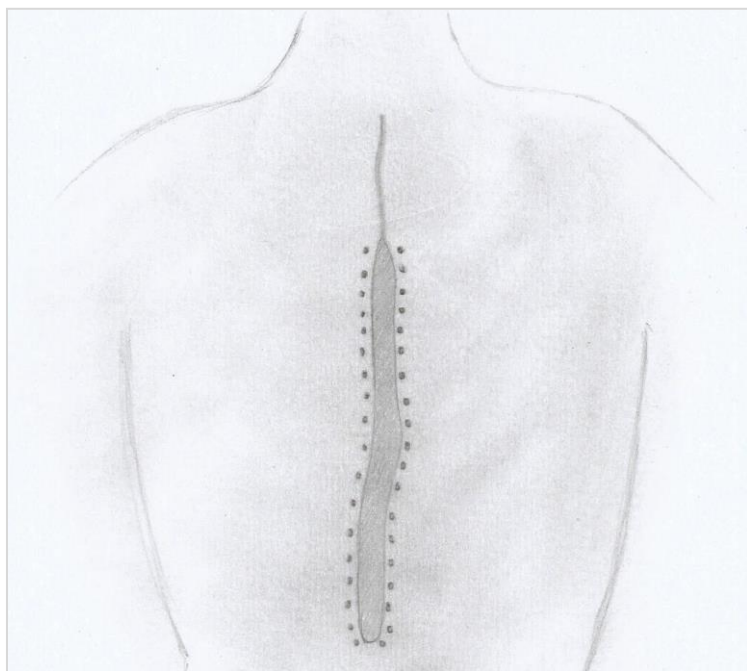
Au fil des séances, Monsieur J prend conscience que sa main ne présente plus le même aspect qu'au début de son suivi. La couleur des cicatrices a tendance à se confondre avec le reste de sa main, ses doigts ne sont plus gonflés et les fils auparavant percevables se sont résorbés. L'ensemble de ces évolutions pose ici les jalons d'une certaine consolidation. Monsieur J concède avoir plus de facilité à regarder et à appréhender sa main droite. Fièrement, il énonce la réalisation de certains actes de la vie quotidienne. « *Maintenant j'arrive à faire des choses comme avant. Je me brosse les dents normalement...* » Ces manifestations restent néanmoins intimement liées à son état psychologique. Lorsque Monsieur J n'a pas le moral, il explique qu'il évite de l'utiliser.

Après plusieurs mois de suivi, Monsieur J ne se présente plus en psychomotricité avec son gant et n'exprime plus de sentiments de répugnance. Aujourd'hui, ce sont les douleurs neuropathiques (décharges électriques) et les manifestations dépressives qui semblent le limiter dans ses activités.

2.2.2 Un processus invisible

Chez Monsieur N, les cellules cancéreuses révèlent un dysfonctionnement des cycles cellulaires. Nichées derrière les vertèbres thoraciques, les cellules tumorales se multiplient de façon anarchique. Entre les opérations, la chimiothérapie et la radiothérapie, Monsieur N explique qu'il n'a pas eu le temps de se rétablir. *« Je commençais à peine à me remettre de la première opération qu'il y en a eu une seconde. »* Monsieur N énonce d'ailleurs retrouver les sensations éprouvées par le processus de cicatrisation : *« J'ai la peau qui tire et qui me démange. J'ai l'impression que ça a toujours été comme ça. »*

Le chevauchement de ces deux opérations met en évidence la rupture d'un premier processus de cicatrisation. Je l'illustre par un dessin que j'ai réalisé à partir de mes observations.



L'opération de 2014 a en effet nécessité une nouvelle ouverture à proximité de la première entraînant un nouveau cycle de cicatrisation.

Ainsi, Monsieur N n'a pas eu le temps de s'inscrire complètement dans un processus de cicatrisation et par conséquent de se reconstruire. Aujourd'hui, il appréhende de nouvelles intrusions. *« Avec ce que j'ai [la tumeur], je ne suis pas à l'abri. »*

La cicatrisation psychique suit la cicatrisation cellulaire. Elle apparaît également étroitement liée au travail de deuil. *« Le deuil est un processus naturel de cicatrisation de la plaie psychique [...] C'est un processus qui nous est absolument nécessaire pour restaurer notre équilibre intérieur, et pouvoir nous reconstruire par la suite.¹¹³ »*

¹¹³ http://www.centre-emergence.fr/centre_emergence/deuil.html

2.3 Une marque à se réapproprier

Après sa première opération (2013), Monsieur N relate avoir débuté un temps de reconstruction. La plaie laissée par l'opération a cicatrisé. Suite à l'opération, Monsieur N explique « *avoir remonté la pente.* » Il a pu récupérer l'usage de ses jambes et se remettre debout. Même si la cicatrice était douloureuse, il se sentait prêt à affronter l'avenir. A l'évocation de cette période, Monsieur N se frotte les yeux et se cache derrière ses mains. Sa respiration suit le rythme saccadé de ses pleurs. Recentré sur lui-même, Monsieur N s'excuse. « *Je sais que je dois être fort mais c'est vraiment dur.* » Après s'être calmé, il poursuivra sur sa seconde opération (2014). « *Quand ils m'ont réopéré, ils ont dû me rouvrir.* » Monsieur N se tourne alors et me montre sa cicatrice ou plutôt ses cicatrices. J'arrive à percevoir distinctement chacune d'entre elles. Il me propose alors de me rapprocher afin de mieux les voir.

Les deux cicatrices se superposent : la plus récente suit le prolongement de l'autre. Chacune de ces marques portent en elle les traces mnésiques de l'opération. La superposition des cicatrices est à l'image d'un chevauchement de deux étapes de sa vie. Bien que superposées, elles affichent un décalage qui vient encore une fois faire écho à deux périodes espacées (l'une en 2013 et l'autre en 2014).

La cicatrice est la mémoire vive, la trace mnésique d'un moment de la vie. Elle apparaît au croisement d'une reconstruction cellulaire où chaque cellule mémorise l'impact de cette dernière. Ancrée dans la peau, la cicatrice vient teinter l'identité du sujet. Selon David Le Breton, elle « trace sur le corps un moment intense de l'histoire personnelle et la retirer serait alors une forme de reniement.¹¹⁴ »

¹¹⁴ LESAGE B, 2013, p 71

Conclusion

Qu'il s'agisse d'un accident ou d'une maladie, l'atteinte corporelle s'inscrit dans le temps. Marque d'un événement passé, elle laisse transparaître une intégrité psychocorporelle mise à mal. Visibles (corps impacté) et invisibles (traumatisme), les séquelles soulignent un avant et un après.

Perturbé dans ses dimensions physique, psychique et sociale, le sujet soulève une véritable problématique existentielle. Lorsque le corps est touché, c'est l'habitable singulier et identitaire qui apparaît bouleversé.

Par le toucher thérapeutique, le psychomotricien accompagne le patient à redécouvrir, à percevoir, à ressentir de nouveau son corps malgré les répercussions de l'accident ou de la maladie. Cette approche corporelle vient réveiller la mémoire du corps et libérer des éprouvés jusqu'alors retenus. Le toucher thérapeutique peut aussi amener le patient à retrouver une contenance et une sécurité de base.

Néanmoins, un suivi pluridisciplinaire apparaît nécessaire pour répondre aux divers impacts de l'atteinte corporelle. Le service de Médecine Physique et Réadaptation montre l'importance d'un travail conjoint entre les différents intervenants. Dans un univers médico-rééducatif, la psychomotricité doit ainsi se faire connaître et être reconnue pour la singularité de son approche psychocorporelle.

Le traumatisme et l'atteinte corporelle ébranlent le sentiment identitaire. L'instabilité et la fragilité de l'identité peuvent également se retrouver à des échelles plus antérieures. Elles peuvent faire écho à un traumatisme corporel (maltraitance...) et/ou psychique (abandon, carences psychoaffectives...).

En respectant l'historicité rythmée par les cellules et le psychisme, comment le psychomotricien peut-il accompagner le sujet à reconstruire son identité psychocorporelle ?

.

Bibliographie

Ouvrages :

- AERTS A., NEVELSTEEN D., RENARD F. (1997), *Soins de plaies*, Bruxelles, De Boeck.
- ANDRE P., BENAVIDES T., GIROMINI F. (2004), *Corps & psychiatrie*, Paris, Hdf.
- ANSSEAU M., DIERICK M., D'HAENEN H., LINKOWSKI P., PEUSKENS J. (2003), *Manuel de psychopharmacothérapie*, Gent, Academie Press.
- ANZIEU D. (1985), *Le Moi-peau*, Paris, Dunod, 1995.
- AUBIN F., HUMBERT P. (2001), *Rayonnement ultraviolet et peau*, Montrouge, John Libbey Eurotext.
- BALESTRIERE L. (2008), *Freud et la question des origines*, Bruxelles, De Boeck.
- BIOY A., FOUQUES D. (2009), *Manuel de psychologie du soin*, Paris, Bréal.
- BLONDEAU D. (1999), *Ethique et soins infirmiers*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- BOURDIN D. (2001), *L'interprétation des rêves*, Paris, Bréal.
- CANGUILHEM G. (1943), *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, Clermont-Ferrand, La montagne.
- CANGUILHEM G. (2000), *La connaissance de la vie*, Paris, Librairie Philosophique Vrin.
- CHABOT P., HOTTOIS G., MISSA J-N., PINSART M-G (2001), *Nouvelle encyclopédie de bioéthique, médecine, environnement, biotechnologie*, Bruxelles, De Boeck.
- CHAHBAZIAN M. (2007), *Le lien psychosomatique. De l'affect au rythme corporel*, Sèvres, EDK.
- CHARTON L., LEVY J. (2009), *Génération et cycles de vie. Au carrefour des temps biologiques et psychosociaux*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- CICCONE A. (2014), *La violence dans le soin*, Paris, Dunod.
- COSNIER J., GROSJEAN M., LACOSTE M. (1993), *Soins et communication, approche interactionniste des relations de soins*, Lyon, Presses Universitaires Lyon.
- DAMASIO A. (2010), *L'autre moi-même : Les nouvelles cartes du cerveau, de la conscience et des émotions*, Paris, Odile Jacob.
- DANVERS F., SAINT-FLEUR J. (2009), *S'orienter dans la vie : une valeur suprême ?*, Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion.

- DAUBECHIES F., DE SOIR E., VAN DEN STEEN P. (2007), *Stress et trauma en milieu policier*, Anvers, Maklu.
- DE SOIR E. (2010), *Gérer le trauma*, Bruxelles, De Boeck.
- DUPLAN B., MARTY M. (2002), *Bien soigner le mal de dos*, Paris, Odile Jacob.
- FOUCART J. (2004), *Sociologie de la souffrance*, Bruxelles, De Boeck.
- GODEFROID J. (2011), *Psychologie science humaine et science cognitive*, Bruxelles, De Boeck.
- GOFFI J-Y. (2006), *Regards sur les technosciences*, Paris, Librairie Philosophique Vrin.
- HEINS P., SOUVERYNS P. (2009), *Relire Magritte : 7 clefs pour comprendre une œuvre d'art*, Bruxelles, De Boeck.
- HOUZEL D. (2005), *Le concept d'enveloppe psychique*, Paris, In press.
- HUGUES D'ALMEIDA A. (2008), *Et la Nature Apprit à l'Homme à Parler*, Paris, Le Manuscrit.
- IBRAHIM-LAMROUS L., MULLER S. (2005), *L'intimité*, Clermont-Ferrand, U. Clermont-Ferrand Blaise Pascal.
- JACQUET-SMAILOVIC M. (2006), *Avant que la mort ne nous sépare... Patients, familles et soignants face à la maladie grave*, De Boeck.
- JAQUET C., NEVEU P., PIREYRE E. W., SAINTE MAREVILLE F. (2014), *Les liens corps esprit*, Paris, Dunod.
- KAES R. (2010), *L'appareil psychique groupal*, Paris, Dunod.
- KOLB B., WHISHAW I. (2002), *Cerveau & comportement*, Bruxelles, De Boeck.
- KORFF SAUSSEE S. (2010), *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, Paris, Dunod.
- KÜBLER-ROSS E. (2011), *Sur le chagrin et le deuil*, Paris, Pocket.
- LE BRETON D. (2006), *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié.
- LE BRETON D. (2013), *La peau et la trace : Sur les blessures de soi*, Paris, Métailié.
- LESAGE B. (2012), *Jalons pour une pratique psychocorporelle : Structure, étayage, mouvement et relation*, Toulouse, Eres.
- LEVACHER C., MELISSOPOULOS A. (2012), *La peau : Structure et physiologie (2^{ème} édition)*, Paris, Ted & Doc Lavoisier.

- MARINOPOULOS S. (2014), *Le corps bavard*, Paris, Marabout.
- MARZANO M. (2007), *Dictionnaire du corps*, Paris, Puf.
- MOLINIER A. (2007), *Pathologie médicale et pratique infirmière : hématologie, cancérologie...*, Rueil Malmaison, Lamarre.
- MONTAGU A. (1979), *La peau et le toucher*, Paris, Seuil.
- MUCCHIELLI A. (2011), *L'identité*, Paris, Puf.
- NASIO J-D. (2013), *Mon corps et ses images*, Paris, Payot & Rivages.
- OSSON D. (1990), *L'adolescent d'aujourd'hui : entre son passé et un avenir*, Lille, Presse Universitaire de Lille.
- PINTO R. (2009), *Conseil en homéopathie*, Rueil Malmaison, Pro Officina Eds.
- PIREYRE E. W. (2011), *Clinique de l'image du corps*, Paris, Dunod.
- PRIEUR J. (1990), *Symboles universels*, Paris, Fernand Lanore.
- POTIER M. (2002), *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*, Rueil Malmaison, Lamarre.
- ROUQUETTE C. (2002), *Médecine, chirurgie et soins infirmiers*, Rueil Malmaison, Lamarre.
- SCHWOB M. (2007), *Les rythmes du corps : chronobiologie de l'alimentation, du sommeil, de la santé...*, Paris, Odile Jacob.
- SERRIE A., THUREL C. (2002), *La douleur en pratique quotidienne : Diagnostic et traitements*, Rueil Malmaison, Arnette.
- TOMASELLA S. (2015), *Renaître après un traumatisme*, Paris, Eyrolles.
- VICTOR H. (2003), *2003-1802 : images et transfigurations*, Fides.

Articles :

- DAUNE F., « Soma – psyché : une unité interrogée par la maladie », in *Le Journal des psychologues*, n° 275, 2010, p 22.
- JUNKER-TSCHOPP C., « Corps amputé, corps appareillé : comment reconstruire et réinvestir ce corps malmené dans son unité ? Perspectives neuro-psychomotrice », in *Entretiens de psychomotricité*, 2012, p 52.

Sites Web :

Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique) – Information du patient, consulté le 04/04/2015

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-35-information-du-malade-259>

Le corps comme point d'appui, consulté le 19/04/2015

<http://bodylifecoaching.fr/le-corps-comme-point-d-appui>

Chronobiologie – Les 24 heures chrono de l'organisme, consulté le 23/04/2015

<http://www.inserm.fr/index.php/layout/set/print/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/chronobiologie-les-24-heures-chrono-de-l-organisme>

Définition de la greffe, consulté le 22/04/2015

<http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/greffe/>

Conscience cellulaire, consulté le 30/04/2015

<http://ludimedia-cabinetludimedia.blogspot.fr/2009/06/conscience-cellulaire.html>

Définition de l'autonomie et de la dépendance, consulté le 01/05/2015

http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CDoQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.chups.jussieu.fr%2Fpolys%2Fgeriatrie%2Ftome1%2F08_dependance.pdf&ei=UvBBVd3ZKsziatvWgEA&usg=AFQjCNE1euDSnA5wwZuJQloyn_P71bJ2Bg&bvm=bv.92189499,d.d2s

Cicatrisation psychique, consulté le 04/05/2015

http://www.centre-emergence.fr/centre_emergence/deuil.html

Autres sources bibliographiques :

Cours de psychomotricité (2012-2013), PAVOT Cécile, 1^{ère} année, IFP Paris

Cours d'anthropologie (2013-2014), GRIM Olivier, 2^{ème} année, IFP Paris

Cours de psychologie (2013-2014), FRADET-VALLEE Yolande, 2^{ème} année, IFP Paris

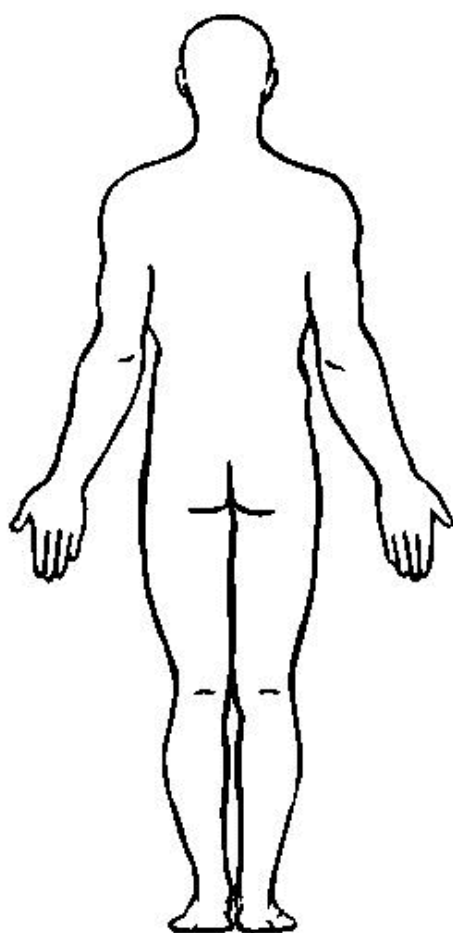
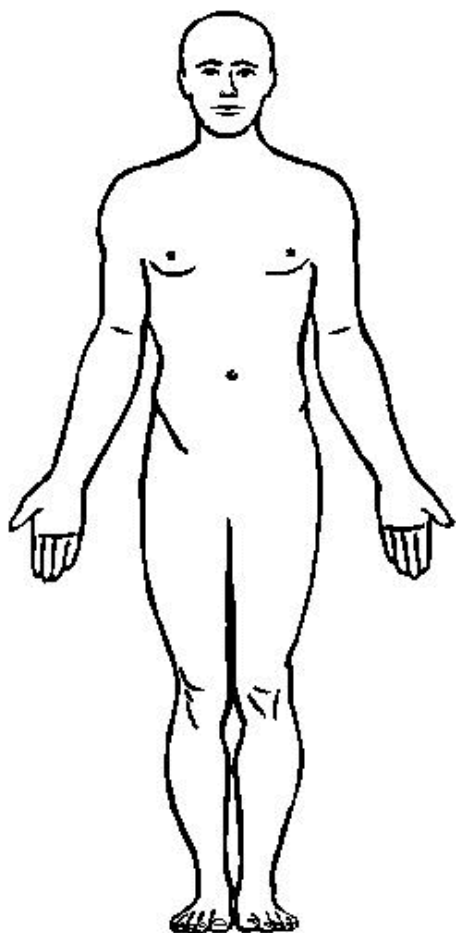
Cours de corps et danse (2014-2015), HARAMBOURE Vincent, HEMESDAEL Marie, Mme MARTIN, REMOVILLE Chantal, 3^{ème} année, IFP Paris

Cours de soins palliatifs (2014-2015), GUIOSE Marc, 3^{ème} année, IFP Paris

Cours de psychiatrie (2014-2015), POTEL Catherine, 3^{ème} année, IFP Paris

Annexes

Annexe 1 : Grille « Etat des lieux corporels »

☐

Parties du corps **douloureuses**

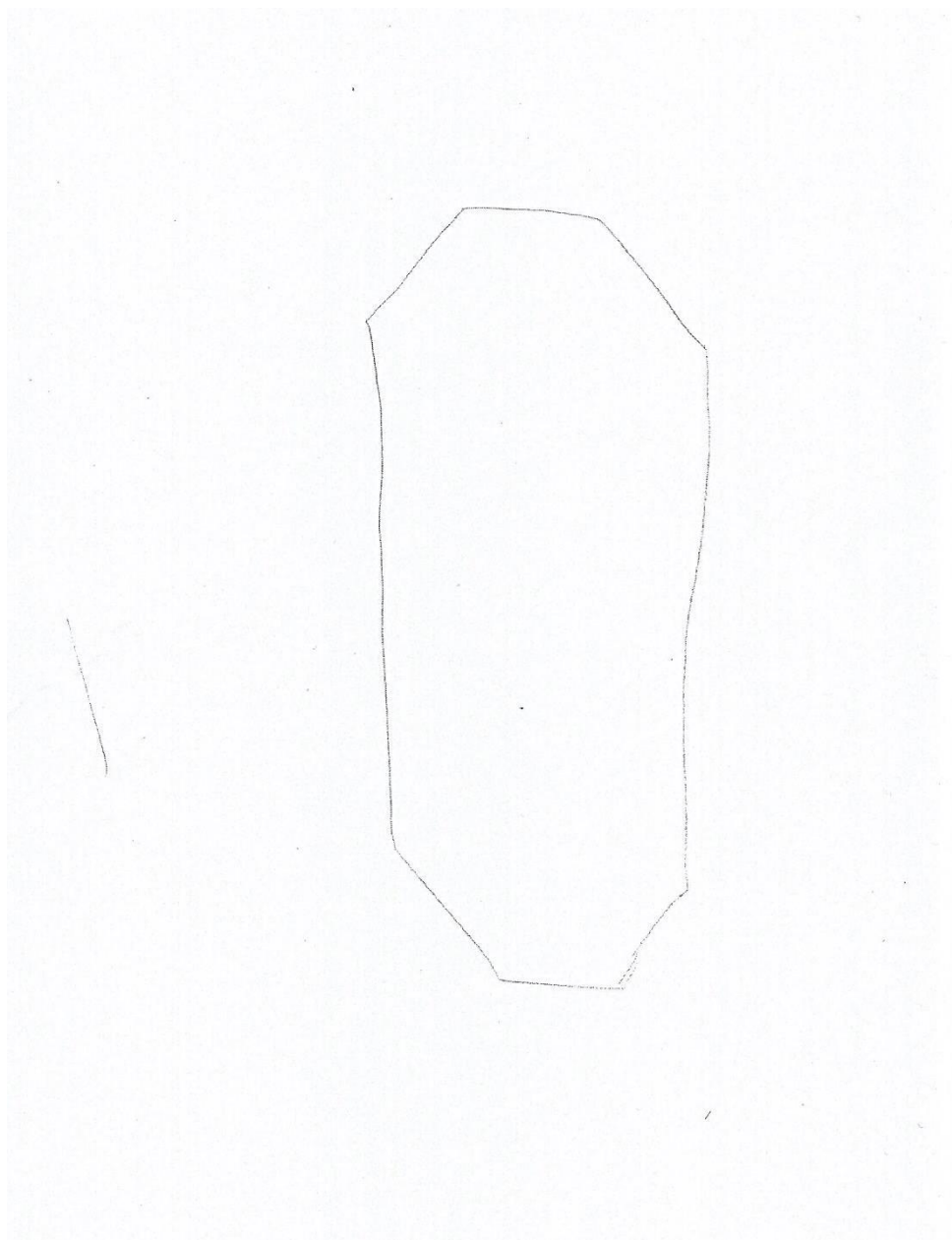
☐

Parties du corps **gênantes**

☐

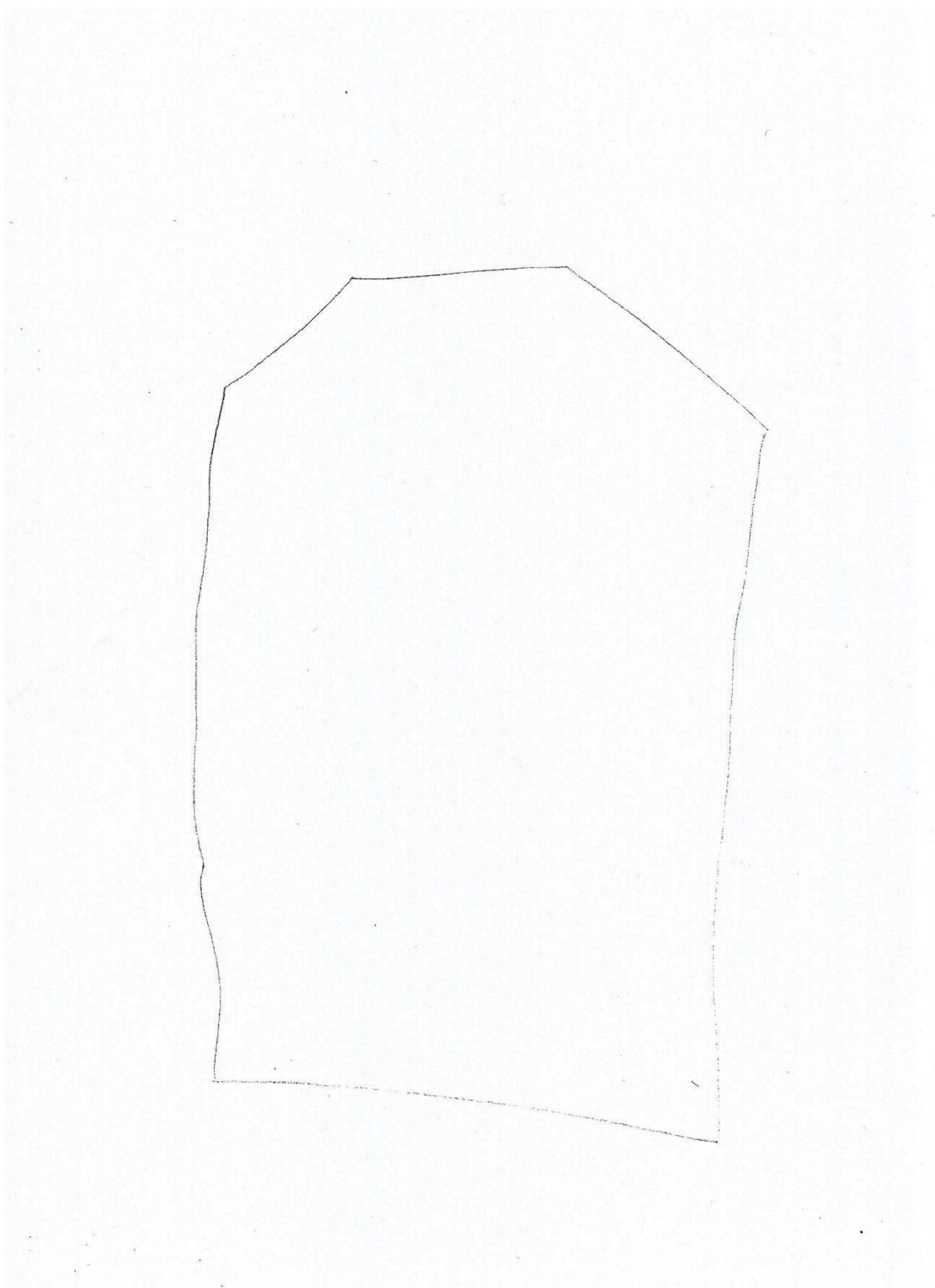
Parties du corps **agréables, qui vont bien**

Annexe 2 : Représentation de Monsieur J : « *une tombe* »



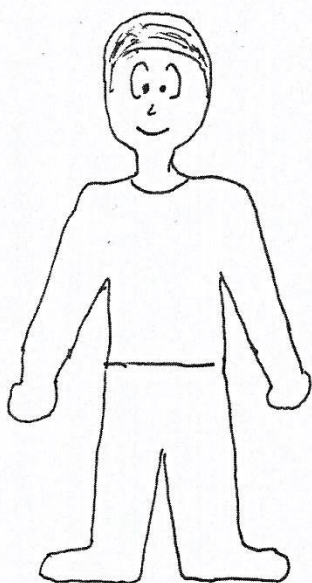
Première représentation de soi (recto de la feuille)

Annexe 3 : Représentation de Monsieur J : « *une tombe* »

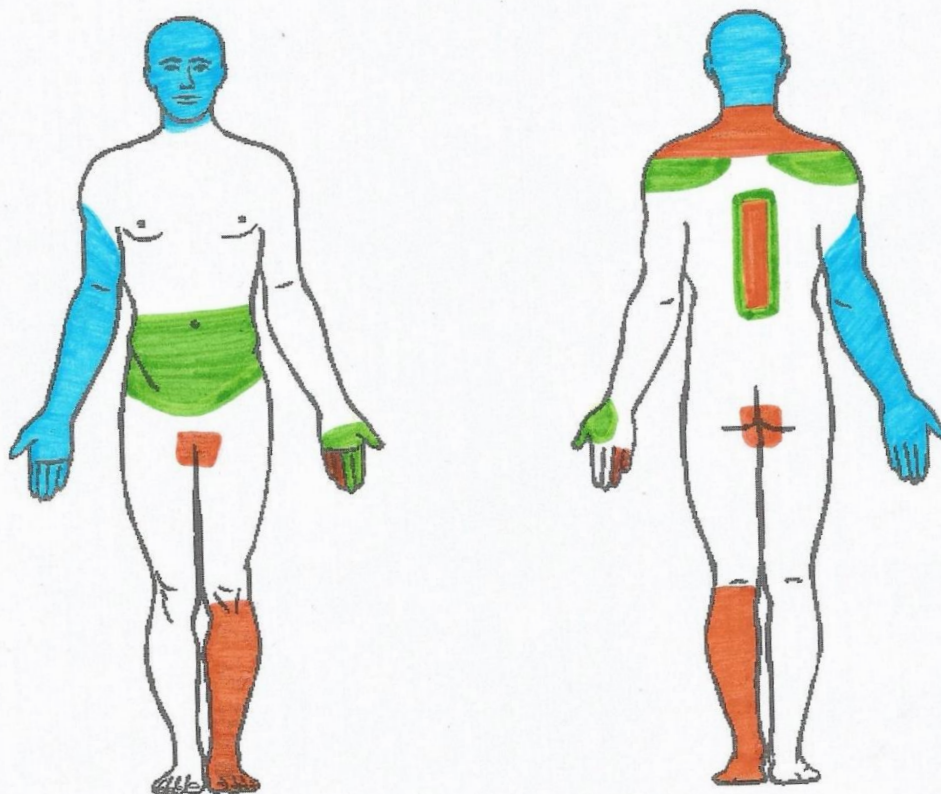


Seconde représentation de soi (verso de la feuille)

Annexe 4 : Représentation de Monsieur N



Annexe 5 : Grille « Etat des lieux corporels » de Monsieur N



Parties du corps douloureuses



Parties du corps gênantes



Parties du corps agréables, qui vont bien

Résumé

D'une première rencontre, d'un premier contact, j'ai tenté de dérouler le fil de l'histoire psychocorporelle de deux patients : l'un atteint d'une maladie et l'autre victime d'un accident. Tout commence par le choc de l'événement qui vient faire tomber le sentiment illusoire d'immutabilité. De l'atteinte corporelle aux opérations et traitements, le corps change, se remanie et se modifie. En allant creuser dans les éprouvés corporels du sujet, il n'est pas rare de croiser le chemin de l'étrange, de l'inhabituel voire de l'inconnu. Profondément marqué et bouleversé, le corps devient un habitacle parfois inconfortable et insécure. Il en conserve une trace mnésique dans le temps : la cicatrice.

Mots-clés

Atteinte corporelle – corps – intégrité – peau – cicatrice – identité – historicité

Summary

From a first meeting, a first contact, I tried to unwind the thread of two patients' psycho-history: one affected by a disease and the other victim of an accident. Everything starts with the shock of the event that just knocked off the unreal sense of immutability. From the bodily injury to operations and treatments, the body changes, is reshuffled and is modified. Digging the subject's body perception, it is not uncommon to cross paths with the strange, the unusual even the unknown. Deeply affected and shaken, the body becomes a sometimes uncomfortable and insecure shelter. It keeps over time a reminiscing trace: the scar.

Keywords

Bodily injury – body – integrity – skin – scar – identity – historicity