



HAL
open science

Représentation de soi et visagéification dans les traumatismes orthopédiques de l'enfant : penser une approche psychique pour panser le corps.

Anna-Corinne Bissouma

► To cite this version:

Anna-Corinne Bissouma. Représentation de soi et visagéification dans les traumatismes orthopédiques de l'enfant : penser une approche psychique pour panser le corps.. Psychologie. Université Sorbonne Paris Cité, 2015. Français. NNT : 2015USPCD029 . tel-01528361

HAL Id: tel-01528361

<https://theses.hal.science/tel-01528361>

Submitted on 29 May 2017

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

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

UNIVERSITÉ PARIS 13 – PARIS NORD – SORBONNE-PARIS-CITE
« U.F.R. DE LANGUES ET SCIENCES DE L'HOMME ET DE LA SOCIÉTÉ »

N° attribué par la bibliothèque | | | | | | | | | |

T H E S E

pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ PARIS 13
Discipline : PSYCHOLOGIE ET PSYCHANALYSE

présentée et soutenue publiquement
par

BISSOUMA ANNA-CORINNE ESTELLE LIEMA

Le 14 Octobre 2015

Titre :

**REPRESENTATION DE SOI
ET VISAGEIFICATION
DANS LES TRAUMATISMES ORTHOPÉDIQUES
DE L'ENFANT :**
Penser une approche psychique pour panser le corps

Directeur de thèse : Pr APTEKMAN-FOURMENT MARIE-CLAUDE

JURY

M. ERIC BIDAUD	<i>Université Paris 13</i>	Président du jury
Mme MARIE-CLAUDE APTEKMAN-FOURMENT	<i>Université Paris 13</i>	Directrice de thèse
Mme MARIE-ROSE MORO	<i>Université Paris 5</i>	Juge
Mme LAWRENCE YAPI	<i>Université F.H-Boigny (Côte d'Ivoire)</i>	Juge
M. JEAN PHILIPPE RAYNAUD	<i>Université de Toulouse</i>	Rapporteur, Juge
M. DANIEL DERIVOIS	<i>Université Bourgogne Franche-Comté</i>	Rapporteur, Juge

UNIVERSITÉ PARIS 13 – PARIS NORD – SORBONNE-PARIS-CITE
« U.F.R. DE LANGUES ET SCIENCES DE L'HOMME ET DE LA SOCIÉTÉ »

N° attribué par la bibliothèque | | | | | | | | | | | | | | |

T H E S E

pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ PARIS 13
Discipline : PSYCHOLOGIE ET PSYCHANALYSE

présentée et soutenue publiquement
par

BISSOUMA ANNA-CORINNE ESTELLE LIEMA

Le 14 Octobre 2015

Titre :

**REPRESENTATION DE SOI
ET VISAGEIFICATION
DANS LES TRAUMATISMES ORTHOPEDIQUES
DE L'ENFANT :**

Penser une approche psychique pour panser le corps

Directeur de thèse : Pr APTEKMAN-FOURMENT MARIE-CLAUDE

JURY

M. ERIC BIDAUD	<i>Université Paris 13</i>	Président du jury
Mme MARIE-CLAUDE APTEKMAN-FOURMENT	<i>Université Paris 13</i>	Directrice de thèse
Mme MARIE-ROSE MORO	<i>Université Paris 5</i>	Juge
Mme LAWRENCE YAPI	<i>Université F.H-Boigny (Côte d'Ivoire)</i>	Juge
M. JEAN PHILIPPE RAYNAUD	<i>Université de Toulouse</i>	Rapporteur, Juge
M. DANIEL DERIVOIS	<i>Université Bourgogne Franche-Comté</i>	Rapporteur, Juge

*Comme dans l'eau le visage répond au visage,
Ainsi le cœur de l'homme répond au cœur de l'homme.*

Proverbe 27 :19

A la mémoire de mon père, trop tôt disparu...

Tu aurais été fier de moi !

REMERCIEMENTS

Je dédie cette thèse...

A Celui qui est Tout, Alpha et Omega... reçois mon éternelle reconnaissance et mon amour !

A mes enfants, Makissy et Ayo, source inépuisable de force pour moi, je vous aime ! Trouvez dans l'achèvement de ce travail, une source de fierté et d'espérance !

A ma mère Mamie Simone, merci de m'avoir montré ce qu'est le « sacrifice », merci de ton amour !

A mes sœurs Sandrine et Valérie, mes frères Jean-Charles, Pierre et Antoine, merci pour votre amour, votre soutien et vos encouragements !

A mes neveux et nièces, big love !

A Ginette Adou-Coulibaly et Madjara Anoumatacky, mes docteurs vous pouvez dire « enfin !!!! »

A ma Couso, Marie-Annick, merci pour ton amitié, « allons seulement ! »

A Lawrence Yapi, qui m'a donné sans compter son savoir, rendez à César, ce qui est à César ! La couronne de ce jour, je la partage avec toi, car sans toi, rien n'aurait pu être sinon à être hors-jeu.

Aux Bissouma de Paris, et spécialement à Yvette Gbakayoro, Emma Bissouma, Clarisse Blagbo, Berthe Bissouma vous êtes des femmes merveilleuses, merci de m'avoir portée !

A Vivien Oulai, tu t'es révélé un ami merveilleux, merci pour ton soutien !

A Dominique Tanoh, un grand merci à toi Expert-comptable des chiffres et des mots et à Sylvia Perdriau pour la relecture, les corrections et les critiques... et « Coucou Famille Vitry-Ivry-Abidjan-Montréal » !

Au Professeur RCJ Delafosse, tout au long de mon cheminement en psychiatrie, puis en pédopsychiatrie et durant ces années de thèse, tu m'as toujours soutenue et encouragée, je ne sais comment te remercier... Merci tonton ! Trouve ici un motif de fierté !

Au Pr Cosme A., vous m'avez si bien accueilli dans votre service, merci pour tout !

Au Pr Moh Nicolas, ta simplicité ton ouverture et ta gentillesse ont facilité mon exploration et surtout... merci pour la blouse !

A C. Toulouse-Meunier pour m'avoir accueillie à ses côtés et pour m'avoir montré ce que c'était que d'être psychologue en chirurgie pédiatrique (CHU Robert Ballanger, Aulnay/Bois).

A mes amis d'ici et d'ailleurs, de Paris à Abidjan, je ne saurai tous vous citer. Je vous dois beaucoup, merci pour votre amitié et votre soutien !

A ma communauté, la Communauté Catholique Mère du Divin Amour, merci pour le soutien spirituel et la fraternité !

A toute ma grande famille, aux familles Bissouma et Kacou Akissi

Aux doctorants et aux enseignants du laboratoire UTRPP-EA 4403 de l'école doctorale ERASME (UP 13) et particulièrement à Mickaël Chocron et Marie-Laure Abeccassis pour leur aide et leurs précieux conseils

A Mme V. Birard et à S. Caron, de l'école doctorale Erasme pour l'écoute attentive tout au long de ces années de formation

Aux personnels du service de chirurgie pédiatrique du CHU de Cocody,
du Programme National de Santé Mentale (PNSM),
de l'Institut National de Santé Publique (INSP) d'Abidjan
et particulièrement aux personnels du Centre de Guidance Infantile

Aux enfants et aux parents que j'ai rencontrés et qui ont accepté de me rencontrer !

A ceux que j'ai (peut-être) oublié de citer... de près ou de loin, Merci !

Pour tous les enfants qui ont croisé ou qui croiseront un jour le chemin de la chirurgie pédiatrique...

A nos Maîtres et Juges

- **A Monsieur le Professeur Éric BIDAUD,**
Maître de Conférences (HDR) en Psychologie à l'Université Paris 13, Président de jury
Du master recherche au Doctorat vous avez été pour moi un enseignant et un maître et voilà que vous me faites l'honneur de présider ma soutenance de thèse,
Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

- **A ma directrice de thèse, Madame le Professeur Marie-Claude APTEKMAN-FOURMENT,**
Professeure Emérite de Psychologie à l'Université Paris 13, cher Maître !
Vous avez fait le pari « fou » de croire en moi. Je ne saurai comment vous remercier pour ce cheminement merveilleux du Master 2 Recherche à ce doctorat. Vous m'aviez, un jour, demandé s'il ne m'était pas difficile, en tant que psychiatre, de travailler avec des psychologues ...
Voyez, j'ai beaucoup appris des psychologues que j'ai rencontrés !
Votre espérance dans mes désespérances, votre écoute, votre patience, votre lucidité sur mes performances et mes non-performances, sur mes visages et mes masques mais surtout votre sollicitude aux heures sombres m'ont permis de continuer à avancer en puisant au plus profond de moi. Vous avez été un mentor, une thérapeute, une conseillère et une amie. Que Dieu vous comble de bénédictions !

- **A Madame le Professeur Marie-Rose MORO,**
Professeure de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent à l'Université Paris Descartes, Membre du jury
Vous avez accepté de participer à ce jury, c'est un honneur pour moi.
A votre insu, vous êtes aux prémices de cette aventure car c'est à l'occasion d'un séminaire que vous animiez à la Maison des adolescents, et auquel j'ai participé en 2009 en tant qu'étudiante inscrite à l'Attestation de Formation Spécialisée Approfondie (AFSA) en Psychiatrie de l'enfant, que j'ai découvert la plaquette du master recherche.
Trouvez ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

- **A Mme Lawrence YAPI,**
Docteur en Psychologie de l'Université de Toulouse, Chargée de cours à l'Université d'Abidjan à l'UFR de Psychologie, Membre du jury
Sans votre esprit critique et votre intelligence psychopathologique et scientifique, je serai certainement restée dans le noir ! Mise sur les rails, j'ai essayé de terminer ce travail pour être à la hauteur de votre accompagnement.
Vous me faites l'honneur de lire et de juger ce travail.
Recevez ici l'expression de mon plus profond respect !

- **A Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD,**
Professeur de Psychiatrie de l'Enfant à l'Université de Toulouse, Rapporteur et membre du jury de thèse
Vous me faites l'honneur de lire et de juger ce travail.
Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

- **A Monsieur le Professeur Daniel DERIVOIS,**
Professeur de Psychologie Clinique et Psychopathologie à l'Université de Bourgogne Franche-Comté, Rapporteur
Merci pour la promptitude et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de lire et de juger ce travail.
Vous me faites un honneur.
Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Dessin de A, 8ans. Abidjan (dessine-toi comme tu penses être aujourd'hui).....	19
Figure 2: Dessin de I, 12ans. Abidjan (Dessine-toi tel comme tu penses être aujourd'hui).....	20
Figure 3 : Hinda dans son lit d'hôpital (crédit-photo : Dr Aké Yapi L, CHU Cocody)	109
Figure 4: collage réalisé par Hinda.....	110
Figure 5: Représentation de soi avant l'accident (Hinda)	114
Figure 6: Représentation de soi pendant l'accident/hospitalisation- (Hinda).....	119
Figure 7: Représentation de soi après (Hinda)	124
Figure 8: dessin libre réalisé par Hinda (Représentation de soi)	132
Figure 9: Dessin du Bonhomme (Ibrahim).....	167
Figure 10: Représentation de soi avant (Ibrahim)	170
Figure 11: représentation de Soi pendant l'accident (Ibrahim).....	171
Figure 12: représentation de soi après l'accident (Ibrahim).....	173
Figure 13: représentation de soi réalisé le 3mai par Ibrahim	175
Figure 14: le docteur et l'hôpital dessinés par Ibrahim.....	176
Figure 15: représentation de soi au moment de la fracture (Hassan)	195
Figure 16: représentation de soi après la fracture (Hassan)	196
Figure 17 : représentation de soi à la séance du 10mai (Hassan)	198
Figure 18: dessin du chirurgien et de l'hôpital réalisé par Hassan.....	205
Figure 19: Dessin spontané intitulé "Tata docteur" (Hassan).....	206
Figure 20: Dessin libre de Rodrigue.....	336
Figure 21: Dessin du bonhomme de Rodrigue	337
Figure 22: Rodrigue, représentation de soi avant l'accident.....	339
Figure 23: Rodrigue, pendant l'accident.....	340
Figure 24: Rodrigue, après l'accident	341
Figure 25: Représentation de soi (Rodrigue, 14 ans)	343

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES FIGURES	vii
TABLE DES MATIERES	1
PREAMBULE : DEAMBULATIONS, TRIBULATIONS ET TREMULATIONS	7
INTRODUCTION	17
• Une histoire de rencontre	18
• Le nœud du problème entre corps, fracture et soin	27
PARTIE 1 : TRAUMATISMES ORTHOPEDIQUES, APPORT DU DESSIN ET PROCESSUS DE VISAGEIFICATION	34
CHAPITRE I. CORPS EFFRACTE ET TRAUMATISMES ORTHOPEDIQUES EN CHIRURGIE INFANTILE	35
I.1. DE QUELQUES ELEMENTS DE LA PSYCHOPATHOLOGIE EN CHIRURGIE	36
I.2. DIALECTIQUE DU CORPS EN CHIRURGIE VERSUS PSYCHOLOGIE	42
I.2.1. Le corps en chirurgie.....	43
I.2.1.1. Le corps sujet de la médecine/chirurgie	44
I.2.1.2. Le corps objet de la médecine/chirurgie.....	44
I.2.1.3. Le corps médical	45
I.2.1.4. Corps en présence, alliance et mésalliance	46
<i>I.2.1.4.1. L'enfant et le chirurgien.....</i>	<i>47</i>
<i>I.2.1.4.2. La famille de l'enfant et le chirurgien.....</i>	<i>47</i>
<i>I.2.1.4.3. Alliances de corps autour du corps.....</i>	<i>49</i>
I.2.2. Le corps en psychologie et en psychanalyse	50
I.2.2.1. Les corps du Corps.....	51
I.2.2.2. Corps-je et corps-autre	52
I.2.2.3. Du schéma corporel à l'image du corps	53
<i>I.2.2.3.1. Le schéma corporel.....</i>	<i>53</i>
<i>I.2.2.3.2. L'image inconsciente du corps.....</i>	<i>54</i>
I.2.2.4. Le stade du miroir et la prise de conscience du corps-je.....	56
I.2.2.5. Enjeux de l'atteinte corporelle dans les traumatismes orthopédiques	60

I.3.	L'EFFRACTION : DU TRAUMATISME AU TRAUMA, DE LA DOULEUR A LA SOUFFRANCE.....	61
I.3.1.	Effraction, traumatisme et trauma	61
I.3.2.	Douleur, souffrance et effraction.....	66
I.3.3.	Effraction, réparation et restauration.....	68
	CHAPITRE II. DESSIN, REPRESENTATION DE SOI ET VISAGEIFICATION.....	70
II.1.	LE DESSIN D'ENFANT	71
II.1.1.	Quelques généralités	71
II.1.2.	Le dessin d'enfant en clinique infanto-juvénile	73
II.1.3.	Psychopathologie autour du dessin, sens et signification.....	74
II.1.4.	Les usages du dessin	77
II.1.4.1.	Le dessin comme test	77
<i>II.1.4.1.1.</i>	<i>Le dessin du bonhomme</i>	<i>78</i>
<i>II.1.4.1.2.</i>	<i>Le test des trois dessins</i>	<i>78</i>
II.1.4.2.	Les médiations thérapeutiques par le dessin	79
II.1.5.	Le dessin dans les situations traumatogènes et traumatiques	79
II.2.	REPRESENTATIONS DU CORPS ET REPRESENTATION DE SOI.....	80
II.2.1.	Représentation et représentation de soi	80
II.2.2.	Se dessiner, image et représentation de soi,	82
II.3.	LA VISAGEIFICATION	84
II.3.1.	La visagéification, un concept émergent.....	85
II.3.1.1.	Essai de définition	85
II.3.1.2.	Des visages.....	86
<i>II.3.1.2.1.</i>	<i>Le visage.....</i>	<i>86</i>
<i>II.3.1.2.2.</i>	<i>Au-delà de la face, une image faite de traits de visagéité</i>	<i>86</i>
II.3.1.3.	La fonction « visage »	88
II.3.2.	Des « visages » en chirurgie, application du concept de visagéification	90
II.3.3.	La question du regard comme préliminaire à la visagéification.....	91
	CHAPITRE III. HYPOTHESES.....	93
	CHAPITRE IV. METHODOLOGIE	96
IV.1.	POPULATION	96
IV.2.	MATERIEL ET METHODE.....	97
IV.2.1.	Matériel et outils.....	97
IV.2.2.	Méthodologie	98

IV.2.3.	Recueil et analyse des données	100
IV.3.	LIMITES DE L'ETUDE	100
PARTIE 2 :	AU COMMENCEMENT ETAIT HINDA PUIS VIRENT LES AUTRES.....	102
CHAPITRE V.	L'HISTOIRE D'UNE JAMBE QUI, NE VOULANT PAS MOURIR, FAISAIT PERDRE FACE.....	103
V.1.	IL ETAIT UNE FOIS... ..	103
V.1.1.	Le 16 février 2012, j'ai rencontré Hinda.....	103
V.1.2.	La rencontre avec le sujet Hinda, creuset de la temporalité psychothérapeutique	106
V.1.3.	Contexte psychopathologiques et effraction du matériel psychothérapeutique	108
V.1.3.1.	La feuille, plage de création et miroir de maux sans mots	108
V.1.3.2.	Me voilà, compagnon de route.....	111
V.1.3.3.	Hinda en dessin, triptyque de la projection de soi à trois temps	113
V.1.3.4.	Une jambe « pivot » de famille ?	126
V.1.3.5.	La sentence.....	128
V.2.	LE CASSE-TETE D'UNE JAMBE CASSEE.....	135
V.2.1.	Cette histoire de jambe... ..	136
V.2.1.1.	Le tout ou le morceau, entre castration, phallus et identification.....	139
V.2.1.2.	Hinda sujet, surjet ou rejet ?.....	141
V.2.1.3.	Des mots qui n'ont pas de sens	143
V.2.1.4.	Un sens thérapeutique hors du corps.....	144
V.2.2.	Une affaire de violence	145
V.2.3.	La visagéification en cours au travers des dessins de Hinda.....	147
V.2.4.	La question des rapports.....	149
V.3.	QUELQUES MOTS DE FIN, POUR UNE HISTOIRE SANS FIN	150
CHAPITRE VI.	IBRAHIM, UNE RENCONTRE AVEC LA MORT QUI FIGE LE VISAGE	153
VI.1.	ACCIDENT DE LA ROUTE ET INSCRIPTION TRAUMATIQUE DANS LA PSYCHE.....	153
VI.1.1.	Des éléments cliniques	153
VI.1.2.	Ibrahim et le trauma durant les entretiens	155
VI.2.	PSYCHOPATHOLOGIE DE L'EFFRACTION CORPORELLE CHEZ IBRAHIM	161
VI.2.1.	D'une destinée marquée par la mort à un destin offert par l'accident.....	162
VI.2.2.	Les dessins d'Ibrahim, du bonhomme-témoin à la projection de Soi sur la toile-papier ...	164
VI.3.	UNE VIE PRE-CASSEE PEUT-ELLE SE (RE)CONSTRUIRE, AU DECOURS D'UNE JAMBE FRACTUREE MALGRE THANATOS QUI RODE ?.....	177
VI.3.1.	Intervenir auprès d'un enfant porteur de mort.....	177

VI.3.2.	Quand la confrontation à la mort nécessite la présence du mort.....	179
VI.3.3.	Un défaut de contenance contenu par des restrictions et une rigidification	179
VI.3.4.	La visagéification du trauma dans le dessin et l'étayage psy	180
VI.4.	ENCORE UN DE PERDU.....	182
CHAPITRE VII.HASSAN, DE CET HEROS ARME DE SES OS A LA MONSTRUOSITE DU VISAGE.....		183
VII.1.	CLINIQUE D'UNE HISTOIRE DE FRACTURES REPETITIVES.....	183
VII.1.1.	Histoire médico-chirurgicale autour de la fracture.....	183
VII.1.2.	Nos entretiens	185
VII.2.	DES DESSINS D'HASSAN A LA VISAGEIFICATION DE SA SOUFFRANCE....	190
VII.2.1.	Le bonhomme témoin du soi et du moi.....	190
VII.2.2.	Ce qu'il dessine de lui	192
VII.3.	CE BRAS QUI SE CASSE	200
VII.3.1.	Trauma et traumatisme.....	200
VII.3.2.	La peau surface d'inscription	202
VII.3.3.	Schéma corporel, image du corps, représentation de soi.....	203
VII.3.4.	Face monstrueuse et corps irréparable, visagéifier l'horreur	204
VII.3.5.	D'Hassan au corps soignant-écoutant, analyse des rapports	204
VII.4.	POUR UNE FIN DES COMBATS.....	208
PARTIE 3 :	COMMENT PENSER LE SOIN DANS LES EFFRACTIONS PSYCHOCORPORELLES DUES AUX TRAUMATISMES ORTHOPEDIQUES POUR PANSER LE CORPS PAR LE DESSIN ET LA VISAGEIFICATION ?.....	209
CHAPITRE VIII.EFFRACTION PSYCHOCORPORELLE, REPRESENTATION DE SOI ET MODIFICATION DE L'IMAGE DE SOI.....		211
VIII.1.	IMPACT PSYCHIQUE DE L'EFFRACTION CORPORELLE	211
VIII.1.1.	Effraction psychocorporelle, actes chirurgicaux et hospitalisation	212
VIII.1.2.	Effraction psychocorporelle et évènement-fracture	214
VIII.2.	INTERET DU DESSIN ET DE LA REPRESENTATION DE SOI.....	219
VIII.2.1.	Décryptage du dessin	219
VIII.2.2.	Quid du schéma corporel et de l'image du corps dans les dessins que j'ai recueillis ?.....	224
VIII.2.2.1.	Quelle image est atteinte chez Hinda ?	225
VIII.2.2.2.	Quelle atteinte chez les autres sujets ?	227
VIII.3.	SE DESSINER, SE REPRESENTER... QUE RETENIR ?.....	227
VIII.4.	DE LA REPRESENTATION DE SOI A LA VISAGEIFICATION, UNE OUVERTURE... ..	232

CHAPITRE IX. SOUFFRANCE ET VISAGEIFICATION	234
IX.1. DEVISAGEMENT ET EFFROI EN CHIRURGIE PEDIATRIQUE.....	234
IX.1.1. Clinique du dévisagement	235
IX.1.2. Effroi, horreur et fascination du corps de l'enfant à sa représentation de soi	237
IX.1.2.1. De Méduse à Mami Wata, Hinda une figure de la terreur horrifiante.....	237
IX.1.2.2. Effroi, terreur et horreur	242
IX.1.2.3. Les autres sources d'effroi à l'ombre du soin	246
IX.1.2.4. Souillure et pureté au prisme du dessin.....	248
IX.1.2.5. Le Maternel face à un corps d'enfant non-gratifiant et souffrant.....	249
IX.2. VISAGEIFICATION DE LA SOUFFRANCE ET EFFRACTION	
 PSYCHOCORPORELLE.....	252
IX.2.1. Trauma et effraction dans le dessin.....	252
IX.2.2. Processus de visagéification dans le dessin.....	254
IX.2.2.1. Visagéifier pour faire exister ce qui est voilé derrière les images.....	254
IX.2.2.2. Le dessin est visage	255
IX.2.2.3. Dessiner et visagéifier	256
IX.2.3. Effet et fonction miroir du dessin.....	258
IX.2.4. Pour aller plus loin	259
CHAPITRE X. PSYCHISTE EN CHIRURGIE PEDIATRIQUE	261
X.1. MODELES DE SOIN PSYCHIQUE EN TERRE SOMATIQUE.....	262
X.2. EFFRACTION, CONFRONTATION, MEDIATION ET RELATION AUTOUR DU	
 CORPS DE L'ENFANT	265
X.2.1. Effraction et confrontation dans la relation soignant-soigné.....	265
X.2.2. Médiation thérapeutique et transitionnalité	267
X.2.2.1. De la médiation thérapeutique à la transitionnalité, une aire pour le « Je ».....	267
X.2.2.2. Un mot du transfert	270
X.3. UN DEVENIR « PSY-CHIR » : QUESTIONNEMENT ET POSITIONNEMENT ..	271
X.3.1. De ma position à la position à avoir	272
X.3.1.1. Entre scission et comme si	273
X.3.1.2. De l'amour à la haine, hainamoration dans le soin	274
X.3.1.3. Changement de position	276
X.3.1.4. De ma jouissance à celle des autres.....	280
X.3.2. Pour une théorisation du soin et une position de « psy-chir ».....	281

X.3.2.1.	Retour sur le Stade du miroir	281
X.3.2.2.	Fonction miroir, fonction maternelle et autres fonctions du thérapeute.....	283
X.3.2.2.1.	Le « regardant » et le miroir.....	283
X.3.2.2.2.	Fonction maternelle.....	285
X.3.2.2.3.	Autres fonctions et compétences.....	288
X.3.2.3.	Penser une théorie du soin.....	289
X.3.3.	Etre psy-chir	295
CONSIDERATIONS FINALES		298
POST-SCRIPTUM.....		304
BIBLIOGRAPHIE		306
ANNEXES.....		323
ANNEXE 1 : Extrait du Plan national de Développement sanitaire de Côte d'Ivoire		324
ANNEXE 2 : Le guide d'entretien		326
ANNEXE 3 : Cas clinique : Rodrigue, un plâtre c'est pour la vie		329

PREAMBULE :
DEAMBULATIONS, TRIBULATIONS
ET TREMULATIONS

Avant tout propos, moi qui fut longtemps hors-Je (du « Je » du doctorant en psychologie) qui ai frôlé le hors-jeu et le hors-sujet, j'ai pensé qu'il était essentiel de vous parler de trois éléments importants qui font toute l'atmosphère de ce travail.

Trois paramètres qui ont fait résistance et qui ont influencé de façon importante le déroulé de la recherche : le contexte des soins médico-chirurgicaux en Côte d'Ivoire, la rencontre entre la pédopsychiatrie et la chirurgie pédiatrique et mon contexte personnel. J'entends par mon contexte, ma situation, ma position en tant que sujet, en tant que doctorante, en tant que pédopsychiatre...

Pendant longtemps, truffée de résistances normativantes (je vous en parlerai) j'ai lutté avec un savoir qui sans cesse se dérobaît à moi dans un contexte sanitaire mortifère. Passer d'une place de médecin à une place de psychiste a été plus que difficile, mais un jour le turning point a été atteint et de là, l'écrit a pris sens.

Je ne peux que vous proposez un moment hors du temps de la thèse, comme un espace de poésie pour nous permettre de nous saisir d'un souffle qui, en se renouvelant, à révolutionner ma recherche...

Il y eu un avant où nous (tous les intervenants) étions tous pris dans l'urgence du soin, besoin de réponse pour eux, pour moi...

La psychanalyse ça ne sert à rien, la psychiatrie c'est la médecine donc c'est concret et je connais...

Réflexion ? Non, action !!! Actions toujours désaxées...

Mais à la fin, réfléchir le soin, penser ma position, alors ... il y eu un après qui fit commencement !

- **Des rimes venues d'ailleurs : du loin, le soin n'a pas de foin, moins de moyens, peu de coins où se penser et point d'étayage**

Cette thèse s'est écrite à partir d'un cadre de rencontre autour du soin médico-chirurgical à des enfants. Autour du corps de l'enfant en chirurgie, des mots ont gravité, folle ritournelle, ribambelle de phrases qui ont donné le manuscrit que vous tenez entre les mains.

Quand je dis soin, vous entendez soin, mais il y a soin et soin.

Quand je dis soin, vous n'entendez surtout pas foin, ni moins, ni coin... et votre imaginaire vous porte à visualiser les soins chirurgicaux français (au moins ce modèle-là, sinon tout autre modèle occidental) ou bien d'autres modèles d'ici et d'ailleurs.

Le soin ici, même si les français peuvent s'en plaindre, est aux antipodes des soins en Afrique.

Laissez-moi vous parler des soins médico-chirurgicaux et du système de santé chez moi en Côte d'Ivoire. Le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012-2015 du Ministère en charge de la santé en Côte d'Ivoire donne un aperçu de la situation sanitaire qui prévaut dans le pays (annexe 1). Le système de santé est en difficulté depuis de nombreuses années, situation renforcée par les années de guerre et par la « Gratuité¹ » instaurée aux lendemains de la crise post-électorale de 2011.

Il n'y a point de foin car le budget alloué à la santé est bien maigre et il n'y a peu de mesures d'accompagnement de la gratuité. Par ailleurs, il n'existe pas de sécurité sociale et l'Assurance Médicale Universelle peine à voir le jour.

Le « moins » semble caractériser aussi la santé en Côte d'Ivoire : insuffisance de structures et d'infrastructures, insuffisances de matériel, de logistiques, de personnel, nombreuses ruptures d'intrants et de médicaments, inégalité de la répartition des structures de soin, pillage et saccage des établissements sanitaires après les différentes crises.

« La paupérisation croissante, notamment en milieu rural constitue un frein à l'accessibilité aux soins et autres services sociaux de base.

Le manque d'hygiène, l'insalubrité, la mauvaise gestion des déchets ménagers, industriels et hospitaliers, les agressions d'origine chimique, physique ou biologique, la contamination chimique des sols, l'utilisation intempestive de pesticides, l'insuffisance d'approvisionnement en eau potable, l'habitat précaire, l'insuffisance du système d'assainissement du milieu, le réchauffement climatique constituent autant de risques sanitaires encourus par les populations. Ces facteurs d'exposition expliquent en partie la fréquence élevée des maladies infectieuses, parasitaires, respiratoires, cutanées, des maladies chroniques et les nombreuses pollutions observées dans l'environnement.

L'inégale répartition des ressources humaines et des infrastructures sanitaires, l'inadéquation et la vétusté des plateaux techniques, l'absence d'un mécanisme de

¹ Pour faciliter l'accès aux soins, après la période de guerre de décembre 2010 à avril 2011, période durant laquelle il y eut un embargo sur les médicaments, le Président de la République instaura la « Gratuité » signifiant ainsi que pour toute la population, les soins, les actes médicaux et paramédicaux et même les médicaments, dans les hôpitaux publics, seraient administrés ou donnés gratuitement (d'Aout 2011 à Janvier 2012). Malheureusement la politique d'accompagnement de ce processus fut insuffisante et inefficace et cela a aggravé les difficultés du système sanitaire. Ainsi en dehors des produits de premières nécessités, aucun médicament n'est pratiquement disponible à la pharmacie de l'hôpital. L'absence de ressources additionnelles pour les hôpitaux ont réduits les actes au stricts minimum, l'entretien des locaux ne se fait quasiment plus et l'utilisation du seul bloc opératoire de l'hôpital pour tous les services de chirurgie pose problème. Par ailleurs, il n'y a pas de sécurité sociale, ce qui impose que toutes les factures soient payées en temps et en heures par les parents de malade. Cette situation fait que les personnes ayant des ressources financières conséquentes préfèrent recevoir les soins dans les structures sanitaires privées. Au CHU, on ne rencontre plus que les indigents et ceux qui ont peu de moyens financiers.

protection contre le risque financier lié à la maladie et la pauvreté des ménages sont autant de facteurs qui influencent l'état de santé des populations...

...L'utilisation des services de santé reste faible et se situe autour de 18%. Les insuffisances de l'offre et la qualité très moyenne des services engendrent une perte de confiance des populations dans les services de santé modernes.

En août 2011, le taux de rupture de stocks en médicaments essentiels était estimé à 77%. » (Ministère de la santé et de la lutte contre le sida de Côte d'Ivoire, 2012)

A tout ceci s'ajoute le fait qu'il n'y a pas ou peu de coins pour soigner et panser comme en témoigne l'insuffisance de personnels et de structure. Il n'y a également pas de coin pour penser et donc une insuffisance de la recherche scientifique et les ateliers de réflexion et autres rencontres scientifiques sont rares².

Il n'y a point d'étayage car les rencontres d'experts, les consensus, les directives et autres référentiels quand ils existent ne sont pas toujours diffusés et promus.

En santé mentale, la supervision n'existe pas et donc il y a peu de remise en question, de mentalisation, et point de perlaboration.

Malheureusement, le cloisonnement des services et des disciplines persiste encore même si de plus en plus des fenêtres s'ouvrent de-ci et de-là.

Ces quelques informations sur le système de santé ivoirien montrent les nombreuses difficultés auxquelles sont en proie aussi bien les professionnels de la santé que les populations.

Certains des cas cliniques que je présenterai dans la suite de mon travail vont témoigner de ces nombreuses difficultés.

• **Quand la pédopsychiatrie et la chirurgie pédiatrique se rencontrent**

Cette thèse est avant tout le fruit d'une rencontre, celle de la pédopsychiatrie que j'exerce avec la chirurgie pédiatrique que je (re)découvre dans le contexte de la crise ivoirienne³.

Tout a commencé un matin de février 2011...

Une rencontre, une conversation avec un chirurgien pédiatre ivoirien, le Pr Moh Enoh Nicolas (chef de service adjoint du service de chirurgie pédiatrique du CHU de Cocody à Abidjan) et une

² Il est rare qu'une discipline médicale organise plus d'une activité scientifique par année.

³La guerre ivoirienne se déroula du 31 mars au 11 avril 2011. Cette période fut précédée de tensions post-électorales extrêmes de début décembre 2010 au 30 mars 2011 puis suivie de soubresauts jusqu'à la mi-mai (moments où il n'y eut plus aucun combats dans la ville d'Abidjan)

prise de conscience : les praticiens du service sont confrontés à la souffrance psychique des patients, et pour la prendre en charge, ils ont recours aux neurologues car il n'y a pas de psychiatres ou de psychologues travaillant au CHU de Cocody à Abidjan.

Je commence alors, après divers accords⁴, un temps de consultation dans ce service.

Monde étranger dans lequel je m'aventure et éclosion de diverses préoccupations : quelle place pour la psyché dans les soins quand le corps est fracturé et appelle des gestes urgents ? Quelle parentalité en chirurgie pédiatrique dans le contexte ivoirien ? Comment le dessin pouvait-il contribuer à une meilleure appréhension de la souffrance psychique des enfants ?...

Je m'éveille et je m'émerveille, je me perds et je me retrouve, de prendre en charge des enfants psychologiquement normaux contrairement aux patients rencontrés en pédopsychiatrie dont j'avais l'habitude (Bissouma, Anoumatakky, Daclin, et al., 2013).

Population différente qui appelle un exercice médical différent, et me voilà confrontée à des problématiques nouvelles telles les troubles psychiques (rarement psychiatriques) qui naissent au cours de l'hospitalisation, la nécessité d'étayer l'équipe chirurgicale quand, au-delà du corps, la psyché semblait en souffrance.

Et je tente alors de m'inscrire dans le sillon d'une pédopsychiatrie de liaison « en devenir » car c'est une activité thérapeutique qui n'existe pas encore en Côte d'Ivoire (Bissouma, Anoumatakky, Te-Bonle, et al., 2013).

En France, les liens entre la psychiatrie et l'univers médical, notamment la pédiatrie, ont été établis et sont documentés (Bailly, 2005 ; Canouï, 2009 ; Duverger, Chocard, Malka, Ninus, et al., 2011 ; Héno, 2008 ; Podlipski, Gayet et Gerardin, 2012 ; Wiss et Petit, 2001). En Côte d'Ivoire, il n'y a pas de liens formalisés ni de cadre d'exercice professionnel entre spécialiste de la psyché et du soma.

Au décours de cette rencontre, se profile un enjeu de la recherche doctorale que je me propose d'initier : établir des ponts et de dégager des axes de travail entre pédopsychiatres et somaticiens⁵, et avant tout, les chirurgiens puisque l'expérience prend naissance dans leur domaine. Le but est de créer des circuits et des cadres thérapeutiques, entre professionnels de la psyché et du soma, permettant une meilleure prise en charge intégrale de l'enfant en souffrance. Cela devrait

⁴Accord du Pr Aguehoude Cosme (chef du service de chirurgie pédiatrique du CHU de Cocody (Abidjan, Côte d'Ivoire)) entériné par le directeur du CHU, et du Pr Delafosse Roger Charles Joseph (chef du département de psychiatrie, directeur coordonnateur du Programme National de Santé Mental) où je travaille à mi-temps. J'ai un mi-temps au Centre de Guidance Infantile, seul service de pédopsychiatrie du pays.

⁵ Somaticiens= médecins spécialistes du soma, du corps

également permettre de lutter contre les forces de déliaison qui sont dues à la stigmatisation de la psychiatrie renforcées par les croyances culturelles et traditionnelles ivoiriennes. Enfin l'espoir est grand que de cette expérience découle la mise en place d'un cadre d'exercice de la pédopsychiatrie de liaison en Côte d'Ivoire à la lumière de ce qui se fait en Europe, en inculturant cet exercice et en l'adaptant aux réalités socio-sanitaires ivoiriennes.

Ces bonnes intentions ont buté contre des obstacles que je ne soupçonnais pas et que je n'imaginai pas du tout.

De la souffrance, à lutter contre et avec un savoir qui se dérobaît, perte de soi pour une nouvelle naissance, j'ai souffert de ma position jusqu'à parvenir à en avoir, à en trouver une autre

- **Poétiser ma position**

Hydre ou boule à facette, d'un continent à l'autre, d'une nation à l'autre, d'une science à l'autre, être ou ne pas être telle n'est pas la question ! Disons plutôt savoir ou ne pas savoir telle est ma question, car à force de vouloir savoir je ne sais plus rien !

Déconstruire mon savoir, me désinstruire, apprendre à ne pas savoir... accepter d'ignorer pour découvrir et s'imprégner de l'autre bercé par l'Autre, aller ainsi à la rencontre de soi.

Additionner, multiplier, surtout ne pas soustraire ou diviser mais plutôt emmagasiner et stocker pour remplir les tiroirs du savoir, s'abreuver de pages de livre pour, dans un mouvement ex-cathedra, faire savoir qu'on sait et s'en repaître... Ces cases de connaissances, les ouvrir les unes après les autres, l'une après l'autre : grilles, échelles, cotation, nosographie, algorithme, symptômes et diagnostics, CIM 10, DSM IV, DSM V et j'en passe (Flagey, 2001 ; Gerber, 2004 ; Guedeny et al., 2002)⁶. Autant de pierres qui l'une après l'autre, l'une sur l'autre, imbriquées, dans un mouvement de collusion, de collage, d'emmurement, de colmatage, de calfeutrage... s'érigent et figent la pensée médicale en la robotisant, l'aliénant à son objet de savoir.

Une mécanique de pensée huilée qui fait que comme un policier, j'en arrive à débusquer les symptômes, à les nommer, les fichier, les classer, les cataloguer après étiquetage, les analyser et les enfermer. Ainsi symptômes et porteur du symptôme sont installés dans une cage-catégorie diagnostique et pas question qu'ils en sortent !

Clinique, on me parle de clinique, mais laquelle ? Ma clinique, elle est cadre et cadrée, symptôme et signe font syndrome, syndrome et syndrome font pathologie et dès lors je peux mettre en route

⁶ Ces auteurs décrivent très bien, dans leurs différents articles, ce que je dis.

un traitement tout aussi formaté. Un traitement, c'est un but, des moyens, une technique, des molécules, un pronostic et une évolution. Tout est là... tout est dit, pensé pour moi depuis si longtemps, je n'ai qu'à suivre le cheminement de penser pour arriver au bout d'autant plus que j'ai « une obligation de moyen et non de résultat » !

C'est rassurant ça ! Il faut juste suivre la procédure, à la lettre, après l'autre, il guérit ou il ne guérit pas... j'ai fait ce que j'avais à faire !

Alors ma clinique elle est précise, un peu trop peut-être, mais c'est MA clinique celle à laquelle je me suis formée et qui m'identifie. Il y a même tout un arsenal de livres qui ont quadrillé la symptomatologie, donc tout va bien.

Tout va bien ! C'est tout et tout est bien car j'ai mis un diagnostic et dès lors, je sais où je vais... je sais surtout qui je suis puis que j'ai fait ce pour quoi j'ai été formée.

Non... tout ne va pas bien car rien ne va ! Ma clinique n'est pas « leur » clinique, la clinique médicale et pédopsychiatrique n'est pas la clinique psychanalytique. Alors... la clinique fait cric-crac, ça crisse, ça coince, ça grince... Ah, ce « ça » qui ne cesse de faire des siennes, ça ne va pas, ça ne va jamais mais « ça » est où ? Coincée, acculée, quelle meilleure défense que de retourner dans ses retranchements... ma clinique médicale. Je cale, mais pas grave tant que je suis cadrée.

Formatée, façonnée... cadrée ! Et oui, je suis cadrée et encadrée par mon savoir, par ce que je crois savoir... En effet, nous médecins, nous évoluons d'une façon plus que cadrée, cadre structurel lié à l'infrastructure (peut-on imaginer un hôpital à ciel ouvert ?), à l'institution, aux protocoles de soin etc... La fonction de cadre de santé a même été créée pour encadrer ce qui restait hors champ. Cadre externe qui nous évite de nous perdre et nous donne non pas un fil conducteur mais un chemin de soin et de penser, qui formalise et harmonise les pratiques professionnelles dans l'illusion d'un soin universel. Alors le médecin devient le maître à penser du soin et de son organisation, c'est son royaume... chacun est maître chez lui ! Mais chez l'autre... allez savoir, vous vous placez là où on veut bien vous accueillir et vous installer. Prenez des aises chez l'autre et vous voici rappelé à l'ordre. Alors, quand je débarque en chirurgie pédiatrique je suis un peu ébranlée de la place qu'on me donne, par celle que je m'autorise ou non à prendre mais aussi par celle que je me donne. Mon savoir affronte celui des chirurgiens, savoir psychiatrique effronté qui se confronte à un savoir chirurgical pragmatique.

Arboutée, butée et butante sur ce cadre médical (aussi bien le mien que celui des chirurgiens), cadre solide d'un savoir millénaire, pétrit par une horde de médecins qui avant moi ont fait la science, j'en viens à me crispier, et à rigidifier ma position et... fin du spectacle ! On éteint la lumière, je suis bien avancée à me retrouver dans le noir. Le dévidoir de ma science, le défouloir de mon égo...

Moi la maligne qui voulait mettre de la lumière chez les autres, apporté ma lumière-savoir, me voici dans le noir.

Fin du spectacle, circulez ! Il n'y a rien à voir car je ne vois plus rien, je suis dans le noir !

Une araignée au plafond ?

Tiens, ça bouge ???

Tic-tac... ça bouge, dans ma tête cette araignée, une mygale ? Mais non, juste l'effroi de ne plus savoir ce que je suis. A régné sans gloire et sans savoir, bien fou celui qui le fait.

Folie ? Et si je devenais autre à défaut d'être ou d'avoir l'Autre...

Tic-tac... toc-toc... l'horloge tourne... le temps... du temps... tic-tac, toc-toc... tocs compulsifs d'une pensée qui sans cesse se réécrit la même. Tic-tac, toc-toc... comment ouvrir une porte nouvelle ?

Tiens l'araignée, je l'avais oubliée... sa toile ? Je ne l'avais pas vue... ça bouge et ça change et je la vois cette toile, faite de liens, de nœuds qui m'aliène dans une pensée univoque et appauvrissante.

Je suis psy comme si, un ici et maintenant bien flou... psy mi-médecin, médecin mi-psy... je m'y perds et j'ai peur de perdre ceux qui s'accrochent à moi pour comprendre les enjeux psychiques en chirurgie.

Tic-tac... taclée par l'échec à penser, oppressée, compressée de devoir savoir et de ne pas y arriver, image interne omniprésente d'un citron pressurisé et vidé... j'ai soif ! Mais « qui a mis l'eau dans coco ?⁷ », où se trouve le savoir ? Coco ? coco-tiers ? côcô⁸ ?, kokotâ⁹ ? ... ça donne mal à la tête... La détisser cette toile d'a-régné ? Mais comment ?... une rencontre (encore une autre) et un dé clic et ça déplisse, ça détisse, ça libère...

Mon Ça se libère et se désenclave de mes cadres encadrants et emprisonnants pour s'autoriser à être libre et à s'évoquer.

Alors je me libère, que nenni... elle me libère, celle-là qu'un jour sur mon chemin je rencontre. Rencontre, bascule, « bouge ton cul », dégage monticule de sciences insensées, de savoir non sachant d'une ignorance... la voilà mon araignée au plafond qui s'agite, un fond bien plat d'ailleurs qui était le mien qui buttait et trébuchait dans la jungle des soins africains.

Elle... libératrice de ma pensée, tutrice de mon pensé, elle est regard, elle est miroir et je m'y vois. Voilà une autre moi mi-noire, mi-blanche, mi-d'ici mi-d'ailleurs, sciences d'ici et sciences

⁷ Expression ivoirienne signifiant qui comprend le mystère ? D'où vient-il ?

⁸ Côcô : mot de l'argot ivoirien signifiant qu'une personne veut profiter des autres, en vivant à leurs dépens

⁹Kokota : coup donné sur la tête avec l'articulation des phalanges du majeur de la main (jargon ivoirien).

d'ailleurs, d'ivoirienne à ivoirienne mon discours qui était chinois en devient « enfin » français pour quelqu'un de chez moi. Elle est un peu moi, et tout elle : « a » elle m'arrime au « A ».

Tiens, j'atterris de ma planète et mon plan est plus net car je me vois dans son parlé regardant. Transfert ? Contre-transfert ? Qu'importe dans son regard, je ne suis pas folle moi la schizo, singe dans le zoo psychiatrique, à sauter de savoirs en devoirs, de bouche en branche... Eh oui, j'avais dit « visagéification¹⁰ », « piqure d'Haldol¹¹ ? » m'avait-on répondu. Alors qu'elle... elle... elle comprend ces mots venus d'ailleurs, elle a des ailes et elle vole sur l'aile du savoir du grand Autre (en tout cas elle essaie mieux que moi, histoire de pas trop l'idéaliser) ! Alors je la vis comme un ange sur mon chemin, une main tenant le pain du savoir qu'elle veut bien partager avec moi.

Asseyons-nous et discutons !

Me poser, me déposer, me reposer...

Enfin quelqu'un qui me comprend, une comme-moi qui me comprends et qui me fait ne plus être une comme-une-autre.

Je peux oser sortir de mon cadre ou laisser parler mon cadre interne qui s'étouffait sous les conventions d'un professionnalisme forcené. Cadre professionnel comme un boulet dont je peux me départir, devenir héron du savoir en tenant sur un pied avec peu d'appui, défaut de trépied car hors du temps psychique, mais pas héros alourdi par sa gloire et son armure.

Trouver le trait d'union, voguer sur la boucle de Moebius et la découper, aller du médecin au psy, mettre du signifiant... créer une chaîne de signifiants qui délie et laisse un espace de déchainement de la pensée... enfin penser et être...

Et je repense à ma clinique... ma clinique n'est pas la clinique de mes pairs d'ici et je comprends pourquoi ce dialogue de sourd depuis si longtemps car le symptôme que je cherche est celui qui se donne en spectacle, dans le conscient. Mes pairs cherchent celui qui se cache et qu'il faut dévoiler dans un processus de réflexivité...

Je voguais dans le conscient alors qu'il me fallait aller un peu plus loin, dans l'inconscient. Mais ma crispation, mes craintes et mes défenses m'en empêchaient... et puis un jour, tout à basculer ! Tissage de savoirs entre pédopsychiatrie, psychologie, psychanalyse, métissage de pensée pour penser la souffrance psychocorporelle des enfants effractés en chirurgie pédiatrique dans le souci de la panser, à cela j'espère y être quelque peu arrivée.

Ainsi, tout ce travail psychique, je le dois à trois rencontres qui sont venues bien après les premières rencontres avec les enfants :

¹⁰ J'expliciterais ce concept dans le cœur de mon travail

¹¹ L'Haldol® est un antipsychotique (neuroleptique) prescrit en cas de troubles perceptifs comme les hallucinations et les délires.

- J'ai rencontré L.
- J'ai rencontré la mort
- Je me suis rencontrée dans l'art-thérapie

Dans la rencontre avec L., j'ai pu me mettre à réfléchir autrement mon sujet de thèse et prendre du recul par rapport au savoir médical pour entrer (enfin) dans un abord psychopathologique voir psychanalytique de ma recherche. Mes conversations avec elle, m'ont permises de voir mon travail sous un angle nouveau, de me délester des poids divers qui encombraient ma pensée et de faire, pas à pas, avancer mes réflexions sur l'impact psychocorporel des effractions chez l'enfant victime de fracture.

D'autant qu'oppressée par la stagnation de mon travail, j'en ai fait une crise d'angoisse avec impression de mort imminente. Dès lors, j'ai choisi de sortir des lieux d'entrave pour regarder et voir autrement.

En débutant une formation en art-thérapie, ce que je désirais faire depuis plus d'une dizaine d'année, j'ai compris qu'il me fallait changer de positionnement pour que, via la créativité, quelque chose de neuf apparaisse dans mon travail.

Ce texte parle de mon moi tel qui fut, Moi idéal ou Idéal du moi qu'importe ... car ce n'est pas l'idéal pour une thèse.

Ça n'a peut-être rien à voir, dans le style d'écriture tout au moins, mais ça a tout à voir... car c'est dès lors que j'ai laissé souffler un air-autre, que du tréfonds, du très profond d'en dedans de moi, une pensée nouvelle s'est autorisée à éclore. C'est enfin, à ce moment-là, que les mots ont pris vie sur le papier, que cette thèse s'est mise à vivre de s'écrire enfin d'un dire qui était libéré car pensé dans la singularité des enfants rencontrés.

INTRODUCTION

Un jour, une rencontre, une aventure, des rencontres, des visages qui changent mon regard... et me voici en chirurgie pédiatrique, univers d'enfants souffrant de diverses pathologies chirurgicales, aux prises avec diverses formes de violences.

Comment commencer ce travail sans laisser parler un langage qui n'a pas de voix, sans donner à voir ce qui se cache sous la tâche, sur la page et sous la plage de couleurs, derrière le graphisme qui se fait traits et donne forme picturale à un corps difforme et déformé par une fracture-effraction ?

- **Une histoire de rencontre**

Des gens, des chirurgiens, se dévouent pour un corps d'enfant dévoyé, qui se voit mais se voile, qui se cache car il lâche. Il n'est plus ce qu'il est car, un jour, un accident a brisé son élan. Accident, incident en occurrence potentiellement inaugurateur d'un trauma lié à une effraction corporelle qui s'étend à la psyché...

Bistouris, lames et fils, broches, pansements et sparadrap pour rafistoler un corps qui ne fait plus corps avec le Moi car le Soi n'est plus gratifiant.

Une idée... si le corps ne se meut plus, la psyché peut, peut-être, encore le faire...

Alors je propose aux enfants crayons de couleurs, crayons à papier et gomme, peintures, pinceaux et feuilles pour redonner vie, en le recomposant sur une feuille dont la blanche neutralité peut tout accueillir, tout supporter, un corps tel que le sujet l'avait, l'a et le voudrait...

Je rencontre un enfant et son dessin le raconte.

A., 8ans, hospitalisée à Abidjan, pour une ostéomyélite des os du bassin suite à un choc traumatique du pubis après une chute. Tractée et immobilisée au lit, c'est elle qui m'interpelle et sollicite mon attention. Je lui propose alors de se dessiner. Et apparaît, dans ce dessin, ce bonhomme mal structuré au visage rouge, aux oreilles bleues. Ce bonhomme asexué, suspendu, dont le graphisme ne correspond pas à l'âge de la fillette et aux couleurs irréalistes, montre une perturbation du schéma corporel. Au-delà de l'immaturité du graphisme (correspondant ici au bonhomme têtard que réaliserait un enfant de 4ans), je m'étonne de ce visage porteur de 4 orifices. D'aucuns ont évoqué devant ce dessin, une symbolisation du vagin... Le traumatisme pubien, difficile à aborder et à mettre en mot, semble faire une intrusion dans la pensée et se montre au travers de la projection de soi.



[Figure 1](#) : Dessin de A, 8ans. Abidjan (dessine-toi comme tu penses être aujourd'hui)

La feuille se fait alors réceptacle d'un vécu de soi que dit la représentation de soi. Démasquant douleur et souffrance qui prennent forme et figure, elle livre les images du corps du sujet laissant place à une décharge pulsionnelle qui libère le Ça du carcan dans lequel le Moi s'enfermait.

De rencontres en rencontres, s'ouvrent devant moi une voie d'exploration de la psyché de l'enfant quand son corps est effracté. Que reste-t-il de ce corps qui, suite à une fracture, au-delà du physique, s'est modifié ? Comment le psychisme se modifie-t-il et comment la fracture est-elle assimilée ? Qu'en dit le dessin ?

Si le dessin se fait le témoin de la souffrance du corps psychique de l'enfant en chirurgie, il ouvre d'autres lucarnes sur le vécu de ce corps, sur les illusions et désillusions quant aux soins et à la guérison et s'entrebâille une porte qui peut permettre que se mette en route un certain travail psychique qui pourrait permettre à l'enfant de digérer cette expérience.

Le dessin de I., âgé de 12ans, admis pour une fracture de la jambe survenue au moment de la crise post-électorale à Abidjan ouvre une brèche d'élucidation de ces premières questions.

Je lui propose de se dessiner. Il m'explique à l'issue du dessin que c'est son os cassé qu'il a représenté (zone blanche au milieu du pantalon dont une jambe est rouge et l'autre noire).



[Figure 2:](#) Dessin de I, 12ans. Abidjan (Dessine-toi tel comme tu penses être aujourd'hui)

Au fil du temps, les productions des enfants admis pour fractures sont de plus en plus énigmatiques... et me voilà qui me fait chercheur pour résoudre cette énigme.

Comme je le disais, un jour, j'ai (re)découvert la chirurgie pédiatrique.

Un service de chirurgie pédiatrique reçoit des enfants et adolescents pour diverses pathologies chirurgicales aiguës ou chroniques. Les motifs d'hospitalisation ou de consultations sont divers :

- les pathologies cancéreuses,
- les malformations congénitales (malformations anorectales et génitales, spina bifida¹², malformations osseuses...),
- les pathologies orthopédiques traumatiques (fractures des membres et autres fractures osseuses (fractures de la clavicule, des côtes...)),
- les traumatismes crâniens,
- les pathologies chirurgicales digestives (appendicite, péritonite, occlusion, etc.),
- les pathologies infectieuses (ostéomyélite, ostéochondrite, rhume de hanche, etc.),
- les brûlures et autres lésions cutanées abrasives,
- ou autres actes chirurgicaux à visée réparatrice, normative, restauratrice, esthétique tels que les posthectomies¹³, l'abaissement scrotal¹⁴, le doigt-porte¹⁵, l'obésité...

Le risque morbide et léthal de la pathologie chirurgicale infantile a fait se porter fréquemment les regards scientifiques sur les malformations congénitales, sur les maladies chroniques et cancéreuses, sur la chirurgie des obésités. Ces maladies, qui évoluent sur le long cours, entraînent des aménagements et réaménagements psychologiques soit par la précocité des actes chirurgicaux (parfois dès les premières heures de vie), soit par leur multiplicité ou soit encore par le risque léthal ou la difformité qui en résulte. Ces affections ont fait l'objet de bon nombre de travaux scientifiques (Bouquinet et al., 2008 ; Chondronikola et al., 2013 ; Duverger, Chocard, Malka, Ninus, et al., 2011 ; De Gheest et al., 2006 ; Jousset, 2005 ; Kubik et al., 2013 ; Marcelli, 1996 ; Raimbault et Zygouris, 1990).

En dehors des maladies chroniques et congénitales, la plupart des motifs de consultation ou d'hospitalisation évoluent sur un mode aigu ou subaigu et appellent un acte chirurgical dans l'urgence, ce qui va véhiculer des mouvements psychoaffectifs différents de ceux que l'on observe dans le cadre des maladies au long cours. Le vécu psychologique des actes chirurgicaux urgents, le stress et l'angoisse rencontrés dans ce milieu ont également été étudiés (De Carmoy, 1995 ; Carmoy et Chiland, 1989 ; Coldefy et Gaudart d'Allaines, 1963 ; Colombó Bertocchi, 1999 ;

¹² Le spina-bifida est le développement incomplet de la colonne vertébrale.

¹³ Posthectomie= circoncision

¹⁴ Abaissement scrotal= faire descendre le testicule dans la bourse

¹⁵ Doigt-porte= doigt sur lequel une porte a été claquée

Delafosse et al., 1996 ; Dufour, 1996 ; Millat, 1996 ; Sogno-Berat, Fossati et Allilaire, 2001 ; Thibault-Wanquet et Fresney, 2008). L'univers chirurgical est, effectivement, anxiogène pour moult raisons allant de la blessure (qui conduit à entrer en contact avec la chirurgie) avec ses pendents de douleurs, d'hémorragie, de déchirure, aux actes chirurgicaux, en passant par l'anesthésie et la réanimation qui en sont bien souvent des corolaires.

Dans son article sur « *Du moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d'un concept* », René Kaës se remémore une situation se rapportant à Didier Anzieu :

« ... un jour que nous évoquions cette angoisse (angoisse archaïque) et sa position théorique, il lui est revenu les traces mnésiques d'une blessure précoce au ventre : le souvenir était intense dans l'affect mais assez flou dans la représentation de la chose. J'ai appris plus tard par Annie Anzieu qu'il s'agissait d'une banale opération de l'appendicite, subie vers 5-6 ans, sans complications autres que psychiques. Mais Didier évoquait cet épisode avec terreur ». (Kaës, 2007)

L'effroi lié à l'expérience de la blessure est également rapporté par d'autres auteurs (Brun, 2003). Cela montre que chez l'enfant, dont le psychisme est encore en modélisation, la confrontation aux affres de la chirurgie n'est pas sans effets ni dégâts sur son développement psychoaffectif.

Toute cette psychopathologie se focalise sur le corps comme objet, sujet et enjeu de la chirurgie infantile. Vu dans sa totalité ou morcelé (du fait de l'atteinte d'une partie du corps qui seule est prise en compte dans les soins), il occupe tous les esprits et est l'objet d'une attention accrue, parfois au détriment de l'infantile qui habite ce corps. Les nombreux soins et autres manipulations nécessaires à la réparation du corps, comme objet et machine, entraînent parfois des difficultés quant au maintien de la souveraineté de l'enfant sur ce qui lui appartient, donc son corps, dont l'usage semble exclusivement délégué aux chirurgiens qui en ont, dès lors, la responsabilité (et le maniement). Rester maître de son soi alors que le corps n'est plus fonctionnel et qu'on attend du chirurgien qu'il répare la mécanique cassée, ébranle le narcissisme de l'enfant et ses processus identificatoires, le confrontant résolument à une double castration physique et symbolique. Cette perte d'autonomie et de pouvoir sur le corps est source d'une certaine conflictualité psychique que le pédopsychiatre se doit de reconnaître et de mentaliser, dans le but de permettre ainsi à l'enfant de réinvestir son corps et de se réapproprier son existence. Si le chirurgien va s'interroger sur la meilleure technique à mettre en œuvre pour la réparation corporelle, le pédopsychiatre, devant ce

corps atteint dans sa chair, s'interroge sur la corporalité et la subjectivité, sur l'esprit qui habite ce corps, sur le vécu psychologique d'un tel corps et sur les répercussions éventuelles.

A Abidjan, les cris muets du corps souffrant de l'enfant sont peu entendus, peut-être en rapport avec la précarité et les difficultés structurelles. Les nécessités techniques, l'insuffisance matérielle et les difficultés organisationnelles (longueur de la liste d'attente, nombreuses problématiques d'asepsie au bloc, insuffisance ou vétusté des blocs opératoires...) entraînent une primauté des soins techniques au détriment de la prise en compte de la souffrance psychique qui accompagne inéluctablement la douleur physique et l'angoisse liée aux actes chirurgicaux ou à l'anesthésie. Bien que ce corps dans son réel de chair et d'organe soit «en présence » et fasse partie de la situation et de la relation clinique (Desprats Péquignot, 2004), les difficultés de l'exercice chirurgical à Abidjan en entravent la perception. A contrario, dans les services français, l'équipe soignante est très au fait de la souffrance psychologique et alerte, au moindre signe, la psychologue, permettant à celle-ci de mettre rapidement en place une prise en charge idoine comme j'ai pu l'expérimenter à Aulnay-Sous-Bois¹⁶. Nonobstant, quel que soit le lieu, le terrain, le continent, cette rencontre de l'enfant avec la chirurgie, la douleur et la souffrance sont des réalités communes et universelles.

Par ailleurs, comme l'ont démontré plusieurs auteurs (De Carmoy, 1978, 1995 ; Coldefy et Gaudart d'Allaines, 1963 ; Colombó Bertocchi, 1999 ; Dufour, 1996 ; Ferragut, 1996 ; Sibertin-Blanc et Vidailhet, 2003), la prise en charge d'un patient en chirurgie ne se fait pas sans un impact psychologique assimilable à une effraction du pare-excitation. Ainsi, devant l'angoisse que peut véhiculer le monde chirurgical, devant la perte d'autonomie et les renoncements parfois imposés par les actes chirurgicaux, l'enfant paraît démuni et désarmé. Et ses parents, potentiels supports et protecteurs, sont quant à eux bien souvent tout aussi ébranlés par ce qui arrive (multiples actes chirurgicaux, dispositifs instrumentaux, urgences, suites opératoires...).

Ce corps désarticulé et souffrant interpelle autant celui qui l'habite que ceux qui l'entourent, soit qu'ils aient la charge de le réparer dans l'espérance d'une restitution ad-integrum, soit qu'ils en aient le souci car ce corps est né d'eux et sa souffrance sollicite les fonctions parentales¹⁷.

¹⁶ J'ai eu l'occasion d'effectuer un stage de trois mois dans le service de Chirurgie pédiatrique de l'Hôpital Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois sous la supervision de Mme C. Toulouse-Meunier psychologue du service (de septembre à novembre 2013)

¹⁷ Les fonctions parentales sont bisexuées, maternelles et paternelles et reposent sur la contenance, le réconfort et la réassurance, la réactivation du holding primitif ou primaire... ces fonctions sont affectives, matérielles et symboliques.

Mon aventure en chirurgie pédiatrique me montre rapidement qu'il y a matière à réflexion et à modélisation. Le contexte général du pays influence rapidement mes centres d'intérêt (concernant le type de pathologie à investiguer) dans le service car nombreux sont les enfants admis pour des fractures liées à des traumatismes par arme à feu (je rappelle que je commence cette expérience durant la crise post-électorale ivoirienne de 2011) ou des accidents de la route.

En effet, les traumatismes orthopédiques sont sources de stress (ce que renforce la situation sociopolitique) comme cela a été démontré (Dixon, Newton et Teh, 2011 ; Fiévez et al., 2013 ; Skogstad et al., 2012). Les effets désorganisant (biologique et physique) du stress au niveau corporel et en matière de conscience de soi sont déjà connus. Cependant quand ce stress est corrélé à un traumatisme physique, il y a certainement potentialisation et, sans me focaliser sur la question du stress, je me suis interrogée sur les incidences des fractures sur les images du corps.

Plusieurs travaux traitent du corps et de ses images dans diverses situations cliniques (Autran et al., 1992 ; Bloch Sebille, 1989 ; Breschi, Grisoni-Colli et Beccari, 1967 ; Derouesné, 2005 ; Dolto, 1984 ; Fauconnier, Scalabrini et Meljac, 2009 ; Jeannerod, 2010 ; Morin, Thibierge et Derouesné, 2013 ; Wittling, 1968). Ils montrent, pour la plupart, que les répercussions psychiques sont multiples et peuvent avoir un impact au niveau de la conscience du corps et notamment du schéma corporel et de l'image du corps, avec un bouleversement de toute la construction de l'image du corps liée ou non à la sévérité de la maladie. Mais là, il s'agit des pathologies chirurgicales qui ne font pas l'objet de mon étude.

Il y a peu d'ouvrages qui étudient spécifiquement l'impact des traumatismes orthopédiques sur le schéma corporel et autres images du corps, tout comme les études sur les conséquences psychologiques des accidents et des pathologies orthopédiques traumatiques ne foisonnent pas. Par ailleurs, leurs influences sur le schéma corporel n'ont été étudiées que récemment (Bakker et al., 2011 ; Chondronikola et al., 2013). Cependant, le recoupement de certaines données permet de se faire une idée de ce qui peut se jouer psychiquement à la croisée du traumatisme orthopédique, de la fracture et du corps, notamment en ce qui concerne les images du corps.

L'impact psychique des fractures sur l'image du corps, sur l'image de son corps et sur le schéma corporel peut s'appréhender à travers la représentation de soi, notamment par le dessin. C'est en

tout cas le pari que je fais car le dessin est un des moyens les plus usités pour la communication avec l'enfant. C'est un excellent outil thérapeutique de médiation permettant à l'enfant de traduire sur papier, en forme et en couleur, ses mouvements psychiques. De nombreux ouvrages se sont intéressés à la question du dessin : identification et personnalité (Abraham, 1985 ; Davido, 1976, 2000 ; Debiegne, 1968 ; Engelhart, 1980 ; Naville et al., 1951 ; Prudhommeau et Wallon, 1947), aspects psychothérapeutiques (Anzieu, 1996 ; Anzieu et al., 1996 ; Arfouilloux, 1975 ; Argan et Traversa, 1963 ; Hariki, 2007), etc.

Le dessin est ainsi une lucarne ouverte à la fois sur l'image du corps (Cady et Roseau, 1996 ; Enachescu, 1971 ; Vuagnat et Maret-Cogeval, 1996 ; Wallon et Lurçat, 1987) et, par la représentation de soi, sur le vécu psychologique de l'enfant (Couillard, 2011 ; Nicolaïdis, 1985 ; Perron, 1964).

En chirurgie infantile, plusieurs travaux se sont intéressés aux dessins d'enfant pour traiter de diverses problématiques (Enachescu, 1971 ; Oppenheim et Hartmann, 2003 ; Voisin, 1984). Cependant, la recherche documentaire n'a pas permis de retrouver des travaux, notamment francophones et anglophones, portant spécifiquement sur les dessins d'enfants ayant subi des traumatismes orthopédiques.

L'absence de données de la littérature portant sur l'impact psychique des traumatismes orthopédiques sur la représentation de soi de l'enfant laisse croire que les nécessités d'une prise en charge spécifique (psychologique) des traumatismes orthopédiques semblent sous-estimées de même que leurs conséquences psychiques. Même si les traitements des traumatismes orthopédiques sont « rapides » et la guérison attendue dans des délais assez précis, il y a tout de même une répercussion psychique (plus ou moins importante) de l'affection et les fractures de l'enfant vont notamment impacter sa personnalité de culpabilité et d'angoisse de castration (Marcelli, 1996).

Par ailleurs, il n'est pas besoin d'avoir quelque chose d'extrême, ayant un risque vital connu d'emblée, pour que le schéma corporel soit perturbé car il s'agit d'enfant dont le psychisme est fragile. En effet, l'opération chirurgicale entraîne une désorganisation sensorielle, motrice ainsi qu'une altération des repères corporels et psychiques, entraînant ainsi une relation de dépendance vis-à-vis des proches et une perte d'autonomie. Une opération même la plus simple reste génératrice d'un choc physique et émotionnel qui s'intègre à part entière dans la vie et le développement de l'enfant. D'autant plus quand celle-ci rentre en résonance avec les conflits

fantasmatiques de l'enfant. Tout ceci revêt parfois une valeur organisatrice aux conséquences multiformes.

Pour moi, le traumatisme orthopédique de par sa soudaineté agit comme un trauma¹⁸ et fait effraction. L'enfant se retrouve brutalement dans un environnement que l'on pourrait aisément comparer à un théâtre de guerre.

Dans le contexte de guerre, le dessin a été souvent utilisé comme moyen d'abord du trauma et des événements (Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1994 ; Giordano, 2012 ; Hariki, 2007).

Le dessin pourrait ainsi jouer le rôle de grille de lecture de l'impact psychopathologique des fractures chez l'enfant. Peut-être pourrait-on y trouver des indicateurs à court terme de l'impact psychique de cette expérience traumatique ou des signes annonciateurs de perturbations futures ?

Ces divers questionnements sont la source de la recherche doctorale que j'entreprends et dont le but est d'explorer, à partir de la représentation graphique de soi, la visagéification de la souffrance et les répercussions psychiques des effractions corporelles traumatiques chez les enfants et adolescents en chirurgie pédiatrique.

La question principale qui servira de fil conducteur est : « **la représentation picturale de soi, chez les enfants en chirurgie pédiatrique, permet-elle la visagéification de la souffrance ?** ».

Il y a une question secondaire « **comment penser le soin psychique, à partir de la représentation de soi et de la visagéification, pour panser le corps ?** »

Quel est le problème duquel a éclot cette question ?

¹⁸ Trauma au sens de traumatisme psychologique

- **Le nœud du problème entre corps, fracture et soin**

Dans l'espace écologique de la chirurgie pédiatrique, j'ai voulu créer un espace psychique de pensée et de parole pour, par le truchement du langage oral et graphique, offrir une possibilité à des enfants de se re-subjectiver. Je les ai vus aux prises avec de grandes souffrances, affrontant des douleurs corporelles récurrentes liées au traumatisme orthopédique et aux soins médico-chirurgicaux sans qu'il n'y ait d'espace de re-création ou d'exutoire émotionnel, physique et psychique de la violence qui s'imposait de moult façons à eux. Ce souci m'est venu des signes annonciateurs qui m'évoquaient qu'une brèche corporelle, derrière le traumatisme orthopédique, devait cacher un torrent psychique voir psychopathologique un peu comme de la lave au fond d'un cratère ou au cœur d'une montagne endormie.

De là, naît l'idée d'une recherche, d'un questionnement que je commence à scruter. Tous les adultes avec lesquels j'ai abordé, à ce moment, ma thématique de recherche et qui avaient fait l'expérience de la pathologie chirurgicale aigue, qu'il s'agisse d'eux-mêmes ou d'un proche et notamment leur enfant, avaient tous montré des symptômes anxieux, parfois de l'ordre de la reviviscence en lien avec une potentielle traumatisation, à l'évocation de l'épisode. Et tout ceci, sans pour autant qu'ils n'arrivent à élaborer suffisamment ce qu'ils avaient vécu pour le mettre en mots. Le constat que je faisais c'était qu'il y avait là un sujet à explorer et à exploiter.

Dans la chirurgie des pathologies cancéreuses ou des malformations congénitales, l'épée de Damoclès c'est la mort, la difformité ou la défaillance corporelle entraînant soit une exclusion de la communauté des bien-portants (des vivants ?) soit une non-inclusion dans celle-ci du fait de la non-conformité apparente du corps. De cela, la littérature scientifique s'est faite le porte-voix. Les problématiques psychopathologiques qui en découlent ont été ainsi bien décrites. Cela fait penser que le vécu des pathologies chirurgicales aiguës est forcément différent de celui des maladies « longues » pour lesquelles il y a inévitablement une altération du corps et de ses images.

Qu'en est-il des répercussions éventuelles d'une chirurgie aigue, notamment dans les cas des traumatismes orthopédiques ?

Je suis frappée en chirurgie pédiatrique à Abidjan par l'effraction corporelle chez les enfants hospitalisés dans un contexte où il n'existe aucune aide psychologique. Chacun devra faire avec,

et si la restauration physique est obtenue, s'accommoder des potentiels désordres psychiques inhérents à l'effraction corporelle pour vivre avec.

Devant donc ces effractions du corps, on est en droit de s'interroger sur ce qui advient de la psyché, tout comme il convient de questionner l'impact psychique de ces bouleversements corporels. En effet, lorsqu'un enfant, être en plein développement, se fracture un membre, se fait opéré d'un traumatisme orthopédique ou de tout autre pathologie chirurgicale aigue, voilà que sa perception et son histoire s'en trouve plus ou moins bousculées et remaniées et que sa trajectoire existentielle se modifie. Chez les enfants, cette brisure du corps, cette ouverture effractante agit comme si une part d'eux-mêmes leur était dérobée, comme si un voleur avait pillé leur intériorité. L'impact psychique est certes certain mais où se situe-t-il ? Qu'est-ce qui est atteint dans l'économie psychique de l'enfant, dans son fonctionnement psychologique, dans sa dynamique pulsionnelle tout comme dans les images et représentations qu'il se fait de lui et de la vie ?

Malgré l'insuffisance d'appuis théoriques liée d'une part à l'absence de cadre référentiel de l'exercice d'une pédopsychiatrie de liaison à Abidjan, ce qui aurait justifié et étayé ma présence dans ce service et d'autre part au peu de littérature scientifique sur la question qui m'intéresse (celle de l'impact psychique des traumatismes orthopédiques), j'initie à tâtons une première recherche sur l'apport de la psychologie de l'enfant et de la pédopsychiatrie, via le dessin, dans l'activité et la prise en charge des enfants en chirurgie pédiatrique(Bissouma et al., 2012).

Je me questionne sur ce qui accompagne au niveau psychique les atteintes corporelles (avec rupture de continuité de la peau ou solution de continuité comme les fractures). Une rupture de la peau physique est-elle toujours corrélée à une rupture de la peau psychique, une rupture des enveloppes ? Et si tel est le cas, quel en est l'impact sur la perception et la représentation imagée ou dessinée que les enfants se font d'eux-mêmes ? Le dessin peut-il être dans un tel contexte un bon outil d'appréhension de la souffrance de l'enfant et de son vécu de son corps ? Pourrait-on lire la souffrance et la douleur sur le dessin, le graphisme leur donnant visage et expressivité ?

Une vaste recherche bibliographique m'a permis de pousser mes interrogations relatives aux projections ou productions imagées des enfants en chirurgie pédiatrique.

Dans l'univers scientifique francophone, je n'ai trouvé que trop peu d'écrits portant directement sur l'effraction psychocorporelle dans les traumatismes orthopédiques et sur les représentations du corps. Beaucoup d'auteurs se sont intéressés à la question du vécu chirurgical de l'enfant ou à la question de l'image du corps de ce dernier mais le plus souvent en lien avec la pathologie

cancéreuse ou chronique, comme le montre plusieurs études (Bouquinet et al., 2008 ; Delafosse et al., 1996 ; Duverger, Chocard, Malka, Ninus, et al., 2011 ; Héno, 2008 ; Joussetme, 2005 ; Joussetme-Epelbaum, 2003 ; Magnenat, 2005 ; Oppenheim et Hartmann, 2003 ; Podlipski, Gayet et Gerardin, 2012 ; Wiss et Petit, 2001).

Cependant, en ce qui concerne la psychopathologie des fractures, il y a peu d'écrits. Marcelli (1996) dans « *Enfance et Psychopathologie* » et Joussetme (2005) dans « *Comprendre l'enfant malade* » en parlent brièvement. Ainsi, note-on que dans les fractures, la personnalité de l'enfant est marquée par la culpabilité et une angoisse de castration.

Les quelques travaux existants corrélés à mon questionnement montrent qu'il serait intéressant d'étudier plus en détail l'impact psychique du traumatisme physique et en parallèle de l'acte chirurgical ou de toutes ouvertures du corps nécessitant une chirurgie réparatrice chez les enfants.

J'avais observé que les enfants hospitalisés à Abidjan montraient un grand état de dépendance vis-à-vis de l'adulte avec une régression plus ou moins importante. Ils vivaient une culpabilité parfois assez forte renforcée par le fait qu'ils immobilisaient leurs parents les empêchant ainsi de vaquer à leurs occupations. J'ai déjà abordé le contexte des soins en Côte d'Ivoire, la défaillance du système sanitaire et ses nombreuses insuffisances. Cela suffit-il à justifié ce que j'observe en tenant compte du facteur psychopathologique individuel ? Ce pourrait-il que dans un meilleur système de soins comme c'est le cas en France (où il existe une sécurité sociale, où l'on peut être correctement soigné et payer après, où il existe différentes aides de qualité (psychologue, physiothérapeute, psychomotricien...) à l'hôpital, où l'offre de soin est diversifiée en qualité et en quantité), ce pourrait-il donc qu'il y ait un meilleur vécu du traumatisme orthopédique et de l'acte chirurgical ?

Dès lors, dans un tel contexte, il est question pour moi d'aborder l'impact psychique des traumatismes orthopédiques avec les enfants en prenant garde de ne pas renforcer les outrages narcissiques et la violence qu'ils ont subi ou peuvent subir au cours de leur hospitalisation.

A l'exclusion de toutes autres pathologies chirurgicales aiguës (comme les abdomens chirurgicaux, les appendicites, les abcès...) et de toutes autres pathologies orthopédiques comme les foulures, les claquages, les luxations... je choisis de m'intéresser aux fractures. Cet intérêt trouve sa source dans les premiers enfants que je rencontre autour du dessin. J'ai évoqué en introduction le cas de I. (12ans) et sa représentation de sa fracture à la jambe comme un trou dans le corps. En cas de fracture, c'est la charpente du corps qui est brisée, c'est le corps qui est ouvert ou qu'on ouvre pour la réparation. C'est aussi des techniques précises pour remettre « la machine en route ».

Il m'apparaît important d'élucider plusieurs aspects du sujet auquel je m'intéresse :

- Que va dire la représentation que l'enfant fait de son corps ? Comment lire, à travers ce dessin, l'impact du traumatisme orthopédique sur le schéma corporel ou sur l'image du corps ?
- Cette représentation de soi s'appuie sur le narcissisme de l'enfant, comment se module-t-il sous le coup de l'effraction ?
- Comment s'accommode le psyché de l'enfant de ses atteintes massives à son corps ?
- La souffrance peut-elle prendre visage dans le dessin et comment se servir de cet élément comme outil thérapeutique ?
- Quelle est la position d'intervenant psy qui conviendrait pour une meilleure aide à l'enfant effracté ?

Deux travaux réalisés il y a plusieurs années, dans le cadre d'une thèse de médecine et du diplôme de psychomotricien, sont pour moi un début de compréhension du problème en ce sens que chacun traite un aspect de ma question :

- En effet en 1984, P. Voisin s'intéresse dans le cadre de sa thèse de médecine à « L'exploration à l'aide du dessin du vécu de l'intervention chirurgicale chez les enfants de 4 à 13 ans ». Il explora ainsi, à travers la réalisation de 57 dessins, le vécu de l'opération chez des enfants, pour la plupart en période de latence ou en fin de période œdipienne. Sa population était constituée d'enfants hospitalisés en chirurgie infantile, en ORL, en urologie et dans une clinique médicale de Lille, pour des pathologies chirurgicales diverses : appendicectomie, traumatismes (fractures des côtes, du fémur, du tibia, du poignet, amputations, plaies...), syndromes abdominaux, otites chroniques et aiguës, torsion et ectopie testiculaires, etc.

Il a fait réaliser à chaque enfant un dessin du bonhomme et un dessin de son opération. A partir de cette étude, il a approché de façon ponctuelle le vécu de l'enfant. Il relevait l'existence d'une angoisse et d'un refoulement chez les enfants et l'utilité du dessin comme révélateur des étapes de la réorganisation psychique de l'enfant autour de l'acte chirurgical et de l'hospitalisation. Pour cet auteur, le dessin était aussi un temps thérapeutique permettant à l'enfant d'objectiver son état psycho-affectif. Ces résultats montraient comment peut être difficile et traumatique le vécu de l'acte chirurgical chez les enfants (Voisin, 1984).

- M. Joie a montré que l'opération chirurgicale entraînait une désorganisation sensorielle, motrice ainsi qu'une altération des repères corporels et psychiques, occasionnant ainsi une relation de dépendance vis-à-vis des proches et une perte d'autonomie comme noté par Marcelli en 1996. Elle a utilisé le dessin, de même que le toucher et le jeu, pour expérimenter la reprise d'une « certaine conscience de l'unité corporelle », en vue de permettre à l'enfant opéré de sentir un continuum (une continuité d'être). Ainsi l'opération a pu être perçue comme une expérience passagère. Elle notait que le dessin de l'enfant montrait ce qu'il avait perçu de son opération et ce qu'il en restait tels les pansements, la perte des repères spatiaux. Le souci de l'enfant à travers le dessin de préserver l'unité de son image du corps pouvait apparaître de même que l'influence des suggestions maternelles (témoin de l'angoisse de la mère) sur le dessin qu'exécutait l'enfant (Joie, 1997).

Ces travaux montrent d'une part qu'il n'y a pas besoin d'avoir un accident extrême pour que le psychisme soit affecté et le schéma corporel perturbé chez l'enfant et d'autre part que le dessin peut être un médium de choix dans la prise en charge psychologique des enfants en chirurgie pédiatrique. Support des processus inconscients et surface d'inscription du vécu actuel, il peut permettre d'entrer en relation avec l'enfant. Autour du dessin, deux regards peuvent se rencontrer et co-construire une image du trauma et de la douleur acceptable par et pour l'enfant car re-humanisante.

Ainsi, le dessin apparaît comme outil privilégié dans le travail avec les enfants en chirurgie pédiatrique. En effet, selon Kipman (1981), l'enfant lorsqu'il est malade reste « *celui qui connaît le mieux sa maladie, mais il n'a pas toujours les moyens ni l'audace de l'exprimer et de rationaliser cette connaissance mais a toujours son idée* ». C'est donc avec lui en premier qu'il

faut scruter les mouvements psychiques en jeu quand le corps est effracté. L'utilisation d'épreuve projective ou de média thérapeutiques (méthodes que je privilégie, à défaut d'avoir des connaissances en psychométrie) permet avec l'enfant de faire ce travail d'élaboration psychique.

Le vécu des enfants s'objective dans les dessins spontanés ou provoqués. Ceux-ci deviennent un instrument privilégié d'exploration du vécu de ces enfants malades, hospitalisés, opérés, soignés. Le dessin d'enfant, par ses caractéristiques de représentation, d'exploration et de symbolique nous montre comment est perçu le monde chirurgical. Il nous révèle comment un évènement peut, en fonction de l'histoire de l'enfant, intervenir dans le développement de sa personnalité (A. Anzieu, 1996 ; Argan & Traversa, 1963 ; Oppenheim & Hartmann, 2003 ; Voisin, 1984).

Par leurs représentations les enfants nous révèlent un autre aspect des conséquences d'une intervention chirurgicale. Ils nous renvoient ainsi à notre action et à nos responsabilités vis-à-vis d'eux. Il faut donc reconnaître les particularités des réactions des enfants face à un séjour en milieu chirurgical et adapter nos comportements, telle est la recommandation de Voisin (1984).

Cette utilisation du dessin nous permettra également d'aborder la question du schéma corporel de l'enfant mais aussi l'image du corps car dans toute composition libre, se représente et se dit l'image du corps : les associations que fournit l'enfant venant actualiser l'articulation conflictuelle des trois instances de l'appareil psychique. Chez les enfants qui ne peuvent pas parler directement de leurs rêves et de leurs fantasmes comme le font les adultes, l'image du corps est pour le sujet une médiation pour le dire, et pour l'analyste le moyen de les reconnaître. C'est donc un dit, un dire à décoder, la clé est apportée par les associations de l'enfant (Dolto, 1984). L'image du corps et le schéma corporel peuvent ainsi se décrypter dans le dessin comme plusieurs auteurs l'ont montré (Bouquinet et al., 2008 ; Corraze, 1973 ; Enachescu, 1971 ; Greig, 2003 ; Vaeth, Blomberg et Adler, 1980 ; Wallon et Lurçat, 1987).

Le dessin peut donc jouer, ici, le rôle d'une surface d'inscription qui fait permet la révélation ou l'expression de la douleur du corps et le dévoilement des visages de la souffrance.

En sommes, j'interroge ici l'impact psychique, en termes de conflictualité, mais aussi en termes de représentance, de vécu, de corporéité, d'image du corps, quand il y a brutalement une rupture de continuité de la peau ou des os.

En marge, se pose la question de la position de pédopsychiatre ou de psychologue, tous les deux « psy » ayant fonction de psychiste¹⁹, dans un service chirurgical, où psy et chirurgien sont portés par des temporalités différentes et par des modalités d'abord du sujet tout aussi différentes (Picherot, 2005 ; Zarifian, 2007).

Taire mon identité première de médecin pour ne garder que la posture de « psy », refuser la blouse, ne pas me laisser happer par les problématiques médico-chirurgicales, dont je n'ignore pas les fondements, pour ne tenir compte que du sujet (et ici, j'entends aussi bien le patient, l'équipe que moi) et de son vécu psychologique relève d'un combat, d'une violence parfois intrinsèque, omniprésente mais non immuable.

Toute cette problématique, qui s'est articulée autour de différents points (impact psychique de l'effraction corporelle par le traumatisme orthopédique, utilité et apport du dessin pour amener à la conscience et visibiliser la souffrance inhérente à l'expérience traumatique et au soin...), justifie et fonde ma recherche doctorale sur le thème « **Représentation de soi, Visagification dans les traumatismes orthopédiques de l'enfant, penser une approche du soin psychique pour panser le corps** ».

La problématique ainsi posée, il convient de faire une revue de littérature pour assoir le cadre théorique de cette recherche.

Quel début d'explicitation de la question centrale pouvons-nous trouver dans la littérature scientifique ?

¹⁹ Oscillante entre un statut de pédopsychiatre et un « supposé » statut de psychologue (lié au doctorat de psychologie), que j'ai abordé dans le préambule et sur lequel je reviendrai dans la discussion, vacillante j'en suis venue à privilégier un entre-deux comme position possible et tenable pour moi. J'ai travaillé à m'installer dans une position de psychiste. Qu'entendre exactement par ce terme ? Sans en donner une réelle définition, Morasz a usité ce terme pour désigner ceux qui s'occupent des interventions psychologiques spécialisées en terre somatique qu'il s'agisse de psychologie médicale ou de psychiatrie de liaison (Morasz, 2003, p. 3). C'est, pour moi, une fonction mi-médicale mi-psychologique dans un mi-faire et un mi-dire entre psychiatrie et psychologie qui me donne la possibilité de voir à la fois le symptôme et le sinthome et de composer avec, sans m'« acharner » dessus. C'est donc offrir au patient, une possibilité égale de faire avec. Cette position de psychiste peut permettre finalement de se rapprocher du sujet et d'élargir la palette d'interventions. Ce terme « psychiste » n'est pas à prendre au sens d'individu doué de facultés paranormales.

PARTIE 1 :

**TRAUMATISMES ORTHOPEDIQUES,
APPORT DU DESSIN ET
PROCESSUS DE VISAGEIFICATION**

Les traumatismes orthopédiques représentent un ensemble d'atteintes du corps dont les plus emblématiques sont les fractures. Le plus souvent, ce sont des traumatismes aigus dont la gravité en termes d'impact psychique paraît limitée. Mais est-ce réellement le cas ? Le dessin a fait ses preuves comme outil d'investigation du vécu de la chirurgie notamment chez les enfants. Au-delà d'être une simple image et un moyen de verbalisation, le dessin peut certainement servir de support de visagéification.

J'aborderai la question du traumatisme et du corps tel qu'il est perçu en médecine versus psychologie, en passant par le statut du sujet et les interrelations entre les différents partenaires du soin en chirurgie. Ensuite je développerai la question du dessin, de la représentation de soi avant de parler de visagéification.

CHAPITRE I. CORPS EFFRACTE ET TRAUMATISMES ORTHOPEDIQUES EN CHIRURGIE INFANTILE

La façon dont chaque individu vit la pathologie orthopédique dépendra de plusieurs éléments notamment le type de traumatisme qui est le premier paramètre à prendre en compte. Une fracture unique sans déplacement ne sera pas vécue de la même façon que s'il s'agissait d'une fracture « en bois vert ²⁰» ou d'une fracture multiple, de même que s'il s'agissait d'une fracture fermée ou ouverte. Dans le même temps, et parlant toujours des fractures, la localisation interviendra aussi : se fracturer le bras et garder sa mobilité pédestre n'est pas comparable à se retrouver avec un pied dans le plâtre. La présence ou non d'un support social (tel la mère ou un parent, une connaissance) au moment de la fracture, tout comme les circonstances ou l'histoire personnelle du sujet (antécédents médico-chirurgicaux, état psychologique...) sont autant d'éléments qui vont infléchir le vécu de la fracture.

²⁰ La fracture en bois vert est une fracture incomplète concernant les os longs et survenant relativement fréquemment chez l'enfant. Le plus souvent il s'agit d'une variété de fracture concernant la diaphyse de l'os (partie d'un os long comprise entre ses deux extrémités que l'on appelle épiphyse).

Concernant la notion de traumatisme, il convient de la préciser car ce travail étant au carrefour entre médecine et psychologie, la notion de traumatisme peut revêtir un double sens. En chirurgie, le traumatisme (*du grec τραῦμα (trauma) = « blessure »*) est physique et se définit comme un dommage, ou choc, provoqué par une blessure physique soudaine. Il peut être décrit en tant que « blessure ou dommage physique, telle qu'une fracture ». En psychologie, il est psychique, encore appelé **psychotraumatisme** ou **traumatisme psychologique**, il désigne un type de dommage causé au psychisme après un événement traumatisant. Il peut être causé par les catastrophes, les agressions, les violences... et les accidents. Il existe des interrelations entre ces deux conceptions du terme « traumatisme », l'un pouvant accompagner l'autre dans l'effraction du corps.

Afin de lever toute confusion, nous conviendrons donc que lorsque je dirai « **traumatisme** », je ferai référence à la blessure, à la fracture et j'emploierai « **trauma** » pour le dommage psychologique. Ainsi j'espère éviter les biais de compréhension.

I.1. DE QUELQUES ELEMENTS DE LA PSYCHOPATHOLOGIE EN CHIRURGIE

Discipline médicale d'excellence et exigence, la chirurgie confronte aussi bien ses experts que ses sujets à diverses problématiques psychiques. Il est communément admis que, dans toute chirurgie, les problèmes psychologiques et psychiatriques sont liés à l'hospitalisation, à l'anesthésie et à l'acte chirurgical. Différentes problématiques psychologiques peuvent se rencontrer en chirurgie et plusieurs protagonistes peuvent être aux prises avec ces dernières (psychiatres et psychologues, chirurgien, équipe soignante, patient, famille de malade...) (Coldefy et Gaudart d'Allaines, 1963).

L'univers chirurgical est assimilé à celui de la douleur mais aussi à celui de la réanimation, de la réparation, de la manipulation du corps. C'est un monde de violence justifiée et entérinée comme étant salvatrice pour le sujet souffrant. Cette manipulation du corps peut être vécue comme martyrisante. Dans cet univers se confrontent économie psychique, corporéité, angoisse ...

On pourrait aussi comparer la rencontre entre le sujet malade et le monde chirurgical à l'équivalent d'un choc culturel, l'un étant sur le registre du subjectif et de la réalité intérieure, l'autre sur le registre de l'objectif et de la réalité extérieure.

C'est une véritable rupture existentielle. Le sujet en tant que personne humaine porteur d'une histoire, d'une parole trouve difficilement sa place dans l'univers chirurgical. Il se trouve réduit à un statut de corps manipulé et « réparé » et donc d'objet (Ferragut, 1996).

Les références au savoir, les repères pour se situer, le langage employé sont différents (le vocabulaire médical ou jargon médical contribue d'ailleurs grandement à opacifier l'univers médical). Le malade est en position de dépendance liée à sa survie, le chirurgien en position de responsabilité et de savoir (et détenant le savoir qui permet la survie de l'autre). De cet affrontement naît le droit que le premier donne au second de toucher à son intégrité corporelle (Borten-Krivine et al., 1990 ; Svandra, 2011). Si Gagey (2001) estime que le patient est propriétaire de son corps et le médecin un prestataire de service, bien souvent il y a comme un transfert du titre de propriété : le corps-sujet du patient devient la propriété du chirurgien en tant que corps-objet dont il détient les clés pour la réparation/restauration. Cette « cession de droit de propriété » sur son corps que le patient concède au chirurgien sera source de conflictualité. Les rapports qui s'établissent sont donc violents sur fond de désobjectivation.

Ces difficultés qui émaillent de la pratique chirurgicale concernent plusieurs domaines, selon Coldefy (1963) :

- le contact entre le malade et le chirurgien ;
- le terrain bio-psycho-social sur lequel l'acte chirurgical est accompli ;
- le vécu, l'interprétation, la compréhension et l'imaginaire du patient ;
- de même que les diverses réactions qu'il présentera jusqu'à son retour à un état plus ou moins normal et à une reprise du cours de son existence.

Ces différentes situations vont s'imbriquer avec la psychopathologie et la personnalité du patient mais aussi avec celle du chirurgien.

D'aucuns l'ont dit, la chirurgie est anxiogène notamment les spécialités comme la chirurgie digestive, la chirurgie gynécologique, la traumatologie, la chirurgie du cancer. Ce sont toutes ces spécialités qui touchent à l'intérieur du corps ou qui mettent en jeu le pronostic vital et fonctionnel ou encore qui vont s'accompagner de grandes douleurs et de souffrance (Borten-Krivine et al., 1990).

Chaque acteur en chirurgie apprécie les actes différemment et il importe d'éviter qu'il n'y ait une confusion de sens. En effet, les chirurgiens peuvent mettre tout leur art en œuvre à la recherche du meilleur pronostic fonctionnel alors que le patient pourrait se satisfaire du peu.

Pour éviter d'en arriver à une situation ouvertement conflictuelle (ou pour en limiter les effets), il est important que le chirurgien envisage son patient de façon holistique et que son environnement psychosocial puisse être pris en compte.

Un patient qui arrive en chirurgie et notamment en traumatologie arrive avec tout un univers de codes et de sens, que l'accident ou l'évènement traumatique est venu bouleverser. Son vécu des évènements et l'interprétation, que le patient s'en fait, représentent comme une toile de fond sur laquelle les actes chirurgicaux, les caractéristiques de l'hospitalisation écrivent une nouvelle histoire du corps.

La valeur même du traumatisme dans l'histoire de l'individu doit être envisagée selon plusieurs axes. Il peut ainsi avoir valeur d'incident, d'obstacle, de rappel à l'ordre ou de punition « divine » comme je l'ai vu chez la première patiente que j'ai rencontrée en chirurgie pédiatrique à Abidjan (E, 14ans, était hospitalisée pour une fracture de la jambe suite à une tentative de suicide). Son père, pasteur évangélique, lui rappelait régulièrement que son acte était un péché et que sa fracture et les douleurs ressenties étaient la punition de Dieu. Le traumatisme peut avoir aussi valeur d'évènement inaugurateur d'un vécu de soi différent avec un retournement et une centration sur soi tout en le désaffectant. Il peut également jouer le rôle de repositionnant de l'individu au niveau affectif. Tout ceci explique qu'une personne puisse tirer de son expérience chirurgicale moult bénéfices secondaires.

Dans d'autres cas, l'évènement peut avoir aussi un caractère persécutoire, comme si la terre entière se liguaient contre le sujet du fait de la multiplicité des accidents.

Tenir compte des représentations de l'accident et des actes chirurgicaux lève un pan sur la psyché du sujet en chirurgie. Il faut aussi prendre en considération l'état psychologique du patient car plusieurs mouvements psychiques individuels peuvent se voir en chirurgie, notamment :

- une dépréciation psychique non proportionnelle à la nature de l'intervention mais favorisée ou aggravée par une hospitalisation longue ou des suites opératoires compliquées,
- une confusion, des troubles mnésiques et du jugement peuvent s'objectiver,
- une régression psychique avec transfert du type enfant-parent sur le chirurgien ou l'équipe de soignants. Ce processus peut être renforcé par les nombreuses sollicitudes dont fait l'objet le patient devenu centre d'intérêt universel pour sa famille et ses amis.
- Tout le monde s'occupe de lui, situation dont il tirera de nombreux bénéfices (secondaires).

Par ailleurs, en cas de traumatisme orthopédique, globalement deux types d'actes chirurgicaux peuvent se voir : les actes non intrusifs tels que la mise en place d'un plâtre pour immobiliser le membre ou la chirurgie qui est invasive et intrusive corrélée à un acte de réanimation pour réduire une fracture, mettre en place des vis, broches, plaques... en cas de fractures ouvertes. De telles manipulations du corps dont le sujet perd la jouissance vont générer de l'angoisse.

Il est évident que l'intervention chirurgicale et ses répercussions psychiques vont affecter de façon manifeste tous les individus mais aucune étude n'a pu clairement déterminer une corrélation entre un type de manifestation psychique et un type d'intervention ou de pathologie, les facteurs étant nombreux interagissant les uns avec les autres.

A l'extrême, hormis les troubles psychologiques réactionnels, on peut observer de véritables décompensations psychiques : délire et dépression, épisodes maniques, troubles du caractère et du sommeil, agitation psychomotrice...

Sur la prépondérance d'un état psychiatrique ou d'une autre, la recension des écrits sur le sujet que fournit Coldefy (1963) montrent que les auteurs ne sont pas unanimes.

Ceci dit, le chirurgien apparaîtra, quel que soit l'état mental du sujet, comme une personne incontournable et jouant un rôle particulier et primordial dans l'expérience vécue en chirurgie. Ses paroles et ses actes, ses dires et ses non-dits vont venir, à son insu parfois, renforcer les idées que ce fait la personne de sa pathologie et de ses possibilités évolutives. C'est pour cela qu'il ne peut intervenir sur l'individu quel que soit son âge sans tenir compte de la multiplicité des facteurs en jeu, et des personnes en présence (le malade et sa famille notamment).

Si, trop pénétré de son art, le chirurgien ne regarde l'individu qu'à travers le prisme chirurgical, uniquement préoccupé de l'urgence (bien réelle), il peut passer à côté des causes sociales, émotionnelles ou psychologiques sous-jacentes. Or ces causes peuvent modifier ou biaiser les résultats par un vécu émotionnel ou psychologique douloureux. Ainsi, alors que l'opération aura été un succès thérapeutique, le patient sera toujours souffrant, gémissant, non pas de la douleur physique mais de la douleur morale.

L'intervention chirurgicale revêt donc un caractère véritablement psychosocial et affectif, c'est ainsi que l'intervention d'un psychiste en chirurgie trouve sa source (Coldefy et Gaudart d'Allaines, 1963).

L'apport des spécialistes de la psyché s'est révélée efficace quant à l'aide à apporter aussi bien aux patients et à leur entourage qu'aux praticiens (Borten-Krivine et al., 1990 ; De Carmoy, 1978 ; Duverger, Chocard, Malka et Ninus, 2011 ; Lazarovici, 1986 ; Millat, 1996)

Dans le cas de la chirurgie orthopédique, précisément dans les situations d'accident et d'urgence, le rôle du psychiatre s'avère important. Les situations de rupture auxquelles le sujet devra faire face pourront s'accompagner d'insomnie, d'anxiété et de manifestations psychiatriques qu'il faut prendre au sérieux même si elles passent au deuxième plan (Borten-Krivine I et al. 1990).

Prendre le temps d'embrasser l'entièreté du patient avant de poser les actes est important mais pas toujours possible. L'aide à ce niveau d'un psychiatre/psychologue et d'une équipe pluridisciplinaire travaillant avec l'équipe chirurgicale apparaît comme étant idoine. Ainsi dès 1947, Gosset, cité par Coldefy (1963), affirmait que la « *collaboration d'un psychiatre est indispensable au fonctionnement parfait d'un service de chirurgie* ». Cette collaboration pouvait permettre d'investiguer le facteur mental dans l'histoire du malade, de limiter les échecs thérapeutiques et les aggravations inexplicables liées à sa non prise en compte.

Le temps que le chirurgien ne peut prendre, le psy le prend. Ce qui permet de clarifier les enjeux psychopathologiques en chirurgie. En effet, il existe une part importante neuropsychique en chirurgie et il faut tenir compte des aspects psychosomatiques inhérents à la pathologie chirurgicale.

Parvenir à mener une observation complète du patient, tenir compte de son affection et des fonctions qu'elle a, de même que des représentations qu'il s'en fait, avoir une idée de sa personnalité, de son histoire sociale et familiale, resituer le malade dans son contexte personnel en tenant compte de ses conflits, de ses soucis, de sa réalité... sont autant de moyens qui permettent d'inscrire la maladie dans le tout du patient et de limiter les facteurs psychoaffectifs, potentiellement délétères (Coldefy et Gaudart d'Allaines, 1963, p. 20).

Quand le corps qui se retrouve aux prises avec la chirurgie est celui d'un enfant, plusieurs problématiques à la fois internes au sujet et externes en interrelation avec son entourage et notamment sa mère et sa famille, devront être prises en considération. Il faut donc prendre en compte la dynamique familiale et les conflits internes qui s'externalisent, par le biais de la pathologie.

Ainsi le traumatisme physique s'inscrit-il dans un contexte social et familial, qui détermine le comportement du patient vis-à-vis de sa maladie et de l'équipe soignante comme je l'ai déjà dit.

Le fonctionnement des unités de soins en France avec le travail pluridisciplinaire qui s'y fait, y compris la présence de psychistes et de travailleurs sociaux permet de soutenir le travail du chirurgien et de pallier son manque de temps et de disponibilité pour prendre en compte les différents aspects évoqués. De fait, le psychiste fait relais et prend en charge la psychopathologie du patient.

A Abidjan, il n'y a pas de psychiste dans les hôpitaux publics, sinon le plus souvent à titre bénévole. Alors, si le chirurgien n'est pas attentif à l'univers mental du patient, les problématiques psycho-psychiatriques seront ignorées ou occultées et donc elles évolueront à bas bruit pour finir par désorganiser psychiquement le sujet.

Connaitre et tenter de maîtriser tous les paramètres en fond de toile en limite quelque peu l'évolution et l'impact sur l'intervention dont les effets sont difficilement prévisibles. Une intervention peut s'envisager de la façon la plus sereine possible, être bien préparée et ne produire aucun des résultats auxquels le chirurgien s'attendait, le corps n'ayant pas répondu comme il se devait à la technique mise en œuvre. Comment se l'expliquer si ce n'est par les effets négatifs que peuvent produire la non-prise en compte de la psyché du sujet en souffrance psychique. Il faut le rappeler, se laisser opérer c'est laisser à autrui le contrôle et le pouvoir sur le corps, c'est se laisser manipuler par autrui. Cela impose des remaniements et des renoncements psychiques parfois douloureux et occasionne une régression psychique vers l'enfance, avec transfert affectif du type enfant-parent sur le chirurgien et les infirmières (Ajuriaguerra et Marcelli, 1989 ; Marcelli, 1996).

La chirurgie ne se résume donc pas aux actes chirurgicaux mais elle doit s'accommoder et s'ouvrir aux diverses réalités psychiques qui la traversent et parfois influencent ses résultats.

Tenter de pallier ou de maîtriser ces phénomènes est possible par le biais d'une préparation à l'intervention (psychologique, affective et médicale). Ainsi seront baliser toutes les

problématiques et conflictualités psychosociales qui s'affrontent et se confrontent autour de l'intervention (Coldefy et Gaudart d'Allaines, 1963 ; Ferragut, 1996 ; Millat, 1996).

Cela a été maintes fois dit : la médecine s'intéresse essentiellement au corps matériel et donc... au corps comme objet de sa science. Et plus on assiste à la spécialisation de la médecine, voir une surspécialisation, plus l'objet se rétrécit et se restreint à un bout du tout. Et finalement ce que l'on soigne ce sera un morceau de ce corps, réduisant ainsi le sujet à ce bout de lui. Ce réductionnisme fractionnant du corps impacte l'unité du sujet (impact traumatisant qui peut faire trauma) car au-delà d'avoir un corps, nous sommes ce corps, en tant que le corps est « la forme de la présence » (Barrier, 2007).

Que se passe-t-il au niveau du corps et pour le corps aux prises avec la chirurgie ?

I.2. DIALECTIQUE DU CORPS EN CHIRURGIE VERSUS PSYCHOLOGIE

L'existence d'un individu ne peut se vivre que si elle s'incarne dans un corps qui est vecteur des rapports au monde.

C'est en prenant vie dans un corps façonné durant 9 mois (dans le sein maternel), et en se laissant manipulé et appréhendé par l'autre (et avant tout par la mère) que de ce corps, malléable et pétri, comme un potier pétrirai de la glaise pour en faire une poterie, l'enfant advient à la vie qui lui est donnée : l'esprit prend ainsi progressivement possession du corps, dans les interactions, et de fait, ce corps devient un être, un individu en relation avec le monde et avec son entourage. Et le « Je » émerge.

Le corps est donc le primat de l'être et le moyen de vivre, le vecteur de nos relations. Il porte en lui et sur lui, les traces de notre histoire. Il est la face visible de ce que nous sommes, la représentation de ce que nous voulons laisser voir. Il est le lieu de la mise en scène de notre être. Le corps, c'est l'« être-au-monde » selon une pensée largement répandue. Il est aussi l'effet d'une construction sociale (c'est ici que les aspects relationnels interviennent). Selon Le Breton (2008, p. 17-18) il est construction symbolique et souche identitaire de l'homme, le lieu et le temps où le monde prend chair à travers un visage singulier.

Alors quand survient, dans la vie de l'enfant, un traumatisme orthopédique, la vie marque brusquement un temps d'arrêt obligeant l'enfant à une immobilité « imposée » par les actes

chirurgicaux. Alors qu'il était porteur de vie, d'Eros, le corps fracturé, fragmenté, qui en devient douloureux, ne peut plus que véhiculer des images fantasmatiques négatives du fait de son dysfonctionnement, s'inscrivant ainsi dans le Thanatos. Les mouvements de la corporéité se modifient quand fracturé, entravé, manipulé par d'autres, l'enfant perd l'exclusivité de son corps en même temps qu'il perd autonomie, liberté et indépendance. Même si le mouvement continue malgré la mise en repos du corps, il n'est plus toujours physiquement perceptible. Comme le disent à juste titre Julien et collaborateurs(2006) : «Le corps humain vit, perçoit et bouge. C'est un corps en mouvement, même lorsqu'on le dit au repos ».

Au-delà du physique, le corps se vit dans le psychique. Cet aspect est parfois, sinon trop souvent occulté dans les soins médicaux. Ainsi, le regard porté sur le corps en chirurgie permet-il de voir d'une part, et à la fois, le corps-objet comme machine à réparer et le corps-morceau qui recevra les soins chirurgicaux, et d'autre part que l'accident atteint donc un corps qui n'est pas toujours matériel.

Subjectivation et altérité sont mises à l'épreuve, à travers le corps et sont à la croisée des chemins quand médecine/chirurgie et psychologie se rencontrent.

I.2.1. Le corps en chirurgie

Dans sa rencontre avec la chirurgie, le corps, fait de matières organiques, se transforme en une machine raccordée, intubée, rafistolée, manipulée, triturée jusqu'à sa remise en route. Entre chosification, désobjectivation et morcellement, le corps se vit douloureusement en chirurgie et malheureusement, plus la médecine/chirurgie se spécialise, plus elle s'éloigne de l'individu et donc du corps (Sicard, 2007).

Tout ceci advient sur un environnement aussi bien matériel, humain ou environnemental fragilisé par toute la psychopathologie développée précédemment.

I.2.1.1. Le corps sujet de la médecine/chirurgie

Le corps sujet de la médecine, c'est le corps comme corpus de la science. C'est celui qui est à la source de tout le savoir médical. C'est le corps que l'on étudie pour en comprendre les mystères, c'est le corps qui se donne à voir et qui se lit dans tous les ouvrages de médecine.

Reconnu dans son individualité et avec ses particularismes, même quand nosographiquement il est morcelé pour être mieux sujet d'étude, il y a une unité qui est préservée car les parties étudiées s'intègrent dans un tout cohérent.

De ça, il y a peu de chose à dire.

I.2.1.2. Le corps objet de la médecine/chirurgie

Si le corps pris dans sa globalité s'aborde par les médecins comme une machine dont il faut connaître tous les rouages afin de pouvoir mettre en œuvre tout un attirail et une technicité pouvant faire « redémarrer le moteur » comme on le ferait pour une voiture, il s'approche aussi de façon parcellaire et cela le plus souvent. Le corps est « techniqué », objet soumis à de nombreuses manipulations (Brun, 2003 ; Sicard, 2007 ; Svandra, 2011). Le corps est réduit à un bout de corps, morcelé et démembré. Fréquemment, et malheureusement, dans l'univers chirurgical les patients vont perdre leur identité pour ne plus devenir que « *la jambe du 12* » ce qui équivaut à la jambe du patient de la chambre n°12. On peut ainsi entendre dans les couloirs d'un service : le poumon du n°X, le bras du n°Y... l'homme en devient ainsi réductible à sa partie malade, son tout se confondant avec cette zone.

Et comme le dit Sicard (2007), l'éloignement, la mise à distance du corps par le médecin est source de malaise, de malentendus, de fautes diagnostiques et surtout d'une angoisse d'une confrontation au réel. Pour lui, la morcellisation du corps se formule plutôt en termes de tableau de bord et cela se voit dans presque toutes les spécialités médicales. Ce qui est présenté, ce qui est montré et discuté dans le soin, ce sont différents organes du corps comme autant de pièces détachées indéfiniment réparables. Lorsque les médecins discutent d'une situation clinique, rarement la personne est envisagée. Il s'agit plutôt, prioritairement, de prendre en charge la partie malade, l'organe malade, son fonctionnement et sa fonctionnalité comme on le ferait pour un outil. La

question de la personne humaine, de sa globalité, de son tout qui se met en jeu, dans le temps de la chirurgie n'est jamais envisagée que dans l'après-coup.

Le savoir chirurgical technique va s'adresser au corps-machine qu'il va chercher à réparer et guérir. Mais qu'en est-il du fonctionnement psychique de l'individu ? Si fonctionnement psychique et corporel sont fortement intriqués et qu'on ne peut aborder l'un sans tenir compte de l'autre, en chirurgie le statut du corps est cause de malentendu et source de nombreuses incompréhensions (entre médecin-malade, entre somaticiens-psychiste). La question serait aussi de savoir quel est le « corps » du corps en chirurgie, quand on sait qu'il ne s'agit pas seulement du corps charnel ?

Le discours médical sur le corps, tout comme ceux du praticien et du patient, font référence au corps propre vécu, au *Leib*, et non au *Körper* purement objectif (Boëtsch, Hervé et Rozenberg, 2007). Le corps est une source infinie de manifestations qui témoignent de notre être, de notre identité. La méconnaissance de ces phénomènes se trouve très certainement à l'origine du malaise de la médecine qui ne sait plus concilier les conflits internes à la personne humaine, ni maîtriser les manifestations de souffrance et de violence qui nous habitent. Ainsi, les bases éthiques de la formation des professionnels du corps doivent-elles être connues et continuellement explorées afin de prendre en compte ce qui fait l'homme dans sa personne psychocorporelle, aidant ainsi à sa reconstruction.

I.2.1.3. Le corps médical

Le corps c'est aussi celui de la médecine, en tant que corps médical comme ensemble des prestataires de soin, comme équipe soignante, comme ensemble des professionnels de santé, comme communauté médicale. Le savoir médical qui s'exprime, par exemple au cours des staffs, tend à uniformiser la pensée, dans un mouvement unaire, dans un impossible à dire autre ou dans un façonnage d'un dire un, d'une parole commune sur le patient. De là découle la force de liaison de l'équipe médicale qui fait corps. Le malade et la maladie (parfois par son irréductibilité) tendent à attaquer ses liens.

Une autre fonction peut être dévolue à ce corps, celle de servir de support au corps du patient pour lui permettre de rebondir et de mentaliser son expérience de maladie.

I.2.1.4. Corps en présence, alliance et mésalliance

Si Coldefy a défendu l'idée que contrairement à une opinion communément admise, les chirurgiens sont ouverts aux problèmes psychologiques de leurs patients et à leurs relations au corps, ce n'est pas toujours le cas. Même si les chirurgiens observent directement les réactions qu'ils déclenchent, payent comptant leurs erreurs et perçoivent parfois dramatiquement les relations entre le physique et le moral, ils ne savent pas toujours comment mettre en œuvre des actions de prise en charge ou n'en ont pas toujours le temps. Et certainement que ce ne sont pas des actes inhérents à leurs activités.

Même s'ils en ont conscience, les éléments psychologiques, affectifs, sociaux véhiculés par le malade qui passent en chirurgie sont rarement pris en compte car la décision chirurgicale est rapide, prise dans l'urgence ce qui réduit les commentaires préopératoires au minimum. L'urgence fonctionnelle ou vitale limite les relations du chirurgien au patient, ce qui peut renforcer les malaises.

En plus, l'acte chirurgical nécessite une hospitalisation mettant ainsi l'enfant hospitalisé dans une nouvelle situation qu'il va vivre sur un mode spécifique. Il va métaboliser cette expérience, ce vécu grâce aux relations qu'il aura avec son entourage.

L'entourage de l'enfant en chirurgie est triple : la famille (essentiellement les parents), l'équipe médicale et les autres patients. Je m'intéresserai ici uniquement à la famille et aux soignants car leurs états psychiques et leurs comportements vont avoir un impact direct sur ce qui se joue chez l'enfant. Ils peuvent favoriser ou entraver la digestion psychique de l'expérience traumatique chez l'enfant.

La psychopathologie de l'enfant opéré est tributaire de celle de ces parents, dans le temps et le lieu de l'hospitalisation ou de l'acte chirurgical. Les parents doivent, comme l'enfant, passer par de l'angoisse, des situations de crises et de rupture et la mise en place de mécanismes de défense qui vont favoriser ou freiner les soins.

Pour le bien de l'enfant ou parfois à son détriment, des alliances autour du soin doivent se tisser. Ces alliances engagent chacun des partenaires en tissant entre eux des liens qui sont en partie inconscients. Ces alliances conscientes et inconscientes déterminent des espaces psychiques inconscients qui se modulent sur des relations conscientes.

Ces espaces seront animés par les inconscients individuels et collectifs. Les liens et les espaces qui se tissent et se créent autour du contrat de soin, dont le premier bénéficiaire est l'enfant atteint d'un traumatisme orthopédique, triangulent les relations entre l'enfant, sa famille et le chirurgien (Kaës, 2009).

1.2.1.4.1. L'enfant et le chirurgien

Les soins chirurgicaux que nécessite la pathologie de l'enfant vont donc s'inscrire dans une relation de soins. Celle-ci, notamment la relation chirurgien-patient, s'établit sur des modalités empreintes de violence du fait de la perspective d'une atteinte à l'intégrité corporelle (Gagey, 2001).

La violence est omniprésente notamment lorsque la chirurgie est sollicitée dans l'urgence ou pour la gravité ou lorsqu'elle est chirurgie de la douleur confrontée à la plainte du patient. Elle découle aussi de l'asymétrie des rapports, des jeux de force en présence et des positionnements. La qualité du contact humain va revêtir ici une certaine importance pour amoindrir les effets paradoxalement délétères du soin.

Cette violence va marquer les rapports qui s'établissent entre le chirurgien et le patient.

De fait, ému, inhibé, terrorisé tel est le malade (surtout quand c'est un enfant) aux yeux duquel le chirurgien représente une chance humaine de guérison. Et il se soumet au chirurgien qui exerce alors une fonction de juge qui va décider, un père ou un frère qui va endosser son souci et en tous cas se substituer à sa conscience dans un domaine qu'il connaît mal. Le chirurgien est ici placé en position de grand Autre porteur du savoir tandis que l'enfant est en position d'objet.

Cependant, empêtré dans l'organisation du soin, pénétré de la gravité de ses gestes, le chirurgien ne mesure pas toujours ce qu'il représente aux yeux de l'opéré et la gravité du moment. Il n'a pas toujours conscience qu'il est porteur d'un supposé savoir et que l'enfant attend de lui le miracle de la restauration. Le chirurgien est vu comme « père tout-puissant ». Cela marque et renforce la dissymétrie des rapports entre chirurgien et enfant.

1.2.1.4.2. La famille de l'enfant et le chirurgien

Effet de la violence et de l'asymétrie des rapports en chirurgie pédiatrique, le stress que peut ressentir l'enfant confronté à la chirurgie peut être réduit par une bonne collaboration entre les parents et les chirurgiens.

La relation qui s'établit ici entre l'enfant, ses parents et le chirurgien et son équipe est une relation triadique (Thibault-Wanquet et Fresney, 2008, p. 51). Comme le souligne (Brun et Bernard, 2003, p. 37), il y a une inscription du corps souffrant de l'enfant au cœur de la relation avec les parents, au cœur de de leurs attentes, de leurs déceptions et de leurs investissements réciproques. Pour eux, aucun médecin, pédiatre ou généraliste, ne prend conscience dans le vif des choses de la place qu'il occupe dans le scénario activé par la maladie et surtout pas du fait qu'ils interfèrent dans des relations antérieures qui vont s'influencer la relation thérapeutique.

Vis-à-vis du chirurgien, la famille joue le rôle de précieux collaborateurs ou d'ennemis fidèlement renaissants et dressés chaque jour entre le chirurgien et l'enfant.

Les conflits familiaux préexistants peuvent s'extérioriser dans la période opératoire et durant l'hospitalisation et venir se superposer aux différentes problématiques psychologiques précédemment évoquées. Le chirurgien doit compter avec ses puissances de même qu'il doit tenir compte de la race, la nationalité et la religion de l'enfant et de ses parents.

De par sa position de « père tout-puissant », le chirurgien usurpe l'autorité parentale et place les parents dans une position infantile. Cette relégation est vécue douloureusement par ceux-ci et peut renforcer leur agressivité ou leur culpabilité. Dépossédés de leurs droits sur l'enfant, notamment le droit de décision, les parents se retrouvent dans une position aussi passive que celle de l'enfant qui en perd ses repères car le chirurgien devient une sorte de père pour tous. Se jouent ici des alliances et des attaques du lien, au niveau inconscient, qui vont moduler les interrelations.

Dans son rapport à la famille, le chirurgien doit être prudent, d'une part il ne doit pas, dans sa directivité et son souci de faire au mieux, dévaloriser les figures parentales et d'autre part il doit tenir compte de l'angoisse parentale et de l'imaginaire des parents qui aggravent les risques et leur fait occulter de nombreuses informations.

Parvenir à tisser une alliance thérapeutique avec la famille réduit les facteurs négatifs dans le vécu de la chirurgie. Dans les jeux d'alliance qui se déroulent dans le temps de la chirurgie, l'enfant et sa famille sont des acteurs trop impliqués pour prendre de la distance avec les différentes conflictualités en présence et pour s'en distancier réellement. Il appartient au chirurgien, de ne pas se laisser envahir par cette toute puissance qui découle de sa capacité à réparer le corps cassé, à le ressouder et à lui faire retrouver sa fonctionnalité. L'aide d'un psychiste pourra ainsi se concrétiser dans des temps de supervision, d'appui et de prise en charge pour l'enfant et sa famille, permettant au chirurgien de ne se consacrer ainsi qu'à la pathologie orthopédique.

1.2.1.4.3. Alliances de corps autour du corps

Le support de tous ces jeux et enjeux c'est le corps, avec en premier le corps de l'enfant. En somme quand un enfant se retrouve dans l'univers de la chirurgie parce qu'il y a une atteinte traumatique de son corps, c'est ce corps-là qui sera le support de la rencontre entre l'équipe soignante et le patient. Il y a une triangulation de la corporéité et cette confrontation de corps est à prendre en considération.

Cette atteinte du corps par le traumatisme (nous y reviendrons) va avoir un retentissement corporel et psychique à plusieurs niveaux. Trois corps se doivent de pactiser pour le succès du soin à l'enfant : le corps de l'enfant (corps infantile), le corps familial (c'est le groupe familial composé des parents, de la fratrie, etc.) et le corps soignant. Ils déterminent ainsi un espace relationnel ternarisé. Chaque corps est composite sauf celui de l'enfant. Le corps familial est composé de plusieurs membres, tout comme le corps médical (corps soignant). L'enfant devra faire avec les collectifs mais aussi avec les individualités qui composent le groupe. Il y a aussi ici une dissymétrie dans les alliances.

Le psychiste en s'engouffrant dans cette relation triangulaire et ternarisée, en se positionnant comme tiers, peut permettre une redistribution des forces en présence et surtout en se plaçant du côté de l'enfant (du côté du sujet du soin), il peut le renforcer et en l'étayant lui donner les moyens de mieux vivre le temps de la chirurgie. Le psychiste permet aussi la prise en compte du corps derrière le corps et la compréhension des différents phénomènes psychiques en présence. En effet le corps en présence dans le soin qu'il soit celui du sujet ou des groupes en présence est multiple et multiforme.

C'est ainsi que les médecins s'occupent du corps réel, du corps anatomique (biologique) que l'on touche et explore, à propos duquel vont s'organiser des discours logiques. Par contre les psychistes parlent du corps libidinal, du corps imaginaire, de ce corps de mémoire, où, depuis notre naissance, s'inscrit notre histoire. C'est le lieu des affects, des fantasmes et des désirs mais pas de la logique. Quant au malade, bien même qu'il présente son corps réel, ce dont il parle, sa réalité, n'a rien à voir avec. Son ressenti remanié c'est ce qu'il livre, déformé par ses filtres subjectifs, sa structure de personnalité, son histoire, le sens qu'il attribue à ce qui lui arrive. Il parle de son corps vécu où se mélangent réel et imaginaire et peu importe ce qui relève du soma et de la psyché, pour le malade en tout cas.

On comprend que le verso du corps biologique objet de la chirurgie, c'est le corps tel qu'il est vu en psychologie. Cependant, s'il faut faire une distinction entre le corps en médecine et l'acception du corps en psychologie, il faut se méfier et ne pas creuser un fossé entre ces deux « corps » comme le souligne F. Grémy cité par Millat (1996) : « *la subdivision du corps en organes ou fonctions distinctes, la distinction de la psyché et du soma, ne sont que des commodités analytiques. Elles peuvent être très dangereuses, par la disjonction abusive qu'elles suggèrent, et par la négation qu'elles induisent des relations riches qui existent entre les éléments distingués* ». C'est également ce que recommande Bernard (1976)

I.2.2. Le corps en psychologie et en psychanalyse

Le corps tel qu'il est perçu en psychologie et en psychanalyse est au-delà du somatique, de l'amas de chair et il s'aborde sous différentes facettes comme l'ont souligné bon nombre d'auteurs (Bernard, 1976 ; Broyer et Dumet, 2002 ; Brun et Bernard, 2003 ; Giromini, 2003 ; Morin, Thibierge et Derouesné, 2013 ; Schilder, 1980).

S'il n'existe aucun travail spécifique de Freud sur la question du corps (aucun ouvrage ou écrit intitulé « le corps ») et qu'il n'a jamais travaillé les images du corps comme le note Nasio (2008, p. 77), le « Corps » a traversé toute son œuvre comme un trame de fond comme un socle. Ce manque sera par la suite comblé, au fil des ans, par ces prédécesseurs. C'est donc en étayage sur le corps, et le corps libidinal notamment, que toute la théorie freudienne a été pensée. Le corps est donc l'élément central des travaux freudiens de la théorie de l'étayage à celle de la relation d'objet en passant par toute la question du narcissisme (Houzel, 1997). De là, le corps traverse toute la psychanalyse : corps animé de pulsions (de vie et de mort) et il porte deux visages : celui de la vie qu'il exalte et celui de la mort comme inéluctable finitude de l'être. Il est source et objet de jouissance.

I.2.2.1. Les corps du Corps

Il y a plusieurs acceptions du vocable « corps » qui tous participent à faire corps en donnant corps au Corps. Il ne s'agit pas pour moi de m'étendre sur la question mais plutôt de la synthétiser pour en retenir les principaux éléments qui me permettront de progresser vers une réponse possible à la question qui sous-tend ce travail. Je m'appuierai ici sur divers travaux qui à mon sens explicite bien « le corps » et les corps (Allemany, et al., 2007 ; Bernard, 1976 ; Broyer et Dumet, 2002 ; Gatecel, 2013 ; Nasio, 2008).

Le corps réel est le reflet de la dimension organique et donc du réel du corps en tant que vivant et animé. C'est le réel du corps, le corps ressenti.

Le corps imaginaire est celui qui est vu (que je vois) en lien avec l'histoire personnelle et c'est le corps qui naît dans le regard de l'autre, c'est le corps regardé, tel que le sujet se l'imagine.

Le corps symbolique c'est le corps symbolisé et symbole celui qui est signifiant et donc parlé, désigné. C'est donc celui de la nomination. L'enfant nommé prend corps de par l'effet de la nomination du corps.

Le corps réel est non symbolisé, non représenté, non psychisé, et se distingue ainsi du corps vécu expérimenté par des sensations externes et internes et du corps représenté, qui participe lui de la dimension imaginaire ou fantasmatique. Ce corps représenté va se moduler en fonction des gratifications narcissiques et pulsionnelles. Ce corps représenté est avant tout lié à l'image mentale du corps, c'est comment le sujet se représente, en esprit, son corps. Multiple, il va évoluer en fonction du temps (la représentation du corps n'est pas statique mais dynamique). Le corps pulsionnel apparaît alors à la limite du réel, du fantasmatique et de la relation d'objet.

Le corps c'est aussi le corps propre qui est pris dans des relations identificatoires avec conscience d'un dedans et d'un dehors.

Le corps c'est donc, d'un point de vue psychique, celui qui se laisse voir dans le discours, dans les relations interpersonnelles, dans l'imaginaire (ce n'est pas le corps biologique). C'est le corps psychique, le corps psychisé. Que faut-il entendre par le corps psychisé ? C'est le corps investi psychiquement et différencié du soma. Corps pulsionnel, investit psychiquement avant tout par la mère, libidinalisé dans le jeu pulsionnel, à travers les relations objectales et le développement psycho-affectif.

Ce corps psychisé est donc soumis au regard de l'autre et « corporéise » l'individu, en lui donnant, par la corporéité, d'être perçu comme un être humain appartenant au monde, par la mise en relation de son être avec autrui au travers du regard.

Tous ces démantèlements du corps sont effets de rhétorique pour parler, en fonction du courant théorique, d'un aspect ou d'un autre concernant la question du corps.

Cependant, tous ces corps, ne sont pas à dissocier. Différents, ils constituent une même réalité en présentant plusieurs facettes du Corps qui est ainsi multidimensionnel. Ce corps bouge, vibre, s'excite ou excite. Voguant entre motricité, sensorialité et psyché, il regarde et se donne à voir. Le nouage entre fonction motrice et psyché se fait ainsi par l'intermédiaire d'un regard chargé de désir qui donne forme et consistance au corps. Ainsi, le corps qui nous intéresse en psychologie est celui-là qui est psychisé (porteur de psyché) et d'investissements libidinaux. C'est le corps comme outil de médiation entre le sujet et le monde.

I.2.2.2. Corps-je et corps-autre

Ce corps libidinal, porté par un corps physique, investi et pris dans des relations satisfaisantes avec la mère et le monde en devient un corps-je. Le corps du Je, du Moi qui fait référence au self. C'est la conscience que le sujet a de son corps, comment il se l'approprie, au-delà de toutes ses facettes (qui ne sont pas toujours conscientes et perceptibles). C'est le corps avec lequel l'enfant vit, celui dont il se sert dans ses interactions et ses interrelations. Dans le regard de l'autre, ce corps me permet d'acquérir une identité (Golse et Simas, 2008).

S'oppose à ce corps, le corps-autre.

Qu'entendre ici par le corps-autre, qui semble être en opposition avec le corps-je ?

« L'autre est une figure qui désigne tous les êtres humains que je côtoie, que je rencontre, qui existent et qui, par définition, ne sont pas moi. »(Fischer, 2005). Ainsi, loin d'être le corps de l'autre (qui n'est autre qu'un corps-je vécu et propriété d'autrui que je reconnais et dont je tiens compte), le corps-autre, c'est le corps qui n'est plus reconnu ou accepté. C'est le corps différent (effrayant ?). C'est un terme qui a été longtemps associé au corps malade du VIH-Sida. C'est donc le corps étrange, qui est devenu étranger à soi (Rozenberg et Dagognet, 2011).

Les atteintes massives du corps semblent produire ce vécu d'étrangeté d'un corps qui n'est plus reconnu comme la propriété du sujet.

Ce peut-il que dans l'effraction psychocorporelle, l'enfant en arrive à vivre son corps comme autre ? Pour se faire, ne faudrait-il pas qu'il y ait perturbations importantes des deux entités, le schéma corporel et l'image du corps, qui portent le corps et qui sont porteurs d'enjeux ?

I.2.2.3. Du schéma corporel à l'image du corps

Une atteinte corporelle comme une fracture atteint quelle image du corps chez l'enfant ?

Les deux principales images que j'interroge ici, de prime abord, sont le schéma corporel et l'image du corps comme présentée par Dolto dans le sens de l'image inconsciente du corps. Il ne faut pas les confondre. Je progresserai ensuite vers l'image qui m'intéresse, c'est-à-dire l'image qu'il produit dans le dessin comme représentation de lui, image que le sujet se fait de son corps en fonction de ce qui lui arrive, et qui donne à voir comment il intègre les événements de vie dans la conscience qu'il a de lui. Il s'y infiltre inévitablement des éléments inconscients.

I.2.2.3.1. Le schéma corporel

Le schéma corporel, en tant que concept permettant de penser le corps, s'est construit progressivement avec divers apports au nombre desquels nous pouvons compter les travaux de Bonnier, Head, Merleau-Ponty, Schilder etc...

Ce dernier, Schilder, définit le schéma corporel qu'il compare à l'image du corps. Le Schéma corporel est ainsi une représentation plus ou moins consciente que l'individu a de son propre corps et qui lui sert de repère pour se situer et se déplacer dans l'espace. Il joue un rôle dans la maîtrise ou le contrôle de la posture, de l'équilibre et du mouvement.

C'est une réalité de fait, c'est notre vivre charnel au contact du monde physique. Il est représentatif de l'espèce et il est le même pour tous les individus du même âge.

Le schéma corporel est inconscient, préconscient et conscient, évolutif dans le temps et l'espace. Il est dynamique et indéfiniment plastique (Bernard, 1976 ; Brun et Bernard, 2003 ; Morin, Thibierge et Derouesné, 2013 ; Schilder, 1980)

Acception prévalant en psychomotricité, la définition de Julian de Ajuriaguerra rapportée par Gatecel (2013), apporte quelques précisions : « Edifié sur les impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification ».

Le schéma corporel est l'interprète actif ou passif de l'image du corps. Il permet l'objectivation d'une intersubjectivité, d'une relation libidinale langagière avec les autres. Il est ce double intérieur, cette réalité aussi dense qu'opaque, représentation aussi incontournable qu'intuitive, nouant la conscience et le corps : instance placée au cœur du « sentiment de soi » (Vigarello, 2014).

Il est admis qu'un être humain peut n'avoir pas structuré son image du corps au cours du développement de son schéma corporel même si cela va le plus souvent de pair.

Alors comment distinguer schéma corporel et image du corps ?

Cette distinction Schéma corporel / Image du corps s'est affinée avec les travaux psychanalytiques et je ne citerai ici essentiellement que Françoise Dolto.

1.2.2.3.2. L'image inconsciente du corps

Françoise Dolto, à la suite de Schilder en 1935, précise la notion d'image du corps en parlant d'*image inconsciente du corps*. Elle distingue le schéma corporel, qui est le même pour tous les êtres humains, de l'image du corps, qui est inconsciente : « *L'image du corps est toujours inconsciente, constituée de l'articulation dynamique d'une image de base, d'une image fonctionnelle et d'une image des zones érogènes où s'exprime la tension des pulsions.* ». Elle est la mémoire ineffaçable des sensations les plus prégnantes de notre enfance et la trace structurale de l'histoire émotionnelle d'un être humain (Arbisio-Lesourd, 2007 ; Dolto, 1984 ; Gatecel, 2013 ; Nasio, 2008) .

L'image inconsciente du corps est donc tripartite et la première composante c'est l'image de base qui assure à l'enfant la conviction innée que son corps repose sur un sol ferme qui le porte et le supporte. Elle donne à l'enfant l'impression que son être et son corps ne font qu'un. La deuxième composante, c'est l'image fonctionnelle, celle du ressenti d'un corps agité et fébrile, tout entier tendu vers la satisfaction des besoins et des désirs. Enfin, le troisième aspect représente l'image

d'un corps ressenti comme un orifice livré au plaisir, dont les bords se contractent et se dilatent au rythme alternant de la satisfaction et du manque, c'est l'image érogène.

Elle en donne d'autres définitions notamment que l'image du corps est ce dans quoi s'inscrivent les expériences relationnelles de besoin et du désir, valorisantes et/ou dévalorisantes, narcissisantes et/ou dénarcissisantes. Pour elle, le corps matériel, lieu du sujet conscient, à tout instant le spatialise et le temporalise. L'image du corps, au contraire, est hors lieu et hors temps, pur imaginaire et expression des investissements de la libido (Dolto, 1981). Elle dépasse donc le cadre du simple besoin corporel pour être marque du désir chez le sujet. Cette image ne peut se constituer ainsi qu'au travers d'une relation de parole entre la mère et l'enfant, par le biais de l'intersubjectivité.

L'image du corps est le lieu de la représentation pulsionnelle : elle est refoulée d'abord avec la découverte de l'image scopique, ensuite avec le déclin de l'Œdipe. Mais elle s'élabore au cours de l'histoire du sujet, et reste la mémoire émotionnelle de tout être humain. Ainsi, l'image du corps s'inscrit dans une histoire. Elle représente l'inscription des expériences vécues dans le passé, et la façon dont les différentes composantes de cette image du corps ont pu y trouver leur place. Directement issue des expériences du corps propre, elle met en scène les représentations psychiques en les confrontant aux désirs issus du même corps propre. Cela revient à définir le moi du sujet dans les limites corporelles, celle d'un « moi-peau » selon l'acception d'Anzieu (1995).

En sommes, l'image du corps est à la fois portée par le schéma corporel et croisée avec lui pour entrer en communication avec les autres. Propre à chacun, l'image du corps est le support du narcissisme. Elle véhicule subséquemment des éléments inconscients, émotionnels, dans une dynamique actuelle et vivante, portée par le narcissisme et les relations intersubjectives.

Reprenant les travaux de Dolto, Guillerault (1995) fait remarquer, et je suis en total accord avec lui, la difficulté à saisir et concevoir de façon directe la notion d'image du corps tant elle est composite (il dénombre 9 éléments composant l'image inconsciente du corps). Il distingue non pas les sous-composantes doltoiennes de l'image du corps mais plutôt l'image du corps, l'image corporelle et l'image scopique du corps

S'approprier son image du corps, la faire sienne, c'est avoir pu combler l'écart qui séparait le schéma de l'image, avoir pu composer avec aussi bien le corps anatomique que le corps libidinal. C'est l'issue d'une conquête dynamique et intégrative, en tenant compte de sa part fantasmatique et imaginaire.

Toutes ses approches et ses concepts sur le corps impose de faire un choix car à vouloir tout dire, on confond. C'est ainsi que, tout discours sur le corps implique d'opter pour un angle d'approche en rapport avec un courant de pensée.

Ici le choix que je fais est de m'en tenir à l'image du corps dans le sens d'image de soi, celle que le sujet se fait de son corps et comment il se le représente et donc ainsi au corps vécu et représenté. Ce choix est lié à la méthodologie que je développerai plus tard. Je fais cette précision ici car elle est déterminante à mon sens pour la suite.

Avoir une image du corps, connaître son schéma corporel et les reconnaître suppose d'en avoir conscience.

I.2.2.4. Le stade du miroir et la prise de conscience du corps-je

La conscience d'avoir un corps tel que perçu en psychanalyse et en psychologie émerge de la prise de conscience de son « JE », de soi en tant que différent d'autrui. Cette prise de conscience de soi émerge donc dans la relation à l'autre, ce qui passe inévitablement par le regard. Parler du regard et de la prise de conscience du Je, amène à faire référence au Stade du miroir qui en est le précurseur selon Lacan(1966, p. 92-99)²¹.

C'est, en effet, principalement à Jacques Lacan que l'on doit la théorie psychanalytique du Stade du miroir élaborée à partir de 1936(Dor, 1995 ; Lacan, 1966). Cependant Wallon avait amorcé les réflexions à ce sujet en relevant l'importance du miroir dans la construction psychologique de l'enfant. En effet, pour lui, entre 6 et 12 mois, l'enfant se sert de l'image extériorisée du miroir, afin d'unifier son corps(Wallon, 1987).

Ainsi, en prenant progressivement conscience qu'il ne fait pas un avec sa mère, l'enfant commence à se percevoir autre, ce que lui permet la prise de conscience de ses limites corporelles. Il commence alors à réagir à son image dans le miroir, tout comme il réagit à celle de sa mère mais sans savoir réellement qu'il s'agit d'une image.

²¹LACAN J., 1966a, « Le stade du miroir comme formateur de la fonction du Je telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique », dans *Ecrits*, vol. 1, 2ème édition, du Seuil, édité 1999, impr 2014, DL 2014 (Points Essais), p. 92-99.

Le Stade du miroir est conçu par Lacan comme survenant dans le cours du 7^{ème} au 8^{ème} mois (ce fait d'expérience survient en général entre 6 et 18 mois). Au cours de cette période, il y a, à la fois, une identification et une réaction d'aliénation spécifique à la mère. Elle permet au bébé de conquérir l'image de son propre corps par une identification primordiale. Ainsi, le bébé va s'identifier à son corps et le vivre comme différent de l'Autre dont le premier représentant est la mère. En se regardant dans le miroir, ce qu'il attend c'est une réaction de cet Autre devant lui. Cette réaction, c'est un acte de nomination, c'est une parole qui le nomme et l'identifie à l'image qu'il voit. La fonction de ce stade, c'est d'établir une relation de l'organisme à la réalité.

Le tenant dans les bras ou placée derrière lui, la Mère nomme l'image et lui disant par exemple : *"Coucou X ou Y, c'est toi (X ou Y), c'est l'image de ton corps, c'est toi que l'on voit dans le miroir"*. Cette parole maternelle lui fait prendre conscience de son existence distincte. En se retournant vers cette dernière, il en cherche la confirmation.

Dans ce process, l'enfant se perçoit comme un tout, unique. Son schéma corporel se construit, au travers du regard qu'il porte sur lui en percevant des parties de son corps qui étaient occultées auparavant. Le Stade du miroir est donc antérieur à la constitution du schéma corporel. Ainsi, dans le stade du miroir se structure le « Je », ce qui met fin au fantasme du corps morcelé. La fonction du miroir est ainsi de neutraliser la dispersion angoissante du corps au bénéfice de l'unité du corps propre.

Ce stade se déroule en trois étapes : d'abord l'enfant capte l'image de la forme humaine, puis il se rend compte que c'est un autre qui est dans le miroir. Cet autre n'est pas réel, c'est une image. Cette image de l'autre est différente de la réalité de l'autre. Enfin l'enfant comprend que cette image dans le miroir, c'est son image à lui, c'est lui.

Lorsque Lacan élabore ce concept, c'est avant tout pour lui le visuel qui compte. Ainsi, c'est l'image visuelle qui prime et qui sous-tend l'élaboration du Stade du miroir.

La conception de Dolto du stade du miroir est différente de celle de Lacan (Dolto et Nasio, 2002 ; Guillerault, 2003). Alors que pour Lacan, le corps perçu dans le miroir est dispersé et immature et que le miroir va, ici, anticiper imaginativement une totalité, une unité et une maturation, pour Dolto, le corps perçu dans le miroir est cohésif et continu.

Une autre différence existe, celle du statut de l'affectivité : pour Lacan, elle permet la prise de conscience jubilatoire de soi tandis que pour Dolto c'est la castration qui est à l'œuvre (du fait du constat douloureux que l'enfant fait de l'écart qui existe entre lui et l'image). Et Dolto de mettre d'ailleurs en garde contre les effets négatifs du miroir qui peut être destructeur voir traumatique notamment quand la rencontre avec l'image fait prendre conscience à l'enfant que cet autre dans le miroir n'est pas humain²² et qu'il n'y a pas de médiation ou de présence d'un tiers pour temporiser l'effet bouleversant du miroir en ce sens.

Nonobstant, dans une approche comme dans l'autre, l'image de son corps dont l'enfant a pris conscience durant le Stade du miroir est structurante pour son identité. Ainsi le miroir subjectivise l'enfant.

Toutefois cette fonction, ne peut se mettre en place que par la présence de l'autre car l'enfant n'est pas seul devant le miroir. Ce serait dans le regard et dans le dire de cet autre, tout autant que dans sa propre image, que l'enfant vérifierait son unité. Ou, pour le dire autrement, la preuve de son unité lui vient du regard et du dire d'un autre (parental). Le regard va permettre à cette identification au semblable d'évoluer (Dor, 1995).

Tout le processus qui a court durant le stade du miroir nécessite, en effet, un échange de regard.

Il y a, dès lors, une circularité qui s'établit autour et par le corps, entre le miroir et le regard. Le plus important, c'est le miroir de son être dans l'autre

En effet, le Stade du miroir impose la présence d'un objet. Le miroir qui va convoquer le voir et le regarder. Chez Lacan, le miroir est constitutif du Je et chez Dolto de l'image inconsciente du corps. Ce qui importe ce n'est pas le caractère spéculaire du miroir ni l'image scopique qui s'y reflète mais la fonction relationnelle accomplie par un tout autre miroir d'une toute autre nature : le miroir de l'être du sujet dans l'autre. C'est là qu'intervient le voir et le regarder. Chez Dolto, le miroir est une surface psychique omni-réfléchissante de toute forme sensible du miroir, lieu de l'individuation narcissique (chez Lacan c'est une surface plane et visuellement réfléchissante). Pour que le miroir fonctionne en tant qu'objet, il faut qu'il y ait un voir et un regarder. Le regard est donc nécessaire.

²² Ce traumatisme auquel fait référence Dolto me semble être à mettre en lien avec d'une part la dureté et la froideur du contact avec le miroir qui en bloquant (brisant) l'illusion de réalité fait traumatisme comme a pu l'écrire Wallon (Wallon, 1987, p. 226) d'autre part, l'effet diffractant du miroir (qui matérialise la séparation entre le sujet et l'image) peut en être la cause.

Le regard remplit trois fonctions : une fonction d'expression, une fonction de régulation et une fonction de contrôle selon Brossard, Demingeon-Pessonneaux et Portalier (2006) et pour Piot (2008), le regard ne renvoie pas à une perception, mais à une relation à l'autre et à soi-même.

L'enfant doit se regarder dans le miroir et s'y voir, puis il regarde sa mère (il la voit) et capte qu'elle aussi le regarde, qu'elle le voit. Il se voit regardé mais surtout il se sent comme étant vu.

Ainsi le miroir est-il comme objet de réflexion du visible mais aussi de l'audible, du sensible et de l'intentionnel par la parole et la gestualité qui sous-tendent tout le process (Dolto et Nasio, 2002, p. 57). Cette circulation de regards est aussi circulation de désirs et d'affect. Le regard est porté par une pulsion scopique comme le dit Freud (1925). Winnicott a aussi critiqué tout comme Dolto la notion lacanienne en rappelant le rôle du visage et du regard de la mère comme miroir pour l'enfant.

C'est de ce mouvement circulaire entre voir et regarder, avec et dans le miroir, porté par du désir et de la pulsion, étayé par la présence maternelle (qui se présente par son corps, sa voix et son regard) que naît progressivement le Je du corps de l'enfant.

Le Stade du miroir permet l'avènement du narcissisme primaire en tant que constituant de la première ébauche du moi (Laplanche et Pontalis, 1967a). En tant que phase, ce stade va marquer les relations intersubjectives du sujet.

Pour MC Laznik²³, Lacan fait évoluer le Stade du miroir pour finalement poser, comme important, que le miroir représente le rôle du regard fondateur de l'Autre dans la constitution de l'appareil psychique du sujet. Le miroir plan est alors métaphore du regard du grand autre. Ainsi ce concept va-t-il évoluer et muter grâce au schéma de Bouasse puis aux autres schémas (R, L, optique) ce qui permettra progressivement à Lacan de théoriser plus en profondeur la question du regard et du miroir (Mijolat (de), 2013a).

Même si pour Dolto le miroir est déstructurant à contrario de Lacan pour qui il est structurant, retenons que c'est l'image spéculaire qui est au cœur du Stade du miroir. Cette image est le modèle d'identification de l'enfant et le fondement de son identité. Cela augure d'une prise de conscience de son corps (et aussi de son Je, de son moi) par l'enfant.

²³ Elle est l'auteure de la note explicative sur le « Stade du miroir » dans le dictionnaire de Mijolat (de) (2013a)

I.2.2.5. Enjeux de l'atteinte corporelle dans les traumatismes orthopédiques

Tout individu vit simultanément dans deux corps, au sens du corps biologique et du corps psychique investi de libido et engagé dans des échanges relationnels, l'atteinte sera donc double en cas de maladie.

En chirurgie pédiatrique, le corps est mis en jeu de sorte qu'il y a plusieurs enjeux auxquels le sujet et son corps doivent faire face. Toutes maladies, et à fortiori les traumatismes orthopédiques, vont donc atteindre doublement le sujet (Brillon, 2006 ; Dejours, 2001). Ainsi le corps physique va porter sa douleur et le corps psychique une souffrance liée d'une part à la limitation de la liberté qu'impose le traumatisme et d'autre part, au handicap inhérent à la pathologie.

En effet, la maladie représente une entrave pour l'enfant, qui en chirurgie pédiatrique doit bien souvent subir une hospitalisation, avec obligation de rester coucher ce qui suppose un certain immobilisme, renforcé par l'immobilisation des membres (plâtre, attèle, etc.) ce qui représentent une double chaîne.

La mise en jeu du corps s'inaugure par de nouvelles modalités d'utilisation du corps avec des remaniements psychologiques ou un fonctionnement psychique autre. Par exemple, dans les pathologies chirurgicales aiguës chez l'enfant, comme le relève Marcelli (1996), l'enfant va faire l'expérience de la régression, d'une relation de soin et de la dépendance et ce sont là de nouvelles modalités de son fonctionnement psychique et de ses relations. Par ailleurs, dans le cas de fractures ou d'ouvertures du corps, il va y avoir une atteinte narcissique, une atteinte moïque et une « fracture psychique » qui permettra à l'individu, dans le meilleur des cas, d'incorporer l'expérience corporelle douloureuse au niveau psychique et de vivre avec.

Ces atteintes qui induisent un fonctionnement psychopathologique autre se vivent et s'expriment par le truchement du corps de l'enfant en relation dans un environnement chirurgical potentiellement psychogène. De fait, l'image que l'enfant peut se faire de son corps, ou comment il vit le dit-corps peuvent subir certaines variations.

En chirurgie, certains auteurs pensent qu'il y aura modification du schéma corporel, tandis que d'autres envisagent des changements dans l'image du corps (Sibertin-Blanc et Vidailhet, 2003), quand d'autres encore parlent de changement de représentation de soi ou de l'image spéculaire (Dufour, 1996 ; Ferragut, 1996).

L'image spéculaire, c'est l'image que renvoie le miroir (le miroir est un objet réfléchissant, de fait le regard de l'autre peut jouer la même fonction). Je l'évoquerai dans la suite du travail.

Dans tous les cas, l'atteinte corporelle par la fracture impacte le narcissisme de l'enfant, les images de corps et sa subjectivité.

Les traumatismes orthopédiques vont donc faire double effraction en entamant à la fois le corps physique et le corps psychique de l'enfant.

I.3. L'EFFRACTION : DU TRAUMATISME AU TRAUMA, DE LA DOULEUR A LA SOUFFRANCE

L'effraction est juridiquement définie comme « tout forçement, rupture, dégradation, démolition, enlèvement de murs, toits, planchers, portes, fenêtres, serrures, cadenas ou autres ustensiles ou instruments servant à fermer ou à empêcher le passage et de toute espèce de clôture, quelle qu'elle soit ». L'effraction est donc connotée à la violence, la transgression car elle désigne une pénétration en force et par surprise dans un espace privé (ou public) et qui peut en précéder d'autres (vol, saccage, meurtre, torture, etc.). Parler d'effraction fait aussi référence à une intrusion, à une pénétration en force laissant des traces durables de son passage. Etymologiquement, effraction vient du latin « *effringere* » (ex-frango), c'est-à-dire « enlever quelque chose après l'avoir brisé », mais aussi « mettre en fragment après avoir fracturé ». Effraction dériverait également du gothique brikan « briser » et d'une racine indo-européenne bhreg « briser » (Bonnet, 1997 ; Viaux, 1997). Parler d'effraction, c'est parler de violence.

Dans son sillage, « effraction » véhicule fragilité, naufrage, fragment, souffrance, effroi...

L'effraction apparaît, au vu de ces définitions, comme omniprésente dans les pathologies chirurgicales notamment dans les fractures.

I.3.1. Effraction, traumatisme et trauma

En métaphorisant la notion d'effraction, nous pouvons l'appliquer à la vie psychique, elle indique ainsi qu'une blessure par pénétration a été commise par un agent extérieur après avoir brisé son enveloppe protectrice, corporelle ou psychique, mais qu'il en a aussi détruit ou altéré la substance intérieure. Cette pénétration se fait par surprise et entraîne une destruction des fantasmes, des affects et des représentations. Il y a intrusion avec atteinte de l'être intime, dans l'effroi et la

sidération, ce qui met en danger l'image du corps de l'individu. D'autres menaces planent, dans le même temps, telles que la perte de l'identité, la perte du sentiment de continuité et de cohérence interne. En rapportant cette métaphore juridique à la vie psychique, il apparaît la notion de traumatisme psychologique comme corollaire de toute effraction. En effet, tout comme le trauma, dans l'effraction il y a une rupture douloureuse, désagréable et violente des barrières de protections (de la psyché toute comme du corps) avec installation d'un « corps étranger » à l'intérieur de soi. Cet étranger va imposer sa loi et entraver ainsi le travail de reconstruction.

Lorsque l'enfant subi un traumatisme orthopédique, il peut s'en suivre un traumatisme psychique ou trauma soit concomitamment, soit dans l'après-coup.

Qu'entend-t-on par trauma ?

L'essentiel de la théorie sur le traumatisme a été élaboré par Freud, renforcé par les travaux de Ferenczi ce que rappelle Bokanowski (2014). Ainsi, dans les Leçon d'introduction à la psychanalyse de 1915-1917, Freud donne une définition du traumatisme. Pour lui, « *c'est une expérience vécue qui apporte à la vie d'âme, en un court laps de temps, un surcroît de stimulus tellement fort que la liquidation ou l'élaboration de celui-ci selon une manière normale et habituelle échoue, d'où ne peuvent que résulter des perturbations durables dans le fonctionnement énergétique* » (Freud, 2010, p. 285). Le trauma est également envisagé comme une effraction d'ordre quantitative, « une effraction du pare-excitation », en raison d'une surcharge énergétique pulsionnelle d'origine interne impossible à liquider par l'appareil psychique. Il y a trauma quand il y a ab-réaction de l'expérience qui demeure dans le psychisme comme un corps étranger. Les expériences traumatiques peuvent être organisatrices ou désorganisatrices du fait des atteintes précoces du moi. Pour Ferenczi (1982), la conception du traumatisme change pour être, non plus référée aux expériences sexuelles traumatiques. Pour lui, c'est une expérience douloureuse négativante qui entraîne une « auto-déchirure » à type de clivage narcissique. Ce clivage va occasionner une évacuation et une expulsion d'une partie du Moi qui devient omnisciente, omnipotente et désaffectivée.

De fait, il y a un anéantissement du sentiment de soi, de la capacité d'agir et de penser qui sidèrent le Moi et produit une angoisse importante, ne permettant plus aux processus de pensée de se développer normalement (Bokanowski, 2014 ; Peccia-Galletto, 2009).

Ainsi le trauma serait principalement lié à la nature particulière de sa représentation psychique, envisagée comme celle d'un « corps étranger » interne, source d'excitations et de perturbations, survenant au cœur d'une rencontre avec ce que (Lebigot, 2009) appelle le « réel de la mort ».

Pour les Botella, dont Benhamou (2012) rapporte les travaux, c'est un événement qui ne peut être pris en charge par des liaisons psychiques. Pour eux, le traumatisme doit être compris non pas en termes spatiaux d'effraction de barrière mais « en termes de non-liaison, de fracture dans les systèmes de représentations, de creux dans la trame des investissements ». Pour ce faire, il faut prendre ici en considération la figurabilité de notre appareil psychique. Le trauma entraîne des phénomènes de déliaison et de perte de repère, ce qu'atteste la prise en compte des composants psychiques qui seraient plutôt de l'ordre d'une non-représentation, de « corps étranger ». C'est donc une représentation en négatif qui fait souffrir par son intraductibilité. On comprend donc que l'expérience traumatique soit une expérience difficile qui bloque l'individu dans le temps, le maintien dans l'histoire traumatique du fait des reviviscences, de la permanence de l'image indigeste.

De la névrose de guerre à l'état de stress post-traumatique, la question du traumatisme a été abondamment abordée (Bertrand, 2002 ; Bokanowski, 2010 ; Brillon, 2010 ; Giordano, 2012 ; Katchadourian, 2011 ; Maqueda, 1999 ; Vallet, 2009).

Cette question a aussi été abordée dans le cadre spécifique de la chirurgie, des pathologies orthopédiques et traumatiques et une série de travaux montrent que les enfants peuvent présenter des troubles du stress-post-traumatiques lorsqu'ils sont victimes de traumatismes orthopédiques (Chouvier, 2004 ; Dewulf, Broeck et Philippot, 2006 ; Dixon, Newton et Teh, 2011 ; Dohin et Kohler, 2008 ; Fiévez et al., 2013 ; Jousset, 2005 ; Ozer et al., 2010 ; Peccia-Galletto, 2009 ; Roman, 2008 ; Skogstad et al., 2012 ; Taïeb et al., 2004 ; Vallet, 2003 ; Vila, 2006 ; Wallace, Puryear et Cannada, 2013).

Dans les traumatismes physiques, l'effraction du corps par un traumatisme physique fait donc trauma et Sibertin (2003) a démontré le continuum qui va du traumatisme physique au traumatisme psychique, de l'effraction corporelle à l'effraction psychique chez les patients en chirurgie. Cette effraction est aussi référée à une certaine violence intrusive qui est renforcée par l'intrusion et les sur-stimulations sensorielles continues liées aux actes chirurgicaux. Ainsi, l'image de l'atteinte du corps a-t-elle fait irruption dans la psyché de l'individu.

Cette effraction va se déployer en trois temps comme on le voit chez les patients en chirurgie pédiatrique : la fracture va entraîner une rupture du contenant et de l'enveloppe protectrice (la peau mais aussi l'enveloppe psychique). Secundo, il s'en suit une attaque du contenu marquée par une sidération de la pensée mais aussi par la douleur et la souffrance induite par la fracture. Tertio, on

observe une régression affective durable appelant le sujet à rétablir une dépendance anaclitique et protectrice pour contenir de l'extérieur ce qui ne peut plus l'être à l'intérieur. C'est ainsi que Marcelli a décrit la régression psychique que l'on pouvait observer chez les enfants en chirurgie pédiatrique.

Le sujet use alors plusieurs mécanismes de défense pour tenter de juguler les affects négatifs induits par l'effraction : lutte contre l'objet de dépendance, attaque dans l'opposition ou fuite avec évitement, repli sur soi dans la passivité, retrait des conduites sociales ou déni de la réalité avec édification de barrières défensives primitives de type colmatage, blindage, formant comme une gangue protectrice (Sibertin-Blanc et Vidailhet, 2003).

Aussi peut-on considérer que l'irruption de la maladie dans la vie d'un enfant représente autant pour lui que pour sa famille une véritable crise traumatique. L'évènement traumatique vient réactiver des évènements passés, projetant ainsi son ombre sur le futur de l'individu. Le présent est occulté par le passé qui resurgit à l'occasion du traumatisme physique. Il jette un voile sur le présent qui s'en trouve remanié (Jousselme, 2005). La vie se modifie par les ruptures imposées par la maladie, plaçant chacun (enfant, parent) en insécurité ce qui intensifie les mécanismes de défense. Il y a un bouleversement de l'économie psychique du sujet, un peu comme un tissu (psychique) qui se détrame.

Dès lors, faut-il penser que, plus la blessure sera importante, plus l'unité de la psyché sera atteinte ?

Loin s'en faut car d'autres paramètres, comme dans tout trauma, peuvent agir comme facteur de protection ou de vulnérabilité. Et comme devant tout évènement traumatique, l'effet sur l'individu sera variable.

Lorsque le corps est blessé, il y a trauma selon trois modalités :

- le traumatisme direct lié à la rencontre avec la mort dû à la crainte de la mort, de la douleur, du handicap,
- le trauma de l'après-coup, complexe et en lien avec l'histoire familiale. Comme le dit Jousselme (2005) « *La maladie de l'enfant réactive les blessures passées non cicatrisées et peut, hormis l'attaque du corps de l'enfant, attaquer sa psyché* ».
- le trauma lié à l'atteinte de la peau-enveloppe. Les fractures et autres atteintes traumatiques du corps double la traumatisation initiale. Subséquemment, une blessure a-t-elle pour

effet d'entailler la continuité corporelle et de déréguler l'histoire tout en marquant la position subjective selon Assoun (2009).

Se surajoute, les effets de l'acte chirurgical qui font potentiellement trauma par la perte de sens qu'induit la multiplicité des actes, par leur douleur et leur violence (Gey, 2006 ; Liatard, 2004). Cette perte de sens est liée à la perte de contenance et à la perte de repère que l'on observe dans les ruptures de continuité de la peau, équivalente à une effraction de l'enveloppe psychique.

En effet, la peau comme figure d'une enveloppe corporelle est également une enveloppe relationnelle (premier échange précoce) et elle fait figure d'un contenant de pensée (« je me sens bien dans ma peau » est une expression qui témoigne du bien-être intérieur). On comprend donc quels peuvent être les effets des atteintes corporelles.

Ainsi pour Raimbault et Zygouris (1990), « *Les "trous" (opérations, intubations, perforations et autres agressions physiques) dans un corps laissent des séquelles liées au sens ou au non-sens que ces agressions ont pour l'enfant et son entourage. Ces séquelles sont tributaires d'un autre facteur pathogène, les "trous" dans le circuit symbolique. [...] C'est à partir du monde interne des parents... ou du personnel que se fabriquent, que s'élaborent les fantasmes de l'enfant* ».

Trauma après trauma, au fil de la confluence des traumatismes, le corps, l'espace et le temps se délitent, deviennent immaîtrisables, ce qui renforce le sentiment d'insensé ou d'aliénation comme le souligne Liatard (2004).

On peut sans crainte de se tromper assimiler ce qui se passe en chirurgie à un traumatisme cumulatif.

En chirurgie infantile, le vécu traumatique est souvent subi « à petite dose » dans le temps mais il ne manquera pas pour autant de déposer dans la psyché ses traces pathogènes. Ce vécu traumatique peut être renforcé par l'aspect imprévisible des hospitalisations et le temps post-traumatique.

Par ailleurs, l'exposition incessante à des facteurs perpétuants tels les appareillages, les bandages, la douleur qui ne cède point, tout comme les nombreuses reprises chirurgicales cristallisent l'image traumatique. Tout ce que le sujet voit est le rappel de son accident, de sa fracture. L'image traumatique en est ainsi constamment renforcée. Tout comme la fracture fait trauma, l'appareillage fait aussi trauma et provoque sidération et effroi.

Le traumatisme entraîne des ruptures dans les liaisons et les systèmes de représentation.

En sommes, nous sommes en présence de multiples facteurs de traumatisation quand survient une fracture dans le cours développemental de l'enfant. De plus, d'une part, si l'effraction, le traumatisme et le trauma sont des produits directs de la fracture, d'autre part les actes chirurgicaux

tout comme l'hospitalisation vont produire des effets similaires. En effet, à l'hôpital le corps malade n'apparaît que sous l'angle d'un corps criblé, ciblé, troué, ramifié, raboté par de multiples tuyaux et autres tubes. Douleur, violence et effraction accompagnent donc des actes dont le but est de soigner le corps. Le corps est en permanence attaqué que ce soit par les examens paracliniques, biologiques (avec les prises de sang ou les ponctions qui s'imposent) ou radiologiques, tout comme par les opérations ou les différentes manipulations qu'il subit.

Analysé, branché, perforé, incisé, ouvert, découpé, ectomisé, greffé, fixé, embroché, agrafé, scotché, réparé, reconstruit, le corps est soumis à de nombreuses manipulations et réparations comme le serait une machine. L'effroi provient ici du trop de corps, des enveloppes cutanées malmenées, manipulées, effractées mais aussi et peut-être surtout de la violence visuelle et corporelle sous-tendue par ce corps malmené. Ce corps souffrant nous renvoie nos propres angoisses et, tout en nous mettant à nue, expose notre fragilité et celle de l'espèce humaine. Parallèlement, quand les enveloppes du corps sont effractées comme nous venons de le voir en chirurgie, il n'y a pas de place pour la construction d'un contenant corporel structurant et limitant. Et se délite le sentiment de soi érigé sur le socle du moi-peau comme « sac », contenant l'ensemble des éléments du Soi, faisant office de gardien de l'intensité des pulsions suivant les contours corporels et sensibles de la peau. Il permet de différencier ce qui relève du sujet de ce qui relève des désirs, des pensées et des affects d'autrui (Peccia-Galletto, 2009).

Cette effraction s'accompagne ainsi de douleur et de souffrance.

I.3.2. Douleur, souffrance et effraction

La douleur est une sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps, elle est avant tout liée à l'effraction, effraction du corps dans la douleur physique, effraction de la psyché dans la douleur morale. Cet état d'effraction intense et localisé, qui relève d'une logique de spatialité, se traduit par un hyperinvestissement de la zone douloureuse générant la sidération psychique. En somme, le foyer fracturaire va mobiliser de l'énergie psychique importante chez l'enfant et en finira par être effractant.

Pour Peccia-Galletto (2009), la douleur organique est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle potentielle ou décrite en termes d'une telle lésion ». C'est un phénomène subjectif où interviennent des facteurs cognitifs, culturels, affectifs et contextuels propres à chaque individu et où chacun de ces facteurs est capable d'influencer la perception de la douleur et les réactions comportementales que celle-ci engendre. Placé dans une certaine sidération psychique avec vécu d'impuissance et appauvrissement des investissements libidinaux extérieurs au profit d'un surinvestissement de la zone corporelle de souffrance, le sujet se replie sur lui-même du fait de la douleur dans une forme de passivité du subir-pâtir, alors que la souffrance implique une certaine activité (agir-souffrir).

Chez l'enfant en particulier, la douleur physique va ressusciter fréquemment les conflits œdipiens et aussi préœdipiens, multipliant les angoisses de castration, mais aussi éventuellement des angoisses plus archaïques de morcellement et de perte d'objet.

Les parents peuvent être ici en grandes difficultés devant la nécessaire reprise de problématiques qu'ils croyaient résolus, la réactualisation de ses conflits antérieurs peut être source de violence et d'agressivité. Cela place l'enfant dans une spirale mortifère sans fin (apparente).

A côté de la douleur, la souffrance correspond quant à elle à un processus dynamique qui s'inscrit dans une dimensionnalité temporelle introduisant la notion de durée. La douleur est un état synchronique qui surinvestit le présent du « j'ai mal », tandis que la souffrance s'inscrit plus dans une diachronie en liaison avec l'histoire du sujet et se traduit en « je me sens mal ».

Le travail de la souffrance permet de mettre quelque chose à la place de l'objet perdu qui fait souffrance, des mots, des pensées, des liens et de relancer le travail fantasmatique. La souffrance est de la sorte le témoin de l'expérience d'un vide qui s'ouvre mais qui demande à être rempli par la psyché. Tandis que la douleur s'apparente à un abîme gigantesque, qui, à l'instar des trous noirs du cosmos, absorbe tout ce qui s'en approche jusqu'à annuler toute notion de temps par la réduction de tous les repères de vie en un point, celui de l'indicible de l'innommable, de l'horreur de la douleur (Morasz, 2003).

La réparation physique sera-t-elle agissante devant autant de désordres liés à la fois à l'effraction, aux traumatismes et au couple douleur-souffrance ?

I.3.3. Effraction, réparation et restauration

Comme je l'ai explicité, le traumatisme physique surprend et fait effraction dans le psychisme, dont il désorganise le fonctionnement. Dans l'après-coup, quand s'est évacué l'état de sidération initial, la pensée peut se remettre à vivre et des réorganisations peuvent se voir. Peut-on cependant aller jusqu'à se dire que pour enfants et parents, la « réparation » des fonctions physiologiques et l'amélioration de l'apparence vont permettre une reprise du fonctionnement psychique moyennant les réorganisations. Une mise en mot de l'expérience de la fracture et du vécu chirurgical en générale pourrait-elle aider à cette réorganisation des représentations et à la « métabolisation » dans l'« après-coup » ? C'est à réfléchir et j'y reviendrais.

A ce niveau de mon propos, la question que je me pose ici, à ce stade de mes propos, c'est « est-ce que la réparation du membre fracturé, du corps brisé, va s'accompagner d'une réparation de ce qui a été déstructuré au niveau psychique et y aura-t-il restauration ? » :

- si oui, comment et dans quels délais survient cette restauration ? Est-elle ad-integrum ?
- si non, pourquoi n'y a-t-il pas de restauration psychique quand le corps est guéri (c'est-à-dire ressoudé, colmaté et remis en mouvement) et comment faire pour restaurer à minima ?

Deux notions ainsi sont importantes à différencier : réparation et restauration. Etymologiquement, la réparation signifie remettre en état (de marche) ce qui a été endommagé, tandis que la restauration signifie remettre en place un état précédent qui a été altéré.

Réparer c'est donc rendre à nouveau fonctionnel et restaurer c'est ramener à un état antérieur. Restaurer est au-delà de la réparation car c'est non seulement réparer et rendre fonctionnel mais c'est faire comme si l'objet n'avait jamais été endommagé.

S'il est certain que suite à une fracture, on peut réparer le corps, peut-on aller jusqu'à penser une certaine restauration ?

Pour Danièle Brun :

« Les blessures inscrites dans le corps depuis l'enfance, notamment les blessures chirurgicales, laissent des traces vivaces et insidieuses. Leur parcours ne peut se confondre avec celui des cicatrices. On pourrait croire qu'il s'agit surtout de l'inscription de la douleur et de la persistance de son souvenir après effacement de la sensation. Mais la douleur psychique se substitue à la douleur physique. Ainsi, certains enfants gardent-ils un souvenir amer et une rancune tenace à l'égard d'un chirurgien brutal qu'ils rendent responsable d'une blessure n'ayant pourtant pas laissé ni trace visible ni séquelle...
...Ainsi la blessure d'enfance s'inscrit-elle comme blessure d'une vie »
(Brun, 2003)

On comprend que rien que l'existence d'une cicatrice empêche la restauration quand il y a eu réparation car les images mnésiques de la blessure du corps ne s'altèrent pas, elles en entretiennent même le souvenir. Il peut alors s'avérer très difficile de cicatriser cette blessure psychique liée au traumatisme de la rupture (Dufour, 1996).

Cette absence de restauration quand bien même il y ait eu réparation, peut favoriser un repli narcissique chez l'enfant et une perpétuation du trauma.

Déssubjectivé dans le soin, doublement traumatisé et effracté, confronté à la douleur et à la souffrance, l'enfant peut en perdre progressivement tout lien avec la communauté des vivants. Cela arrive quand les problématiques sont psychiquement envahissantes, quand les regards se perdent alors, la subjectivité se nie au profit d'une objectalisation tout azimut...

Pour comprendre tous ces processus, à l'œuvre dans le soin en chirurgie pédiatrique, différentes approches ont été utilisées. Une de celles-ci est le dessin. C'est aussi un outil qui a fait ses preuves dans les psychothérapies de l'enfant.

Le dessin peut-il contribuer à l'accompagnement de la souffrance en favorisant une remise en mouvement des capacités psychiques internes de l'enfant ?

Aussi, dans le sillon de ce qui a déjà été fait, quel intérêt pourrait revêtir le dessin comme outil thérapeutique dans les soins psychiques en chirurgie pédiatrique et que peut-il dévoiler ?

CHAPITRE II. DESSIN, REPRESENTATION DE SOI ET VISAGEIFICATION

Dessiner, c'est représenter des objets, des personnes, des choses... sur une surface à l'aide d'objets graphiques. C'est un art universel qui traverse le temps et l'espace. Laisser une trace, quel que soit le support, permet à l'individu de subsister dans les siècles, en témoignent ainsi les dessins vestiges des temps préhistoriques retrouvés dans certaines cavernes ou grottes, en attestent aussi parfois les traces laissées par des amoureux sur un arbre, un mur, un banc... comme en témoignent les tableaux de maîtres qui ont un caractère indubitablement intemporel. Cette trace laissée sur la surface (papier, toile, tissu, murs...) qui lui sert de support est un moyen de communication, le moyen de véhiculer un message.

Tous, nous avons à un moment ou un autre dessiné au moins sous la férule du maître d'école, si c'était une activité que nous n'aimions pas. Mais nombreux sont ceux qui ont toujours aimé dessiner et qui continuent à le faire, ne serait-ce que pour faire passer le temps d'une réunion fastidieuse.

Activité intemporelle et de tous âges, chez et pour l'enfant, c'est une activité ludique, créatrice qui est souvent utilisée en psychothérapie comme moyen et médium pour entrer en contact avec l'enfant et lui offrir une possibilité de verbalisation quand les mots ne permettent pas l'expressivité. Actuellement, ces productions graphiques enfantines ont pris une place importante et elles intéressent autant le psychiatre, le psychologue que le psychanalyste. Le dessin est ainsi utilisé pour explorer la vie psychologique de l'enfant.

Dessiner c'est donc produire un dessin, une image qui se donne à voir.

Après une rapide revue sur les principaux éléments à prendre en compte quand on parle du dessin dans le travail psychothérapeutique, notamment concernant la représentation de soi, j'aborderai le concept de visagéification en le mettant en lien avec le dessin.

II.1. LE DESSIN D'ENFANT

En matière d'art graphique, de dessin, l'enfant est généralement peu exigeant, peu de matériel lui suffit : du papier et quelques crayons bien souvent. Le dessin est donc d'application facile pour l'enfant pour qui il est un mode d'expression naturel, un langage non verbal et une forme de communication. Le dessin va renseigner sur les aptitudes, les attitudes, les préoccupations et parfois les souhaits de l'enfant. C'est une ouverture sur son monde intérieur, ce qui en fait un moyen usité en psychologie clinique comme en pédopsychiatrie.

II.1.1. Quelques généralités

Plusieurs auteurs se sont intéressés au dessin mais avec des abords différents en fonction de l'objectif assigné au dessin : évaluation psychodiagnostique, évaluation développementale, évaluation psychométrique, médium thérapeutique, outil psychothérapeutique...

Citons comme précurseurs des études sur et à partir du dessin : Luquet, Prudhomme, Wallon, Widlöcher, Klein, Anna Freud...

L'enfant commence à dessiner très tôt, vers deux ans, et au fil des années son style va se transformer. Si le graphisme se développe assez rapidement au cours des premières années, il a tendance à se stabiliser entre huit et douze ans (Engelhart, 1980, p. 11). Ainsi, le dessin de l'enfant va être fonction de son niveau de maturité psychomotrice et intellectuelle et de son schéma corporel. Le dessin permet à l'enfant de représenter les choses, les événements réels ou imaginaires, les situations, les objets et les personnes non pas comme elles sont mais comme il les conçoit. Toute œuvre enfantine est donc supposée représenter quelque chose, un élément de la réalité qui l'entoure. Pour Ph. Wallon (2001, p. 10;16), le dessin d'enfant se situe donc dans l'évolution d'un sujet et l'attention toute particulière qu'il met à le réaliser souligne, si besoin était, combien sa place est importante dans sa maturation psychologique. C'est d'ailleurs ce qui fait que l'enfant dessine sur tout type de support (le sable par exemple) et avec n'importe quel moyen (ses doigts, un bout de bois, du charbon...).

Concernant le dessin des personnages, l'enfant le réalise tel qu'il conçoit son propre corps. Entre six et sept ans, on observe que le plus souvent l'enfant dessine les personnages dans le tiers supérieur de la feuille de papier, par comparaison aux âges antérieurs ou ultérieurs.

Le dessin est une image de l'objet qu'il raconte, tout comme il est signe de celui qui a fabriqué cette représentation. Il dit le sujet qui dessine tout autant qu'il parle de l'objet du dessin (Cambier,

1996 ; Widlöcher, 1973). La gestualité, la particularité du trait graphique et le façonnage du sujet du dessin son propre à chaque individu.

Accepter de dessiner peut être assimilé à accepter de se faire voir et de se laisser regarder, à contrario le refus de dessiner m'apparaît comme étant un refus de donner accès à sa personne.

Les possibilités représentatives vont se moduler avec le temps, la scolarisation et l'apprentissage de l'écriture, les expériences de vie (ouverture au monde de la culture par exemple).

On admet une subdivision en trois phases de l'évolution des capacités graphiques de l'enfant dans le dessin : gribouillage, réalisme et réalisme visuel. Ce dernier stade voit le déclin du dessin d'enfant en tant que moyen de communication.

Tout dessin, pour être utile d'un point de vue psychopathologique, doit s'accompagner d'une explication du dessinateur. Cette explication va servir de base à toute interprétation. L'abord interprétatif d'un dessin peut se faire soit d'un point de vue intuitif soit d'un point de vue analytique. Selon Royer (2011), en psychanalyse, c'est la lecture intuitive qui est privilégiée car elle permet la rencontre de deux psychismes. Ainsi, un dessin fait surgir une émotion chez celui qui l'analyse et l'« interpréteur » doit tenir compte de la dite-émotion. En psychologie (psychométrie) c'est l'abord analytique qui est favorisé et il repose sur l'utilisation de code et de grilles de lecture. Dans l'approche psychométrique, plusieurs paramètres ont été codifiés par de nombreux auteurs (utilisation des couleurs et de l'espace, type et force du trait...). Par exemple, concernant la couleur, il est admis que l'utilisation de la couleur varie en fonction de l'âge et que celle-ci ouvre sur l'affectivité du sujet. C'est dans ce sens que pour Wallon (2001), la couleur est un élément fondamental chez le jeune enfant. Ignorant la géométrie, l'enfant dessine d'une manière globale, émotionnelle, et la couleur a une grande importance pour lui. L'âge venant, il utilisera moins de variété, jusqu'à se limiter à une seule couleur. Couleurs et émotions sont donc liées comme l'ont démontré les travaux de Rorschach en 1942. D'autres paramètres peuvent être également utilisés, j'en parlerai plus en détails par la suite.

II.1.2. Le dessin d'enfant en clinique infanto-juvénile

Le dessin peut avoir en clinique valeur d'outil d'évaluation ou d'outils de lecture de la psyché infantine. Il peut s'utiliser comme médium, comme test ou tout simplement de façon ludique. L'utilisation du dessin en clinique psychanalytique est due aux travaux d'Anna Freud (1951) et de Mélanie Klein (2009), que l'on peut considérer comme pionnières en ce domaine. En France, c'est à Sophie Morgenstern, à partir de 1924, que l'on doit les premiers travaux sur le dessin dans la cure psychanalytique.

Lorsqu'un enfant dessine, il est pris dans son activité et le dessin semble être une extension de son corps en mouvement. Dessiner sollicite autant le pulsionnel, le désir, la jouissance que les affects et les émotions. Le dessin fait ancrage. Le dessin est à la fois un acte et une expression du corps désirant. Il interpelle le narcissisme de celui qui dessine. Le produit du dessin, l'image dessinée, met en jeu le désir d'être vu, la jouissance du voir et participe d'un désir d'émergence du corps. Le dessin dit le corps. Dolto (1984) a dans ce sens utilisé le dessin pour travailler son abord de l'image inconsciente du corps. Au-delà du corps, le dessin parle du monde. L'enfant invente son monde au travers du dessin. Celui-ci instaure une présence en rendant l'enfant présent dans la relation thérapeutique. Il est le « je suis » de l'enfant, donnant forme, trait et contenance au corps psychique de celui-ci (Garcia-Fons, 2002).

Ainsi, comme la parole, le dessin est un langage qui dit le moi en relation avec le monde (Wallon, 2001). Outil de mise en relation, il est très utilisé dans la clinique avec les enfants, son intérêt étant porté autant sur l'acte créateur que sur l'objet lui-même.

L'utilité clinique du dessin concerne deux niveaux chronologiques, et doit être comprise dans ce double mouvement diachronique : comme représentation du vécu de l'instant (l'instantané de l'état affectif), et comme représentation actuelle, ou remaniement, d'un événement passé. Plutôt qu'un rappel des faits objectifs, l'enfant dessine et commente son bouleversement intérieur et la transformation de sa vision du monde depuis l'événement. L'observateur doit donc se garder de croire que le dessin traduit en signes objectifs la totalité de l'état psychique de l'enfant ; au contraire, le dessin n'expose à l'observateur qu'une brîbe instantanée de la réalité psychique de l'enfant (Hariki, 2007, p. 201-202).

Dessin libre ou à thème, l'enfant utilise le dessin pour parler et le thérapeute pour entrer en relation et pour évaluer ou investiguer la vie psychique de l'enfant. Le dessin est un moyen privilégié d'expression de soi (Anzieu, 1996, p. 283). En effet, le dessin permet à l'enfant de s'exprimer et, au thérapeute de lire en quelque sorte entre les lignes du tracé et de la couleur. Toute lecture du dessin se doit d'être une recherche des systèmes de codage choisis et utilisés par le dessinateur en référence à l'objet et à sa personne (Cambier, 1996 ; Engelhart, 1980).

Il permet ainsi de tester différentes compétences de l'enfant ou de servir de socle pour le travail thérapeutique.

II.1.3. Psychopathologie autour du dessin, sens et signification

Le dessin de l'enfant est révélateur de ses processus intellectuels et affectifs, de ses rapports à sa vie intérieure et à son environnement (Anzieu, 1996).

Dans une expérience menée par Defontaine-Catteau & Dubreucq (1989) rapportée par Couillard (Couillard, 2011), le dessin a été utilisé comme « écran de projection de la plainte ». Face à des patients qui n'arrivaient pas à rendre par les mots le vécu et le subjectif de leur douleur, soit que le discours soit trop souvent emprunté au vocabulaire médical soit que leur vécu soit difficilement communicable, ces auteurs ont invité des individus à dessiner leur propre corps, puis à représenter leur douleur, telle que ressentie. Ainsi concluent-ils « *que le dessin déborde et dépasse le registre verbal. La douleur s'exprime par des variations de couleurs, par des noyaux condensés, etc. Les patients ayant participé à l'étude n'ont pas seulement exprimé leur douleur physique, mais également leur souffrance psychique ou leurs traits anxio-dépressifs qui accompagnent cette plainte douloureuse chronique* ». Ils estiment ainsi que le dessin « *a un caractère novateur en ce sens [qu'il] fait émerger quelque chose de jamais dit, de jamais vu ni entendu, en fait un champ neuf pour l'expression de la plainte douloureuse* ».

Les auteurs tirent la conclusion que les méthodes graphiques favorisent l'expression de la souffrance, au-delà de la douleur.

Ainsi, quand les mots ne disent pas les maux, le dessin laisse s'exprimer une signification et ouvre une porte à la reprise de l'existence par la mise en sens et en signification de l'expérience de la maladie.

Plusieurs équipes ont réalisé des travaux similaires, travaux qui relèvent certains éléments intéressants montrant que :

- les couleurs rouges et noires ont principalement été utilisées pour représenter la douleur,
- l'imagerie mentale est fonction du développement de la personne.

Cependant, comme le souligne Hariki (2007, p199), il faut utiliser avec prudence la symbolique de la couleur car l'emploi des couleurs dans le dessin peut répondre à un choix personnel comme être le signe d'expression pulsionnelle (tonalité affective) ou le reflet de l'éducation. Il convient donc que l'interprétation émerge en tenant compte du contexte de vie de l'enfant. Le choix des couleurs peut être aussi influencé par la palette disponible.

Ainsi donc lorsque l'enfant dessine, non seulement il extériorise quelque chose de son univers intérieur, mais il représente également les événements qu'il a vécus, tels qu'il les a saisis personnellement (Couillard, 2011).

Nous comprenons que le dessin est une situation projective révélatrice des angoisses, des conflits et des défenses de l'individu. Royer (1995) mentionne ainsi que « *le dessin permet d'exprimer l'indicible, l'inexplicable, l'unique, et d'en dire l'intensité et toutes les nuances (...) et le dessin a ceci d'étonnant que c'est un langage universel, propre à l'humanité toute entière* ».

Dans ces travaux sur le dessin, Royer a développé l'idée que le dessin était un outil qualitatif qui permettait de faire émerger le sens d'une expérience pour un individu. Elle a ainsi relevé des indices graphiques pouvant témoigner d'une problématique psychopathologique.

Parmi ces signes, on retrouve :

- Le refus de dessiner ;
- L'abandon du dessin non terminé ;
- L'insatisfaction manifeste ou la tendance à provoquer le praticien ;
- L'incommunicabilité de la représentation ;
- La représentation des scènes de violence ;
- L'évocation de scènes sexuelles ;
- Le morcellement (p. ex., un personnage fragmenté) ;
- Le retard global ;
- La présence de dissymétries flagrantes ;
- L'emploi de stéréotypies ;

- Le schéma corporel perturbé (proportions, difformités) ;
- La robotisation des personnages ;
- Les couleurs utilisées de façon massive ou irréaliste ;
- L'emploi exclusif du noir ;
- L'absence de traits du visage
- Les bizarreries.

Plusieurs travaux ont permis de donner une signification à chaque couleur dans le dessin, référée à un état émotionnel (Couillard, 2011 ; Royer, 1995)

Dans sa thèse sur « Les représentations graphiques de la détresse psychologique chez des adolescents » réalisée au Canada en 2011 à partir de la recension de plusieurs études et travaux basés sur le dessin, Couillard retrouve :

- Dans la dépression :
 - o une utilisation préférentielle de la zone inférieure de la feuille
 - o un dessin occupant peu d'espace dans la feuille
 - o la prépondérance de la couleur noire
 - o la présence de noircissements
 - o des traits faiblement appuyés
 - o l'isolement du personnage représentant le sujet
 - o l'absence de bouche, de mains, de bras et de pieds
 - o une expression triste du visage (larmes ou bouche tournée vers le bas),
 - o un environnement triste représenté par de la pluie, des nuages, un orage
 - o ainsi que des épaules absentes ou tombantes.
- Dans l'anxiété :
 - o l'utilisation d'ombrage,
 - o de ratures, de traits discontinus ou de petits traits
 - o d'une accentuation des contours du visage, des yeux, de la bouche
 - o les personnages dans la moitié gauche de la feuille
 - o une bouche serrée ou linéaire
 - o ainsi que des jambes serrées dans une attitude rigide
- Dans les passages à l'acte (agressivité, impulsivité, colère) en lien avec la détresse:
 - o présence d'objets agressifs, situation de conflit, de violence
 - o lignes anguleuses ou piquantes

- grandeur exagérée du dessin
- boucles ou cheveux frisés
- mains ombrées ou cachées
- doigts en griffe
- dents visibles
- lignes fortes ou appuyées.

De même, le tracé est porteur de sens.

La localisation du dessin sur la feuille a aussi son importance ainsi, selon Wallon l'inhibition et la timidité vont se lire à travers un dessin ramassé sur le bord inférieur de la feuille, laissant un grand espace libre ... à l'inverse, « le bourrage » d'une feuille couverte jusqu'à l'excès suggérerait des tendances phobiques.

Un processus de symbolisation se joue donc entre l'enfant, son dessin et la feuille. Dans cette optique, autant le dessin (s'entend ici comme objet produit suite à l'acte de dessiner) ou le dessinateur sont importants, autant la feuille l'est. En effet, support des traces, fond et réceptacle des émotions et de la psyché, la feuille permet leur inscription (violente ou non). Elle est limite et contrôle de ce qui y prend forme, elle fait contenant. Sa blancheur peut « tout » recevoir, elle est attente et patience, ouverture vers un possible et un ailleurs, elle est support du rêve et de l'invention. Ainsi la feuille peut-elle figurer le contenant maternel ou la peau psychique maternelle qui fait résonner la projection infantile (Vuagnat et Maret-Cogeval, 1996).

II.1.4. Les usages du dessin

II.1.4.1. Le dessin comme test

De par sa valeur projective, le dessin est usité en psychométrie comme test. Il existe différentes modalités d'utilisation du dessin et différents tests de dessin parmi lesquels le test du bonhomme de Goodenough, le dessin de l'arbre, la dame de Fay, etc.

Parmi ceux-ci, deux m'ont intéressé dans le cadre de ma recherche : le dessin du bonhomme de Goodenough et le test des trois dessins. Dans les situations particulières comme les contextes de guerre, le dessin est aussi utilisé pour évaluer l'impact des événements sur la psyché des personnes, c'est pour se faire que s'est développé le test des trois dessins.

II.1.4.1.1. Le dessin du bonhomme

C'est à Florence Goodenough que l'on doit le test du bonhomme qu'elle élabora en 1926 et à partir duquel, elle établit un lien entre le graphisme du bonhomme chez l'enfant et les capacités intellectuelles de ce dernier. La grille d'évaluation qu'elle élabore permet d'évaluer le quotient intellectuel. Celle-ci sera remaniée par d'autres auteurs.

La consigne est simple « *dessine le plus beau bonhomme que tu peux* ». Ce test au-delà de donner des indications sur le développement cognitif de l'enfant permet aussi d'approcher l'intégration du schéma corporel. Cette idée est réfutée par Picard et Baldy (2011) car pour eux, il y a ici une influence du niveau cognitif de l'enfant et de l'acquisition des signifiants graphiques. Malgré cela, je garde l'idée communément admise que le dessin du bonhomme permet d'approcher le schéma corporel.

En chirurgie pédiatrique, l'utilisation du dessin du bonhomme peut ainsi nous permettre de dépister d'éventuelles modifications du schéma corporel en lien avec la pathologie chirurgicale.

II.1.4.1.2. Le test des trois dessins

Ce test a été conçu en 1937 par Alfred Brauner, pendant la guerre civile espagnole. Il proposa aux enfants évacués des zones de combats de dessiner et de rédiger un texte ayant pour thème : « *(1) ma vie avant la guerre, (2) ce que j'ai vu de la guerre, (3) comment je vois ma vie après la guerre* ».

A partir de ce test, Michel Grappe, intervenant en Croatie auprès d'enfants traumatisés par la guerre, constate que les enfants soumis à une forte désorganisation psychique font des dessins également désorganisés. Ce test subi par la suite quelques modifications, la consigne initiale étant fusionnée avec celle du dessin de famille ce qui favorise l'expression des émotions et incite à la verbalisation les enfants inhibés par les effets du trauma. Cette procédure permet aux enfants de rétablir leur sentiment de continuité d'existence et d'intégrer le trauma dans leur histoire (Caprioglio, 2002 ; Coq et Cremniter, 2004 ; Hariki, 2007 ; Nebout-Lenes, 2001). Ce test a aussi été utilisé dans les situations de catastrophe naturelle (Giordano, 2012).

Ce test a prouvé son utilité dans les événements de vie traumatogènes. Je considère donc qu'il peut être applicable et extrapolable dans toute situation où la vie du sujet a été menacée. Ainsi, je l'utiliserai dans ma recherche, comme outil d'évaluation du vécu subjectif des enfants ayant subi une fracture qui fait traumatisme par l'effraction psychocorporelle qu'elle induit.

II.1.4.2. Les médiations thérapeutiques par le dessin

Le dessin fait certainement partie des formes d'arts plastiques les plus utilisés en thérapie de l'enfant. C'est la première médiation utilisée. Ce recours s'est imposé pour pallier les insuffisances du discours de l'enfant et ses limitations verbales en matière d'association d'idée. Il active le processus de création chez l'enfant qui, comme le dit Brun (2005), en créant se crée lui-même comme sujet. La création met en jeu les processus de symbolisation mais aussi le corps (sensorialité, motricité, affectivité) et les pulsions. A. Freud, M. Klein mais aussi F. Dolto ont publié des travaux importants sur la question. Une des fonctions médiatrices du dessin, c'est de faire œuvre de réparation grâce au jeu pulsionnel de la création. Il peut aussi matérialiser la problématique interne d'un sujet, par la mise en forme du matériau proposé. C'est cela que vont traduire l'intensité ou la force du trait, l'utilisation de l'espace...

Le dessin crée ainsi un espace mais peut-on aller jusqu'à lui attribuer les caractéristiques d'un espace potentiel ? C'est à réfléchir.

II.1.5. Le dessin dans les situations traumatogènes et traumatiques

Dans l'aide aux enfants victimes de traumatismes divers, les intervenants ont généralisé l'utilisation du dessin (Caprioglio, 2002 ; Coq et Cremniter, 2004 ; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 1994 ; Oppenheim et Hartmann, 2003). Dans ces situations, ce que le dessin livre est, à la fois, reflet de la réalité tout en permettant des élaborations fantasmatiques de ce qu'il a vécu (Hariki, 2007). Le dessin n'est pas thérapeutique par lui-même, mais par le moyen qu'il représente, comme un appui concret à la relation transférentielle naissante. L'enfant va s'ancrer en quelque sorte à son dessin, comme il s'appuie sur la présence humaine du thérapeute, pour « co-crée » une réalité de lui-même et du monde à nouveau maîtrisable et un peu plus acceptable, malgré l'horreur passée.

C'est le commentaire de l'enfant sur son dessin qui donnera les clés du sens qu'il peut lui attribuer.

Le dessin d'enfant au sortir puis à distance de l'expérience traumatique est une excellente médiation pour accéder à son espace psychique malmené, de manière supportable et adaptée à son âge.

II.2. REPRESENTATIONS DU CORPS ET REPRESENTATION DE SOI

Multifonctionnel, le dessin permet en outre, de révéler l'idée que l'enfant se fait de lui-même par la représentation de soi. Parler de représentation, nous ramène à la question de l'image du corps. Je rappelle, à toutes fins utiles, que je n'entends pas parler ici de l'image inconsciente du corps mais exclusivement de celle que le sujet se fait de son corps. C'est la représentation qu'il traduit dans le dessin même si, ni la parole ni les représentations habituellement codifiées, comme le dessin ou le modelage, ne peuvent être suffisantes pour permettre à l'enfant de savoir se représenter véritablement. Je prends le pari, avec les enfants que je rencontrerai, de travailler leur représentation d'eux-mêmes dans le dessin, comme un autoportrait. L'idée de cette représentation met en jeu aussi bien l'imaginaire de l'enfant, ses capacités graphomotrices que sa perception, sa sensorialité et sa sensualité.

Il convient avant de parler de cette image, de spécifier ce qui peut être entendu par « représentation ».

II.2.1. Représentation et représentation de soi

Qu'est-ce qu'une représentation ?

La représentation c'est « ce que l'on se représente, ce qui forme le contenu concret d'un acte de pensée » et « en particulier la reproduction d'une perception antérieure » (Laplanche et Pontalis, 1967b).

En psychologie, la notion de représentation renvoie à plusieurs réalités en fonction du courant théorique. C'est aussi bien une réalité simple et unique, c'est-à-dire l'image, qui elle-même est dérivée de la sensation. La représentation renvoie aussi à la notion d'évocation ou reproduction d'une perception antérieure, avec la participation de la conscience, l'objet ou l'événement évoqué n'étant pas présents.

En psychanalyse, cette notion qui traverse l'œuvre de Freud est assez complexe et parfois imprécise, on peut cependant en retenir deux sens d'une part, c'est la représentation telle que pensée en psychologie comme évocation consciente ou préconsciente et d'autre part cette notion

renvoie aux pulsions et aux affects. On parle ainsi de représentation de chose, de représentation de mot, de représentation idéique (Schmid-Kitsikis, 2005).

C'est aussi l'image mentale que le sujet se fait de quelque chose qui n'est pas là. Comme chez l'enfant, qui au moment où se creuse l'écart intersubjectif, est capable de se représenter sa mère absente, ce qui lui permet de la savoir vivante même si elle n'est pas là et donc de l'attendre. C'est, comme l'écrit Allemany, et al. (2007, p. 106), rendre sensible, présent, ce qui ne l'était pas auparavant. Pour lui, cela renvoie par conséquent à la conscience du sujet et à l'image. Et cette représentation va se faire dans l'après, au cours d'un travail d'élaboration. La notion de représentation est donc à référer à celle de présence, présence de soi, présence de l'autre. C'est un « apparaître à soi-même du corps » pour reprendre l'expression de Vigarello (2008, p. 212) car la représentation du corps est ce qui donne existence à l'individu en le « localisant » et en lui donnant espace intérieur, cohésion et « système ». Cela suppose en somme, qu'il y a eu présence primitive réelle (comme dans l'exemple de la mère et du bébé), et que la représentation découle d'une seconde présence qui répète la première (Vuagnat et Maret-Cogeval, 1996, p. 359).

Quant à elle, la représentation de soi se situe au centre de la vie psychique, affective et sociale d'un sujet, elle est comme sa carte d'identité psychique, elle enveloppe la personnalité. Elle est soutenue et entretenue par les images du corps et le schéma corporel. Ainsi le schéma corporel et les images du corps fournissent une matière à l'identité psychique pour se représenter elle-même comme le fruit d'une triple interaction forcément complexe : interaction avec soi-même, avec autrui et avec l'environnement physique (Claudon et al., 2012).

Alors qu'entendre par « se représenter » ou par « représentation de soi » ?

Se représenter, c'est présenter aux sens et à la conscience de façon concrète l'image d'une chose irréaliste, absente ou impossible à percevoir directement. Pour Vuagnat (1996), c'est à la fois la présence actuelle et sensible mais aussi le remplacement d'une personne ou d'une chose par un représentant. Dans ce sens, « représentation » est prise au sens de capacités représentationnelles, graphomotrices. Ainsi la représentation de soi, traduit l'idée de dessiner sa propre personne, qu'on ne voit pas, qu'on ne regarde pas dans un miroir pour tenter de « se recopier ». Ainsi, c'est traduire en dessin ce que l'on pense que l'on est et comment on imagine être, dans un mouvement qui allie à la fois présence et absence, matérialité et immatérialité.

L'enfant va donc se dessiner tel qu'il pense qu'il est et donc tel qu'il pense, aussi qu'on le voit. Pour Perron (1964), c'est lui faire expliciter (à l'enfant), dans une situation de test ou de dialogue, des éléments (conscients ou préconscients) de description de lui-même : c'est-à-dire d'obtenir qu'il

brosse de lui-même un portrait. Pour que ces autoportraits soient cohérents et significatifs, il est nécessaire de s'adresser à des sujets qui disposent d'un minimum de capacité d'élaboration et de communication verbales (tant pour la compréhension de la consigne que pour l'expression de jugements sur soi) et de représentation abstraite.

Pour moi, la représentation de soi va donc être prise dans le sens de l'autoportrait dessiné et non dans le sens qui lui est souvent donné de conscience de soi. C'est ainsi l'image que le sujet a de lui-même, l'image qu'il se fait de son corps et comment il la dessine.

II.2.2. Se dessiner, image et représentation de soi,

Pour Nasio (2007), l'image est le double fidèle ou ressemblant d'un être ou d'une chose, c'est aussi le double réfléchi d'un être ou d'une chose dans une surface polie (image visuelle, image spéculaire) et le double imprimé dans la conscience lorsqu'une sensation est ressentie et compte affectivement pour nous (image mentale consciente). C'est le double imprimé dans l'inconscient qui naît d'une sensation intense dans la relation sensuelle avec la mère (image mentale inconsciente). L'image est encore le double cinétique d'une émotion ou le double nominatif qui désigne une particularité du corps. Pour lui, l'image est toujours le double de quelque chose.

Pour Corraze (1973), le mot image est la représentation et l'impression des choses dans l'esprit. C'est le surgissement dans l'esprit de l'objet qu'elle désigne sous une forme visible, audible, tangible (idée d'une image mentale). C'est aussi l'idée que l'image est saisissable par un autre que le sujet, d'où l'intérêt du dessin, en dehors de toute afférence et de toute sensation présente capable de la produire.

Comment pourrait-on, ceci ayant été dit, définir l'image que le sujet se fait de lui-même, comme image de soi ?

Se dessiner va donc être le fait de produire une image de soi, qui double et dédouble dans le même temps le sujet dans le sens où cette image de lui est distincte de lui et peut-être tenue par celui qui reçoit le dessin. Comme le dit Moutet (2004) « l'on n'a pas besoin de se voir pour avoir une image de soi ». Ainsi, le dessin nous sert-il ici de moyen d'appréhension de l'image que le sujet se fait de lui-même. C'est l'identité subjective de l'enfant, ancrée dans le corps de sensations, qui va se projeter en dessin dans l'actuel de la séance (Garcia-Fons, 2002 ; Joly, 2006).

Les notions de représentations de soi et d'image du corps permettent de saisir les rapports complexes existant entre, d'une part, le corps tel qu'il est vu et appréhendé par l'extérieur (les relations sociales et familiales, le médecin, les soignants, le pese-personne...), et, d'autre part, le corps tel qu'il est conçu « du point de vue du sujet » tout au long de ses expériences de vie.

La représentation de soi, c'est l'idée que l'on se fait de soi. Pour moi, ici, je ne prends cette notion que sous l'angle du graphisme au sens où comment l'enfant se représente pour se donner à voir comme image, et non au sens large de ce qu'il peut dire de lui comme Verrier(1997) a pu l'étudier chez une cohorte d'enfant

Je restreins cette notion à l'image que l'enfant se fait de son corps et comment il peut le dessiner pour qu'autrui puisse en avoir un aperçu en sachant que pour plusieurs raisons, le dessin ne rendra jamais parfaitement ce que l'enfant désire représenter. C'est son aspect de trace de soi qui m'intéresse (Vinay, 2011).

Cependant, ce que le dessin permettra de faire émerger c'est certainement tout ce qui porte l'image du corps de l'enfant, c'est-à-dire ses ressentis et ses affects, ses pulsions... qui prennent visage grâce au support dessin.

C'est ici que l'enjeu de la visagification, dans et par le dessin, se loge.

II.3. LA VISAGEIFICATION

La *Visagéification* est un concept récent issu du monde cinématographique. Le précurseur en est Gilles Deleuze²⁴ un philosophe français. Les termes « visagéité » et « visagéification » apparaissent dans son œuvre « Capitalisme et Schizophrénie 2 : Mille plateaux » publiée en 1980 au chapitre 7 intitulé « Année zéro. Visagéité ». Cependant, aucune définition exacte des termes qui m'intéresse n'y est explicitée. Il y évoque la question du visage sous un angle philosophique en lien avec l'univers du cinéma (Deleuze et Guattari, 1980). Ces notions sont actuellement reprises par divers auteurs qui travaillent sur la question du visage soit en tant que production sociale, au-delà d'être une zone géographique et anatomique du corps humain, soit en tant que fonction donc dans une dimension psychanalytique. Ainsi se dégage progressivement une définition qui fait peu à peu consensus.

Ainsi donc, la *Visagéification* témoigne à la fois de la place et de la fonction du visage en psychanalyse, et d'autre part du « prendre visage ». De plus en plus de travaux existent dans l'articulation autour de ce concept, sous-tendu d'un point de vue psychanalytique par un mouvement d'actualisation de la clinique car le *Visage* n'a pas été au centre des travaux freudiens. Les prémisses de l'intérêt du visage pour la psyché se retrouvent notamment dans les écrits winnicottiens quand il parle du visage de la mère comme premier miroir de l'enfant.

En effet, Winnicott (1996) théorise l'importance du visage de la mère « *Le visage de la mère et tous les traits qui l'accompagnent expriment les premiers linéaments qui permettent à l'enfant de se réfléchir, d'organiser sa propre reconnaissance* ». Dans le même ordre d'idée, Bidaud²⁵ a élaboré une articulation entre visage maternel, Stade du miroir, image spéculaire et visagéification (Bidaud, 2014, p. 19).

En quoi, ce concept, encore en élaboration, est-il d'un apport quelconque pour ma recherche ?

²⁴ **Gilles Deleuze** est un philosophe français né à Paris le 18 janvier 1925 où il est mort le 4 novembre 1995. Des années 1960 jusqu'à sa mort, Deleuze écrit de nombreuses œuvres philosophiques très influentes, notamment sur la philosophie elle-même, la littérature, le cinéma et la peinture.

²⁵ Eric Bidaud est maître de conférence HDR en psychopathologie clinique à l'Université Paris-13 Sorbonne Paris Cité (SPC), laboratoire UTRPP (Unité Transversale de recherche psychogénèse et psychopathologie, EA 4403), psychologue clinicien, psychanalyste.

Réfléchissant à la place et à l'apport du dessin chez les enfants effractés en chirurgie et particulièrement la représentation de soi, j'en suis venue à m'intéresser à la question de la souffrance et de la douleur. Dans l'ouvrage de Morasz sur « Prendre en charge la souffrance à l'hôpital » (Morasz, 2003), un des chapitres porte sur les visages de la souffrance à l'hôpital. Cette application de la notion de visage, sortie de son contexte anatomique et structurel pour être associé à la souffrance et à la douleur, m'a questionné.

En y réfléchissant, j'ai pris le pari de penser que cette notion de visage pouvait aussi s'appliquer au dessin que les enfants faisaient d'eux, de leur expérience et de leur vécu de la chirurgie. Ainsi, à la suite de Morasz, dans mon travail, quand j'emploierai le terme visage, je désignerai de façon générale ce qui se donne à voir et non la face-visage comme zone géographique du corps. J'évoquerai donc le visage-image.

De plus, reprenant le concept de visagéification tel qu'inauguré par Deleuze et approfondi par Bidaud, je l'applique au fait que la souffrance s'exprime via le dessin et se donne à voir. J'appelle la visagéification le processus qui permet à la souffrance de l'enfant de prendre visage, de se donner à voir et d'être vu car la constitution du visage permet de soutenir le rapport à l'autre (Morasz, 2003).

II.3.1. La visagéification, un concept émergent

II.3.1.1. Essai de définition

La visagéification, terme d'origine philosophique, est l'action de visagéfier, c'est le processus de donation d'un visage à une surface (Wiktionnaire, 2015).

Pour Deleuze, *la visagéification n'opère pas par ressemblance, mais par ordre des raisons* (Deleuze et Guattari, 1980, p. 209). Ainsi, convoquer la visagéification comme processus dynamique et mettant en scène la psyché du sujet doit répondre non au mimétisme, au comme si, mais à un fonctionnement et un raisonnement assez précis. Ce fonctionnement repose sur la fonction visage (je développerai plus loin cet aspect) qui visagéfie en permettant le « prendre visage ».

Ainsi en psychanalyse, la notion de « visagification » du sujet désigne ce jeu de découvrément-recouvrement/voilement-dévoilement du corps propre comme nécessaire médiation dans la rencontre des regards ou dans la rencontre de l'autre. (Bidaud, 2014, p. 26 ; Bidaud et Ouvry, 2008).

En somme la visagification est le processus dynamique qui permet à un objet ou à une surface quel(le) qu'il (elle) soit de prendre visage c'est-à-dire d'être le lieu de rencontre de regards, lieu de visibilisation, de mise en lumière ou en ombre de la psyché de l'individu.

Partant de là, que faut-il entendre par « visage » ?

II.3.1.2. Des visages

II.3.1.2.1. Le visage

Je pense qu'il importe ici de clarifier la notion de visage telle que je l'applique dans mon étude. Zone externe, le visage est la partie antérieure du crâne humain. Si visage, face et figure sont des synonymes, on accorde au visage une dimension qui s'étend au-delà de la face, portée par la pulsionnalité psychique.

Kaléidoscopique, le visage matérialise l'identité, les différences individuelles et l'affiliation au groupe. Portant l'altérité, en ce sens que la reconnaissance du visage, de l'avoir un visage comme de l'être un visage ouvre à la prise en compte de l'altérité portée par des sentiments de haine ou d'amour tout comme par bien d'autres identifications.

II.3.1.2.2. Au-delà de la face, une image faite de traits de visagité

Plus qu'une face, surface d'inscription reconnaissable et identifiable, le visage est une image sonore, tactile, vibrante et mouvante, elle porte les marques du temps et de l'histoire de l'individu comme matrice identificatoire. Au-delà d'être simplement la face, matérialisée par exemple dans la photo d'identité, il est production sociale, construction et acquisition, et il se dessine. C'est à partir du visage que peut se lire l'identité d'un sujet, identité qu'il cristallise par sa visibilité qui dit l'individualité de l'être selon Le Breton. Faisant référence à la subjectivité et au désir, le visage est une construction psychique alors que la face est morphologique et la figure fait référence à la représentation (Flahault, 2003 ; Le Breton, 2005).

Ainsi donc, avoir un visage, c'est en quelque sorte avoir une face identifiable, reconnaissable entre plusieurs avec ses traits, ses mimiques, ses expressions, sa composition (morphologie des yeux, du nez, de la bouche etc.). Lieu d'inscription caractérisable, le visage l'est également à la fois par le regard qui en émane et par la voix qui le fait vibrer, par la juxtaposition comme à la croisée des chemins du regard, de la voix et de l'expressivité.

Le visage apparaît donc comme une carte, une image que l'on peut lire et déchiffrer, ce qui le porte au-delà de la simple face plus en lien avec « surface plane », alors que visage fait « cartographie et relief » et je parlerai donc ici de visage-image par opposition au visage-face.

Cette caractéristique du visage a été énoncée par Deleuze.

Le visage est une surface : traits, lignes, rides du visage, visage long, carré, triangulaire, le visage est une carte, même s'il s'applique et s'enroule sur un volume, même s'il entoure et borde des cavités qui n'existent plus que comme trous. (Deleuze et Guattari, 1980, p. 208)

C'est en 1980, dans *Mille Plateaux* (Deleuze et Guattari, 1980), que le visage devient un concept opératoire associé à la notion de visagité, abordée sous l'angle d'une machine de visagité comme un « système mur blanc - trou noir », mur blanc de la signifiante, trou noir de la subjectivité. (Roelens, 2012)

Qu'est-ce à dire ? Qu'entendre par « mur blanc, trou noir » ?

Le visage construit le mur dont le signifiant a besoin pour rebondir, il constitue le mur du signifiant, le cadre ou l'écran. Le visage creuse le trou dont la subjectivation a besoin pour percer, il constitue le trou noir de la subjectivité comme conscience ou passion, la caméra, le troisième œil. (Deleuze et Guattari, 1980, p. 206)

Le visage fait mur par sa solidité (psychique). Surface, il fait miroir car regardé on regarde, vu on voit, reconnu on se reconnaît. Le visage comme concept psychanalytique s'appuie sur la formation de l'image spéculaire car c'est dans l'expérience du miroir (en référence au Stade du miroir théorisé par Lacan) portée par la reconnaissance de son image et dans un mouvement de nomination et d'identification que le sujet prend conscience de lui et de son image. Visagéifié par le miroir, le sujet en acquiert un visage. Lequel a un contour sous lequel il est unité réfléchissante et réfléchi donc miroir et mur traversés par du signifiant.

La mise en visage passe par une mise en mot, une mise en forme, une mise en coupe signifiante, ce qui sous-tend le rapport de l'individu au monde dans le champ scopique.

Dans cette opération de familiarisation de l'objet, par un processus de mise en forme, s'opère une mise en visage qui produit une image.

Le visage s'appuie donc sur un fonctionnement scopique mais aussi scripturaire car il est fait de traits. Pour Masson (2014), le visage est à la fois une carte mémoire et une écriture du singulier. Pour Lehnebach (1982), les traits de visagité sont à la fois des mouvements statiques et virtuels qui parcourent un visage en constituant une échelle intensive (faite de niveaux d'intensité différents). Dispersés, ces traits sont contenus dans un contour qui les unifie et permet de qualifier le visage. Ainsi, le visage porte les traits de visagité qui sont discontinus, en mouvement contenu, enveloppés dans une ligne-contour. Le visage est ainsi portrait. Et un portrait est toujours un visage de temps, un visage pris au temps (Masson, 2014, p. 128). Le facteur temps intervient ici et laisse entendre que le visage porte les traits du temps qu'il soit passé ou présent et donne une idée du temps futur. Cela me fait penser au logiciel informatique qui permette à partir d'une ancienne photo de prévoir le visage futur.

Deux pôles vont se dégager dans l'avènement d'un visage : la co-existence corrélatrice de traits en mouvement et d'une ligne-contour. Ainsi on pourra parler de visagification d'une chose à chaque fois, que pour cette chose, coexisteront ces deux pôles, l'un renvoyant à l'autre. Malgré la ligne contour qui enveloppe, les mouvements font entrevoir qu'il y a un possible débordement de la forme. On peut aussi considérer que le visage est aussi ce qui déborde la forme et invite à saisir ce qui échappe. Ainsi le visage entendu comme face dans le dessin est ce qui se voit hors dessin, qui se donne à voir hors le style graphique et les limites de la feuille. Ceci, en appui justement sur ce qui existent dans et sur la feuille.

Le visage est donc image car « *l'image a un passé et un avenir et se donne à penser dans le temps. Elle est image de la pensée qui nous projette dans le temps.* » (Masson, 2014)

Les épaisseurs, les mouvements, les traits, l'intensité, le visible et l'invisible, le tangible et l'abstrait mobilisent le désir et sollicitent les temporalités mises en jeu dans le visage-image ce qui ouvre à une redynamisation des différents processus psychiques chez l'individu via la visagification.

Porter par le temps, le « visage » a donc plusieurs fonctions rassemblées dans la fonction « visage ».

II.3.1.3. La fonction « visage »

Il convient ici de dialectiser les fonctions du visage et la fonction « visage ».

Pour Roelens(2012, p. 8), le visage a trois fonctions majeures : l'individuation, la socialisation, la communication. C'est ce que nous avons évoqué en disant que le visage portait l'identité, qu'il était production sociale et que ces caractéristiques scopiques et scripturaires mettaient le sujet en relation avec le monde.

La fonction de visage fait référence à la pulsionnalité liée aux fantasmes (et à leur articulation), mais aussi aux interrelations, marquées par l'ipséité et à la mêmeté, le fonctionnement psychique du sujet et l'intersubjectivité et leurs rapports et à l'affectivité mobilisées par la face humaine. Cette fonction est aussi sous-tendue par l'attrait et les intérêts que l'on porte au regard d'autrui, à la question de l'identité et de la permanence tout comme à celle de la construction identitaire et de la construction de l'autre (Deleuze et Guattari, 1980 ; Demeule, 2014 ; Douville, 2014 ; Mullet-Blum, 2014).

Par-delà de la face, c'est la dimension symbolique du visage comme effet de rencontre corrélé à la matrice identitaire, et perçue dans sa double perspective de visage physique et psychique, qui est convoquée dans la fonction visage. Cette fonction s'articule autour de trois temps qui s'érige grâce au regard : primo, le sujet est regardé de partout (Tout et tous regarde le sujet-bébé, notamment la mère dont le visage est la matrice d'où la fonction visage tire sa source), secundo celui-ci voit et peut poser son regard en le fixant sur un point, et tertio, dans ce qu'il va projeter sur ce point va s'originer le visage reconnu et vu, visage en face qui le regarde lui, sujet regardant (Demeule, 2014). L'accession du visage soutient la dimension humaine par le regard, ce qui permet la mise en consistance du corps et l'imaginarisation du réel.

Le visage est donc complexe (complexité liée au désir reconnu ou non, assumé ou non et au couple pulsion-fantasme) et peut tendre à se complexifier de par toute l'économie psychique que sa mise en jeu tout comme sa mise en signifiante mobilise. Prendre visage est donc un processus important qui humanise en donnant forme, consistance et contenu à l'objet qui se visagéifie ou au sujet qui s'envisage dans un process dynamique de visagéification.

II.3.2. Des « visages » en chirurgie, application du concept de visagification

Comme évoqué en début de chapitre, c'est suite à la lecture de l'œuvre de Morasz (2003) que l'idée de visages en chirurgie comme potentiel objet de recherche a été possible.

Morasz met en exergue deux visages en chirurgie : la douleur et la souffrance. Il fait une distinction entre les deux, d'autant que, dans l'entendement commun, ces notions sont superposables. La souffrance est d'ordre psychique et la douleur est du registre du physique car la douleur est perçue comme une sensation concrète que l'on sent directement dans le corps tandis que la souffrance porte une forte charge émotionnelle. Le terme « douleur » fera donc référence à la part objective de la souffrance dont la terminologie sera réservée à la part subjective.

Il n'est pas possible de maintenir cette distinction longtemps, car il existe un continuum entre les deux : toute douleur comporte une bonne part de souffrance physiologique et toute souffrance finit par avoir un retentissement sur le corps.

Ce complexe douleur-souffrance subi une double modulation : en interne, il est modulé par la sensibilité individuelle, les émotions et le fonctionnement psychique et en externe, par l'environnement socio-culturel ou familial, la religion... De fait, les modalités d'expression du couple douleur-souffrance vont fluctuer.

Douleur-souffrance agissent comme effet de rencontre, lieu d'identification du fait de la singularité de leur modalité expressive propre au sujet, moyen de communication et de mise en relation avec l'autre car ils sollicitent, chez l'autre, des imagos ancrés dans l'empreinte psycho-émotionnelle d'un vécu identique. Ainsi douleur-souffrance font visage ou plutôt prennent visage car coexistent des traits en mouvement (traits de visagité) soit tout ce qui va faire l'individualité de leurs capacités expressives par la mise en œuvre d'une série intensive, et une ligne contour matérialisée par le corps porteur de la douleur.

Ainsi donc, douleur et souffrance prennent et sont visages en chirurgie car *un visage c'est la complémentarité d'une unité réfléchissante et réfléchie, et de micro-mouvements qui déterminent une intensité...*(Lehnebach, 1982).

Douleur-souffrance agissent même notamment, en nous renvoyant à nos propres douleurs, à nos expériences de souffrance et nous projetons nos ressentis sur celui qui est porteur de la souffrance sollicitant ainsi le transfert dans les soins.

Dès lors que nous convenons que la notion de visage peut s'appliquer au couple douleur-souffrance, l'énigme de leur visagification peut se poser et s'élucider.

Dans le sillage de douleur-souffrance qui se visagéifie, il apparaît aussi clairement que la visagéification peut s'envisager comme processus en cours dans le dessin.

II.3.3. La question du regard comme préliminaire à la visagéification

Comme j'ai essayé de le montrer, la visagéification ramène à l'importance et à la place du regard car la possibilité de se visagéifier suppose qu'un regard a été donné et reçu et, qu'ainsi un visage soit advenu dans un échange de regards portés par la pulsion, les fantasmes et le désir.

J'ai précédemment évoqué l'image spéculaire, image du sujet qui naît dans le miroir. Cette image « spéculaire » peut aussi émerger du regard de l'autre car en se regardant, dans le regard de l'autre, l'enfant se voit et perçoit son image. Le regard dans lequel l'enfant va chercher à se voir est autant le regard parental que celui du chirurgien. Cette image spéculaire lui permet d'accéder au « Je » et de prendre conscience de son corps.

Ainsi le corps prend-il consistance dans cet échange, à partir du regard. C'est dans ce même mouvement que le visage va se construire comme capture signifiante, lieu de rencontre de regard qui authentifie les porteurs de regards, les regardants, comme existants et comme personnes présentifiées et dotées d'un nom (Roelens, 2012). Le regard a ici une valeur phallique associée aux pulsions orales, invocantes et d'emprise. En se posant sur l'autre, le regard le capte comme objet de désir, le parle et s'en saisit ou plutôt le prend et l'incorpore dans une objectalisation de cet autre pour se l'approprier et en tenir compte. Le regard fait donc du visage de l'autre un lieu potentiel d'emprise par la découverte de soi à travers le regard de l'autre et d'appel de soi à travers cette prise du visage de l'autre, auquel la parole est associée. En prenant le visage, en possédant le soi de l'autre, le sujet lui donne aussi de son soi (Demeule, 2014)

Le voir et l'être vu, process de la circulation des regards, fonde le visage et permet la visagéification dans toute les situations de désobjectivation. On pourrait ainsi penser que « redonner visage » à une personne serait une manière de lui redonner prestance et dignité, lui offrir la possibilité d'être à nouveau compter au rang des humains, en rehaussant sa dignité, échue par la maladie, la souffrance ou toute cause d'effraction corporelle.

Deleuze a fait du visage un point majeur de croisement entre signifiante et subjectivation, à travers les concepts de visagité et de visagéification. Retenons que le visage est, selon lui, un principe de

mise en forme, de codage, de combinaison et d'organisation des traits, doublage en image de ce que la langue porte de particularismes catégoriels. Il permet au sujet qui regarde d'interpréter, de donner sens, à partir des représentations individuelles et collectives qu'il a peu à peu engrangées. L'ordonnement symbolique de la visagéification deleuzienne, centrée sur un jeu d'oppositions binaires et de désignation, apparaît comme un moyen de repérer sa place au sein d'un système social.

Le visage comme le dessin construit ainsi le mur dont le signifiant a besoin pour rebondir. Dans le visage se trouve le point de ce qui pulse pour le sujet, le point d'enracinement dans le réel. Le dessin joue une fonction similaire.

Le cadre théorique est posé : la fracture en tant que traumatisme orthopédique fait trauma par son effraction psycho-corporelle, engendrant douleur et souffrance qui prennent visage. Visagéification dans les soins que le dessin peu éventuellement contribuer à révéler.

Quelles hypothèses formulées pour aller plus loin dans la recherche ?

CHAPITRE III. HYPOTHESES

La littérature a montré que l'état psychique des enfants victimes d'un accident (traumatisme physique entraînant une effraction corporelle), était marqué par une symptomatologie variée : anxiété, détresse psychologique réactionnelle, effondrement narcissique, dépression, pathologie du lien et de la parentalité. Lorsqu'ils sont hospitalisés en chirurgie pédiatrique pour des fractures, les enfants sont souvent en proie à une grande angoisse. Ces perturbations peuvent se traduire dans les dessins, notamment dans le dessin de la personne humaine et dans la représentation de soi.

Devant ce constat, une question de recherche a émergé : « **la représentation picturale de soi, chez les enfants ayant subi des traumatismes orthopédiques, permet-elle la visagéification de la souffrance ?** »

Pour y répondre, il faut analyser :

- d'une part l'image que se fait le sujet de son corps et comment il se le représente à travers le dessin de lui-même (soit la représentation que le sujet a de son corps quand celui-ci, après une fracture ayant agi comme effraction psycho-corporelle, reçoit des soins chirurgicaux),
- et d'autre part comment son vécu psychologique et sa souffrance se visagéfient dans le dessin.

Devant les désordres potentiels, faut-il en rester là ? Non, car l'expérience de terrain qui a suscité cette recherche a fait éclore une question subsidiaire quant au rôle du psychiste. Ainsi, le rôle de celui-ci, comme agent catalyseur de ce processus d'élaboration de l'impact psychique de la fracture chez l'enfant dans le système de soin en chirurgie pédiatrique, sera appréhendé secondairement.

Quelles hypothèses pouvons-nous formuler ?

Ma première hypothèse porte sur le lien entre l'effraction et les images que l'enfant se fait de son corps :

Hypothèse.1. Quand l'enfant est soumis à une chirurgie lourde ou à de multiples opérations dans les cas de fractures (traumatismes physiques orthopédiques), il s'en suit une modification de l'image que le sujet a de son corps, sans lien avec la gravité de la pathologie chirurgicale, comme on peut l'envisager dans le versant anatomique du schéma corporel et d'une perte de l'identité du sujet qui se traduit dans la représentation de soi. Ainsi pourrait-on observer dans la représentation que l'enfant fait de son corps une modification des proportionnalités du corps avec une dysharmonie de celui-ci.

Dessiner son corps va permettre à l'enfant d'exprimer son vécu corporel impacté par la fracture et son retentissement psychique, en les projetant sur le support papier. Le dessin est ici un médium qui permet l'expressivité du vécu psychologique, de la douleur et de la souffrance.

Ainsi, j'émetts la deuxième hypothèse :

Hypothèse.2. En considérant la feuille destinée au dessin comme une surface d'inscription qui va prendre visage, par la représentation de soi, et soumettre au regard de l'Autre (surface d'inscription du rapport à l'autre dans le regard) et de l'enfant, une figure de la douleur physique/psychique, dessiner peut s'envisager comme processus de visagéification de la souffrance.

Cette mise en scène de la souffrance de l'enfant, au travers de la représentation de soi à des temps différents, sur le théâtre de la feuille blanche permet de mettre en sens le traumatisme subi par l'enfant. Pour favoriser ce processus, l'accompagnement et l'étayage de l'enfant par le psychiste est important. Il permet une restauration de l'image de soi et une digestion du traumatisme psychique.

La rencontre de deux regards (celui de l'enfant et celui du psy) qui convergent pour se rejoindre et scruter la représentation picturale du soi confrontée à la chirurgie, se produit en même temps que la rencontre de deux visages dans la co-construction du visage de l'expérience traumatique et de ses répercussions psychiques.

De ceci découle la troisième hypothèse :

Hypothèse.3. Dans l'expérience traumatique que vit ou a vécu l'enfant, l'étayage du psychiste permet d'une part une élaboration psychique et une mise en sens de l'effraction même dans l'après-coup et d'autre part, la confrontation de son regard avec celui de l'enfant autour du dessin est un moyen pour ce dernier de reprendre contrôle sur une perte de soi, lié à l'effraction corporelle.

Ces hypothèses visent une réponse à la question principale. Pour les confirmer ou les infirmer, une méthodologie a été pensée. Cette méthodologie s'est construite suite à une rencontre initiale avec une adolescente polyfracturée, admise en chirurgie pédiatrique à Abidjan. Elle a représenté le cas initial.

CHAPITRE IV. METHODOLOGIE

C'est de la rencontre avec une adolescente hospitalisée en chirurgie pédiatrique à Abidjan, qu'est née l'idée de s'intéresser à cette question.

IV.1. POPULATION

Cette adolescente, je l'appelle Hinda est burkinabée, âgée de 17ans. Elle a été déscolarisée au CE2.

Après elle, j'ai eu des entretiens avec Ibrahim (garçon, ivoirien, 10 ans, CE2), Hassan (garçon, ivoirien, 9ans, CM1) et Rodrigue (garçon, français, 15ans, 2^{nde}). Ces prénoms sont fictifs pour préserver l'anonymat des sujets.

Ma population d'étude est donc constituée de 3 sujets principaux (les cas ivoiriens) et d'un 4^{ème} sujet qui me servira à approfondir certaines questions.

Ibrahim et Hassan sont deux enfants ivoiriens rencontrés par l'intermédiaire du Pr Moh Nicolas qui était leur chirurgien référent.

Le dernier sujet, un adolescent français, a été recruté par l'intermédiaire d'une doctorante de notre laboratoire de recherche.

Pourquoi un sujet français dans mon étude ?

Face aux différentes problématiques qui avaient émergé de l'analyse des cas ivoiriens, j'ai voulu savoir si des enfants soignés dans de meilleures conditions auraient un meilleur vécu de leur corps. J'ai pensé que les résultats que je pouvais obtenir chez les sujets ivoiriens étaient en partie liés à la qualité des soins (négativement influencés par les difficultés du système sanitaire ivoirien et par la précarité). En comparant ce que j'observais avec le cas d'un enfant vivant en France et qui aurait reçu de très bons soins, je cherche à savoir d'une part si la qualité des soins aura une influence positive sur le vécu du traumatisme et de l'acte chirurgical et d'autre part si, dans des conditions idéales, la réparation physique s'accompagnerait d'une réelle réparation psychique. Cela ne m'est pas apparu d'emblée évident alors le 4^{ème} cas (français) me servira uniquement à argumenter la discussion²⁶.

²⁶ Initialement, je souhaitais faire une comparaison plus importante de l'effraction et de l'impact des soins entre sujets ivoiriens et sujets français, c'est ce qui a motivé le stage que j'ai effectué (voir note n°10, p27).

Le consentement éclairé de chaque participant a été requis et l'accord oral des parents a été obtenu.

IV.2. MATERIEL ET METHODE

Dans une démarche psychanalytique, la méthodologie de la recherche s'est donc affinée suite aux entretiens que j'ai eus avec le premier sujet.

IV.2.1. Matériel et outils

Dans la réalisation des dessins, les enfants disposaient du matériel suivant pour répondre à la tâche :

- Un crayon et une gomme
- Une feuille blanche de format A4 présentée horizontalement aux participants,
- 12 crayons de couleurs
- et de 12 feutres.

La grille d'entretien semi-structuré élaboré dans le cadre de la recherche permettait d'une part de recueillir le vécu et le ressenti de la pathologie, de la chirurgie et de l'opération et comment le sujet se projetait dans l'avenir et d'autre part de recueillir les commentaires de l'enfant sur son dessin.

Enfin, à distance, le rapport de l'enfant au chirurgien (un dessin a parfois été demandé sur ce thème) et sa place éventuelle dans le dispositif de soin ont été analysés (notamment concernant les patients vus à Abidjan où une place m'a été accordée dans l'équipe soignante).

Malheureusement, la durée de séjour des patients victimes de traumatismes orthopédiques était limitée à 3 jours et je n'ai jamais réellement eu le temps de déployer mes investigations. Je rencontrais souvent les enfants après l'opération. La douleur et l'inconfort était tels qu'aucun entretien n'était possible et le lendemain, ils étaient partis.

IV.2.2.Méthodologie

La richesse de nos échanges et des productions graphiques m'a permis de mettre en œuvre une méthodologie plus précise reposant sur :

1. Le premier entretien est mené afin de recueillir d'une part des informations sociodémographiques et médicochirurgicales et d'autre part d'aborder le vécu de la fracture et de la chirurgie. A la suite de l'entretien, l'enfant réalise le dessin du bonhomme avec pour consigne « *dessine un bonhomme, le plus beau que tu peux* ». Le dessin du bonhomme réalisé servira de bonhomme de référence, témoin et reflet de la connaissance qu'avait l'enfant de son schéma corporel.

Dans l'éventail des outils permettant d'approcher le schéma corporel, il existe l'Epreuve de schéma corporel révisée (CORP-R) 1966 de Meljac C., Bergès J., Stambak M. (1966) Meljac C., Fauconnier E., Scalabrini J. (2010) de l'ECPA²⁷, mais aussi le dessin du bonhomme.

Le dessin du bonhomme est l'outil de référence dans l'évaluation du schéma corporel (Davido, 1976; Royer, 2011; H. Wallon & Lurçat, 1987), c'est pour cela que nous l'avons inclus dans la recherche.

La réalisation de ce test simple de dessin donne un aperçu de la conscience qu'à l'enfant de son schéma corporel. En effet, dessiner un bonhomme suppose que l'enfant connaît les différentes parties du corps. La sollicitation n'incluant pas une charge affective, on peut facilement appréhender l'intégration du schéma corporel de l'enfant qui a subi ou vécu une fracture orthopédique. Cette production sera ensuite comparée à la représentation que l'enfant pourrait faire de lui-même et de son corps, représentation chargée d'affectivité et d'émotion en lien avec le vécu de l'effraction corporelle. Cette comparaison permettra de mesurer l'impact de l'effraction psychocorporelle sur la représentation de soi.

2. Le deuxième entretien évalue les ressentis du patient et il est suivi du test des trois dessins modifié. La consigne était « *dessine-toi avant, pendant et après ton accident* ». Les dessins étaient réalisés sur trois feuilles différentes.

²⁷ Ce test, standardisé et validé, fait appel à des données psychométriques et nécessite un grand échantillon de sujet pour avoir de la valeur. Bien qu'ayant connaissance de son existence, je ne l'ai pas utilisé car il ne correspondait pas à l'orientation psychopathologique de ma recherche qui se voulait au plus près du sujet humain.

Dans la prise en charge des situations de traumatisme (notamment dans les guerres), le dessin s'est révélé un médium de choix car « *il condense un matériel pulsionnel intense, il est un témoignage identitaire du soi, un filtre moïque et narcissique entre l'enfant et le monde extérieur* » (Romano, 2010).

Une technique, sur laquelle je me suis appuyée et que j'ai adaptée, a fait ses preuves dans ce domaine : le **test des trois dessins** (Coq & Cremniter, 2004; Giordano, 2012; Romano, 2010).

La consigne initiale étant de représenter sa vie ou sa maison avant, pendant et après la guerre. Je l'ai réaménagé en demandant aux sujets de se dessiner avant, pendant et après leur fracture ou leur accident. La surface picturale, ponctuée à la demande du psychiste, va permettre la mise en lumière et l'expressivité d'un triptyque dit classique : un avant, un pendant et un après l'accident qui a entraîné la fracture.

Ainsi le triptyque pictural va-t-il s'articuler autour de trois temps :

- Le temps 1, l'avant, comme témoin du quotidien, d'un état (antérieur), d'une disposition. L'enfant peut donner la perception qu'il avait de son corps sain.
- Le temps 2, le pendant, mettant en lumière l'effraction, un autre réel, une désorganisation, un trauma
- Et le temps 3, l'après (après la fracture, après l'accident) qui devrait refléter l'acceptation (ou non), la réparation (ou non), la réorganisation. Ce temps permet d'envisager les projections de l'enfant dans l'avenir et comment il entraperçoit une guérison potentielle, il fait référence à l'imaginaire.

3. Si le temps le permettait au deuxième entretien ou alors au cours du troisième entretien un dernier dessin « *dessine-toi comme tu te vois aujourd'hui* » était demandé.

Avant chaque entretien, un dessin libre était proposé afin de permettre une mise en train du sujet. Ces dessins réalisés sans consigne ne sont pas pris en compte dans la recherche actuelle sauf celui de Rodrigue à cause de sa particularité.

Ils prenaient le temps qu'il voulait pour réaliser le dessin selon la consigne (qui dépendait de l'étape). Un entretien permettait d'explicitier la production et de conclure la séance de dessin.

IV.2.3. Recueil et analyse des données

Le matériel (contenus d'entretien et dessins) a été recueilli au fur et à mesure de mes rencontres avec les enfants qui ont accepté de participer à l'étude. Les entretiens ont duré en moyenne entre 45 et 60 minutes.

L'analyse des dessins a été réalisée avec le concours d'une psychologue ivoirienne Dr Yapi L. (qui a été ma tutrice psychique tout au long de ce travail) et Mme Tanoh D.E. psychologue de formation mais ayant une fonction de conseillère d'orientation au Centre de Guidance Infantile où je travaille comme pédopsychiatre.

Une analyse psychopathologique à orientation psychanalytique a ensuite été élaborée à partir de l'étude des dessins et des entretiens.

Les thèmes principaux autour desquels je bâtirai ma réflexion porteront sur l'effraction psychocorporelle et ses répercussions sur le schéma corporel et l'image de soi, sur la visagification de la souffrance en chirurgie infantile et sur la rencontre potentielle de trois regards : celui du sujet, celui du chirurgien et le mien. Des concepts clés de la psychanalyse comme le narcissisme, la castration et l'identification ont été la trame de fond de ces analyses. J'ai ensuite réfléchi à une théorie du soin en étayage sur la littérature médicale et psychanalytique.

IV.3. LIMITES DE L'ETUDE

La limite majeure de cette recherche doctorale a ici été représentée par l'orientation psychologique et psychanalytique du travail alors que ma formation initiale est médicale et psychiatrique. Un long cheminement, que j'ai évoqué au début, a permis progressivement de contourner l'obstacle majeur, de lever les biais de compréhension et en changeant de position d'asseoir enfin véritablement cette recherche. Le cloisonnement des disciplines est une autre limite car chacune s'isole dans une vision du patient sans confrontation des regards ni des approches.

Je ne peux que recommander à des médecins, qu'ils soient psychiatres ou non, de prendre garde en voulant faire une thèse en psychologie. Le défi est grand mais non insurmontable. Le prix à payer sera une introspection et une quête intérieure parfois éprouvante, mais le jeu en vaut la chandelle. Accepter cette épreuve peut se révéler source d'une véritable exaltation et d'une découverte de soi.

Le cadre théorique de la recherche, les hypothèses et la méthodologie ainsi posés, la suite du travail va s'articuler autour de la présentation des différents cas cliniques de leur abord psychopathologique à l'analyse des productions graphiques et de l'approche discursive des hypothèses formulées. J'argumenterai certains aspects de la discussion en m'appuyant sur les données issues de l'analyse du cas de Rodrigue qui sera présenté en annexe.

PARTIE 2 :

AU COMMENCEMENT ETAIT

HINDA...

PUIS VIRENT LES AUTRES

La première partie de ce travail a permis de poser le cadre théorique et d'évoquer les hypothèses qui guident la recherche. A partir de différents tableaux cliniques d'enfants et d'adolescents qui ont eu des accidents avec traumatismes orthopédiques, les problématiques en présence et les différentes psychopathologies, ainsi que les effets désorganisant du traumatisme orthopédique et des soins en chirurgie pédiatrique seront exposés. Les réflexions sur le vécu de pathologie, les mouvements psychiques en présence, sur la prise en charge menée et les outils de médiations utilisés, nous permettront d'aborder les notions de représentation de soi et de visagification pour penser un soin particulier aux enfants dans ces situations cliniques.

CHAPITRE V. L'HISTOIRE D'UNE JAMBE QUI, NE VOULANT PAS MOURIR, FAISAIT PERDRE FACE²⁸

V.1. IL ETAIT UNE FOIS...

V.1.1. Le 16 février 2012, j'ai rencontré Hinda

Elle est hospitalisée depuis un mois pour un polytraumatisme du membre inférieur droit survenu suite à un accident de la voie publique. Cette entrevue a lieu à la demande du chirurgien et, elle est motivée par une agitation psychomotrice de survenue progressive en cours d'hospitalisation. Le tableau clinique est dominé par des cris, des rires tonitruants, une dénudation et une insomnie.

Agée de 17 ans, Hinda, adolescente d'origine burkinabè, est la 2^{ème} d'une fratrie de six (6), dont elle est la première fille. L'on verra par la suite l'importance de ces rangs, places et fonctions lui échouant. Hinda a, pour tout bagage intellectuel, le niveau scolaire du cours élémentaire première année (CE1). Elle se contente donc d'être vendeuse dans un restaurant de la place. Ses parents la décrivent comme une personne vivace et téméraire.

L'histoire de la maladie révèle qu'au cours d'une virée nocturne, elle et son compagnon ont eu un accident de moto.

²⁸ J'ai publié un article (Bissouma et al., 2014) sur ce cas clinique intitulé « Illusions parentales et violences chirurgicales autour de la jambe fracturée d'une adolescente » dans une revue scientifique ivoirienne (Afrique Biomédicale, 2014, vol. 19, n°4, 115-124)

Reçue au CHU de Treichville, elle est rapidement transférée au CHU de Cocody²⁹ pour une meilleure prise en charge.

Au niveau chirurgical, devant l'atteinte sévère et le pronostic fonctionnel sombre du fait de l'importante perte de substance osseuse et des parties molles, l'équipe soignante du Service de chirurgie pédiatrique du CHU de Cocody (Abidjan, Côte d'Ivoire) s'entretient avec les parents sur la gravité des lésions et les possibilités thérapeutiques qui restent de réalisation difficile dans le contexte ivoirien³⁰.

Par la suite, elle est opérée trois fois³¹ et subit ainsi de nombreuses opérations réparatrices.

La première chirurgie a consisté en un parage encore appelé ostéosynthèse (il s'agit d'une fixation externe et embrochage centromédullaire élastique stable)³². Cependant, il va persister une pseudarthrose avec nécrose partielle du lambeau musculaire au foyer jambier.

Le deuxième acte a permis de réduire les fractures ouvertes du fémur et de la cheville droite. La viabilité de la jambe est régulièrement questionnée car les suites opératoires sont difficiles et l'évolution lente, le tiers inférieur de la jambe ne se reconstituant pas. Les chirurgiens tentent un *cross-leg*³³ sans succès.

Le troisième acte chirurgical, enfin, a consisté en un parage avec mise en place d'un spacer³⁴ aux antibiotiques et ostéosynthèse par fixateur externe du coup de pied droit et lambeau musculaire du soléaire, long fléchisseur du gros orteil et court péronier latéral pour combler provisoirement l'importante perte de substance osseuse au tiers distal de la jambe, en vue dans un autre temps d'une ostéosynthèse par greffon osseux.

Un mois après son admission et ces urgences chirurgicales, Hinda va présenter un syndrome maniaque pour lequel mon intervention est requise.

²⁹ Il existe en Côte d'Ivoire 4 CHU dont 3 sont localisés à Abidjan : au nord de la ville, dans la commune de Yopougon se trouve le CHU de Yopougon, au sud le CHU de Treichville (1^{er} établissement créé) et au centre, à Cocody, le CHU de Cocody

³⁰ Pourtant, au moment des faits, le CHU de Cocody est en proie à de nombreuses difficultés financières, structurelles et matérielles.

³¹ Les 17 et 25 janvier puis le 1^{er} février 2012

³² Les lambeaux musculaires de couverture de l'exposition osseuse ont permis la consolidation du foyer fracturaire au fémur

³³ Cross-leg : technique d'autogreffe qui a consisté à prélever des lambeaux cutanés prélevés sur la face médiale de la jambe et à les greffer sur l'autre jambe dont les parties musculaires ou cutanées ont été fortement endommagées. Les deux jambes sont maintenues ensemble une dizaine de jours.

³⁴ Spacer : c'est un ciment orthopédique contenant des antibiotiques

Immédiatement, j'observe qu'il y a, à l'évidence, des temporalités particulières qui se juxtaposent dans le parcours tant psycho-dynamique de Hinda que dans ses douloureuses épreuves post-chirurgicales.

La question du temps se pose à plusieurs niveaux et différemment pour les acteurs en présence :

- le temps du chirurgien qui vogue entre plusieurs situations urgentes, c'est celui de l'urgence mais qui, malheureusement, est trop souvent différée et reportée voir en suspend au gré des difficultés institutionnelles de l'établissement (CHU de Cocody). Cela impose parfois de reporter les actes par manque de disponibilité du bloc opératoire ;
- le temps du pédopsychiatre qui se donne bénévolement mais ponctuellement, temps qui est parfois hypersollicité ;
- le temps que Hinda perd, et qui s'étire en longueur, son temps et son espace figés par son accident ;
- le temps de la famille qui se doit de se régler sur celui des autres et de vivre ainsi suspendu.

Lors de l'examen psychiatrique, j'observe qu'elle présente un contact facile et ludique, une amnésie des événements avec des troubles du sommeil à type d'insomnie quasiment totale, une désinhibition avec dénudation, une logorrhée et une humeur expansive sans troubles perceptifs ni délire le tout faisant évoquer un accès maniaque. Ces troubles mnésiques s'accompagnent aussi d'une perte des repères biographiques. Ce corps psychique qui se délite et que nous tentons de contenir grâce à une attèle à la fois chimique (un traitement neuroleptique³⁵ est prescrit au vu de ce tableau maniaque, conséquence directe de l'accident de la route) et psychothérapeutique, accompagne l'altération sévère du corps physique. Et si l'on constate que les symptômes psychiatriques s'amendent et que l'état psychique se normalise, le corps lui ne cesse de se désagrèger. Le corps s'effiloche et se décompose même : apparaissent ainsi malgré les soins médicaux une nécrose du pied, une suppuration des parties molles avec participation

³⁵ Le traitement antipsychotique sera maintenu pendant environ 8 mois

lymphatique³⁶, un retard à la cicatrisation, une absence de consolidation... Le tableau somatoforme est décevant et alarmant.

V.1.2. La rencontre avec le sujet Hinda, creuset de la temporalité psychothérapeutique

Je la rencontre donc pour la 1^{ère} fois en présence de sa mère et celle-ci profite du cadre de parole pour se remémorer la violence des émotions qui l'ont envahi devant la situation de sa fille :

« *Je suis devenue folle quand j'ai vu ça* (il y a ici une chosification de Hinda ramenée à son corps blessé). *Je courais partout et les docteurs m'ont dit de me calmer. Depuis l'hospitalisation, elle parle beaucoup. Ses paroles étaient mélangées (incohérentes) au début* »³⁷.

Par la suite, je vois Hinda seule et rapidement ses préoccupations se centrent sur les suites opératoires et sur ses chances de remarcher un jour. Elle dit : « *Je ne sais pas si je vais marcher encore* (remarcher)... *docteur, qu'est-ce que tu en penses ? Ça fait quatre mois que je suis hospitalisée...* ». Compte tenu de l'état sinistre de la jambe et des suites opératoires plus que préoccupantes, je me trouve malaisée de lui répondre et d'ailleurs je ne suis pas habilitée à le faire. L'absence de réponse formelle de ma part ne semblant pas la déranger outre mesure, je me dis que peut-être n'attend-t-elle pas véritablement de réponse et qu'en projetant sur moi ses interrogations, elle peut amorcer une démarche de réflexion sur son devenir. Tout ce que je peux faire comme constat positif, c'est la nette amélioration de son état mental, elle est plus calme, dort mieux et la qualité de son discours est restaurée.

Progressivement, je découvre une adolescente soucieuse de plaire et d'être le centre d'attention du service. Elle interpelle et chahute chaque membre de l'équipe, elle les interroge sur leur vie personnelle se montrant très souvent intrusive, ce qui crée une gêne au sein de l'équipe sans que personne n'acte une quelconque reprise de ce qui se passe. Lorsque je suis présente, je suis prise à témoin pour essayer de juguler la curiosité de Hinda. Au-delà d'être prise à témoin du

³⁶ Cette participation lymphatique se traduit par un important œdème du membre inférieur avec suintement d'un liquide séreux.

³⁷ Il y a une collusion des corps et une fusion mère-fille qui transparait ici dans ce corps-mère qui s'agite et nécessite des soins médicaux (paroles médicales apaisantes) alors que déjà le corps-fille préoccupe, par la gravité de son atteinte, les chirurgiens. Cette collusion et cette fusion mère-fille reviendront au-devant de la scène dans les suites de ce cas clinique.

comportement intrusif de l'adolescente, ne suis-je pas plutôt pour les médecins un paravent, qui les protégeraient symboliquement de la bourrasque que peut être Hinda ?

Elle passe ses journées sur le lit, dans une chambre à 8 lits, cohabitant avec des enfants de sexe et d'âge différents du sien. Elle semble ne nouer aucun lien particulier avec les autres personnes présentes. Son père et sa mère se relayent à ses côtés.

Hinda se présente toujours joyeuse, heureuse de nos rencontres et de l'attention qui lui ai accordée. Cette jovialité semble avoir une fonction contra-dépressive. J'attribue cette fonction à sa jovialité apparente car elle a subi de nombreuses pertes et la dépression semble être le tableau clinique le plus cohérent avec sa situation actuelle. En effet, hormis son membre inférieur droit polyfracturée, les pertes sont multiples car elle a perdu de son autonomie physique, sociale et pécuniaire³⁸. Son réseau relationnel semble ne plus exister, elle n'a jamais fait mention de la visite d'un ami, pas même celui avec lequel elle était sur la moto et qui a été moins grièvement blessé. Pas de visite non plus de l'homme, un blanc, qu'elle fréquente et qu'elle appelle son « chéri ». Il lui a fait parvenir une fois de l'argent pour ses soins et puis en dehors de quelques appels téléphoniques, elle n'a plus de relations avec lui. Elle en parle en s'en plaignant.

Elle est presque toujours assise dans son lit, emmaillotée dans de nombreux linges (voir figure n°3) et son hygiène est sommaire.

En juin 2012, soit 5 mois après son admission, j'assiste à son pansement à la demande de l'équipe soignante qui n'arrive pas à la calmer pour faire les soins. Il y a une importante abrasion de la peau avec délabrement des muscles et suppuration des os. Je suis sensée faire œuvre d'étayage au cours des soins. C'est une vision difficilement soutenable que toutes ces masses musculaires mises à nue et suppurées. L'infirmier nettoie la chair vive sans sourciller, en présence de deux médecins (deux dames) et de moi-même. Pendant que l'infirmier procède aux soins d'asepsie, Hinda chante haut et fort « *elle est jolie, maman*³⁹, *elle est jolie* ». Elle pleure sans larmes quand elle a mal et se remet tout de suite à chanter, en interpellant les médecins pour solliciter leur compassion.

³⁸ Son activité informelle dans la restauration était une source non négligeable de revenus tant pour elle que pour sa famille

³⁹ « Maman » ne désigne pas ici la mère, mais plutôt une appellation usuelle, du langage courant ivoirien, pour désigner la petite fille (il faut dire « mam-mam »)

J'intègre consciencieusement ces données sur le caractère de Hinda. Je comprends intuitivement qu'elles seront un étayage clé pour expliquer ce qui va se jouer dans et pour cette jambe qui ne voulant pas mourir tient tête voire s'en prend à la tête, jambe pour laquelle Hinda chante à tue-tête, à s'en tuer la tête, comme pour anesthésier toute pensée et tout ressenti.

Après près de 7 mois d'hospitalisation, sa famille est financièrement épuisée mais moralement réconfortée car Hinda est à nouveau autonome, elle peut se déplacer avec des béquilles et l'hospitalisation prend enfin fin.

V.1.3. Contexte psychopathologiques et effraction du matériel psychothérapeutique

V.1.3.1. La feuille, plage de création et miroir de maux sans mots

L'état pathologique de Hinda la cloue au lit. Elle, si vive, vivace et vivante se trouve entraver par son morcellement orthopédique. Tout déplacement et toute mobilisation lui étant impossible, elle plonge souvent dans une léthargie mortifiante. Elle est figée dans le temps et dans l'espace. Son univers s'en trouve limité et limitant, sa surface d'action est réduite au plan du lit et son champ de vision est borné par les murs de la chambre. Devant l'ennui qu'elle manifeste, je lui propose une activité manuelle : de la peinture et du collage. Je lui propose de peindre une feuille, puis de la découper et de coller les morceaux sur une autre feuille pour former « quelque chose ».



Figure 3 : Hinda dans son lit d'hôpital (crédit-photo : Dr Aki Yapi L, CHU Cocody)

En complexifiant la consigne et en la modulant en peinture-découpage-collage, je pense meubler son temps, le temps de mon absence, imaginant que la tâche me rendra présente à son esprit et lui permettra d'attendre notre prochaine rencontre. Inconsciemment, et j'en prends conscience à distance, le but de l'activité de création que je lui propose, pourrait symboliser fantasmatiquement une certaine reprise du contrôle de sa vie : elle pouvait ainsi se reconstruire un membre, se recomposer une vie suffisamment satisfaisante pour être vécue. Cette activité occupationnelle pouvait ainsi avoir la fonction de créer du beau ou de le façonner, selon ses critères à elle, dans un environnement où le beau échouait à advenir car croulant sous la laideur et la douleur d'un corps aux prises avec les pinceaux-bistouris des chirurgiens.

Hinda s'applique à mener cette activité à bien et se l'approprie. Je la laisse à son œuvre et je n'assiste pas à la réalisation du collage. Quelques jours plus tard, elle me montre le résultat mais ne fait pratiquement aucun commentaire, me disant simplement qu'elle ne peut y attribuer aucun sens, elle ne lui donne pas de titre.



Figure 4: collage réalisé par Hinda

L'observation du collage montre qu'il n'y a certainement et effectivement aucune recherche de sens ni d'ordre. Cependant, on ne saurait manquer d'y voir la symbolisation de sa perte de repère et le fracas de sa vie à l'instar de son membre fracassé. L'ex-istant (la jambe défaite mais pas défunte) est criant par son absence et ce qu'il en reste, par son défaut de linéarité, de solidité, de consistance, ricoche contre un réel déréel. Le Moi, à travers cette page support du morcellement du corps réel, trahit et traduit son propre état de déséquilibre, de désarroi. L'absence de mots valide sa désolidarisation d'avec la réalité. Le morcellement « picturé » noyé

dans ce flot de couleurs symbolisant tour à tour l'intériorité par des chairs, des os, du sang et les lambeaux épars et rares de la peau déchirée. Cette toile projette les bouts du Moi d'un sujet-Hinda objecté, émiété.

Mais un travail se fait. Le psychisme se dé-livre, se réécrit, se re-form-ule. Le silence du support papier permet la modélisation et la création d'une nouvelle forme ou structuration pour cette jambe qui hurle dans le vide de la page. L'inconscient surgit via la création et fait emprise.

Les jours qui suivront la jeune fille refusera de rendre le matériel et sollicitera d'autres activités. La jouissance procurée par la création semble redonner vie au Moi de Hinda jusqu'au jour de sa sortie où elle refusera de partir, sinon tout au moins avec la boîte de couleurs et les feuilles que je lui avais laissées.

Je présume que ce qui se reconstitue psychiquement, dans les sillons de la création, c'est la jambe fracturée, en prélude à une reconstruction anatomique. En redonnant vie symbolique à sa jambe, Hinda se réapproprie son existence, sa mobilité, son temps et son espace. Elle peut ainsi s'accommoder de tous les désagréments de son devenir. Ainsi, je constaterai en avril 2013, que Hinda s'est faite à l'usage de ses béquilles avec lesquelles elle est très agile. Faisant fi de la triple horreur de son accident, de son hospitalisation et des soins, et des séquelles non-esthétiques laissées par les sutures, elle se contente, se satisfait plutôt d'une pseudo malléabilité fonctionnelle. Dans le dévoilement de sa jambe auquel j'aurai droit ultérieurement, horreur et beauté s'entremêleront. Je reviendrai sur l'effroi qui en a résulté et qui s'est présentifié au cours de notre ultime rencontre.

V.1.3.2. Me voilà, compagnon de route

Ma rencontre avec Hinda a certes été motivée par la symptomatologie psychiatrique, mais c'est plus son vécu psychologique qui m'interpelle et qui m'amène à mettre en place un accompagnement psychothérapeutique. Rapidement, je me rends compte que, comme pour un iceberg dont seulement 20% n'est visible à la surface de l'eau, la douleur que cette adolescente exprime lors des soins et les symptômes psychiatriques, ne sont qu'une part (infime) des problématiques en jeu autour de son corps et de sa jambe polyfracturée.

Une double interrogation prend naissance dans nos « moments » :

- Comment l'enfant ou l'adolescent encaisse-t-il l'effraction du corps ?
- Quelle est la place du psychiste, ou du moins quelle place peut-il occuper dans l'aide aux enfants en chirurgie pédiatrique ?

L'effraction du corps est importante et sa réparation nécessite plusieurs opérations. Hinda a du mal à parler de ce qu'elle vit. Pour contourner l'absence de mots, je choisis d'utiliser le dessin comme médium thérapeutique, comme support d'élaboration du vécu psychologique de l'adolescente. Le dessin m'apparaît comme un bon support : la feuille de papier, blanche et vierge de toutes inscriptions, est une surface neutre qui peut servir alors de moyen de projection, d'agir, d'abréaction et de concrétisation. Le papier joue ici le rôle d'une surface d'inscription sur laquelle va venir s'imprimer, je l'espère tout au moins, la psyché de Hinda par la mise en forme de la pensée, du mot et des maux, du trauma.

Ainsi toujours, dans le courant du mois de juin 2012, je lui propose donc de réaliser une série de trois dessins, la consigne étant : « *dessine-toi avant ton accident, puis dessine-toi pendant ton hospitalisation et enfin dessine-toi comme tu penses que tu seras à la sortie de l'hôpital (après)* ». Telle est la demande : se dessiner, projeter son soi, sur la feuille blanche, à trois temps avant, pendant et après.

Cette approche du trauma par le dessin a été utilisée et s'est développée dans les situations de guerre et de conflit armé. En m'appropriant cette procédure, partant de l'idée que l'accident fait trauma et que la fracture, en tant que traumatisme orthopédique et physique, est corrélée à une traumatisation psychique, j'espère répondre à la question que je me pose devant la situation de Hinda « comment encaisse-t-elle l'effraction corporelle et psychique ? ».

Pour se faire, je lui fournis du matériel composé de feuilles, de crayons de couleurs, de feutres, d'un crayon à papier, d'une gomme et d'un taille-crayon.

Secondairement, en me demandant qu'elle pouvait être la place du psychiste au temps 2, d'autres interrogations ont vu le jour concernant mon statut d'intervenant : qu'en est-il de mon réel à moi, qui suis dans un entre-deux, entre médecine et psychologie ? Quelle position occuper et comment trianguler les rapports chirurgiens-patient ?

Je prends conscience que je dois faire interface processuelle dans la dynamique de soin et l'interrelation en prenant en compte les attentes des uns et des autres, qu'elles soient conscientes ou inconscientes, des exigences des soins et de la réparation, des positionnements verticaux de

soumission et de domination, dialectiques de l'étant, de l'ayant, du sachant et du savant. Je dois aussi prendre en compte les symboles, les représentations et les inconscients.

Par ailleurs, je dois œuvrer dans le domaine de la pédopsychiatrie de liaison, de façon expérimentale, sans possibilité de supervision, tout en tenant compte des altérités en jeu et de mon moi. Tenir compte de mon moi, est important car c'est en étayage sur mon propre psychisme, que Hinda pourra éventuellement investiguer son psychisme. Pour se faire, j'ai besoin, en appui sur la théorisation flottante, de mettre en jeu mon penser, de secondariser et de théoriser ce que j'observe et le matériel clinique que je recueille, d'élaborer et de mettre en mot le fruit de tous ces process.

En accompagnant Hinda sur le chemin de ses soins, en espérant aboutir à une certaine guérison (physique et psychique), je chemine vers la compréhension de tous les mécanismes qui sont mis en jeu dans le soin, via le corps du sujet, mais aussi à travers le corps groupal tant familial que médical.

V.1.3.3. Hinda en dessin, triptyque de la projection de soi à trois temps

Comme je l'ai dit, en juin 2012, je me propose d'investiguer l'impact de l'accident qu'a subi Hinda tout comme son hospitalisation et les soins inhérents sur sa psyché. La consigne et le matériel (décrit précédemment) lui sont fournis pour réaliser une série de trois dessins.

Parallèlement aux outils scripturaires (crayon à papier et de couleurs, feutres) et sans que je ne sois concertée, Hinda introduit le matériel de peinture et de collage qu'elle a en sa possession. Dans un premier temps et pour faire face au choc de la page blanche qui fait office de reflet du miroir ou de bois brut (que l'on peut façonner à souhait), elle projette une parole « tuteurante » censée conjurer ce qui est à venir. Elle dit qu'« *elle ne sait pas dessiner* » et s'en justifie par effet de rationalisation « *puisque'elle n'a pas été loin à l'école* ». Après encouragements, elle se saisie du matériel et se met au travail avec enthousiasme. La parole salvatrice a fait lien, jouant le rôle métaphorique d'un pont érigé entre l'intérieur « K.O-tifié » et l'extérieur « chaotisé ». La parole a fait abréaction libérant les possibilités créatrices de la pensée et du geste. La séance se termine par un entretien pour qu'elle puisse interpréter ses dessins.

- le temps 1 « dessine-toi avant ton accident »

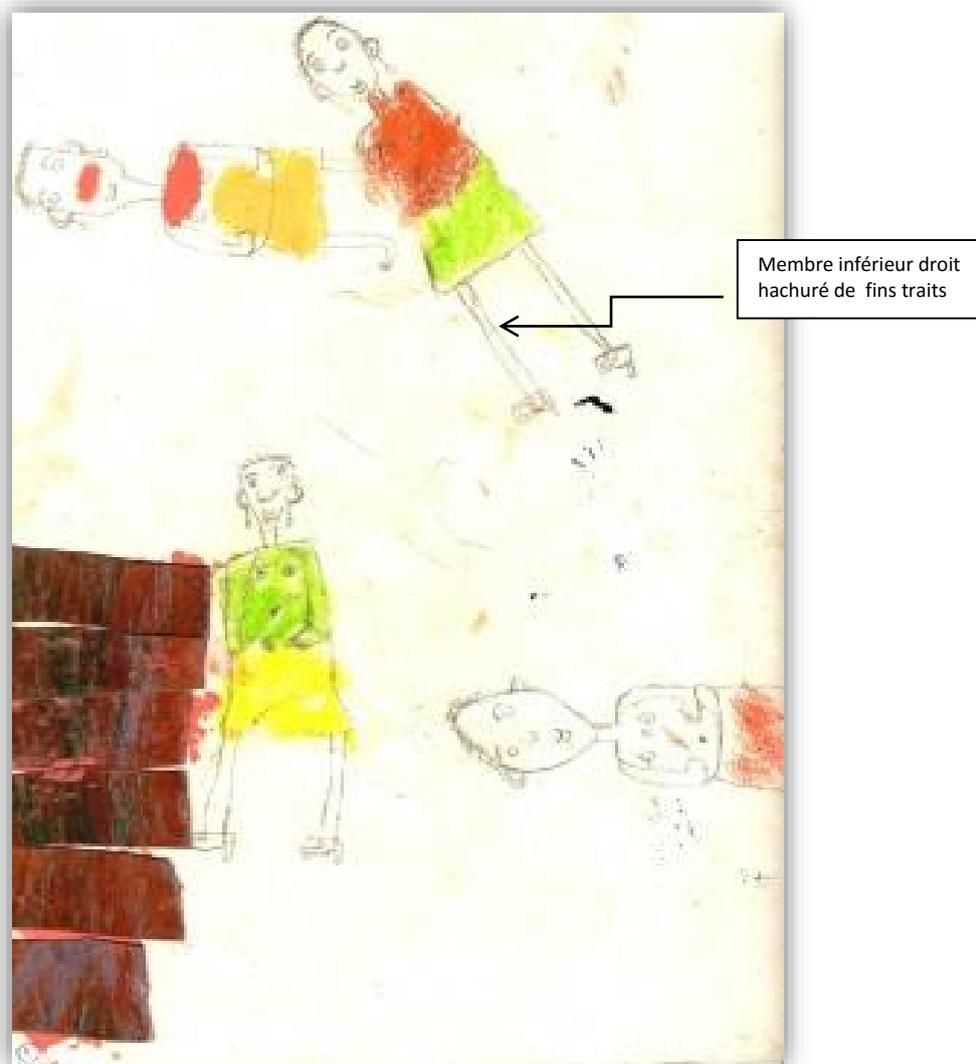
En répondant à cette consigne, elle m'ouvre une lucarne sur son passé, sur son quotidien et sur comment elle vivait son corps avant son accident.

Elle commence le dessin par le personnage central, en débutant par la tête. Elle fait les personnages au crayon, les uns après les autres, puis rajoute la couleur. Elle m'apparaît très concentrée par son dessin et lève peu la tête. Elle ne dit rien pendant qu'elle dessine.

A l'opposé de son lit, dans la chambre, il y a un autre enfant qui exécute la même tâche.

Il n'y a aucune interaction entre eux.

A la fin, elle hachure la jambe d'un personnage puis elle prend des bouts de papier qui restaient de sa séance de collage et les colle sur la feuille, comme pour combler la zone inférieure droite de la feuille qui était restée vide.



[Figure 5](#): Représentation de soi avant l'accident (Hinda)

Elle m'explique qu'elle s'est dessinée quatre fois. Elle se situe à l'époque où elle était vendeuse ambulante (soit avant le traumatisme). Concernant le collage, elle dit que c'est juste pour décorer, mais l'interprétation pourrait en dire autrement notamment sur la réalisation dans la réalité psychique du désir inconscient d'une réparation effective et complète. Il y a peu de verbalisation autour du dessin.

A l'analyse du dessin, on voit quatre personnages disposés différemment, sans décor autour avec, au niveau du bord latéro-inférieur droit, une zone de collage de bouts de papier découpés avec des ciseaux et peints en violet et rouge. L'emplacement des bonhommes nous indique qu'elle a plusieurs fois changé la position de la feuille.

Cette disposition des personnages, qui ne sont pas sur le même plan, témoigne soit d'une confusion quant à sa place dans le monde soit du mouvement et de la déambulation liée à son activité de vendeuse. N'oublions pas qu'avant son accident, elle pouvait aller où elle le voulait, d'un lieu à un autre sans entrave. Alors que depuis l'accident, elle est complètement immobilisée. Se dessiner quatre fois est peut-être donc la traduction de cette capacité à utiliser l'espace, à se déplacer... On peut aussi interpréter cette quadruple représentation de soi dans le sens du cheminement de l'inconscient dans le dédale de son labyrinthe qui, projetant ses Hindas introjectées (l'imaginaire, la symbolique, l'idéale et la réelle), tente de ramener à la vie mouvante une Hinda engluée dans l'immobilisation du corps.

Il y a un des bonhommes qui est coupé, sans membres inférieurs, dessiné au bord de la feuille, est-ce là une prémonition ou une intuition concernant le devenir de son corps ?

Comme nous le verrons, il sera, un jour, question d'amputation.

Son bonhomme est de sexe féminin car il porte des boucles longues et un ensemble composé d'une jupe et d'un haut.

Le narcissisme de l'adolescente est patent dans ce dessin. Les détails en lien avec le féminin sont profusion et la féminité est marquée par la coquetterie qui apparaît sur le dessin (soucis du détail, boucles d'oreille, chaussures à talon).

Les seins, l'ombilic et les accessoires de féminité marquent la sexualisation du personnage. Il y a une sensorialité et une vitalité sexuelle qui se dégage de ce dessin.

En effet, sur les quatre dessins représentés, elle prend soin de dessiner les seins et le nombril figuré par un point. La présence des seins peut se lire comme un signe de l'acceptation et la

valorisation de la féminité ou l'existence d'une mère dominatrice (comportement que la mère manifesterait au moment de l'évocation de l'amputation).

Ce dessin de Hinda aux seins dénudés m'évoque ma première rencontre avec elle, dévêtue poitrine à l'air s'exhibant sans retenue du fait de l'accès maniaque. Ses/Ces seins, c'est un peu ce qui lui reste de sa féminité, de ce qu'elle était comme jeune fille. C'est aussi la part enfouie en elle, au-delà de la masculinité de son comportement qui s'est soldé par un accident.

Si le coloriage évoque, comme je l'ai dit des vêtements (une jupe et un haut), le corps est vu par transparence car les seins et l'ombilic apparaissent derrière la couleur. Si je regarde à sa dénudation (ce qui sera infirmé plus tard au vu de son emmaillotement persistant) mais qui s'inscrit dans un tableau de désinhibition maniaque pour tenter de comprendre la représentation graphique des attributs de féminité, je pourrais les mettre en lien avec un manque de pudeur comme si elle n'a pas honte de son corps. Mais cela semble inadéquat comme explication. Ce qui semble le plus juste à évoquer ici c'est le souci implicite d'un renforcement narcissique, témoignage de sa capacité de séduction et de sa féminité.

Par ailleurs, cet accident l'a placée dans une position désocialisante et hautement inconfortable. D'abord elle est hospitalisée dans une chambre où il y a des enfants de tout sexe et de tout âge et elle est la plus âgée. Les autres partent quand elle s'enlise dans cette chambre. Je comprends dès lors, que le dessin peut revêtir pour elle ici un moyen de remémoration de ce qu'elle a pu être par le passé.

De façon ambivalente à la vitalité qui transsude du dessin, il y a la traduction d'une impuissance qui se lit à travers le dessin de ses bras collés le long du corps, ce qui peut être mis en lien avec son présent.

Les couleurs qu'elle utilise sont chaudes et vivantes (jaune, orange) avec une touche de couleur froide (vert), ce qui est en adéquation avec ce qu'elle dit inconsciemment à travers son dessin : c'est le témoin du conflit qui se joue à travers son corps, entre passé et présent, joie de vivre et douleur de survivre.

Comme je l'ai déjà relevé, elle outrepassa la consigne et fait un collage à l'angle inférieur droit du dessin. Tout de suite, ce collage évoque le morcellement de sa jambe et je me demande si inconsciemment, l'intention n'est pas de faire bandage en colmatant les brèches et fractures que porte sa jambe ? C'est aussi peut-être l'idée d'un pansement qui est nécessaire à la réunification d'un corps somatopsychique qui se délite et part en morceaux. Je me demande à distance, si ce

n'est pas aussi quelque part une façon pour Hinda de reprendre pied devant la vision d'horreur de sa jambe suppurée car l'activité a eu lieu quelque temps après les soins douloureux auxquels j'avais assisté.

Ce collage apparaît donc comme pouvant revêtir plusieurs fonctions, toutes cependant visent le même but celui de rafistoler la jambe.

Même si la consigne a été bien comprise, il y a comme un colmatage de la psyché dans ses capacités de représentation où l'avant se mêle fortement avec le présent comme en témoigne à la fois l'impuissance et l'immobilisme de son aujourd'hui avec une jambe polyfracturée dans un avant fait de féminité et de mouvance. En effet, ce dessin montre que le traumatisme physique actuel s'est infiltré dans la représentation qu'elle fait d'elle à un moment où elle avait toujours son intégrité physique. Cela se voit car la jambe du personnage en haut à droite est hachurée de petits traits rouges comme symbolisation de son membre fracturé.

Il n'y a pas de contextualisation sociale ce qui peut apparaître comme un signe de centrage narcissique que ravive le traumatisme physique en mettant à jour un trauma psychique. Il y a peu d'éléments sur l'histoire des événements passés, notamment de sa période d'enfance. Y aurait-il dans le passé des traumatismes potentiellement réactivés par l'évènement de l'accident ? Les entretiens avec Hinda et sa famille n'ont pas permis de le préciser. Les prémices d'une réorganisation psychique apparaissent d'emblée dans ce dessin, le présent et le futur infiltrant le passé.

En projetant son soi référencé à un avant, sur la feuille blanche, Hinda met en lumière une partie de son histoire marquée par le mouvement, la liberté, la sexualité et la force. Bien que les problématiques adolescentes de Hinda, n'aient jamais été évoquées durant son hospitalisation, hormis les éléments faisant références à sa sexualité (son petit ami, son corps qu'elle montre en le dénudant, son besoin d'attentions renarcissisantes), le dessin laisse en voir quelque chose de l'ordre d'une certaine virilité.

Parallèlement, cet avant est infiltré d'un après marqué par l'accident. L'accident qu'elle a subi a pénétré son psychisme sans qu'il n'y ait de pare-excitation, en s'y logeant, il remanie le passé du sujet et cet après qui ne s'en détachera pas.

- Le temps 2 : dessine-toi pendant que tu es à l'hôpital

Se dessiner pendant qu'elle est à l'hôpital implique de prendre en compte la dimension de la maladie et de la souffrance. La réalité de la fracture et de toutes ces conséquences, y compris les désorganisations physiques et psychiques inhérentes à cette situation, peut donc s'exprimer à travers le dessin.

Comme précédemment, Hinda commence le dessin par la tête du personnage, fait ensuite des gribouillis autour qu'elle recouvre de peinture. La consigne est comprise, elle se dessine avec les jambes collées comme elle l'est dans la réalité. S'identifiant au bonhomme qu'elle a dessiné, elle me dit : « *C'est moi quand on a enlevé ma chair* ». « On » ce sont les chirurgiens, et elle évoque ici le cross-leg.

Les tâches autour, faites à la peinture, sont selon elle, de la décoration. Réalisé aux crayons de couleurs, le bonhomme est méconnaissable. Il ressemble à un piquet, à un bout de bois et il est marqué par une disproportion. Les formes, témoins de la morphologie du sujet, ont disparu de même que l'identité sexuée. Le corps représenté est asymétrique dans la forme et la longueur des jambes, dans la longueur et la largeur des bras et dans la position de la tête ; les membres sont disharmonieux.

Le corps a perdu de sa séduction, le visage a disparu, il n'y a plus d'yeux, plus de sourire, ni d'oreille.

L'acte chirurgical du cross-leg est bien représenté par ces jambes collées qui n'en font plus qu'une. Les pieds sont noircis comme des éléments négatifs, qui ne servent plus à rien d'autant plus qu'elle ne les a pas utilisés depuis plusieurs mois.

Tout comme les caractéristiques sexuelles ont disparu, il n'y a plus de vêtements. Ceci dit, le vêtement a-t-il de l'importance quand on ne peut se vêtir à sa convenance et que du fait de l'hospitalisation, on s'habille peu ? Et même si on le faisait, cela n'aurait pas de sens car, si on regarde le corps, ce n'est que pour voir la partie malade, le reste ayant peu d'importance.

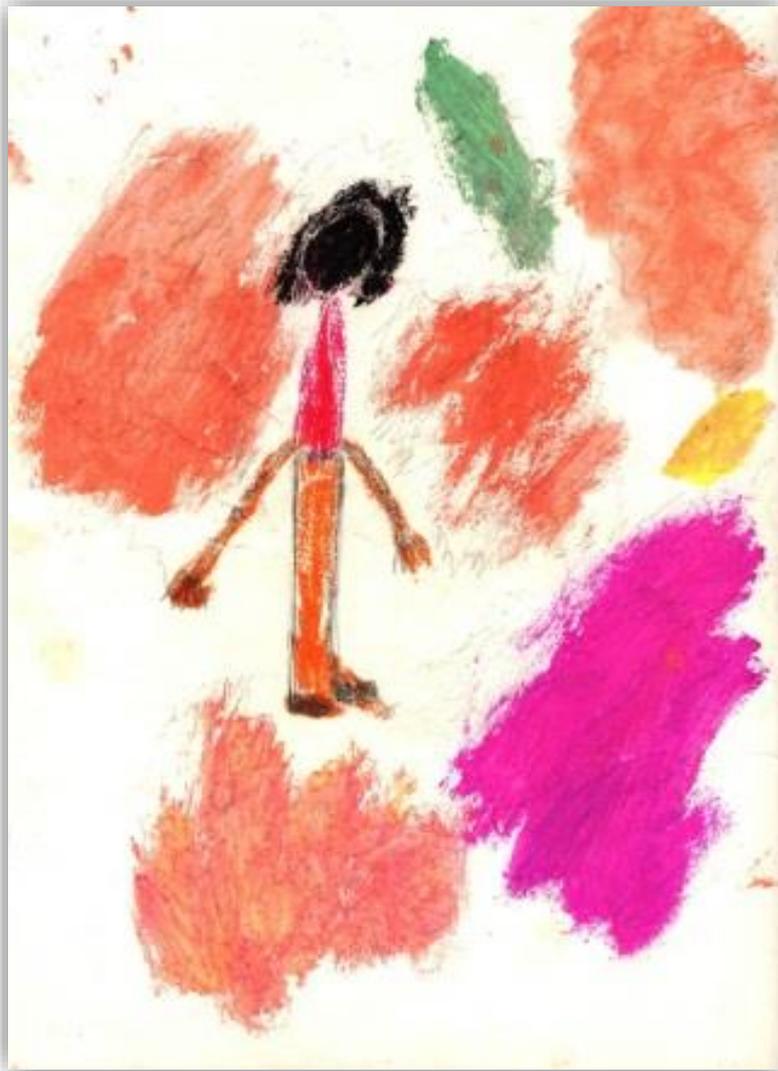


Figure 6: Représentation de soi pendant l'accident/hospitalisation- (Hinda)

Du point de vue graphique :

- le schéma corporel s'est modifié puisque la représentation du bonhomme est incomplète.
- le tracé est appuyé ce qui est signe du mécontentement et de l'agressivité.

Hinda se représente debout alors qu'elle est immobilisée au lit depuis plusieurs mois. Est-ce une tentative de garder, par le maintien de la verticalité, une forme de dignité ou d'appartenance au monde des humains ou bien est-ce un refus de sa situation d'immobilisme et de son hospitalisme ?

Le dessin laisse une impression de violence, de pugnacité et de confusion. En effet, les couleurs sont à la fois sombres et violentes : la tête sans visage est colorée en noir faisant évoquer l'anxiété, le deuil, le mystère et la culpabilité en lien avec des affects dépressifs.

Cette tête, dont les limites sont visibles, est colorée de noir, un noir qui déborde, franchit la limite de la tête sans savoir où aller... un peu comme la psyché de Hinda est envahi de pensées tristes, de questions angoissantes omniprésentes qui l'envahissent sans qu'elle ne trouve de réponse (en elle tout comme en l'Autre).

Il y a ici un arrière-plan qui est absent du premier dessin : des plages de couleurs rouges qui entourent le bonhomme et témoignent d'emblée d'une forte agressivité. Si elles évoquent des tâches de sang qu'on a tenté d'essuyer, elles font aussi penser que ces taches tentent de cacher une trace que Hinda ne peut supporter ou qu'elle ne veut dévoiler.

On pourrait ainsi considérer ces tâches sans contour comme des éléments psychiques ne pouvant arriver jusqu'à la forme, en lien avec l'atteinte corporelle qui remet en jeu des éléments archaïques du fonctionnement psychique de Hinda. Ces tâches sont séparées les unes des autres, sans sens et sans liaison. Cela peut également se lire comme un empêchement à penser, des tâches qui remplissent le vide que la pensée ne peut habiter. Il serait ainsi trop dangereux de faire des liens entre ce qui lui arrive et la suite des événements. Les entretiens avec Hinda, par la pauvreté des verbalisations, traduisent cette impossibilité à penser. Les maux et le trauma apparaissent ici dans le dessin. La souffrance douloureuse du corps apparaît concomitante à un vécu dépressif de la situation, avec blocage des processus de pensée et dispersion ou dissolution des contenus de pensées. Il y a aussi un défaut de contenance avec comme une disparition des enveloppes.

Sans être spécifiquement formée à l'utilisation du Rorschach, certains aspects de ce test projectif m'apparaissent intéressants à utiliser comme prisme pour la lecture du dessin au temps 2 de Hinda.

Le Rorschach est un test projectif d'investigation dynamique et globale de la personnalité d'un individu. Ce test s'appuie sur une série de 10 planches représentant des taches d'encre symétriques, certaines en noir et blanc, d'autres avec de la couleur. La lecture que fait la personne soumise au test des différentes planches éclaire sur le fonctionnement de sa personnalité. On s'intéresse aux frontières du Moi, à l'image du corps, au narcissisme, aux

identifications... On repère le niveau de l'angoisse, des affects etc... Le Rorschach s'appuie sur l'effet produit sur la psyché d'un individu de la vue de plage d'encre. La couleur est un des éléments d'analyse du Rorschach, en renvoyant au pulsionnel et à l'émotionnel. La réaction à la couleur est donc significative.

En m'appuyant sur le Rorschach, j'entame un processus à sens contraire. En effet, il y a ici comme une analogie en cliché négatif : le Rorschach est un test projectif du dedans au dehors dans le sens où il permet l'analyse du retentissement psychique de l'observation et du commentaire de planches de taches. Cela repose sur une introjection de la tâche dans la psyché du sujet. Dans le cas de Hinda, il semble que ce soit la psyché tout entière qui s'extrojecte⁴⁰, se précipite au dehors du sujet pour s'étaler sur la feuille et se donner à voir. L'effet d'introjection de la tâche se produit plus dans mon esprit tout comme dans l'esprit de tout observateur du dessin de Hinda. Quand on regarde ce dessin, se produit une réaction, à la vue de ces tâches rouges, assimilable au « choc au rouge » du Rorschach. Tout comme pour l'analyse du rorschach, il y a peu de mot sur le rouge, qui semble annihiler les pensées et perturber les processus associatifs.

On peut penser que Hinda tente de me faire part de ses éprouvés, mettant en avant son narcissisme, et le besoin qu'elle a d'être vue en se mettant en vue.

Ces plages de couleurs informes font tâches et saletés. Les espaces inter-maculaires blancs peuvent être interprétés comme faisant référence au vide, à l'absence et à la carence affective.

Ses parents semblent ne pas suffire à l'étayer et à l'envelopper, rien ne semble venir combler le vide affectif qui côtoie un volcan pulsionnel. La représentation qu'elle fait de son corps, coloré de deux teintes de rouges, m'évoque effectivement un volcan prêt à implorer, son corps est comme un canal d'où s'écoule une lave qui emporte tout sur son chemin.

⁴⁰ L'extrojection peut être perçue, selon Dr Yapi Lawrence, comme opposée à l'introjection.

L'introjection est le processus par lequel l'individu fait passer, sur un mode fantasmatique, du « dehors » au « dedans » des objets et des qualités inhérentes à ces objets. Proche de l'incorporation, l'introjection est en rapport étroit avec l'identification. On peut ainsi entendre, à contrario, l'« extrojection » comme le processus fantasmatique qui fait circuler du « dedans » au « dehors » soit des éléments auxquels le sujet se serait identifié soit des modalités de fonctionnement, pour soulager les tensions internes et les divers conflits auquel il est en proie. Racamier (1980) parle de « extrajection » pour dire la même chose (*Les Schizophrènes* (1980), éd. Payot & Rivages, coll. Petite bibliothèque Payot, 2001).

Ce terme est également employé par Bokanowski (2014) quand il parle de l'évacuation du Moi qui a lieu au cours du clivage qui survient au décours d'un évènement traumatique.

C'est comme ça que Hinda se présente effectivement dans le service, comme un torrent de douleur, de cris, amas de chair refusant de se plier aux lois médicales, entraînant une surchauffe des esprits par son omniprésence et la complexité de son cas, ce qui épuise l'équipe chirurgicale.

Ce volcan finira par exploser... mais dans un corps autre.

Associé à cette importante décharge pulsionnelle, que traduit le dessin, il y a un côté grossier du dessin qui l'enlaidit.

Alors qu'un souci d'esthétisme transparait dans son premier dessin (par la profusion de détail et la mise en couleur), ici c'est un travail sale et grossier que Hinda me donne à voir.

Le dessin est un outil projectif qui offre une possibilité d'expression au ça.

Devant ce dessin de Hinda, que livre l'inconscient, que livre le « ÇA » sur le « ça » ?

Ce « ça », cri que pousse sa mère quand elle éjecte sa folie devant le corps effracté de sa fille, ensanglanté et désarticulé (se remémorant l'état de sa fille aux urgences, la mère avait dit « *quand j'ai vu ça, je suis devenue folle* »).

Le ça c'est avant tout le corps éclopé, fracturé et le ÇA montre qu'il fait tâche, ce corps, comme ses tâches. Ça fait tâches, bavures et ordures. Même si le dossier n'a pas mentionné l'état de salubrité dans lequel la patiente était arrivée, durant son hospitalisation, son accoutrement tout autant que sa présentation faisait souillée. Et cette souillure s'est donné à voir à maintes reprises : dans les bandages souillés, dans la surinfection des parties molles, dans le manque d'hygiène corporelle et vestimentaire...

Il y a une visagification de la salissure, de la souillure, de la laideur et de la blessure qui ne s'exprime pas verbalement mais qui se laisse lire dans le dessin.

Je suis devant une expression massive de la pulsion qui se déchaîne et fait jour en utilisant le dessin comme support d'extériorisation.

- *Le 3^{ème} temps : dessine-toi comme tu penses que tu seras à ta sortie d'hôpital*

Suite au dessin du temps 2, Hinda réalise le 3^{ème} dessin qui est censé la représenter au moment de la guérison.

La feuille est supposée offrir un réceptacle au corps qui, fantasmatiquement ou symboliquement, est potentiellement réinvesti par le sujet. C'est donc un corps réparé et réorganisé que l'on attend.

Mais que fait Hinda ?

Le sens de réalisation du dessin est toujours le même. En commençant par la tête du personnage, elle finit par les tâches autour. A la fin, elle m'explique que là, c'est elle avec le pied cassé. Les processus d'identification ne sont pas atteints car elle s'identifie au bonhomme sur le dessin et c'est donc une projection de son soi que l'on voit. Cependant chez Hinda, il y a une collusion du temps 2 et du temps 3 car elle se représente toujours au temps de la maladie alors que la consigne est bien comprise.

Elle utilise les crayons de couleurs pour colorier le bonhomme et la peinture pour les tâches autour. Elle ne donne aucune explication pour la présence de ces grandes plages monochromes.

Le graphisme s'est ici encore modifié. Le schéma corporel est toujours perturbé.

La tête sans visage est coloriée en rouge (alors qu'elle l'était précédemment en noir). Le personnage a retrouvé des oreilles mais il n'y a ni visage ni élément vestimentaire. Ces oreilles qui sont apparues signent pour moi le besoin chez Hinda d'entendre une parole qui ne vient pas. En effet, depuis le début de son hospitalisation, Hinda attend LA parole qui la libèrera de ses angoisses en annonçant un pronostic sur son devenir. Cette parole qu'elle m'avait demandée, sans réellement le faire, que je n'ai pas pu lui donner, parole que les chirurgiens ne prononcent pas non plus devant la complexité de son cas. Parole qui se refuse, qui ne se dit de peur de se dédire. Parole que ses parents ne peuvent dire tant ils sont dans une position d'attente vis-à-vis du savoir médical.

La tête est rouge, un rouge bien contenu comme une violence qui s'internalise et se contient. Dans ce troisième dessin, le coloriage est mieux circonscrit par le contour de la tête que dans le deuxième. Cela traduit peut être une fragilisation des contenants psychiques qui s'améliore après. Cette façon de dessiner, de jouer sur les formes, les couleurs et le coloriage peuvent-ils se lire hypothétiquement comme la traduction d'un traumatisme psychique ? J'y reviendrai.

Dans le dessin, le corps est massif et coupé en deux. Il est localisé dans la partie supérieure de la feuille et les pieds du bonhomme ne touchent pas le sol. Hinda perd pieds avec la réalité.

Les couleurs varient d'une partie à l'autre. Les bras sont disproportionnés et de couleurs différentes. Ils semblent suppléés par rapport au défaut du corps. Les jambes sont courtes et petites, tuméfiées (comme la tuméfaction que présente en réalité sa jambe ???).



Figure 7: Représentation de soi après (Hinda)

Il semble y avoir un conflit entre vie et mort, entre joie et tristesse. La violence est encore présente.

Les plages de couleurs sont plus grandes dans ce dessin, sans traces en dessous. Elles sont informes et font penser à des difficultés de mentalisation. Elles m'évoquent comme des mares de sables mouvants qui enlissent et ensevelissent un corps qui ne peut s'en dépêtrer et qui se meure. Elles entourent et envahissent le bonhomme de façon menaçante. Le corps même semble être menacé et est menaçant par ses couleurs différentes, par ces formes également. La tâche noire témoigne certainement d'angoisses importantes ayant tendance à envahir le sujet.

Les jambes apparaissent comme soudées au corps, mais désaxées. Les pieds sont quasi inexistantes. Sur le dessin, la jambe fracturée est bicolore et le trait est très appuyé au point où il y a une entame de la feuille. En effet, la feuille est trouée au niveau du dessin de la jambe fracturée dont la réparation ne se fait pas. Cette attaque du papier témoigne de la violence de ces affects.

Elle semble ne pas pouvoir se projeter dans un devenir meilleur marqué par une guérison de ces lésions. En effet, le dessin pourrait traduire qu'il n'y aura pas de réparation possible. Hinda semble avoir des difficultés à se projeter dans un avenir d'autant que son hospitalisation s'éternise et qu'aucune date de sortie n'est pour l'instant envisagée.

Inconsciemment, l'adolescente laisse éclore les angoisses massives qui l'habitent. Ce que l'inconscient de Hinda nous révèle ici c'est qu'il n'y a pas de restauration possible et que tout au moins, le corps ne sera plus qu'un assemblage de pièces qui n'ont rien à voir les unes avec les autres. Finalement, Hinda et son corps ne seront plus à compter comme vivant articulé mais comme « chose » désarticulée à re-articuler comme un robot... et les fers, broches et vis qui permettent la reconstruction chirurgicale de sa jambe y sont peut-être pour quelque chose. Elle perd contact avec la réalité des vivants. La blessure du corps a atteint sa psyché et la marque durablement de sorte qu'il n'y a, là, aucune perspective fantasmatique de guérison. Tout porte à croire que le devenir de Hinda est empêtré dans son aujourd'hui et qu'elle ne sera plus que ce corps éclopé, à jamais fracturé.

Mais ce dessin a aussi un caractère prémonitoire... il annonce que le corps sera coupé et ressoudé... comme si la psyché de Hinda la préparait déjà à l'amputation qui sera évoquée ultérieurement.

Quand je regarde les trois dessins ensemble, je ne vois d'une part, que le schéma corporel bien intégré (comme en témoigne le dessin « avant ») est perturbé dans les autres dessins et que d'autre part, la jambe qui s'exprime différemment d'un dessin à l'autre mais qui toujours est au-devant de la scène. Je ne sais pas si par le passé, Hinda a déjà eu un souci de santé avec sa jambe ou tout autre souci de santé, mais je constate que finalement son être s'est réduit à cette jambe qui envahit tout et engloutit toutes les énergies aussi bien psychiques que physiques.

Je sens aussi que cette jambe est porteuse de nombreux enjeux. De la réalité au dessin, du conscient à l'inconscient et au surmoi, cette jambe est objet de nombreux conflits.

V.1.3.4. Une jambe « pivot » de famille ?

Tout porte à croire qu'avant l'accident, Hinda par son activité commerciale (qui nécessitait une certaine mobilité et une aisance dans le monde avec des contacts pour arriver à écouler la marchandise) était un support pour sa famille. Elle devait certainement contribuer aux charges familiales. Première fille de sa famille, elle assumait un rôle prépondérant. Avec l'accident elle perd cette fonction, invalide elle devient un poids pour ses parents.

Et la jambe, dans l'éloquence de sa métaphore axiale, support et suppôt d'une certaine verticalité, se voit devenir l'ennemi numéro un de cette famille, elle aussi en danger (et elle finira aussi par être dangereuse pour les chirurgiens). En effet, le niveau socio-économique de la famille, bas jadis, est totalement moribond depuis l'accident. Le père est gardien et la mère lavandière. Dès le début de l'hospitalisation de Hinda, la famille peine à assurer la charge financière des soins mais aussi les différents problèmes socio-économiques qui sont corolaires à la situation : la durée et le coût du transport du domicile à l'hôpital, le mode de garde des plus petits. Au fil du temps, à mesure que la jambe s'effiloche et se dérobe, la famille donne l'impression de s'ankyloser, de se paralyser, dans une soumission accrue au « sachant », à l'autorité (ici le chirurgien). Pour finir, tout le monde entre dans une sorte de stase et face à l'imposante incertitude ainsi que l'importante précarité, la famille finit par s'hospitaliser avec Hinda. S'observe alors une sorte d'hospitalisme familial intra-hospitalier, l'environnement étant fortement dépressif.

La léthargie de la famille semble s'ébrouer, par à-coups, devant les prouesses techniques de l'équipe chirurgicale qui arrive à restaurer le membre, section après section. Si tout cet acharnement rassure la famille quant à l'évolution positive du traumatisme, il la leurre aussi ! En ce qui concerne mes propres prouesses de pédopsychiatre, le père m'explique régulièrement que Hinda prend bien son traitement et qu'il en voit le bénéfice. Je crains (hélas !) que sa perception du traitement neuroleptique soit faussée car elle est associée à la restauration physique.

Enfin et progressivement, pour tenter de subvenir aux nombreuses sollicitations financières qui s'imposent à eux, les parents sombrent dans la mendicité⁴¹.

Fin 2012, la famille est informée d'une donation susceptible de subvenir aux besoins imposés par la pathologie de leur fille. Les assistantes sociales de l'Hôpital leur donnent l'information sans que la somme exacte reçue ne leur soit communiquée. Placés dans une position infantile, ils doivent soit avancer les frais puis se faire rembourser ou aller à la pharmacie demander un devis pour les différents médicaments, revenir la montrer aux assistantes sociales, recevoir les frais inhérents à l'ordonnance et enfin honorer cette dernière. Pendant ce temps, équipe et patiente « patientent ».

En définitive, cet investissement s'avère payant et la resocialisation de Hinda va valider tous les efforts et tous les sacrifices y compris le vacillement de l'économie familiale et pécuniaire.

Mais l'avenir immédiat montrera que l'indigence de la famille, la position infantile quasiment anaclitique dans laquelle cette donation l'assigne (tout comme les relations parents-équipes soignantes) et le comportement particulier des assistantes sociales va redonner vie à la jambe en « morceaux » avant de la faire exploser à nouveau dans une onde de colère et de récriminations, faisant voler en éclats l'illusion de restauration.

Effectivement, l'amputation est évoquée !

⁴¹Malgré les difficultés, les parents de Hinda sont restés au CHU avec leur fille car, d'un niveau socioéconomique bas, ils n'ont pas les moyens d'aller ailleurs. Seul le père travaille pour un salaire de 60000frs mensuels soit environ 95euros. Il est quelque peu aidé pour survenir à la charge financière de la famille par son fils aîné qui est apprenti-mécanicien. Pour subvenir aux soins, le père s'est surendetté, auprès de son employeur (l'emprunt était de 3.000.000frs CFA soit 4181euros environ pour un salaire de 60.000, à 5000% !!!!), dette qu'il devra rembourser sur une période indéterminée. De fait, en avril 2013, quand nous le rencontrons, il travaille mais ne reçoit plus de salaire. Les revenus de la famille sont essentiellement ceux récoltés par la mère quand elle fait la manche ou quand elle arrive à faire des lessives pour des particuliers (salaire mensuel pour une à deux lessives hebdomadaires de 10 à 20.000frs CFA soit 15 à 31 euros).

V.1.3.5. La sentence

L'annonce de l'amputation, prend l'allure d'une révélation tout autant que celle d'un aveu et percute les réels en suspension en s'imposant, dans le même temps, comme une condamnation ultime, un châtement. La sentence vient signifier l'inacceptable, l'inaudible, l'irréel. Elle annonce une fin mais surtout elle convoque la mort ! Disons plutôt qu'elle re-convoque la mort, qui avait paradé aux premières heures de l'accident et dont l'ombre semblait s'être éloignée progressivement. Cette mort, véritable fantôme dans la chambre d'hôpital, réapparaît au-devant de la scène à l'insu de tous.

Je l'ai déjà argué, l'amputation qui est édictée après plusieurs mois de soin fait implorer le réel des personnes en présence. En effet, en avril 2013, devant la non-fonctionnalité de la jambe, l'équipe chirurgicale s'entretient à nouveau avec les parents sur l'amputation du segment jambier et son appareillage comme autre option thérapeutique devant les difficultés de reconstruction liées à la pseudarthrose. Face à la violence des réactions et notamment celles de la mère de Hinda (elle a fait une tentative de défenestration à l'annonce de l'amputation), je suis appelée en urgence.

Dès mon arrivée dans le service, une infirmière m'interpelle et me dit qu'elle ne comprend pas pourquoi le chirurgien ne m'a pas attendue pour faire son annonce, cela aurait évité beaucoup de problèmes. L'équipe soignante est-elle en train d'implorer en même temps qu'explose la psyché de Hinda ? Cette interpellation témoigne des effets collatéraux destructurants qui se déploient au sein de l'équipe chirurgicale. Subséquemment, je trouve une équipe chirurgicale défiante vis-à-vis de cette famille en colère. Le comportement familial apparaît comme intolérant et en contradiction flagrante avec ce que les parents ont toujours donné à voir. La présence et le discours des assistantes sociales au cours de l'entretien ont favorisé l'idée, chez les médecins, que les parents veulent se servir de la pathologie de Hinda pour régler leurs difficultés pécuniaires. Un mur semble s'être dressé entre chirurgien et parents, et la tension est palpable dans l'air.

Dans le hall d'attente, je rencontre Hinda et sa mère qui ont une apparence très calme. Le père a dû repartir au travail. J'ai failli dépasser Hinda, car je ne l'ai pas reconnue. J'ai gardé d'elle l'image d'une adolescente souffreteuse, emmaillottée dans un monticule de pagnes et de linges.

Et voilà que j'ai devant moi, une belle jeune fille : élégante et propre, vêtue d'une longue jupe paysanne. Sans grand effort, elle se déplace avec ses béquilles. Elle a retrouvé sa mobilité.

Sa beauté et la grâce avec laquelle elle se déplace me fascine. Je la reçois en présence de sa mère qui m'explique les faits. Celle-ci me dit : « *Ma fille, c'est mon pied, c'est mon bras ! Si on coupe son pied, c'est moi qu'on a coupé. Je suis morte, je préfère mourir au lieu qu'on lui coupe le pied et si c'était ça fallait qu'on lui coupe le pied dès le départ. Actuellement où tout va bien où il ne reste plus qu'une petite partie, c'est là ils parlent de couper. On n'a pas besoin d'argent pour manger mais juste de quoi aider Hinda a retrouvé la santé et l'usage du pied. Là où il y a le ciment, il y a un trou, il y a un problème avec ses nerfs. Comme vous avez donné le traitement pour les nerfs (elle évoque ici la carbamazépine), on va continuer et on va voir* ».

Le chirurgien leur a annoncé, au cours de leur entretien, que l'équipe envisageait l'amputation du membre car le moignon distal du péroné ne se reconstitue pas malgré toutes les tentatives. Il y a, par ailleurs, une participation lymphatique qui entraîne un important œdème du pied avec suintement, ce qui accroît le risque infectieux et celui de gangrène.

Cette annonce fait l'effet d'une bombe et désorganise psychologiquement toute la famille.

La mère fait une crise d'agitation avec colère importante et tentative de défenestration. Cette crise d'agressivité maternelle s'accompagne de propos menaçants vis-à-vis de l'équipe qu'elle accuse d'escroquerie. C'est là, que surgit de façon criarde les problématiques sociales qui ont accompagnées ce long cheminement sans avoir jamais été réellement prises en compte.

Pourtant l'argent de la donation pour les soins de Hinda a été géré par les assistantes sociales sans que les chirurgiens n'y soient associés. Par ailleurs, surendetté le père n'a pas de salaire ce mois, son créancier et employeur ayant commencé à se rembourser (le père a laissé son bulletin de salaire à la mère pour qu'elle me le montre comme preuve). Peinant à honorer les nombreuses dépenses occasionnées par le traumatisme et n'arrivant pas à disposer de l'argent reçu pour se faire, les parents s'estiment victime d'arnaque par le service qui opte pour l'amputation comme solution de facilité pour ne plus prendre en charge la maladie de leur fille. Cette réaction parentale est perçue par les chirurgiens comme le témoin de leur désir d'utiliser l'argent à d'autres fins que celle de venir en aide à leur fille. L'annonce de l'amputation comme solution à l'échec thérapeutique est vécue par la famille comme une trahison.

Il y a une confusion de sens : les médecins évoquent, proposent l'amputation comme solution possible et les parents reçoivent le message comme sentence irrévocable.

Les visages de ces deux femmes, qui finalement se fondent l'une dans l'autre comme pour survivre (et c'est ce que trahit le discours maternel) sont marqués par une grande douleur au moment de la remémoration de l'entretien médical.

Et je me demande laquelle, des deux, fait office de béquille pour l'autre ?

Suite à l'entrevue avec la mère qui s'est déroulée en présence de Hinda peu réactive durant tout le temps de parole maternelle, je reçois l'adolescente seule. Cette entrevue m'apparaît important pour étayer Hinda dans ce moment difficile de désaveu de son autonomie, de sa mobilité et de la restauration qu'elle pensait acquise. Quand je m'enquiers de ses nouvelles, elle fait d'emblée mention d'une amie morte après un accident de la voie publique dont pourtant celle-ci s'était remise. Elle dit s'en être occupée longtemps contribuant à sa resocialisation.

Je comprends dans le même temps que cette histoire qu'elle me raconte c'est en quelque sorte son histoire à elle. Elle qui a eu difficilement du secours dans son épopée chirurgicale et peu de recours, elle qui est une survivante ou qui croyait l'être, elle qui finalement va finir par mourir puisqu'il ne lui reste plus rien d'autre que de se résoudre à l'amputation de sa jambe. Je me demande aussi si ce n'est pas une forme de SOS qu'elle me lance me demandant implicitement de ne pas la laisser mourir, de ne pas les laisser faire, moi qui ait été une sorte de bouée pour elle durant son hospitalisation.

Elle se met à pleurer et exprime son incompréhension de la décision médicale qui réactive ici un vécu de mort et le traumatisme psychique. Elle évoque aussi son copain blanc, qui, au début, s'occupait d'elle et qu'elle ne voit plus. Elle parle des efforts de ses parents. Cet entretien permet de situer l'ampleur des problématiques psychoaffectives et sociales corrélées au traumatisme orthopédique. Hinda vit dans un isolement social car elle ne peut plus sortir et passe souvent du temps devant un bar climatisé, pas loin de son domicile, pour faire la manche. Elle mendie en se servant de sa jambe pour attirer pitié et compassion. Elle participe à des activités religieuses toujours dans le même but

Elle présente des affectes dépressifs. Elle me montre son pied qui suinte (le liquide lymphatique se répand sur le sol, tâche que la mère nettoiera à son retour en salle de consultation, refusant qu'un agent d'entretien le fasse). La jambe est œdématiée. Elle fait bouger ses orteils et lève son membre inférieur, sans trop d'effort, pratiquement à la verticale. Elle me dit « *tu vois docteur, mon pied ça va un peu, doucement, doucement ça va guérir* ».

Là, je suis saisie d'effroi car c'est en quelque sorte l'envers du décor. Sous l'élégance de sa vêtue, et la grâce de sa démarche se cache une monstruosité : il y a là comme un effet d'exhibitionnisme. La jambe est distordue, couturée à la Frankenstein.

Et tout porte à croire qu'en réalité ça ne va pas... le « ça » ne va pas contrairement aux apparences. Ce « ça » est omniprésent dans le discours tant maternel que dans celui de l'adolescente. Le « ça » c'est son corps qui n'est plus elle, qui est un vivant déjà mort que l'on manipule, que l'on triture et duquel elle s'est dissociée. C'est pour moi, une forme de mise à distance de la souffrance au-delà de la douleur.

Mais la douleur morale est là, palpable et tangible dans l'air.

Je suis moi-même plongée dans une incompréhension certaine devant cette jambe horrible qui se joue des pronostics médicaux, qui s'agite comme un pantin désarticulé avec son moignon distal qui ne tient que par un ou deux ligament(s). Horreur et fascination devant cette jambe suturée, suppurée, suintante et agile comme pour faire un pied de nez à l'équipe médicale. Et je suis seule face à ce spectacle, appelée à mettre du sens sur une décision médicale qui s'est annoncée sans avoir rencontrée son objet. Les chirurgiens n'avaient malheureusement pas refait connaissance avec la jambe de Hinda avant d'annoncer sa mort imminente.

La charge émotionnelle est intense pour moi_ devant cette adolescente où cohabitent vie et mort, devant ce corps objet d'un conflit innommable, terrain d'une guerre sans merci entre espoir et désespoir _ tout comme pour Hinda, qui s'éteint sous mon regard, faute d'avoir les ressources nécessaires pour affronter ce nouveau combat. Je me sens démunie... alors je me raccroche à ma propre béquille, ma recherche doctorale, et je lui demande de réaliser un dessin sans consigne particulière. J'espère ainsi avoir de la concrétude et une piste pour amorcer le travail autour de l'amputation.

Ainsi, je lui propose de faire un dessin, ce qu'elle refuse (en disant qu'elle ne sait pas dessiner) mais fini par s'exécuter en utilisant uniquement un crayon à papier.

Soit qu'il s'agisse de réminiscences des séances passées ou que ce soit ce qui habite sa psyché au moment où son corps est à nouveau menacé, elle dessine un bonhomme. En le faisant, elle me dit « *c'est une fille, je ne sais pas dessiner, je ne suis pas allée à l'école. C'est une vendeuse de mangues et de citrons* ».

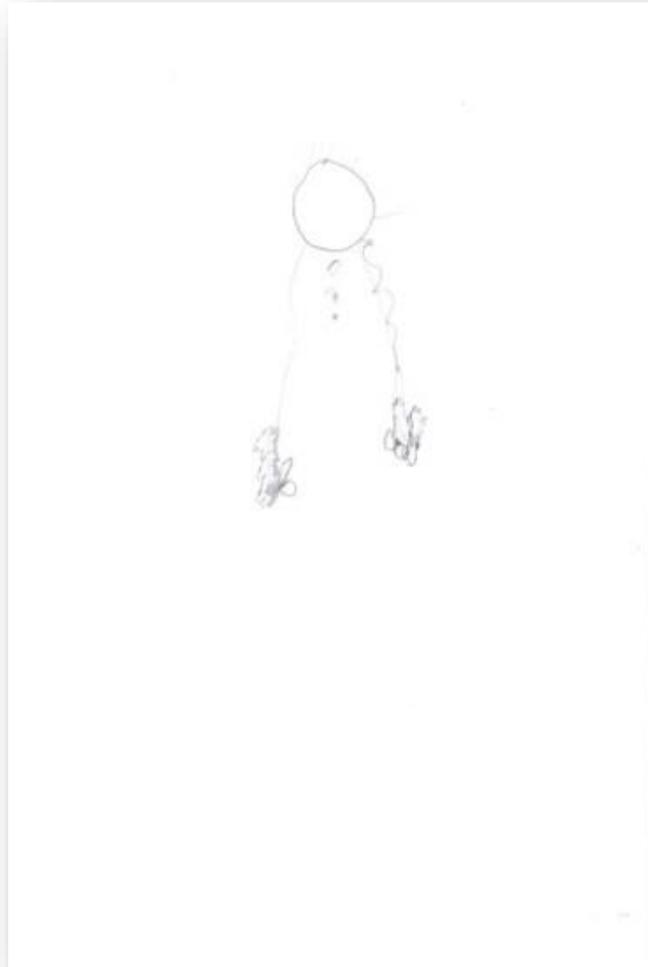


Figure 8: dessin libre réalisé par Hinda (Représentation de soi)

Il n'y a pas de couleurs dans sa production et elle dessine un bonhomme-têtard. Ce type de dessin du bonhomme correspond aux productions graphiques des petits enfants. Il n'y a aucun élément de sexuation hormis les mots qu'elle prononce en donnant le sexe du personnage.

A la vue de ce dessin, c'est une impression d'anéantissement qui s'impose à moi, comme s'il n'y avait plus rien : plus du corps, plus rien de la vie, plus rien de possible. C'est la désolation. La tête est ronde, vide de tout et le corps n'a plus forme humaine. D'ailleurs, il n'y a pas de tronc, juste trois petits ronds qui partent de la tête et deux jambes surgissant de cette tête-ballon. Il n'y a pas de visage. L'extrémité des jambes est un amas informe. La jambe gauche (qui n'a pas été endommagée dans l'accident) est dessinée informe. Les éléments du schéma corporel sont méconnaissables et les organes de sens caractéristiques de communication ne sont pas dessinés.

L'annonce de l'éventualité de l'amputation semble avoir agi ici comme un élément déstructurant et déshumanisant.

Au-delà de la jambe qui se perd, c'est la vie tout entière qui se perd et la possibilité d'être encore compter au rang des humains.

Ce dernier dessin va dans le sens d'affects dépressifs chez Hinda. On sent une forme de dévalorisation qui l'empêche de se dessiner et qui la renvoie à son manque d'éducation. La représentation picturale est très limitée, pauvre de forme et de couleur. La légèreté de certains traits m'évoque comme une perte de substance, Hinda disparaît du monde des vivants. Ce dessin peut être mis en rapport avec un corps ressentit comme déconstruit dans l'inconscient de Hinda. Je m'interroge finalement sur le fait que ce corps n'est pas devenu un corps-fantôme à l'image d'un membre-fantôme, un corps que l'on pense exister mais qui en fait est mort depuis longtemps.

Hinda ne prend-t-elle pas conscience que ce corps qu'elle pensait habiter, tout au moins avoir récupéré de haute lutte, n'était, en fait, qu'un leurre et qu'en pensant vivre dans son corps, tout n'était qu'illusion ?

Après la réalisation de son dessin, qu'elle commente peu, elle m'expose ses problèmes financiers et me demande 3 000 frs CFA (5 euros) pour rembourser une dette contractée auprès d'une restauratrice du quartier. Elle me dit « *je mange chez elle à crédit et après je cherche l'argent pour rembourser* ». Je lui remets 1 000 frs CFA (1,5 euros) pour l'aider⁴².

Je revois par la suite la maman pour conclure l'entretien avec Hinda. En faisant le point avec la mère, je lui propose un autre rendez-vous pour reprendre les différents événements de la journée et les suites à envisager.

Il m'apparaît important de reprendre tout ce qui se passe actuellement, car les enjeux psychiques sont importants. La manière qu'a la mère de formuler "*ma fille c'est mon pied, mon bras*" laisse penser qu'il n'y a pas de différenciation entre cette mère et sa fille et que la fille est une excroissance de la mère. Pour la mère, sa fille est clairement une partie de son corps. Et il faut en tenir compte.

⁴² Je sais qu'en accomplissant ce geste, je suis non thérapeutique mais je suis prise de compassion devant tant de misère. Et il y a ce quelque chose qui s'est nouée entre elle et moi qui fait que je me soucie réellement d'elle... mais pour garder une forme de maîtrise sur la situation, je ne lui remets pas la somme totale qu'elle me demande.

Pour entamer un processus d'élaboration autour de l'amputation scotomisée, j'explique parallèlement aux chirurgiens, que les parents sont venus pour faire le point et qu'en retour ils ont perçu l'éventualité proposée comme une sentence de mort. Leur perception des suites opératoires est en contradiction avec celle des chirurgiens, devant un pied et des orteils qui bougent et une certaine mobilité retrouvée.

Une autre séance est donc proposée, en accord avec les chirurgiens, pour reprendre l'annonce de l'éventualité thérapeutique et la préparation psychologique de Hinda pour l'amputation (en cas d'accord bilatéral).

Trois jours plus tard, un entretien se déroule avec la mère et le chirurgien pour reposer le cadre et les perspectives. Hinda n'y participe pas car elle n'a pu venir faute de moyens financiers. C'est une rencontre tripartite entre la famille, les chirurgiens et le pédopsychiatre.

Durant l'entretien, le chirurgien et la mère sont assis en face de moi. J'essaie de servir de tiers, sans être arbitre, pour qu'un dialogue puisse se rétablir entre famille et chirurgien. Le chirurgien explique ce qui a motivé que l'amputation soit envisagée comme éventualité thérapeutique. Tandis qu'il justifie l'option thérapeutique, la mère apparaît méfiante et sur la défensive. Elle n'hésite pas à l'interrompre pour manifester son désaccord. Pour elle, l'amputation n'est pas une solution mais une condamnation.

Devant le refus maternel (qui n'accepte aucun des arguments médicaux), l'amputation est écartée et la décision est prise de continuer les soins (pansements) sur une période de 3 à 6 mois et de réévaluer l'évolution à ce moment-là.

Ce refus parental peut se comprendre car l'amputation de la fille pose la question d'un fantasme de castration violente et dénarcissisantes pour toute la famille. Cela a fait vivement réagir les parents et a suscité en eux de l'agressivité et de la colère. La mère est ici au-devant de la scène alors que jusqu'à présent c'est le père qui semblait être la figure dominante. Cette supplantation du père par la mère est certainement due au fait que c'est cette dernière qui fait face, à cette période, aux charges financières du ménage dans le courant de l'année 2013. L'organisation familiale est ainsi à nouveau chamboulée, comme au début de l'accident de Hinda, avec une inversion des rôles parentaux.

Je me propose de travailler, avec Hinda et sa famille, la question des suites thérapeutiques, y compris l'option ultime. La mère et le chirurgien donnent leur accord mais ni la mère, ni Hinda ne se présenteront au rendez-vous suivant, mettant ainsi fin à la prise en charge que je souhaitais

mettre en place. Ce rendez-vous non honoré, vient acter d'autres échecs : échec de la médiation, échec du soin psychique et défaillance de l'alliance thérapeutique que j'avais eu l'illusion d'avoir pu créer.

J'ai eu par la suite l'occasion de rediscuter avec les chirurgiens du service du cas « Hinda » et de m'enquérir de son évolution. Je me suis à chaque fois retrouvée devant un mur de résistance : « *elle se balade à Treichville au lieu de rester chez elle...* », « *On ne sait pas ce qu'elle devient, c'est sa mère qui vient renouveler les ordonnances* ». Autant de paroles lâchées sur un ton exaspéré qui témoigne non seulement de la violence des affects des soignants mais aussi de leur souffrance face à un sujet qui se refuse à obéir aux lois de la médecine.

Après plusieurs relances, je finis par obtenir que le contact du père de Hinda pour tenter de la revoir, un an après notre dernière entrevue. En 2014, je butte toujours devant de fortes résistances et quand je finis par obtenir un contact téléphonique celui-ci ne fonctionne pas. Les parents de Hinda ont peut-être fini par lâcher le monde médical pour se retourner vers un autre univers plus satisfaisant ? Ça, je ne le saurais certainement jamais.

V.2. LE CASSE-TETE D'UNE JAMBE CASSEE

Hinda et sa jambe représentent pour l'équipe médico-chirurgicale, à laquelle je me joins ici, un véritable casse-tête. Si la question qui taraude l'esprit des chirurgiens est certainement « comment restaurer le membre fracturé ? », celle qui m'obnubile est « au-delà de cette jambe, qu'est-ce qui est réellement en jeu, au bord de l'effondrement, dans cette pathologie chirurgicale et que faire pour en préserver l'unité ? ».

Tenter de répondre à cette interrogation a nécessité que je narre l'histoire de cette adolescente. Mais comment conter une jambe qui vit par elle-même et fait vivre aussi bien le corps-sujet que le corps-groupal ?

Ce récit est celui d'une épopée aux confins du soin, aux frontières de l'humain que l'on crucifie sur l'autel des savoirs et de la technicité. Et quand le « mort » ne veut pas mourir (et ce mort, c'est ici la jambe de Hinda), il dissémine son propre trauma et le distille comme par un phénomène de contamination à tous ceux qui croisent son chemin.

Arque boutée, paradoxalement, à la pulsion de mort, cette jambe refuse de mourir et sa motricité appelle une vie qui se délite en accroissant les risques infectieux et le risque de gangrène. En sublimant, cette part défaillante d'elle, Hinda choisit de se redéterminer comme sujet existant en reprenant le contrôle de sa vie en se servant de façon ambivalente de sa jambe comme tremplin pour une resocialisation sur un mode de mendicité mais une resocialisation tout de même.

Nous verrons plus loin comment dans sa tentative de réappropriation de soi via la mobilisation-utilisation de la jambe, Hinda parvient à redevenir sujet de sa propre vie tout autant que surjet et rejet pour la famille et les chirurgiens.

V.2.1. Cette histoire de jambe...

Un soir une jambe a perdu de son unité, elle a perdu le lien avec le reste du corps puisque, dans l'accident elle seule a été véritablement touchée. La polyfracture et les séquelles importantes qui résulteront des différents actes chirurgicaux sont comme les vestiges d'une vie passée.

Cette histoire a mobilisé bien des énergies et bien des affects. Alors qu'au début, les parents et Hinda pensait la vie finie, la jambe perdue, les efforts de l'équipe pour restaurer le membre, bout par bout, ont fini par leur redonner de l'espoir, espoir qui leur sera brutalement arraché à l'annonce de l'amputation. Le vécu parental est alors celui d'une trahison. La violence de la réaction parentale est incomprise par l'équipe qui se sent profondément agressée. Ma position, si elle me permet d'aborder la problématique avec chaque partie en présence, m'expose au courroux des uns et des autres. Je tente, malgré tout, une conciliation dont j'ignore aujourd'hui les fruits... car je n'ai pu revoir ni Hinda, ni sa famille.

Son agitation maniaque initiale, de même que son exubérance durant l'hospitalisation, symbolise la lutte intrapsychique qu'elle mène contre la dépression qui menace de la submerger à tout moment et qui finit par le faire au moment où elle s'y attend le moins, à travers l'annonce de l'éventuelle amputation. Cette exubérance est une défense maniaque contre le trou dans

lequel elle sombre comme son pied qui semble être un gouffre qui ne se referme pas et qui prend, de plus en plus, une place importante. Ce qu'elle donne à voir, c'est aussi une certaine angoisse de morcellement qui sous-tend toute cette conflictualité psychique.

Ce qui frappe dans l'histoire de Hinda, c'est l'inscription dans le temps de tous les événements qui se sont succédés. Et le temps qui se joue des personnes en présence, qui se donne ou se refuse. Ainsi, le temps, et les différentes temporalités sont à questionner ici :

- Il y a le temps de l'avant et de l'après, avant l'accident et l'après accident : avant l'accident c'était la vie, l'adolescence, les « gasoils⁴³ ». Le temps qui se vit à vive allure, à pleins gaz. Après l'accident, c'est un temps autre, temps de la maladie, qui s'égrène comme à rebours, qui s'étire à n'en plus finir et qui s'éternise par le refus de la guérison à advenir.
- Il y a la temporalité synchronique de la douleur et celle diachronique de la souffrance : la douleur avec l'accident, les fractures, les suppurations et les actes chirurgicaux s'attachent au corps de Hinda. Cloës (2014) fait la différence en douleur et souffrance qui sont marquées par des temporalités différentes. Elles produisent une rupture temporelle dans la vie du sujet comme une effraction une atteinte du réel dans le cas de la douleur et un étirement nostalgique du temps perdu ou non encore advenu dans le cas de la souffrance. La souffrance recèle un caractère durable. Si la douleur finit par s'estomper grâce à la fin de l'hospitalisation et à la mobilité retrouvée, la souffrance devient de plus en plus insidieuse. L'éventualité de l'amputation ravive cette souffrance aussi bien chez Hinda que chez ses parents.
- Il y a le temps de l'adolescence amorcée, fauchée et le retour à une position infantile car Hinda est devenue dépendante des soins maternels, ce qui entraîne une régression certaine.

⁴³ Terme de l'argot ivoirien qui fait référence aux sorties nocturnes, à la vie trépidante

Le temps manque pour tous et pour chacun, quand il s'étire indéfiniment pour d'autre. La brutalité de l'amputation, non seulement comme traitement mais comme possibilité qui est annoncée abruptement vient aussi marquer le temps de différentes manières :

- primo, si l'accident a agi comme une borne dans le temps, l'amputation agit comme un nouveau repère temporel, comme un fait qui marque le calendrier des jours qui s'étiraient. Il y aura un avant et un après l'annonce. Les modifications de la configuration parentale en témoignent.
- secundo, le temps, pour penser et réfléchir aux possibilités thérapeutiques afin que chacun (les parents tout comme Hinda) puissent se réorganiser psychiquement, n'est point donné. Ce temps, aurait dû être celui qui permet de figer les idées, les pensées, les événements, afin de les absorber, de les comprendre, de les accepter et enfin de les dépasser. C'est le temps du/d'un deuil, deuil de ce à quoi on avait rêvé.

Concernant l'amputation, Capitan Camanès (2010) explique que c'est une forme d'agression qui s'impose pour sauver la vie de l'individu au détriment de son intégrité corporelle. L'amputation est un moment de turning point en infléchissant la vie d'un individu. Il y a un avant et un après de l'amputation et la perception du corps change. L'image ancienne de son corps reste comme une ombre, un souvenir du temps passé. L'annonce de l'amputation dans le cas de Hinda a le même effet sur sa psyché, elle se vit déjà amputée mais amputée non pas uniquement de sa jambe mais de son corps entier.

La question de l'amputation revêt aussi ici une certaine valeur culturelle au regard de la réaction parentale. Malheureusement, je n'ai trouvé aucun écrit concernant le vécu de l'amputation chez le burkinabé, voire l'africain. Mais quand on considère la pensée africaine et le rapport de l'africain au corps incomplet, comme on peut le voir dans les malformations, on peut extrapoler et penser que l'amputation est assimilable une déshumanisation. Comme l'a relevé Capitan, l'amputation est une violence symbolique du corps coupé, violence pour le sujet tout comme pour autrui. L'amputation fait référence à la castration et plonge Hinda dans une grande impuissance. D'autant qu'au regard de la vie de la jeune fille, on se rend compte qu'elle avait un comportement plutôt « masculin ou viril ». Le père disait d'elle, qu'elle est casse-cou. L'annonce de l'amputation a agi, ici, comme un véritable couperet et avant que l'acte ne soit posé physiquement, il l'est psychiquement, ce qui modifie tous les enjeux relationnels.

Si le temps avait été pris pour préparer l'annonce, pour la faire et pour en accueillir les retombées, le bénéfice aurait été certain pour toutes les parties. Et l'amputation n'en aurait été que plus irrévocable car validée et finalement implicitement commandée (par les médecins au début, par les parents à la fin). Le manque de temps donné au temps favorise la levée de résistances et chaque partie tente d'imposer son autorité dans le désir de garder une certaine maîtrise de la situation.

On le voit, ce cas clinique témoigne de la rencontre difficile entre les soins chirurgicaux et les attentes parentales autour d'un corps physique et psychique. Autour de cette jambe, le chirurgien cherche l'esthétisme et la fonctionnalité alors que les parents se satisfont pleinement de l'évolution et garde espoir qu'une vie meilleure est possible envers et contre tout, malgré tout. Pourtant, cliniquement, l'option chirurgicale castratrice est idoine. Malheureusement, la dimension psychologique et socio-anthropologique ne se satisfait pas du raisonnement médical et fait appel à des considérations que le chirurgien ne peut prendre en compte quand le corps n'est pas fonctionnellement restauré. Désubjectivée dans le soin, le Moi de Hinda trouve un refuge dans cette jambe qui lui donne de redevenir sujet. Ainsi, à défaut d'être « Hinda la bandite⁴⁴ », sera-t-elle tout au plus Hinda-la jambe, caricature d'elle-même mais preuve de sa capacité à survivre. De l'exubérance d'une vie vécue dans la liberté, l'autonomie et la virilité, le sujet et sa jambe se retrouve dépossédé d'un avoir. Pour contrer la dépression et le deuil inhérents à cette situation, la jeune fille se donne à voir parfois de façon tonitruante. Et elle exhibe sa jambe, comme un trophée m'obligeant à être dans une position de voyeurisme. En exhibant sa jambe, c'est de l'effroi qu'elle suscite et peut-être s'en nourrit-elle ?

Cette histoire c'est aussi celle d'une jambe phallique, d'un phallus qui est féminin. C'est une histoire de castration, de phallus et d'identification.

V.2.1.1. Le tout ou le morceau, entre castration, phallus et identification

Au-delà de la castration physique, matérialisée à la fois par la fracture de la jambe et par la menace d'amputation, la castration apparaît ici beaucoup plus dans son versant psychique.

⁴⁴ Cela sous-entend la notion de banditisme qui dans le jargon ivoirien témoigne des comportements frondeurs et casse-cou d'un enfant

Pour Nasio (1998), la castration c'est admettre avec douleur que les limites du corps sont plus étroites que les limites du désir. C'est aussi la séparation entre l'enfant et sa mère et l'amputation fait ici œuvre castratrice en séparant Hinda de sa mère, ce qui est psychiquement intolérable pour celle-ci. A l'annonce de l'amputation, c'est une angoisse de défusion qui entraîne un clash défensif.

Explicitant la castration selon Lacan, Nasio explique que c'est comme une coupure produite par un acte qui tranche et dissocie le lien imaginaire et narcissique entre la mère et l'enfant. L'enfant est un phallus imaginaire pour la mère car il s'identifie à cette place pour combler le désir maternel.

Dès lors, on comprend comment, imaginairement, Hinda apparaît être l'objet phallique pour la mère avec déplacement du phallus sur la jambe. La jambe de Hinda symbolise tout le pouvoir de liberté de l'adolescente, le fait qu'elle vivait sa vie. Et quand la mère dit « *ma fille c'est mon pied* » elle traduit bien comment la fille est pour elle un 3^{ème} pied, un peu comme le phallus-sexe est assimilé à une 3^{ème} jambe.

L'agent castrateur entre la mère et l'enfant, c'est ici le corps médical qui menace les personnes et le lien. La castration vise l'objet phallique imaginaire qui est l'objet désiré par la mère auquel l'enfant s'identifie. On peut penser que l'objet désiré par la mère, c'est la jambe comme possibilité de se mouvoir, comme vecteur de liberté, ce qu'elle finit par obtenir, paradoxalement, en supplantant le père dans le fonctionnement familial. Ainsi je peux dire que, pour la mère, couper la jambe c'est lui ôter ce qu'elle désire, la possibilité de bouger, de vivre comme sa fille vit.

Il y a une opération symbolique de la parole prononcée par le médecin.

L'acte de castration est l'œuvre de la loi à laquelle le père, comme sujet, est lui-même inévitablement soumis. La loi est l'apanage de celui qui détient le phallus, à priori donc le père. Les dernières rencontres avec Hinda et sa famille, me font comprendre que la loi, tout comme le phallus, ont changé de camp.

Dans la triade père-mère-Hinda, il y a donc comme en jeu la possession du phallus. Alors qu'au début de l'hospitalisation, le père fait figure phallique, progressivement on perçoit son absence de consistance psychique et symbolique. Hinda apparaît comme porteuse, tout au moins, d'une part du phallus, dont la mère s'est appropriée.

« Le phallus imaginaire lui-même cesse d'être imaginaire, s'exclut de la série, et devient l'étalon symbolique qui rendra possible que des objets quelconques soient sexuellement équivalents, c'est-à-dire référés tous à la castration...

Le phallus est le signifiant du désir.

Le phallus demeure la trace de la castration, acceptation pour tout être humain de la limite imposée à la jouissance à l'égard de la mère » (Nasio, 1988, p. 61)

La jambe de Hinda apparaît donc ici comme un véritable objet phallique aussi bien pour la famille que pour l'équipe chirurgicale.

En effet les chirurgiens, tout comme le père sont porteurs du phallus jusqu'à ce qu'en refusant de mourir, la jambe focalise toutes les énergies et toutes les pulsions. Elle accède ainsi au statut de phallus symbolique, alors que le phallus imaginaire est porté par les chirurgiens qui en sont par la suite désinvestis au détriment de la mère.

Par son mode de vie, Hinda affichait une forme de virilité tendant à faire penser à un féminin masculinisé. L'attitude maternelle validera par la suite l'idée que le féminin, dans cette famille, se masculinise quand il y a une attaque du corps familial.

Quelles sont les identifications en jeu ici ?

Dans la pensée freudienne, l'identification est un processus de transformation effectué au sein même de l'appareil psychique, hors de notre espace habituel et imperceptible directement par nos sens (Nasio, 1988). L'enjeu est de donner un nom au processus inconscient accompli par le moi lorsque celui-ci se transforme en un aspect de l'objet.

A la lumière du concept freudien présenté par Nasio, j'en viens à me dire que, finalement, le Moi de Hinda s'est transformé en sa jambe par identification.

Il y a une identification régressive moïque chez Hinda à sa jambe dans son aspect fracturé.

V.2.1.2. Hinda sujet, surjet ou rejet ?

Finalement qu'est-ce que Hinda est comme patiente ?

Le traumatisme l'a désubjectivé, ses velléités de reprises existentielles sont vécues comme outrancières par l'équipe chirurgicale, son Soi apparaît alors tout à la fois comme sujet, surjet et rejet.

La question du statut de sujet de Hinda se pose devant son corps qui, au début des soins, semblaient ne plus lui appartenir. Le déroulé des événements nous montre qu'elle arrive à se resubjectiver, mais dans ce processus elle quitte finalement la position de sujet pour être perçue autrement.

J'en arrive ainsi à me dire, en effet, que Hinda peut être assimilée à un double statut négatif :

- Elle devient « **surjet** », ce point de couture serré exécuté à cheval sur les deux bords d'un tissu à assembler, en étant un élément qui assemble éros et thanatos, la vie et la mort et les maintient serrés l'un avec l'autre. Elle fait aussi surjet entre l'équipe chirurgicale et la famille, les obligeant à continuer à collaborer malgré les difficultés. La vision de sa jambe, couturée à plusieurs endroits par de nombreux points, renforce aussi cette perception.
- Elle est aussi « **rejet** » car elle tente de renvoyer hors d'elle, tout ce qui s'y accumule de douleur et de souffrance en faisant souffrir insidieusement son environnement. Elle se défend aussi des soins qu'elle reçoit et qui s'imposent à elle de diverses manières et cela dès le début de sa prise en charge (par son accès maniaque, par sa présentation, ses cris, ses conduites bruyantes et intrusives, par ses chants tonitruants durant les soins... jusqu'au refus de l'amputation). Elle est aussi rejetée comme en témoignent les diverses attitudes des chirurgiens que nous avons rencontrés à distance et qui montrent que, par son refus de se soumettre au savoir médical, par le truchement des réactions parentales, Hinda est vécue difficilement et rejetée. C'est certainement un vécu rejetant qui fait qu'à ce jour elle ne se présente plus dans le service. Elle est passée d'une patiente au centre de toutes les préoccupations à quelqu'un qu'on ne veut plus recevoir « *puisque'elle ne fait pas ce qu'on lui dit et qu'elle a refusé l'amputation* ». Qu'est-ce que Hinda renvoie hors d'elle, si ce n'est la mort qui semble s'y être installée ? Toute son attitude montre qu'elle choisit de vivre tout comme sa jambe résiste et se maintient en vie. Elle est rejet car elle refuse et n'admet pas l'amputation comme solution thérapeutique, ce refus rejetant de la solution médicale entraîne, au fond, un abandon des soins qui se sont avérés, en définitive, décevants. Ce positionnement en tant que « rejet » peut se lire aussi dans l'histoire médicale car elle rejette les soins, tout au moins son corps rejette les soins par la greffe qui ne prend pas, les antibiotiques qui ne marchent pas, etc. En

effet, le cross-leg a montré comment Hinda était auto-rejet par la non-réussite de l'auto-greffe.

De par sa position de sujet-surjet-rejet, elle est à la source d'un vécu difficile tout autant pour sa famille que pour les chirurgiens et finalement cela impacte le vécu qu'elle a d'elle-même, comme en témoigne son réel et la représentation qu'elle fait de son corps.

V.2.1.3. Des mots qui n'ont pas de sens

Si les mots permettent d'expliquer une situation et de mettre du sens sur des événements, les mots, qui se taisent ici, favorisent une perte de soi. Quand, enfin, ils arrivent, ils ravivent malheureusement l'anéantissement du Moi.

Ainsi, l'annonce de l'amputation comme option thérapeutique, après un an d'efforts acharnés, entraîne un bouleversement de l'économie psychique des parents qui se traduit par une grande violence vis-à-vis de l'équipe chirurgicale. Cette option est vécue comme une trahison par cette famille qui ne comprend pas le découragement de ces médecins alors que leur fille a retrouvé une forme d'autonomie, que sa jambe est mobile, que ses orteils bougent. Pour la famille, il aurait fallu l'amputer dès le départ quand il n'y avait pas d'espoir. Le faire aujourd'hui, ce serait lui donner la mort à elle, la mère. La situation d'invalidité prolongée de Hinda ramène au-devant de la scène des conduites maternantes comme celles qui ont dû exister entre Hinda et sa mère aux premiers mois de vie de l'adolescente. Se réactive donc quelque part la préoccupation maternelle primaire qui permet à la mère de parler pour Hinda et de ressentir ce que cette dernière peut ressentir. Se joue aussi ici l'appropriation symbolique et imaginaire de la maladie de l'autre-enfant par la mère du fait d'une extrojection de son soi propre.

En s'identifiant à son enfant malade, la mère en devient malade : Hinda est partie de la mère comme la mère est morceau de Hinda, et la jambe de Hinda par translation devient la jambe de la mère car comme elle dit « *Hinda c'est ma jambe mon pied, couper sa jambe, c'est couper mon pied* ». C'est ce que l'histoire clinique nous a permis de comprendre. En s'appropriant la maladie de sa fille, la mère en arrive à extrojecter son soi, acculé dans le carcan culturel et social qui veut que la femme soit soumise et silencieuse (position attendue des femmes africaines). En se faisant porte-flambeau de la souffrance de sa fille, cette mère advient à sa propre existence, ce qui renforce les identifications mais les engouffrent toutes les deux dans une spirale mortifère.

Le fonctionnement psychique de la mère est marqué, à travers le refus de laisser mourir la jambe, par deux phénomènes psychiques : la toute-puissance magique (si je refuse que cette jambe meure alors elle vivra !) et le révélé ou le « négatif » criant de l'enfant idéal (perfection). C'est probablement contre cette déliaison symbolique que la mère lutte aussi farouchement. Et si son enfant se délite par petit bout puis encore un autre alors c'est la finitude qui se profile et, psychiquement, cette dynamique est mortifère et culpabilisante.

Ce sentiment de trahison est lié aux problématiques sociales et financières non résolues (que j'ai déjà évoquées), et à la perte de l'illusion de restauration de la jambe de Hinda.

V.2.1.4. Un sens thérapeutique hors du corps

L'incompréhension de l'univers de sens et de codes tant familial que médical est importante et chaque acteur est sur la défensive.

Dans un souci de conciliation, nous tentons une rencontre entre le chirurgien qui avait fait l'annonce de l'amputation comme perspective et la mère qui l'a perçu comme une sentence. Les échanges houleux aboutiront à une forme de consensus se traduisant, par d'une part, les parents qui continuent les soins (pansements) pleins d'espérance et, d'autre part, l'équipe chirurgicale qui se met en stand-by respectant par la même la volonté parentale.

Comment prendre en charge cette jambe qui refuse de mourir, tant elle est surinvestie par l'adolescente et sa famille ? Cette jambe pseudo-restaurée a permis à Hinda de se resocialiser avec son retour à l'autonomie, elle s'en sert comme un objet qui appelle la compassion d'autrui, ce qui lui accorde une place particulière et d'énormes bénéfices secondaires.

Les mots trouvent difficilement leur place à ce moment charnière tant l'agressivité est importante de part et d'autre. Pourtant il faut faire de la place à cette parole pour que les mots, en achoppant sur le corps, parviennent à lui redonner existence. Pour se faire, il faut que le temps de la parole soit immédiat alors que le temps de la psyché est stratifié du fait des instances qui la régissent. Si les médecins avaient émis cette parole « *il faut amputer cette jambe* » ou distillé ce mot dès le départ sous forme de probabilité de dernier recours, l'effet sentence n'aurait pas eu lieu car inconsciemment le distillat aurait fait son travail de contention psychique contre le surinvestissement de la puissance accordée au chirurgien, contre la puissance accordée à l'espoir, contre la puissance de l'ignorance collective de la famille...

La mère le dit bien comme un reproche en fait (car si on fait très attention, au temps premier de l'urgence, ils (les parents de malades) sont tous prêts à entendre la sentence puisque, par elle, la survie de l'enfant est en jeu), elle dit : « *si c'était pour ça, fallait le faire avant que l'espoir ne naisse* ». Et elle a raison. Elle dit tout simplement pourquoi ne pas nous avoir prévenu AVANT (pas avant d'opérer mais bien avant que nous nous mettions à y croire).

Dès lors, le sens des options thérapeutiques avancées pour restaurer (enfin) ce corps ne tient pas compte du corps. En inadéquation avec la réalité somatique, l'amputation est annoncée alors que la jambe est toujours pseudo-valide.

La question aurait certainement dû être amenée autrement... en passant pas un réexamen de la jambe et du moignon distale, par une confrontation des espoirs parentaux à la réalité de la non reconstruction osseuse malgré tous les efforts, par l'aveu d'une impuissance à réparer (et pour les médecins, il est question ici d'accepter, d'intérioriser l'idée qu'ils ont obligation de moyens et non de résultats, et que du coup l'échec potentiel n'en est pas réellement un).

Sans compter que les soins que l'on apporte au corps d'un enfant sont autant pour lui que pour son entourage. Alors les soins que reçoit Hinda doivent tenir compte aussi du corps familial d'autant que c'est la première fille de la famille, qu'elle est pour eux un support valorisant. Réparer la jambe de Hinda avait symboliquement pour enjeu de réparer sa famille meurtrie également dans l'accident.

V.2.2. Une affaire de violence

Les soins sont douloureux, parfois « violents » car il faut maintenir Hinda pour certains actes (expression parties molles surinfectées, exérèse des zones nécrosées...)

Son accès maniaque et sa désinhibition violentent l'équipe, de même que ses sollicitations et ces nombreuses plaintes.

La complexité du cas, les efforts constants et incessants que les chirurgiens déploient pour sauver cette jambe épuisent l'équipe qui se fait violence pour sauver le membre devant les difficultés orthopédiques.

Quand les chirurgiens en arrivent à envisager l'amputation, ils l'annoncent brutalement aux parents.

Malgré mon intégration dans l'équipe (n'était-ce pas un leurre ?), lorsque l'amputation est envisagée, l'équipe ne pense pas à m'associer à l'annonce ni à la prise en charge (peut-être ne suis-je plus aussi présente dans leur esprit puisqu'en décembre j'étais repartie en France pour ma formation et je n'avais pas encore eu l'occasion à mon retour à Abidjan, début avril, de passer dans le service). Ce n'est que quand celle-ci est faite avec son cortège de violence et d'agressivité, que je suis appelée en urgence pour intervenir.

Sur ce terrain de violence, chaque acte ou chaque parole peut être considéré comme une déclaration de guerre et je prends conscience des rapports qui se tendent avec les chirurgiens qui me donnent l'impression de se sentir juger par mes interpellations.

Le contre-transfert des chirurgiens est négatif à ce moment-là, alors qu'ils avaient toujours été bienveillants pour Hinda et sa famille.

La première option qui s'offre à moi devant l'ampleur de la tâche est de demander à l'équipe de différer le projet, le temps de préparer psychologiquement Hinda et ses parents. Cette demande de report de l'acte chirurgical ultime a semblé difficile à accepter par les professionnels du soin. Leur esprit semble englué par l'idée inséminée par les assistantes sociales que le comportement des parents est uniquement guidé par l'appât du gain. Je suis aux prises avec des soignants qui en sont devenus rejetant. En effet, les entretiens avec les chirurgiens étaient tendus, ceux-ci considérant les parents comme manipulateurs. A contrario, la rencontre avec les parents me permet de prendre conscience qu'eux-aussi se sentent manipulés et qu'ils considèrent que les chirurgiens sont de connivence avec les assistantes sociales pour détourner à leur profit l'argent mis à disposition pour les soins de Hinda. Or, les chirurgiens n'en avaient été avertis que dans le courant de l'entretien. La présence des assistantes sociales à cet entretien semble se justifier par le besoin d'envisager les aspects financiers de l'amputation et donc de l'achat d'une prothèse.

Préoccupé par l'aspect esthétique et fonctionnel de cette jambe-corps, pour le chirurgien, il valait mieux pour Hinda avoir une prothèse et retrouver une mobilité plus grande que de rester avec cette jambe « qui ne sert à rien ». Le chirurgien pense le soin sans tenir compte ni du vécu psychologique ni de l'impact induit par cette amputation.

La réaction parentale apparaît aussi comme un outrage vis-à-vis du savoir chirurgical, et du désir médical de conclure ce cas par une pseudo-restauration définitive correspondant à la mise en place de la prothèse.

Il m'a fallu expliciter le ressenti parental pour permettre aux chirurgiens de se dégager de ce vécu outrancier pour maintenir leur engagement vis-à-vis de la patiente. Aux prises avec une jambe récalcitrante qui rechigne à se faire soigner, le réel de l'équipe chirurgicale apparaît comme effracté tout comme est mis à mal la temporalité du temps soignant. Sibertin (2003) a très bien décrit ses problématiques.

Malgré tout, j'ai eu, par la suite, l'occasion de voir que ce refus de l'amputation a été réellement vécu comme un camouflet par les chirurgiens et qu'ils ne l'ont pas digéré⁴⁵.

V.2.3. La visagéification en cours au travers des dessins de Hinda

Dans ce cas clinique, violence physique et psychique trouve dans le dessin un support d'élaboration. La souffrance, inhérente au traumatisme orthopédique, corrélée aux divers soins, peut s'exprimer en prenant forme et en se donnant à voir par le biais du dessin. Les dessins objectivent la psychisation du corps, et la mise en lumière de la corporéité fragmentée ce qui permet de prendre conscience que l'image du corps de Hinda est ici morcelée.

L'analyse des dessins a montré qu'autour de ce corps-jambe polyfracturé, il y a de nombreux enjeux. Le premier est celui de la perte d'unité corporelle. En effet, la gravité de l'attaque corporelle, en pleine adolescence, vient se surajouter aux problématiques préexistantes comme les questions liées à l'identité, l'individuation ou la sexualité. Lorsque ce corps est effracté au décours d'un traumatisme physique grave se surajoute une traumatisation psychologique (Brun, 2003 ; Sénéquier, Faleh et Jousseme, 2015 ; Sibertin-Blanc et Vidailhet, 2003 ; Vallet, 2003). La perte d'unité corporelle est renforcée par un corps vécu comme abimé, morcelé, mauvais contenant, aux prises avec le couple espoir-désespoir qui accompagne toutes les tentatives de restauration chirurgicale.

⁴⁵ Les conversations que j'ai eues avec trois chirurgiens, en 2014, au sujet de l'adolescente, montrent bien que son attitude a été vécue comme un affront aussi bien pour les individus que pour le savoir médical.

Les activités à médiation artistique peuvent jouer ici un rôle majeur et c'est ce que j'ai constaté. Sénéquier (2015) rapporte une pratique similaire. Au cours d'une expérience de prise en charge de blessés de guerre américain, ces soldats ont été invités à dessiner leur visage. Cet atelier-portrait montrait que l'accession à la reconnaissance de sa propre identité corporelle, mais aussi psychique, était une question cruciale. Dans ce cadre, le collage-mosaïque permettait de se rassembler pour se reconstruire, un morceau après l'autre. A la lumière de cet écrit, j'ai pu lire les collages qu'avait fait Hinda comme une tentative de colmatage de sa vie qui se délitait, un essai de réassemblage des morceaux de son corps.

Ainsi, ce corps est devenu difficile à habiter, il ne peut servir à construire un rapport positif à autrui et au monde. Les liens qui se tissent autour de cette jambe-corps sont marqués par une pulsion et un narcissisme de mort. La violence est importante, qu'elle soit internalisée ou externalisée. L'absence de possibilité de penser se laisse voir par ses larges plages rouges ou noires qui enveloppent la tête du bonhomme que Hinda dessine (p 119). Les productions graphiques de Hinda montrent que la feuille est attaquée comme son corps l'est en permanence.

Gal et Moro (2007) ont rapporté une histoire semblable à celle Hinda (mais en négatif comme un cliché photo), une de ses histoires qui confrontent aux impasses du soin aux confins du corps et du fonctionnement psychique, où logique de soin et logique parentale ne se rejoignent point. Une mère et sa fille réclament l'amputation d'une jambe qui vit mal pour pouvoir vivre « enfin » alors que la mère de Hinda vit l'amputation de la jambe qui s'accroche à la vie comme une sentence de mort. J'en arrive à me dire que, par juxtaposition, la jambe de Hinda est un MEMBRE de la famille. La jambe claudique et par sa présentification s'impose comme étant un élément avec lequel il faut compter.

Même si elles s'inscrivent dans des tonalités différentes, ces deux histoires se rejoignent dans la mise en échec du corps médical face à un corps effracté dont l'unité est difficile à restaurer. On voit aussi que le corps est en souffrance de l'histoire parentale dans laquelle il est inscrit (Brun et Bernard, 2003). Dans l'une comme dans l'autre de ces histoires, le corps adolescent est un objet transactionnel et transitionnel, porteur de pulsions agressives. La médiation par le dessin permet une mise en lumière de la conflictualité psychique et, dans une dynamique psychothérapeutique, la parole qui se mobilise autour peut permettre une réappropriation d'un vécu corporel douloureux et difficile.

Le dessin a permis de donner un visage à ces phénomènes psychiques, de pouvoir les mettre en mots et en représentation. Le narcissisme négatif et la perte d'identité ont ainsi pu s'exprimer de même que la perturbation du schéma corporel.

Malheureusement le fait qu'elle ne soit plus revenue en consultation ne nous a pas permis d'aller plus loin avec elle dans l'utilisation du dessin. Peut-être aurions-nous pu amorcer une certaine reconstruction du corps dans les séances futures ?

Par la représentabilité de sa souffrance, il y a une mise en sens possible avec possibilité de la tolérer, de la contenir et de la transformer.

V.2.4. La question des rapports

Dans le jeu de rapports, à la base triangulés entre Hinda, sa famille et l'équipe soignante, j'interviens comme 4^{ème} élément qui « dé-triangulise » et permet que se joue autrement les conflits et que les énergies circulent différemment. L'idée qu'il y ait un autre intervenant, admis dans le cercle des rapports entre patient, famille et chirurgien permet d'arrondir certains angles, d'élargir l'espace du soin, tout au moins psychique. Ainsi comme un carrosse serait stable sur ces 4 roues, chaque protagoniste par ses liens et liaisons avec les autres contribue à la stabilité du sujet dans le temps de la chirurgie, lui permettant ainsi de traverser cette épreuve.

Hinda m'interpelle et j'ai pour elle un contre-transfert positif. C'est d'ailleurs à partir de son cas que l'idée de travailler les questions du corps et de la représentation de soi en chirurgie m'est venue.

Qu'est-ce que cette rencontre suscite en moi ?

Primo, la pathologie psychiatrique qu'elle présente apparaît comme pour valider ma présence dans le service et la nécessité de mettre en place une aide spécifique, pédopsychiatrique, pour les patients de l'unité de soin. Progressivement, la douleur qu'elle exprime sur le plan physique et psychique, tous les mouvements psychiques et les transferts qu'elle suscite au niveau de l'équipe m'apparaissent comme captivant à interroger.

Je m'intéresse à la situation et, dans le contexte ivoirien, avec l'absence de cadre d'exercice de la pédopsychiatrie de liaison, sans référentiel aucun, je m'exerce à théoriser une pratique qui permettrait à cette adolescente de traverser cette épreuve sans trop de séquelles psychiques.

Mon désir d'aider est parfois en butte avec la lassitude qu'impose la longueur de l'hospitalisation et le fait de revoir inlassablement la même patiente. De plus, la non prise en compte de la dynamique psychologique de cette jambe multi-fracturée, de l'immobilisation et de la perte d'autonomie qui l'accompagne, la violence des affects sont bien souvent difficile à supporter.

Rapidement, j'apparais pour Hinda et sa famille être celle qui écoute et qui prend du temps pour eux.

Le père me montre régulièrement les plaquettes de médicaments comme pour me prouver que sa fille prend effectivement le traitement, mais aussi qu'il honore les ordonnances que j'ai faites. N'est-ce pas aussi, en essayant de me faire plaisir, une façon pour lui de se revaloriser et de l'être ? J'ai toujours droit à un grand sourire de sa part et Hinda me donne l'impression de considérer que je suis devenue sa « copine ». Dès que je rentre dans la chambre pour voir d'autres enfants, elle m'interpelle par mon nom et réclame mon attention. Peu de liens se tissent avec la mère qui parle peu, s'efface dès mon entrée dans la chambre.

Le temps que je prends pour Hinda, et l'écoute des paroles et des silences de ses parents réintroduit l'adolescente dans sa réalité de sujet vivant, existant et interagissant. Elle semblait retrouver vie pendant les derniers temps de son hospitalisation.

V.3. QUELQUES MOTS DE FIN, POUR UNE HISTOIRE SANS FIN

L'histoire de Hinda c'est celle d'un lourd traumatisme orthopédique et d'une chirurgie tout aussi lourde avec une hospitalisation sans fin. Le corps perd peu à peu sa structuration psychique voire même de son ossature psychique. Le narcissisme de l'adolescente est mis à mal, l'identité se perd dans ce corps qui n'en n'est plus vraiment UN, au sens d'unitaire, d'unifié. Tout à coup, il est partie, partiel, portion. Tout à coup encore, la pulsion totale se retire (se désinvestit) du tout-corps intégré pour s'engager (par devers le principe de survie) dans un travail laborieux de réinvestissement primaire d'un corps-objet partiel, comme jadis le nourrisson, et le vécu crescendo de la pulsion partielle. Sauf que ce réinvestissement s'opère

via un objet partiel endommagé, mortifiant et mortifère. Par ricochet, le Moi-Je nourrissant le narcissisme de l'individu construit et de l'adolescent en construction s'étiolé soudain pour redevenir un Ça...moi ? Ce jeu de mot pour dire : « *quoi c'est ça que moi je deviens !* ». Le « Ça » traduit la réduction de tout l'être psychique à une portion physique anatomique mal « digérée » comme c'est le cas de Hinda dont l'être entier fini par se résumer à sa jambe polyfracturée.

La visagéification de la douleur/souffrance, par l'intermédiaire du support papier, permet de voir le gouffre émotionnel et psychique dans lequel Hinda sombre irrémédiablement.

Malheureusement, le pédopsychiatre n'est pas, ici, une bouée suffisante pour la maintenir psychiquement. Les chirurgiens, par leur non prise en compte de la dimension psychologique de la pathologie chirurgicale, tout comme les circonstances sociales et l'environnement économique hautement défavorable sont autant de facteurs de traumatisation et de l'effondrement psychique inéluctable.

Finalement, Hinda et son corps sont un cor médi-cal dans le sens d'une callosité, d'une excroissance qui repousse sans cesse, qui ne dit ou dit mal, refuse de dire et d'obéir au corps soignant, et dont la consolidation s'est faite avec un cal, de façon vicieuse et déformée.

Elle est devenue objet persécuteur pour le corps médical car, par sa présence, elle réactive le double échec thérapeutique de l'équipe chirurgicale : échec de restauration de la jambe, échec à se faire obéir d'un patient, qui plus est analphabète. De plus la monstration de cette jambe-corps violente l'équipe.

Le discours de Hinda, qui tend à laisser croire qu'une forme de restauration se serait mise en route, est en nette contradiction avec ce qu'elle représente.

Son activisme social semble lui avoir permis de retrouver une certaine place dans son environnement, mais l'édifice précaire d'une pseudo-reconstruction aussi bien physique que psychique vole en éclat au cours de dernier rendez-vous avec l'annonce de l'amputation.

L'étude de ce cas montre qu'une hospitalisation longue ainsi qu'un traumatisme physique important, dont la réparation est compliquée, entraîne plus qu'une effraction psychique dans les suites de l'effraction corporelle, mais un véritable effondrement de la psyché. Les représentations que le sujet peut faire de lui-même en témoignent même si les verbalisations ne sont pas très explicites à ce niveau.

L'histoire de Hinda témoigne aussi comment, parfois, chirurgien et malade évoluent sur deux planètes différentes, dans des logiques de soins opposées. Les nombreux actes chirurgicaux que l'adolescente subit avaient pour but de récupérer au maximum la mobilité du membre. Alors qu'au vu des dégâts corporels ni elle ni ses parents n'envisageaient une possible réparation, voilà qu'après plusieurs mois d'hospitalisation, elle peut se lever et marcher à l'aide d'une béquille (n'est-ce pas ici un bénéfice, sinon le bénéfice attendu ?). Les prouesses chirurgicales ont fait naître un espoir certain. Malheureusement, l'évolution clinique défavorable de la jambe de Hinda agira comme catalyseur d'une dépression et d'une perte de soi.

Face à cette jambe, médicalement, il vaudrait mieux amputer et mettre en place une prothèse. Cependant pour l'adolescente et sa famille, le gain (suite aux soins) c'est le retour à une certaine mobilité et le maintien de cette jambe comme vestige des épreuves traversées et surmontées.

Lorsqu'un enfant subi un traumatisme, c'est parfois en lien avec son « banditisme⁴⁶ », comme c'est le cas pour Hinda décrite comme aventureuse par sa famille. L'accident a valeur ici de rappel à l'ordre. Mais l'accident peut-être aussi vécu comme une sentence divine ou présenté comme telle.

Les grandes douleurs que subit l'adolescente au cours de son hospitalisation en chirurgie la déshumanisent progressivement et le visage, comme la forme humaine, se perd.

Peut-être que si le cas de Hinda avait été discuté en équipe et le vécu psycho-social de tout son parcours en chirurgie pris en compte, il est évident ou probable que l'évocation d'une amputation aurait été abordée autrement et notamment en tenant compte de toutes les représentations sous-jacentes.

Cette situation illustre bien la nécessité d'un travail pluridisciplinaire en chirurgie pour accompagner les chirurgiens et les patients.

Ce cas clinique a fondé mon désir de m'intéresser à la question de l'effraction corporelle en chirurgie pédiatrique et de sonder quel pouvait être l'apport du dessin dans le travail psychique autour du corps.

L'enfant ou l'adolescent atteint dans sa corporéité est paradoxalement menacé par les actes chirurgicaux, la douleur prend visage dans le dessin par le biais de la représentation de soi.

⁴⁶ Voir note n°44, p 139

CHAPITRE VI. IBRAHIM, UNE RENCONTRE AVEC LA MORT QUI FIGE LE VISAGE

VI.1. ACCIDENT DE LA ROUTE ET INSCRIPTION TRAUMATIQUE DANS LA PSYCHE

Ibrahim est un garçon âgé de 10 ans, scolarisé en classe de CP2 à Abobo, une commune d'Abidjan.

Je le rencontre le 24 avril 2013, quinze jours après le début de son hospitalisation, en chirurgie pédiatrique au CHU de Cocody, pour traumatisme de la jambe droite suite à un accident de la voie publique survenu depuis le 7 avril.

VI.1.1.Des éléments cliniques

Le premier entretien a lieu en présence de sa mère qui est veuve. Elle réside à Mankono⁴⁷ où elle est agricultrice.

Depuis quatre ans, l'enfant vit chez sa tante paternelle, domiciliée à Abobo, avec deux autres tantes, deux cousins et sa grand-mère. Il est le 4^{ème} d'une fratrie de 5 enfants qui vivent tous avec la maman. Le père est décédé depuis 10 ans.

Le développement staturo-pondéral et psychomoteur est décrit comme ayant été normal par la mère. Il a cependant présenté des convulsions hyper pyrétiques en période néonatale. Hormis ces crises comitiales⁴⁸, il n'y a aucun autre antécédent ni personnel ni familial.

Le comportement général est jugé normal de même que le sommeil, l'alimentation et les conduites sociales.

Ibrahim a été admis dans le service pour un traumatisme ouvert de la jambe droite.

L'anamnèse montre qu'en traversant la chaussée, il a été percuté par une voiture. Il a alors ressenti un craquement et une douleur vive avec impotence fonctionnelle⁴⁹ immédiate. Il est

⁴⁷Ville située au nord-est du pays à 452km d'Abidjan

⁴⁸ Les crises comitiales sont les crises d'épilepsie

⁴⁹ Impotence fonctionnelle : impossibilité d'utiliser le membre de survenue brutale

resté seul après l'accident, entouré de badauds et de policiers, le temps que son cousin aille chercher des adultes de la famille. Par la suite, il a été évacué à l'hôpital par les pompiers. Il n'a présenté aucune perte de connaissance.

A l'admission, cliniquement il y avait un important délabrement de la face externe de la jambe droite avec une perte de substance cutanée et musculaire. Le 1/3 inférieur de la fibula était à nu avec une perte de l'épiphyse. Le pouls pédiex n'était pas perçu. La sensibilité et la motricité des orteils étaient conservées, mais la flexion plantaire impossible. Cela traduisait une atteinte vasculaire et ligamentaire associée à la fracture osseuse.

Ce traumatisme nécessitera plusieurs actes chirurgicaux⁵⁰. Si le pronostic vital n'était pas engagé, a contrario le pronostic fonctionnel était réservé car le deuxième temps de parage avait été différé à cause d'une hyperthermie et des difficultés financières importantes de la famille qui ne pouvait faire face aux différentes dépenses⁵¹.

Au moment de notre rencontre, il est assis dans son lit d'hôpital portant une attèle au membre inférieur droit, dont le bandage est souillé.

Je profite de cette première entrevue pour faire une évaluation pédopsychiatrique de l'enfant, y compris de sa relation à sa mère qui est assise derrière lui. Cette dernière intervient peu au cours de l'entretien. Je suis en face d'un maternel douloureux. La maman m'apparaît en souffrance psychique. Elle présente des symptômes dépressifs et se met à pleurer quand Ibrahim évoque son père et son angoisse de mort. En effet, Ibrahim n'a pas connu son père puisque ce dernier est décédé alors qu'il était nourrisson. Pourtant au moment de la confrontation directe à la mort, c'est la présence de ce dernier qu'il réclame : « *au moment où la voiture m'a cogné, je voulais que mon papa vienne* ».

Il est calme avec un bon contact, sa mère le décrit comme pensif. Le langage est clair et cohérent, la voix baisse quand il évoque ses pensées. L'autonomie et socialisation sont bonnes tout comme ses interactions avec les différents partenaires en présence (équipe soignante, famille et autres patients). Ses préoccupations sont centrées sur sa guérison. Son humeur est légèrement dépressive et il présente une certaine anxiété.

⁵⁰Le 8 avril, les chirurgiens ont procédé à un parage avec lavage abondant à l'eau du robinet et sérum salé isotonique (SSI). Il y a eu une excision des parties mortifiées et mise en place d'une attèle plâtrée postérieure. Les mêmes soins sont renouvelés le 11 avril (J4) pour délabrement latéro-postérieur de la jambe droite.

⁵¹ Cette situation rappelle celle de Hinda mais aussi l'état du système sanitaire ivoirien.

Cet entretien me permet de relever des éléments en faveur d'un stress post-traumatique dont témoignent la confrontation directe à la mort, l'impression qu'il allait mourir, les reviviscences qu'il évoque et une hyperactivation neurovégétative avec anxiété et insomnie. Il y a aussi dans l'histoire d'Ibrahim une forme de transmission du trauma maternel lié à la mort du père, mais j'y reviendrai.

Comment cela se traduira-t-il dans le dessin ?

VI.1.2. Ibrahim et le trauma durant les entretiens

Malgré une certaine limitation linguistique et langagière m'obligeant parfois à reformuler les questions, il me parle sans grande hésitation même si sa voix est bien souvent basse. Je lui demande de me relater les événements. « *C'était un dimanche, je voulais courir pour traverser mais mon petit frère m'a appelé. J'ai tourné la tête et une voiture m'a cogné et le chauffeur a fui. Je suis resté avec les policiers. Mon petit frère est allé appeler mes parents*⁵². *Les pompiers m'ont mis dans la voiture et m'ont conduit ici* » me dira-t-il d'un ton las.

Interrogé sur son ressenti corporel et émotionnel au moment de l'accident, il me dit : « *Quand la voiture m'a cogné, j'ai pensé à mon papa* (sa mère se met alors à pleurer). *Je voulais qu'il vienne me chercher. Il est mort depuis longtemps, mon cœur était là bouger-bouger*⁵³. *Je ne voulais pas mourir. J'avais mal au pied et l'os était dehors* ». Toute son attitude corporelle (corps crispé, prostré et traversé de légers tremblements), à ce moment, témoigne d'une réactivation des images traumatiques mais aussi d'une angoisse de mort.

Je le questionne sur ce qu'il a perçu de l'opération chirurgicale et des différents actes. « *Ils ont pris de l'eau pour laver et puis ils ont fermé et attaché* ». Quand je lui demande ce qu'il entend par « *ils ont lavé* », il explique qu'il parle de l'opération et donc du parage. Puis il me dit, pendant que les chirurgiens s'occupaient de son pied, lui ne pensait qu'à Dieu, se disant qu'il fallait qu'ils finissent au plus vite. Il semble avoir été au supplice durant cette intervention comme si l'anesthésie avait été peu efficace, ce qui n'apparaît pas dans son dossier médical.

⁵² Cette phrase met en relief les caractéristiques de la parenté africaine dans laquelle les cousins sont appelés des frères et, les oncles et tantes considérés comme les parents. Ainsi, Ibrahim parle de son cousin quand il dit « *mon petit frère* » et de ses tantes et oncles (personnes avec qui il vit) quand il dit « *mes parents* »

⁵³ « bouger-bouger » : expression pour traduire les palpitations cardiaques.

Pourquoi cette référence à Dieu ? Sans le dire, et en tenant compte de la culture ivoirienne et de la religion musulmane qui est celle d'Ibrahim, je comprends que Dieu est, dans la détresse, le recours secourable auquel l'enfant se raccroche par manque d'environnement parentale suffisamment bon ou secourable pour le protéger de la douleur et de la souffrance. Cet enfant est seul, comme il l'a été au moment de l'accident, comme il l'est depuis le début de son parcours en chirurgie. Sa mère, en proie à ses propres problématiques est transparente dans sa présence, et ceux à qui cet enfant a été confié brillent par leurs absences à ses côtés.

Il n'y a pas d'attaches, pas de liens qui peuvent être pour cet enfant, des fils relationnels qui lui permettraient de traverser cette épreuve sans trop de séquelles. Et c'est là que l'on voit que les échecs du langage, qui a du mal à se dire dans la relation de soin (sa mère parle peu, tout comme l'équipe soignante lui parle peu), témoignent des faiblesses des liens d'attachement.

Pour lui, il a été bien soigné et quand les bandages seront retirés, son pied « *sera fini* », signifiant ainsi que son pied sera guéri. Considérer qu'il a été bien soigné alors qu'il y a une défaillance du soin, témoigne de la carence des soins qu'il a pu recevoir dans sa vie. En effet, il n'a pas reçu tous les soins médico-chirurgicaux que nécessitaient son état et il n'a pas de réel soutien parental ou maternel qui lui aurait permis de recevoir des soins affectifs. Ces propos montrent aussi le surinvestissement dont il fait montre devant le peu d'attention et les quelques soins qu'il reçoit. J'en déduis que, certainement que l'accident n'est pas fortuit et que se jouent là des questions qui se révéleront par la suite. Ne s'est-il pas mis en danger pour, enfin, recevoir une attention satisfaisante et gratifiante ? Ne s'est-il pas exposé inconsciemment, en répondant à un appel qui le détournait de son chemin et voilait sa vision, le faisant ignorer le danger de traverser une rue sans regarder ? Ce faisant, n'était-ce pas un appel à la mère, par-delà le temps et l'espace ?

Face à d'importants défauts de contenance et d'étayage, que lui reste-t-il ? Son appel sublimatoire à Dieu, lui procure certainement un certain enveloppement devant les défaillances de l'enveloppe familiale qui est non-contenante. La contenance de l'enfant, qui se tient droit et rigide, sans s'étaler dans le lit, est une attitude opposée à la déliquescence maternelle qui s'effondre d'autant que l'enfant, par sa maladie et ses propos, réactive des affects dépressifs. Sa posture est teintée de la couleur du deuil et du rejet, il est sombre. Nonobstant son appréciation positive sur la qualité des soins, il a bien conscience qu'il y a une partie de l'os qui est à nu, ce qu'il relève à mon attention mais sans affects particuliers.

Cela semble ne pas compter. Tout au plus, je me dis que cet os le fait exister dans le regard de l'autre et donc il peut faire avec et supporter son hospitalisation, sa fracture et les soins inhérents puisqu'il existe dans une relation objectale avec l'équipe chirurgicale.

Il ne se pose aucunement la question de la reconstitution des parties molles endommagées. Il ne s'interroge pas dessus, tout comme il ne m'interroge pas malgré la proximité que j'essaie de créer pour favoriser l'établissement d'une relation satisfaisante. Je prends du temps pour lui, pour me tenir à ses côtés mais cela ne semble pas l'atteindre tant il est focalisé sur sa fracture. Sa pensée m'apparaît fonctionner sur un mode magique, comme si par la toute-puissance de son désir, la restauration viendra ou comme si par un prodige fantasmagorique, se riant des produits pharmaceutiques et validant le pouvoir héroïque du chirurgien, le pied s'auto-engendrera et guérira seul, comme un sphinx renaissant de ses cendres.

Poursuivant l'entretien, il me dit ensuite qu'il pense moins, que ça ne bouge plus⁵⁴ dans son cœur ni dans son corps traduisant ainsi le fait qu'il est moins anxieux et préoccupé. Qu'entendre ici sinon que la pensée ça ne sert à rien, sinon a attristé maman qui pleure beaucoup alors qu'elle n'est pas là pour ça mais pour lui. Les pleurs maternels le voilent à la mère et Ibrahim demeure nié. Alors comme pour se (re) donner à aimer par sa mère, il manifeste un ultime désir celui de retourner dans le giron familial. Ce qu'il désire, et qu'il exprime clairement, c'est donc de rentrer « chez lui » pour reprendre ses jeux avec ses amis à la maison. Ce « chez lui », c'est Mankono et non Abobo comme je le comprendrais par la suite. Cela montre qu'il ne s'est pas adapté à sa vie à Abidjan malgré les années. Ce désir de retour au bercail, c'est aussi et surtout, je pense l'idée de redevenir un enfant, l'enfant de la mère, le dernier d'une fratrie importante et se réapproprier sa vie. Sa position dans la famille d'accueil à laquelle il a été confié semble être celle de l'aîné des enfants alors qu'il est dernier de sa fratrie. Cette position, dans sa famille abidjanaise, doit lui imposer un certain nombre d'attitudes et de responsabilités, ce qui lui exige aussi d'être solide et solidement campé sur ses jambes. Pourtant ses jambes lui feront défaut !

D'une place de cadet, de rejeton (celui par qui la mort est arrivée, s'entend celle du père), il est dans un monde autre, monde urbain dont les lois diffèrent en tout point de celles du monde rural, projeté à la place d'aîné. Renversement d'ordre tant dans le réel que dans le fantasme... qui le perde de n'être rien, sinon celui qui occupe toute place sans en avoir de réelle. Autodafé

⁵⁴ Il n'a plus de palpitation, il ne sent plus les battements de son cœur

symbolique, d'une liberté qui n'en est pas une, d'une fraternité qui n'en est pas une, d'une vie qui n'en est pas une...

A avoir trop de place, il n'en a pas assez, à en occuper trop, il n'en occupe aucune. Petit ou grand, il ne sait plus... et je comprends peut-être ici pourquoi est-ce qu'il est arque-bouté sur le « 10 » qui apparaît dans tous ses dessins comme je le verrai par la suite. Ce chiffre repère est peut-être la seule chose qu'il possède avec assurance, son âge, son instant T.

Nous poursuivons l'entretien en parlant de son hospitalisation, de ce qu'il ressent durant ce moment particulier où son corps reçoit les soins que nécessite sa jambe et où lui-même est l'objet d'attention et de soin par les adultes qui l'entourent.

Il me dit vivre ce temps difficilement et qu'il veut rentrer à la maison. C'est donc une parenthèse (celle du temps chirurgical ou celle du temps à Abidjan ?) qu'il veut refermer pour s'engouffrer dans la porte qui s'est ouverte sur son monde car sa mère est venue de son ailleurs pour le rejoindre dans son ici et maintenant. Elle retisse implicitement un lien qui semblait être perdu. Ainsi a-t-il peut-être une chance de rentrer chez lui, à Mankono, et il ne veut pas la rater. Pour cela, il semble prêt à tout subir. Pourtant derrière cette bravoure apparente, se cache une grande fragilité car sa mère dit qu'il pleure souvent et qu'il n'en dort pas la nuit. Il déprime et se déprime dans un double processus dont une part est inhérente à sa pathologie, au choc traumatique de l'accident et aux soins qui ne sont pas ce qu'ils devraient être. L'autre part, je la pense comme en lien avec une absorption de la dépression maternelle, dans un processus dépressif anaclitique. Dépression anaclitique due à une mère morte pour lui, mère qui se refuse à vivre. Alors Ibrahim se met dans la position d'expiation la mort, le mauvais sort, de délivrer sa mère et de s'auto-délivrer du spectre paternel. Il se sacrifie et cela a une dimension relationnelle car le sacrifice est un moyen de créer une réconciliation avec le divin. Il permet de transcender la mort, et ainsi on peut se sacrifier dans la mort pour sa famille (Boëtsch, 2009). C'est une interprétation possible de l'attitude d'Ibrahim.

Derrière le masque de ses espoirs illusionnés, il est soucieux de son pied et me répète, toujours dans son fonctionnement de pensée toute-puissante et sublimatoire, que quand les médecins ouvriront ses bandages son pied sera guéri comme par magie. Il illusionne une guérison rapide que rien n'augure. Il illusionne sa guérison comme il fantasme une mère ressuscitée.

Quels appuis psychothérapeutiques instaurés pour cet enfant qui se berce d'illusions multiples ? Ai-je même le droit de tenter de bouger les pierres de l'édifice qu'il a bâti dans un souci de contenance là où tout semblait lui faire défaut ? Si son faux-self le protège d'un effondrement

psychique, d'un éclatement psychique certain, est-il réellement efficace ? De cela, les dessins futurs nous parleront.

Je repasse le voir quelques jours plus tard, le 28 avril. Il est prostré dans le lit, dans une attitude qui traduit une douleur importante. Il ne gémit pas, pleure encore moins. A part son corps qui semble s'être figé, rien ne trahit sa douleur. Posément, il refuse l'entretien en me disant qu'il a mal. Il vient de recevoir les soins d'asepsie. Devant cela, je décide de le laisser, non sans lui avoir proposé de réaliser la série de trois dessins qu'il accepte de faire quand il aura moins mal. Ayant eu par la suite, un autre jour l'occasion d'assister aux soins infirmiers, je comprendrais pourquoi est-ce que Ibrahim avait cette attitude refermée sur lui-même, comme pour s'auto-préserver d'une certaine désagrégation découlant de la douleur charnelle. Je reste stupéfaite devant la capacité de cet enfant à engranger de la douleur, à laisser la souffrance s'infiltrer et l'envahir. Teinté de cette souffrance, qui transsude sa peau psychique et même physique, celle-ci ne le déborde pourtant pas. Aurait-il érigé consciemment ou non une béquille psychique contre laquelle il s'adosse pour encaisser les coups et à-coups de ce qui lui arrive de sidérant et les contrecoups de ce qui est sciant ?

Il est comme un martyr prêt à tout pour le salut... Mais le salut de qui ? Est-il prêt à mourir pour que renaisse sa mère ? Je l'ai dit, tout évoque chez lui une attitude expiatoire. Espère-t-il qu'en mourant, il aura une chance de vivre pour cette mère qui l'a abandonné dans des mains qui le lâchent et ne le tiennent pas, ce dont témoignent l'absence des autres habitants de sa maisonnée à ses côtés ?

Sur ces interrogations, dubitative, je le laisse et je retente ma chance pour un autre entretien le 2 mai. Mais ce n'est pas possible car je le surprends au moment où il fait ses selles dans un vase sur son lit. Aucune précaution particulière n'a été prise ni par l'équipe soignante ni par la mère pour préserver son intimité : pas de paravent (le service n'en a pas) pas de pagne pour le cacher. Il manifeste de la gêne et de la honte, ce qui se comprend, et je lui propose de revenir le lendemain. Ibrahim fait ses selles, au vu et au su de tous, sur son lit, lit sur lequel il sera par la suite étendu. Ibrahim, il n'a pas de mannes... Non seulement, il n'est pas sous les mannes mais il ne reçoit pas de manne ni d'aumône puis qu'il ne reçoit aucune gratification ni soulagement (même pas celui d'avoir un moment à lui, une certaine intimité), ni nourriture psychique (affection, amour, réconfort) qui aurait pu le restaurer ou l'abreuver. Sa mère, même, semble sous d'aussi mauvais auspices. Faire ses besoins (moment de fragilité où on est nu et où on se

libère de ses déchets) en public m'apparaît comme un instant où perversion et pulsion se confondent.

Une jouissance naitrait-elle de ce moment où finalement il est comme il est perçu, comme il se perçoit, tout et rien à la fois, vu et invisible, rebus et rejet ?

En effet, n'y a-t-il pas là une jouissance perverse de se donner à voir et d'être vu dans un moment où la bienséance veut que l'on se cache ? Cet enfant est livré aux regards des autres, au vu et au su de l'ensemble des autres présents. Il est livré à la vie, livré aux soins des autres, livré en pâtures dans une perversion de son intimité (extimité imposée par autrui qu'il subit sans revendiquer son intimité). La mère ne le protège même pas, rien ne le protège (pas même un pagne), alors il se livre et se donne à voir, avec résignation, dans une certaine indifférence de soi.

J'ai enfin l'occasion de reparler avec lui le 3 mai. Son discours est clair et le contact est bon. Il ne manifeste aucun signe de fatigue. La mère n'est pas présente. Il s'intéresse à tout ce qui l'entoure et sa socialisation est bonne. Son humeur est normale avec quelques affects joyeux, il sourit. Il me dit qu'il ne se sent plus, ce qui semble vouloir dire qu'il n'a plus de sensations particulières dans son corps, lequel il ne sent plus bouger intérieurement comme au début. Cela témoigne d'une certaine accalmie interne et d'une baisse de l'anxiété (ou de son enkystement ?). J'ai peur que cela puisse aussi traduire comme une forme de dépersonnalisation, d'anesthésie émotionnelle et psychique, de mise à distance de tout ce qui n'est pas gratifiant.

Sur ce fait, la mère arrive. Pour elle tout va bien, et elle me dit que l'enfant ne désire que rentrer à la maison. Elle ne dit pas si elle est prête pour cela ou si la famille d'accueil a été associée à la décision qui semble avoir été prise. Nous poursuivons l'entretien et Ibrahim me fait savoir qu'il n'a plus de pensées particulières, que tout va bien. Son hospitalisation aussi se passe bien (l'incident de la veille semble avoir été oublié). Il y a comme un effacement des affects.

Je m'enquiers de ce que les chirurgiens auraient éventuellement dit de son état. Il me répond « *Je ne sais pas. Il dit si on a fait jeudi, samedi on va partir* ». Apparemment ce qu'il y a à faire c'est un nouveau lavage avec parage du pied et la sortie sera envisagée.

Au cours des différents entretiens, il réalise plusieurs dessins.

VI.2. PSYCHOPATHOLOGIE DE L'EFFRACTION CORPORELLE CHEZ IBRAHIM

Ibrahim m'apparaît comme un enfant en grande souffrance psychique et corporelle au-delà de sa jambe fracturée.

Cette souffrance semble être contenue grâce à la mise en place d'un corset psychique ou d'une attèle, ce qui lui donne une attitude figée, comme si de lourdes défenses s'étaient mises en place pour le maintenir à la verticale, et éviter ainsi l'effondrement lié à l'absence de tuteur psychique. Il y a, en effet, un effacement des affects comme pour maintenir une enveloppe corporelle fragilisée. Selon Guittonneau (2012), l'effacement des affects est une œuvre de thanatos et résulte d'une fragilité narcissique. Le corps effracté est le terrain qui réactive la conflictualité parent-enfant, les affects agissant comme décharge-signal pour attirer l'attention d'un autre secourable, d'un membre de l'entourage. Or chez Ibrahim, l'autre secourable est absent, de cette absence et de ce silence de l'autre s'en suit une extinction des affects pour ne plus avoir mal.

L'attitude d'Ibrahim me fait-elle évoquer qu'en mettant sous l'éteignoir ses affects, il parvient à maintenir ses limites corporelles fragilisées. Ainsi immobilisé aussi bien psychiquement que corporellement par la vanité de ses affects, il en arrive à les mettre de côté. Cet effacement des affects va préserver l'image d'un autre bienveillant en relevant paradoxalement la trace de sa défaillance, c'est un processus illusionnant un autre existant et potentiellement étayant. Alors même si Thanatos rôde, Eros se présente dans le maintien des enveloppes comme observé chez Ibrahim.

Ainsi l'effacement des affects, par sa fonction de maintien d'une fragile enveloppe psychique et corporelle, dévoile-t-il son lien à Éros. En effet, soutenu par un mouvement libidinal, ce processus fait apparaître la présence de traces d'un « bon » objet, au-delà des défaillances majeures de l'objet réel. Traces qui, par leur immobilisation, s'inscrivent dans la psyché, à défaut de pouvoir véritablement s'organiser. L'effacement des affects vient alors faire signe d'un sujet maintenu, comme son objet interne, *en dormition*, véritable témoin d'un mouvement paradoxal de survie. Pour cette raison, la rencontre avec un analyste, dès lors qu'est reconnu et accueilli ce mouvement libidinal, permet la restauration de l'enveloppe. (Guittonneau, 2012)

Il y a confluence de plusieurs problématiques : la rupture de liens familiaux et l'éloignement de son milieu d'origine, le vécu du confiage dans une famille (paternelle) non présente, à ses côtés,

durant son hospitalisation, le père mort qui fait de l'ombrage à sa vie et cet accident autour duquel se rejoue les problématiques du début de sa vie : mort, peur, solitude, abandon.

Le dessin me donnera, je l'espère, une opportunité de mieux comprendre comment sa psyché s'arrange de tous ces désagréments et surtout une occasion que se dise une parole autre pour favoriser la réparation psychique.

L'accident m'apparaît comme étant un caprice du destin qui lui offre une opportunité de redistribuer les cartes de sa vie.

VI.2.1. D'une destinée marquée par la mort à un destin offert par l'accident

Ibrahim semble être sous le coup d'une puissance qui a réglé à l'avance le cours des événements à venir. Sa destinée, sa vie sont très tôt marquées par la mort de son père (même si je ne sais pas exactement à quel moment ce drame est arrivé autour de sa première année de vie). De cette tragédie, la mère garde de nombreux stigmates en témoignent ses pleurs et la vive réactivation de sa douleur quand l'enfant évoque son accident et le cri de détresse lancé par-delà la vie, le temps et l'espace pour que de l'au-delà, du passé au présent, revenu du monde des morts, le père se fasse protecteur face à la mort et à l'angoisse.

La mère d'Ibrahim est une mère-morte de la mort de son mari. Elle est comme une ombre qui passe et bien souvent je ne la rencontre pas, elle apparaît et disparaît sans bruissement comme si elle avait du mal à exister. Quand elle est présente au lit de son fils, elle est assise derrière lui mais ne lui offre aucun support ni physique ni psychique et il n'y a aucun contact entre eux, aucun ne cherchant l'autre même pas du regard. Je comprends que Ibrahim sait intuitivement qu'il ne peut être étayé pas celle qui vit dans un autre monde, de là certainement cette rigidité que j'observe dans son attitude. Il ne cherche aucun appui dans la détresse et ne voit pas les mains secourables qui se tendent vers lui, lui qui est lâché par et dans la vie.

Il est doublement sans appui, car les substituts parentaux, la famille à laquelle il a été confié depuis quatre années, n'est pas là pour le soutenir dans cette épreuve. Je n'ai jamais rencontré, tout au long de son hospitalisation, la tante chez qui il vit ni aucun autre membre de son environnement.

Sans appui, sans protection ni protecteur, c'est un enfant triste et esseulé que je rencontre. Il présente un retard scolaire qui peut s'expliquer par le retard à la scolarisation dans les villes de l'intérieur et certainement par la pauvreté de la mère (des processus dépressifs précoces ne sont pas à occulter). C'est d'ailleurs dans l'espoir de lui assurer un meilleur devenir que celle-ci s'est séparée de lui en le laissant venir à Abidjan où il recevra certainement une instruction bonifiée. Cependant, cet éloignement pourrait aussi être dû à l'incapacité de la mère à assumer sa détresse, celle de ces autres enfants qui ont perdu leur père quand le dernier⁵⁵ ne l'a pas connu.

Pour cet enfant, le père est mort trop tôt (bien qu'un parent quel que soit son âge meurt toujours trop tôt), et pourtant il continue de vivre psychiquement. De lui, Ibrahim s'est forgé une représentation reliée à la mort, comme si celle-ci avait pris le visage du père. L'image du père semble donc associée à la mort et à des affects tristes chez la mère. La mort (dont on ignore tout) de ce père est ici l'évènement fondateur du trauma. Autour de ce trauma, Ibrahim s'est construit avec une identification à la mort. L'édifice psychique de sa structuration s'est figé pour tenir face à une défaillance de soins précoces que je déduis de l'absence de liens affectifs patents entre mère et fils.

On peut aisément, d'une part, interroger ici la question de la puissance du père, dont la présence est fantasmée au cours de l'accident et d'autre part, l'association qui peut exister dans les processus de pensée entre la naissance d'Ibrahim et la mort du père.

De cette mort qui s'est infiltrée partout et qui prend plusieurs facettes, se jouant des personnes en présence, le langage de l'enfant témoigne. Celui-ci est très imagé avec des expressions caractéristiques du langage ivoirien. Ces locutions reflètent une certaine psychopathologie de par le double sens qu'on peut attribuer à certaines paroles. Pour exemple, « *mon pied est fini* » peut s'entendre comme « mon pied est mort » ou comme « mon pied est terminé » mais aussi comme « mon pied n'est plus malade, il est guéri ». Eros et thanatos cohabitent intimement dans le discours d'Ibrahim, et par-delà les mots dans toute l'existence de l'enfant.

⁵⁵ Il est le 4^{ème} d'une fratrie de 5, le 5^{ème} n'étant pas du même père, Ibrahim est donc dernier de sa fratrie.

Pour lui et sa mère, le vécu de l'hospitalisation et des soins sont difficiles. Ils n'ont pas d'argent pour la deuxième opération qui aurait permis de remettre l'os en place. La maman a des difficultés pour acheter les médicaments. Cette situation de précarité et de pauvreté agit aussi comme un facteur défavorisant la réparation et la restauration.

Depuis son accident, Ibrahim ne souhaite que rentrer au village avec sa mère, et parfois à cause de cela il ne s'alimente pas, ni ne dort. Il se place ainsi dans une position de « mort », car c'est peut-être ce qui peut faire réagir la mère, pour susciter un potentiel émoi et l'obliger ainsi à se réapproprier son enfant. Ibrahim fait le mort pour attirer avant tout l'attention de sa mère et l'obliger à réagir. Elle dont le regard est porté au-delà de la vie, fixé sur le père, peut-être osera-t-elle le voir s'il se fait mort ? Peut-être le regardera-t-elle enfin ? Mère morte, que le père revenu du monde des morts apostrophe. N'est-ce pas un appel du père, rappel de son existence, même dans l'ombre, est une interpellation à la mère pour qu'elle soit enfin pour Ibrahim ce qu'elle se doit d'être, une mère maternante ? C'est aussi là l'occasion que cette femme devienne une mère « paternante », qui fait vivre le père malgré son décès, qui ne le tait plus et lui offre une place dans la vie de l'enfant. Se faisant container d'une histoire d'où l'autre, le père, dans sa visibilité absente est pleinement et heureusement présente, une mère historienne qui dit le père et qui du coup peut dire Ibrahim en le réinscrivant dans l'histoire familiale, en lui redonnant aussi une origine et un point d'ancrage.

En confrontant Ibrahim au potentiel traumatisme lié à un accident, le destin relance ainsi les dés de sa vie et lui offre une opportunité de se désenclaver de sa situation actuelle. Ainsi dans son discours, l'enfant s'autorise-t-il à demander à sa mère de repartir avec elle au village. Peut-être pourrait-il ainsi se réapproprier sa mère, sa vie et se libérer du fantôme paternel ?

La mort peut-elle s'expié dans ce retour aux sources ?

VI.2.2. Les dessins d'Ibrahim, du bonhomme-témoin à la projection de Soi sur la toile-papier

A chaque entretien, je lui propose une feuille (format A4) pour dessiner. Il réalise les premiers dessins le 24 avril.

Il manifeste un enthousiasme important pour le dessin, pour lequel il a un comportement adhésif. Il est comme scotché au support papier duquel il a du mal à se détacher. Il me donne l'impression de vouloir coller à la feuille ou de vouloir s'imprimer dessus dans une certaine viscosité psychique comme s'il voulait se dissoudre sur la feuille, se fondre en elle pour s'y confondre et disparaître lui qui est peut vu.

Au cours de l'activité, il est calme et appliqué à son dessin. Il répond d'une voix basse aux questions sans chercher du regard sa mère ni me regarder franchement. Il est un peu plus soucieux d'une fillette hospitalisée dans la même chambre et qui semble l'épier. Le regard est ici important. Le regard que l'on donne et celui que l'on reçoit. Il y a peu d'échange de regards avec cet enfant, lui-même épie plus qu'il ne regarde et il est sensible aux regards qui sont portés sur lui.

J'ai l'impression que nos rencontres et les dessins que je lui fais faire lui procurent une certaine prestance par rapport aux autres patients⁵⁶. Certains ont leur attention focalisée sur lui pendant que nous parlons et j'observe également cette attitude chez certains adultes. Tout porte à croire ici, qu'Ibrahim se trouve sous les feux des projecteurs et qu'ainsi il reprend des couleurs, se nourrissant psychiquement de l'attention qui lui est portée.

A la première séance, il réalise un dessin libre, ce qui permet une mise en train et facilitera l'exécution du dessin du bonhomme par la suite.

Le dessin du bonhomme que je lui demande de réaliser en premier devrait me servir de témoin et de grille de lecture des représentations de soi.

Je n'exploiterai pas ici les dessins libres réalisés, pour me focaliser sur le dessin bonhomme et les autres dessins le représentant.

- *Le bonhomme comme témoin et référence*

Il a réalisé ce dessin lentement, en prenant tout son temps. J'observe qu'il fait plusieurs petits dessins sans lien et sans ordre précis. Il a sa disposition des feutres, des crayons de couleurs, un crayon à papier, une gomme et une feuille blanche au format A4.

⁵⁶ Je ne vois pas systématiquement tous les enfants hospitalisés. Du coup, cela peut paraître comme un privilège pour l'enfant d'avoir quelqu'un qui vient parler avec lui et lui faire faire des dessins.

Il dessine au milieu de la feuille, plusieurs bonhommes qu'il identifie comme étant lui. Les traits du visage sont peu définis. Il n'utilise que les crayons de couleurs, délaissant le reste du matériel mis à sa disposition. Les traits sont légers non appuyés ce qui est paradoxale avec la façon dont il s'accroche à la feuille. J'ai l'impression qu'il y a une attraction-répulsion forte. Il a peur de laisser des traces même s'il en a besoin, comme s'il va les avaler ses traces et introjecter sa production. Il semble très concentré, se laissant peu distraire par son environnement. Son dessin ressemble à un amas, un amas informe qui grouille d'éléments cherchant à advenir, à exister indépendamment de la feuille qui les porte. Le visage du bonhomme est d'ailleurs barbouillé comme pour dire cette confusion et les couleurs sont froides. Cette froideur, cette pâleur font penser à une pauvreté affective, à un isolement certain. Elle est frappante.

L'interrogeant sur l'explication qu'il peut donner de son dessin (dont la consigne a été bien comprise), il dit « *j'ai 10 ans, j'ai dessiné une fleur, un escargot, ma tête. Et j'ai dessiné Mohamed (un autre patient). C'est Mohamed car il a un pied court et un pied long* ». Mohamed c'est un autre enfant comme lui hospitalisé pour une pathologie orthopédique, une fracture des membres mais qui dans la réalité n'a pas de dissymétrie des membres.

Est-ce la traction du membre de Mohamed qu'Ibrahim identifie au pied long (pied en élongation) ?

Mohamed est peut-être vécu comme un petit frère, celui qui était avec lui tout juste avant l'accident. Ibrahim témoigne ici de son attachement à Mohamed et de sa capacité à tisser du lien, mais du lien toujours sur un mode négatif.

Ce Mohamed, qui dans la rencontre en chirurgie, rencontre de deux enfants effractés que le sort installe sur deux lits voisins, c'est aussi le Mohamed prophète –sauveur de l'isolement et de la désolation. C'est Mahomet le prophète qui se fait présent, et renforce et valide le recours à Dieu dans ce temps de détresse.

Dans son dessin du bonhomme, les différents éléments sont excentrés sur la gauche de la feuille et épars, sans lien les uns avec les autres. Le dessin apparaît éclaté dans une zone bien délimitée sans pour autant faire exploser la feuille en l'envahissant. Il a dessiné sa tête, tête sans corps donc sans lien, sans racine, sans support, déportée ailleurs dans un ailleurs confus où rien ne se tient.

Il a dessiné un escargot (figuration de son comportement adhésif ?) et une fleur (comme témoin de l'espérance de voir un jour la beauté surgir de son magma existentiel ?).

Il n'y a aucun sens apparent, ni aucun lien entre ses éléments d'autant qu'il inclut dans ce dessin un élément concret « Mohamed », dans la concrétude de sa fracture « *avec un pied court un pied long* ». Mais ce pied court et long, projection de ses propres pieds, c'est aussi la métaphore d'un enracinement difficile, le sien, avec lequel il bricole. Un peu d'ici, un peu d'ailleurs, grand et petit ... difficulté à être mais pas impossibilité.



Figure 9: Dessin du Bonhomme (Ibrahim)

Ce dessin du bonhomme va au-delà du bonhomme au terme strict pour donner à voir, par la multiplicité des bonhommes et des objets représentés, une image du corps morcelée, une affectivité flottante et un vécu d'isolement et d'abandon chez Ibrahim.

Ce dessin dit la perte de repères, la perte existentielle et les tentatives d'ancrage.

Le bonhomme dessiné témoigne d'un retard dans les performances graphiques.

- Tryptique de la représentation de soi

Il réalise la série des trois dessins le 28 avril. Il ne le fait pas en ma présence car le jour dit, je rappelle que je l'ai trouvé dans une position très inconvenable, pour moi et pour lui certainement (je l'ai trouvé en train de faire ses selles, dans un vase de nuit), au vu et au su de tous. Je reçois les dessins par la suite, le 2 mai, et je le rencontre pour en discuter.

Ses dessins sont faits aux feutres sans utiliser le crayon à papier ni la gomme à contrario de son premier dessin.

- *Le 1^{er} dessin « avant la maladie »*

Il explique son dessin « *Avant, je n'avais pas fait d'accident et c'est moi 5 fois parce que je me promène partout dans la maison* ».

Il s'identifie à chaque personnage et avance l'idée que la démultiplication des bonhommes serait une traduction du mouvement. Son ton est détaché pendant qu'il parle comme dans une prise de distance par rapport à sa production. La pauvreté de son discours contraste avec la richesse graphique et les couleurs de son œuvre.

Les bonhommes sont dessinés alignés dans le plan supérieur de la feuille et dans un ordre quasi croissant. Il utilise une couleur pour le contour du personnage et une autre pour colorier le bonhomme. La typologie des bonhommes est la même.

Les bonhommes sont comme en file indienne. Le premier bonhomme est tout noir, négatif, comme une ombre sombre qui suit les autres qui, eux, fuient pour lui échapper. De petite taille, ce bonhomme m'évoque cet Ibrahim bébé marqué par la mort de son père et par la carence de soin qui en a découlé. Ibrahim était certainement un bébé déprimé. C'est aussi la mort tapie dans l'ombre de sa vie, dès les premières heures, et qui l'embrasse actuellement dans son aujourd'hui de l'effraction corporelle.

Les 4 autres bonhommes font penser à des individus en colère, dont la violence est cerclée, cadrée par une froide contenance. Ils s'agitent dans une fuite que la limite de la feuille arrête.

Visages effarés, yeux hagards, bouches ouvertes d'un cri muet ou à la recherche d'un souffle vivifiant. Certains (2^{ème} et 4^{ème} bonhommes en partant de la gauche) ont l'oreille comme à l'affût d'une parole restauratrice.

Les bras sont lourds comme pour marquer une impossibilité à agir.

Ces « lui » qui ne touchent pas le sol semblent perdus. Il dit que c'est lui 5 fois. Il s'est compté en marquant chaque personnage d'un trait, mais il y a 6 traits en réalité. Il y a donc un absent dont la place est bien marquée par l'intervalle qui existe entre le bonhomme 1 (noir) et le bonhomme 2 (rouge-orange). Ce trou c'est la marque d'une absence, d'un vide, comme témoin d'une personne qui n'est pas là. Une place qui n'est pas occupée.

Mais qui est-il cet absent ? Est-ce le père mort ou cet Ibrahim qui ne peut vivre une vie qu'il n'a pas demandée ?

Ce dessin témoigne pour moi des difficultés existentielles de l'enfant. Lui-même disant « *je bouge partout* », parole conjuratoire comme pour se libérer, dans son agitation, de tout ce qui l'opresse, pour ne pas implorer à défaut d'exploser. Son dessin dit tous ses efforts de contenance. Cette contention est certainement due à des règles sociales et au déracinement qui a imposé une mise en veille de ses émotions et sentiments.

Je me dis que, bloqués par la feuille, tous les personnages finiront par se fondre en un. Le 5^{ème} qui me semble plus être la figuration d'Ibrahim, car il est porteur du « 10 ». Ce 10, c'est l'âge de l'enfant mais c'est aussi un nombre particulier pour les footballeurs, c'est l'identification du maillot du capitaine. Ce 10 reviendra souvent.

Cette démultiplication, Ibrahim la met en lien avec le mouvement mais est-ce suffisant ? Je ne crois pas pouvoir avancer ici l'idée d'une personnalité multiple.

Avant l'accident, Ibrahim était donc un garçonnet déambulant et errant dans son existence, poursuivi par des démons intérieurs contre lesquels, pour l'heure, il ne peut pas grand-chose.



Figure 10: Représentation de soi avant (Ibrahim)

Il y a un retard dans la maturité graphique.

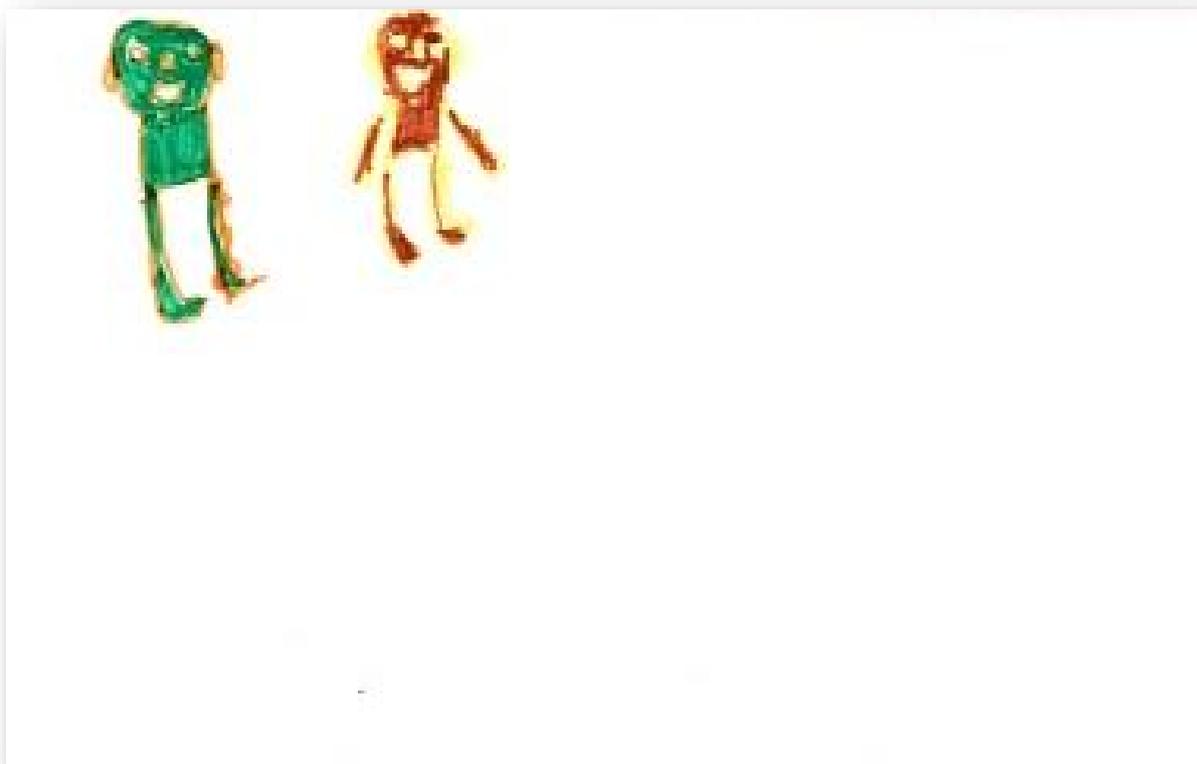
○ *Le 2^{ème} dessin « pendant la maladie »*

Le deuxième dessin consistait à se dessiner avec la fracture. Il dit « *C'est moi à l'hôpital, je me suis dessiné 2 fois. Je suis à l'hôpital parce que voiture m'a cogné. C'est moi parce que je me suis blessé au pied* »⁵⁷.

Même si rien n'indique dans son dessin qu'il est à l'hôpital au moins son aujourd'hui est-il précis. D'autant plus précis, qu'il n'est plus démultiplié, mais qu'il est rassemblé dans 2 figures de lui. L'hôpital semble agir comme cadre suffisamment bon et contenant lui permettant de commencer à se rassembler.

⁵⁷ J'ai repris les propos de l'enfant tels qu'il les avait énoncés (ce qui explique les fautes linguistiques)

Des deux bonhommes, le premier est sans bras en signe d'impuissance et une des jambes est plus fine avec un tracé en zigzag ce qui symbolise pour moi la fracture. Les bras du 2^{ème} bonhomme sont plus fins (légers) que dans les dessins précédents. Les bonhommes sont situés dans la zone supérieure droite de la feuille comme s'ils voulaient s'en échapper par le haut. On ne distingue pas clairement les traits des bonhommes mais ce qu'on voit c'est une bouche qui ébauche un sourire.



[Figure 11](#): représentation de Soi pendant l'accident (Ibrahim)

Les couleurs des bonhommes ont changé, même si le type de coloration est le même. La limite du corps est de couleur moins soutenue et le coloriage a tendance à franchir cette limite. La limite existe mais elle ne fait plus carcan.

Il y a dans ce dessin une souillure qui se contient, qui s'étale dans les limites du corps sans la dépasser. Même si le corps semble moins porteur de rage et de douleur, c'est toujours un corps non-gratifiant. Je me demande d'ailleurs si les couleurs ne témoignent pas de l'expérience

désagréable de faire ses selles en public et de recevoir les soins d'hygiène devant tous (enfants et adultes, fille et garçon).

Son discours est scandé de plusieurs « moi », « c'est moi ». Ibrahim a besoin de se réunifier, d'être identifié, de se resubjectiver et de se reconnaître pour (re)naitre à sa vie. Ces propos témoignent aussi d'un besoin de certitude et de concrétude, ce qui lui manque cruellement.

○ *Le dessin « après l'accident »*

Pour le troisième et dernier dessin de la série, Ibrahim s'est dessiné après la fracture : « *C'est moi 6 fois, Je suis à la maison parce que je suis arrêté. C'est moi 6 fois parce que je marche beaucoup. C'est moi parce que j'ai de beaux habits* ».

Le chiffre 6 qui s'annonçait dans les bâtonnets présents sur le dessin « avant » réapparaît ici.

Les six bonhommes ne se ressemblent pas. Et certains ont les membres inférieurs hachurés.

Les pieds sont envahissants, longs disproportionnés, marqués d'un quadrillage qui semble témoigner de la fracture. Ces bonhommes sont massifs comme déambulants, perdus.

Le visage est hagard, les bras balans.

Il y a une démultiplication de l'enfant :

- le Ibrahim-fantôme qui, vide de tout, vit loin de sa famille, sans substance,
- le Ibrahim-déprimé, qui reste un petit enfant avec dans son ombre le père mort,
- il y a le Ibrahim qui grandit mais mal, écartelé entre deux mondes, le moderne qui l'a fait prisonnier et le traditionnel auquel ilaspire mais qui se refuse à lui,
- il y a le Ibrahim qui avance sans savoir où aller : Ibrahim est une tête sans corps ou un corps sans tête (dans un refus de penser ?) qui avance sans savoir où il va. C'est le seul bonhomme qui a pieds sur le bord inférieur de la feuille. Cet Ibrahim-là avance mais ses pieds quadrillés font penser qu'ils sont brisés ou pris dans des barbelés ou une clôture grillagée. C'est le témoignage d'une impossibilité à avancer réellement.

Ambivalence de ce « *je suis arrêté... je marche beaucoup* » qui finit par l'immobiliser.

Il est figé dans le temps, à un âge celui de 10ans. C'est son âge au moment où il intègre l'univers de la chirurgie, de là il obtient enfin une identité à laquelle il se fixe.

Il ne quittera pas ses 10ans.

Tous ces « 10 », c'est finalement comme un chiffre porte-bonheur. Il y a sur ce dessin cinq fois le 10 et le bonhomme scotomisé ne porte pas de nombre. Ce que l'on voit aussi c'est que malgré

le 10 identificatoire, les bonhommes ne se ressemblent point : ils n'ont pas la même taille, et ne sont pas situés au même niveau. Son imaginaire entreverrait-il un futur corporel incertain ? Il y a peut-être là le risque d'une re-fixation au trauma car, par la fracture, il obtient des bénéfices secondaires, ceux d'être vu et reconnu, identifié et donc objet d'attention mais aussi celui d'avoir sa mère avec lui. Même si dans le temps de l'accident et de la chirurgie, il y a des défaillances, cette confrontation à la mort, le jour de l'accident, fait trauma et réactive le trauma originaire celui qui a placé cet enfant dans une position de non-être. C'est ici la réalité de l'après-coup freudien(Freud, 1956)⁵⁸.



Figure 12: représentation de soi après l'accident (Ibrahim)

La coloration de ce dessin au feutre dont les traits sont appuyés témoigne d'une violence internalisée.

⁵⁸L'après-coup (en allemand : « Nachträglichkeit ») est un concept psychanalytique de l'œuvre de Freud (1887-1902)

Il semble que la restauration de la jambe ne soit pas quelque chose qui soit imaginable pour cet enfant. Cela peut se comprendre dans le contexte des soins où la précarité familiale le soustrait à avoir de soins de qualité et surtout aux actes chirurgicaux qui permettraient la restauration de son membre.

Sur le dessin, Ibrahim fait penser à une armée de bonhommes en bois, ou de soldat de plomb, bonhomme aux jambes de bois rigides qui avancent de façon saccadée sans souplesse aucune. Son « après » est marqué par la fracture et par la confusion d'une armée en déroute, armée de corps sans vie, qui cherche à vivre, errant à la recherche de ce qui les fera vivre.

Par ailleurs, tous ces bonhommes sont de taille et de forme différentes, non alignés sur le même plan.

Se vivre comme déjà mort, ne pas voir la vie possible, avoir l'esprit embrouillé voilà l'impression que dégage Ibrahim.

Le seul bonhomme qui a pied (sur le rebord inférieur de la feuille) n'a point de tête ni de bras (ou point de corps), ses pieds sont quadrillés, comme pris dans des barbelés ou une clôture grillagée.

Les corps sont difformes, comme hachurés, et Ibrahim tente de tenir compte de la limite qu'il s'est imposé en faisant le contour du bonhomme d'une couleur différente mais n'y arrive pas.

Il a également dit, concernant ces bonhommes « *je suis habillé* » alors qu'il n'y a aucun détail vestimentaire sur aucun de ses personnages.

La crainte est grande qu'à la fin de son hospitalisation, il en revienne à sa vie d'avant « *je suis là arrêté... je marche* », vie marquée par une ambivalence où le besoin de bouger s'oppose à la nécessité de rester statique, ou déambuler libre de la stase psychique. Et là il explose et s'étend sur toute la feuille.

- S'actualiser, une projection de soi dans l'aujourd'hui du temps clinique

Le lendemain (3 mai), je lui propose de se dessiner comme il se voit. Bien qu'il soit attiré par le matériel, il ne réagit pas vraiment. Je répète la consigne, au bout de quelques minutes, il dit « *j'ai déjà fait ce dessin* » et marque son refus de s'exécuter. Il recherche mon regard. La question du regard s'était déjà posée précédemment et cela renforce en moi l'idée qu'il a besoin d'étayage. Malgré ce refus initial, il se met à dessiner et fait quatre (4) bonhommes, il n'a pas utilisé le crayon ni la gomme comme les fois précédentes. Il dit « *le 1^{er} bonhomme c'est moi. (Et les autres ?) C'est moi aussi. Ils sont tous gentils, ils ont 10 ans* ».

Pourquoi cette précision sur le caractère gentil des bonhommes et donc de lui ? « Gentil » pour contrebalancer l'image de lui hurlant et mordant les soignants au cours des soins de la jambe ? Ou bien gentil pour être aimé et repris par sa mère ? Gentil comme un bon objet que l'on voudrait garder ? Propos impromptus que je ne peux pas plus expliquer.

La bouche ouverte des bonhommes fait penser à nouveau à un grand cri inaudible.

Dans ses caractéristiques générales, ce dessin est semblable aux autres : personnages multiples, auxquels il s'identifie, contours et coloriations des bonhommes.

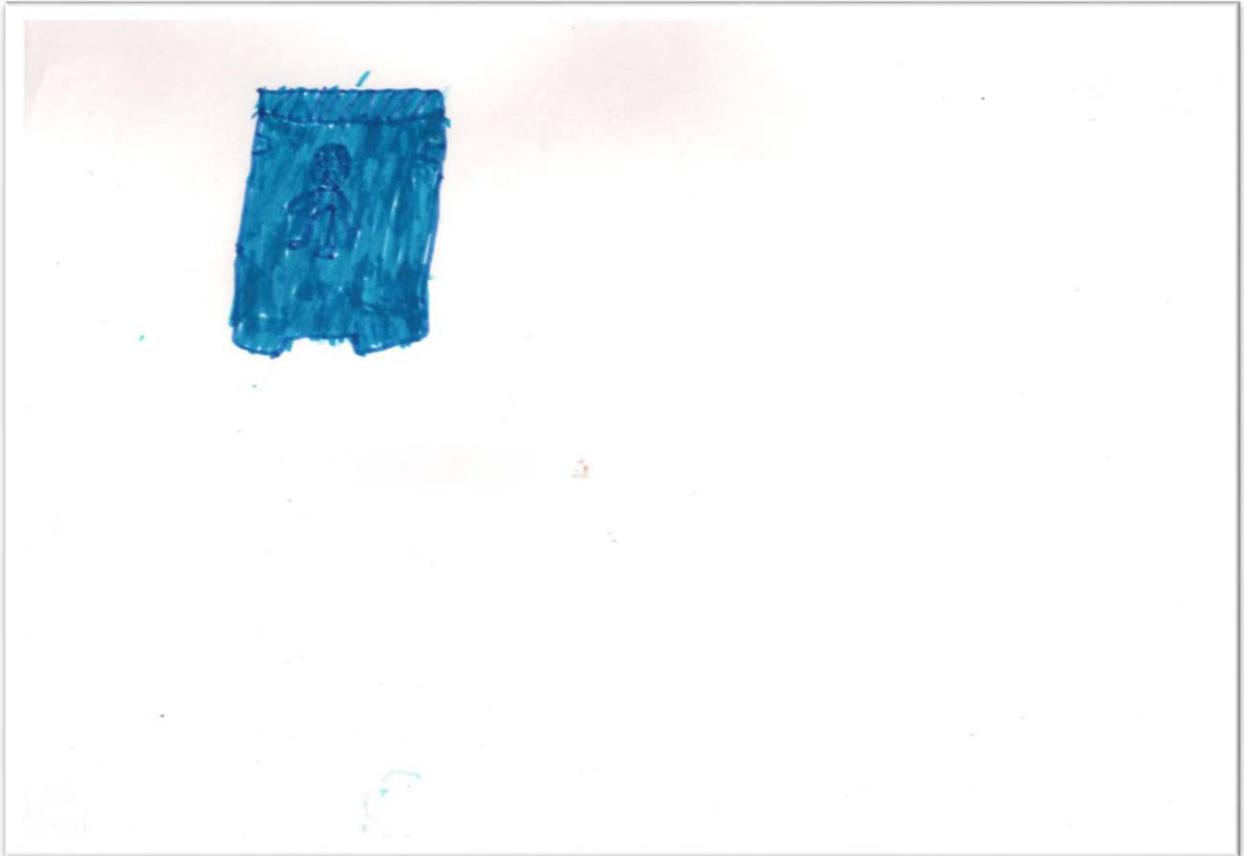


Figure 133: représentation de soi réalisé le 3mai par Ibrahim

On note cependant que le corps est disproportionné et qu'au niveau du premier bonhomme une jambe (celle qui est fracturée chez lui) est dessinée plus fine et moins régulière que l'autre. Cela traduit indubitablement l'inscription traumatique dans la psyché et l'effraction psychocorporelle qui a cours chez cet enfant.

Poursuivant la séance, je lui demande de dessiner l'hôpital et le docteur afin de voir comment il perçoit son environnement immédiat qui n'est jamais apparu dans ses dessins.

Il dessine la forme puis colorie le visage et la structure (bâtiment), colorie le tout en bleu en respectant les limites. Le geste est souple et le dessin est réalisé au feutre. Il dit « *C'est un gentil docteur car il soigne les gens* ». A la fin, on ne voit plus rien sur le dessin. Il ne fait plus aucun commentaire.



[Figure 144](#): le docteur et l'hôpital dessinés par Ibrahim

Cela donne l'impression qu'il annule les effets de son hospitalisation, le cadre et les intervenants, les incorporant dans son magma psychique. Il y a effectivement une indifférenciation du cadre soignant et des individus qui l'animent tant l'emprise du tout est importante et oppressante pour cet enfant.

VI.3. UNE VIE PRE-CASSEE PEUT-ELLE SE (RE)CONSTRUIRE, AU DECOURS D'UNE JAMBE FRACTUREE MALGRE THANATOS QUI RODE ?

L'histoire d'Ibrahim est celle d'un enfant de 10ans, très tôt brimé par la vie, chez qui le traumatisme en faisant trauma offre une seconde chance de vivre et pour qui le dessin agit comme révélateur des différentes problématiques en présence.

VI.3.1. Intervenir auprès d'un enfant porteur de mort

La rencontre avec Ibrahim a été un moment particulier, moment de tension et de prise de conscience des effets à long terme des deuils précoces mais aussi de ce qui peut se réactiver via le traumatisme. C'est un enfant marqué par la mort dès le début de la vie, hanté par elle, et qui finit par la rencontrer sur le tarmac d'une rue, un dimanche après-midi. Enfin, la voilà celle qui se joue de sa vie, qui lui voile la voie. Celle qui lui prenant son père, lui a volé son devenir. En se présentant à lui, elle comble un trou, une absence, un vide.

Ce que j'apprécie chez Ibrahim, ce sont ses efforts de verbalisation malgré son niveau langagier limité. Je suis aussi gênée de ce corps livré en pâture à divers moments : pendant les soins, pendant la défécation...

Comment pourrait-il se réapproprier ce corps outragé à plusieurs reprises ? Comment le faire quand il porte en lui un sentiment d'abandon et qu'il a été déraciné ? Peut-être qu'un retour sur sa terre natale le permettrait, mais je ne sais pas si cela a été réellement envisagé, ni si son vœu sera exaucé.

Je souffre parfois de la souffrance de cet enfant, notamment au cours des soins. Je m'identifie à lui chez qui il y a un défaut d'étayage et de contenance certainement parce que cela fait résonner, en moi, mon propre manque d'étayage et de cadre professionnel dans l'expérience que je vis. Je me sens comme un objet persécuteur pour les soignants en relevant les outrages subis dans le soin (et là je n'évoque pas la violence inhérente au soin) et protecteur pour cet enfant et pour tous les autres enfants de la salle.

Je m'interroge sur ce que je lui renvoie dans la relation que nous établissons devant ses hésitations. Il semble se nourrir de mon regard mais je n'en suis pas sûr. Dans aucune de nos interactions, je ne trouve d'éléments figuratifs d'une quelconque prise en compte des soignants qu'il agresse d'ailleurs pendant les soins en les mordant pour se défendre des soins agressifs.

En effet, pour avoir assisté une fois aux soins reçus par Ibrahim, je comprends sa souffrance. Les soins sont prodigués dans son lit, en présence des autres patients. Ceux-ci ne sont pas pratiqués dans la salle dédiée à cet effet que si l'enfant peut se déplacer ou est déplaçable.

Le 3 mai, lorsque j'ai eu l'occasion d'observer les soins qui ont été réalisés, au cours de la visite médicale du matin, en présence de l'équipe soignante et des étudiants en médecine, j'ai vu la violence qui s'exprimait entre acte et acteur. Les soins étaient très douloureux et les cris que poussaient Ibrahim, dont les parties molles suppurées étaient exprimées et nettoyées, entraînaient une désorganisation psychique de bon nombre de patients dans la chambre (c'était un dortoir avec 8 lits dont 6 étaient occupés). Agressif, il a tenté à plusieurs reprises de mordre l'infirmier qui administrait le soin, arrivant même à le griffer.

Sa réaction défensive (en réaction à la douleur) avait entraîné une activation de l'agressivité des soignants. Il fallut 4 voire 5 personnes pour le maintenir au lit, malgré cela il se débattait avec force. Il pleurait. Il n'y avait pas de place pour le réconfort et la douceur. Je voyais bien qu'il y avait de la violence que rien ne pouvait faire baisser. C'est certainement cet événement qui lui fera parler de gentillesse, par la suite dans le dessin de soi du jour (comme une contre-attitude ?). Cette violence sera court-circuitée par l'arrêt des soins. Et voilà que Ibrahim se retrouve seul avec tout ce qu'il a pu vivre à ce moment-là, sans étayage aucun. Le dessin que je lui propose suite à ces moments difficiles, lui fera grand bien.

Sa mère n'apparaît même pas à l'horizon. La solitude de l'enfant dans l'épreuve et la douleur est criante.

Ma place dans ce service m'apparaît délicate... me faut-il toujours intervenir et interpeller sur l'impact psychique de ce que j'observe ? Je vois plusieurs patients aux prises avec une angoisse importante, et rien n'est fait pour la juguler. Je vois Ibrahim qui peine à reprendre son souffle et le regard moqueur de certains soignants et là, je me sens dépassée et démunie.

Je me demande pourquoi est-ce qu'il n'a pas été déplacé dans la salle de soins, prévue à cet effet ? Au moins là-bas, personne ne le voit, même si on l'entend. Je n'ose pas poser la question. Mon positionnement est ambigu et ambivalent et j'en prends conscience progressivement tout comme je comprends que la mort et la souffrance sous diverses formes sont chevillées au corps de l'enfant.

VI.3.2. Quand la confrontation à la mort nécessite la présence du mort

L'histoire d'Ibrahim montre comment le passé et le présent peuvent se mélanger dans le temps du traumatisme physique, tout en réactivant un traumatisme psychologique.

Lors de la confrontation brutale avec la mort au cours de l'accident, ce qui se passe dans l'esprit de cet enfant de 10 ans, c'est une réactivation d'une rencontre avec la mort qu'il a faite à un âge où il n'en était pas conscient. En effet, son père est mort alors qu'il était nourrisson. Même si je n'ai aucun détail sur les circonstances de la mort du père ou sur le vécu familial à ce moment-là, je constate que, dans la confrontation avec la mort, il convoque ce père disparu depuis une dizaine d'année et lui demande de venir le chercher.

L'accident agit donc comme un véritable traumatisme, qui réactive une mémoire traumatique des événements. Certainement y a-t-il eu transmission à l'enfant du trauma maternel lié à la mort du père ?

A l'observation de ses dessins, la question du mouvement se pose. Il se dessine « multiple » et met le nombre de personnage ou de représentation qu'il fait de lui en lien avec le mouvement : il est dans la maison et il bouge. Il bouge certes, mais dans un territoire bien limité, limitant et limitatif qui donc le contraint et le restreint. Par-delà les limites architecturales de la feuille, apparaissent des limites et des murs psychiques solidement érigés.

Les perspectives de guérison sont imprégnées de façon traumatique par la fracture, sur le dessin « après », même s'il dit qu'il est guéri. Le dessin des membres inférieurs est hachuré comme si la fracture va laisser une trace, une cicatrice indélébile.

Bloqué à l'âge de 10 ans, il n'y a pas de projection dans un devenir possible, peut-être en lien avec une guérison qu'il espère et qui ne vient pas. La précarité financière de sa famille fait qu'il ne peut bénéficier des soins que nécessitent sa pathologie et ils finissent par s'évader ne pouvant pas faire face aux charges financières.

Il y a une forte identification à la mort qu'Ibrahim a incorporé en lui.

VI.3.3. Un défaut de contenance contenu par des restrictions et une rigidification

Il y a dans l'histoire d'Ibrahim des carences de soins et des défauts de contenance.

Sa mère est non secourable, le dispositif de soin insécurisant... que lui reste-t-il ?

Jamais son atèle ni son plâtre n'ont été remis en question même quand les bandages étaient souillés. Tout porte à croire que cette attèle, de laquelle il prend grand soin, est pour lui comme un tuteur physique et psychique, un bois que l'on place et qui maintenant la linéarité du membre lui donne de se tenir psychiquement.

Dans l'accident, il m'apparaît que le corps devient le lieu de la conflictualité parentale, comme cela peut se voir dans d'autres situations cliniques. Le corps de l'enfant est le lieu où va se jouer certains conflits parentaux, où se réactivent les problématiques familiales antérieures. La pathologie chirurgicale ramène ces problématiques sur le devant de la scène.

Le corps d'Ibrahim est exposé aux vicissitudes de la vie. Les soins qu'il reçoit dans la chambre au vu de tous, les selles qu'il fait sur son lit devant les autres sans aucune intimité, l'exposent à une souffrance psychologique certaine et peuvent entraîner une dévalorisation de soi. Les effets délétères de sa situation sont atténués par les avantages qu'il tire de l'attention dont il bénéficie de la part d'un éducateur préscolaire en stage dans le service et qui l'a choisi comme sujet d'une étude sur le rapport de l'enfant hospitalisé à l'ordinateur. J'ai observé au cours de ses séances qu'Ibrahim avait une attitude corporelle plus droite, qu'il était beaucoup plus souriant et que cela le mettait en valeur par rapport aux autres patients hospitalisés dans la même chambre. Ma présence à ces côtés et nos entretiens pouvaient avoir aussi le même effet, c'est-à-dire qu'ils sont renarcissisants.

VI.3.4. La visagification du trauma dans le dessin et l'étayage psy

L'analyse graphique des différents dessins montre que même si le schéma corporel est intégré, il y a un retard dans la maturité graphique, la dite maturité correspond à un enfant de sa classe mais pas de son âge. Par ailleurs, le corps a perdu de sa proportionnalité et de son harmonie. L'absence de cou sur l'ensemble de ses bonhommes tend à laisser penser qu'il y a là une tête trop lourde à porter d'autant qu'il y a tellement de corps à porter.

L'image du corps est apparue comme complètement disloquée avec une conscience de soi altérée.

Les différentes représentations qu'Ibrahim fait de lui-même montrent bien que son corps est vécu difficilement avec des sentiments paradoxaux d'amour et de haine, de violence et de dégoût. Il existe, dans tous les dessins d'Ibrahim, une caractéristique commune : la limite. Il délimite tous ses bonhommes d'une couleur et colorie le personnage d'une autre couleur. Il y a

un marquage des contours et des limites du corps. Il marque les limites du corps et crée ainsi une limitation du contenu. Pour Ancet (2008), c'est la traduction d'une barrière que l'on s'efforce de dépasser pour accéder à une supposée liberté personnelle. C'est aussi une frontière entre les forces intérieures et extérieures. C'est également un contour, une délimitation, une enveloppe qui assure la clôture sur soi. Cela renforce l'interprétation que j'avais faite de cette caractéristique graphique. Le marquage des limites de son corps par l'enfant peut être ici perçu comme un besoin d'avoir une enveloppe et de délimiter son corps. Ainsi en marquant les contours de son corps, inconsciemment Ibrahim dit son besoin de contenance et d'identité.

La démultiplication des figures de soi, dans les productions d'Ibrahim, a été mise en lien avec le mouvement mais c'est peut-être aussi une façon de dire les multiples visages qu'il a et ses difficultés à accéder à une identité claire.

Dans les dessins d'Ibrahim, il y a un morcellement du moi : plusieurs figures d'Ibrahim, de l'Ibrahim mort non-existant, au survivant.

Il a un besoin de s'accrocher au chiffre, au nombre comme à une bouée de sauvetage : il se dénombre et estampille son nombre, son âge, comme une marque, une signature, un élément d'identification. Mais aussi comme un signe distinctif, temporel, qui l'identifie et le fait tenir. Cela lui permet-il de lutter contre ou de faire avec le mort, l'absent qui accompagne son être au monde ?

La douleur et le trauma sont figés dans le dessin, dans tous ses dessins. Il n'y a pas de mots pour les exorciser. Il erre dans une perpétuelle fuite en avant, balisée du même repère temporel, son agitation en devient improductive.

Ces dessins sont déroutants par l'impression massive de démultiplication de soi, de bonhomme de bois perdus sans chef, sans route à suivre, aux prises avec une agitation cloîtrée, que la déambulation pédestre tente de canaliser.

Le dessin a permis que se visagéfie la mort qui rodait dans l'ombre de la vie d'Ibrahim.

L'effroi qui fige, dans une représentation-répétition, le visage de l'enfant, fige la pensée de ceux qui s'approche de lui. Alors, les soins en deviennent douloureux et violents.

Un passage à l'acte, comme cette fuite de l'hôpital (sortie sans avis médical) apparaît comme une soupape de vapeur pour maintenir le peu d'intégrité psychique qui existait ou qui restait, le libérant de l'angoisse.

J'ai l'intuition douloureuse de me dire que finalement il a fallu cet accident pour expier la mort inhérente à la 1^{ère} année de vie d'Ibrahim.

L'étayage du psychiste a, sans nul doute, permis que se libère le fantôme qui était chevillé au corps de l'enfant. Ainsi en convoquant l'acte graphique comme langage dans le temps du soin chirurgical, soutenu par la présence du psychiste, le dessin qui s'élabore agit comme une parole qui se libère et un dit peu s'entendre. Le temps que je prends avec l'enfant lui a permis de se libérer des angoisses et de faire éclore une représentation du trauma.

VI.4. ENCORE UN DE PERDU

Comment conclure ce cas sachant que je n'ai eu que trois entretiens avec lui avant qu'il ne s'évade de l'hôpital, vers un ailleurs (meilleur ?) ?

La jambe n'est pas guérie, elle a besoin de beaucoup de soins. Peut-être même qu'une greffe aurait été nécessaire mais il n'y a plus d'argent et plus de survie possible dans ce lieu...

En fuyant, certainement parce que les parents n'arrivaient plus à faire face à la charge financière liée à l'hospitalisation et aux soins, ce qu'Ibrahim et sa famille fuient, ce sont aussi les souffrances et les douleurs, leur déshumanisation et leur déchéance. Mais se sont-ils libérés de la mort qui s'était attachée à eux ?

Tryptique de la représentation de soi, ses dessins sont aussi trilogie de sa vie : son histoire racontée d'hier à aujourd'hui pour que puisse éclore une fiction de demain.

Le trauma et la fixation à l'évènement premier se sont visagifiés dans ses dessins, donnant à voir que l'effraction psychique était antérieure à la fracture contemporaine de l'hospitalisation. Psychiquement le morcellement de l'enfant était tel que pour survivre et lutter contre la décompensation et l'éclatement, il s'était entouré d'une rigide clôture à la fois protectrice et destructrice.

L'abord psychopathologique de ce cas a mis en lumière toutes les questions que sa jambe fracturée et son corps effracté recelaient, libérant les fantômes dans l'ombre de la vie.

CHAPITRE VII. HASSAN, DE CET HEROS ARME DE SES OS A LA MONSTRUOSITE DU VISAGE

VII.1. CLINIQUE D'UNE HISTOIRE DE FRACTURES REPETITIVES

Hassan m'est adressé par le Pr Moh E. N., chirurgien pédiatre, dans le cadre de ma recherche doctorale. Il a accepté de parler de son expérience. Je le reçois en consultation, la première fois, à la PISAM⁵⁹ où il a été opéré un mois auparavant.

VII.1.1. Histoire médico-chirurgicale autour de la fracture

Agé de 9 ans, il est scolarisé en CE2 dans une école de la place. Son opération a consisté en une ostéosynthèse des os de l'avant-bras, fracturés suite à une chute de sa hauteur.

Quand je le rencontre, il n'a pratiquement aucune trace corporelle sauf deux petites cicatrices témoins des pertuis qui ont été faits au cours de la chirurgie. Il est accompagné de sa mère. En entretien, celle-ci m'apprend qu'il est l'aîné d'une fratrie de trois enfants (une sœur et un frère). Les parents sont mariés et travaillent tous les deux. La mère est directrice commerciale dans une entreprise ivoirienne et le père officier supérieur des forces armées nationales. Bien qu'il soit asthmatique et porteur d'un trait drépanocytaire (Hb AS⁶⁰), son développement psychomoteur a été sans particularité. Cependant, dans les antécédents, il est à noter une fracture du coude survenue à l'âge de 18 mois, et deux ostéosynthèses du coude gauche respectivement à 7 et 8 ans, car le matériel orthopédique mis en place au décours de la fracture avait bougé. C'est donc un enfant qui a grandi en portant dans son corps du matériel orthopédique un peu comme un corps étranger.

Il n'y a, apparemment, aucune préoccupation psychopathologique actuelle et son fonctionnement psychique semble bon, tout comme le développement de sa personnalité. Il est d'ailleurs décrit, par sa mère, comme bon, affectueux, calme et timide.

Concernant la scolarité, il a repris le CE1 car il a été un peu « malmené » selon la maman, à l'école franco-arabe où il était scolarisé. La mère évoque ici des épisodes de rejet et de souffrance psychologique liés au choix parental de l'inscrire dans une école islamique.

⁵⁹ La PISAM (Polyclinique Internationale Sainte Marie d'Abidjan) est une des meilleures cliniques privées de Côte d'Ivoire

⁶⁰ Hb AS= hémoglobine AS (le « S » étant le « trait » drépanocytaire)

Hassan s'est retrouvé dans une institution où il n'y avait que des enfants libanais qui se moquaient de sa couleur de peau (ses dessins en témoigneront par la suite). Le niveau d'arabe était trop élevé et l'enfant a mal vécu sa scolarité.

La mère se remémore un épisode : *« il y avait une réunion de parents d'élèves, j'y suis allée et tout était en arabe, je n'ai rien compris. Dès lors, j'ai pris conscience du calvaire que je faisais vivre à mon fils dans une telle école. C'est vrai que je veux qu'il ait un enseignement religieux islamique mais pas comme ça ! »*. C'est la remémoration d'un fait d'expérience qui n'a rien à voir de prime à bord avec la pathologie orthopédique et je me demande pourquoi la maman s'attarde dessus.

Je comprendrai par la suite que cet épisode cristallise et met à nu la culpabilité maternelle d'avoir un enfant fragile, qu'elle a du mal à protéger et que les événements de vie ne cessent de casser. D'ailleurs, Hassan a connu plusieurs changements d'école avant et après cette expérience hautement traumatogène. Il est aisé d'imaginer les pertes et les ruptures inhérentes à ces mutations, les bouleversements qui s'en suivent et qui ne font que renforcer la fragilité et la vulnérabilité de l'enfant.

Le cadre général de l'histoire de vie d'Hassan étant planté, je poursuis l'investigation avec l'enfant.

Calme, serein, ouvert et quelque peu joyeux, il connaît le motif de sa présence et pour l'entretien, il a dû quitter l'école plus tôt (est-ce cela qui semble le réjouir ?). Pendant tout le temps de parole de sa mère, il a gardé une attitude calme, sage (comme une image ?).

L'histoire actuelle est marquée par une fracture de l'avant-bras survenue le 5 avril 2013 autour de 10h pendant la récréation. Poussé par un de ses camarades de classe, il est tombé et a été ensuite admis à l'infirmerie, puis transféré à la PISAM pour une fracture fermée des deux os de l'avant-bras sans troubles vasculo-nerveux avec déformation douloureuse du 1/3 moyen de l'avant-bras gauche. L'intervention chirurgicale a consisté en la mise en place de deux broches (antégrade et rétrograde) introduites par incision. La peau présente deux petites plaies cicatricielles.

VII.1.2. Nos entretiens

Durant le premier entretien avec Hassan (la mère patiente dans le couloir), il complète et explique les informations données par sa mère. L'absence de cette dernière, loin de l'angoisser, semble même au contraire le soulager. L'évaluation pédopsychiatrique me permet de noter que l'humeur est bonne, le langage et la communication sont adaptés et le discours est même un peu soutenu pour son âge. Il comprend très bien tout ce que je lui demande et exprime aisément son vécu. Cela me met à l'aise pour mener mon entretien, car je n'ai pas tout le temps besoin de reformuler les questions. L'accident et l'opération qu'il a subis semblent avoir été intégrés et son état psychique est bon.

Hassan me raconte les faits « *J'allais boire⁶¹, pendant la récréation. Mon ami Ryan m'a poussé sans faire exprès. Mon bras a tapé un arbre (le symbole de l'école sur le tee-shirt qu'il porte) puis il (le bras) a tapé le sol. Les deux os s'étaient étirés et les ligaments se sont déchirés. J'ai vu ça sur la radio (déchirure du ligament du coude)* ». Pendant qu'il parle, il ne manifeste aucun affect particulier. Il semble avoir intégré l'évènement mais selon des modalités défensives particulière et je suis en présence d'un discours très médical marquant une intellectualisation certaine, une mise à distance et un clivage. C'est à croire qu'il parle de quelqu'un d'autre, tant il y a une distanciation entre ses propos désaffectivés et ce corps d'enfant devant moi. La teneur de son discours et ses propos font penser qu'il parle d'un Hassan qui n'est pas lui. Il y a un clivage entre le sujet-Hassan et l'objet-Hassan qui a reçu les soins, entre le Hassan qui me parle et celui qui s'est fracturé le bras.

Je l'interroge sur son vécu intérieur, ses pensées et son ressenti corporel et psychique au moment de l'accident : « *Je ne m'en souviens plus car, à l'école, on m'a endormi et quand je me suis réveillé, l'infirmière m'a raconté ce qui s'était passé. Arrivé à l'hôpital, on m'a encore endormi. J'avais mal* ». Calfeutré et occulté, l'évènement subi le refoulement de la psyché et le vécu psychologique ne se livre pas.

Je respecte cette difficulté de remémoration et j'essaie de contourner l'obstacle pour poursuivre l'entretien. J'émet l'idée que ce blocage de la pensée doit être lu à la lumière des multiples fractures récidivantes (au cours des trois dernières années, il a eu une fracture par année).

Reprenant le cours de son propos, après un court silence, il raconte qu'il a donc été directement conduit de l'école à l'hôpital. Son père était au travail et il en a été informé. Sa mère était en mission à l'étranger, elle devait rentrer le soir même. Quand celle-ci est arrivée à l'hôpital, il

⁶¹ « j'allais boire de l'eau »

avait déjà été opéré. Selon lui, son opération s'est bien passée : « *Il (le médecin) a mis des broches, il m'a dit de ne pas faire de sport, de bien m'échauffer avant car je ne peux plus plier le coude. Il faut que je fasse la flexion (il fait le geste). Mais quand mes os seront soudés, je pourrais faire du sport (basketball et football)* ». Fréquemment dans son discours, il dit une chose qu'il annule dans la phrase suivante (« *je ne peux pas faire de sport/ il faut que je m'échauffe avant* »). Cette ambivalence, je l'entendrai régulièrement au cours de nos différents entretiens.

Je l'interroge alors sur son ressenti de l'opération et sur le vécu de l'acte chirurgical, il me répond : « *Je ne pense pas que les os seront soudés dans 3 mois, mais plutôt dans un an. Je me sens bien* ». Ce n'est pas la réponse que j'escomptais. Dit-il cela à cause de son passé chirurgical ou bien a-t-il déjà eu des soucis de consolidation ? Pourtant la mère n'a rien mentionné de tel. La question de l'annualité des fractures apparaît ici. La fracture s'inscrit et s'incruste dans l'histoire de vie de l'enfant tout en envahissant son esprit et il ne se vit pas hors le champ de la pathologie.

Au moment où je le vois, il a repris l'école depuis au moins deux semaines. Il n'a pas été hospitalisé pour cette fracture, mais a bénéficié d'un arrêt de scolarité d'une dizaine de jours, période pendant laquelle il a travaillé avec le maître de maison⁶².

Après quelques minutes de silence, il me dit « *J'ai un souci dans la tête, un enfant a été bousculé et sa glace est tombée. Il m'a accusé, mais il m'a dit que si je recommence ... alors que ce n'est pas moi, il va dire à la maitresse. Pourtant ce n'est pas moi, ça me fait un peu peur, de toute façon s'il me tape je vais dire à la maitresse. Elle m'a dit de lui signaler ceux qui me frappe ou touche à mon bras* ». Un instant plus tard, il rajoute : « *mais il ne peut rien me faire car mon bras est cassé et il le sait. Quand je vois mon bras ça ne me dit rien* ».

Etrange bifurcation discursive qui dit une fragilité dont il se défend mais qu'il revendique paradoxalement. Ce qu'il dit aussi n'est-ce pas son besoin de réassurance et d'étayage ???

Face à un corps qui se brise trop facilement, face aussi à un monde extérieur qui fait peur, où il y a de nombreux agresseurs au nombre desquels lui-même peut être compté, Hassan part à la dérive et son discours se désorganise. Clivage et ambivalence marquent ses propos, tout comme les annulations qu'il fait. Cette annulation de ces propos trahit la présence forte dans son esprit des propos d'autrui. Il y a une interception de la pensée, de sa pensée, par une idée venue d'ailleurs. Qu'a-t-il entendu durant toutes ses expériences de fracture ? que craint-il d'entendre

⁶² Maître de maison : répétiteur particulier, qui vient à domicile faire les cours de renforcement scolaire.

encore ? Tout porte à croire qu'il y a intériorisation du discours d'un autre, d'un tiers, paroles qu'il a encaissées et qui l'opresse. Quelque chose semble cassé en lui et il craint ce qui sera (encore) dit sur lui, de lui.

Il m'assure qu'il se sent bien pourtant ces propos font penser le contraire.

Au cours de la séance, il a réalisé un dessin libre et un dessin du bonhomme.

A la fin de l'entretien, je reçois à nouveau la mère pour reposer le cadre de ma recherche doctorale et obtenir son accord pour poursuivre les entretiens. J'obtiens son consentement à condition que je me rende à leur domicile, ce à quoi j'adhère.

Je revois Hassan le 7 mai, en début de soirée à son domicile pour le 2^{ème} entretien. Il me reçoit avec entrain et ne présente aucun signe d'anxiété. Il semble impatient de débiter la séance.

Je prends de ces nouvelles et lui demande comment il va. Selon lui, à l'école tout va pour le mieux. Ici encore, il ne répond pas à ma question, il dérive et dévie le sujet. Derrière cette façade policée semble se cacher des problématiques liées au vécu de son corps et aux paroles entendues qu'il a emmagasiné sans savoir quoi en faire.

Nous nous installons dans le patio. Il réalise au cours de cette séance l'épreuve des trois dessins.

Le 3^{ème} entretien se déroule le 10 mai, toujours à son domicile. Quand j'arrive, il est dénudé, en slip. Il ne s'habille pas pour l'entretien. Et je ne lui demande pas de le faire car cela peut me donner des indications sur son vécu corporel que je suspecte de ne pas être aussi bon qu'il veut me le faire croire. Par ailleurs, toute la fratrie est dévêtue et cela ne gêne pas la nounou qui a leur charge. De plus, je suis admise dans un domicile pour mon étude, et je ne me sens pas le droit d'intervenir dans les habitudes des enfants, je ne peux qu'observer.

Hassan est calme, coopérant, participatif.

Parlant de ses ressentis corporels, émotionnels et affectifs, il dit : *« Ça va ! Je me sens bien, je ne pense pas à mon bras. Quand on me pose des questions sur mon bras, ça m'embrouille et ça m'énerve car on me pose toujours les mêmes questions. Et quand on me pose trop de questions, j'ai des picotements dans le bras »* et revoilà le mécanisme d'annulation...

Il y a là une somatisation du vécu psychique qui ne se verbalise pas suffisamment mais qui surtout traduit le trop de préoccupations concernant ce bras. Ainsi, il vit bien son corps (vit-il réellement bien dedans ?) mais il semble porteur d'une parole tierce.

Apparemment, son corps ce n'est rien, mais c'est plus la parole qui sera dite au sujet de son corps qui pose problème. Son *« je ne pense pas à mon bras »*, c'est j'y pense trop et je voudrais

que cela s'arrête comme je voudrai que se taisent toutes ses paroles, tous ces « parler » autour de mon bras, que s'arrête cette histoire de bras pour que se taisent les voix et les dire.

Ces paroles tierces l'embrouillent et l'assaillent, il le dit bien. Ainsi, ne plus penser, fermer son esprit aux voix intérieures et extérieures lui permet d'aller bien.

Je l'interroge sur un mode ludique sur sa connaissance du schéma corporel. Il connaît toutes les parties du corps et cite même les fesses et le « kiki⁶³ ».

Concernant la perception qu'à sa maman de sa santé, selon lui : « *elle n'est pas contente que cela soit ma 4^{ème} hospitalisation, donc je fais l'effort de bien suivre mon traitement* ».

Pendant qu'il dessine sur un thème que je lui propose, il évoque ensuite son énurésie, sa scolarité et son sommeil. Il me murmure « *Dans les bons rêves, je suis un super-héros, tous les soirs* ». Il me parle aussi d'un cauchemar en riant et disant que c'était « *chic⁶⁴* » : « *Souvent, je rêve qu'on ouvre le crâne des gens et qu'on y met les choses qu'ils ont oublié comme les chiffres. J'ai rêvé aussi que j'étais là et que c'était la guerre et que les gens tiraient et tapaient sur d'autres gens (...que moi ! semble-t-il dire ici). Moi, j'étais un super héros mais on voyait mes os et je prenais les deux os de mon bras pour me battre et me défendre. Je rêve souvent que mon bras se casse. J'ai fait aussi un rêve de schtroumfs où on veut me découper en quatre* ».

Même s'il ne donne aucun sens à ses rêveries (mais le peut-il vraiment à son âge ???), me laissant comme dépositaire d'informations qu'il ne peut communiquer à personne d'autre, il me dit tout de son vécu de la fracture, de l'effraction psychocorporelle avec laquelle il se débat depuis si longtemps. Bons rêves et cauchemars (mauvais rêves) se fondent l'un dans l'autre. Ses rêves disent ses angoisses, ses peurs et ses conflits. J'associe ici l'idée des picotements qu'il ressent dans le bras (quand on parle trop) à son bras-arme dans ses rêves et ce qui me vient à l'esprit c'est l'image d'une arme de guerre qui crépite et grésille (pour s'échauffer) avant de cracher son feu mortel. Cette arme finira par tirer des boules de feu pour que se taisent tous ceux qui parlent...

Au premier entretien, Hassan m'avait dit ne se souvenir de rien. Il présentait une amnésie des événements. Je découvre ici la clé inconsciente de cette amnésie. Amnésie qui voile une hypermnésie, des temps fracturaires car il n'oublie rien, comme en témoignent ses propos par la suite. L'amnésie est ici contentive de l'angoisse de ce qui va suivre, réminiscence des angoisses passées qui reviennent au-devant de la scène. Pourtant, il n'oublie rien puisqu'il sait que c'est sa 4^{ème} hospitalisation et d'ailleurs quand on oublie, on ouvre le crâne pour y remettre

⁶³ Kiki : pénis

⁶⁴ Chic dans le français ivoirien fait référence au fait que c'est intéressant.

les informations (c'est un peu l'effet que font les nombreuses paroles qui sont inlassablement répétées comme des coups donnés sur la tête pour que les idées rentrent et y restent). C'est l'effet des paroles tierces qui sont répétitives, incessantes, oppressantes... trop de paroles dites par autrui qui obligent à penser.

Son impossibilité à affronter sa mère, à la défier, son statut de mauvais objet, d'enfant fragile, et l'insatisfaction maternelle avec laquelle il compose, l'idée même qu'à son retour de voyage celle-ci l'ait retrouvé, une fois de plus, cassé sont insupportables pour Hassan. Devant le caractère massif de son angoisse, sa mémoire se verrouille, il enferme et isole ce qui est difficile, il oublie pour ne plus avoir mal, mal au corps et mal du corps. Pourtant il n'a rien oublié, sinon pour contenir son angoisse de ce qui va suivre. Il sait que ça fait 4 fois, d'une année à l'autre... tout comme il ne veut pas qu'on le découpe en quatre. Quatre comme pour sa 4^{ème} rencontre avec la chirurgie, sa 4^{ème} opération, sa 4^{ème} hospitalisation...

Toute mère devant la fragilité physique de son enfant et les nombreux soins que cela nécessite serait prise d'angoisse, angoisse qui peut désorganiser ses conduites maternelles. Percevant cela, l'enfant peut se vivre comme étant seul responsable de l'humeur négative de la mère, comme objet non gratifiant source de mécontentement. Il y a une amplification des affects négatifs que sa parentèle lui renvoie comme être faible et fragile, source de problèmes et de préoccupations avec effet fantasmé d'annulation. Alors la nécessité de se renarcissiser en fait le héros de ses nuits et il conquiert sa gloire grâce à ce qui fait sa défaillance et sa déchéance, les os de son bras. Le rêve le restaure ainsi nuit après nuit quand sa famille échoue à le faire, quand l'école et la maîtresse font étayage palliatif. Il est maître du territoire de ses rêves, lieu où il est à l'abri et où il peut composer les scènes à sa guise, en ouvrant et en fermant les crânes des autres pour lutter ainsi contre ses propres effractions. Il est vainqueur des monstres, des têtes ouvertes avec ses bras-armes ou ses os-armes...

Le cas clinique d'Hassan est celui d'un enfant dont le corps est devenu, non plutôt, a toujours été cassable et se brisant régulièrement au point d'en devenir effritable et friable.

L'effraction psychocorporelle se donne à voir dans son discours, dans ses dessins qui visagéfient sa souffrance, celle d'avoir et d'habiter un corps en bout de bois qui se cassent et est en butte à diverses problématiques existentielles et mais aussi cette effraction se perçoit dans ses rêves qui agissent comme une soupape de vapeur libératrice d'angoisses importantes.

VII.2.DES DESSINS D'HASSAN A LA VISAGEIFICATION DE SA SOUFFRANCE

Si de prime abord, Hassan semble un garçonnet à l'aise dans son corps et dans sa peau, les entretiens et leur analyse interprétative témoigneront rapidement du contraire. Un sentiment de persécution coexiste avec des velléités de combat, et une forte angoisse qui transparait à la fois dans son discours et dans ses rêves.

J'espère, par le biais du dessin, arriver à explorer le continent inconnu que représente la psyché de cet enfant effracté. Afin de favoriser une mise en train, je lui propose systématiquement de faire un dessin libre.

VII.2.1. Le bonhomme témoin du soi et du moi

Hassan m'apparait comme à l'aise devant le dessin. Rapidement, il se met au travail et utilise la feuille dans le sens horizontal (format A4). En dehors des dessins libres, pour lesquels il utilise la palette de couleurs mise à sa disposition, les représentations de lui ou de toutes autres figures humaines sont monochromes (marron), voire rarement bichromes (marron et noir).

Le premier dessin qu'il réalise est celui du bonhomme.

Il commence le dessin par la tête et dessine sans hésitation et sans gommer. La rapidité d'exécution et la légèreté du geste me font penser qu'il expédie la tâche même s'il semble y prendre un certain plaisir.

Ce bonhomme est agressif avec ses dents que dévoile un large rictus. Il lui donne le nom de Ryan « *mon ami qui m'a poussé. Il a 9 ans, il sourit car c'est son anniversaire. Il a mangé ce qu'il veut et il a eu des cadeaux* ». Rien dans le dessin n'est évocateur d'un plaisir quelconque.

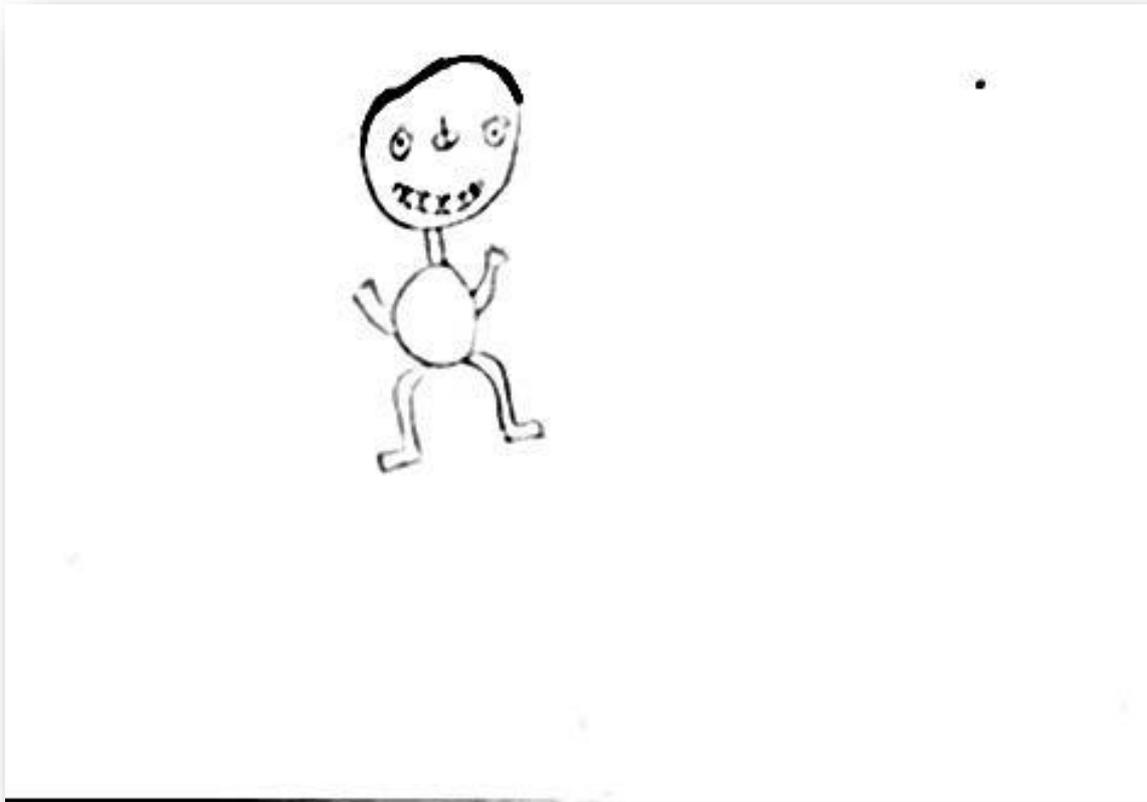


Figure 15: Dessin du bonhomme (Hassan)

Il y a comme refoulement de l'agressivité, Hassan attribuant au rictus du personnage le descriptif de « sourire ».

Ce bonhomme aux bras et jambes écartés évoque l'image d'un pantin ou d'un épouvantail, comme s'il voulait effrayer celui qui le regarde et les cheveux sont décollés du crâne comme s'il portait une perruque. Ces cheveux m'évoquent un postiche, une perruque, un artifice donc, quelque chose de faux ou qui sonne faux. C'est aussi comme cela que sonnent ses nombreux « je vais bien » qu'il me donne à tous bouts de champs. Il porte une double horreur, celle de faire peur et de donner l'impression d'avoir peur.

Ce dessin permet déjà d'approcher l'effroi qui habite l'enfant.

Est-ce qu'il n'éjecte pas sur la feuille l'effroi du regard maternel qui s'horripile devant un enfant qui se casse pour un rien ? N'est-ce pas l'effroi parental, maternel qu'il projette car cela doit être effrayant pour des parents d'avoir un enfant d'à peine 9 ans qui a déjà été opéré 4 fois.

VII.2.2. Ce qu'il dessine de lui

Toujours durant le premier entretien, je lui propose enfin de se représenter et il refuse en me disant que c'est difficile, puis qu'en fait le bonhomme c'est lui, alors qu'auparavant il l'avait identifié comme étant Ryan son ami. Tout au long de l'activité son humeur est joyeuse.

Je respecte son refus de dessiner.

Je constate que Hassan clive systématiquement et que ces mécanismes de défense sont massifs et marqués par ce clivage et une annulation rétro-active. Il y a psychiquement un déplacement et le Soi devient le Moi. Il annule ainsi les affects qui l'ont animé au moment de son accident. Il ne peut assumer les affects négatifs, ni ses pensées. Ainsi le sourire qui est visible et référé au conscient affronte l'agressivité invisible et référée à l'inconscient, le sourire disparaît au profit de l'agressivité (de la colère) qui le supplante dans le déplacement où Soi équivaut à Moi. Le Soi et le Moi se fondent. Ainsi, ces mécanismes mis en jeu lui permettent finalement de s'identifier au bonhomme et d'assumer son agressivité.

Au 2^{ème} entretien, je lui demande de réaliser la série de trois dessins. Il commence par faire un autre dessin (reprenant la thématique du dessin libre qu'il avait fait à la première séance), sans tenir compte de la consigne me disant qu'il préfère faire son dessin.

Devant son attitude, je m'interroge : a-t-il besoin d'une mise en train pour entrer dans ce que j'attends de lui ou bien anticipe-t-il l'angoisse et les questionnements qui naîtront devant sa production et la représentation de son corps ? Est-ce une façon de me défier, de défier mon autorité ou plutôt de tester ma résistance et ma solidité, ma capacité à accepter son « mauvais » côté et à rester avec lui malgré cela ?

Comme la première fois, ce dessin libre est porteur de couleurs et de nombreux détails ce qui ne sera pas le cas dans les représentations de lui.

Ayant fait ce qu'il voulait, j'insiste pour qu'il fasse ce que je lui demande. Il exécute alors sans rechigner la série de trois dessins.

- *Le premier dessin : dessine-toi avant ton accident*

Il dessine et me dit : « *C'est le jour de l'accident, j'allais boire de l'eau à la récré* ». Il finit son dessin, puis renforce les cuisses et fait des pointillés au niveau du ventre. Il a commencé le dessin par la tête. Il n'y a aucune hésitation dans son dessin et il n'utilise que la couleur marron malgré la palette de couleurs dont il dispose.

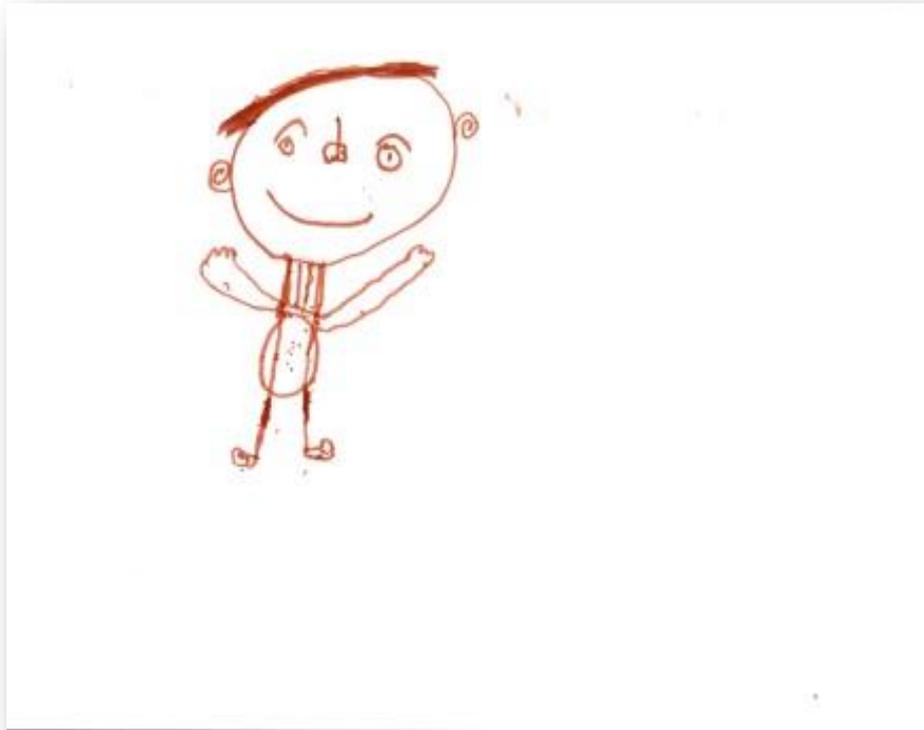


Figure 16: représentation de soi avant la fracture (Hassan)

Le bonhomme est souriant, asymétrique en tout point. Les oreilles ne sont pas dirigées dans la même direction, les yeux n'ont pas la même proportion de même que les bras et les jambes. Les jambes ne se joignent pas et sont dans la prolongation du cou. Cela est en rapport avec une immaturité affective qui n'était pas apparue de prime abord.

Le corps donne l'impression d'être un assemblage de morceau en mal d'articulation et de cohésion.

Le renforcement des cuisses peut-il être interprété comme la perception d'une plus-value liée à sa motricité ? Les os de ses membres inférieurs n'ont jamais été fracturés, alors certainement qu'il les perçoit comme étant très forts d'où ce renforcement.

Ce dessin, bien que sensé témoigner d'un avant, porte des marques en lien avec l'effraction. Ou bien est-ce l'avant du passé de fracture ? Il n'en demeure pas moins que le corps dessiné porte de multiples atteintes : le cou est fait de lignes brisées dont l'axe se prolonge et se termine aux pieds, lesquels sont d'ailleurs porteurs de marques. Contrairement aux bras, il n'y a pas de doubles contours dans le dessin des jambes. Les préoccupations de l'enfant sont centrées sur les bras.

C'est un Hassan fragile et déjà porteur de stigmates des multiples fractures qui apparait dans ce dessin. Il délaisse les couleurs pour n'utiliser que le marron, ce qui pourrait augurer d'affects tristes mais aussi de rejet de ce corps. Le sourire en coin ne voile pas la tristesse du regard d'un bonhomme désespéré par un corps-bout de bois.

Oreilles aux aguets et grandes ouvertes, narines palpitantes à la recherche d'un quelque chose de vivifiant qui lui fera vivre, peut-être, son corps autrement que comme abimé. Le ventre est ici support de bras situés à la jonction entre le tronc et le cou. La nourriture, comme il le dit « *il a mangé ce qu'il veut* », serait-elle un réconfort face à ce corps non-gratifiant ?

- *Le deuxième dessin : dessine-toi pendant ton accident*

En commençant le dessin, il dit « *ça c'est facile* » ... parce qu'il a l'habitude des accidents ?

Il situe ce dessin au jour de l'accident. Il dit « *je suis tombé, mon bras est cassé et je pleure* ».

On voit ici que le corps n'est plus le même, le bonhomme n'a plus ni cheveux ni nez ni oreilles. Il est dégradé par comparaison au dessin précédent. Il pleure à grosses larmes et il a une bouche large et épaisse. Celle-ci semble remplie d'une substance marron qu'on peut facilement assimiler à du vomit ou peut-être à du sang. Les yeux comme deux boules de loto sont horrifiés, étonnés aussi de ce qui arrive.

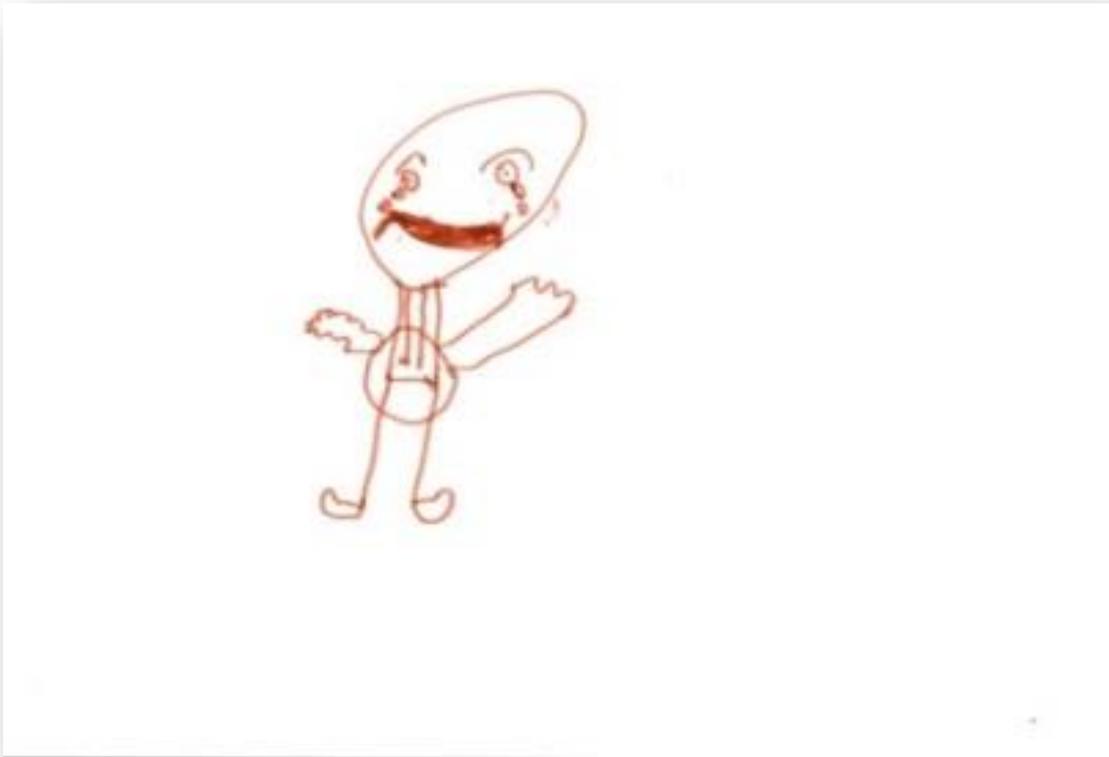


Figure 15: représentation de soi au moment de la fracture (Hassan)

Le bras droit est rabougri et mal dessiné (c'est pourtant le bras gauche qui est fracturé) et le bras gauche est hypertrophique, il n'a pas de main. Les bras sont accrochés au tronc qui lui est barré de traits évocateurs des axes du corps. Les bras et les jambes sont rattachés au même niveau du corps.

La tête déformée fait penser à un ballon qui se dégonfle, percé par les os du corps. Il y a un double tronc : un rectangle qui joint la tête aux jambes, superposé d'un rond qui lui porte les bras. Les os du cou maintiennent les deux troncs ensemble comme par embrochage.

C'est la représentation d'un Hassan qui a mal et qui est mal. Alors sa parole « *c'est facile* », peut être entendue comme « j'ai toujours mal, je suis mal et j'en ai l'habitude, je peux alors le dessiner aisément puisque je m'identifie à cela, à ce moi fracturé ».

- *Le troisième dessin : dessine-toi après ton accident*

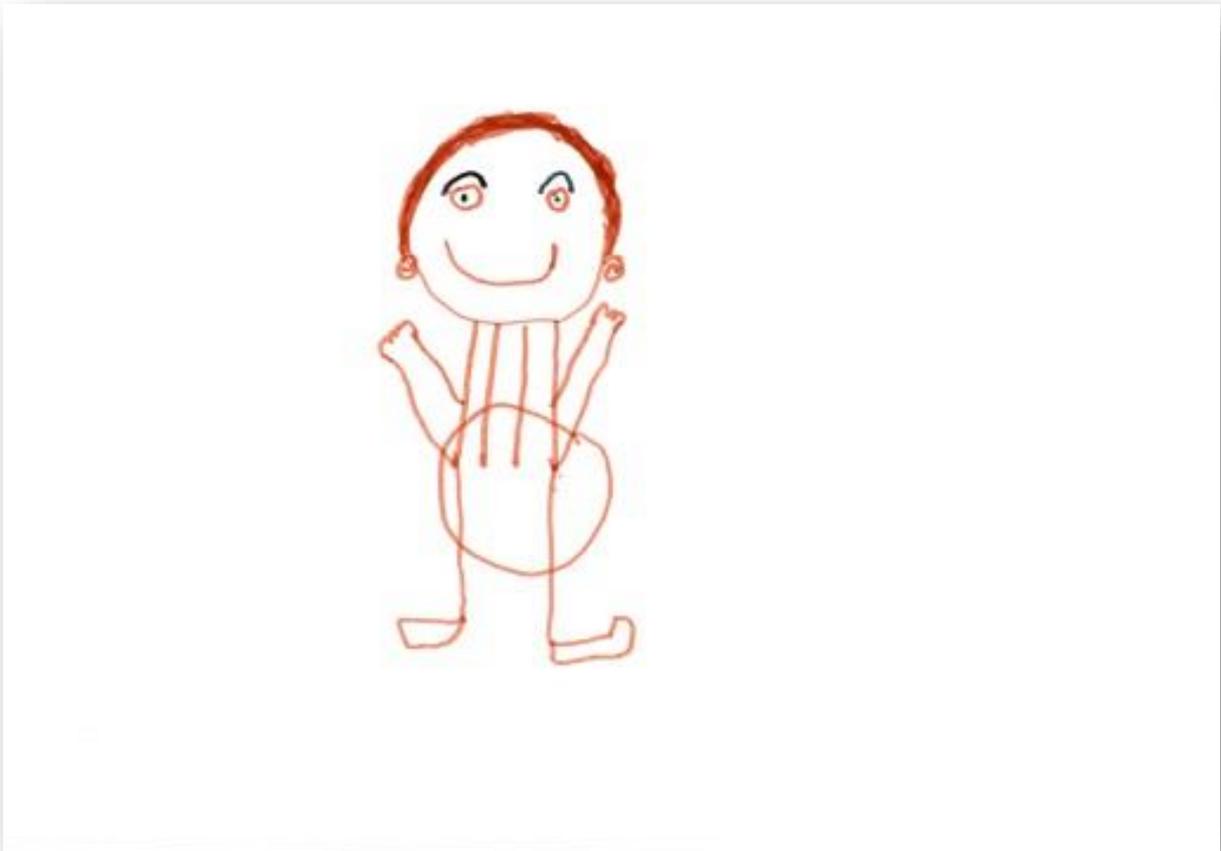
Après avoir fini le dessin, il me dit que c'est lui à sa guérison, il a 18ans et son bras est guéri. Comme il a pu l'exprimer verbalement, disant qu'il ne pense pas être guéri dans les délais donnés par le chirurgien (3mois) mais bien au-delà.

Il situe le temps de sa guérison, dans le dessin, très loin, dans plusieurs années. N'a-t-il pas intériorisé une parole tierce qui fait impératif ou un dead-line pour être sauvé et être enfin satisfaisant ? L'âge de la maturité le libèrera-t-il de l'effroi de son corps, de l'effroi de sa vie et de l'effroi parental ?

Un peu comme si pour être guéri, il faut qu'il soit indépendant, qu'il ne soit plus sous la dépendance de sa mère et donc n'être plus une source d'inquiétude pour celle-ci.

Le bonhomme peut à nouveau entendre car il a des oreilles. Même si le corps garde une certaine disproportion, il demeure cependant harmonieux. Il a retrouvé un sourire franc. Malgré la palette de couleur, il n'utilise quasiment que le marron et je m'interroge sans lui poser ouvertement la question bien qu'il ait introduit une autre couleur pour les pupilles et les sourcils (le noir).

Je comprendrais par la suite ce que son inconscient dit à travers ce marron du dégoût du corps rejeté par les autres et qu'il rejette lui-même.



[Figure 15](#): représentation de soi après la fracture (Hassan)

Son tronc est doublement dessiné, un cercle et des barres (qui ne sont plus fermées en rectangle comme dans le dessin précédent). Les traits, qui ne sont pas continus, peuvent laisser entrevoir que le corps, potentiellement guéri, sera toujours porteur de fragilité.

La tête est ici bien proportionnée et les cheveux bien coiffés et bien posés sur le crâne. Les jambes ne se rejoignent pas.

L'attente, et toujours de l'étonnement, se lisent sur le visage du bonhomme. Par ses oreilles qui sont orientées dans le même sens et collées à la tête, il me dit qu'une parole dite, a été entendue et que peut-être il peut s'y accrocher pour sourire réellement à la vie.

L'allure générale du bonhomme évoque un canard avec ses pieds palmés, vivant mais pataud, démarche mal assurée mais qui fait avancer tout de même.

Globalement, c'est à chaque fois un personnage sans décor centré dans la feuille qu'il fait comme pour signifier un certain isolement, mais cet isolement peut être induit par la consigne à laquelle il a trop collé sans distanciation. Cependant certainement, que cette activité l'a ramené à l'isolement qui a été le sien tout au long de sa scolarité à l'école libanaise car il connaît les couleurs et les utilise correctement comme j'ai pu le voir dans ses dessins libres.

Sur l'ensemble de son tryptique, les jambes sont dans le prolongement du cou et ne se rejoignent pas pour marquer l'entre-jambe. Le tronc est double et le corps transparent. Il y a aucun élément vestimentaire. Le bonhomme est toujours légèrement déporté sur la gauche ce qui traduit un attachement fort à la mère comme il l'a verbalisé.

A la 3^{ème} séance, celle du 10 mai, je lui demande de se dessiner comme il se voit ce jour-là.

« *Ça c'est difficile, mais bon ma peau elle est marron pas noire* ».

Cette idée qu'il amène de but en blanc, fait tout de suite écho non seulement avec l'épisode de racisme vécu l'année précédente à l'école franco-arabe mais aussi avec l'usage unique du marron dans ses dessins.

En disant « *c'est difficile* », par opposition à son précédent « *c'est facile* », je comprends qu'il lui est difficile de se voir autrement que référé à la fracture.

Que fera-t-il alors comme dessin ?

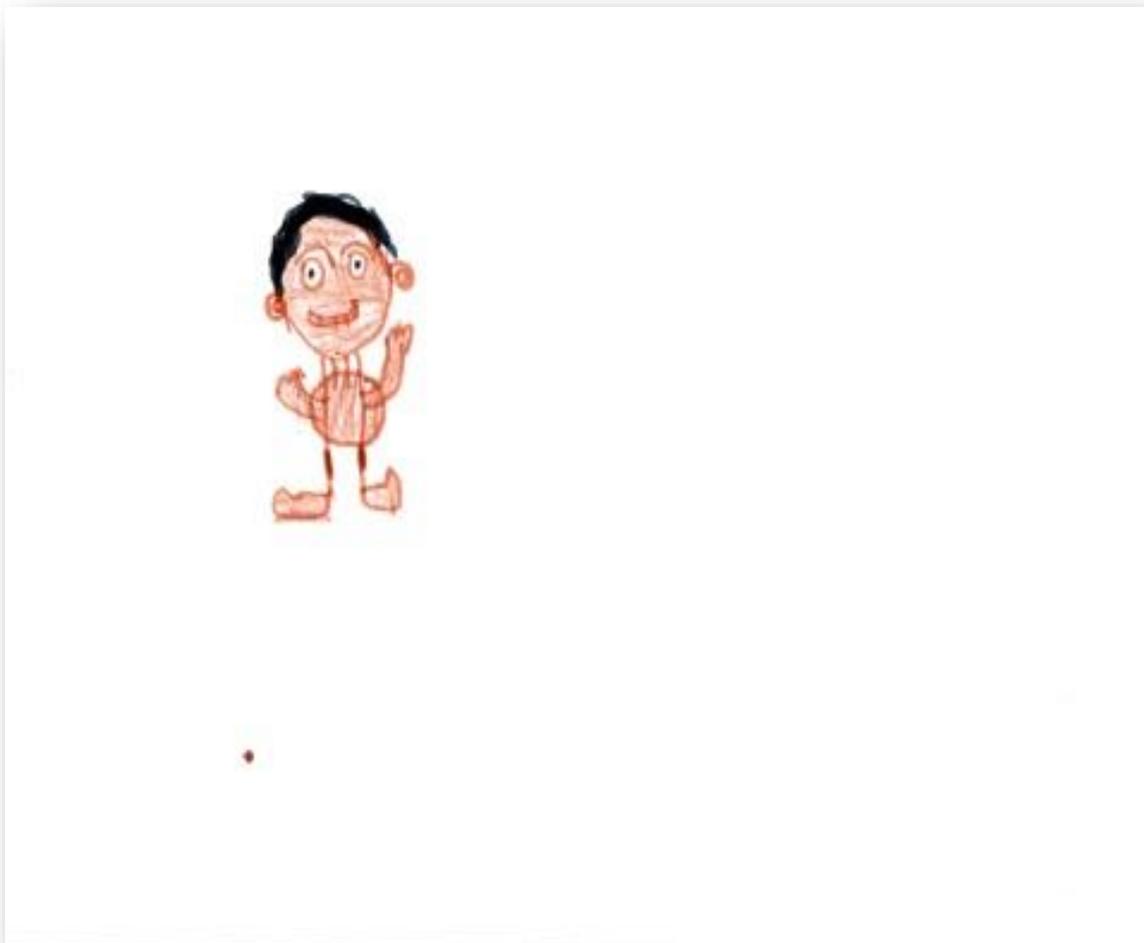


Figure 17: représentation de soi à la séance du 10mai (Hassan)

Il utilise le crayon marron et m'explique que c'est à cause de la couleur de sa peau. Pendant qu'il dessine, il évoque des épisodes de conspuassions quand il était à Algadir (école franco-arabe) où on se moquait de sa peau noire en disant « *c'est un noir, c'est un nullard* » ... « *alors que je travaillais bien et que même parfois c'est moi qui leur montrais* ».

Il exprime à ce moment un vécu persécutif, et il évacue des paroles blessantes entendues comme pour s'en libérer.

Pour la première fois, il colorie l'ensemble du bonhomme, il lui donne ainsi une peau et une consistance. Pourtant ce corps marron évoque un corps barbouillé et sale.

Argumentant son dessin, il me dit : « *je suis content, très content, car je suis guéri et je peux jouer, j'ai 13ans* ». En l'espace de quelques jours à peine, l'idée d'une guérison possible non envisageable auparavant, semble avoir fait du chemin. Je vois qu'il imagine une guérison possible dans 3 ans au lieu de 9 comme à la séance précédente.

Le personnage est toujours légèrement décentré sur la gauche, mais de taille plus petite. Il y a une asymétrie dans les formes comme pour les dessins « avant » et « pendant ».

L'insistance du trait au niveau de jambe comme dans le dessin « avant » semble la traduire la force qu'il a dans ses jambes.

A bien observer ce personnage, il y a un retour de l'agressivité (ce qui se voit au niveau des dents). La joie dont il parle ne se lit pas sur le personnage. Ce corps bien portant difficile à envisager et source d'agressivité et de colère.

Que dire devant ses yeux exorbités, ses oreilles tendues prêtes à entendre une nouvelle (une énième), serait-ce la nouvelle d'une guérison qu'il guette ainsi ? Non plutôt celle du planning des prochains actes, car ces oreilles, elles ont le vertige à tourner dans des sens contraires. C'est un peu comme si l'espoir d'une guérison ne peut colmater les peurs et les angoisses. Hassan est toujours aux aguets attendant le prochain épisode fracturaire. Ainsi, le visage de ce bonhomme témoigne-t-il d'un certain désarroi qui lutte avec une agressivité refoulée.

Hassan semble prêt pour la bataille, pour le prochain combat.

VII.3.CE BRAS QUI SE CASSE

VII.3.1. Trauma et traumatisme

Quelle psychopathologie pour un corps fragile qui se brise et qui est finalement « brisable » et peu solide ?

Ce corps en est-il devenu un pantin désarticulé d'avoir été trop manipulé et justement réarticulé ?

Cet enfant s'est construit autour d'un bras fragile, qui se casse fréquemment. Par ailleurs, il a toujours porté à l'intérieur de lui du matériel orthopédique, comme si sans ce tuteur, son corps lâcherai et se démonterai. Son corps semble fragile, source de préoccupations pour sa mère.

Il paraît s'en sentir responsable et veut la protéger affectivement. Cette attitude protectrice est un mécanisme de défense devant la défaillance narcissique due à la perte d'autonomie.

Quand la mère évoque l'expérience scolaire et énonce le fait qu'elle a malmené son fils en l'inscrivant dans une école franco-arabe, cela m'évoque le fait que de façon globale l'enfant a été exposé régulièrement à des situations et des choix parentaux difficilement supportables pour lui. Il a effectivement été malmené dans les choix scolaires, comme si le chemin de vie était difficilement perceptible ou traçable par les parents pour lui, malmené par un corps fragile qui a tendance à se casser. En énonçant qu'elle a malmené son fils, c'est l'aveu des brutalités subies par l'enfant sans qu'un étayage suffisant lui ai été proposé, mais c'est aussi pour cette mère, tenter d'une part de se déculpabiliser et d'autre part de réparer quelque peu.

Les dessins qu'il fait de lui montrent une transparence du corps.

N'y a-t-il pas là l'idée que le corps serait comme un corps de verre, transparent, fragile et cassable ? Ou bien est-ce comme une internalisation de la transparence induite par les nombreuses radiographies qu'il a dû subir au cours de sa courte vie ?

La peur envahie son être et désorganise ses comportements comme l'indique les rapports qu'il a avec ses pairs. Ainsi chez Hassan, le comportement scolaire et ses rapports à l'adulte sont ambivalents, et la maîtresse comme l'école jouent un rôle de tiers protecteurs (pour l'année scolaire en cours car par le passé cela n'a pas été le cas). Face à son corps, face à la vie mais aussi face à ceux (les autres enfants) qui peuvent vivre, jouer, sauter, courir sans peur sans risque, il ne sait plus quoi faire et sa pensée est décousue quand il évoque le souvenir d'une altercation avec un élève de sa classe. Les défauts d'étayage sont importants mais comme je

l'ai relevé, l'attitude de la maitresse qui fait rempart, le protège et lui offre un refuge tendant à faire œuvre d'étayage alternatif.

Je soupçonne, dès lors, des défaillances de l'étayage princeps fondamental, maternel, qui aurait dû lui offrir un sentiment de sécurité interne et un apaisement face à la violence que porte son histoire de vie. Les soins reçus de l'infirmière contribuent également à l'apaiser car il finit par s'endormir mais dans le même temps, il y a une « amnésie » de cette période. Je garde à l'esprit que l'amnésie a aussi pour fonction de contenir son angoisse. Parallèlement, peut-être, est-ce à dire que trop bien dans le cocon des soins reçus par des adultes maternants, à l'école tout comme à l'hôpital, il en est venu à enkyster son vécu, ses souvenirs, pour ne garder que le souvenir de la douleur et le discours médical comme validant sa défaillance et son existence ? Narcissisme mortifère qui fait vivre un enfant de 9 ans...

De sa colère et de la violence qu'il ingurgite littéralement malgré lui, il ne sait quoi faire et je constate qu'il ne peut la mentaliser car il ne peut l'affronter, même en dessin ce que traduit le rejet de son ressentiment (légitime) vis-à-vis de Ryan, puis son identification à son agresseur. Il est son propre agresseur. Il y a alors, comme l'a montré l'entretien, une mise à distance, un refus de continuer à jouer la comédie de l'enfant vaillant et un repli sur soi.

Ses antécédents de fractures du bras sont inscrits dans son histoire et modulent sa perception, son discours se médicalise. La peur d'une nouvelle fracture est omniprésente. Le traumatisme fait trauma.

Un sentiment de persécution coexiste avec les envies de se battre malgré une forte angoisse qui transparait à la fois dans son discours et dans ses rêves. Ces processus inconscients sont envahis par le traumatisme physique. Les rêves ont pour fonction de restaurer les enveloppes psychiques. De là, on peut déduire que ce bras et ces os qui ont tendance à se casser, et qui entraînent une perte d'activité, sont bien investis et utiles, « comme arme » pour se défendre des attaques. Il y a certainement là aussi une identification à la fonction du père, corps habillé. C'est apparemment une autre défense contre l'angoisse qui semble menacer de l'envahir.

Sous l'apparence d'un garçonnet jovial et vivant, par devers le panache de son éloquence, se joue un drame existentiel : le drame d'une jeune vie porteuse de nombreux traumatismes physiques et psychologiques.

Je peux mettre aisément au compte de reviviscence, la récurrence de ses rêves où il y a de la violence, de la bataille et du bras cassé. Le rêve apparait comme un théâtre où se rejouent

répétitivement la question de la fracture, dans une tentative toujours infructueuse de sortir « enfin » vainqueur de ce combat pour la vie et pour le corps.

Quel devenir pour un enfant-fracture, pour un enfant-bout de bois cassé-cassable ?

Quels lendemains, si rien n'est fait pour sa psyché, pour cet enfant traumatisé ?

Comment sauver le Soldat Hassan⁶⁵ ?

VII.3.2. La peau surface d'inscription

L'histoire d'Hassan met en lumière l'importance de la peau sur les relations aux autres et au monde comme cela a été dit par de nombreux auteurs.

Les premiers dessins montrent des corps vus par transparence. Au fil de l'histoire de cet enfant, je comprends qu'il a difficilement investi sa peau. D'une part, elle est régulièrement lésée, percée, trouée pour y introduire du matériel ou pour en retirer mais d'autre part, elle a été l'objet de rejet par ses pairs. L'usage prépondérant du marron indique l'acceptation de l'autorité (en lien avec le père qui est militaire ?), une certaine austérité alliée à un fort sentiment de contrainte et de dévalorisation (couleur caca), avec tristesse ou révolte sous-jacente (Thoulon-Page, 2009). Est-ce là l'unique raison ?

Pourrais-je avancer que ce désinvestissement s'est peut-être originé dans des défauts d'étayage maternel ? Ce corps qu'il exhibe au cours d'une de nos séances, cette peau qui fait honte, ont besoin d'être revalorisés.

Progressivement, au fil des dessins, tout se passe comme si un processus de réappropriation de la peau (marron) s'était mis en marche. Sa peau qui était l'objet de persécution dans son milieu scolaire, retrouve ainsi sa valeur de sac cutané, de contenant, d'objet pulsionnel. Le fait de la dessiner et de finalement colorier cette peau dans la dernière représentation qu'il fait de lui, me fait donc penser qu'il se réapproprie cette partie de son organisme.

Je ne peux m'empêcher ici de marquer un arrêt pour réfléchir l'attitude maternelle.

⁶⁵ Penser sa prise en charge, dans un processus d'association d'idée, me ramène au film « *Il faut sauver le Soldat Ryan* ». Ironie du sort... d'un Ryan, caillou qui faisant chuter Hassan et entraîne une fracture, à Hassan-Ryan (il s'identifie comme tel d'ailleurs dans son dessin du bonhomme) qu'il faut sauver de la mort. C'est ici l'idée d'aller à l'abordage d'un continent inconnu, sur des terres inconnues, lieu de refuge et d'égarement pour ramener à la vie cet enfant que la déchéance envahie de toute part.

Durant mes intrusions dans le cocon familial d'Hassan, à aucun moment l'ombre de la mère n'a réellement planée sur nos entretiens. Lorsqu'il parlait de sa mère et de ses parents, ses évocations avaient plus trait avec l'image d'un fantôme, être éthéré source de peur et d'angoisse. La mère ne s'est pas intéressée à ce que je pouvais faire avec son fils ni comment. J'ai observé aussi qu'aucun des adultes présents au domicile ne s'en inquiétait. Mes entretiens avec Hassan se sont déroulés dans le patio, une cage en verre construite en appendice à la maison.

Chez Hassan, les défauts d'étayage sont patents tout comme les manques de protection. C'est certainement cela qui explique l'immaturité psychique dont témoigne ses dessins.

VII.3.3. Schéma corporel, image du corps, représentation de soi

Au cours du premier entretien, l'abord direct de la représentation de soi a échoué.

L'épreuve des trois dessins permet à la séance suivante d'approcher cette représentation.

L'analyse des dessins d'Hassan, du dessin du bonhomme aux autres dessins, a montré qu'il y avait une bonne intégration du schéma corporel, malgré l'immaturité graphique. Nonobstant, en lien avec l'effraction, le corps perdait de sa structuration, de sa proportionnalité et de son harmonie. Certaines parties du corps comme le nez, les oreilles ou les cheveux avaient tendance à disparaître avec les affects douloureux.

La représentation que l'enfant se fait de son corps, témoigne donc d'un bon schéma corporel mais d'une image de son corps altérée par la maladie orthopédique.

Cet enfant vit son corps comme un assemblage de morceaux de bois, de volumes imbriqués les uns aux autres pour faire tenir le tout.

Il y a ici une différence nette entre le bonhomme témoin et les représentations de soi qui me fait penser que les affects et la remémoration de la fracture ont modifié la représentation du bonhomme et donc le vécu de soi.

VII.3.4. Face monstrueuse et corps irréparable, visagéfier l'horreur

Est-ce une ironie du sort ou une fatalité qu'à seulement 9ans, Hassan se soit déjà plusieurs fois cassé le bras, et surtout le même bras ?

Bien que le tracé du premier bonhomme soit différent des autres personnages humains, la plupart de ses représentations sont caractérisées par la couleur marron et par des traits qui s'incorporent les uns aux autres comme pour construire une charpente.

Les os du cou s'emboîtent dans l'ossature du corps, de même que les membres. Le corps est dessiné par transparence. J'ai surtout l'impression qu'il s'agit d'un sac d'os. Ce que je vois dans ces dessins, ce sont sa peau et ses os. La peau apparaît comme étant l'enveloppe de ses os qui eux ne sont pas solidement arrimés les uns aux autres.

Ces os sont fragiles et se cassent, alors à quoi peuvent-ils bien servir ?

L'utilisation qu'il en fait dans ses rêves est de bons augures, signifiant certainement que même si les os sont fragiles, ils assurent la structure de l'individu en lui permettant de vivre et de se défendre de l'adversité. Le rêve réveille son Moi endormi tout en lui permettant de se défendre des nombreuses angoisses qu'il porte (Dejours, 2001). Hassan met ainsi en jeu des processus défensifs projectifs.

Cela lui permet de se défendre du tabou de voir ce qui ne doit pas être vu, tout comme d'un vécu intrusif porteur d'horreur, celle de vivre dans un corps perméable et effritable.

Le dessin a permis à l'enfant, de laisser s'échapper l'horreur et la terreur qu'il portait en lui et de leur donner un exutoire par la représentation sur une feuille de papier. Ainsi les pulsions et le narcissisme défaillant de l'enfant, marqué par la mort et la fracture, se visagéfient-ils. Dès lors, se met en jeu un processus d'élaboration que la qualité du discours d'Hassan nous permet de cerner aisément malgré son jeune âge. Son horizon se dégage petit à petit. Le dessin lui a réellement apporté, offert plutôt, une opportunité de dire sa souffrance, souffrance collusive de fractures répétées depuis le début de la vie et d'un corps non aimé par les autres.

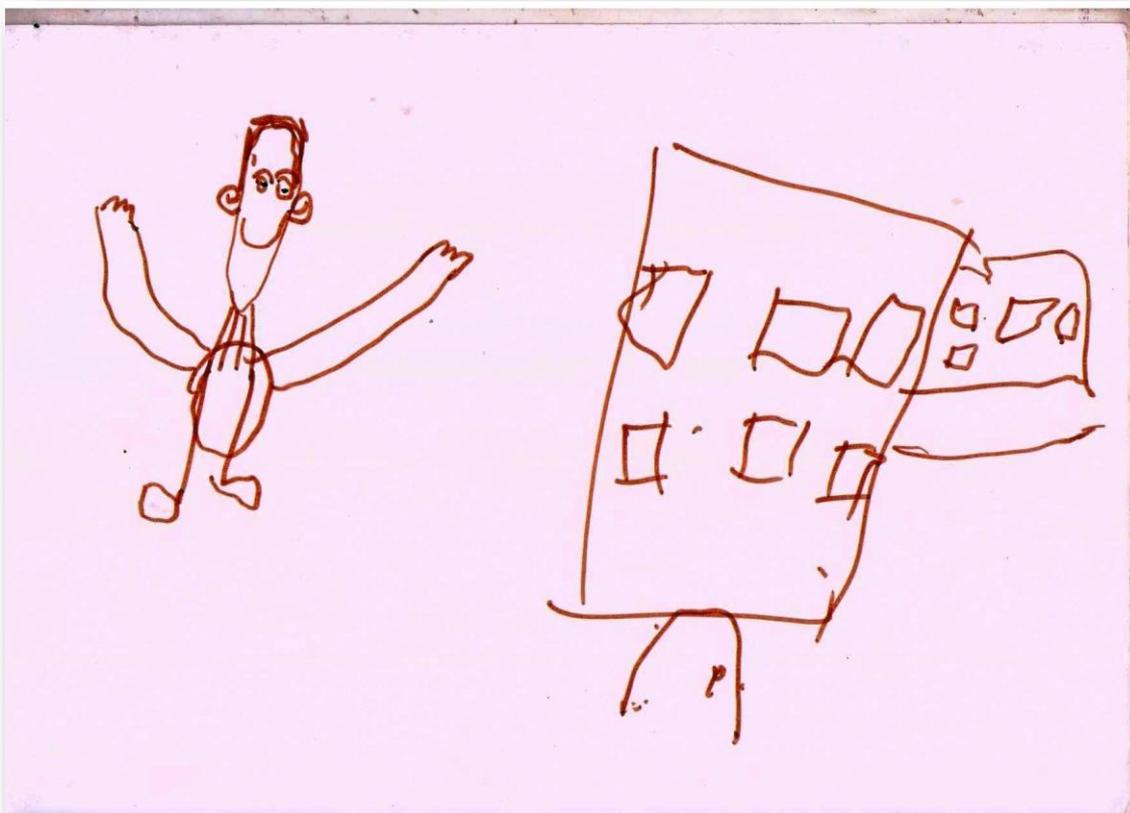
VII.3.5. D'Hassan au corps soignant-écoutant, analyse des rapports

Dans le courant de nos différents entretiens, je lui ai proposé de dessiner le docteur et l'hôpital. Il réalise rapidement le dessin, pratiquement sans s'appliquer et me dit « *C'est une femme* (le médecin qui l'a opéré est un homme), *le docteur est content car il a réussi une opération* ». Il identifie l'hôpital comme étant la PISAM. A la fin, il fait le commentaire suivant : « *En réalité c'est un homme, si c'était une femme j'allais bien dessiner* ».

Il y a ici un amalgame entre figure masculine et figure féminine et toujours le même processus d'annulation rétroactive. Le chirurgien est perçu comme une figure maternelle investie d'une manière ambivalente mais dont il ne dit rien de paradoxale. La facture du bonhomme est la même que dans les autres dessins.

Son adhésion au discours médical est l'auvent des mécanismes de défense à type de clivage et d'intellectualisation. Cela lui permet de mettre à distance la conflictualité qui l'assaille. Son rapport au corps médical montre son grand besoin d'étayage et de figure maternelle. Le chirurgien par la solidité de ses soins, par sa présence fait circonstancielle office de substitut maternel.

Le dessin montre un hôpital avec de multiples fenêtres dont la porte est à l'extérieur du corps du bâtiment. L'édifice semble instable et peu sécurisant même si le médecin apparaît comme étant fort. Il y a une contradiction entre fonction contenante du chirurgien et fonction contenante de l'hôpital.



[Figure18](#): dessin du chirurgien et de l'hôpital réalisé par Hassan

Je lui propose de terminer la séance par un dessin libre. Il me fait savoir que personne ne doit regarder son œuvre et il me cache le dessin.

Puis il me tend le dessin qu'il intitule « tata docteur » et me l'offre en disant : « *c'est toi, tu travailles avec moi à faire des dessins* ». Ce qui en substance est pour lui la traduction de ma présence à ses côtés, entre parole et dessin. Il semble m'avoir investi d'autant qu'il m'a avoué son secret et ses rêveries.



[Figure 19](#): Dessin spontané intitulé "Tata docteur" (Hassan)

Est-ce ma qualité d'écoute qu'il salue ici, mettant dans le même temps en défaut sa mère comme non écoutante et non entendante ?

Serait-ce un reproche voilé à la mère qui a besoin d'entendre le discours et de la confronter à la réalité, alors que moi j'apparais comme accessible au discours d'Hassan ?

Le dessin qu'il fait de moi est différent de ceux qu'il fait de lui : les os n'apparaissent pas, les membres sont bien limités donnant consistance et forme précise, forme féminine, au corps, même si là aussi les jambes ne se rejoignent pas.

Est-ce parce que je ne suis pas associée dans son esprit à ses problèmes osseux ou parce que je lui donne l'impression d'être contenante, au point de me livrer ses secrets ?

Hassan n'a pas parlé de ses rêves à sa mère, il semble la percevoir comme fragile. Je n'ai aucune idée des rapports antérieurs entre cette mère et son fils, ni des interactions précoces. Mais je pourrais avancer au vu de la dynamique relationnelle actuelle, que ces interactions ont été perturbées par les fractures récidivantes de l'enfant. Alors, pour tenir le coup, comme pour s'auto-contenir, Hassan s'est embroché psychiquement, il utilise ce qui le fait souffrir pour tenir son corps et sa psyché.

Il me fait dépositaire de ses secrets pour s'en décharger, car apparemment je ne l'embrouille pas avec mes nombreuses questions (ce que les autres font comme il me le dit), du coup il peut m'offrir sa souffrance pour s'en délester un peu.

Au cours de ses entretiens, je me retrouve donc dans une position particulière, celle de confidente, de dépositaire des rêves d'Hassan. Cet enfant est un garçonnet qui semble bien dans son corps qu'il expose facilement mais tout cela n'est qu'apparence comme je l'ai expliqué. Le temps d'une rencontre, j'ai été placée en position d'écoutante, bien plus d'entendante, et de confidente. J'ai ici une fonction de substitut maternel. Le transfert l'enfant est donc positif.

Son niveau de compréhension du français me facilite la tâche et il me parle facilement de son humeur et de ses affects. Nos rencontres ont été des moments plaisants.

Interrogeant mon contre-transfert, je me rends compte que je me suis investie en miroir dans ces moments de rencontre et que j'y ai tiré du plaisir. D'où vient ma jouissance ? En parlant avec Hassan, j'ai compris que je n'avais, jusque-là, pas su approcher l'inconscient de mes sujets et que j'avais ignoré la place que peut occuper le rêve dans le fonctionnement psychique. Cette rencontre a eu pour avantage de relancer mon désir de repartir dans ma recherche doctorale, alors même que je m'essoufflais.

VII.4. POUR UNE FIN DES COMBATS

L'utilisation prépondérante du marron dans tous les dessins d'Hassan est le témoin du mal-être existentiel de l'enfant qui d'avoir été stigmatisé pour la couleur de sa peau, en a fini par se dévaloriser.

L'écoute du psychiste lui a permis de se désenclaver de son vécu difficile, de mettre des mots sur ses maux. Ce travail a pu se faire grâce au dessin qui a favorisé la visagéification du trauma, de la souffrance et de l'horreur. Dès lors, la restauration peut être envisagée réellement par cet enfant.

Derrière toute histoire de fracture se cache une histoire de vie qui détermine indubitablement le vécu de la fracture et la façon dont l'enfant vivra la réparation et envisagera la restauration. Il y a des fantômes et des monstres dans l'ombre du corps effracté.

Ce cas clinique montre que l'aide d'un psychiste est importante pour réinvestir un corps malmené par la pathologie orthopédique.

PARTIE 3 :

**COMMENT PENSER LE SOIN DANS
LES EFFRACTIONS
PSYCHOCORPORELLES DUES AUX
TRAUMATISMES ORTHOPEDIQUES
POUR PANSER LE CORPS PAR LE
DESSIN ET LA VISAGEIFICATION ?**

Partant du cas de Hinda, au regard des histoires cliniques d'Ibrahim, d'Hassan et de Rodrigue⁶⁶, une réponse à la question de recherche « **la représentation picturale de soi, chez les enfants ayant subi un traumatisme orthopédique, permet-elle la visagéification de la souffrance ?** » se profile et permet dans le même temps que s'esquisse une typologie possible du soin psychique pour panser le corps, à partir justement de la représentation de soi et en prenant en compte le processus de visagéification.

Se représenter et visagéfier sa souffrance nécessitent un étayage psy que nous analyserons après avoir questionné d'une part le rapport entre la représentation de soi et la modification de l'image de soi puis, la visagéification par le dessin.

Alors que retenir de ces trois histoires d'enfants vivants en Côte d'Ivoire et quel intérêt trouver dans celle de Rodrigue le français ?

Histoires d'une fille et deux garçons ayant subi des accidents qui se sont soldés par des fractures de membres, ils n'ont pas le même âge, n'ont pas reçu les mêmes soins (tant en qualité qu'en quantité). Ces histoires parlent d'un double traumatisme (physique et psychique). L'abord de l'expérience traumatique par le dessin, notamment par le test des trois dessins, ouvre largement une lucarne sur leur effraction psychocorporelle. Disons d'emblée, qu'en se visagéfiant sur le support papier de la feuille, le vécu psychologique, la souffrance et l'effroi ont pu se mentaliser. Ainsi le dessin est-il apparu, avec ces enfants, comme un médium thérapeutique de choix pour travailler l'image de leur corps, à condition que l'étayage d'un psy accompagne ce processus.

Ceci dit, il est vrai que telles que je les ai présentées, certaines histoires cliniques portent un goût d'inachevé, et nous pouvons nous demander comment cela se termine ou aurait pu se terminer. De cette insatisfaction, de ce désir de savoir peut naître un autre désir, un autre souffle, celui d'une pensée qui peut se (re)créer et s'inventer. Ainsi est-il possible de réfléchir et de penser ces cas cliniques afin de concevoir des outils pour, peut-être, faire mieux (à l'avenir) et avoir ainsi un meilleur cadre et de meilleures « armes » thérapeutiques pour les futures rencontres autour d'un corps effracté en chirurgie pédiatrique.

De déambulations en mutations, une découverte et une idée nouvelle ont surgi permettant de proposer une réflexion et une confrontation théorique entre représentation de soi et

⁶⁶ Voir l'annexe n°3

visagéification, débouchant sur l'élaboration d'un possible soin psychique. Je reprends à mon compte, ici, cette pensée de Zazzo (1981, p. 80) « ...un regard sans œillères, la capacité de voir ce qui peut surgir hors du cadre de l'expérience, hors du cadre théorique, aux lisières du chemin qu'on s'est préalablement tracé... »

CHAPITRE VIII. EFFRACTION PSYCHOCORPORELLE, REPRESENTATION DE SOI ET MODIFICATION DE L'IMAGE DE SOI

En chirurgie pédiatrique à Abidjan, les enfants ont peu de sollicitations en dehors des rapports qu'ils entretiennent avec les soignants (relations uniquement basées sur le soin) et avec les parents. L'idée initiale de leur offrir un moyen d'expression ou de distraction par le dessin, a donc été accueillie avec enthousiasme par les petits patients que j'ai rencontrés. Les faire dessiner a été dans le même temps un moyen d'établir un lien avec eux mais aussi l'élément de la recherche car en se dessinant l'enfant exprime le vécu de son corps impacté par la fracture et son retentissement en termes d'effraction psychocorporelle. Selon Morin (2013) quand on demande à quelqu'un de se dessiner, on mobilise les questions concernant son image du corps et ses identifications. Le dessin est ici un médium qui permet l'expressivité du vécu psychologique, de la douleur et de la souffrance, tout comme la représentation de soi est utilisée pour évaluer le rapport au corps et à l'image du corps (Claudon et al., 2012)

La première hypothèse que j'avais formulée était « *quand l'enfant est soumis à une chirurgie lourde ou à de multiples opérations dans les cas de fractures (traumatismes physiques orthopédiques), il s'en suit une modification de l'image que le sujet a de son corps, sans lien avec la gravité de la pathologie chirurgicale, comme on peut l'envisager dans le versant anatomique du schéma corporel et d'une perte de l'identité du sujet qui se traduit dans la représentation de soi. Ainsi pourrait-on observer dans la représentation que l'enfant fait de son corps une modification des proportionnalités du corps avec une dysharmonie de celui-ci.* ».

Comment les résultats issus de l'analyse des cas cliniques permettent-ils de la vérifier ?

VIII.1. IMPACT PSYCHIQUE DE L'EFFRACTION CORPORELLE

Comme cela a été décrit dans la littérature scientifique, les effractions du corps, dans les traumatismes orthopédiques, ont un impact psychique certain et cela quel que soit leur type, leur localisation ou l'importance de la fracture. Cet impact ne dépend également pas des soins reçus (qualité et quantité) comme l'histoire de Rodrigue le démontre. Le corps effracté devient difficile à vivre, et c'est ce qui fait dire à Bernard (1976) que la douleur, la maladie, l'échec entraînent une division, une déchirure faite à un corps vécu comme une masse lourde et résistante. Le corps en est devenu gênant.

L'effraction corporelle peut avoir un impact psychique en elle-même mais aussi à cause des soins qu'elle suppose, des actes chirurgicaux ou orthopédiques jusqu'à l'hospitalisation.

Je pense qu'avant d'avancer dans cette discussion, il convient de faire une précision.

En effet, j'ai délibérément peu pris en compte dans l'étude le paramètre « sexe » pour me focaliser sur l'atteinte traumatique car le cas clinique qui a suscité ce travail était celui d'une jeune fille, par la suite je n'ai rencontré que des garçons. N'ayant pas une population d'étude importante, dans les pages qui suivront, je n'ai point tenu compte du genre, même si je sais qu'il pourrait avoir une influence sur certains résultats. Je contourne un peu ce biais en restant dans la singularité du sujet. D'autres études ultérieures, sur des effectifs plus importants, pourront mettre au travail ce paramètre et en vérifier l'influence sur la représentation du corps lors d'une effraction dans les traumatismes orthopédiques.

VIII.1.1. Effraction psychocorporelle, actes chirurgicaux et hospitalisation

D'emblée, je rappelle la description faite par Desprat-Péquignot (2004) et Gey (2006) de l'importance de l'impact psychique des effractions corporelles et des soins inhérents en chirurgie, aussi bien sur le patient, sa famille que les soignants. Cependant, il me faut nuancer cette vision catastrophique car les réactions psychologiques des enfants victimes de traumatismes orthopédiques ne sont pas proportionnelles à la gravité ni de la fracture ni de l'acte chirurgical. Même si ce dernier entame, par intrusion-pénétration-effraction, l'intégrité de l'image corporelle de l'enfant, ce qui se dessinera montre que l'agression fantasmatique n'est pas forcément parallèle aux attaques anatomiques réelles (Bailly, 2005).

L'hospitalisation en elle-même peut avoir aussi un effet psychogène comme le souligne Bastin :

« L'impact traumatique d'une hospitalisation d'enfant s'organise autour de deux pôles :

- l'incidence du corps malade sur les rapports que l'enfant entretient avec son propre corps et les représentations psychiques qu'il s'en fait ;
- l'incidence de l'éloignement et la rupture de ses repères familiaux et environnementaux. Les aménagements psychiques qui en découlent s'étayent sur la structuration antérieure de sa personnalité, sur la nature de son organisation fantasmatique, sur son âge, sur l'histoire, le vécu et les besoins, propres à chaque enfant et à sa famille.(Bastin, 2000)

De là, il m'apparaît important d'évoquer les effets de l'hospitalisation sur l'enfant effracté car deux des sujets ont été hospitalisés longtemps.

Les hospitalisations de Hinda et d'Ibrahim par leurs caractéristiques propres (marquées par la précarité matériel et financière, par le manque de cadre...) ont certainement renforcé le vécu douloureux des enfants. D'ailleurs, le cross-leg que subit Hinda ou les soins d'asepsie dont bénéficient Ibrahim ont démontré leur pouvoir désorganisant.

Pour Morasz (2003), la souffrance psychique peut alors être secondaire, comme conséquence, des actes chirurgicaux ou de l'hospitalisation qui repose sur une activité de soin normative, castratrice et autoritaire. La dépossession du corps parcellisé et la régression peuvent entraîner la réactivation des conflits latents et inélaborés comme je l'ai montré chez Hinda, Ibrahim et Hassan. Mais surtout, il semble que le corps effracté de l'enfant devienne le terrain d'(ré)activation de la conflictualité parent-enfant. De fait, cette effraction atteint aussi les parents, l'entourage tout comme elle remanie les paramètres de l'histoire infantile. Il y a un avant et un après la fracture (ce qui justifie l'utilisation du test des trois dessins à mon sens). Après cet instant « t » de la fracture, la dynamique familiale se modifie tout comme les rapports et cela s'est vu dans toutes les situations cliniques que j'ai rapportées.

Bastin a aussi montré que l'hospitalisation pouvait réveiller des angoisses de mort, de la culpabilité avec un impact certain sur les images corporelles (il ne précise cependant pas le type d'atteinte de ces images). Ce que je retiens de ces propos, c'est que l'hospitalisation impactera certainement le vécu du corps de l'enfant. L'effet psychogène de l'hospitalisation peut être plus important encore car il y a aussi les situations de rupture et de crise, où il n'y a ni pensée ni langage, où la subjectivité est mise à mal et, dans lesquelles il y a également absence de relations d'objet et de figures parentales (qu'elles n'existent pas ou ne s'expriment pas). L'effacement et la soumission des parents de Hinda en sont le (triste) reflet. Ces situations peuvent déclencher des angoisses, en étant séparation et arrachement.

C'est ainsi que Hinda vit une véritable crise, portée par des angoisses massives comme l'ont montré ses dessins. L'histoire de Rodrigue montre aussi comment il est en proie à une crise, corrélée à une anxiété importante qui gêne son corps. La crise est ici en tant que rupture d'un

équilibre antérieur, passage par un vécu de perturbations, de pertes et un rétablissement d'un nouvel équilibre (ce que permet le travail de la maladie). Le rétablissement d'un équilibre s'est observé chez Rodrigue mais celui-ci apparaît précaire et craintif. Chez Hassan, c'est un équilibre incertain ou provisoire dans le sens où il y a toujours l'idée non seulement qu'une fracture pourrait survenir à tout moment mais que la guérison (consolidation osseuse) n'est pas sûre.

VIII.1.2. Effraction psychocorporelle et évènement-fracture

La fracture en tant qu'évènement va également impacter l'enfant au niveau psychique et corporel. Pour surmonter cette épreuve, il faut que l'évènement-fracture s'inscrive dans la vie psychique en tenant compte de plusieurs paramètres (la blessure corporelle dans sa réalité, le passé du sujet et ses expériences antérieures de maladie, les conflits infantiles, les liens à ses propres parents etc.). Il s'agit là d'un processus strictement idiosyncrasique qui va entraîner une rétraction libidinale amenant l'enfant à se recentrer sur lui-même et à se détourner de l'autre.

Je l'ai observé à Abidjan, les enfants étaient assez souvent repliés sur eux-mêmes, faisant des demandes de soins et d'attention incessantes aux adultes, et réclamant parfois un maternage important. En se repliant sur lui-même, pour tenter de repositionner son corps propre comme objet libidinal, en modifiant des rapports aux autres et notamment aux figures parentales, l'enfant va psychiquement cheminer vers une intégration de la maladie dans son histoire, son vécu incorporant et intériorisant l'expérience psychique et corporelle. Cela ouvrira la porte à bons nombres de réaménagements. En effet, une opération même la plus simple reste génératrice d'un choc physique et émotionnel qui s'intègre à part entière dans la vie et le développement de l'enfant. Tout ceci revêt parfois une valeur organisatrice aux conséquences multiformes. L'enfant métabolise le vécu de son intervention et de tout ce qui l'entoure. Cette métabolisation va nuancer, modifier et parfois bouleverser la structure psychologique de l'enfant, ce qui peut être source d'anxiété (Millat, 1996). C'est dans ce sens que certains éléments vont induire et contribuer à la genèse, à au maintien ou à l'amplification de l'angoisse (Dufour, 1996). Cette angoisse est liée à l'acte mais aussi à la personnalité du patient. Les conséquences de ce qui précède se mesureront à long terme.

Parler l'acte, la maladie et parler avec le malade va lui permettre de passer de l'inconnu au connu, de mettre des représentations et des images là où il n'y avait que la peur, le vide et une angoisse qui augmentait et l'envahissait. Cela peut permettre la mise en place d'un espace

psychique de pensée et de parole commune, comme une zone franche, où soignants et soignés peuvent se rejoindre dans une mise en sens commune, le soignant étayant le soigné, de l'expérience de la maladie en chirurgie.

La dynamique développementale de l'enfant est également impactée, de même que ces identifications. Les histoires cliniques que j'ai rapportées montrent bien que, comme le dit Le Breton (2008), toute maladie produit une onde de choc qui ne perturbe pas seulement la vie du patient mais bouleverse également selon les circonstances la trame des relations familiales, amicales, professionnelles, voire la scolarité, l'affectivité des enfants, etc. Cette onde de choc due à l'atteinte du corps fragilisé, porte atteinte à l'identité du sujet et peut annihiler les affects (Brocq, 2008). J'ai effectivement observé chez les trois garçons soit un déni des affects soit leur effacement. Selon Guittonneau (2012), c'est une œuvre de Thanatos que cette absence (apparente) d'affect qui est effacement. Il la met en lien avec la fragilisation importante du narcissisme, ce qui sert à maintenir des limites elles-mêmes fragilisées. Pour ma part, j'ai eu l'impression que cela était plutôt dû à un souci de préservation de soi, à un désir de résister et de survivre... n'est-ce pas plutôt la pulsion de vie qui agit ainsi ?

A partir des cas cliniques que j'ai exposés, il est clair que cet impact va se voir à plusieurs niveaux. Il y a une atteinte narcissique, une atteinte de l'identité avec une modification de la perception de soi. La partie fracturée envahit le champ psychique et impacte les identifications de l'enfant. Chez Hinda, j'ai montré une identification massive à la jambe fracturée. L'atteinte est donc multiple et, faire avec ou la surpasser nécessite une énergie psychique importante.

Chez les enfants, j'ai ainsi observé des dénis de leurs perceptions, un clivage du corps et de la pensée, une mise en sommeil de l'activité mentale et comme le disent Sibertin-Blanc et Vidailhet (2003) : *« les contenus traumatiques impensables sont alors incorporés, enclavés et mis hors conscience mais aussi hors langage et rendu inaccessibles à la conscience, tout en restant actifs. »*

Chez Hinda, avec l'accident ce sont sa féminité et son autonomie qui sont atteintes tandis que c'est, chez Ibrahim, le souvenir du père mort qui cristallise le trauma. Il y a aussi certainement une paralysie de l'imaginaire chez celui-ci.

Je voudrais ici ouvrir une parenthèse et faire une incursion sur le thème de « l'immobilité » imposée par le traumatisme orthopédique chez les trois garçons de l'étude qui ont vécu l'expérience traumatique au cours de la phase de latence (entre 8 et 10 ans).

Dans la théorie freudienne (Arbisio-Lesourd, 2007 ; Freud, 1925), la latence marque une «pause temporaire» entre deux périodes de réorganisation de la sexualité. De tout ce qui a pu être dit sur la latence, ce qui m'intéresse ici c'est la motricité de l'enfant durant cette période. Pour Paul Denis (2011), la latence est une période de remaniement narcissique considérable. Il met aussi la motricité au centre des enjeux de cet âge, la pulsion d'emprise prenant alors une place de premier plan. L'activité psychomotrice est comme le centre de la latence, la motricité devenant pour quelques années le registre privilégié de la satisfaction pulsionnelle (Arbisio-Lesourd, 2007). Pour Dommergues (2010), l'enjeu de cette période d'un point de vue somatique se situe au niveau de la croissance staturo-pondérale. L'enfant grandit beaucoup, ou devrait le faire durant cette période. Dès lors quand survient un traumatisme orthopédique durant la période de latence, et que de fait une immobilité en découle, que peut-il se passer chez l'enfant ?

Alors, comment un enfant vivra-t-il son corps quand la mobilité de celui-ci est entravée, la motricité freinée par un traumatisme, corps qui se retrouve empêtré dans un lit, dans un plâtre et donc dans un immobilisme ankylosant, au moment de la période de latence ? Comment vivra-t-il ce corps qui n'est plus, pour lui, le lieu d'exutoire de toutes les décharges pulsionnelles ? Le corps devient-il une sorte de bombe à retardement (sous pression) d'avoir trop emmagasiné d'énergie sans voie de liquidation ? Ou bien, faut-il craindre une implosion pulsionnelle avec en corollaire bon nombre de désorganisations, mais lesquelles ?

En plus, il faut tenir compte du fait que la situation clinique nécessite des soins constants, notamment des soins parentaux, maternels. Ceux-ci réintroduisent la problématique d'une relation de proximité aux parents, et peuvent éventuellement réactualiser l'Œdipe, et remettre à jour la recherche de la satisfaction pulsionnelle avec comme objet central le parent. J'ai déjà évoqué la régression psychique fortement corrélée à l'état régressif et à l'immobilisme imposés par la pathologie qui font de l'enfant de la latence à nouveau un « bébé » nécessitant des soins constants (étayage, nursing, nourrissage...) ⁶⁷ qui ramène sur le devant de la scène des fantasmes œdipiens contre lesquels plus aucun interdit ne fonctionnent ou qui font jour devant la levée de l'inhibition dû au risque vital mis en jeu par le traumatisme physique. L'immobilisme lié à la pathologie, et le retour à un état d'infans, vont peut-être renforcer un vécu d'incapacité lié au fait de ne plus pouvoir bouger et peut-être entraîner un surcroît de fantasmatisation pour surmonter cette seconde perte phallique, la perte du corps comme objet de renarcissisation. Il y a un empêchement à être qui place l'enfant dans une mise hors du temps. Cette ex-temporalité suspend ou modifie tout au moins le temps physique et psychique tout comme le corps est

⁶⁷ C'est cette donnée clinique qui m'a fait penser qu'une reprise des enjeux du stade du miroir serait une possible voie thérapeutique à explorer, comme je le développerai dans la troisième partie de cette discussion.

suspendu (au propre comme au figuré pour certain enfant⁶⁸). Cela se voit surtout avec Rodrigue qui a passé cette période (celle de l'immobilité) et que j'ai rencontré 6 ans après son traumatisme. Il est apparu comme figé dans un temps passé, d'avoir eu son temps suspendu et immobilisé par le plâtre qui finalement l'empêtre toujours.

Ainsi, la survenue d'un traumatisme orthopédique durant la période de latence entraîne-t-elle des perturbations du vécu du temps et de la mobilité.

Pour en revenir à ce que je disais précédemment, une mauvaise image du corps, telle que je l'ai évoquée, peut être renforcée par les nombreux bouleversements induits par les tentatives de reconstruction du corps, qui progressivement entament l'espoir de retrouver son « être ». Cela traduit une atteinte narcissique, comme nous avons pu l'observer, qui entraînait une perte de l'identité ou tout au moins des troubles de la perception de soi. Ainsi, les multiples tentatives de reconstruction du membre de Hinda ont fini par entamer son « être ». La déstructuration et la déconstruction du bonhomme dessiné en ont témoigné.

De là, la renarcissisation m'est apparue comme difficile tant le corps en était devenu défaillant. De plus, il ne faut pas oublier que douleur et souffrance marchent avec effraction et trauma, ce qui renforce les difficultés du vécu corporel. Dans le trauma, le bout de corps fracturé apparaît comme corps-autre.

Chez les enfants ivoiriens, les nombreuses difficultés que j'ai déjà évoquées se surajoutent et freinent le processus de renarcissisation (problématique familiale, insuffisances multiples au niveau des soins, carences dans la prise en charge, défauts d'étayage). Chez Rodrigue, le narcissisme est aussi impacté de l'épisode traumatique et dans le « *il ne pouvait plus* » que dit sa mère, c'est un « il n'est plus le même » qui se dit. Cette effraction psychocorporelle atteint donc le narcissisme de l'enfant.

Par ailleurs, s'adapter aux remaniements du corps, aux tumultes émotionnels et à l'espoir demande un effort psychique (Sénéquier, Faleh et Jusselme, 2015), qui peut s'avérer rapidement épuisant ou qui peut user et ronger (comme les questions qui tournent en boucle dans la tête de Rodrigue). D'autant qu'il importe qu'il n'y ait pas d'enkystement de l'objet-maladie ou de l'expérience de la maladie, comme c'est bien souvent le cas. Auquel cas, l'histoire de la maladie (avec sa part de confrontation à la mort réelle ou imaginaire, voir même symbolique) va se constituer en corps étranger et, selon le modèle véhiculé par Lebigot (2009),

⁶⁸ Dans le cadre des tractions des membres par exemple

briser la barrière de pare-excitation de la psyché pour s'y introduire et se loger durablement dans la psyché et entraîner une psychopathologie traumatique.

Le dessin, chez les enfants ivoiriens, ou tout au moins l'activité dessin, a eu tendance à avoir des effets revalorisants qui, peut-être, auront un impact sur leur narcissisme mais la rupture de contact ne m'a pas permis de le voir ou de le vérifier.

Progressivement, j'ai compris que se servir du dessin pour redonner un corps fantasmatique à l'enfant, tout en travaillant sur sa perception de lui et son narcissisme, était une façon de gérer l'espoir d'un « avoir », dans le sens d'avoir un corps (de se réapproprier son corps, comme sien, comme bien propre). C'était aussi l'opportunité de lui (re)permettre une accession à la reconnaissance de sa propre identité corporelle et psychique. Cela m'est apparu comme étant une question cruciale qui peut permettre une digestion de l'évènement traumatique chez l'enfant.

De plus, l'accompagnement du patient au travers d'un langage, d'une parole est d'importance et joue ici un rôle important car, par la mise en mot, d'une part l'angoisse peut être déplacée et soulagée et, d'autre part le corps peut être réinvesti. C'est l'effet escompté au travers de la médiation par le dessin qui est une trace de soi, une expression de soi et une écriture de sa vie psychique (Vinay, 2011).

C'est ce que nous verrons dans le 3^{ème} volet de cette partie discursive.

VIII.2. INTERET DU DESSIN ET DE LA REPRESENTATION DE SOI

VIII.2.1. Décryptage du dessin

Décrypter un dessin, c'est l'interpréter pour approcher et essayer de comprendre tout ce qu'il recèle de la vie psychique de son auteur car le dessin permet la transmission de mouvements psychiques infra-verbaux. Il dit l'inconscient (Anzieu, 2010).

Pour Romano (2010), l'interprétation symbolique du dessin réfère à l'état psychique de l'enfant et décoder un dessin se fait en appui sur le symbolisme de l'espace, l'utilisation de la couleur, le type de trait et de forme, les sujets et les éléments représentés, mais également sur le comportement non verbal exprimé par l'enfant. C'est la part analytique de la lecture du dessin, lecture qui peut se faire de façon intuitive (mode d'interprétation que j'ai privilégié tout au long de ce travail). C'est donc en en tenant compte, que je m'aventure à la rencontre des enfants au travers de leurs dessins. Je garde à l'esprit qu'il y a dans le dessin une jouissance intense, une souffrance de la rencontre de soi et un dévoilement du sujet au regard d'autrui comme le relève Vinay (2011). Il faut aussi noter qu'il y a une ambiguïté ou une double valence du dessin qui a fait dire à Reignier (2011) qu'il est à la fois spéculaire et objectal, à la fois trace-mouvement, se déroulant dans le temps de la séance et tableau final. Cela oblige, dans la lecture d'un dessin, à faire preuve de prudence en restant au plus près du sujet.

Ceci étant, face au dessin qui leur était proposé et à la série de trois dessins, le plus souvent les réactions ont été positives (dans le sens d'un intérêt certain et d'un désir de réaliser ce que je demandais). Hormis Rodrigue qui a affiché un certain détachement, j'ai observé une attitude adhésive avec investissement important de l'activité qui m'a fait penser que le dessin arrivait un peu comme une bouée de sauvetage dans l'océan des préoccupations de ces enfants.

L'acte de dessiner met en jeu les fonctions perceptives (visuelles et kinesthésiques) de l'enfant en présence de deux personnes : l'enfant comme producteur du dessin et l'autre, l'adulte (donc moi en l'occurrence) qui regarde le dessin qui se fabrique et en sera le récepteur. Je reviendrai sur cet élément quand je parlerai du caractère médiateur du dessin.

La trace qui produira le dessin, le geste qui permet cette trace, le corps qui se meut pour que le geste arrive... tous disent l'enfant et son histoire, dans son rapport au monde et dans son vécu du traumatisme orthopédique. Sa culture et son savoir, tout comme son niveau cognitif, sont autant d'éléments qui représentent le soubassement du dessin (en termes de qualité et d'activité). Ainsi le test du bonhomme est-il une œuvre produite comme reflet de l'élaboration

psychique du soi de l'enfant. Ce dessin traduit des représentations symboliques des relations du sujet avec son environnement relationnel, affectif, social, familial, etc. L'enfant dévoile ainsi sa perception de son corps propre et de son identité physique, mais aussi il indique sa représentation de sa place dans le monde. Le dessin est une structure du corps que l'enfant projette et avec laquelle il articule sa relation au monde (Dolto et Nasio, 2002). La représentation de soi va ainsi donner à voir le corps vécu, comme image que l'enfant a de son corps traversé par des émotions et des sensations (Ancet, 2010).

Le dessin est en substance une scène qui révèle aussi bien l'intériorité que l'extériorité du sujet, et le dessin (en tant qu'activité) fait du dessin un important outil de communication :

Comme la parole, le dessin est un langage, une conduite d'extension du moi vers le monde symbolique, conduite privilégiée, peut-être, puisque moins sujette que les mots à un apprentissage socialisant.

Le « dessin-image » est signe de la personne et se définit comme signe de l'objet. Il a pour spécificité de relier très étroitement le temps et l'espace, deux dimensions fondamentales dans l'organisation de nos conduites et de notre psychisme. Dans le dessin, les liens entre l'espace et le temps dépassent de beaucoup les notions usuelles de symbolique spatiale souvent décrites dans la littérature.

(Cambier, 1996, p. 26)

L'activité graphique appelle une certaine autonomie du sujet et elle est le témoin de la maturité cognitive et affective de l'enfant. Ce qui importe ici ce n'est pas tant le style graphique (en tant que qualité du trait) mais plutôt le désir de laisser une trace, et le plaisir qui naît de l'acte de dessiner. C'est de ce désir que se forge le corps dans la conscience, ce même désir soutient la trace et le graphisme et montre ou occulte telle ou telle partie du corps selon Bernard (1976). Le corps en mouvement va créer le corps de la création ce que favorisent la pince graphique et la posture, variables d'un enfant à l'autre, et parfois chez le même enfant d'une séance à l'autre. Je pense ici à la retenue corporelle dont a fait preuve Rodrigue quand il exécutait la série de trois dessins, qui se sont révélés très schématiques ou à l'attitude de Hinda qui se penchait sur la feuille pour y épancher ses affects, produisant des dessins avec de grandes plages de couleurs.

Ainsi, comme déjà dit, l'acte de dessiner met en jeu l'ensemble du corps de l'enfant et le graphisme fait ancrage, dans la pulsion, dans le corps et dans le monde (Jacques et Lefebvre, 2005). La trace est mouvement de décharge et d'emprise, elle entraîne une expérience jouissive de maîtrise ou d'attaque et d'agression : plaisir de dessiner en respectant la feuille que l'enfant montrera avec fierté ou attaque de celle-ci qui est raturée, froissée, déchirée, perforée... un peu comme on caresserait un corps source de plaisir ou on l'attaquerait, dans un mouvement défensif. Les dessins de Hinda en disent long à ce propos.

Acte d'expression des émotions et ressentis pulsionnels : ça presse pour dessiner, pour porter à l'extérieur, en image visuelle, l'éprouvé corporel que le trait va contenir. Dessiner est aussi une activité auto-érotique, de plaisir narcissique : un acte vainqueur de la détresse et de la dépendance du nouveau-né. Enfin, l'enfant, en dessinant, cherche à rétablir l'expérience de la relation à l'Autre primordial et tente de retrouver le corps de jouissance originaire, irrémédiablement perdu, de la fusion avec la mère. Toute image met en jeu la jouissance de voir et renvoie à ce corps originaire mythique, refoulé, fondamentalement irreprésentable. Tout dessin, à cet égard, participe d'un désir d'émergence du corps. Tout dessin est invention d'un corps. Il instaure un contenant, une délimitation par rapport à l'énigme du corps. Le dessin est invention, engendrement. L'enfant y fait acte de créateur. (Garcia-Fons, 2002, p44)

Le dessin produit une présence, rend donc l'enfant présent et, dans le cas spécifique de la représentation de soi, rend son corps présent dans la relation qui se joue autour du dessin. Le dessin figure un « corps psychique », un « être là » de l'enfant, selon Garcia-Fons, qui dit le sujet. Ainsi chaque dessin a-t-il dit l'enfant : le premier dessin de Hinda a dit sa féminité et sa joie de vivre tout comme sa vie mouvementée et le dernier a parlé de ses angoisses de mort. De même, le dessin libre de Rodrigue a dit ses préoccupations psychiques focalisées sur son pied. De plus, le degré d'autonomie du geste par rapport à la trace et à la forme traduit, de toute évidence, les possibilités de distanciation et de contrôle du dessinateur en termes de savoir-faire et de savoir-être. Cette autonomie permet d'ailleurs à l'enfant de dessiner dehors sa figure de dedans (Darchis-Bayart, 2006).

Je pense que l'attitude adhésive d'Ibrahim traduit une absence d'autonomie du geste par rapport à la trace. Cela peut se comprendre quand on voit comment cet enfant manque d'étayage. Par contre chez Hassan, la même attitude semble plutôt dire son désir d'autonomie corporelle.

Le style graphique est une particularité individuelle et personne n'écrit ou ne dessine comme personne (sauf les faussaires). Il est à mettre en lien avec plusieurs paramètres dont la maturité graphique et cognitive, le niveau de développement etc... l'observation des dessins réalisés montre que d'un point de vue graphique, il a une immaturité graphique apparente dans les dessins des enfants ivoiriens. Malheureusement, il n'existe aucune étude sur la question dans les moteurs de recherche. L'étude de Sénécal, Moreigne et Bardet (1960) chez des enfants sénégalais a montré que l'âge de maturité graphique était toujours inférieur de 1 à 3 points à l'âge réel, et les auteurs recommandent de la prudence quant à l'utilisation du test du bonhomme chez l'enfant africain. De plus, Royer (2011) a montré :

- que dans les dessins d'enfants malades, le dessin du bonhomme est d'une facture très primitive, ce qui explique le peu de dessin élaboré que j'ai recueilli
- et que face à l'approche de la mort, les tracés s'affaissent, les détails s'effacent et surtout ceux qui sont vitaux comme s'est effacé le bonhomme dans le dernier dessin de Hinda, représentation de soi réalisée après l'annonce de l'amputation.

Il y a ici matière à réflexion.

Le tryptique de la représentation de soi montre, chez Hinda et Ibrahim, une dégradation du bonhomme que l'on ne retrouve ni chez Hassan ni chez Rodrigue. Cependant, il faut reconnaître que chez tous ses enfants une modification de la représentation de leur corps quand il s'agit d'inclure dans cette représentation le facteur « fracture » comme s'il y avait un réveil des affects liés au traumatisme orthopédique.

Dans les dessins que j'ai recueillis, la violence des affects ou la souffrance ont modifié la qualité du tracé ou du coloriage comme observé chez Hinda et Ibrahim. C'est ce qu'explique Reignier (2011), quand il écrit que le déploiement des couleurs est une façon de faire couler à profusion des affects sur la feuille, tandis que la représentation et les conflits peuvent rester refoulés. Ainsi dessiner peut permettre d'expulser par des traits rageurs des motions agressives explosives ou des vécus tourbillonnaires... C'est ainsi que Hinda a évacué son agressivité dans ses dessins au point d'en perforer la feuille. Par ailleurs, l'intellectualisme, comme modalité de défense ou du fonctionnement psychique (observé chez Hassan et Rodrigue) entraîne une forme de maîtrise du trait, au point où, Rodrigue réalise des dessins schématiques pour sa série de trois dessins. Pour Corraze (1973), le schéma est une figure simplifiée servant uniquement à la démonstration, comme cela a été le cas pour cet adolescent, et qui représente non la forme mais les relations et les fonctions d'un objet. En schématisant son corps, Rodrigue l'objectalise et prend de la distance par rapport à ce corps gênant et décevant.

En somme, d'une façon ou d'une autre, chaque enfant, avec son style propre a dit son corps dans le dessin ou plutôt, il dit les troubles qui existent.

Ces éprouvés corporels, qui sont hors langage, sont communiqués par les dessins. Ces inscriptions traumatiques non représentables peuvent prendre plusieurs formes comme le dessin (compulsif chez Ibrahim) ou dans le discours, et même se dire dans les rêves (chez Hassan). C'est cela que traduit la répétition de corps blessés dans les dessins selon Sibertin-Blanc (2003). Est-ce donc ainsi qu'il faut comprendre la répétition des bonhommes dans la série de dessins d'Ibrahim et dans le premier dessin de Hinda ?

Cette explication fournie par Sibertin-Blanc est l'une des seules que j'ai trouvées pouvant, peut-être, servir de base d'interprétation de la répétition des bonhommes dans les dessins.

Est-ce que, dans le cas d'Ibrahim, c'est aussi la traduction de la vulnérabilité du corps comme le souligne cet auteur (ce qu'il lie à la répétition) ? Il est certain que cet enfant a montré sa fragilité et son besoin d'enveloppe et de contenance. Sibertin-Blanc a aussi émis l'idée que le trauma pourrait se lire dans la répétition de corps dessinés comme « pénétrés, transparents et vidés de leur substance, comme autant d'image du corps devenu à leurs yeux vulnérable, pénétrable et pénétrés » et c'est ce que nous ont montré les dessins d'Hassan.

C'est une piste de compréhension mais il y en a d'autres que je peux évoquer ici. Ainsi, une autre explication probable de cette répétition des bonhommes se trouve chez Le Breton (2008, pp. 29–30) : parlant du corps dans les sociétés communautaires et rurales africaines, marquées par une cosmogonie importante et un fonctionnement social groupale, il écrit que « *le corps n'existe pas comme élément d'individuation puisque l'individu lui-même ne se distingue pas des autres, tout au plus est-il une singularité dans l'harmonie différentielle du groupe... la personne n'est pas limitée par les contours de son corps, enfermée en soi. Sa peau et l'épaisseur de sa chair ne dessinent pas la frontière de son individualité... Ce que nous entendons par personne est conçu dans les sociétés africaines sous forme complexe, plurale* ». Cela laisse supposer que les enfants issus de milieu ruraux traditionnels (comme c'est le cas pour Ibrahim et Hinda), auront un vécu de leur corps comme élément d'un groupe et donc que, de fait, ils se dessineraient « plusieurs ». C'est peu plausible.

Une troisième approche explicative serait de penser qu'il se pourrait qu'en tant que mécanisme de défense, cette caractéristique soit lue comme une psychogonie pour exorciser la mort (ou plutôt le mort qui lui colle à la peau).

C'est assez limitatif et pauvre comme interprétation de la répétition des bonhommes mais je n'ai rien trouvé d'autre au cours de ma revue de littérature. Ainsi, aucun document scientifique ne m'a réellement permis d'approfondir ma compréhension et mes réflexions sur ces bonhommes répétitifs. Ces pistes permettent cependant d'ouvrir des questionnements qui pourront trouver réponses ailleurs.

Pour en revenir aux traces du trauma, même les dessins schématiques de Rodrigue recèlent des traces du trauma même s'ils peuvent être assimilables à des dessins-leurre (Romano, 2010). Les traces de ce trauma vont ainsi perdurer dans la vie de l'enfant : Hassan ne croit plus en la guérison et Rodrigue a son esprit et son corps englués par la peur d'un nouvel accident. C'est

ainsi que Sibertin-Blanc (2003) a pu dire : « *Après avoir subi des traitements longs, contraignants, même la guérison ne les délivre pas du souvenir d'une telle expérience qui après avoir pris possession de leur corps, a aussi pris possession de leur esprit* ».

Consciente de tout cela, mon objectif durant toute cette recherche a été, comme l'a fait Sénéquier (2015), de travailler l'image et la reconnaissance de soi, grâce au dessin et aux consignes données. Cet auteur a mis en rapport le visage/corps initial avec les caractéristiques du dessin. Pour elle, les bases morphologiques du visage/corps sont en général, immuables chez une même personne mais elles peuvent être mises à l'arrière-plan pour signifier perte et fragilité comme j'ai pu le voir.

L'histoire de Rodrigue est la plus parlante à ce niveau et, on voit bien que les troubles de la perception de soi ne sont pas dus au type de traumatisme ni à la qualité des soins. Rodrigue a été soigné en France, dans de bonnes conditions, et pourtant il y a un blocage de la psyché sur la partie qui a été malade et cela l'entrave même à distance (6 ans après). Là se joue la question de l'« après-coup » qui infléchit les identifications (Aeschbacher, 2006). Ce peut être l'après-coup au sens freudien mais pas forcément.

L'insuffisance de données à ce niveau ne permet pas de clarification.

VIII.2.2. Quid du schéma corporel et de l'image du corps dans les dessins que j'ai recueillis ?

Rézette (2008) mentionne que certaines atteintes du corps qui touche le schéma corporel, comme ce qui se passe dans les accidents, peuvent mettre en danger l'image du corps et le narcissisme (puisque celui-ci est porté par l'image du corps). Cependant, la littérature n'est pas unanime sur la question car d'un auteur à un autre ce peut-être le schéma ou l'image qui est touché. Alors cette interrogation a traversé ma recherche doctorale : que vont montrer les dessins des sujets rencontrés ? Quelle atteinte vais-je retrouver, au travers des dessins ? Schéma corporel ou image du corps ? Comment débusquer des traces de l'image du corps dans les dessins ? Finalement, à la lecture-interprétation des dessins, j'ai eu un aperçu assez clair de ce qu'était le schéma corporel de mes sujets quant à l'image du corps cela n'a pas été toujours évident.

De toute façon, l'image du corps que je recherche, en tant que l'image que le sujet se fait de lui et comment il la représente dans le dessin, est à prendre dans le sens lacanien en tant qu'image reflétée dans le miroir-dessin (j'expliquerai ultérieurement cette idée de miroir-dessin). C'est une image fantasmée que le dessin renvoie. Je m'en tiens à l'image visuelle⁶⁹ d'un corps désiré et désirant (ou non).

Que montre mon étude ?

VIII.2.2.1. **Quelle image est atteinte chez Hinda ?**

Qu'est-ce qui est atteint (en termes d'images) par la pathologie chirurgicale dont souffre Hinda ? Son schéma corporel ? Son image du corps ? L'image qu'elle a de son corps ?

Chez Hinda, il y a une dégradation de l'image de soi, comme une chute avec une perte des attributs sexuels, puis de l'humanité que corrobore à la fois l'altération des caractéristiques humaines sur le dessin du bonhomme et les propos tenus à son endroit par certains chirurgiens car finalement, Hinda semble ne plus être comptée parmi les personnes aptes à vivre une vie autonome. Dans son dernier dessin, la pauvreté du graphisme et des coloris (plus de couleurs, plus de formes telles que jadis) fait penser qu'il n'y a plus de vie possible et j'ai observé une altération du schéma corporel. Engluée dans ses problématiques physiques et psychiques, on observe une certaine incapacité à créer un futur avec les nouvelles données (prise en compte et intégration du handicap). La dégradation de l'image de soi avec les difficultés ou l'incapacité à se projeter dans un futur (du dessin 3 « après » au dessin réalisé au moment de l'annonce du choix thérapeutique d'une amputation), il y a une dégradation progressive du bonhomme (fortement influencée par la mort et l'épée de Damoclès qu'est l'amputation).

Ainsi la série de dessins réalisée par Hinda au cours de son hospitalisation et celui du dernier entretien montre une très nette dégradation de la représentation de soi. Du premier dessin, témoin de la vie qui habitait ce corps de jeune fille, plein de séduction et de mouvement, au dernier qui est le reflet d'une mort psychique certaine corrélée à l'éventualité de la perte du membre-corps, on note la décomposition de l'image que Hinda se fait d'elle-même. Il y a là un mouvement de dénarcissisation, que la mère, elle-même ébranlée, ne peut contenir. Il y a aussi comme une perte des capacités cognitives tout comme des aptitudes représentationnelles. Comme le souligne Peccia-Galletto (2009), le traumatisme psychique, en ayant un point

⁶⁹ Je rappelle que j'ai dit que je n'explorais pas l'image du corps au sens de Dolto, c'est-à-dire l'image inconsciente du corps, même si celle-ci se laisse percevoir.

d'ancrage corporel, fige la corporéité d'un individu au risque de la sédimenter, voire de la désagréger. C'est cette désagrégation que montre la progression des dessins de Hinda dont l'histoire témoigne d'une recontamination permanente par traumatismes cumulatifs (trauma à petite dose, récurrents et permanents).

Hinda semble plongée dans un deuil de soi.

Il faut souligner ici les défauts de la temporalité : défaillance du temps de deuil (deuil de la fonctionnalité et de la restauration du membre), alors que c'est en lui et, pendant celui-ci, que s'organise « l'après-coup ». En effet, le psychisme est capable de rebondir pour peu que l'on lui permette de se protéger d'abord (régression et repli) puis de se rebeller et enfin de se résigner et de choisir entre Eros et Thanatos. Cette possibilité n'ayant pas été offerte à Hinda, ses dessins disent sa dépression et le deuil d'elle-même qui a court. C'est ainsi que les dessins du tryptique attestent de la déstructuration de l'image du corps chez Hinda, au-delà de la détérioration du schéma corporel : l'effraction corporelle subie par la jeune fille a un retentissement psychique qui s'accompagne d'une perte de repère identitaire, d'une dépression, d'une désagrégation du soi. Il y a comme une déprédation de l'image du corps par cette hospitalisation et les nombreux actes chirurgicaux et l'annonce de l'amputation vient aggraver le tableau :

- La perte de la fonctionnalité de sa jambe fait perdre à Hinda sa « vie » dans le sens de sa vie sociale, celle qui avait permis de l'identifier en tant qu'individu à part entière et de la différencier de sa mère notamment. Elle perd son identité première, identité que le processus adolescent avait pour but de construire, pour une identité à connotation négative. Elle est devenue une malade, une handicapée, une invalide et il y a finalement une identification très forte de Hinda à sa jambe. Elle n'est plus que cette jambe, et c'est autour d'elle que se réaménage son identité.
- Les affects dépressifs qui voient le jour au cours de son hospitalisation (et qui n'ont jamais vraiment été pris en charge, ni évacués par le biais d'une psychothérapie) et qui sont réactivés bruyamment lors de notre dernière rencontre, tout comme la projection morbide de la psyché de Hinda sur la feuille blanche, extériorise la dépression larvée. Hinda s'est épuisée à lutter pour se maintenir en vie et la mort a fini par la rattraper. La dépression s'installe à demeure.
- Le corps de Hinda évoque l'horreur, la souffrance, la douleur. Son Soi, en tant que ce qu'elle donne à voir tout comme ce que l'on voit d'elle, est un Soi défaillant, altéré, appauvri mais aussi ambivalent. Il porte à la fois horreur et beauté, comme un masque à double face sans que l'on sache réellement ce que l'on regarde. Le malaise est grand

devant cette adolescente. Ainsi, le manque corporel dont souffre Hinda, du fait de l'invalidité de sa jambe, et qu'elle tente de pallier par l'usage d'une béquille, l'écartèle entre son désir d'une acceptation sociale à part entière et la réalité d'une situation socialement négative. Elle porte un malaise qui atteint tous ceux qui croisent son chemin. Je reviendrai plus en détail par la suite sur ces éléments.

De ce qui précède, découle malheureusement une dévastation de l'image que Hinda se fait de son corps. L'accident a fait effraction dans le corps et dans la psyché de l'adolescente en modifiant son vécu de son corps.

En somme, il y a une double atteinte chez Hinda : celle du schéma corporel qui se voit dans les derniers dessins et celle de l'image du corps qui transparait dans l'ensemble des dessins.

VIII.2.2.2. Quelle atteinte chez les autres sujets ?

En général, chez les autres enfants que j'ai rencontrés, c'est aussi l'image qu'ils se font d'eux qui était atteinte.

En effet, hormis Ibrahim chez qui l'image du corps est objectivement explosée, et la représentation du bonhomme comme témoin du schéma corporel de mauvaise qualité (cela est en lien avec son histoire personnelle), on voit bien que le dessin du bonhomme des autres montre une bonne intégration du schéma corporel.

Mais la représentation qu'ils font d'eux-mêmes porte les stigmates de l'expérience traumatique : Hassan a ce corps en bâtonnets avec des os et un bras non réparés et Rodrigue a fantasmatiquement, comme une enclume au pied, et des pieds qui n'existent pas psychiquement.

VIII.3. SE DESSINER, SE REPRESENTER... QUE RETENIR ?

Les enfants ont essentiellement réalisé un dessin du bonhomme, une série de trois dessins et un dessin d'eux le jour de notre dernière rencontre. Ils se sont représentés comme ils se percevaient en fonction de leurs capacités graphomotrices.

Rappelons que la capacité de représentation qui, comme d'autres capacités, est à considérer dans une constante dynamique développementale, se trouve au carrefour de l'éprouvé narcissique/corporel et de la vie relationnelle. Evolutive, la représentation de soi se construit et se modifie d'abord au cours du développement de l'enfant en fonction des expériences (corporelles, émotionnelles, fantasmatiques, sociales), elle est ensuite en changement et en reconstruction tout au long de la vie, notamment lorsque adviennent des bouleversements importants, qu'ils soient corporels ou relationnels, ce qui ne manque jamais d'advenir dans la vie d'un individu. Ces représentations sont influencées par des aspects culturels et pas toujours le reflet d'une réalité naturelle (Boëtsch, 2009). L'expérience d'un traumatisme physique, qui perturbe la dynamique corporelle, sociale et émotionnelle, peut donc certainement entraîner une perturbation de la représentation de soi. J'ai conscience que pour mieux l'évaluer il aurait peut-être fallu avoir des dessins antérieurs de l'enfant afin de comparer. Nonobstant, en comparant le dessin du bonhomme (qui est apparemment anodin en n'interpellant pas directement la vie affective de l'enfant même si elle l'est inconsciemment) à la représentation de soi dans le test des trois dessins, j'espère limiter ce biais.

La représentation de soi dans le dessin a permis d'approcher ou de lever un coin du voile qui occultait l'inconscient de nos sujets. Le dessin ou la séance d'entretien, comme lieu, a facilité le tissage d'un lien entre le psychiste et l'enfant car on ne peut concevoir une approche psychanalytique et/ou thérapeutique de l'enfant sans parole (Freud, 1951, 1968 ; Klein, 2009). C'est profilé alors le sujet de l'inconscient (Kaës, 2009). La représentation de soi a donc permis de lever certaines barrières et d'être au plus près de l'enfant effracté pour appréhender son schéma corporel et son image du corps.

Les dessins de Hinda, Ibrahim et Hassan ont montré une disproportionnalité du corps, corps qui étaient d'ailleurs non symétriques. Pourtant la symétrie du corps dessiné a été relevée comme courante par Morin (2013, p58). Du coup, cette asymétrie dans les dessins que j'ai collectés, est-elle un effet de l'effraction ? De plus chez tous, le tracé, dans la série des trois dessins, n'était pas net. Il est d'ailleurs appuyé allant jusqu'à perforer la feuille dans la production de Hinda.

Cela ne se voit pas dans les dessins de Rodrigue qui sont schématiques, minimalistes et scotomisés, certainement à cause des efforts de maîtrise de ses affects que j'ai observés.

Tout accident bouleverse les rapports que l'enfant entretient avec son corps et la représentation qu'il s'en fait. Cela me fait penser que l'immobilité, associée à l'angoisse et aux désordres émotionnels générés par l'accident entraînent des troubles de la perception de l'image du corps. Celle-ci telle que l'enfant se le représente, saisie à travers le dessin est désorganisée et comme nous l'avons vu, l'enfant ne peut plus compter ni s'appuyer sur son corps qui soit est devenu défaillant, soit n'est plus sécurisant. Il est celui qui fait défaut. S'en suit des désordres de l'image de soi et, comme le souligne Sénéquier (2015), lorsque que l'enveloppe charnelle porte d'importantes lésions cela entraîne de graves déséquilibres dans l'image de soi avec de profonds sentiments de fragilité corporelle et mentale, de perte et une exposition désarmée aux stimuli extérieurs. Les nombreux stimuli émotifs tant intérieurs (douleur, peur, malaise) qu'extérieurs (traumatisme de l'accident, milieu hospitalier inconnu, intervention thérapeutique...) surchargent l'esprit qui passe par une phase destructrice. La phase du développement qui a cours au moment de l'accident peut jouer un rôle dans la désorganisation psychique (les effets seront différents si l'accident survient au cours de l'adolescence, de l'enfance ou même durant spécifiquement la période de latence comme je l'ai déjà évoqué) tout comme leurs acceptations. De nombreux fantasmes archaïques peuvent dès lors se réactiver et entraver le développement psychologique de l'enfant.

Le dessin permet de tenter de rassembler pour se reconstruire un morceau après l'autre. En dessinant, les différentes parties du corps n'ont pas détachées mais assemblées, rassemblées, unies pour former le tout d'un corps constitué, cela peut agir psychiquement en faisant prendre conscience à l'enfant que son corps n'est pas en morceaux mais un tout.

Cela est important, donner à l'enfant une image rassemblée et unifiée de lui.

Joly (2007) a rapporté une étude sur des opérés de la main qui montre bien la différence mentale qui existe entre le corps objet et le corps vécu : ainsi bien que la main objet ait été « réparée » correctement, la relation de la main objet à l'image de la main reste perturbée. Voilà ce que dévoile l'histoire de Rodrigue. Chez lui, bien que sa fracture du talon ait été correctement soignée et qu'il n'a plus de plâtre depuis plus de 6ans, son pied n'est psychiquement pas réparé et il le vit comme ne faisant pas partie de son corps. Comme il a pu le dire « *un plâtre, c'est pour la vie* ». La même chose se retrouve aussi chez Hassan qui a son bras réparé mais qui le vit fantasmatiquement comme non soudé, chaque os séparé au point où il peut s'en servir comme arme. Cela traduit explicitement que la restauration ne suit pas forcément la réparation du corps, et cela le dessin le met en évidence.

Je ne peux achever mes propos sans relever deux faits : la nudité des bonhommes et la transparence des personnages. Concernant la nudité des bonhommes dessinés, dans tous les dessins que j'ai collectés, il y avait peu de bonhommes habillés. Le premier dessin de Hinda montre des bonhommes de sexe féminin habillés tout comme les dessins du bonhomme de Ibrahim et Rodrigue. Seul Hassan n'habillera aucun de ses bonhommes. A part lui, tous, à défaut de détails vestimentaires, ont colorié le corps du personnage. On pourrait penser que les bonhommes nus d'Hassan sont à référer aux problématiques massives que porte son corps (nombreux antécédents de fracture et rejet social du fait de sa couleur de peau). Faut-il comprendre le fait qu'aucun enfant n'ait dessiné de bonhomme habillé comme des reliquats de la dénudation imposée par l'hospitalisation ? Cela n'est pas certain car Morin a démontré qu'il pouvait tout à fait être normal pour des patients de dessiner des corps nus. Nonobstant, le fait qu'elle relève que les corps habillés correspondent aux attributs narcissiques laisse croire que les corps nus sont en lien avec une dénarcissisation. Quand on voit comment cette dénarcissisation sont à l'œuvre en chirurgie pédiatrique, on peut certainement comprendre ces corps nus.

Au sujet de la transparence, au sens de la différence entre intérieur et extérieur du corps, aucun enfant n'a dessiné directement l'intériorité de son corps. Cet intérieur est cependant suggéré dans les dessins d'Hassan (les os du cou, le corps double). J'estime que l'intérieur du corps n'est pas dessiné car la pathologie ne touche en rien les organes internes.

Que retenir de ce que nous disent ces dessins ?

L'étude des différents cas a montré que le schéma corporel est quasiment intact dans le dessin du bonhomme, au décours d'une effraction. Cependant dans la représentation subjective de soi, réalisée dans la série des trois dessins, notamment dans les dessins « pendant » et « après », le schéma corporel (au sens de la représentation graphique du bonhomme) est atteint chez la plupart des sujets de l'étude.

Alors, ce que je retiens, c'est que les traumatismes orthopédiques avec atteintes du corps (quelle qu'en soit l'importance) peuvent impacter le schéma corporel et/ou l'image du corps selon des modalités variables. Pour Gernet (2007), les atteintes de l'intégrité du corps physique s'accompagneraient de l'altération de la représentation subjective du corps et c'est ce qui m'apparaît comme l'idée la plus juste. Effectivement, l'impact le plus certain, c'est celui qui touche l'image que le sujet se fait de lui (image subjective) car l'acte chirurgical entame par intrusion, pénétration, effraction l'intégrité de l'image corporelle.

Quelles sont les variables dont je parlais précédemment ? Certaines variables apparaissent comme pouvant influencer sur la représentation de soi et le schéma corporel, ce sont notamment :

- le lien maternel (avant, pendant et après l'effraction psychocorporelle et la chirurgie),
- les différentes formes de violence (violence dans le soin, dans les rapports familiaux, violence de l'accident à un moindre degré),
- les traitements orthopédiques et leurs résultats en termes de reconstruction du corps,
- la présence des parents pendant l'accident (hormis Rodrigue, les autres patients ont eu leurs accidents en l'absence des parents),
- la possibilité qu'une parole et un langage (oral et graphique) comme un dire-possible énoncé pour évacuer les affects et les angoisses diverses.

Les notions d'évolutivité et de dynamisme du schéma corporel qui intègre les expériences supposent aussi que l'évènement-fracture sera intégré et pris en compte dans le schéma corporel mais à quel moment par rapport à l'évènement cela peut-il se produire ?

Répondre à cette question nécessiterait un suivi au long cours des enfants, à distance même de la fracture, bien après la restauration, avec si possible un recueil de dessins du bonhomme antérieur au traumatisme orthopédique.

Cela se fera peut-être à l'occasion de futurs travaux.

VIII.4. DE LA REPRESENTATION DE SOI A LA VISAGEIFICATION, UNE OUVERTURE

En somme, le dessin a permis au corps de se donner à voir mais il permet plus que cela. En effet, à l'observation des dessins, j'ai été frappée par un élément : le visage. Non pas comme je développerai ultérieurement l'idée d'un dessin-visage (mais je reconnais que c'est de là qu'est partie l'idée de travailler la visagéification) mais plutôt le visage du bonhomme dessiné et les liens avec le visage de l'enfant. Le bonhomme est une auto-présentation de l'enfant et celui-ci se dépose sur la feuille (Reignier, 2011), de là je peux donc établir une équivalence entre visage du bonhomme et visage de l'enfant.

Le visage est donné, entre inertie (même immobile, rien que parce qu'il existe, le visage est et se donne à voir sans que la volonté individuelle n'intervienne) et désir (désir d'être vu). Il fait l'identité du sujet qu'il identifie et présentifie (Drevet, 2003). Il est la vitrine de l'inconscient (Nasio, 2008). Partant, il m'est apparu intéressant de regarder de près les visages en présence. En chirurgie pédiatrique, le visage est celui de la douleur, visage masqué d'une souffrance qui englu le corps, il est alors intéressant de comparer le visage de l'enfant et celui du bonhomme dessiné. La corrélation entre l'état psychique de l'enfant et le visage du bonhomme est apparue saisissante :

- Chez Hinda, la longueur des soins et les nombreuses et multiples douleurs ont entraîné une souffrance importante qui la fait implorer au moment de l'annonce de l'amputation. Dans ces dessins, le visage du bonhomme qui existait au départ, se modifie et disparaît progressivement pour ne plus exister quand l'amputation est évoquée.
- Chez Ibrahim, il y a comme une immobilisation et une répétition du visage du bonhomme dans un cri apeuré et muet tout comme l'enfant est figé dans son corps et dans sa vie
- Chez Hassan, le visage du bonhomme se déforme et s'interroge, il se couvre et se masque comme l'enfant fait semblant d'aller bien alors que ses rêves disent le contraire.
- Enfin, chez Rodrigue le visage est masque, questionnement et étonnement comme toutes les questions qui agitent sa psyché.

Le visage du bonhomme dessiné dit ainsi les affects de l'enfant.

Autre élément à relever, sur les visages, les yeux sont caractéristiques, ainsi les bonhommes de Hinda n'avaient plus d'yeux comme pour ne pas voir ce qui était trop visible (son corps

handicapé). Ceux de Rodrigue ont des yeux en boule de loto, témoignage d'un effarement. C'est donc leur vécu que les enfants traduisent un peu plus en dessinant le visage de leur bonhomme.

Au-delà de ce premier visage, le dessin entier fait visage puisqu'il dit le sujet et la feuille est une surface d'inscription comme une peau qui donne corps et donc visage. C'est en cela que le dessin fait œuvre de visagification.

Penser le dessin comme outil de visagification ouvre donc sur de nouvelles fonctionnalités de celui-ci.

CHAPITRE IX. SOUFFRANCE ET VISAGEIFICATION

Les premiers résultats de mon étude ont montré que le trauma et la souffrance psychique étaient deux caractéristiques majeures qui émergeaient des différents cas cliniques.

J'y ai constaté des perturbations de la perception de soi, notamment à travers les dessins des enfants (représentation de soi), qui pour moi vont dans le sens d'un dévisagement, au sens prôné par Bidaud (2014a).

J'ai émis l'hypothèse (la deuxième) **qu'en considérant la feuille destinée au dessin comme une surface d'inscription qui va prendre visage, par la représentation de soi, et soumettre au regard de l'Autre (surface d'inscription du rapport à l'autre dans le regard) et de l'enfant, une figure de la douleur physique/psychique, dessiner pouvait s'envisager comme processus de visagification de la souffrance.**

La validation de cette hypothèse s'est articulée entre dévisagement-revisagification, effroi et trauma et effet du dessin.

Dans mon expérience de terrain, l'acte de dessiner s'est corrélé à un processus qui est apparu comme porteur de revisagification. La feuille étant aussi bien visage que miroir, la visagification a pu se faire ou se donner à voir.

IX.1. DEVISAGEMENT ET EFFROI EN CHIRURGIE PEDIATRIQUE

L'abord premier de la psychopathologie en chirurgie pédiatrique, chez des enfants victimes de fractures, a montré comment le corps étant en jeu, le Je était malmené. Face à la souffrance et à la douleur, en butte aux soins et à des rapports de force qui dépassent l'enfant, la désobjectivation était un risque important, sur fond d'effroi, et les images du corps de l'enfant en ont été atteintes.

L'effraction psychocorporelle, dont l'enfant est la proie, peut aussi se disséminer à son entourage comme cela s'est vu avec Hinda ou Hassan. Ainsi se pose la question des rapports humains, de la place des parents notamment de la mère comme support pour permettre à l'enfant de mentaliser cette expérience. Le constat est aussi que d'une part le regard se perd face aux forces de déliaison pulsionnelle à l'œuvre dans le soin en chirurgie pédiatrique et que d'autre

part le morceau prévalant sur le tout, l'identité de l'enfant peut en être ébranlée. Comment cela survient-il ?

IX.1.1. Clinique du dévisagement

Nous savons que la mère est le premier miroir de l'enfant (Winnicott, 1989, 2002), son regard permet à l'enfant de s'objectiver en tant qu'existant, en tant qu'objet désirable. C'est le regard désirant de la mère, regard qui part d'un visage vers un autre visage, dans un face-à-face, que les regards qui se croisent et qui s'échangent donnent progressivement à l'enfant de se voir dans ce miroir, de se mi-voir, pour reprendre l'expression de Douville (2014). Tout ceci s'inaugure dans le Stade du miroir. Du visage de la mère comme miroir, comme soubassement, comme tuteur, éclot donc le visage de l'enfant dans sa dimension psychique et symbolique. Dès lors, lorsque ce regard se perd, que le visage maternel (ou tout autre visage d'adulte porteur du soin) se décompose face à la pathologie, aux incertitudes (des soins, des procédures et des traitements, de l'évolution et du pronostic...), pour en finir par se figer devant la douleur et la souffrance, il y a une désorganisation du visage psychique de l'enfant, à la mesure du désarroi que l'on peut percevoir sur sa face. Cela m'évoque le Still face. L'absence de regard réel, porté par les soignants notamment les chirurgiens, dont la préoccupation (et donc le regard), se focalise sur la partie du corps malade, morceau du corps qui appelle des soins importants, dans cette absence de regards ou devant des regards furtifs (qui fuient la souffrance qui se donne à voir sur le visage de l'enfant ou dans son regard) peut s'originer un processus de dévisagement.

Qu'entendre par cette notion de dévisagement ?

Le dévisagement n'est pas ici la notion linguistique qui fait référence au fait de regarder le visage de quelqu'un de près et avec attention. Pour Bidaud, le dévisagement c'est l'idée de ne pas avoir de visage, de ne pas avoir de « face »⁷⁰ à présenter au monde et que le monde regarde et voit en quelque sorte. Pour lui, la clinique du « dévisagement » pourrait ainsi désigner ces expériences, transitoires ou durables, des troubles et de déformation de l'image du corps jusqu'à la dissolution psychotique du visage (Bidaud, 2014; Bidaud et Ouvry, 2008). Cette clinique du dévisagement se voit dans les situations où le Je se décompose et a perdu son image (Linhares, 2004).

⁷⁰ C'est l'idée de ne pas pouvoir être regardé, de ne pas être regardable

Il existe donc réellement une clinique du dévisagement en chirurgie pédiatrique, comme processus de perte de visage lié à une perte (ou plutôt une mauvaise perception) de l'image du corps en lien avec l'expérience doublement traumatique qui se vit dans l'unité de soin comme précédemment démontré.

Dans « Clinique du visage » de Demeule (2014), l'auteur parle de l'agression physique du visage chez des patients en souffrance psychique et qui ont fait des tentatives de suicides par arme à feu avec traumatismes faciaux. Ces sujets sont en proie au dévisagement par atteinte du visage psychique. Cette agression leur offre la possibilité du deuil du visage mort en soi. Par la suite, la monstration d'un visage d'effroi, soulage la souffrance psychique qui prévalait, les apaisent car se sont extrojectés l'effroi interne et l'absence de visage, ce qui après-coup permet que le sujet s'en-visage.

Je peux, dans la même logique que Demeule, avancer que les enfants en chirurgie pédiatrique⁷¹ sont en proie à un dévisagement : ils ont perdu le regard de la mère qui se pose difficilement sur eux du fait de l'effroi procuré par l'atteinte charnelle. Ils n'ont pas le regard des chirurgiens qui ne se pose que sur le morceau du tout. Cette disparition du regard désirant de l'autre entraîne un dévisagement par déconstruction de l'image spéculaire. L'enfant disparaît dans le regard parental, regard qui est pris dans l'effroi de l'expérience traumatique qui ébranle les assises parentales. Dans cette clinique du dévisagement, il y a perte du visage acquis et identifié. Il y a dès lors nécessité d'une reprise du Stade du miroir (ou que celui-ci se rejoue), ce que permettent certainement la régression psychique et la dépendance observées en chirurgie pédiatrique (Linhares, 2004). Je reviendrai sur ces notions.

La question du dévisagement se pose ainsi dans les histoires que j'ai rapportées, ce dévisagement, comme perte du visage découle d'une perte du regard tout comme il découle de l'effroi et de l'horreur...

Permettre à l'enfant de pouvoir amorcer une restauration psychique en même temps que la restauration physique suppose qu'une aide psychique lui soit apportée et qu'une revisagéification soit possible avec liquidation de l'effroi.

⁷¹ Notamment les enfants dont l'hospitalisation est longue ou qui reçoivent des soins multiples

IX.1.2. Effroi, horreur et fascination du corps de l'enfant à sa représentation de soi

Regard perdu et visage perdu qui plongent dans l'effroi et dans l'horreur, c'est ce qui a émergé par-delà les dessins et les tableaux cliniques. Cet effroi fait chuter le visage (n'est-ce pas là un cercle vicieux entre soin qui entraîne effroi et perte de visage et, effroi qui entraîne perte du visage ? ou plutôt un double processus de perte du visage ?).

Selon Romano (2010), le dessin peut être une surface d'inscription de l'horreur et de l'effroi et servir de support pour une restauration psychique. Et comme cette auteure le dit, la méthode des trois dessins, en contexte traumatique, est une pratique précieuse qui permet d'évaluer le niveau de dégagement de l'enfant face au trauma, mais cette technique peut faire émerger l'effroi comme nous le verrons.

Ainsi effroi et terreur ont accompagné le dévisagement.

IX.1.2.1. De Méduse à Mami Wata, Hinda une figure de la terreur horrifiante

Une autre des caractéristiques marquante, tapie au fond de la narration de l'histoire de Hinda (qui je le rappelle est mon cas clinique premier), et qui s'infiltré dans la psyché autant de ceux qui ont vécu cette histoire que certainement de ceux qui la lisent, c'est une horreur certaine, une fureur de l'abject.

Hinda, perçue comme objet d'abjection (du fait de sa pathologie, de sa précarité, de son refus de se plier aux lois médicales), en devient abjecte, identifiée à ce sentiment repoussant. C'est un effroi qui donne froid dans le dos devant tant de souffrance et devant cette douleur sourde qui assourdit et vide la pensée en désarmant le soin. Il y a dans l'extrojection qui marque les dessins de Hinda, une ab-jection (abjection dont la douleur est le côté intime et l'horreur le visage public (Kristeva, 2001)) comme l'éjection d'une absence, d'un manque. Un double processus voit ainsi le jour : l'éjection de l'abjection, de l'horreur dont elle se vide, horreur qui s'étale sur la toile qu'est la feuille qui est introjectée dans un processus d'identification chez Hinda qui finit par en devenir un déchet médical.

Elle devient objet de dégoût pour les chirurgiens, c'est ce que j'ai observé et entendu dans différents discours plus d'une année après la rupture de soin. Elle est aussi comme un cadavre ou plutôt un zombie, ce qui est d'autant plus abject. Hinda est l'Abjecte, qu'elle soit l'objectée abject (du fait de sa chosification et du dégoût qu'elle suscite de diverses manières) ou l'abjecte objectée (de par l'abject comme ce qui ne guérit pas et nécrose qu'elle présentifie). Elle est casse-tête comme elle est casse-pied ce qui tend à renforcer tous les affects négatifs qu'elle

suscite et mobilise. On imagine sans grand effort, devant l'absence de soins médicaux, la précarité des parents et les risques infectieux auxquels l'expose ce moignon distal non reconstitué, qu'elle doit être aujourd'hui comme une « morte-vivante ». Les images qui s'associent aux mots réveillent dans mon esprit un film d'horreur. D'ailleurs, c'est horrible cette histoire de soin... comme un scénario de l'horreur dont la fin ne finit pas.

A distance, dans l'après-coup, cette histoire est un peu comme un mythe et me fait évoquer les mythes féminins de ces femmes qui portent en elles l'horreur et l'effroi. Dans l'univers des contes et de la mythologie, la féminité est souvent interpellée tout comme le fantastique et l'horreur, la bravoure côtoyant la monstruosité. Dans ce sens, il y a en Côte d'Ivoire deux mythes majeurs liés à la féminité :

- un mythe fondateur, celui de la reine Abla Pokou à l'origine du peuple baoulé⁷²
- et un mythe cosmogonique, celui de Mami Wata porteur d'effroi

Pour moi, l'histoire de Hinda convoque deux mythes celui de Mami Wata mais aussi un autre, issu de la mythologie grecque, celui de Méduse.

Je reviendrai, un peu plus loin, sur le mythe de Abla Pokou pour parler de la mère de Hinda car *« une réflexion sur le féminin et la féminité, engage à plusieurs niveaux, une perspective généalogique, puisqu'il s'agit de ce qui est transmis, légué peut-être, reçu et éventuellement rendu, par la mère ou les figures maternelles dans leur complexité et souvent leur multiplicité, mais par le père aussi bien sûr, dans la relation établie avec sa fille et ce qui s'y répétera de la relation à sa propre mère »*. (Silvestre, 2002)

Le mythe de Méduse est connu. Méduse, qu'on appelle aussi Gorgô est une femme mortelle, qui habite avec ses deux sœurs, les « Gorgones », aux frontières du monde des dieux et du monde des hommes, aux frontières de la Nuit. Si initialement ce mythe se fondait sur deux notions importantes : la facialité et la monstruosité, convoquant autant « l'horreur du terrifiant que le risible du grotesque » comme le souligne Le Run, il a évolué en se modernisant pour se transformer en une belle et séduisante jeune fille, tout en gardant cependant ses caractéristiques essentielles : regard fixe, facialité, chevelure de serpent.

Femme « aux yeux qui tuent » : celui qui croise son regard est immédiatement et irrévocablement rendu rigide d'effroi, transformé en pierre. Tout dans ce mythe tourne autour du voir et de l'être vu.

⁷² Les baoulés font partie du groupe ethnique des Akans, ils sont localisés dans le centre du pays.

Méduse condense en une représentation forte un grand nombre de significations. C'est le propre des mythes. Elle est le mauvais œil, celui qui résulte de la crainte projetée qu'on s'attaque à votre bien le plus précieux. Quel est-il ? C'est le moi dans toutes les composantes de son édification, aussi bien la problématique de la castration que l'amour qui lui est porté et que l'amour qu'il se porte à lui-même. Méduse est une borne, un signal qui réapparaît chaque fois que la régression, la destruction, la désinhibition pulsionnelle, la déliaison conduisent à un seuil, au bord de la mort. » (Le Run, 2005 p52)

Les gorgones sont donc des monstres mythiques grecs. L'idée du « monstre » fait ressurgir en nous des peurs enfantines et irrationnelles car c'est cela qu'il représente le monstre, c'est l'irrationnel informe. Il est proche du chaos primitif, là où il n'y a ni pensée, ni forme. C'est comme une masse énergétique négative et douloureuse anarchique, qui pour Comte (1988,) précède et produit la création, l'ordre.

Le mythe de Mami Wata, quant à lui, est un mythe populaire de l'Afrique de l'ouest notamment des pays de la côte. Mami Wata⁷³ est une divinité aquatique du culte africain Vodoun, dont la pratique est répandue en Afrique de l'Ouest, du Centre et du Sud, dans la diaspora africaine, les Caraïbes, et dans certaines régions d'Amérique du Nord et du Sud. C'est la sirène des eaux, mi-femme mi-poisson ou mi-femme mi-serpent, femme extraordinaire et très puissante. Sa description est celle d'une femme d'une grande beauté, aux cheveux noirs, bouclés ou crépus qu'elle coiffe avec un peigne d'or. Elle a la peau noire, les yeux grands et brillants, ses vêtements sont à la dernière mode et ses bijoux aveuglants. Ces signes de richesse sont le signe de la nature dangereuse de Mami Wata. Le mythe révèle qu'un grand serpent (symbole de la divination et de la divinité) l'accompagne souvent. Il s'enroule autour d'elle en posant sa tête entre ses seins (Duchaine, 2013 ; Wikipedia, 2014).

Si elle est une divinité dans certains pays de l'Afrique de l'ouest, elle est en Côte d'Ivoire, à contrario, plus assimilée à un monstre, un démon dans la pensée populaire.

Enfant, toutes zones obscures, tous recoins pouvaient potentiellement abriter Mami Wata et cela faisait fuir... La peur du noir... l'obscurité était habitée par Mami Wata.

Ces deux mythes (celui de Méduse et celui de Mami Wata) sont ceux d'une femme entourée de serpents, belle mais effroyable, dont la vue fascine et fige et fini par tuer.

⁷³ Autres dénominations possibles Mamy Wata, Mami Watta ou Mama Wata

On meurt de les regarder, on meurt en s'approchant d'elles tout comme finalement la mort rôde autour de Hinda et atteint symboliquement tous ceux qui s'approchent d'elle. Ces mythes se rejoignent pour se fondre et coller à la peau de Hinda.

Pourquoi assimilée Hinda à ces femmes mythologiques pourvoyeuses de monstruosité (et de mort) ?

Cela est possible parce que tout comme dans ces mythes, derrière la beauté se cache l'horreur, derrière la jeunesse et la beauté de Hinda, se cache horreur et effroi. C'est cette impression d'ailleurs que notre dernière entrevue me laissera définitivement avec comme un goût amer dans la bouche.

Hinda fascine par sa façon d'être, par sa jovialité, par son courage aussi et par son espoir de remarcher un jour. Dispositions qui semblent résister malgré les multiples soins et l'absence de consolidation du moignon distale de la jambe.

Me revient cette image d'elle, dans le lit, seins dénudés attirant tous les regards, fascinante aussi par sa pensée ludique et sa logorrhée, monopolisant l'attention de tous et de chacun comme Mami Wata. Et qui s'approche s'y brûle car personne n'arrive à trouver une solution définitive pour la consolidation de sa jambe et la restauration de son membre. Cela affecte psychiquement aussi bien les individualités que le groupe soignant. Finalement elle met tout le monde en échec. Elle est comme Méduse ou Mami Wata car elle fige les regards et la pensée et elle entraîne avec elle, dans sa chute autrui qui se délitent aussi à s'épuiser de ne point trouver de solution (Zazzo, 1993). Hinda-Méduse est un trou d'épouvante (affect ressenti d'ailleurs à la vue du trou que porte sa jambe).

Alors comment réagit l'équipe chirurgicale ?

Comme Percée, elle brandit l'épée castratrice de la scie et du bistouri pour amputer. Couper cette jambe qui refuse de mourir et en finir avec Hinda-Méduse-Mami Wata car ce serait ainsi enfin arrêter cette fascination mortifère dont elle est l'objet en la faisant « mourir » fantasmatiquement.

Ce processus de désaliénation des chirurgiens s'amorce déjà dans une série d'actes que je qualifierai de manqués et qui traduisent non seulement le poids psychique qu'elle est pour eux mais leur désir d'en finir : par deux fois, le dossier médical de la patiente est perdu.

C'est une façon inconsciente d'acter le fait que l'équipe ne veut plus en entendre parler et qu'elle veut couper le lien qui la relie, qui l'enchaîne et l'entrave dans les mailles du filet de Hinda.

Pour Bidaud (2005b), sortir de ce face-à-face avec le regard de l'autre médusant, regard empreint d'effroi, d'horreur et marqué par l'obscénité, ne peut se faire que par la mise en signifiants de l'obscène. Les mots peuvent donc avoir un effet cathartique et désaliénant. Malheureusement, ils ne trouvent que peu de place dans l'univers chirurgical. Et comme dans toute problématique psychopathologique, à l'absence de mot, au silence du signifiant répond un passage à l'acte et de la violence comme en témoigne l'annonce de l'amputation ou les diverses réactions des professionnels de santé du service à l'évocation du nom de la patiente. J'ai rapporté notre dernière entrevue, moment inauguré par une illusion de beauté et de restauration et le miroir sera brisé faisant voler en éclats la couche du « comme-si-elle marchait ». En effet, quand elle relève sa jupe, c'est un peu comme si Hinda ouvrait la boîte de Pandore et se répandaient des maux divers là où les mots s'arrêtent. Je suis saisie d'effroi. Cela m'évoque aussi Bôbô qui, soulevant son vêtement montre son sexe-visage pour susciter une réaction et faire sortir de la sidération. En brandissant sa jambe, Hinda l'érige, véritable érection phallique d'une jambe-sexe, monstration de l'horreur, source de jouissance-plaisir et de dégoût-déplaisir. Et la jambe est là, dressée, forte et droite avec son trou qui suinte. Il y a comme une éjaculation du plaisir de vivre malgré et contre tous. De voir un tel spectacle me place dans une position de voyeurisme morbide. Puis, la jambe est baissée et plus rien... je reste avec cette horreur qu'elle vient de me donner à profusion.

Le caractère libidinal de cette jambe m'apparaît dans son entièreté tout comme les pulsions, attractions-répulsions qui se jouent ici.

« Cette partie du corps que tel sujet regarde comme détestable et honteux va devenir dans la construction esthétique du voilement paradoxalement un lieu désigné au regard de l'autre. Il va faire appel et devenir un enjeu de la relation sexuée : ainsi le terrain même de la honte du corps va devenir un enjeu d'érotisation, une nouvelle voie d'invocation de l'Autre. » (Bidaud, 2014, p. 27)

C'est une fascination de l'obscène car c'est cela qui est convoqué ici : Hinda dont le corps voilé est devenu monstrueux, espace obscène dévoilé par la monstration sidérante de sa jambe. Se mêlent et s'entremêlent sur ce fond : obscénité, sexualité, adolescence et corporéité à la recherche d'un visage, d'une figurabilité acceptable et regardable.

Cette obscénité menace le sujet soit d'une déchirure soit d'un débordement, et le dernier dessin de Hinda témoigne de ce délitement, de cette déperdition de soi... devant l'informe, l'absence d'image spéculaire et de regard.

En effet, la fonction de l'obscène est celle d'une mise à distance et un enfermement du regard de l'autre, regard sans visage insoutenable et non soutenu (Bidaud, 2005b). En dévoilant l'obscène, la monstruosité de sa jambe, Hinda cherche à obliger le regard à se poser sur elle au-

delà de la jambe, espérant peut-être par ce regard être authentifiée en tant que personne humaine, qualité qu'elle a perdue. Hinda est alors un peu comme un monstre de foire, car elle suscite la même attraction ambivalente que celle que l'on peut ressentir devant un monstre de foire et d'où le contre-transfert négatif des chirurgiens devant une horreur qui dure et ne disparaît pas ni ne s'estompe quelque peu.

Derrière le masque ou la beauté de la jeune fille se cache le monstre...

Malgré l'effroi que renferme cette jambe, elle devient donc point de captation du regard, point phobique du corps, elle est à la fois exhibée-phallicisée et voilée-rejetée. Cet effroi qui nous prend et nous étreint nécessite d'être attentif à ses propres mouvements contre-transférentiels car il peut augurer de la haine dans le contre-transfert (Winnicott, 1989). Pour soutenir ce face-à-face et parvenir à poser un regard, il faut ne pas voir de là où on voit, pour passer par-dessus le trou, pour voir au-delà du néant et percer l'obscurité (Chiffre-Bellec, Parera et Raynaud, 2011). De tout ceci, se questionne aussi la place de la mère auprès de l'enfant. Fait-elle ou non écho ? Crée-t-elle le gouffre ou y sombre-t-elle ? J'aborderai plus loin cette question.

Nonobstant, et avant d'aller plus loin sur le Maternel, cette monstruosité que côtoient quotidiennement les parents est à interroger. Pourquoi refuser de couper cette jambe qui porte autant d'affects négatifs, avec de surcroît les importants risques infectieux (risques importants de gangrène) ? Est-ce à dire qu'horreur pour horreur, d'une vie de misère à une misère qui fait vivre, le choix est vite fait ?

Cette jambe pivot de famille, malgré la pulsion de mort qui la caractérise est avant tout un objet qui maintient en vie tout un corps groupal, les maintient en contact avec la société et par les émotions-réactions qu'elle suscite maintient psychiquement en vie les uns et les autres. Et cela, même si cette vie est portée par des pulsions de mort et par l'effroi.

Si Hinda fait peur et que son histoire convoque l'effroi produisant ainsi un vécu d'horreur et de terreur, cet effroi et cette horreur, nous les retrouverons aussi chez Hassan et Ibrahim même si ce sera à un moindre degré.

IX.1.2.2. Effroi, terreur et horreur

Autour des corps effracts et souffrants que j'ai rencontrés, dans les jeux de rapports entre patient, famille, chirurgien et psychiste, mais tout aussi bien dans le temps de la rencontre que dans l'après-coup, effroi, terreur et horreur ont caractérisé les modalités transférentielles.

Ces mots, même s'ils s'articulent ensemble dans un continuum de pensée, sont porteurs de connotations légèrement différentes. Effroi, terreur et horreur s'érigent sur la peur qui est un affect devant ce qu'on qualifie de « redoutable », de « menaçant ». Ce qui produit la peur c'est plus la disposition qu'on a à être affecté par l'objet inquiétant. Ces sentiments résultent donc plus fondamentalement de la disposition du sujet à « prendre peur » devant, c'est-à-dire à l'occasion de tel ou tel objet (Baas, 2003).

L'**effroi** c'est une grande frayeur qui glace et épouvante et entraîne de la terreur. Selon Furtos, c'est :

« Sortir de la paix » du latin gallican *exfridare*, lui-même en rapport avec la racine francisque *fridu* ou *fride* qui d'ailleurs a donné le mot « paix » en allemand (*die Frieden*). L'effroi expulse littéralement la paix intérieure, empêche la paix extérieure entre les êtres, éventuellement dans les cités et donne des effets « effroyables » qui peuvent se manifester corporellement par l'affect de terreur et le sentiment de l'horreur ; sortir en violence de l'état de tranquillité interne incline au traumatisme pathologique, surtout si l'on n'est pas « accompagné », c'est-à-dire étayé par une relation humaine apaisante. (Furtos, 2004)

La **terreur** c'est une peur violente qui paralyse mais c'est aussi une personne ou une chose qui inspire une grande peur, qui effraie.

L'**horreur** est une très vive impression physique ou psychique, éprouvée par quelqu'un à la vue ou à l'idée d'une chose affreuse et repoussante. C'est un sentiment violent de dégoût, d'aversion ou de forte réprobation. C'est aussi littéralement le caractère de ce qui provoque une impression d'effroi, de répulsion ou de ce qui suscite de l'indignation, et une très forte réprobation.

Au-delà d'un pied qui ne guérit point, des risques infectieux, de la nécrose du pied avec ses tâches noires, de la suppuration, des défauts de consolidation, de cicatrisation ou même de la fragilité physique qui reste comme émanations de cette expérience, les dessins sont aussi porteurs de l'horreur et de l'angoisse qu'elles soient extériorisées comme chez Hinda, Ibrahim ou Hassan ou intériorisées et cadrée dans une tentative de maîtrise comme chez Rodrigue. L'horreur est donc du côté du voir.

Les enfants effractsés en chirurgie pédiatrique exposent et obligent finalement les différents intervenants à conjuguer avec ces affects effrayants et douloureux tout comme leurs parents y sont confrontés comme l'a montré Rebiere (2014) dans sa thèse de psychopathologie sur l'approche du trauma psychique à l'hôpital pédiatrique. Pour lui d'ailleurs l'évènement

(traumatique) se met en relation avec un autre trauma plus ancien comme certains de mes cas l'ont montré (je pense ici à Ibrahim et à la réactivation du trauma lié à la mort de son père).

C'est donc réellement de l'effroi que suscite la vue brusque de la jambe de Hinda et d'Ibrahim, cet effroi se mue progressivement en horreur.

Ainsi schématiquement, je peux considérer que Hinda est une figure de la terreur marquée par l'horreur, elle suscite de l'effroi et de l'horreur chez les chirurgiens. J'ai l'illusion de croire, comme le recommande Furtos (2004), qu'en tant que psychiste, je sais composer avec l'effroi et l'intégrer comme une donnée de la clinique. Pourtant, mon contre-transfert sera marqué par l'horreur (autant au contact des enfants qu'à la vue des dessins). Ai-je été prise dans un « transféritivisme⁷⁴ », en éprouvant ces affects à partir du dessin des enfants (Bergès et Balbo, 1994)? Peut-être...

Ce que les dessins de Hinda, tout comme ceux d'Hassan et d'Ibrahim, convoquent c'est l'horreur. Mais l'horreur de quoi ? Cette horreur à laquelle nous exposent ces corps d'enfant, c'est d'abord celle des actes chirurgicaux qui sont multiples et douloureux. On imagine sans grand mal la souffrance des enfants même quand elle n'est pas là étalée sous nos yeux. C'est l'horreur de l'expérience qui marque leur psychisme et se lit dans le dessin.

Plusieurs dessins sont porteurs de cette horreur car ils disent la terreur de ces enfants face à ce qui leur arrive. Des visages déformés, des corps désaxés, difformes, des bouches hurlantes d'un cri muet et mutilant d'une parole qui ne se donne pas, qui ne se reçoit pas même dans ses balbutiements les plus infimes.

Qu'il s'agisse des corps ou du corps du dessin, la rencontre avec les enfants opérés pour traumatismes orthopédiques nous oblige à affronter l'inquiétant. Non pas l'*Inquiétante étrangeté* de Freud, mais celle des films d'horreurs. Et nous sommes confrontés à l'inhumain dans l'humain, le non-moi dans le moi, l'empire de la sensation dans le défaut de mots (Beetschen, 2004). Et cet inquiétant que nous percevons dans l'autre produit en nous ce que Reik appelle un « effroi intellectuel ». De cet effroi le psy peut tenir compte et l'analyser mais le chirurgien se laisse envahir par ce sentiment d'horreur qui finit par paralyser ses pensées comme nous l'avons vu dans l'histoire de Hinda (Reik, 1976).

Pour Reik, cet effroi intellectuel est lié à la résurgence d'un effroi premier qui est réactivé.

74 Bergès et Balbo, 1994, dans *L'enfant et la psychanalyse*, Paris, Masson (Bibliothèque de clinique psychanalytique), appellent « transféritivisme » le fait que l'analyste éprouve des affects à partir des associations de l'enfant.

Je comprends que c'est l'effroi de la pensée qui pense à s'en presser la panse⁷⁵ et, qu'aucune prémisses de guérison physique (chez Hinda, Ibrahim, et Hassan) ou psychique (chez Rodrigue) ne vient panser. C'est l'idée de réactivation d'un effroi passé (autre que l'effroi de la naissance) lié à une situation originaire qui nous y a déjà confrontés (Reik, 1976, 1997). Cependant, je m'interroge... dans le fond de ma tête aucun souvenir précis d'une situation d'effroi sauf peut-être... ce souvenir lointain de mes premières années d'études en médecine (une fenêtre sur mon inconscient ?). En 2^{ème} année, j'avais déjà eu l'occasion d'assister au soin d'une jambe avec suppuration des parties molles et les douloureux soins d'asepsie qui devaient permettre de drainer le pus infiltré dans le muscle du patient.

Il y a eu aussi, en 4^{ème} année, ce patient admis en chirurgie pour une maladie de Fournier, affection marquée par une nécrose et une suppuration des testicules (bourses). Peut-être est-ce là la source de cet effroi que je ressens face à ses histoires d'enfants effractsés ?

Ce souvenir ouvre ainsi pour moi un espace sur un percept d'antan et sur mon vécu de celui du patient lui-même. Si le soin se (re)laisse parler, le ressenti lui se laisse saisir à peine (avec peine) et toute la problématique sinon la dynamique de l'effroi s'insinue ici. L'effroi n'est pas visualité mais réaction-crédation dans l'après coup de l'horrible horreur. L'effroi est ce qui se signifie quand le mot manque à dire (la violence de la peine).

Il y a comme une intériorisation de cet effroi inquiétant qui nous contraint à affronter d'abord l'inquiétant en soi _ ce qui « nous amène aux confins de nous-mêmes ; à notre part d'insoupçonné »_ pour approcher ces défenses massives et déshumanisantes, conçues aussi comme « stratégies de survie » (Beetschen, 2004). Ce sont ses défenses qui nous permettent de supporter de travailler avec des humains déshumanisés par la maladie, le traumatisme, la souffrance, etc.

La contemplation des productions graphiques réalisées par les enfants de mon étude confronte ainsi à l'inquiétant car s'y rejoignent beauté et effroi. En sollicitant leur imaginaire, notamment en leur demandant de se projeter dans un futur de leur corps, libérant leur imaginaire, c'est une lucarne qu'ils ouvrent sur leurs peurs des lendemains corporels. L'imaginaire a alors ici une double fonction. Il sert à la fois de soutien, de parage, il permet à l'enfant de faire un pied de nez à sa réalité et de se penser autrement, il sert aussi de leurre et de ravissement. Il permet de mettre dans la balance vie et mort, maladie et guérison et de composer avec, grâce à la mise en lumière de l'inquiétant en lui, pour s'en libérer. Cette libération, c'est aussi celle d'un souffle

⁷⁵ L'être est aux prises avec des douleurs internes comme des douleurs abdominales liées au stress, à l'oppression de s'épuiser à penser un soin, à la recherche d'une guérison qui épuise les ressources internes et laisse une impression de tension interne, d'oppression et qui finit par faire déprimer

qui était retenu pour contenir l'effroi, de peur qu'il n'envahisse trop l'enfant. L'effraction le révèle, le dessin le libère et il peut s'évacuer mais non sans se communiquer, comme un blizzard, à ceux qui regardent les dessins tout comme à ceux qui regardent ses corps dessinés. Chez Ibrahim, cette libération qui s'opère s'accompagne d'une révélation du mort caché dans l'ombre de la psyché ou de la mémoire de l'enfant.

Devant l'échec du soin (tout autant physique que psychique), il y a dans l'effroi et dans l'angoisse comme une voix qui nous expose à notre manque-à-être, cette voix silencieuse nous dit que nous ne sommes pas médecins puisque nous ne guérissons pas...

C'est l'angoisse de ne pas réussir à soigner ses membres réfractaires, c'est aussi celles anticipatrices de voir survenir une infection ou une surinfection ce qui expose doublement le chirurgien à l'effroi. Chez celui-ci, l'effroi va aussi survenir du non-sens dans lequel le plonge l'échec de la technique qui est le pivot de son savoir. De cela, il est confronté à l'absence de sens, au vide, à la nullité de son savoir et cela est angoissant car c'est nier l'essence de ce qu'il est et le confronter au dénuement.

Cette situation nous ramène à cette pensée de Gil :

Comment demeurer inactif ou impavide devant un corps meurtri, résistant aux thérapeutiques mais toujours présent, blessé mais vivant, renvoyant obstinément l'équipe soignante à l'échec, à l'impasse de sa technique. La résistance au corps ingrat fut précisément marquée par la difficulté à retrouver le chemin de la relation, du toucher, de la parole, qui, par le corps ingrat pouvait permettre de retrouver le sens d'une médecine de la personne (Gil, 2013, p. 84)

Cette résistance des corps et cette résistance au corps a progressivement créé, dans le sillon de l'effroi, une perte de lien (par la perte de regard) et un dévisagement au sens de Demeule et de Bidaud.

IX.1.2.3. Les autres sources d'effroi à l'ombre du soin

Pour les enfants que j'ai rencontrés en Côte d'Ivoire, il y a des monstres dans l'ombre et des fantômes dans la chambre qui font de l'ambiance, une atmosphère lugubre car je rappelle qu'au moment où je rencontre ces enfants notamment Hinda, le pays vient de traverser une période de guerre et il est en plein processus de reconstruction.

Au-delà de l'angoisse et de l'effroi de sa situation, dans l'inconscient groupale en chirurgie, Hinda porte une double monstruosité et elle fait peur. En effet, comment ne pas craindre quelque chose qui doit mourir mais qui vit, qui se refuse à se plier au point de vous faire courber l'échine, car c'est ce que finissent par faire les chirurgiens, ils baissent la garde (et la décharge clastique

de la mère les atteint au cœur), ils rendent les armes en abandonnant leur acharnement à résoudre ce cas clinique.

La crainte et la terreur sont aussi beaucoup plus sourdes que cela, car Hinda est une burkinabée... oui une burkinabée, qui implicitement par sa présence, dans une période de post-conflit vient s'imposer aux chirurgiens ivoiriens.

Se rejoue là, loin des débats politiques et des théâtres de la guerre, la trame de fond du conflit ivoirien, l'implication des burkinabés dans la crise et toutes les problématiques ivoiro-burkinabées (Banégas et Otayek, 2003 ; Cogneau, Mesplé-Somps et Roubaud, 2003 ; Fofana, 2011).

La guerre ivoirienne, dont les relents se font encore sentir en 2012, a été menée en partie par des mercenaires burkinabés, le Burkina Faso servant de base arrière aux FRCI⁷⁶. Parallèlement aux problèmes liés à l'intrusion de combattants burkinabés dans le conflit ivoirien, s'infiltrèrent aussi d'autres problématiques comme le conflit foncier qui perdure depuis longtemps mettant aux prises les populations ivoiriennes autochtones avec les allogènes burkinabés, ce qui se solde bien souvent par des tueries...

Alors que la Côte d'Ivoire a été vaincue, et que le pays est « envahi par des burkinabés ⁷⁷», voici que Hinda envahit aussi le service par sa présence insistante, par l'impertinence de son refus de guérir. Elle est comme un couteau que l'on tourne dans la plaie de la défaite.

Chez Ibrahim, le monstre dans la chambre c'est le père-mort effrayant et oppressant par « l'ombre étouffante de son absence » (Benhamou, 2012), c'est la fragilité osseuse et la répétition de fracture chez Hassan tout comme chez Rodrigue.

Au-delà des corps en présence, d'autres corps se jouent et d'autres jouent se livrent.

L'effraction corporelle apparaît dès lors comme ouvrant un espace discursif où se rediscutent des problématiques autres et où par devers l'effroi suscité par l'accident ou les actes chirurgicaux tout comme par le type de fracture, d'autres effrois, d'autres frayeurs et horreurs se laissent deviner. Appréhender ces terreurs pourrait favoriser une mentalisation de

⁷⁶Les FRCI Forces républicaines de Côte d'Ivoire sont les forces de la rébellion ivoirienne. Pour mieux comprendre : Cogneau D., Mesplé-Somps S., Roubaud F., 2003, « Côte d'Ivoire : histoires de la crise », Afrique contemporaine, no 206, 2, p. 5-12., Banégas R., Otayek R., 2003, « Le Burkina Faso dans la crise ivoirienne », Politique africaine, N° 89, 1, p. 71-87.& Fofana M., 2011, « Des Forces nouvelles aux Forces républicaines de Côte d'Ivoire », Politique africaine, N° 122, 2, p. 161-178.

⁷⁷ C'est un ressenti populaire qui s'est longtemps exprimé dans les discours tout comme sur les réseaux sociaux et qui a fini par s'atténuer progressivement au fil des mois.

l'expérience traumatique avec relecture du passé ou mise à distance des problématiques qui n'ont pas lieu d'être.

Chez Rodrigue, l'effroi est celui que produit le silence trop long et trop lourd, celui qui découle de l'incertitude et du flou, de l'isolement et de l'enfermement dans une spirale de questions sans réponse. C'est l'effroi d'une détresse non secourue et de cris d'appel à l'aide non entendus. La réflexivité de l'adolescent s'est développée autour de la fracture, cependant sans étayage sur un corps chirurgical sachant qui, en répondant aux préoccupations, aurait pu permettre que continuent de circuler les affects et la pensée. Les chirurgiens auraient apporté des réponses ou des non réponses, ce qui aurait pu l'apaiser. Par ailleurs, cela aurait certainement permis à la pensée de rebondir en écho, à Rodrigue de s'entendre penser et de réfléchir ainsi plus aisément et librement et donc progressivement de se libérer des pensées obsédantes et oppressante. Ce manque à dire chirurgical, ce manque à questionner à entrainer une limitation des processus et une parcellisation de la réflexion. Ainsi, quand il dit « *un plâtre ça ne dure pas longtemps mais ça reste toute la vie* » traduit-il ainsi les pensées récurrentes qui l'obsèdent et qui en ont fini par entrainer comme des limitations fonctionnelles de sa corporalité.

IX.1.2.4. Souillure et pureté au prisme du dessin

Dans les dessins de ces enfants, deux autres entités s'affrontent : souillure et pureté voire netteté (souillure chez Hinda et Ibrahim et, pureté-netteté chez Hassan et Rodrigue) et le niveau socio-économique ne suffit pas, en lui seul, à expliciter cette différence.

Un premier essai d'élucidation et de compréhension, repose sur le type de pathologie : chez Hinda et Ibrahim, la fracture a entraîné un délabrement cutané et musculaire avec des difficultés de cicatrisation en grande partie liée aux défauts⁷⁸ de soins. Ainsi le corps reste-il ouvert, sans limite entre le dedans et le dehors. Cela ébranle la frontière sujet/objet rendant incertaine la limite entre dedans et dehors d'autant qu'il y a des fluides corporels qui s'échappent de ces corps ouverts.

Chez Rodrigue et Hassan, la restauration physique a eu lieu, le corps est « refermé » et les dessins montrent des bonhommes, le plus souvent aux traits nets et précis, la plage de la feuille étant épurée sans tâches ni fioritures.

⁷⁸J'emploie le terme « défaut » pour parler des diverses défaillances du soin aussi bien qu'il s'agisse des échecs thérapeutiques que des difficultés financières qui empêchent l'achat des médicaments

Souillure s'oppose ainsi à pureté-netteté dans les dessins. Un corps qui se délite, qui se perd, en proie à une souillure sans frontière ni contenance et contenant, tâche et contamine tout ce qui est en présence, le dessin sert ainsi d'exutoire à la salissure ce qui offre une possibilité au récit qui la met en mots d'évacuer les pulsions mortifères car la souillure est l'arrêt de la vie (Kristeva, 2001). Je n'en dirai pas plus.

IX.1.2.5. Le Maternel face à un corps d'enfant non-gratifiant et souffrant

En rencontrant les enfants, j'ai aussi à chaque fois rencontré les mères. Femmes et mères, elles sont atteintes par la pathologie de leur enfant. Le rôle du support maternel apparaît donc important comme pare-excitation pour juguler l'effroi et la terreur dans les effractions psychocorporelles. Une mère sait aussi, au besoin et surtout quand son enfant est menacé, faire preuve d'agressivité pour le défendre. La mère est l'autre sujet, un objet qui garantit l'être de l'enfant en tant que sujet. Premier objet désirant et signifiable, de sa gestion de l'effroi de son enfant, dépendra donc les capacités de gestion de ce dernier.

Face à ces diverses formes d'effroi que j'ai rencontré autant chez les enfants que chez leurs mères ou dans le soin, je me suis interrogée sur la place du maternel auprès de ces enfants.

La mère, devant la douleur et la souffrance de son enfant, se doit de faire œuvre d'étayage pour limiter les excitations et protéger l'enfant de l'implosion psychique et de la désagrégation face à l'effraction. Elle se doit d'assurer la continuité winnicotienne. Cependant, devant la défaillance du corps de sa progéniture, face à la perte des repères et à l'infantilisation dans laquelle la place les jeux de rapports en chirurgie, cette mère est devenue défaillante, ce qui va accroître la détresse de l'enfant (Dolto, 1998).

Pour parler du Maternel comme élément psychopathologique de l'effraction psychocorporelle chez l'enfant notamment chez Hinda, je voudrais évoquer, dans un premier temps, un autre mythe, celui de la reine Pokou où se mêlent naissance et mort, sacrifice et don de soi. C'est le mythe fondateur du peuple des Baoulés en Côte d'Ivoire⁷⁹. Cette première lucarne sur le Maternel ouvre à une compréhension des rapports mère-enfant.

⁷⁹ Pourquoi évoquer ce mythe ivoirien pour un sujet burkinabé ? D'abord parce que c'est un mythe national et que tous les habitants du pays connaissent d'autant qu'il est transfrontalier prenant sa source au Ghana. Même si Hinda et sa mère ne sont pas baoulé, ce mythe m'offre une grille de lecture de la situation.

Abla Pokou, c'est la femme forte qui livre son enfant pour sauver son peuple, c'est la femme qui affronte toutes les adversités et les guerres pour établir un royaume nouveau (Koné, Amani et Vé, 2009 ; Viti, 2009). Ce mythe fait référence à la parole et au sacrifice, en donnant son enfant, elle sauve tout son peuple.

La mère de Hinda apparaît ici comme une anti-Abla Pokou... elle refuse de donner sa fille pour libérer ceux qui vivent en chirurgie. Le devrait-elle d'ailleurs ?

Figure maternelle déifiée, la mère de Hinda est porteuse d'une rage de protéger son enfant au lieu de la sacrifier pour libérer à la fois la famille d'un poids certain mais aussi l'équipe chirurgicale.

L'attitude de Hinda⁸⁰ en présence de sa mère est comme un refus d'exister d'être un non-objet du conflit qui éclot et pour lequel la mère est prête au pugilat. C'est ainsi que pour Silvestre (2002) « *La relation à la mère est une relation très complexe, faite de « désirs oraux, anaux, génitaux, et donc de motions actives et passives et de sentiments pleinement ambivalents, de nature aussi bien tendre que hostile et agressive, ces derniers n'apparaissant qu'après avoir été transformés en représentations d'angoisse* ».

La mère de Hinda se nourrit de l'effroi suscité par sa fille pour la sauver.

Dans un second temps, il convient d'évoquer le Maternel en lien avec le transitivity tel que conçu par Bergès. Le transitivity est un des mécanismes à l'œuvre dans les liens mère-enfants que nous avons observés. Il s'agit, plus ici du transitivity du côté de la mère (Bergès, 1998 ; Bergès et Balbo, 1998). Il se conçoit comme une double négation énoncée par la mère quand l'enfant subit un choc physique, et qui ouvre au symbolique. Ce process est possible car la mère est capable de se mettre à la place de son enfant (Klein et Riviere, 2001)

« *Nier le réel éprouvé de l'autre, mais pour le forcer à éprouver* » (Bergès et Balbo, 1998, p. 10)

L'enfant est ainsi placé en position d'éprouver réellement, et dans un effet miroir, ce qui a été supposé par la mère. Où est-ce que cela se voit dans nos cas cliniques ? Essentiellement dans les rapports qui se nouent ou se jouent entre Hinda et sa mère. Ainsi, il y a transitivity entre la mère de Hinda et sa fille au moment de l'annonce de l'amputation. Cet acte thérapeutique est associé à la mort et à l'effondrement, Hinda aurait donc dû éprouver des affects de dévastation

⁸⁰ A distance de cette rencontre, et tout récemment, j'ai appris que tout au long de son hospitalisation, Hinda avait toujours été odieuse, limite maltraitante avec sa mère et bafouante vis-à-vis de celle-ci, même en présence du père. Le renversement de vapeur s'est produit à l'annonce de l'amputation.

au moment du verdict (ce qui n'a apparemment pas été le cas). Par son discours, la mère l'oblige à s'identifier à la mort comme nous le montre son dernier dessin ou comme entendu dans son discours au cours du dernier entretien. Ce transitivisme s'exprime quand la mère dit « *ma fille, c'est mon pied... couper le pied, c'est me tuer* ». Elle se met à la place de sa fille pour dire une souffrance, et Hinda en se mettant à la place de sa mère dit des mots portant à croire qu'elle éprouve cette douleur. Pour Bergès, en prenant la place de son enfant la mère se divise (ce qui n'est pas le cas pour l'enfant). Ironie ici que cette division qui fait écho à une amputation qui segmente (et donc divise). La mère de Hinda parle la douleur de sa fille qui n'a rien manifesté, tout comme la mère d'Hassan qui parle son sentiment de rejet alors que l'enfant n'en a rien dit. Là se joue la fonction transitive de la mère quand on voit qu'Hassan s'approprie ce vécu douloureux (tout comme Hinda) pour le faire sien.

Ce process permet l'articulation de l'enfant au désir maternel, dans une mise en jeu du narcissisme maternel.

Que sont ou font les autres maternels en présence ?

La mère d'Ibrahim semble écrasée par cet effroi, tandis que la mère d'Hassan y est indifférente et la mère de Rodrigue contribue à mentaliser les différents processus psychiques favorisant un enclavement de cet effroi.

Quatre attitudes qui influent la gestion de l'effroi des enfants et interpellent quant à la place du psychiste dans l'aide à penser pour ses enfants. C'est ce que nous verrons dans le dernier volet de la discussion.

L'effroi et l'horreur sont donc corrélés au dévisagement qui prévaut en chirurgie pédiatrique comme l'on montré tout autant les éléments psychopathologiques recueillis dans la rencontre avec les sujets que leurs dessins.

Comment alors penser et amener une visagéification ?

IX.2. VISAGEIFICATION DE LA SOUFFRANCE ET EFFRACTION PSYCHOCORPORELLE

Face à un dévisagement important en chirurgie pédiatrique, la visagéification peut se faire par le dessin. En effet, la feuille support du dessin, tout autant que le dessin en lui-même qui se donne comme objet de plaisir sous le regard de l'Autre, peut inaugurer un possible envisagement par le truchement de l'aide ou du travail thérapeutique favorisé par la présence d'un psychiste au côté de l'enfant.

Le psychiste c'est cet au-moins-un, qui dans ses rapports à l'enfant permet que se remettent en jeu les forces pulsionnelles.

Le dessin est en effet un objet pulsionnel, source d'attrait et de désir, objet du regard désirant de l'Autre. Objet réel, il introduit dans le champ spéculaire symbolique une possible réédification du visage symbolique, visage perdu car souvent dans le trauma le visage se perd (c'est là que se loge le dévisagement), la fracture étant non-regardable du fait des chairs explosées, arrachées, tuméfiées (spectacle d'horreur qui fait baisser les yeux ou détourner le regard), le regard se perd donc et n'est plus étayant. La feuille de papier offre ainsi un support pour la réédification d'un moi regardable, objecté. La feuille offre aussi un cadre contenant.

Que nous ont montré, à ce sujet, les enfants que j'ai rencontrés ?

IX.2.1. Trauma et effraction dans le dessin

Le dessin peut soutenir un travail de figuration du trauma d'où son utilité. L'effraction a agi en expulsant la durée (Hassan est perdu dans son temps, figé ans sa 10^{ème} année), en exilant le temps de la pensée et la possibilité de métaboliser la brisure. Le dessin vient comme pour offrir une voie à la représentation (Broquen et Gernez, 1997).

Sur nos quatre sujets, si tous, dans un mouvement conscient, ont représenté leur fracture au temps 2 « *dessine-toi au moment de la fracture* », chez trois de ceux-ci (Hinda, Ibrahim et Rodrigue), on a observé dans le dessin que le traumatisme s'infiltrait soit dans l'avant soit dans l'après. Le dessin est donc marqué par le trauma.

L'effroi (que j'ai précédemment évoqué) est souvent sidérant notamment au travers des images et dans ce que renvoie le dessin. Benhamou (2012) met en garde justement contre ce phénomène

tout comme il recommande de maîtriser nos pulsions scopiques (ce qui a parfois été difficile) afin de ne pas avoir un contre-transfert adhésif avec compassion excessive pour le patient⁸¹. Chez nos sujets, cet effroi s'est très souvent accompagné d'une perte objectale de la mère soit par absence ou par rupture du lien et c'est là, toujours pour Benhamou, que réside le trauma initial qui se réactive au travers de la pathologie orthopédique traumatique.

Parler de trauma, c'est évoqué les caractéristiques symptomatologiques de ce trouble comme les reviviscences, l'évitement, l'hyperactivation neurovégétative... Nous les retrouvons dans nos études de cas ou dans les dessins comme nous l'avons vu. Le dessin du « pendant » de Hinda montre que durant son exécution il y a eu une montée des affects qui ont entraînés de la violence avec un passage à l'acte agressif, au point où la feuille a été attaquée et perforée. Les dessins d'Ibrahim portent, quant à eux, un double paradoxe, sur fond de dévisagement : il y a une forme de sidération dans le dessin dans cette sorte de répétition que l'on observe avec ses dessins qui se ressemblent (série de bonhommes sur chaque dessin). Par ailleurs, dans l'ombre de l'effraction, il y a une diffraction de l'image que le sujet a de lui-même, elle est liée à l'onde de choc produite par l'effraction. Cette répétition fait aussi évoquer, devant la présentification inlassable de la fracture, des réminiscences. Chez Hassan et Rodrigue, ce que l'on peut évoquer, c'est plus une restriction des affects comme je l'ai déjà dit.

Pour en revenir à la mère, il convient de préciser que nonobstant, cette défaillance maternelle ne signifie pas que nous percevions nos sujets comme ayant des enveloppes psychiques perforées, trouées, qu'il s'agirait de rapiécer ou de recoudre à l'image de leur corps effracté. Cette idée, à laquelle je souscrivais au départ, est réfutée avec véhémence par Benhamou (2012) pour qui *le traumatisme doit être compris non pas en termes spatiaux d'effraction de barrière mais « en termes de non-liaison, de fracture dans les systèmes de représentations, de creux dans la trame des investissements »*.

En proposant le dessin, dans un tel contexte (celui de ma recherche), comme médium thérapeutique, il est fort à parier que du lien se tissera dans le désert social auquel expose la chirurgie, la parole et l'étayage permettront que les représentations se remobilisent pour se concevoir.

⁸¹ J'ai été prise au piège de ce phénomène : devant Hinda, sa jambe en voie d'amputation si je puis m'exprimer ainsi, sa grande précarité et sa détresse, j'ai été saisie de compassion et je lui ai donné, au cours de notre dernière rencontre, l'argent qu'elle me demandait.

IX.2.2. Processus de visagéification dans le dessin

En quoi le dessin peut-il être outil de visagéification et donner à voir, au-delà de l'effraction les autres problématiques auxquelles l'enfant est en butte ?

Le dessin apparaît ici comme ayant une double valeur : il est visage et il visagéfie.

IX.2.2.1. Visagéfier pour faire exister ce qui est voilé derrière les images

Les réflexions psychanalytiques sur la fonction visage ne sont pas profusion et la visagéification, après avoir été théorisée sur un versant philosophique, est en cours d'élaboration en psychanalyse comme le montre les travaux que nous avons recensés (Bidaud, 2005a, 2014 ; Bidaud et Ouvry, 2008 ; Bougnoux, 2003 ; Jambon et Schérer, 1999 ; Linhares, 2004 ; Piot, 2008 ; Roelens, 2012) .

C'est donc un concept nouveau⁸² que je sors de son contexte (et de son sentier en friche c'est-à-dire tel qu'il est pensé actuellement dans le cadre de l'adolescence par exemple), que j'extrapole, que je transpose et que j'ouvre à une nouvelle acception en l'utilisant dans le cadre du dessin. J'ai tenté de démontrer, à partir de monographies, qu'il était possible pour ses enfants, ayant subi une double effraction physique et psychique au cours d'un traumatisme orthopédique, de retrouver visage psychique (après l'effondrement narcissique et la désubjectivation prévalant en chirurgie), et d'exister dans le regard de l'autre. Cela pourrait entraîner une réintrication pulsionnelle là où la violence et la désubjectivation en chirurgie entraîne une déliaison.

S'est visagéifiée ainsi au cours de notre expérience, la souffrance des enfants. La souffrance est un travail psychique qui peut faire écueil et être pathologique par sa stase, son emballement ou son impossibilité d'expression qui empêche tout traitement du conflit sous-jacent. La capacité à mentaliser les conflits est aussi en jeu dans le vécu de la souffrance. Or mentaliser suppose d'y avoir accès, d'en avoir conscience. Ainsi donc en objectivant cette souffrance sur le support papier, cette dernière est amenée à la pleine conscience et donc vue, elle peut être lue, su et parlée. C'est là que se joue la visagéification. Se mobilisent des jeux de force, de désir et de regard qui s'articulent entre Imaginaire et Symbolique comme le soulignent Bidaud et Ouvry (2008). A partir de cette idée, je penserai dans le troisième chapitre de cette discussion la place du thérapeute.

⁸² Nouveau dans le sens où ce concept n'est au travail que depuis un peu plus d'une décennie et qu'il n'est pas répandu.

Cette notion de visagification ne peut s'élaborer qu'en prenant en compte le regard qui lui est consubstantiel en ce que le regard (nécessaire) de l'autre fait miroir et est miroir de son désir et du désir du sujet, mais aussi le regard de l'Autre qui est assise de sa subjectivité. Pour prendre visage, il faut un autre et l'Autre. Et là se dévoile, dans le sillage de la visagification que permet le dessin, la face sombre du Soi, les défaillances du Moi et les écueils existentiels. En se visagifiant, la souffrance des enfants que j'ai rencontrés a mis à nue les questions existentielles, les absents, les conflits et les malaises d'ordres pluriels. De plus, le constat a été que chaque membre fracturé est visage de l'enfant :

- La jambe de Hinda est visage de l'adolescente et l'excitabilité de cette jambe relance l'effraction. Hinda n'est finalement que sa jambe et cette jambe est le support de sa relation aux autres. C'est la même chose chez Ibrahim.
- Chez Hassan, c'est le bras qui fait visage et chez Rodrigue c'est le plâtre qui fait visage.

Le bout est visage du tout et la psyché de l'enfant vient se loger dans le morceau. Revisagifier c'est alors ici aller du visage parcellaire globalisant à un visage global et unifiant. Il faut cependant préciser, selon la pensée de Linharès, que dès lors que le visage advient, que la visagification se fait, se réédifie l'image corporelle comme unifiée et permanente. Et de là, le bout n'est plus le tout.

Comment cela se peut-il ? Comme cela a-t-il été possible ?

Pour le comprendre, il faut revenir à la compréhension du processus de visagification par le dessin et le prendre visage.

IX.2.2.2. Le dessin est visage

Comme le rappelle Fischer (2005), le visage est l'expression première et fondamentale de l'altérité, de la relation à autrui, il désigne son être tout entier, manifestation d'une présence à autrui, il est toujours révélation et dévoile les émotions. Le visage est une surface qui permet une mise en relation d'un sujet à un autre ou à des autres. Qui dit visage, dit trait, grain, tracé, couleur, relief, texture... tout comme le dessin. Ce sont là les caractéristiques du dessin. Alors, je peux établir une relation d'équivalence entre le dessin et le visage et affirmer que le dessin est visage. Comme le visage, le dessin est mise en scène et masquage. Le visage s'entend ici non point comme le visage-face, lieu du corps, zone géographique mais comme effet de rencontre et le dessin donc, comme lieu de rencontre, fait visage. Le dessin pris dans son ensemble est donc visage dans la mesure où il se donne à voir et permet, par le regard, qu'entre

en relation celui qui a dessiné, celui qui a exécuté le dessin et celui qui regarde le dessin. Tout comme le visage physique, le dessin traduit et trahit les émotions, les affects et le vécu du sujet. Dessiner c'est se mettre à nu. Être à nu, c'est être vu et visible et donc c'est avoir un visage. Le dessin-visage est présence du sujet, lieu de rencontre entre matière et intention. Et ainsi, grâce au désir, l'acte de dessiner donne forme à l'informe et le visage éclot là où la face est ébranlée et en crise (Bougnoux, 2003 ; Drevet, 2003). C'est donc également une façon de se présenter au monde et de parler de soi. Tout dessin dit donc le sujet, celui qui l'a fait. C'est pour cette raison qu'il est très utilisé dans le travail psychologique avec les individus.

Le corps est à nouveau regardable dans la mesure où il acquiert un visage pour l'Autre. C'est cela que permet le dessin.

IX.2.2.3. Dessiner et visagéfier

Penser le dessin comme visagéfiant, engage le « prendre visage » de la fonction visage qui est triple : enveloppante, réflexive et « verticalisante ». Ce prendre visage repose sur une spécularisation d'une part mais aussi sur l'être et le tenir devant et dans le regard de l'Autre. Etre et tenir, c'est prendre conscience de son « je » qui s'édifie dans la relation et dans le regard de l'autre comme Lacan l'a pensé au sujet du Stade du miroir (Dor, 1995).

Peut-on ainsi spéculer qu'autour du dessin peut se rejouer quelque chose de l'ordre du Stade du miroir, en particulier du côté du regard et de son appropriation, permettant de mettre en place de nouveaux montages entre le sujet et l'objet pour reconstruire une relation objectale ? Ainsi partant du principe que le soin désubjective en chirurgie, convoquer la fonction visage via le dessin met en jeu le double processus d'incarnation-désincarnation qui permet à l'enfant de se mesurer à sa propre altérité à travers le regard de l'autre. L'autre c'est le regardant, l'autre en tant que celui qui est en face, qu'il s'agisse du psychiste ou de tout autre (Bougnoux, 2003 ; Douville, 2014).

Le dessin de soi fait voilement par lequel le corps effracté prend visage. S'envisageant dans son rapport à l'Autre, il se construit alors comme regardable et s'invente comme désirable. De fait, il peut être à nouveau érotisé.

Ainsi, l'usage du dessin comme médium thérapeutique pour un soin psychique en chirurgie permet que le corps se reconstruise fantasmatiquement comme regardable. Dans le même

temps, il acquière un visage qui le dit, l'énonce et le parle, le plaçant ainsi sous le regard de l'autre. La parole qui se dit autour du dessin prend appui sur des regards qui scrutent et lisent le dessin, le dévisage, le voit, ce qui de fait donne corps au dessin, et forme et contenance au corps dessiné (Bidaud et Ouvry, 2008).

En tenant compte que le dessin est image, surface et lieu et que, comme l'a démontré Deleuze la « *surface de visagification* » *c'est l'unité réfléchissante et réfléchie et le visage est le produit d'une opération de visagification par laquelle l'unité réfléchissante et réfléchie subsume, s'empare des traits qui sont dès lors, des traits de visagité - des traits intensifs qui deviennent alors traits de visagité. Le terme « visage » pourra donc s'appliquer à toute unité qualitative réfléchissante (qui renvoie une image) faite d'une série intensive que représentent de micro-mouvements* (Lehnebach, 1982). Le dessin fait œuvre de visagification.

Dès lors pour moi, **visagéifier** par le dessin serait, comme le propose Bidaud (2005a, p. 23), donc de « *donner une forme à ce qui n'en a pas, une figure, une formule à l'« obscène » de l'objet, à l'horreur contenu dans le fond de l'objet* ». Et de là, la mise en représentance de la souffrance, donne ainsi une figurabilité, une forme à la souffrance que porte l'enfant et en permet ainsi l'expression et partant la reconnaissance par autrui. Mais cela suppose qu'un regard se soit posé sur le dessin de l'enfant. Cela est important car le regard d'autrui agit aussi comme un miroir qui renvoie notre image intérieure vers l'extérieur (Forestier, 2010).

C'est une lapalissade que de dire qu'il y a de la souffrance en chirurgie, cette souffrance imprègne patient et soignant. Dans mon étude, le dessin a permis de révéler le visage de cette souffrance, du côté du patient. La revisagification, mise en jeu dans et par le dessin, permet que la vie revienne dans un corps effracté et agressé par des pulsions de mort liées aux soins et à l'expérience traumatique. C'est cela qu'ont montré les dessins d'Hassan. Pour Linharès (2004), «prendre image», «prendre forme » ou «prendre visage» c'est se sentir en vie. Cependant, pour aller jusque-là, il faudrait poursuivre les investigations inaugurées dans ce travail.

IX.2.3. Effet et fonction miroir du dessin

Le dessin renvoie à l'enfant une image (fantasmagique) de lui-même, image que je pourrais qualifier de spéculaire. Le dessin est en effet spécularisant car il détermine un espace spéculaire « où le sujet se saisit comme un autre et où l'autre est l'image de soi » (Sami-Ali, 1991, p. 32).

Nous avons admis que le dessin était visage et qui dit visage dit regard mais aussi et surtout miroir car le visage émerge à la fois dans le regard et dans le miroir. En effet, le miroir-dessin rend l'enfant « visagé » comme le dit Guillerault (2003). Moi je dirai plutôt que le dessin visagéfie l'enfant. De plus, autour du miroir, il y a un jeu de regards, un échange de regards. Pour moi, le dessin est image et fait miroir. En effet, je pense qu'en chirurgie pédiatrique, selon la méthodologie que j'ai mise en œuvre, le dessin fait miroir par l'émergence du visage qu'il induit et par l'échange de regards qu'il favorise. En rapportant la question du regard au dessin, on peut dire que l'enfant regarde le dessin autant que le dessin le regarde et il se regarde regardant. Le dessin va faire miroir en renvoyant à l'enfant une image de lui.

Selon Conein (1998) « *Ce que je regarde me regarde* », ainsi comme je l'ai déjà dit, cette fonction miroir du dessin appelle une convergence de regard et une attention conjointe de ceux qui regardent. Cette attention conjointe est une modalité de la communication entre l'enfant et l'adulte maternant (Bruner, 2004 ; Fischer, 2005 ; Veneziano, 2005).

C'est ainsi que le dessin et le psychiste dans une action conjointe permette la restauration de soi.

Le psychiste, en sollicitant l'attention de l'enfant, par la conjonction des regards sur le corps et le dessin, et par la verbalisation, va favoriser une reprise de conscience de soi, tout en ramenant du désir et de la pulsionnalité dans les relations de l'enfant. En fixant leurs regards ensemble sur le corps dessiné, ces regards peuvent se porter vers un ailleurs, vers l'ailleurs d'un corps pensé comme unifié et restauré. Progressivement ainsi, entre regard et parole, attention et étayage, l'enfant se resocialise. Ici, ce n'est pas l'interprétation du dessin qui importe mais le dessin comme construction, comme visage que le regard-écoute du psychiste permet de décrypter et de faire vivre (Garcia-Fons, 2002). Cela me ramène au transitivisme que j'ai précédemment évoqué quand j'ai abordé le Maternel. Même si, ce processus concerne le petit enfant, en chirurgie pédiatrique, quel que soit l'âge de l'enfant, la régression qui place le patient en position infantile permet d'évoquer un tel processus.

Ainsi, pour en revenir au dessin comme image, l'image qui émerge du dessin est imaginativement le double de l'enfant qui s'y reconnaît en tant que lui-même mais aussi en tant qu'autre. Le corps représenté, c'est l'enfant mais ce n'est pas lui. Il y a donc ici aussi un processus transgressif et le miroir joue un rôle dans le transgressif de l'enfant car il y met fin du moment que l'enfant percevant son double dans le miroir, il le perçoit comme autre à lui-même. Le discours énoncé des enfants au moment du dessin montre bien, dans les nombreux « *c'est moi* » que l'enfant s'identifie au dessin, avec en même temps la conscience que ce n'est pas tout à fait lui. Ce processus doit se soutenir d'un dire qui fait prendre corps à l'enfant comme l'explique Bergès.

Le regard que se porte Rodrigue au moment du dernier dessin marque la nécessité pour lui de faire coïncider ce qu'il voit avec ce qu'il dessine. Il voit ses pieds mais ne les dessine pas, alors qu'il a reproduit les vêtements à l'identique comme dans un besoin de saisir son image. Le transgressif de l'enfant lui permet d'attribuer à l'image ce qu'il éprouve d'où l'étalement des affects dans le dessin.

Le regard du thérapeute, placé en position de mère, doit pouvoir soutenir ce processus et dire « *oui, c'est bien toi dans cet image-miroir (le dessin), mais tu n'as plus besoin de moi pour te voir !* ». Il y a donc ici un travail de réappropriation de soi et une reprise possible du stade du miroir.

IX.2.4. Pour aller plus loin

De façon synthétique, il convient de retenir de tout ce qui précède que l'effroi et la sidération mettent en échec la capacité à penser, capacité que la réparation chirurgicale ne relance pas toujours. L'usage du dessin et de la parole convoquée autour du dessin, dans le voir et le dire, comme le souligne Chiffre-Bellec (2011), peut relancer le fonctionnement psychique et une métabolisation même dans l'après-coup, ce que l'histoire de Rodrigue a pu montrer. C'est ainsi que j'ai essayé de démontrer que le dessin pouvait faire œuvre de visagification mais pour se faire, il est impératif qu'un autre donne son regard et regarde. Cet autre, c'est ici le psychiste qui fait miroir, qui est regard et qui aide à l'avènement d'un visage de soi qui permet une réédification de soi quand le corps est effracté. De là, je pense qu'il est justifié de mieux interroger la position du psychiste en chirurgie pédiatrique pour favoriser le meilleur vécu possible de l'expérience de la pathologie orthopédique afin d'en limiter les effets traumatiques à plus ou moins long terme.

Penser le soin, de façon spécifique en étayage sur le concept de visagéification, impose de tenir compte à la fois de ce qui peut faire miroir et des regards possibles. C'est aussi faire le pari de relancer le processus du Stade du miroir pour sortir l'enfant de la désobjectivation et du dévisagement.

Cela soulève des questions telles que « Comment penser la fonction et le positionnement du psychiste en chirurgie pédiatrique ? »

Essayons d'y répondre...

CHAPITRE X. PSYCHISTE EN CHIRURGIE PEDIATRIQUE

De ces histoires, de l'histoire de Hinda aux autres histoires d'enfants rencontrés, est née une série de préoccupations qui ont interpellé ma position de « pédopsychiatre », puisque c'est à ce titre que j'avais fait mon entrée dans le service de chirurgie pédiatrique à Abidjan. Secondairement, je me suis demandée quelle pouvait être la place du psychiste (j'ai déjà explicité cette fonction de psychiste (voir p. 33), entre un statut de pédopsychiatre et un statut de psychologue au temps 2, c'est-à-dire dans le pendant du sujet effracté.

A distance du terrain de recherche, mener une réflexion rétrospective, autant sur mon expérience clinique que sur mon expérimentation, peut me permettre de dégager des pistes pour le soin psychique en chirurgie pédiatrique, en étayage sur le psychiste. Il est donc question de penser un soin psychique en vue de panser le corps de l'enfant, dans un lieu commun où corps biologique et corps psychanalytique se rejoignent pour rendre à l'enfant son « je » au sortir de la chirurgie. C'est là le lieu de la réponse à l'interrogation suivante, qui était au cœur de la troisième hypothèse « *Dans l'expérience traumatique que vit ou a vécu l'enfant, l'étayage du psychiste permet-il d'une part une élaboration psychique et une mise en sens de l'effraction même dans l'après-coup et d'autre part, la confrontation de son regard avec celui de l'enfant autour du dessin est-il un moyen pour ce dernier de reprendre contrôle sur une perte de soi, lié à l'effraction corporelle ?* » et si tel est le cas selon quels mécanismes ?

Deux référentiels théoriques vont me permettre d'élucider ce questionnement. Aussi pour penser le soin, je convoquerai certains concepts dont le Stade du miroir de Lacan et la transitionnalité ainsi que l'espace potentiel de Winnicott. Mes réflexions s'appuient sur l'idée de la représentation de soi et la visagification comme pansement corpo-psychique.

Sans être psychanalyste, j'estime que l'usage de concepts issus de la théorie lacanienne ou winnicottienne peut être porteur pour la théorie du soin que je souhaite élaborer dans le sens d'un soin d'inspiration psychanalytique. Même si l'objet « soin » tel qu'il est vu en psychiatrie est différent de ce qui émerge sous le regard psychanalytique comme l'a démontré Lantéri-Laura (2005), ce n'est ni une gageure ni une aporie que de proposer un abord du soin psychique en chirurgie qui tiendrait compte de ces deux courants qui finalement se rejoignent sur l'idée de soulagement de la psyché. J'en parlerai un peu plus loin après avoir regardé au plus près,

d'une part ce qui peut se faire en matière de soin psychique dans les atteintes du corps puis ce qui se joue entre effraction, médiation et relation autour du corps de l'enfant.

X.1. MODELES DE SOIN PSYCHIQUE EN TERRE SOMATIQUE

En commençant mon expérience en chirurgie pédiatrique à Abidjan, j'ai dû œuvrer dans le domaine de la pédopsychiatrie de liaison, de façon expérimentale sans référentiel théorique ni pratique, sans possibilité de supervision⁸³, tout en tenant compte des altérités en jeu et de mon moi. Tenir compte de mon moi, est important car c'est en étayage sur mon propre psychisme, que les enfants rencontrés pourront éventuellement investiguer le leur. Pour se faire, j'avais besoin, en appui sur la théorisation flottante, de mettre en jeu mon penser, de secondariser et de théoriser ce que j'observais et le matériel clinique que je recueillais, d'élaborer et de mettre en mot le fruit de tous ces process. Par-delà ce que je viens de dire, c'est aussi ma capacité à être seule⁸⁴ qui était en jeu.

Ce travail d'auto-analyse n'a été possible que dans une dynamique de réflexivité.

En accompagnant ces enfants sur le chemin du soin, en espérant aboutir à une certaine guérison (j'entends ici une guérison psychique au sens de digestion de l'évènement traumatique), j'ai cheminé vers la compréhension de tous les mécanismes qui sont mis en jeu dans le soin, via le corps du sujet, mais aussi à travers le corps groupal tant familial que médical.

Quelles sont les expériences de pédopsychiatrie de liaison ou de psychologie médicale d'ici et d'ailleurs sur lesquelles il est possible de s'appuyer pour penser la meilleure aide possible aux enfants effractés⁸⁵ ?

La psychiatrie et la pédopsychiatrie de liaison sont des sous-spécialités de la psychiatrie, qui s'occupent de troubles se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales. Cette pratique, qui s'exerce hors les murs de la psychiatrie, regroupe l'ensemble des prestations cliniques, thérapeutiques, préventives, pédagogiques et de recherches prodiguées par l'équipe psychiatrique dans les différents services d'un hôpital général.

De toute la littérature que j'ai pu parcourir, j'ai retrouvé peu de travaux suffisamment explicites sur la psychiatrie de liaison dans l'univers chirurgical. Ce que ces ouvrages montrent c'est

⁸³ Hormis les échanges avec ma directrice de thèse

⁸⁴ Au sens où l'entend Winnicott comme la capacité à être seul en présence de quelqu'un d'autre (Winnicott, 1996).

⁸⁵ J'évoquerai quelques travaux car ce n'est pas le lieu pour historiciser la pédopsychiatrie de liaison.

surtout qu'il y a encore beaucoup de travail à faire dans ce domaine et que les champs de recherche sont encore nombreux (Bailly, 2005 ; Barrimi et al., 2014 ; Canoui, 2009 ; Danet et Gansel, 2008 ; Dufour, 1996 ; Duverger, Chocard, Malka, Ninus, et al., 2011 ; Fall et al., 2007). Ainsi, nombreux sont ceux qui revendiquent une prise en charge globale des sujets en tenant compte de l'environnement socioculturel et des données biographiques propres à chaque individu, et les troubles mentaux les plus souvent rencontrés sont ainsi répertoriés. Peu d'expériences décrites, le sont selon des modalités de prise en charge d'inspiration psychanalytique donc au plus près de la singularité du sujet ou font état des pratiques psychologiques dans le domaine.

La revue de la littérature a montré qu'il y a peu d'expériences de psychiatrie de liaison en Afrique et que quand elles existent, elles sont psychiatriées et psychiatisantes pour les services et les patients en hôpital général.

Le point de cet exercice au Maroc, au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Hassan II à Fès montre ainsi que, sur une période de 2ans, seulement 3 enfants (soit 1,67% de l'ensemble des 180 consultations-liaisons intra-hospitalières pour reprendre l'expression de Wiss (2001) réalisées dans cet hôpital) ont été vus en chirurgie pédiatrique. Dans l'expérience marocaine, il n'y a eu que 11% des 180 patients qui ont reçu une aide psychologique (elle était psychiatrique et médicamenteuse dans 70% des cas). Rien ne dit que les enfants de chirurgie pédiatrique étaient dans ces effectifs. Peu de patients ont été vus, ce qui laisse supposer une négligence de la prise en charge en chirurgie ou sous-estimation de l'importance des problèmes psychiques en chirurgie (Barrimi et al., 2014).

Une autre expérience est celle du Sénégal. Rapportée par Fall (2007), elle ne mentionne pas de collaboration avec un service de chirurgie pédiatrique.

A contrario de la situation africaine, en occident, de nombreux ouvrages et articles ont été publiés sur l'exercice de la pédopsychiatrie de liaison ou sur la psychologie médicale en pédiatrie.

Spadone (2010) insiste sur la nécessaire articulation entre pratiques psychiatriques et pratiques psychologiques car l'aide du psychologue est essentielle apporter une écoute globale du sujet avec ses problématiques manifestes et latentes quand, dans le soin, celui-ci est fragmenté (Mazet et Stoleru cités par Grinsztajn, 1997). L'apport des psychistes est des plus importantes au plus près des sujets souffrants dans leurs corps (Danet et Gansel, 2008 ; Morasz, 2003).

Concernant la psychologie médicale, l'intervention concerne les équipes soignantes pour réguler les étayages et leur permettre de se départir des attitudes inappropriées, violentes ou rejetantes qui peuvent apparaître dans un soin. Elle concerne aussi l'étayage des patients grâce à la médiation verbale. Le but de cette activité est ainsi d'améliorer l'étayage global des soins pour permettre aux individus *de relancer eux-mêmes leur activité de pensée et ainsi gérer et digérer cet évènement de vie douloureux. L'équipe soignante doit être génératrice d'étayage narcissique avant de générer un étayage plus objectal et plus durablement structurant reposant sur l'activité de pensée. Apporter un véritable étayage à ses patients c'est créer avec eux une activité psychique en appui sur un support externe qui viendra en alternance en préparation à une activité psychique autonome* (Morasz, 2003, p. 123).

De façon générale, il y a peu de travaux de psychopathologie portant sur les pathologies orthopédiques bénignes ou dont les soins se réalisent « rapidement » dans le sens de soins précis réalisés rapidement, certainement à cause de ce caractère bénin or nous avons bien vu que loin s'en faut dans le cas de Hassan. Tout comme, à ma connaissance, il y a peu d'écrits portant sur les traumatismes orthopédiques lourds⁸⁶. Paradis-Guennou (2002) a rapporté une très belle expérience sur ce type de pathologie au sujet d'une prise en charge de plusieurs mois d'un polytraumatisme de l'adolescent.

Au vu ce que j'avais pu faire émerger de la rencontre avec les sujets de mon étude autour du dessin, il m'est apparu intéressant de réfléchir une autre approche du soin psychique en chirurgie. Il m'appartient de concevoir une pratique qui conviendrait au milieu d'exercice ivoirien pour répondre aux nécessités du soin psychique en chirurgie pédiatrique en tenant compte, aussi, de tout ce qui se joue autour du corps de l'enfant.

⁸⁶ Le plus souvent, les travaux auxquels j'ai eu accès étaient issus de la recherche scientifique médicale et anglophone. Ils étaient descriptifs et épidémiologiques pour la plus part.

X.2. EFFRACTION, CONFRONTATION, MEDIATION ET RELATION AUTOUR DU CORPS DE L'ENFANT

Autour des enfants rencontrés, autour de leurs corps, gravitent parents et soignants, dans une mise en jeu du conscient et de l'inconscient, des individualités au collectif.

Lieu de vie et lieu de mort, physique et psychique, l'univers hospitalier met aussi bien les soignants que les patient en difficultés, les laissant aux prises à la fois avec un fort sentiment d'insécurité quand tout n'est pas comme les soignants l'ont prévu mais aussi avec des affects parfois très violents (Ageneray, 2013 ; Caron et al., 2007).

Les enjeux sont ici nombreux.

X.2.1. Effraction et confrontation dans la relation soignant-soigné⁸⁷

Comment qualifiés les rapports qui se sont noués entre les enfants et les soignants ? Ceux-ci dans les cas de Hinda et d'Ibrahim sont configurés selon une liaison bourreau-victime, mais aussi pour tous nos sujets, sur un mode activité-passivité (bien qu'il y ait eu chez Hinda, un changement de positionnement, car dans les dernier temps de son soin, elle est devenue le bourreau des soignants) ou encore agir-pâtir (Gey, 2006 ; Gil, 2013). Ce type de relation dominant-dominé comme relevé par Gey finissent souvent par de la violence, comme un passage à l'acte, en vue de faire cesser la torture fantasmée :

Les conditions même de l'hospitalisation plongent le sujet dans un état singulier : alité, souvent immobilisé, assisté parfois jusque dans les gestes les plus intimes, le sujet se voit souvent régresser à une impuissance difficilement supportable. Affaibli, soumis, exproprié, pour ainsi dire, de son corps, relié à des appareillages indispensables à sa survie, le patient se trouve plongé dans un état de passivité qui vient le mettre à mal, pouvant parfois entraîner certains passages à l'acte visant à mettre un terme, par l'anéantissement corporel même, à un effondrement psychique et une mise à mal de l'économie pulsionnelle causés par cette position singulière pouvant être vécue comme traumatique. (Gey, 2006, p.69)

⁸⁷ Sapir (1985) a écrit un excellent ouvrage qui expose et apporte explication et compréhension en ce qui concerne les rapports entre soignants et soignés autour du corps. Il évoque ainsi les diverses problématiques en jeu mais aussi la psychopathologie du médecin et du malade. Prenant conscience que mon désert (celui de mon expérience en chirurgie pédiatrique) était peuplé, la lecture de cet ouvrage m'a quelque peu rassurée.

C'est certainement dans ce sens qu'il faut comprendre les réactions de Hinda et d'Ibrahim qui en finissent par devenir les agresseurs du corps soignant pour mettre un terme à leurs souffrances. En effet, malgré la position de soumission et de régression dans laquelle les enfants sont placés et se placent dans le soin, les relations qu'ils entretiennent avec les soignants ne sont pas toujours du même ordre. Se mettent en jeu ici aussi bien les inconscients individuels que collectifs (Kaës, 2009). Ainsi, les conscients se tolèrent quand les inconscients s'affrontent. Et il y a, à la fois, une résistance du corps chez le malade (résistance au soin, résistance à la guérison) comme la survivance de la jambe de Hinda en témoigne mais aussi une résistance au corps du côté des soignants qui ne peuvent voir au-delà du membre fracturé, le tout du patient qui est aussi en jeu dans la relation de soin. De cette résistance du corps ou du bout de corps vont découler résistance et angoisse chez les soignants, processus desquels ils tenteront de se protéger par un renforcement de la parcellisation et du clivage à l'endroit du sujet.

Le processus de protection psychique de parcellisation du patient qui a cours dans le soin permet au groupe soignant de lutter contre la proximité libidinale et la perception du sujet comme corps total ou sexué. Dans le même temps, il y a un déni de l'existence de pulsions chez le patient (Morasz, 2003). Pour se faire, le groupe soignant exerce, dans un fonctionnement phallique et castrateur, une force de refoulement et de dénégation sur la question du désir et de la sexualité des patients. C'est ainsi qu'un chirurgien pédiatrie de l'équipe (une femme), rencontré plusieurs mois après la sortie de Hinda du circuit de soin, s'était exclamé : « *celle-là, au lieu de rester tranquille, elle se promène dans Abidjan !* ». Paradoxe que cette femme qui dénie à une autre le droit à la féminité, à la séduction et à la mobilité. Ces propos témoignent bien de cette mise à distance qui dénie au corps toutes pulsions pour l'enfermer dans le carcan du morceau malade et donc potentiellement mourant. Le droit à la vie vivante et vivifiante est ainsi dénié au malade, ce qui génère chez lui une grande insécurité. La même insécurité peut se voir aussi chez les soignants ce qui renforce leurs attitudes castratrices (Agneray, 2013). C'est ainsi que j'ai assisté à de nombreuses situations où le pouvoir soignant se montrait coercitif vis-à-vis de Hinda ou d'Ibrahim.

Tous ces affects générés dans la relation asymétrique de soin entre soignants et soigné peut entraîner un phénomène de saturation et quand en plus le soigné défie les lois et le fonctionnement (d'une façon ou d'une autre), pour se protéger de l'afflux d'angoisse qui s'en suit, bien souvent le groupe soignant éjecte le malade pour tenter de demeurer à sa place de « dominant ». Ainsi y a-t-il eu finalement un phénomène de saturation avec expulsion de la patiente comme cela a été le cas pour Hinda.

Pour tenter de mieux comprendre, comment les enfants vivaient cette relation (soigné-soignant), j'ai demandé à Ibrahim et Hassan de faire une représentation du chirurgien et de l'hôpital, pour l'un c'est un espace fermé, cloisonné, restreint où le chirurgien est enfermé et pour l'autre, un espace ouvert avec de multiples fenêtres et le chirurgien est à l'extérieur. De prime abord, cela correspond à l'environnement hospitalier de chaque enfant : d'une part Ibrahim enfermé au CHU de Cocody, déprimé avec certainement l'impression qu'il ne pourra jamais s'échapper de cet univers et de l'autre Hassan qui reçoit des soins en ambulatoire d'un chirurgien vacataire dans la clinique. Ces dessins semblent donc référés aux types de soins et au vécu de ceux-ci. Ces dessins augurent de problématique non prise en compte dans le présent travail et qui nécessiteront d'autres investigations, dans un ailleurs.

X.2.2. Médiation thérapeutique et transitionnalité

De l'usage de la médiation, un espace transitionnel a pu éclore et le transfert s'exprimer.

X.2.2.1. De la médiation thérapeutique à la transitionnalité, une aire pour le « Je »

Selon Assoun (2014), la médiation suppose une zone ou un lieu de transit, et en conséquence également des objets susceptibles d'occuper ce lieu de transition ou même d'en faire fonction. Médier, c'est transmettre en mettant à disposition un bien ou un savoir à un autre et faire médiation, c'est trouver le lieu de pensée où la situation conflictuelle peut et doit trouver sa domiciliation. Pour Brun (2005), c'est par la mise en jeu du registre sensori-moteur (corps et sensorialité) que le travail thérapeutique peut se faire avec une médiation, en appui sur une verbalisation ainsi la création est-elle un moyen d'expression du corps. Cette verbalisation est parfois limitée et limitante car le langage ne peut pas tout dire. Il faut alors trouver d'autres moyens de communications. Le dessin étant langage, le recours à cette médiation permet de dire là où les mots ne parlent pas, là où les maux s'expriment (un peu trop fort). Ainsi, le recours à la médiation artistique par le dessin, permet d'accéder par la représentation à des fantasmes, peurs archaïques... rendant visible l'invisible. Le dessin ouvre de fait un espace d'expression de l'inconscient. Le lieu où se rejoignent psyché et soma, c'est bien cet inconscient qui fait articulation et qui fait nouage. Permettre une expressivité de celui-ci, dans le dessin, c'est favoriser la ré-articulation de la psyché et du soma de l'enfant effracté en laissant une opportunité à l'inconscient de se révéler. C'est ce que permet la médiation par le dessin

(Assoun, 2014). C'est un acte d'interprétation comme désignation du manque (manque à être, manque à dire).

C'est ainsi que le dessin a prouvé son utilité comme médium thérapeutique. Objet médiateur, il peut être assimilé à un « auxiliaire » de l'action thérapeutique. Son usage, dans le cadre de cette thèse, a permis que se crée un espace de transitionnalité dans lequel les corps ont pu se dire.

En effet, pour Romano (2010), proposer à des enfants de dessiner, c'est leur offrir un espace transitionnel où le trauma peut parler et se dire et où le narcissisme peut renaître ou se renforcer grâce au recours cette médiation thérapeutique soutenue par la verbalisation (Brun, 2005 ; Schauder, 2014). Ainsi, le dessin a-t-il permis que s'esquissent les contours de la fracture psychique en lui donnant un support d'expression et de révélation. C'est en ce sens que les dessins réalisés par les enfants se sont déroulés dans le temps d'un entretien et les enfants ont été, ensuite, invités à parler de leurs productions. Le dessin s'est fait lieu de repos et aire intermédiaire d'expérience à laquelle a contribué simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure (Winnicott, 2002, p. 9).

Ainsi, en utilisant la représentation de soi comme thème du dessin en chirurgie pédiatrique, le dessin peut être le lieu qui fait lien et transition entre l'incapacité de l'enfant à reconnaître et à accepter la réalité (par exemple que la fracture laisse une marque physique mais aussi psychique, qu'il ne sera plus pareil, qu'il devra faire attention, etc.) et la capacité qu'il acquerra progressivement de le faire. Par ailleurs, l'espace de création métaphorise l'espace de la relation maternelle, dans un échange de regard et de désir (Jacques et Lefebvre, 2005). De là, il m'est apparu judicieux d'évoquer la Transitionnalité comme phénomène psychique en cours.

Pour Winnicott, la *transitionnalité* est à la fois une zone intermédiaire d'expérience et un processus de passage entre deux états subjectifs. Comme le souligne Kaës (1997), c'est l'élaboration d'une expérience de rupture, se traduisant par un aménagement de cette expérience dans la continuité comme une incertitude quant au rétablissement de la continuité, de la confiance et de l'intégrité de Soi et de l'environnement (p 62).

« L'espace transitionnel est un espace de présence et d'absence (ni trop de l'un, ni trop de l'autre, ni pas assez), de jeu dans un cadre, de contenu dans un conteneur, de tension paradoxale tolérable.

Le concept de transitionnalité permet de repérer les conditions qui vont rendre possible la capacité de rétablir, dans l'expérience de la rupture des symboles d'union. » (Kaës et al., 1997, p. 63)

De plus, pour Kséné (1995), l'espace transitionnel est une aire du psychisme de l'enfant où le langage est en train d'advenir. Ainsi ce qui se joue dans, par et autour du dessin dont la consigne principale est « dessine-toi », entre émergence d'un dire, intégration de l'expérience traumatique, retour au « Je », démontre bien que l'on peut considérer cette médiation comme un espace transitionnel. C'est une aire, mais aussi une ère, un temps, qui permet à l'enfant de retisser sa relation au monde. Mais le dessin est-il pour autant objet transitionnel ?

Pour Winnicott, l'objet transitionnel est une possession ((2002), entre l'interne et l'externe, il met en jeu le symbolisme de l'enfant. Alors je conviens, comme Kaës (1997), que l'on peut parler de transitionnalisation du dessin en ce sens que le dessin permet que se joue la transitionnalité qui donne à l'enfant de sortir de l'effraction, par l'usage d'un double langage (graphique et verbal), en renouant avec le monde. Le dessin en permettant que se révèle un corps-un, crée un espace d'illusion, dans lequel soutenu par le psychiste, l'enfant se perçoit comme un tout, sa pulsionnalité est potentiellement relancée afin de dépasser l'effraction qui est crise et rupture, pour réarticuler la psyché et le soma et permettre une réappropriation de soi. Ainsi le dessin peut être objet transitionnel, d'ailleurs n'est-ce pas ce que nous montre l'attitude de Hinda avec ses dessins ? Mais il y en a certainement bien d'autres que l'on pourrait découvrir dans le temps du soin d'autant que comme le rappelle Kaës (dans la même note de bas de page) que la taxonomie et le recensement des objets transitionnels sont interminables, la personne même du psychiste pouvant jouer ce rôle. Anzieu (1996) a dit être « objet transitionnel » dans la prise en charge psychanalytique de l'enfant. C'est là une piste qui peut être intéressante à explorer quant à l'interprétation des fonctions du psychiste dans l'aide à apporter aux enfants en chirurgie pédiatrique.

Pour finir, rappelons que la transitionnalité suppose plusieurs fonctions notamment la fonction cadre et la fonction conteneur qui seront assurées par le psychiste.

Entre médiation thérapeutique et transitionnalité, le transfert va se mettre en jeu.

X.2.2.2. Un mot du transfert

La mise en jeu de la transitionnalité, au regard de la médiation, apporte un éclairage nouveau. Ainsi rapporté au dessin comme production, on peut donc s'interroger « dans quelle mesure, le dessin peut-il structurer un regard et une adresse à l'Autre ? ».

La pensée psychanalytique (lacanienne) sur la médiation thérapeutique ne se fonde pas uniquement sur le représentable, ni sur les efforts de représentation mais elle interroge l'adresse de la production (Pereira et Pereira, 2014 ; Schauder, 2014). Elle interroge le transfert et le contre-transfert.

Au cœur de la médiation se trouve le médium qui favorise la créativité et la transitionnalité et aussi la relation car il n'y a pas de possibilité de médiation pour un sujet isolé. La médiation suppose le rapport à l'autre et au médium. Ainsi, le principe du miroir est-il au cœur de la médiation comme en témoigne les effets d'un atelier autoportrait qui a permis de ranimer psychiquement des adolescents en les invitant, par le dessin (représentation de soi) à (re)dire « Je » (Clair, 2003). Le dessin fait donc à la fois tableau et miroir comme je l'ai déjà développé précédemment et donc il met en jeu un échange de regard dans un processus relationnel.

Le regard du sujet est sollicité tout comme il reçoit le regard de l'autre. Entre le montré-caché, l'enfant utilise le dessin pour rentrer en relation avec le thérapeute, ce qui situe cette activité dans un registre objectale et/ou narcissique (Reignier, 2011, p. 50). La façon dont les enfants ont dessiné et ont joué du dessin en témoigne : Hinda voulait dessiner et garder le matériel comme souvenir de son expérience et surtout comme moyen de rester en relation avec le service et ses intervenants, Ibrahim avait du mal à lâcher ses dessins, Hassan offrait généreusement les siens tandis que Rodrigue semblait détacher et désintéresser par cette activité.

Autour des dessins que j'ai recueillis, mon regard a été sollicité et parfois saturé. J'ai regardé les dessins, j'ai regardé les enfants dessiner et regardé leur dessin. J'ai donné mon regard comme j'ai reçu celui des enfants qui scrutaient mes réactions à l'observation de leur dessin.

Cet échange de regards autour du dessin, se joue selon des modalités transféro-contre-transférentielles car ce « dessin-image » n'est pas un objet neutre, indépendant des circonstances qui ont présidées à sa création comme le mentionne Cambier (1996, p. 17) et le transfert peut se faire à partir d'une image car l'image c'est le centre et le cœur de toute l'expérience et c'est la cause du transfert. Le dessin-cadeau d'Hassan « tata docteur » montre bien que dans la réalisation de son œuvre, l'enfant est sensible à la présence de l'adulte.

Intervient ici alors la dynamique pulsionnelle de l'enfant et le clinicien dans ce qu'il est et dans ce qu'il renvoie au patient.

En effet, l'image a pour fonction de supporter et d'élaborer le registre du transfert comme la montré Lacan (1999).

Objet médiateur, le dessin est le moyen d'une alliance du psychiste avec l'enfant dans le soin. En effet, il y a entre l'enfant qui dessine et le psychiste des interactions qui ont lieu, tout comme des liaisons-déliations, mettant en jeu le transfert et le contre-transfert de l'un comme de l'autre. Le sujet de l'inconscient apparaît à travers les formations de l'inconscient comme elles peuvent émerger par le dessin, l'inconscient parle dans le dessin.

Du côté du psychiste, son contre-transfert est aussi sollicité par les productions de l'enfant, par son corps, par la relation de soins.

X.3. UN DEVENIR « PSY-CHIR » : QUESTIONNEMENT ET POSITIONNEMENT

En commençant à travailler en chirurgie pédiatrique, je ne m'attendais à l'ensemble des problématiques auxquelles j'ai été exposée et auxquelles j'ai dû me confronter.

Le temps de l'effraction, de la maladie et du soin, s'est révélé temps de la désorganisation ou plutôt des désorganisations :

- désorganisation du réel quotidien du sujet,
- perturbations du psychisme (des images du corps, du percept, des affects et des émotions...),
- chaos du corporel (fracture, douleurs, soins multiples, souffrance...).

Dans le soin au sujet-enfant effracté, la prise en charge psychique doit se faire au-delà du patient. Par-delà le patient, il y a le réel quotidien de la parentèle marqué par le déni, la culpabilité, la rancœur, les enjeux économiques (économie psychique et financière). Il y a aussi le réel de l'équipe soignante qui est ponctué par l'urgence, le pragmatisme, la technicité trop souvent déshumanisante, les exigences (du soin, des moyens, des résultats).

Dans ce temps, se jouent des relations d'étayage-désétayage, sur fond de conflictualité psychique importante tant individuelle que groupale. Les enjeux inconscients tout comme

L'Inconscient qui se mettent en scène sont aussi importants, sans toutefois qu'ils soient le plus souvent reconnus ou élucidés, ce qui impacte, à l'insu de tous, les relations.

Et qu'en a-t-il été de mon réel à moi, qui était dans un entre-deux, entre médecine et psychologie ?

Quelle position occupée et comment trianguler les rapports chirurgiens-patient ?

Quelle place de « tiers » avoir et selon quelles modalités ?

Ce sont là autant de question qui m'ont assailli aussi bien dans le temps clinique que dans le temps réflexif.

A posteriori, j'ai compris que je devais faire interface processuelle dans la dynamique de soin et l'interrelation en prenant en compte les attentes des uns et des autres, qu'elles soient conscientes ou inconscientes, des exigences des soins et de la réparation, des positionnements verticaux de soumission et de domination, dialectiques de l'étant, de l'ayant, du sachant et du savant. Je devais aussi prendre en compte les symboles, les représentations, les inconscients et l'environnement socioculturel, en essayant de penser et de construire un modèle de soin, une pratique clinique satisfaisante⁸⁸.

Nombreux sont les auteurs qui ont relevé les difficultés de modélisation des interventions en psychologie médicale, certainement parce qu'elles se doivent d'être conçues dans la singularité du sujet, au plus près du patient, mais cela n'empêche que chacun de son point de vue puisse en proposer un modèle. Alors quel modèle puis-je proposer pour contribuer à une amélioration des soins psychiques aux enfants ayant subi un traumatisme orthopédique ?

X.3.1. De ma position à la position à avoir

La réflexion que je mène ici n'a été possible qu'éclairée par tous mes questionnements qui sont nés de la rédaction et de la lecture des cas.

⁸⁸L'article de Delion P.(2004) est intéressant à lire à ce sujet : « Quelques axes prioritaires pour la formation des psychistes », dans *Quelle formation pour quelle psychiatrie ?*, Ramonville Saint-Agne, France, Érès, p. 93-101.

X.3.1.1. Entre scission et comme si

Si les psys sont nombreux, tous ne se valent pas, non pas du point de vue des qualités humaines, ni même professionnelles, encore moins de celui du savoir théorique, mais plutôt du point de vue du savoir-faire, du savoir-être, du savoir-dire dans la relation aux patients.

Ainsi même s'il n'y a pas de trait d'union entre psy-chiatre, pédo-psy-chiatre, psy-chologue, ce trait union estompé existe dans l'acceptation de ces termes et il importe d'y réfléchir en tant que lien entre une fonction psy et un agir professionnel.

Trait d'union, qui fait union, lien et liaison, entre un faire, un avoir, un être et un savoir pour en faire un tout cohérent. Aucune pratique n'est plus louable que l'autre, chacune ayant son utilité et son cadre d'exercice. Le tout est de faire et d'essayer de bien faire sinon au mieux et ce, dans le souci du patient.

Alors en arrivant en terrain clinique étranger, il faut prendre garde à la scission : scission de savoir dans la confrontation, scission intérieure ou relationnelle dont il faut se méfier et que les malpositions favorisent. Il faut avoir une position, la connaître et la tenir. Il est ainsi possible de préserver son identité pour répondre aux questions et aux non-questions qui surgissent invariablement. Cela permet de préserver son identité professionnelle, de valider et d'éclairer sa position comme le stipule Haulle (2005).

Valider sa position serait donc de pouvoir rester sur ce trait unitaire tant interne (pour moi la face interne de ce trait que je dirais trait unaire est liée à ma profession de pédopsychiatre et la face externe à mon statut de psy (chologue)-doctorant) et externe dans les relations entre psychiste et chirurgien.

Comme psy, dans un comme si, acquérir cette position m'a été un tantinet difficile.

Je suis devenue psy quand on m'a rejeté, quand j'ai commencé à poser des questions sur les cas en regardant l'être humain et en forçant parfois le regard du chirurgien. J'en suis devenue comme un caillou dans la chaussure chirurgicale. C'est là aussi que ce sont jouées les forces de liaison-déliaison à l'œuvre dans le transfert-contre-transfert sous le couvert d'une hainamoration très forte.

Le comme si d'être un psy a commencé dès lors que j'ai été dérangeante pour le corps médical en présence, quand j'ai commencé à susciter du rejet chez mes propres collègues, je suis devenue « paria ». C'est ce rejet qui en quelque sorte m'a placé en position de psy.

Quand je suis arrivée dans le service de chirurgie pédiatrique, la question de mon appartenance professionnelle s'est posée et a été posée. Venue pour occuper une place vide du vide institutionnel qui fait qu'il n'y a point de psy en service pédiatrique, je l'ai occupée, cette place, avant de la transformer pour être enfin à ma place dans la relation aux enfants.

Retour sur une expérience...

X.3.1.2. De l'amour à la haine, hainamoration dans le soin

Il y a de la haine dans le contre-transfert soignant selon Winnicott (1989), j'en ai fait l'expérience ...

Accueillie « à bras ouverts » dans le service, invitée à participer au staff de l'équipe chirurgicale, des rapports confraternels s'instaurent dès le début. Cette période amoureuse est précédée d'un temps de revendication d'une identité propre. En effet, au cours des premiers contacts, l'étiquette de psychologue m'est souvent attribuée et je me dois de la réfuter pour revendiquer mon statut de pédopsychiatre, de médecin ce qui me place dans une position égalitaire avec les médecins de l'équipe soignante. Si je suis pédopsychiatre, je revendique avant tout d'être médecin même si je ne mets pas de blouse, et cela me permet de m'offrir et d'occuper une certaine place.

C'est en fait, celle d'un appendice dans le service. Perçue au début comme un bénéfice, puisqu'il s'agit d'une spécialité en plus ce qui augure une amélioration de l'offre de soin dans le service, progressivement, insidieusement, je ferai appendicite.

Prétendre au statut de pédopsychiatre, je m'en rends comptes, à contribuer à m'auto-confusionner et à brouiller les limites entre l'être et le faire.

Pour en revenir à ma position initiale... en étant admise au staff, je suis reconnue comme leur égale par les chirurgiens.

A distance, une relecture me permet de comprendre que je faisais décorum. A aucun moment de ses staffs, je n'ai pris la parole pour apporter des éléments de compréhension de la psyché des patients puisqu'aucun de ceux que je suivais n'y étaient discutés. Participer à ces moments de réflexions du soin à donc contribuer à m'illusionner...

Que s'est-il passé ?

Pour mes temps de présence, je pouvais utiliser le bureau des secrétaires ou la salle des internes quand celle-ci est disponible. Et parfois, un médecin me cédait son bureau pour mes entretiens. J'observais que progressivement, l'équipe devenait sensible aux problématiques psychologiques qui apparaissaient chez les patients. Autour du cas de Hinda, je suis alors apparue comme le tiers qui permettait à l'équipe de souffler. Dès que des préoccupations non chirurgicales apparaissaient, où que son exubérance gênait, j'étais interpellée pour intervenir. Cette fonction d'étayage de la patiente s'est concrétisée quand on m'a demandé d'assister à ses soins et de trouver un moyen de la calmer pour que ceux-ci se déroulent bien. Il existait là une violence entre actes et acteurs, violence à laquelle je prenais part insidieusement...

C'est la confrontation récurrente à cette violence, qui s'est visagifiée brutalement dans les dessins de Hinda qui a fini par percer la coquille de protection dans laquelle j'étais, qui a fini par faire tomber les écailles de mes yeux psychiques. Ma bulle a éclaté et j'ai commencé à faire attention. Dès lors, une tension est apparue et tout s'est délité à mes dépens.

La rencontre avec le sujet souffrant, la collusion de mon moi avec celui de l'enfant qui m'a amené à ne plus voir que lui au-delà du corps, m'a, petit à petit, mis à l'écart du process classique comme collègue pour me faire rentrer dans un process autre. Ainsi, en devenant soucieuse de la psyché de l'enfant, en délaissant les préoccupations qui me portaient à m'intéresser à l'état psychiatrique, pour privilégier la psyché et l'économie psychique, je suis sortie du rang car je n'étais plus dans une position médicale. Mon discours interrogatif et interpellant quant au devenir psychique des enfants a fini par créer une tension et celle-ci m'a éjecté du fauteuil qui m'avait été offert. Exclusion qui m'a inclus dans une position que je recherchais finalement... éjectée, je me suis positionnée comme psy au sens même de psychiste.

Cette éjection est arrivée car j'ai voulu éjecter de moi ce trop-plein de violence que j'emmagasinais. Commencer à réfléchir autrement le matériel que je recueillais à contribuer à oxygéner mon fonctionnement, et le désir d'être psy, d'occuper une telle position (celle que je recherchais inconsciemment en commençant à travailler en chirurgie pédiatrique) s'est imposé à moi. Un tel positionnement est apparu comme la seule alternative à ma survie psychique, comme une bouée de sauvetage pour ne pas perdre pied dans le soin.

Et c'est là qu'apparaît l'hainamoration et que se joue le contre-transfert.

Au-delà de cette jouissance, je voudrais revenir sur le contre-transfert.

Le contre-transfert soignant était négatif autant vis-à-vis des patients (Hinda et Ibrahim) que de ma personne. Autant j'étais « voulue », autant j'étais rejetée. Pourquoi, avec du recul, dire que

j'étais rejetée ? Certainement parce qu'autant j'étais sollicitée, autant je me sentais insidieusement pas ou peu écoutée tout comme j'étais peu questionnée. J'avais parfois l'impression d'être une curiosité⁸⁹, à interroger mais pas à entendre. Etait-ce là l'expression de mes besoins narcissiques contre lesquels j'aurai dû lutter ?

La prise de conscience de ces mouvements psychiques est importante.

«...il importe que le médecin reconnaisse et maîtrise en lui-même ce contre-transfert, il faut être capable de faire une auto-analyse c'est ce qui permet de traiter analytiquement un patient...
...Le contre-transfert représente les sentiments inconscients de l'analyste...
...les tensions libidinales de l'analyste sont beaucoup moins dangereuses que ses besoins narcissiques et ses luttes contre ses angoisses... » (Denis, 2010)

Finalement ce statut de pédopsychiatre que j'avais revendiqué tout au début, n'était qu'une façon de valider une position de voyeur, en restant à la vitrine du soin et de la personne. C'était aussi une façon de me protéger en me vêtant d'une blouse que je pouvais identifier et qui m'identifiait.

Etre en position de psychiste, c'est passer du côté de l'exhibitionniste... c'est attirer l'attention des autres, quitte à eux de voir ou non.

Déchoiement de ma position médicale... errements, à la recherche d'une façon d'être pour finalement prendre place dans le fauteuil du psy.

Changement de blouse, changement de position ...

X.3.1.3. Changement de position

Aux temps premiers de ma présence dans le service, en absence de cadre conceptuel, sans réelles assises théoriques quant au travail psy en service somatique, j'ai pris la place qu'on me donnait, puis j'ai occupé celle que j'ai revendiquée avant de la rejeter pour en chercher une nouvelle. Place et position ancienne et nouvelle que je théorise ici afin d'en dégager une possible position pour tout intervenant psy en service de soin pédiatrique, notamment chirurgicaux.

⁸⁹ Je vivais moi-même une bien curieuse aventure.

Il s'agit donc pour moi de réfléchir une double position : la position médicale de pédopsychiatre et la position d'intervenant psy, pour parvenir à en dégager un modèle applicable en Côte d'Ivoire, modèle inspiré de ce qui se fait notamment en France.

De là, élaborer un possible devenir ou être professionnel que j'appelle « psy-chir » pour le psychiste... j'en parlerai plus loin.

Si hier était aujourd'hui qu'aurais-je fais ?

La position de pédopsychiatre est une position médicale. Cela sous-entend recherche de diagnostic, selon divers procédés évaluatifs, puis traitement et surveillance de l'évolution.

Mais, un pédopsychiatre sait-il questionner l'inconscient ? La réponse me semble n'être ni oui ni non. Elle me paraît être fonction à la fois de l'individu et de ses références théoriques. Nonobstant, le pédopsychiatre, me semble-t-il ne parcourt pas (toujours) la bande de Moebius, de l'inconscient au symbolique, mais il reste figé sur le réel et la réalité des faits exposés pour de là, essayer de mieux les cerner et de les comprendre. La concrétude des symptômes valide la position du pédopsychiatre. Son discours étant médical, celui-ci peut être plus facilement perçu et accessible aux confrères dans une dynamique de psychiatrie de liaison pour peu que ces derniers veuillent bien admettre que les soins psychiques sont équivalents aux soins somatiques. C'est ce qui ressort de la revue de littérature et ce constat n'est pas une critique, loin s'en faut⁹⁰. Pour garantir tous les contours du soin psychique, il arrive que dans certains établissements de soin, il y ait aussi bien des psychiatres de liaison que des psychanalystes, ce qui prouve que les fonctions ne sont pas les mêmes. Cette différence de position a fait dire à Graber (2004), que les positions médicale et analytique sont en opposition de par leur approche différente du corps ce qui met dos-à-dos le sujet et l'objet, la demande et le désir, le savoir et la vérité. Il est donc également question, de parvenir à dépasser ce conflit de position pour tenter d'avancer dans le soin. De cela, découle donc un abord différent du patient. Il faut dépasser ses oppositions pour trouver un terrain d'échange et de rencontre. En tant que pédopsychiatre cela peut être possible en quittant la position médicale, pour privilégier une position d'« analyste » ou tout au moins un agir professionnel éclairé par la psychanalyse. Ainsi, dans la rencontre,

⁹⁰ Ceci dit, en Côte d'Ivoire, la situation est encore un peu plus compliquée car s'il existe un psychanalyste dans le pays (et par pays, j'entends essentiellement Abidjan où exerce près de 90% de la cinquantaine de psychiatres que compte le pays), celui-ci n'est certainement pas ivoirien. Le seul ivoirien connu pour être psychanalyste a développé depuis longtemps une activité d'art-thérapie. Les modalités d'exercice de la psychanalyse ne semblent pas être, pour l'heure, au plus près de nos réalités (réalités socioculturelles, sanitaires ou scientifiques).

brève ou non, pourra s'amorcer un processus thérapeutique qui pourra se dérouler ailleurs. Cette position « analytique » ne doit pas consister à analyser les enfants en chirurgie pédiatrique, mais elle devrait permettre de mettre en œuvre quand le symptôme n'est pas psychiatrique, des soins d'inspiration psychanalytique pour favoriser le dire inconscient.

Les enjeux importants du soin au corps doublement effracté appelle des ajustements dans l'exercice professionnel (quel qu'il soit) du côté des psychistes.

Le risque est grand qu'en demeurant à une place médicale, de pédopsychiatre, l'aidant psychiste échoue à advenir réellement comme tuteurant de la psyché de l'enfant car trop loin du sujet, de l'individu et cela peut entraîner un déchoiement de l'être au monde de l'enfant.

Déchoiement et échec sont deux risques qui guettent donc toute malposition. En étant pédopsychiatre, on est du côté du symptôme que l'on va chercher à réguler, à juguler. Le matériel fourni dans la rencontre avec l'enfant qu'il soit audible langagier ou visuel graphique, ne peut fournir d'éléments de compréhension du nouage borroméen que peut faire l'enfant car ils ne sont abordés que sur le versant du médium ou de l'occupationnel sans ouverture vers l'inconscient. Sur le versant du psy, le même matériel peut être décrypté et ouvrir des brèches afin que trouve éclosion, effusion et dissolution hypothétique ou potentielle les problématiques de l'enfant.

Il est cependant possible d'être dans l'entre-deux mais cela suppose, comme le souligne Morasz, que le psychiste de liaison ait pu relever un double défi : celui de se faire accepter et de gagner sa place tout en gardant sa part de spécificité, ce qui oblige à un remaniement identitaire (c'est ainsi que j'ai dû muter pour m'adapter). Il importe dans le même temps que ce dernier soit conscient qu'il soit médecin, qu'il soit reconnu comme tel et que lui-même se reconnaisse comme tel. Il faudrait finalement arriver à avoir une double casquette en milieu institutionnel, en présence de l'autre. Cela suppose que les rôles soient clairement vécus et perçus au-delà-même de leurs définitions.

En choisissant de chausser les chaussures d'un autre, fabriquées autrement par le curricula de formation en psychologie, en mettant donc mes pieds dans ses chausses (celles du psychologue), je me suis exposée à de potentielles remises en question.

Choisir d'être psy, au détriment de mon statut médical, c'était doublement refuser la blouse. Ne portant pas habituellement de blouse dans l'exercice de ma profession, je me suis pourtant habillée psychiquement de la blouse du groupe, me fondant dans l'enveloppe groupale du corps

soignant, au point même de l'acter un jour en me vêtant de la blouse d'un confrère chirurgien pour suivre la visite au lit du malade. Haulle (2005) a décrit les difficultés d'intégration d'un nouvel arrivant psy dans un service de pédiatrie et la problématique de la « blouse ».

La blouse est alors une blouse psychique, qui fait enveloppe et contenant pour l'équipe chirurgicale.

En osant « parler » et mettre en mots les maux des enfants, je suis sortie des rangs, du groupe. J'ai déposé la blouse (je l'ai rendue).

Refuser la blouse, c'est être hors rang, hors norme et défié le groupe en attaquant son fonctionnement et en refusant du coup sa protection. C'est se dénuder et donc par la suite, s'exposer et être à nu. Cependant, c'est être à nu, pour mieux sentir et ressentir. C'est aussi retirer les lunettes groupales qui focalisent et harmonise le Vu, quand le Su et le Dit sont uniformisés au staff. Lunettes unifocales, qui fondent vision et perception en un tout rassurant, mais qui biaisent et entravent le regard à vouloir le normaliser, normaliser la vision parcellaire. Troubles maculaires de la vision qui parcellisent le patient. Oser regarder autrement peut être vécu comme un affront.

Ne pas porter la blouse et s'asseoir au lit du patient, dans un mouvement de proximité existentielle et ne pas être au lit, dans un mouvement passager et déshumanisant, c'est renoncer à la toute-puissance qui nous fait voir l'autre de loin, empêtré dans notre savoir. C'est être, dès lors, castré de son savoir, accepter une position de non-sachant, d'autre. C'est ne plus être l'Autre, ce que privilégie consciemment ou non le groupe soignant chirurgical ou les individus qui le composent par la revendication de son savoir et de son pouvoir sur les corps et donc sur l'autre.

De fait, refuser d'être dans cette position, c'est favoriser des nouages nouveaux au niveau relationnel. C'est finalement, oser avancer en eaux profondes, dans les profondeurs des inconscients en présence. Cela n'est possible que si on accepte de lâcher prise.

Pour moi, c'est à ce prix qu'il est possible pour le psy de proposer un étayage alternatif pour contrer le caractère dépressif et castrateur de l'hospitalisation et des soins.

Du côté du médecin, il faut aussi penser ce changement de position :

Dès lors qu'il est placé en position de détenteur d'un supposé savoir, le médecin sert de support à une relation transférentielle et c'est dans ce contexte qu'un symptôme est offert par le patient à son entendement.

Toucher le médecin dans ses propres limites : il ne pourra poursuivre dans la voie psychothérapeutique (permettre au patient de découvrir ses propres désirs) qu'à la condition de quitter la position médicale qui est la sienne. Mais le souhaite-t-il vraiment (Graber, 2004, p. 145) ?

Mais ce n'est pas ici le lieu de ce propos.

X.3.1.4. De ma jouissance à celle des autres

J'ai explicité, comment prise à la gorge par des pulsions et des énergies multiples, j'ai dû manœuvrer, changer, muter même pour me transformer et passer ainsi d'une position à une autre. Aux prises avec des mouvements pulsionnels complexes (pulsions tout azimut qu'il s'agisse des miennes, de celles des patients ou des soignants), transmuter ma position a fait œuvre de protection de mon intégrité psychique (surtout thymique).

Quel plaisir je tirais de ce combat dénarcissant chaque jour renouvelé ?

Dans une pensée autoréflexive, je dois reconnaître que mon plaisir et ma jouissance ont découlé de faire ce que d'autre n'ont pas fait. C'est la jouissance à la fois de l'exploration comme découverte de territoires inconnus et de l'exploratoire, celle de fouler des sentiers non-battus. C'est aussi la jouissance du savoir.

Le désir d'aider ne voile point le désir de savoir tout comme celui de s'asseoir et d'avoir une place autre, d'ouvrir de nouveaux chemins, jouissance scabreuse de voir l'interdit, d'aller à l'intime, de farfouiller dans la psyché d'autrui, au plus près sinon pas très loin de la scène primitive.

Je suis assaillie avec une jouissance mortifère.

Je me demande d'ailleurs si la compassion soignante ne cache pas des tendances ambivalentes et sadomasochistes, tant les soignants jouissent du plaisir-déplaisir, de la violence et de la souffrance sans s'en détacher, tant leur blouse se doit de rester immaculée quand tout, autour, est maculé de sang, de douleur...

X.3.2. Pour une théorisation du soin et une position de « psy-chir »

De ce qui précède deux questions demeurent : Quelle théorie du soin, articulant le regard et la médiation dessin, peut émerger de tout ce qui a déjà été dit ? Et comment penser une possible position du psychiste, à la lumière du Stade du miroir ?

X.3.2.1. Retour sur le Stade du miroir

Pour rappel, il y a dans l'expérience de l'effraction psychocorporelle en chirurgie pédiatrique, un dévisagement qui accompagne la dite effraction, une désobjectivation, une régression, des défaillances narcissiques... autant donc de « désordres » psychiques qui font perdre visage.

Régression psychique, retour à un stade antérieur car le « je » et le « moi » se sont perdus dans les dédales du soin. Comme le souligne A. Freud (1968, p. 205) « *le moi est la principale victime de l'évènement traumatique* ».

De là, en prenant appui sur la théorie lacanienne du Stade du miroir, un soin psychique peut s'élaborer, dans une reprise du Stade du miroir, pour favoriser une revisagéification des enfants en chirurgie pédiatrique.

Empruntons à Nasio un second rappel :

« Dans son acception descriptive, le Stade du miroir est une phase observable du développement infantile au cours de laquelle le tout jeune enfant découvre, reflétée dans une glace, l'image globale de son corps. Dans son acception théorique, le Stade du miroir est un concept psychanalytique qui rend compte de la naissance du Je, du moi et de l'autre. Aussi, le Stade du miroir est-il autant une phase qu'un concept. » (Nasio, 2007, p 126)

Le processus en jeu dans ce stade suppose qu'une parole maternelle prononcée dans le dos de l'enfant qui se regarde dans le miroir et qui y voit un autre humain. Cette parole, ce « *c'est toi !* » s'adresse à un visage qu'elle montre. Cela signe l'inséparabilité visage-corps et le visage fait le corps.

Alors, fait d'expérience et construction théorique, ce concept du « Stade du miroir » peut être convoqué et utilisé dans d'autres circonstances pour penser la psychopathologie du sujet.

Il peut donc servir de grille d'analyse ou de lecture des enjeux psychiques et du soin dans les effractions psychocorporelles des enfants ayant subi un traumatisme orthopédique.

Selon Lacan, la fonction du Stade du miroir est d'établir une relation de l'organisme à sa réalité. C'est donc là que réside l'intérêt de penser le soin et la visagéification pour permettre à l'enfant une intégration de l'expérience traumatique dans son histoire personnelle en vue de faire avec son « nouveau corps ».

Pour que se rejoue ce stade dans le temps du soin en chirurgie, au cœur d'une médiation thérapeutique, le miroir-plan va être symbolisé par le dessin. Comme nous l'avons vu, le dessin-miroir soutient la revisagéification de l'enfant effracté. Quand on a à l'esprit que le visage apparaît dans le miroir et que tout le processus du Stade du miroir se déroule entre regard, parole, visage et corps pour permettre à l'enfant de prendre conscience de son individualité et de son corps (de son visage comme corps). Ce processus du Stade du miroir m'apparaît comme le soubassement du temps thérapeutique autour de la médiation dessin avec la consigne « dessine-toi ».

Sami-Ali (1991, p. 193) a avancé que la représentation est une projection du corps, et que *« l'expérience du visage doit être médiatisée par un processus de projection sensorielle (visuelle dans notre cas) dont la tâche primordiale est de créer un dedans et un dehors. »* Ainsi la réalité corporelle du sujet est délimitée par l'image spéculaire ce qui lui permet de se poser comme totalité achevée, le corps devient autre pour mieux devenir lui-même.

Pour se faire, il faut que le temps et l'espace de la thérapie (au sens de prise en charge thérapeutique) délimitent une organisation spatiale s'apparentant à l'espace spéculaire où le sujet peut se saisir de lui sous le regard de l'autre. Cela suppose d'une part un cadre précis pour le lieu et le temps de la médiation, si possible dans un face-à-face et, d'autre part que le psychiste mettent en jeu un certain nombre de fonctions qui lui sont dévolues, ne serait-ce qu'en tant que substitut maternel pour dire « la parole nominative » devant le miroir-dessin.

X.3.2.2. Fonction miroir, fonction maternelle et autres fonctions du thérapeute

Le thérapeute psychiste peut avoir plusieurs abords du soin pour répondre à la demande de restauration de l'enfant effracté. Dans le cadre de mon étude, au début, je me suis retrouvée démunie. Lorsque, grâce aux thérapeutiques médicamenteuses, l'état psychique de Hinda s'est stabilisé, je ne savais plus quoi faire et pourtant je voyais bien qu'elle souffrait. Le temps me manquait parfois, la parole aussi... alors je me suis accrochée au dessin. Je pense que dans le soin psychique aux enfants effractés, on peut choisir de rester dans une position de soin par le langage, ce qui est une façon de faire comme une autre. Cela aurait pu être une médiation corporelle, une autre approche artistique... mais j'ai choisi le dessin car tous les dessins que je voyais disaient une souffrance muette et j'ai voulu comprendre, aller plus loin, voir l'envers de décor, le verso de la feuille, gratter sous la couche de couleur.

Le travail de De Carmoy tout comme celui, beaucoup plus récent de Ribiere, réalisés en chirurgie pédiatrique ont démontré que les enfants présentaient certains tableaux de souffrances psychiques dominés par l'angoisse et l'anxiété. Peu de travaux sont orientés dans une perspective de soin dans le sens d'une description d'une procédure de soin psychique. Dans les cancers et les pathologies digestives lourdes, il a été démontré l'intérêt du dessin comme outil d'évaluation et support du soin psychique. D'autres médiations ont aussi démontré leur intérêt. J'estime, au vu des résultats de mes investigations, que quelle que soit la médiation, il faut pouvoir rejouer, dans le temps du soin, des process qui ont permis la construction moïque et identitaire de l'enfant. Cela suppose, que le thérapeute adopte une certaine position pour mettre en jeu certaines fonctions à lui dévolues.

Le soubassement de cette activité thérapeutique, selon des modalités que je développerai par la suite, m'apparaît être avant tout la qualité de son regard et sa fonction maternelle.

X.3.2.2.1. Le « regardant » et le miroir

Dans le soin chirurgical, il y a une triple défaillance du regard se traduisant par :

- Une perte ou une modification du regard maternel/parental sur l'enfant, du fait d'une part des préoccupations familiales et d'autre part de la conflictualité psychique parentale quand un des siens est malade.

– Une absence du regard du soignant comme authentifiant le patient en tant que sujet. Le regard soignant est parcellaire et objectalisant car en chirurgie pédiatrique, le choc du réel, la mort entrevue, ces corps enfantins effractés, le malheur que cela représente, tout cela vient brouiller le regard. Pour tenir et se protéger psychiquement, les soignants parcellisent le corps, le dépulsiionnalisent. Ils s'obligent à de la neutralité et à « ne pas voir » (Deschamps, 2007).

– Un délitement du regard de l'enfant qui se referme sur lui-même, de ne pas être regardé. Le regard est l'objet de la pulsion scopique, il a un rôle structurant en tant que véritable schème organisateur de la personne (Mijolat (de), 2013b). Etant appelé à l'Autre, il relève alors de la demande, d'un registre pulsionnel qui touche au désir et à l'autre. Il authentifie en tant que sujet désirant-existant. Le regard fait miroir, c'est là le miroir que l'autre est pour nous (Dolto & Nasio, 2002). Le regard et le miroir sont verticalisants, en tant qu'ils permettent au sujet de se voir et de se sentir exister. Souvenons-nous que s'est valorisé par le regard maternel qui lui donne de se voir, que s'impulse une bonne motricité chez l'enfant, c'est le regard maternel qui le fait littéralement tenir debout. Le premier miroir n'est-il pas la mère, et son regard, comme l'a souligné Winnicott ?

L'être humain est symbole incarné, né de rencontres de masses et d'énergie toujours relatives à l'image du corps humain, érigé verticale dans sa forme déambulante. (Dolto, 1998, p. 89)

La nécessité de poser un véritable regard sur l'enfant effracté s'impose donc à nous, dans et pour le soin psychique, car un regard neutre, non investi, est tout aussi violent qu'un regard trop investi. Chacun objectalise. Et c'est un regard bienveillant qui permet de se sentir un corps unifié.

Dans le temps du soin psychique ou au cœur de la médiation thérapeutique_, derrière le regard qu'il soit celui qui regarde directement l'enfant, en l'enveloppant et en lui (re)donnant un sentiment d'homogénéité ou d'unité (à contrario du regard chirurgical qui est morcellisant), ou que ce soit les deux regards (du psychiste et de l'enfant) qui regardent le dessin,_ se profile l'idée qu'il faut que nécessairement le thérapeute ait une fonction miroir dans le soin à l'enfant car la notion de regard s'articule étroitement avec celle de miroir. Nous pourrions parler de psychiste-miroir à l'image d'Estrade (2010) qui parle d'analyste-miroir comme reflet de la psyché du patient.

Le regard prime sur le miroir car les yeux même que je regarde peuvent être miroir (ne dit-on pas se mirer dans le regard de l'autre ?). Il y a donc « retournement » de l'optique du miroir à

la dynamique du regard de l'autre (Guillerault, 2003). Le psychiste doit être en place de cet Autre qui regarde l'enfant et d'où celui-ci le voit. Il est alors le « regardant », faisant miroir. Il est aussi ce tiers que l'enfant fait intervenir entre l'image et son regard, entre ce qui fait qu'il regarde et ce qu'il voit (Bergès, 2002). En effet, le psychiste est une personne tierce qui se doit d'être explicative et symbolisatrice comme le note Guillerault. Il est cet Autre secourable (c'est l'essence de la fonction thérapeutique du psychiste, secourir) comme est secourable une mère « suffisamment bonne ».

Cette fonction « regard-miroir » est donc corrélée à une fonction maternelle. En effet, assumer cette fonction peut pallier les défaillances parentales que nous avons évoquées précédemment. C'est ainsi que De Kernier (2010) a pu dire que « *lorsque le rôle de miroir, de contenant et d'auxiliaire du moi est trop insuffisamment rempli par l'objet maternel, le thérapeute a à redonner vie aux objets internes en proposant au patient une présence vivante qui peut être qualifiée de « maternelle »... un cadre permanent et contenant, une présence humaine vivante, étayante et pare-excitante, un espace psychique où peuvent circuler des représentations et des affects et se déployer un mouvement d'authenticité.* »

X.3.2.2.2. Fonction maternelle

Il y a comme nous l'avons vu un maternel défaillant en chirurgie pédiatrique, défaillance d'une mère bouleversée, angoissée par ce qui arrive à son enfant etc.

Effet du hasard ou situation courante quand un enfant est malade, dans les quatre cas cliniques que j'ai présenté le paternel en tant que fonction portée par le père est aussi défaillant ou absent. Cette défaillance parentale me semble-t-il renforce la prégnance du rôle paternel du chirurgien. La présence d'un psychiste dans le service permettra-t-elle de contrebalancer un peu les effets de cette fonction paternelle assurée par le chirurgien devant une parentalité en crise ?

Si la fonction du chirurgien est paternelle et que ce fonctionnement a été valorisé par Freud comme étant la disposition à avoir dans l'exercice psychanalytique, le travail psychanalytique repose cependant sur deux pôles : " *le premier, qui est le pôle du traitement, se situe du côté du masculin et du paternel, tandis que le second, qui est le pôle des soins, se situe du côté du féminin et du maternel*" (Janin, 2005). J'avais déjà rapporté cette idée de Annie Anzieu (2010, p. 48) qui se positionnait comme « objet transitionnel » pour certains de ses patients. Elle a développé l'idée que sa présence « muette » durant la séance qui se déroule autour du dessin d'un enfant pose un espace paternel surmoïque, structurant et soutenant pour l'enfant. Il me semble que cette position est celle d'une thérapie analytique et ne convient pas dans le cadre

des enfants effractés et « régressés » qui ont plus besoin d'un Maternel et d'une parole maternelle, d'un étayage au féminin et même d'un bon holding pour (ré)amorcer un processus de réparation-reconstruction-restauration. C'est à cela que peut ou devrait servir un psychiste en chirurgie pédiatrique : apporter du maternel et du soin dans un environnement où l'enfant effracté est en souffrance psychique et en défaut d'étayage. La fonction maternelle dévolue au thérapeute est à mettre en lien avec la « paternalité » du chirurgien car il n'y a pas de mère sans autrui, c'est-à-dire sans père.

N'étant pas si neutre que ça tant il est porté par le désir d'aider mais pas par la culpabilité parentale de ne pas y arriver ou de ne pas bien faire, le psychiste occupe une fonction de pare-excitation pour l'enfant, dans un « comme si » parental. Il peut ainsi protéger l'enfant de la réalité survenue, en filtrant les informations et en permettant à l'enfant de les comprendre. Il fait contention pour juguler l'hémorragie psychique avec laquelle l'enfant est aux prises, effet de bas de contention pour tenter de maintenir aussi, en chirurgie, la liaison entre soma et psyché. Son étayage fait enveloppe.

Dans le cadre de mon étude, l'enjeu du soin repose donc sur la bisexualité psychique du thérapeute et surtout sur sa part « féminine ». Alors il importe justement que le psychiste adopte une posture maternelle (c'est peut-être cela que Hassan a intuitivement perçu dans son dessin du chirurgien et de l'hôpital et notamment dans les commentaires qu'il a pu en faire). P. Marty, cité par Fain, l'avait déjà souligné : « *La fonction maternelle du thérapeute est une attitude d'accompagnement de tous les mouvements psychiques du patient qui repose sur les aptitudes identificatoires primaires et narcissiques du thérapeute à son patient* ». Elle vise à établir ou à rétablir un pare-excitation lorsque celui-ci fait défaut chez le patient ou au contraire à apporter des sources d'excitation nouvelles lorsque celles-ci sont défailantes, en particulier en raison de l'importance de la dépression essentielle » (Fain, 2001).

Cette fonction maternelle du psychiste est à l'image de la qualité de miroir qui est dévolue à la mère. Tout comme une mère, le psychiste se doit d'être contenant et suffisamment bon pour jouer ce rôle (Winnicott, 1989). En effet, qui dit fonction maternelle dit aussi fonction miroir, car c'est dans le regard maternel que s'édifie l'enfant. Cela se justifie car le regard qu'on porte sur un enfant effracté, c'est le même regard que l'on pose sur un bébé (à cause de la régression). Ainsi le thérapeute (le psychiste) va-t-il permettre, par son rapport à l'enfant, de lui renvoyer une image unifiée de lui ce qui va permettre une (re)forme du moi. N'étant pas "mère" au propre comme au figuré, ne travaillant pas sur la base de l'affectivité, le psychiste doit parvenir à se rapprocher de cette fonction maternelle, dont le meilleur fonctionnement n'en demeure pas

moins instinctuel et inconscient comme le souligne Fain (2001). C'est ainsi qu'il pourra aider l'enfant à traverser cette épreuve quand le parent, submergé par les préoccupations affectives, matériels et autres, en devient défaillant et non protecteur.

L'étayage dont il est question dans la fonction maternelle, c'est le holding qui trouve sa source dans le fait que « *le dessin se rapproche du contact peau-à-peau tout en maintenant la distance visuelle. C'est de l'usage de cette distance que se forme le symbole* » (Anzieu, 2010, p. 56). Le peau-à-peau que préfigure le dessin est un autre élément qui permet de penser que c'est dans un fonctionnement maternel, en se servant du dessin, que l'action thérapeutique auprès des enfants peut se mettre en place et peut-être produire du fruit.

Ce « peut-être » dépend essentiellement de l'enfant, de ce qu'il se saisit ou non de l'aide qui lui est proposée, de son environnement familial, de son étayage et de sa compliance au soin etc...

L'étayage du psychiste est donc important.

L'étayage dépasse largement la notion de soutien, il est le processus qui intervient aux stades les plus précoces du développement par l'étayage princeps. La régression psychique qui découle des soins en chirurgie et du nursing justifie la nécessité de mettre en place un étayage suffisamment important pour relancer la dynamique psychique. Cet étayage appelle un holding winnicottien. Cette fonction de soutien doit se jouer auprès de l'enfant mais aussi des parents et de l'équipe soignante, et ce dans le souci de créer un cadre favorable au meilleur soin possible pour l'enfant.

C'est pour cela qu'il importe aussi de pallier les défaillances parentales car les parents, aux prises avec leurs angoisses, infantilisés par le jeu des rapports en chirurgie, en sont souvent non étayants d'autant que la maladie est une situation désorganisatrice de désétayage. Il apparaît donc judicieux, dans le temps du soin chirurgical que le soin psychique permette la mise en place d'un étayage alternatif, porté par le psychiste. L'étayage fourni par l'hôpital doit en principe rejoindre les étayages fondamentaux mais pour se faire, il faudrait un bon nursing des patients. Ce qui n'est pas le cas à Abidjan.

Ainsi à partir de cet étayage alternatif pourra s'effectuer un triple mouvement d'appui, de modèle et de reprise indispensable à l'élaboration et au dépassement de la perte de l'étayage initial (Morasz, 2003, p. 118).

Comme je l'ai dit, le rôle du psychiste à ce niveau sera double : il est à la fois miroir et parent. Pour Winnicott, ces deux rôles sont collés. Le psychiste doit « porter » l'enfant pour que celui-

ci se voit dans le miroir (et le miroir est ici le dessin) et quand l'enfant s'est vu dans le miroir et qu'il se retourne vers lui pour avoir confirmation de son image, il est alors en place de parent pour confirmer à l'enfant que c'est bien lui dans l'image ou dans le miroir. Subséquemment, le psychiste doit pouvoir renvoyer à l'enfant une image unifiée de lui comme dans le stade du miroir.

Faire « miroir » pour le psychiste, et être maternant pour faire visage et donner visage me semble être dans le contexte de la chirurgie pédiatrique un enjeu majeur du soin.

« Matière relationnelle, le visage s'ouvre et s'embellit quand il s'anime sous le regard de l'autre » (Bougnoux, 2003, p. 11)

Le « Miroir » a été théorisé par Lacan dans plusieurs de ses écrits : le Stade du miroir, le schéma optique, le schéma R sont des notions qui pourraient nous aider à continuer de conceptualiser la fonction du psychiste en chirurgie pédiatrique comme je la pense. Cependant, le Stade du miroir me semble être le premier et principal support de modélisation du soin psychique en chirurgie pédiatrique.

Chez Hassan, ces fonctions miroir et mère ont démontré leur importance sur la perception de soi de l'enfant.

A côté de ces fonctions principales, il y a d'autres fonctions que le psychiste doit exercer dans le soin aux enfants effractés.

X.3.2.2.3. Autres fonctions et compétences

Ce sont les fonctions cadre et conteneur qui découlent de la transitionnalité à l'œuvre dans le processus de soin, notamment autour de la médiation dessin.

Pour Kaës (1997), la fonction cadre est une présence permanente sans laquelle le moi ne peut se constituer ni se développer et la fonction conteneur représente l'aspect actif de ce support-cadre. La fonction conteneur permet ainsi l'utilisation du cadre.

La mise en place d'un cadre devra être un des impératifs du soin, ce cadre c'est aussi bien le lieu, le dispositif que l'intériorité du psychiste pour en garantir la solidité et la validité. De là, en faisant conteneur, le psychiste pourra-t-il servir de support aux projections imaginaires de l'enfant en les rendant autant que possibles fructueuses. En les recevant, il aidera l'enfant à les élaborer dans une co-construction co-regardante.

De là, de toutes ses fonctions, il convient enfin de se demander quelles compétences doit développer le thérapeute dans le rapport spéculaire qui l'articule à l'enfant ?

A l'image de ce qu'écrit Bergès dans son texte *la mère et le miroir*, voici quelques conditions pour que le thérapeute fasse miroir (Bergès & Balbo, 1994, pp. 87–94) :

– Il faut qu'il ait un corps qui soit gestué, donc il faut qu'il bouge et qu'il ne soit pas figé par exemple par de l'effroi (qui dit cadre ne dit pas immobilisme). Bouger c'est aussi bien se mouvoir physiquement que psychiquement, c'est ainsi que Canouï et Consoli (2012) ont déterminé les 10 commandements pour une pratique de la pédopsychiatrie de liaison. Ils relèvent la nécessité, pour le psychiste, de s'adapter à la fois aux enfants qu'aux équipes et à la spécialité avec la nécessité aussi de travailler de concert avec le médecin du service.

– Il y a nécessité d'une articulation au désir (non pas au sens d'être ou de se faire objet du désir de l'autre mais le désir du désir), il faudrait comme dit Lacan fabriquer de la demande avec de la demande de savoir. Sans automatisme ni statufication, le psychiste doit être réellement motivé par le souci de trouver un moyen d'aider l'enfant, le dessin permet donc de demander à l'enfant ce qu'il sait et éviter de lui dire que nous savons... Ainsi un discours qui dirait « *je sais que tu vas te retrouver, je t'affirme que tu es non seulement réparé mais restaurer, que ton corps va fonctionner à nouveau comme avant* » serait vide de sens. En proposant à l'enfant de dessiner, son dessin viendra parler ce qu'il pense de son corps. Cela servira alors de base pour un travail sur son image de lui-même.

X.3.2.3. Penser une théorie du soin

Avant d'aborder la théorie telle que je la pense, faisons une petite incursion discursive sur l'idée de « panser le corps », aspect qui est quelque peu resté en sourdine tout au long de mon élaboration. Panser le corps comme faire pansement ou comme nourrir ?

Dans le sens de pansement, panser, c'est soigner une plaie, c'est soigner quelqu'un en appliquant un pansement. C'est aussi apporter une consolation, adoucir une douleur morale et enfin pratiquer la toilette d'un animal domestique, et spécialement d'un cheval. Mais ce même verbe « panser » peut être pris au sens de nourrir et de donner largement à manger.

Après des soins en chirurgie pédiatrique, le corps est sensé avoir été remonté comme on remonte une machine, une mécanique. Il bouge... mais les enfants que j'ai rencontrés m'ont montré que

derrière les mouvements physiques, il y a une mise en arrêt (rappelons-nous le dernier dessin de Rodrigue qui le montre arrêté sans pied tandis qu'il verbalise un corps en mouvement). Alors le rôle du psychiste, ne serait-il pas de doublement panser en œuvrant au pansement et au colmatage psychique et, en faisant nourrissage libidinal pour relancer la dynamique corporelle ?

Voyons cela d'un peu plus près, quel pansage dans l'approche du soin que je propose ?

Les réflexions d'inspiration lacanienne et winnicottienne sur l'emploi de médiation dans le soin psychique ou pour penser le soin psychique hors les murs de la psychiatrie, notamment pour des sujets sans psychopathologie m'apparaissent les plus idoines pour théoriser le soin. Ainsi, dans le cadre et le contexte qui a porté tout mon travail, je pense qu'il faut proposer une conception du soin articulant travail psychiatrique et/ou psychologique étayé de la théorie analytique, et donc dans une conception psychodynamique non seulement de l'appareil psychique individuel, mais aussi des relations et de l'histoire familiale (Dubois, 2012).

Le psychiste doit avoir une posture à la fois "dedans" et "dehors", comme l'explique Dubois, il s'agit d'être en dehors de la technique, de la prescription (chirurgicale, mais pas toujours psychiatrique car cela peut s'imposer de mettre l'enfant sous neuroleptiques, cela le pédopsychiatre le peut mais non le psychologue), en dehors de l'urgence, du temps médical, en dehors de la décision, du conseil, de la conduite à tenir.

Le psychiste doit avoir un cadre interne contenant et fiable, ce qui lui permettra d'instaurer, au pied même du lit du patient, un espace-temps protégé (c'est la mise en jeu de la fonction cadre) où la parole peut advenir mais aussi où une approche de l'enfant peut se faire (prendre le temps de dessiner, de jouer...).

J'ai essayé de démontrer tout au long de mon travail que le dessin peut jouer une fonction de miroir tout comme le regard. J'ai développé l'idée que le dessin était témoignage identitaire du soi, filtre moiïque et narcissique entre l'enfant et le monde extérieur. Le dessin en tant qu'aire graphique est un espace transitionnel qui permet à l'enfant, en quête de représentations symboliques, d'effectuer un passage du moi corporel au moi psychique (Romano, 2010).

J'ai aussi posé d'une part que psychiste a une double fonction de miroir et de « mère » et que d'autre part le regard est important et se joue à un triple niveau :

- Regard pour la visagéification,
- Regard pour une unité d'être,
- Regard pour une reformation du moi.

J'ai également précédemment démontré qu'en posant un regard « tuteurant et contenant » sur l'enfant, le psychiste compensait l'effet morcelant du regard en chirurgie en renvoyant à l'enfant une image unifiée de son propre corps. Il contribue ainsi à lui redonner conscience de l'unicité de son être, à le sortir du bout pour revenir au tout.

La théorie du soin que je repose sur un double miroir : le dessin et le regard du psychiste. Le regard est à la fois voir et miroiter, c'est réfléchir l'image de l'autre. L'usage de ce double miroir s'inscrit dans un processus similaire à celui qui a cours dans le Stade du miroir, dans une reprise de ce stade.

J'ai fondé la théorie du soin que je propose sur le concept du Stade de miroir tel que proposé par Lacan à partir de 1949. J'ai émis l'idée que le miroir plan, dont il était question, était pour moi la feuille de dessin (dessin spécifique en ce sens qu'il s'agissait du dessin de soi, de se représenter). Cette élaboration ne fait pas l'impasse sur les mises en garde doltoiennes quant au miroir et à la théorie lacanienne, avertissements qui rappellent que le miroir peut-être affolant et rendre « fou » dans le sens de confronter l'enfant à une image qui n'est pas porteuse de pulsion ou d'affect et qui entraîne chez l'enfant la prise de conscience d'un autre qui n'est pas dans la relation. Il importe donc de garder à l'esprit que le miroir ne peut être efficace, que s'il y a un étayage « maternel », la présence d'un au moins-un-autre pour ne pas que l'enfant se retrouve seul dans cette confrontation.

Ici la parole est décisive car elle permet d'éviter la confrontation esseulée. Il y a nécessité du miroir de l'autre⁹¹. Ainsi, la parole engagée autour du dessin permet de convoquer l'horreur du trauma, à travers le dessin, de l'élaborer et d'en évacuer les effets désorganisant du fait de la qualité conjuratoire de la fonction représentative. Le dessin apparaît alors comme visage de soi, qui voile ou dévoile quelque chose du dedans, en l'exposant au dehors, sous le regard de l'autre (psy) qui accepte de voir et de regarder quand en chirurgie le regard ne se donne pas, quand la souffrance du soi ne s'accueille pas et que la temporalité de l'urgence lèse le face à face et fait perdre visage par la non prise en compte de la subjectivité de l'individu tout en le morcelant.

⁹¹ Et je regrette ici d'avoir parfois soumis des enfants à ce test des trois dessins avec la consigne « dessine-toi » sans que je ne sois présente ou en laissant l'enfant avec un éducateur préscolaire non formé à la chose psychique.

Ainsi le dessin réalisé selon la consigne « dessine-toi » symbolise le miroir-plan et son usage isolé serait potentiellement infructueux et dangereux pour l'objectif de panser le corps.

S'il s'agissait de tout autre dessin cela serait certainement sans incidence, mais la consigne que j'ai élaborée met en branle l'économie psychique de l'enfant (son narcissisme, ses identifications, sa personnalité, etc.) dans le cadre de la représentation de soi. Il importe donc, (il est même impératif) qu'il y ait un tiers et une parole dite (par ce tiers doué de parole), c'est à ce prix que l'on peut escompter retirer des bénéfices de cette confrontation.

Le miroir dessin renvoie une image inerte qui peut vivre par la parole et le tryptique du test des trois dessins introduit du mouvement (et de la vie, ne serait-ce que parce qu'il oblige implicitement à une remémoration et à une projection dans l'imaginaire).

Je ne peux dénier que le dessin peut renvoyer une effrayante voire inquiétante étrangeté (souvenons-nous des dessins de Hinda).

Dans l'inquiétante étrangeté, le dehors devient le reflet du dedans et l'activité perceptive se modèle sur l'expérience du miroir. Non pas à cause de la reconnaissance de soi dans la glace à point nommé de l'histoire individuelle mais parce que le corps, en tant que sujet, a la particularité d'être un visage qui n'est visible que pour un autre et qui commence par être le visage de l'autre. Etant simultanément lui-même et l'autre, familier cependant étrange, le sujet est celui qui n'a pas de visage et dont le visage se met à exister du point de vue de l'autre.... Par-delà l'image qu'il a pour fonction d'objectiver, le miroir est cet autre qui s'inscrit comme pure potentialité dans la structure imaginaire du corps propre et qui s'actualise à travers un processus projectif transformant le perçu en visage du sujet.... L'inquiétante étrangeté s'ouvre sur cette organisation où tout renvoie au sujet sa propre image » (Sami-Ali, 1991, p. 36)

Il y a donc un retour de ce qui fut projeté à son point de départ. C'est ce qui m'a fait penser qu'en utilisant le dessin dans sa fonction miroir, l'image du corps projetée, le soi projeté sur la feuille pouvait faire retour vers l'enfant, lui revenir et se présentifier à sa conscience. En effet, il est communément admis que le dessin est une surface de projection donc l'enfant y dépose quelque chose dès lors on peut aller plus loin et dire que ce que l'enfant dépose peut être vu (est vu) et donc renvoie à l'enfant ou à tout autre regardant ce quelque chose (mais quelle chose ?) qui dit l'enfant, le fait miroiter, d'où l'effet miroir du dessin. L'efficacité de ce dessin-miroir ne peut se faire que s'il y a un autre qui étaye et soutient le processus. Je pense que ce que le dessin renvoie c'est une image spéculaire de l'enfant non pas d'une specularité ancrée dans la réalité du corps mais dans le fantasme et le désir.

Le psychiste en réfléchissant (à la fois dans son regard mais aussi sur son visage (et donc par sa mimique)) et en renvoyant à l'image de l'enfant une image unifiée de lui, favorise la visagification de l'enfant. Dans ce process, se reforme, se forme à nouveau et même se réforme (nouvelle formulation) le moi de l'enfant en intégrant l'expérience de la fracture pour « faire avec ».

Regarder dans le miroir, c'est la possibilité d'y trouver ce qui approuve et ce qui observe (Winnicott, 2002) et le moi qui émerge est « soi » soumis au regard de l'autre dans le miroir.

L'histoire de Rodrigue a montré que malgré des soins de qualité et une réparation obtenue dans les délais normaux, il n'y a pas eu restauration. Sa mère l'a formulé en disant qu'il n'était plus le même et que son corps ne pouvait plus. Ses dessins le montrent aussi : son pied s'est fantasmatiquement détaché de son corps : dessin libre d'un pied et dessin de soi sans pieds. Ainsi l'expérience traumatique agit en dedans de la psyché enfantine, en fracturant l'être psychique. Et malgré le temps, malgré le corps qui re-fonctionne la disjonction soma-psyché n'ayant pas été prise en compte, l'enfant se vit toujours fracturé (les dessins d'Hassan et de Rodrigue le montrent aussi). C'est ici un des enjeux de la prise en charge psychique.

Cette reprise de conscience de l'unité de son corps va donc pouvoir se faire grâce à la mise en place d'un processus de revisagification, car en faisant miroir pour l'enfant, le psychiste sur offre la possibilité de reprendre visage. L'idée est ici qu'en utilisant le dessin de soi (représentation de soi dans le test des trois dessins et représentation de soi à un temps "t") comme miroir, tout comme son regard fait aussi miroir, le psychiste nomme l'enfant dans le dessin et lui renvoie une image unifiée de lui, tout au moins, travaille à partir du dessin l'image de soi de l'enfant. Cela suppose une systématisation de l'usage du dessin comme outil de repérage des désordres en termes d'image de soi et d'effraction et comme outil thérapeutique.

Ainsi le psychiste contribue à redonner visage à l'enfant. Il l'aide à refaire du lien et à trouver de nouveaux liens. Tout ceci nécessite que se fasse une ou des liaison(s) psychique(s) comme le souligne Morasz (2003, p. 131). Ce travail de liaison psychique va réintroduire le malade dans l'espace médical en tant que sujet (objet total), dans une approche différente de la relation médicale parcellisante. Les liaisons psychiques qu'il favorise, les connections qui naissent de son étayage, permettent à l'enfant de combler les creux et de se lier en réintroduisant l'expérience actuelle de la maladie dans l'ensemble de son histoire, dans une narration synchronique et diachronique de sa vie (Canouï et Golse, 2012). Ces liens sont intrapsychiques, somato-psychiques, relationnels, sociaux et institutionnels. Ainsi, il faudrait que se joue un jeu de rapports nouveaux pour dire les bons « maux ».

Mon expérience a montré que la médiation autour du dessin avait créé une aire potentielle de soin, car le dessin par sa caractéristique de lieu (espace de la feuille) mais aussi d'objet peut avoir une fonction de transitionnalité. Il est lieu de transition et objet transitionnel dans l'espace du soin. Ainsi l'aire créée par la rencontre de l'enfant, du psychiste et du chirurgien est-il un espace perçu comme espace transitionnel. En permettant par le jeu (le dessin fait jouer la créativité de l'enfant, entre couleurs et outils scripturaires), l'affermissement des limites psychiques et des processus d'introjection qui s'y rattachent, cet espace origine l'activité symbolique (Morasz, 2003, p. 125).

Le psychiste doit être celui qui permet l'ouverture et le dépassement dans les relations ternarisées préexistantes entre l'enfant, sa famille et le chirurgien.

Au moment du traumatisme orthopédique, l'urgence est aux soins somatiques et le psychiste n'est que très rarement convié à ce moment-là. Par la suite, sa présence sera requise, le plus souvent, quand il y aura une décompensation psychique sur un mode ou un autre (accès maniaque, dépression, angoisse etc.). Il sera « ignoré » quand psychiquement l'enfant paraîtra aller bien. Pourtant derrière l'apparence du peu d'incidence psychique de la pathologie, il y a un reliquat qu'on se trimballe, comme en témoigne l'histoire de Rodrigue. Il y a eu manque d'étayage ce qui me fait penser que peut être l'intériorité de l'enfant aurait été mieux guérie, préservée, restaurée s'il y avait eu étayage psychique ? Hassan nous montre dans ses dessins quel intérêt peut avoir l'étayage d'un psychiste pour mieux se projeter dans l'avenir et réinvestir un corps malmené par les soins chirurgicaux.

La présence du psy ou de tout auxiliaire, faisant office de « para-psychistes » peut contribuer à sécuriser le moi de l'enfant, en limitant l'impact de la chirurgie sur l'ensemble de sa vie liée à cette non sécurisation du moi, et ce par l'usage d'outil thérapeutique (comme le dessin), qui font office de canalisateur des affects.

Le soin psychique n'étant pas seulement une affaire de miroir, j'ai conscience qu'il faudrait éviter une aliénation à l'image. La parole et la nomination libère de celle-ci. Ainsi, il faut obligatoirement que la médiation dessin soit soutenue par une parole (comme dans le stade du miroir) pour escompter une efficacité.

Relever le défi du soin, pour moi relève d'une position précise celle que j'appelle « psy-chir ». Il ne s'agit pas ici de dire que les autres positions ne sont pas adéquates mais simplement qu'en tenant compte de ce que j'ai observé, à l'aune de mes réflexions, il m'apparaît que la meilleure position pour venir en aide aux enfants est celle de psy-chir. Qu'est-ce que j'entends par là ?

X.3.3. Etre psy-chir

La position à avoir en tant que psychiste en chirurgie pédiatrique est cruciale. La clarifier est important non seulement pour l'intervenant psychiste mais aussi pour ceux qu'il côtoie surtout les autres acteurs du soin.

Ce n'est pas une aporie que de penser un point de liaison entre psy et chirurgien, une fonction autre placée sur le trait unaire (Dor, 2002), fonction que peut jouer le psychiste. Le trait unaire représente l'unité de la pure différence. C'est une inscription qui permet l'éclosion d'un signifiant en liant le sujet au langage.

L'idée de dire qu'il faudrait adopter une position de « **psy-chir** » a germé, c'est l'idée de parvenir à déterminer une position ou une fonction de « psy-chir » comme position possible pour un psychiste en chirurgie pédiatrique en vue de panser le corps. Ce positionnement, on ne peut pas l'envisager dans le sens contraire d'un « chir-psy » car intrinsèquement la position du psychiste peut être intenable pour le chirurgien tant celui-ci a besoin de certitude et de cordage. D'autant plus que le psychiste peut supporter non seulement le fait de ne pas avoir de résultat dans l'immédiat et les incertitudes de sa méthode mais aussi les attaques des liens. Pour le chirurgien, il n'en va pas de même car d'une part il a besoin de résultats pour valider son savoir mais d'autre part, toute attaque (qu'il s'agit d'un refus de se soumettre à la violence des soins, de récriminations ou autre) est le plus souvent vécue comme une attaque personnelle et le chirurgien se sent défié. C'est ce que j'ai observé au travers de la réaction du chirurgien vis-à-vis de la mère de Hinda quand cette dernière a refusé l'amputation de la jambe de sa fille.

Le psy-chir devra donc jouer sur l'articulation psyché-soma, mais un soma en chirurgie, soma morcelé, parcellisé et couturé par les actes chirurgicaux.

La chirurgie, c'est recoller les morceaux, les contenir par divers contenants externes comme les plâtres et les bandages ou internes par les vis et les broches. C'est aussi extraction ou adjonction de morceaux de corps (retirer une partie malade ou ajouter du « sain »). D'ailleurs on peut aisément dire qu'un bon chirurgien est un bon couturier du corps, tant les points de sutures sont des points de couture ! Alors en appui aux actions du chirurgien, le psy-chir devra recoller le corps au corps en se faisant agent de sutures psychiques, de soudures existentielles, exerçant ainsi une fonction de tuteur ayant pour rôle d'embrocher la psyché pour la cheviller au corps.

Ainsi, la dynamique même du psy-chir tient-elle au fait qu'on a deux signifiants opposés (du fait de la différence de pratiques, de temporalité, d'abord du corps, etc.) uni par une double coupure ce qui ouvrent des espaces de créativité (comme le permet le dessin).

Dans le respect des chirurgiens et de leur savoir, un espace potentiel voit le jour, espace qui peut permettre au psy-chir d'amener du lien humain (à partir d'une intervention social ou somatique) lien psychique (favorisé par la créativité, la transitionnalité, la verbalisation...) au réaménagement psychique par effet de déplacement et de lecture dans l'après-coup.

Il faut se rappeler aussi que si on peut systématiser l'aide à apporter à l'enfant selon les modalités que j'ai décrites, il ne faut pas oublier les parents avec qui, il faut aussi tisser du lien (et non une alliance car cela sous-tend l'idée d'un forçage, d'une obligation pour les parents à être dans la relation) en tenant compte de tout l'inconscient qui va se manifester là. L'alliance doit s'entendre ici comme tissage (entrecroisement de fils ou de fibres pour fabriquer quelque chose) et non comme liage (action d'attacher ensemble).

La relation psychiste-famille/enfant doit être sur le mode d'une alliance-tissage. Dans les soins somatiques, il s'agit plus d'une alliance-liage, comme un forçage, dans laquelle il est imposé au sujet de se lier au médecin, sous le prétexte que c'est pour son bien. Et il se doit de tout faire pour se maintenir lier, ainsi, tout revendication, tout ce qui est réclamation est vécue comme une rébellion (cas Hinda et de sa mère). Il en va du succès du soin car la réussite de l'alliance (qu'elle soit tissage ou liage) peut être catalyseur d'un meilleur devenir.

En ce qui concerne la famille de l'enfant, le tissage de ce lien, des liens, reposera sur une activité de soutien à la parentalité.

Le psy-chir travaillera aussi à une amélioration des liens et des liaisons du côté soignant afin de maintenir l'équipe soignante dans le soin à l'enfant quels qu'en soit les écueils (c'est ce que j'ai tenté de faire avec le chirurgien et la mère de Hinda)

Quels sont, enfin, les risques de cette position sur le train d'union ?

Essentiellement, ce serait que le psychiste s'enferme dans un fonctionnement en voulant absolument obtenir des résultats et une création, ou qu'il pense qu'il a le monopole du savoir sur le corps ou qu'il s'illusionne de la suprématie de son savoir (Molénat, 2004). Ce risque sera limité par un travail en équipe ou de la supervision.

Cette théorie du soin reposant sur une fonction de psy-chir en chirurgie pédiatrique ne doit pas rester que pure production théorique. Alors, j'ose pousser la réflexion un peu plus loin pour déjà envisager comment je pourrais organiser, si l'occasion m'en était donnée, les interventions en chirurgie pédiatrique en tenant compte du contexte particulier des soins en Côte d'Ivoire ?

Deux pistes se profilent :

- de prime abord, il faudrait pallier les quelques insuffisances théoriques quant au travail de liaison-consultation intra-hospitalières en demeurant dans une dynamique de recherche et de réflexion ;
- l'insuffisance de professionnel du soin psychique et l'avantage qui a découlé de l'utilisation du dessin avec les quelques enfants que j'ai vu, me fait penser que l'activité dessin doit être la base de l'intervention. Le dessin non pas uniquement comme médium thérapeutique mais comme outil du processus art-thérapeutique, pour que dans le temps de l'hospitalisation s'amorce autour de la représentation du corps, du travail de mentalisation qui s'opère via les consignes telles que « dessine-toi », puisse se poursuivre après la fin des soins ou la réparation physique, hors séance, dans l'après du sujet. Ainsi, je systématiserai un temps soignant autour du dessin, en appui sur les éducateurs préscolaires ou éducateurs spécialisés présents dans le service. Ceux-ci pourraient aisément faire office de « para-psychistes » comme il y a des paramédicaux. Le protocole serait un dessin du bonhomme, la série des trois dessins et une représentation de soi. Autour des productions graphiques s'inaugurerait un temps de parole (en individuel ou en groupe, en fonction de la mobilité des enfants) pour permettre aux inconscients de se dire. En mettant en œuvre, cette procédure systématiquement, il peut y avoir de forte chance que pour l'ensemble des enfants ayant subi un traumatisme orthopédique, dans le temps du soin chirurgical, un véritable soin psychique se mettent en route et qu'une réparation accompagne au mieux la réparation physique orthopédique et qu'une restauration soit possible.

CONSIDERATIONS

FINALES

Fait d'expérience, cette thèse est l'effet de rencontres et de temporalités diverses.

D'un cheminement personnel à celui qui a été fait avec des enfants effractés par une fracture en chirurgie pédiatrique à Abidjan puis à Paris, ma pensée a cheminé en quête de réponse à ma question de recherche « **la représentation picturale de soi, chez les enfants en chirurgie pédiatrique, permet-elle la visagéification de la souffrance ?** », question corrélée à une autre « **comment penser le soin psychique, à partir de la représentation de soi et de la visagéification, pour panser le corps ?** »

A l'entame de ce travail, qui s'est inscrit dans une perspective psychanalytique, j'ai posé un cadre théorique pour circonscrire mon sujet et en poser des bases et une teneur claire. Ce cadre n'était pas fermeture mais socle pour porter l'analyse des cas cliniques. Secondairement, des questions et des interprétations sont apparues comme autant de fenêtres dans le déroulé de la recherche et elles font ouvertures pour d'autres aspects théoriques qui pourront être travaillés ailleurs.

Il y aurait certainement encore beaucoup de choses à dire quant à l'analyse des cas cliniques, mais cela aurait été au péril de la démonstration avec le risque que les différents fils théoriques que j'ai tenté de tisser ne puissent se nouer ensemble dans un cordage solide. Ainsi, j'ai choisi de recentrer le débat, en puisant ce qu'il y avait de commun (et parfois de divergent) dans ces histoires cliniques afin de le circonscrire, de le ramener en un tout cohérent pour tenter de trouver réponse à la question de recherche.

En prenant conscience que dans l'aide aux enfants, l'usage de la représentation de soi et le tryptique du test des trois dessins pouvaient se révéler des instruments précieux, j'ai escomptée fournir au psychiste un nouvel outil de travail.

Pour se faire, trois hypothèses de travail ont servi de fil conducteur.

La première hypothèse était que quand l'enfant est soumis à une chirurgie lourde ou à de multiples opérations dans les cas de fractures (traumatismes physiques orthopédiques), il s'en suit une modification de l'image que le sujet a de son corps, sans lien avec la gravité de la pathologie chirurgicale, comme on peut l'envisager dans le versant anatomique du schéma corporel et d'une perte de l'identité du sujet qui se traduit dans la représentation de soi. Ainsi pourrait-on observer dans la représentation que l'enfant fait de son corps une modification des proportionnalités du corps avec une dysharmonie de celui-ci.

Cette hypothèse s'est vérifiée au travers des cas cliniques ivoiriens. Cependant, dans le cas français, sa vérification a été partielle. Par ailleurs, l'analyse du cas clinique du sujet français, pris en comparaison des sujets ivoiriens, a montré que quelle que soit la qualité des soins, ou le type de fracture, l'enfant peut être impacté durablement par le traumatisme orthopédique au point que son image de lui s'en modifie. Les représentations que les enfants ont faites d'eux-mêmes montraient peu d'atteinte du schéma corporel mais l'impact était plus important sur l'image qu'ils avaient d'eux et cette image allait en se dégradant quand les soins perduraient ou qu'il n'y avait pas d'espoir de guérison.

Il est difficile de parler d'une atteinte de l'image inconsciente tant il manque d'élément d'élucidation.

Tous les dessins des enfants ivoiriens ont montré que la perception de soi se modifiait notamment en termes de disproportionnalité et de dysharmonie du corps dessiné avec à l'extrême une scotomisation du bonhomme. Cette scotomisation se voit dans le cas français avec des troubles identitaires mais l'harmonie du corps dessiné est préservée.

La deuxième hypothèse a considéré la feuille destinée au dessin comme une surface d'inscription qui va prendre visage, par la représentation de soi, et soumettre au regard de l'Autre (surface d'inscription du rapport à l'autre dans le regard) et de l'enfant, une figure de la douleur physique/psychique, dessiner pouvant s'en-visager comme processus de visagéification de la souffrance. Le corps s'exproprie de son vécu douloureux pour se faire entendre dans le dessin. Ainsi avons-nous pu voir que l'effraction psychocorporelle qui est entraînée par le traumatisme orthopédique fait trauma et elle met en jeu le narcissisme et les identifications des sujets. Le dessin et surtout la représentation de soi selon la technique des trois dessins a favorisé l'expression de la souffrance mais aussi de l'effroi en donnant visage à la fracture psychique. Ils se sont visagéifiés sur le support papier. Le visage du bonhomme a dit la souffrance tout comme l'ensemble du dessin et d'autres problématiques antérieures ou contemporaines à la fracture ont également été révélées. Le dessin est apparu comme inaugurateur d'un espace potentiel où la transitionnalité a pu s'exprimer.

Enfin, la dernière hypothèse formulée m'a permis de déployer une réflexion sur le soin. Ainsi ai-je pu vérifier que dans l'expérience traumatique que vit ou a vécu l'enfant, l'étayage du psychiste permet d'une part une élaboration psychique et une mise en sens de l'effraction même dans l'après-coup et d'autre part, la confrontation de son regard avec celui de l'enfant autour

du dessin est un moyen pour ce dernier de reprendre contrôle sur une perte de soi, liée à l'effraction corporelle.

La vérification de cette hypothèse a permis de réfléchir d'une part les actes et actions que j'avais posés durant les différentes rencontres mais aussi de proposer une théorisation du soin à partir de ce que j'avais observé.

Tout comme, il ne s'est pas agi, pour moi, de poser un cadre d'exercice de la pédopsychiatrie de liaison ou des modalités de travail mais plutôt de décrire une posture particulière pour répondre à une préoccupation tout aussi particulière, il ne s'est pas agi aussi de réfuter, de jeter du revers de la main ou de désavouer un statut ou une position de pédopsychiatre (de liaison). Il s'agissait encore moins de réfléchir quelle articulation possible entre pédopsychiatrie de liaison et psychologie médicale. La théorisation du soin que j'ai élaboré a cherché à proposer une alternative quand le psychiste se sent démuné devant un enfant ne présentant pas de troubles psychopathologiques, devant un enfant qui est mal sans être malade psychologiquement. J'ai alors pensé que le psychiste, dans le cas des traumatismes orthopédiques de l'enfant, qu'il soit pédopsychiatre ou psychologue, pouvait amorcer un travail psychique selon la méthodologie ce que j'ai proposé.

C'est dans ce sens que je ne me suis pas focalisée sur les caractéristiques graphiques du dessin et ses incidences psychopathologiques, mais que j'ai travaillé essentiellement le dessin comme visage, comme outil et lieu de visagification, au sens d'un tableau qui donne à voir un certain vécu. Dans la recherche, a émergé une forte intrication entre dessin, regard, miroir, fonction (fonctions miroir, maternel, cadre et conteneur) et fonctionnement du psychiste.

Le souci premier qui m'a porté était de proposer une approche de l'enfant et de son corps qui modifierait sa position, en chirurgie pédiatrique et le restaurerait dans sa situation de sujet (Romano, 2010). Une théorie s'est esquissée progressivement.

Cette théorie s'est inspirée des travaux de Lacan sur le Stade du Miroir et de ceux de Winnicott sur l'espace potentiel et la transitionnalité pour formaliser d'une part un soin possible autour du dessin comme miroir et du processus de visagification et d'autre part, une certaine posture, celle de psy-chir. Le psy-chir, entre miroir et regard, en mettant en jeu son holding et sa fonction maternelle, permettra que se rejoue le stade du miroir, ce que favorise la régression psychique induite par les soins. De là, une nouvelle conscience du corps-Je et une réédification de soi de l'enfant peut se faire.

Cette théorie me semble applicable dans d'autres contextes ou d'autres services mais ce sera certainement l'objet de travaux futurs.

De quel corps ai-je parlé tout au long de ce travail ? Du corps « psychanalytique », corps comme fantasme produit par l'imaginaire et signifié à la fois dans le langage et dans le dessin car c'est ce corps-là qui est ignoré quand l'enfant devient objet de soin.

Pour se faire, j'ai dû changer de place et la place que j'ai eue du mal à occuper était tout de même à occuper pour ouvrir à de nouvelles possibilités.

Je ne dénie pas ma position ou mon statut de pédopsychiatre, mais au cœur de cette expérience, j'ai compris qu'il fallait réfléchir autrement, dans le contexte des soins en Côte d'Ivoire, pour éviter de se figer et finalement de mourir psychiquement à ne pas avoir de moyens ou à ne pas savoir que faire ou comment faire quand un enfant ne présentait aucun trouble psychique patent. C'est là qu'est apparue la nécessité d'un travail de pensée pour articuler une problématique qui a été peu pensée : celle de l'effraction psychocorporelle liée aux traumatismes orthopédiques de l'enfant sans troubles psychopathologiques patents.

Quels outils et quelles approches pour le soin quand on constate qu'à long terme, un incident potentiellement banal prend l'allure d'un véritable drame existentiel ?

Dans le contexte de soin médico-psychologique propre à la Côte d'Ivoire, ce challenge d'arriver à définir une pratique de soin potentiel, qui peut être valable ailleurs, m'apparaît être une ouverture possible à l'issue de cette thèse.

OUVERTURES ET PERSPECTIVES

La fin d'une thèse, peut paraître comme un moment de fermeture mais telle n'est pas en réalité le cas. Cette fin est interruption d'un cheminement commencé depuis quelques années, c'est aussi l'arrêt des recherches concernant les réponses à donner aux questions initiales pour se tourner vers de nouvelles questions. La fin d'une thèse est donc articulation entre les réponses trouvées à la question de recherche et l'émergence de nouvelles interrogations suscitées par les dites réponses. Alors ainsi, la fin d'une thèse se fait ouverture vers une nouvelle réflexion, vers de nouveaux horizons de pensée pour lever des voiles et percer des mystères.

Sur quoi ouvre donc la fin de cette recherche doctorale ?

Dans le domaine des soins, une pratique nouvelles peut être expérimentée à la fois avec le patient mais aussi avec les équipes soignantes.

En Côte d'Ivoire, il serait temps d'ouvrir une unité de pédopsychiatrie de liaison, au moins une mini-unité ambulatoire mobile trans-services comme le propose Apter (2012) et de favoriser une meilleure collaboration entre pédiatre et pédopsychiatre. Voici à ce sujet une

recommandation de Winnicott(1989, p. 290) datant de 1958: « *il faudra à l'avenir que les services de pédiatrie s'adjoignent un service de psychologie comptant pour moitié. Ainsi le pédiatre et le pédopsychiatre travailleront ensemble, à égalité, et ils découvriront avec plaisir qu'ils ont un territoire commun, tout en gardant chacun leur propre territoire* ».

En ce qui concerne la France, dans le cadre des traumatismes orthopédiques j'émet quelques réserves quant à l'utilité de la procédure que j'ai élaborée. En effet, comme je l'ai vu à l'Hôpital Robert Ballanger, dans les cas de fracture la durée de séjour n'excède pas en théorie 72 heures. Cela peut être alors difficile de travailler avec un enfant son image de soi à la lumière du Stade du miroir. Cependant, je gage que cette méthode peut trouver de l'intérêt pour les autres situations comme les traumatismes orthopédiques graves ou toute autre atteinte corporelle imposant une hospitalisation longue et nécessitant non seulement l'intervention de plusieurs professionnels mais un accompagnement et un soutien psychologique comme a pu le démontrer Paradis-Guennou et al. (2002).

En ce qui concerne la recherche, les pistes ouvertes doivent être creusées notamment en appui sur la théorie lacanienne autour du miroir, du stade du miroir au schéma optique. En effet, la réflexion peut être poursuivie dans le sens de penser les rapports en chirurgie et les relations thérapeutiques à la lumière du schéma optique et des schémas L et R comme Lacan l'a fait pour réfléchir le fonctionnement de l'analyste (Dor, 1995 ; Lacan, 1999) ou comme les Royol pour penser le fonctionnement de l'art-thérapeute (Rantsordas, 2013 ; Royol, 2013). Le manque à être et manque à dire dans le soin en chirurgie pédiatrique nécessite de réfléchir de nouvelles articulations du soin.

Ainsi après la fin, c'est la faim...

POST-SCRIPTUM

La fin ouvre ainsi une faim...

Faim de savoir, faim d'aller plus loin, besoin d'aller ailleurs, de se faire voir ailleurs, cet ailleurs auquel je me suis confrontée dans ce travail. Nait ainsi le besoin vital d'être autre.

S'il est une chose certaine, c'est qu'une thèse est une aventure d'écriture et, au-delà d'être la recherche d'un savoir théorico-clinique c'est une aventure à la rencontre de soi-même. Ecrire une thèse et s'engager dans les jeux olympiques de sa propre intériorité, de ses champs intérieurs, et relever des challenges personnels et défis psychiques. C'est aussi combattre ses propres peurs, en affrontant celles des autres, de l'Autre qui se donne ou que nous prenons comme sujet-objet de notre thèse.

Finalement la thèse c'est une écriture de soi...

Pour y parvenir, j'ai dû quitter ma position. Oh cette position à laquelle je me suis farouchement accrochée au point d'en cristalliser ma pensée : la position médicale.

Il y avait en permanence devant moi comme un mur, une impossibilité à aller de l'avant avec cette angoissante impression, de vide intérieur, de désert intellectuel alors que j'avais épuisé mon savoir, mon intellect et ma pensée pour écrire quelques mots, plusieurs pages, qui n'étaient jamais suffisamment bonnes pour susciter le désir de ma directrice. J'ai durant de longs moments vécus avec le sentiment d'avoir un intellect à la fois pressé comme un citron, vidé de son jus de sa substance, oppressé d'un savoir qui se refusait à moi, mon intellect me devenait de plus en plus semblable à une serpillière ou un torchon.

Parlant du rapport du psychanalyste et du médecin dans les soins au malade et la compréhension de ce qui se joue au-delà du corps, Graber dit « *Il est impossible pour le médecin d'aller plus loin, à moins de quitter sa position médicale* (aliénante, et de cela j'en ai pris conscience) (Furtos, 2004).

Un jour, j'ai osé aller plus loin et se sont ouvertes devant moi les portes de Canaan.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM A., 1985, *Les Identifications de l'enfant à travers son dessin*, Toulouse, Privat (Sciences de l'homme).228p
- AESCHBACHER M.-T., 2006, « Les lésions corporelles d'origine somatique ou accidentelle à l'adolescence: une douleur en quête de sens », *Enfances & Psy*, 3, 32, p. 16-22.
- AGNERAY F., 2013, « Penser le sentiment d'insécurité dans le soin: éclairage psychopathologique et clinique », *Ethique et Santé*, 10, p. 137-143.
- AJURIAGUERRA J. DE, MARCELLI D., 1989, *Psychopathologie de l'enfant*, Paris, Masson.
- ALLEMANY, G., CALZA A., CANCHY-GIROMINI F., CICCONE A., CONTANT M., DEITTE J., GATECEL A., GRIS B., MOYANO O., PLATTEAU G., 2007, « L'enfant: de l'agi au représenté. », dans *Psychomotricité*, 3ème édition, Paris, Masson (Abrégés), p. 105-181.
- ANCET P., 2008, « Le corps vécu et l'expérience du handicap », *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap*, 2, 2, p. 95-108.
- ANCET P., 2010, « Morcellement du corps des personnes vulnérables par le morcellement des actes soignants et des accompagnants », *Santé, médecin, corps morcelé, XVIème journée*, EuroCos, p. 63-81.
- ANZIEU A., 1996, « Le dessin dans la prise en charge thérapeutique de l'enfant », dans *Le dessin de l'enfant. de l'approche génétique à l'interprétation clinique*, La Pensée sauvage (Bibliothèque Psychologie et Education), p. 281-291.
- ANZIEU A., 2010, « Dessins d'enfants », dans *Tracer-désirer: le dessin d'enfant dans la cure psychanalytique*, Paris, France, Hermann, p. 47-61.
- ANZIEU A., BARBEY L., BERNARD-NEZ J., DAYMAS S., 1996, *Le travail du dessin en psychothérapie de l'enfant*, Paris, Dunod (Thérapie).272p
- ANZIEU D., 1995, *Le Moi-peau*, Paris, France, Dunod (Psychismes), 2ème édition, 291 p.
- APTER G., 2012, « La pédopsychiatrie de liaison : petite musique d'ouverture », *Enfances & Psy*, 4, 57, p. 6-8.
- ARBISIO-LESOURD C., 2007, *L'enfant de la période de latence*, Paris, France, Dunod (Psychismes), 289 p.
- ARFOUILLOUX J.-C., 1975, *L'entretien avec l'enfant : l'approche de l'enfant à travers le dialogue, le jeu et le dessin*, Toulouse, Privat (Éducateurs). 208 p
- ARGAN G.C., TRAVERSA C., 1963, *Le dessin de l'enfant et sa valeur dans les relations entre médecins et malade*, Basel New-York, S. Karger Sandoz (Psychopathologie de l'expression).
- ASSOUN P.-L., 2009, *Corps et symptômes : leçons de psychanalyse*, 3ème édition, Paris France, Anthropos (Psychanalyse), 371 p.
- ASSOUN P.-L., 2014, « Freud et la médiation. Logique et pratique du maillon manquant », dans *Les médiation thérapeutiques par l'art*, Toulouse, Erès, p. 33-66.
- AUTRAN E., RIGAUD P., BARRAL D., VILLEVAL B., 1992, « The rediscovery of the corporal scheme », *A la redécouverte du schéma corporel*, 42, 8, p. 24-29.
- BAAS B., 2003, « L'angoisse et la dette », *Savoirs et clinique*, 3, 2, p. 27-34.

- BAILLY, D. (dir.), 2005, *Pédopsychiatrie de liaison: vers une collaboration entre pédiatres et psychiatres*, Rueil-Malmaison, France, Doin (Progrès en pédiatrie), 230 p.
- BAKKER A., HEIJDEN P.G.M. VAN DER, SON M.J.M. VAN, SCHOOT R. VAN DE, LOEY N.E.E. VAN, 2011, « Impact of pediatric burn camps on participants' self esteem and body image: an empirical study », *Burns: journal of the International Society for Burn Injuries*, 37, 8, p. 1317-1325.
- BANEGAS R., OTAYEK R., 2003, « Le Burkina Faso dans la crise ivoirienne », *Politique africaine*, N° 89, 1, p. 71-87.
- BARRIER P., 2007, « Le corps malade, le corps témoin », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 1, 1, p. 79-100.
- BARRIMI M., ELGHAZOUANI F., AARAB C., TLIJI A., RHARRABTI S., LAHLOU F., RAMMOUZ I., AALOUANE R., 2014, « Une expérience de psychiatrie de liaison au Maroc : étude transversale sur 24 mois », *L'Encéphale*, 40, p. 373—379.
- BASTIN T, 2000, « L'enfant et sa maladie : aspects psychologiques de l'hospitalisation », *Archives de Pédiatrie*, 7, p. 405-409.
- BEETSCHEN A., 2004, « Face à l'inquiétant », dans *L'enfant, la parole et le soin. La clinique à l'épreuve du soin*, Ramonville Saint-Ange, Erès, p. 131-135.
- BENHAMOU M., 2012, « Considérations générales sur l'inscription traumatique dans la psyché », *Perspectives Psy*, 51, 1, p. 22-41.
- BERGES J., 1998, « Le Transitivity », dans *Narcissisme de la mère, narcissisme de l'enfant*, Saint-Denis, Association Santé Mentale et Culture, p. 45-54.
- BERGES J., 2002, « Le regard et l'imaginaire du corps », *Journal Français de Psychiatrie*, 2, 16, p. 43-46.
- BERGES J., BALBO G., 1994, *L'enfant et la psychanalyse*, Paris, Masson (Bibliothèque de clinique psychanalytique), 205 p.
- BERGES J., BALBO G., 1998, *Jeu de places de la mère et de l'enfant. Essai sur le transitivity*, Ramonville Saint-Ange, Erès (Psychanalyse et clinique), 125 p.
- BERNARD M., 1976, *Le Corps*, 5ème édition, Paris, Éditions universitaires (Encyclopédie universitaire), 165 p.
- BERTRAND M., 2002, « Psychologie et psychanalyse devant les traumatismes de guerre », *Champ psychosomatique*, 28, 4, p. 97.
- BIDAUD E., 2005a, « Remarques psychanalytiques sur le visage », dans *Visages*, Paris, l'Harmattan (Cahiers de l'Infantile), p. 241.
- BIDAUD E., 2005b, « L'adolescent et « la scène pornographique » », *Adolescence*, n° 51, 1, p. 89-98.
- BIDAUD E., 2014, « Vers une psychanalyse du visage », dans *Recherches de visages. Une actualité de la psychanalyse*, Paris, Hermann, p. 15-29.
- BIDAUD E., OUVRY O., 2008, « Adolescence, vêtement et visagification », *Adolescence*, 3, 61, p. 645-656.

BISSOUMA A.E.L., MOH N.E., TE-BONLE M.D., AGUEHOUNDE C., FOURMENT M., DELAFOSSE R.C.J., 2012, « A singular encounter around the child in surgery », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60, 5, p. S289.

BISSOUMA A.-C., ANOUMATAKY M.A.P.N., DACLIN M., TE-BONLE D.M.D., DELAFOSSE R.C.J., FOURMENT M.-C., 2013, « Bilan et perspectives de la psychiatrie infantile en Côte d'Ivoire », *L'Évolution Psychiatrique*, vol 79, n°3, pp 434-456

BISSOUMA A.-C., ANOUMATAKY M., TE-BONLE D.M.D., DELAFOSSE R., FOURMENT M.-C., 2013, « Psychiatrie et pédopsychiatrie en Côte d'Ivoire, une histoire qui s'écrit toujours », *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 56, 2, p. 521-539.

BISSOUMA A.-C., N'GUESSAN K.R., AKE Y.L., YEO-TENENA J.-M., DELAFOSSE R.C.J., FOURMENT M.-C., 2014, « Illusions parentales et violences chirurgicales autour de la jambe fracturée d'une adolescente », *Afrique biomédicale*, 19, 4, p. 115-124.

BLOCH SEBILLE F., 1989, *Réflexions sur la notion de schéma corporel*, Thèse d'exercice, Necker, Paris V Descartes, 89 p.

BOËTSCH G., 2009, « Le sacrifice en anthropologie », dans *Le sacrifice du soldat*, ECPA/CNRS, p. 13-15.

BOËTSCH G., HERVE C., ROZENBERG J.J., 2007, « « Avant-propos » », dans *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, De Boeck Supérieur (Hors collection), p. 360.

BOKANOWSKI T., 2010, « Du traumatisme au trauma : Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse », *Psychologie clinique et projective*, n° 16, 1, p. 9-27.

BOKANOWSKI T., 2014, « Traumatisme et processus psychanalytique », dans *Quels traitements pour l'effraction traumatique? Apports de la clinique et de la pratique psychanalytiques*, Paris, In Press (Explorations psychanalytiques), p. 127-138.

BONNET M., 1997, « L'interprétation-effraction », dans *Effraction*, Paris Bruxelles, De Boeck Université (Études Psychothérapeutiques), p. 37-47.

BORTEN-KRIVINE I., FERREY G., FERRERI M., FLAGEUL G., GODEFROY M., HANNOUN L., NUSINOVICI V., PACAULT-LEGENDRE V., ROBEL J., 1990, « Troubles psychiques et chirurgie », *Encyclopédie médico-chirurgicale, Psychiatrie*, n° 37-677-A-10

BOUGNOUX D., 2003, « « Faire visage, comme on dit faire surface » », *Les cahiers de médiologie*, N° 15, 1, p. 9-15.

BOUQUINET E., BALESTRA J., BISMUTH E., BRUNA A.-L., GALLET S., HARVET G., JEAN S., JOUSSELME C., 2008, « Maladie chronique et enfance : image du corps, enjeux psychiques et alliance thérapeutique », *Archives de Pédiatrie*, 15, 4, p. 462-468.

BRESCHI F., GRISONI-COLLI A., BECCARI R., 1967, « Contribution à la recherche sur le schéma corporel », *Journal of the Neurological Sciences*, 5, 1, p. 27-31.

BRILLON M., 2006, « Image du corps et maladie physique: Une exigence de travail pour la pensée », *Psychologie Québec*, 2006, p. 18-20.

BRILLON P., 2010, *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique ?*, Quebecor, Canada, Edition Ambre-Genève, impr 2011, 456 p.

BROCQ H., 2008, « Le corps comme étayage identitaire », dans *Médiations corporelles dans la pratique des soins*, Paris, Elsevier Masson (Psychosomatique, santé, douleur), p. 37-54.

BROQUEN, M., GERNEZ, J.-C. (dirs.), 1997, *L'effraction par-delà le trauma*, Paris, France, 205 p.

BROSSARD A., DEMINGEON-PESSONNEAUX S., PORTALIER S., 2006, « Réexamen critique des fonctions des regards dans les interactions dyadiques en fonction de l'accès à la visibilité des interlocuteurs », *L'année psychologique*, 106, p. 609-631.

BROYER G., DUMET N., 2002, *Cliniques du corps*, Presses Universitaires Lyon, 256 p.

BRUN A., 2005, « Historique de la médiation artistique dans la psychothérapie psychanalytique », *Psychologie clinique et projective*, 1, 11, p. 323-344.

BRUN D., 2003, « Blessures du corps, blessures d'une vie », *Imaginaire & Inconscient*, 4, 12, p. 53-60.

BRUN D., BERNARD F., 2003, *Le corps*, Paris, France, Bayard (La vie de Famille. Des repères pour bien vivre avec vos enfants), 125 p.

BRUNER J.S., 2004, *Le développement de l'enfant: savoir faire, savoir dire*, 7ème édition, 2ème tirage, Paris, PUF (Psychologie d'aujourd'hui), 313 p.

CADY S., ROSEAU C., 1996, *Les métamorphoses du corps. Dessins d'enfants et oeuvres d'art, une approche psychosomatique de l'espace de la représentation*, L'Harmattan, Paris (Psychanalyse et civilisations), 143 p.

CAMBIER A., 1996, « Dessiner: un processus de médiation psychique », dans *Le dessin de l'enfant. De l'approche génétique à l'interprétation clinique*, Saint-Etienne, France, La Pensée sauvage (Bibliothèque Psychologie et Education), p. 15-28.

CANOÛI P., 2009, « La pédopsychiatrie de liaison, quelques réflexions de la pratiques à des théories », *Psychiatrie française*, 1, p. 91-103.

CANOÛI P., CONSOLI S.M., 2012, « Dix commandements du psychiatre de liaison et quelques codicilles pédopsychiatriques », dans *La pédopsychiatrie de liaison*, Paris, Erès (la vie de l'enfant), p. 337-344.

CANOÛI P., GOLSE B., 2012, « Quelques remarques théoriques sur la pédopsychiatrie de liaison », dans *La pédopsychiatrie de liaison*, Paris, Erès (la vie de l'enfant), p. 17-33.

CAPITAN CAMANES A., 2010, « L'amputation: Réajustement social et symbolique du corps », dans *Le corps, son ombre et son double*, Paris, Nouvelles Etudes Anthropologiques, p. 59-70.

CAPRIOGLIO D., 2002, « Après l'attaque du 11 septembre : paroles et dessins d'enfants Italiens et Français », *L'Autre, Volume 3*, 3, p. 545-561.

CARMOY R. DE, 1978, « Psychology and surgery: opacity and complementarity », *Revue de Neuropsychiatrie Infantile et d'Hygiène Mentale de l'Enfance*, 26, 2-3, p. 73-78.

CARMOY R. DE, 1995, « Anxiety and reconstructive surgery in children and adolescents », *Psychiatr Infant*. 1995;38(1):141-202.

CARMOY R. DE, CHILAND C., 1989, *Angoisse et chirurgie orthopédique infantile*, Thèse de doctorat : Psychologie, Paris 5.

CARON R., LEROY F., BERL S., BEAUNE D., 2007, « L'impossible écart entre représentation du corps malade et représentation de soi », *Psycho-Oncologie*, 1, p. 41-47.

CHIFFRE-BELLE C., PARERA K., RAYNAUD J.-P., 2011, « S'il te plaît, dessine-moi un visage... », *Enfances & Psy*, 2, 51, p. 83-91.

CHONDRONIKOLA M., SIDOSSIS L.S., RICHARDSON L.M., TEMPLE J.R., BERG P.A. VAN DEN, HERNDON D.N., MEYER W.J., 2013, « Impact of obesity on body image dissatisfaction and social integration difficulty in adolescent and young adult burn injury survivors », *Journal of burn care & research: official publication of the American Burn Association*, 34, 1, p. 102-108.

CHOUVIER B., 2004, « Souffrance traumatique, imagos parentales et transgénérationnel », *Cahiers de psychologie clinique*, n° 23, 2, p. 83-130.

CLAIR J., 2003, « L'autoportrait au miroir absent », *Les cahiers de médiologie*, N° 15, 1, p. 163-171.

CLAUDON P., ROCHE-BAUCHET G., GUIRKINGER B., LIGHEZZOLO-ALNOT J., ZIEGLER O., 2012, « Représentation de soi et vécu de l'espace corporel chez des sujets obèses sévères en attente de chirurgie bariatrique », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 170, p. 628-635.

CLOËS C., 2014, « Les temporalités propres à la douleur et à la souffrance », *Revue française de psychanalyse*, Vol. 78, 4, p. 1095-1106.

COGNEAU D., MESPLE-SOMPS S., ROUBAUD F., 2003, « Côte d'Ivoire : histoires de la crise », *Afrique contemporaine*, n° 206, 2, p. 5-12.

COLDEFY J.-M., GAUDART D'ALLAINES F. DE, 1963, *Psychologie appliquée à la chirurgie*, Paris, Éditions médicales Flammarion. 217p

COLOMBO BERTOCCHI M.L., 1999, *La douleur en chirurgie chez l'enfant.*, Soins Pédiatrie Puériculture, n° 187, 1999/03-04, pages 12-15 187, p. 12-15.

COMTE F., 1988, *Les grandes figures des mythologies*, Paris, Bordas (Les Compacts), 256 p.

CONEIN B., 1998, « Les sens sociaux : coordination de l'attention et interaction sociale », *Intellectica*, 1-2, 26-27, p. 181-202.

COQ J.-M., CREMNITER D., 2004, « Les thèmes exprimés dans les dessins d'enfants réfugiés du Kosovo », *Perspectives Psy*, Vol. 43, 3, p. 218-225.

CORRAZE J., 1973, *Schéma corporel et image du corps*, Toulouse, Privat (Rhadamanthe), 187 p.

COUILLARD M., 2011, *Les représentations graphiques de la détresse psychologique chez des adolescents*, doctorat psychologie, Quebec, Canada, Quebec, Université Trois-Rivière, 349 p., lien: www.depot-e.uqtr.ca/2272/1/030275410.pdf consulté le 22/10/2013

DANET F., GANSEL Y., 2008, « Les pratiques médicopsychologiques inspirées par la psychanalyse dans les services d'urgence – état des lieux et perspectives- Medicopsychological treatment inspired by psychoanalysis in emergency departments – inventory and prospects Franc », *L'évolution psychiatrique*, 73, p. 443-460.

DARCHIS-BAYART E., 2006, « Les inscriptions corporelles enfantines : une saga familiale ? », *Enfances & Psy*, 3, 32, p. 94-104.

- DAVIDO R., 1976, *Le Langage du dessin d'enfant*, Paris, Presses de la Renaissance (Collection Psychologie de la vie quotidienne).251p
- DAVIDO R., 2000, *La découverte de votre enfant par le dessin*, L'Archipel, 261 p.
- DEBIENNE M.-C., 1968, *Le dessin chez l'enfant*, Paris, PUF (SUP). 122p
- DEJOURS C., 2001, *Le corps, d'abord: corps biologique, corps érotique, sens moral*, Paris, Payot, 215 p.
- DELAFOSSÉ C., FOUSSAT C., KOHLER R., SABATIER E., COSTANZO P., 1996, « Évaluation et prise en charge de la douleur de l'enfant hospitalisé en chirurgie pédiatrique », *Revue Internationale de Pédiatrie*, 266, p. 6-9.
- DELEUZE G., GUATTARI F., 1980, « 7-Année zéro. Visagéité », dans *Capitalisme et Schizophrénie. Mille Plateaux*, Paris, Les Editions de minuit (Critiques), p. 205-234.
- DELION P., 2004, « Quelques axes prioritaires pour la formation des psychistes », dans *Quelle formation pour quelle psychiatrie ?*, Ramonville Saint-Agne, France, Érès, p. 93-101.
- DEMEULE C., 2014, « Clinique du visage: mise en regard de la chirurgie maxillo-faciale, de la psychose et des tentatives de suicide par arme à feu », dans *Recherches de visages. Une actualité de la psychanalyse*, Paris, Hermann, p. 53-87.
- DENIS P., 2010, *Rives et dérives du contre-transfert*, Paris, PUF (le fil rouge), 179 p.
- DENIS P., 2011, *De l'âge bête: la période de latence*, Paris, France, PUF (Quadrige. Essais, débats), 204 p.
- DEROUESNE C., 2005, « Neuropsychology of action and body schema », *Neuropsychologie de l'action et schéma corporel.*, 3, 2, p. 135-136.
- DESPRATS PEQUIGNOT C., 2004, « Corps extrêmes, corps d'enfance : prouesses de la chirurgie réparatrice et de la parole de contes de fées », *Champ psychosomatique*, 34.
- DEWULF A.-C., BROECK N.V., PHILIPPOT P., 2006, « L'état de stress post-traumatique chez l'enfant : questions autour de la description diagnostique », *Bulletin de psychologie, Numéro 481*, 1, p. 119.
- DIXON S., NEWTON J., TEH J., 2011, « Stress fractures in the young athlete: a pictorial review », *Current problems in diagnostic radiology*, 40, 1, p. 29-44.
- DOHIN B., KOHLER R., 2008, « Traumatologie du ski et du snowboard chez l'enfant et l'adolescent : épidémiologie, physiopathologie, prévention et principales lésions », *Archives de Pédiatrie*, 15, 11, p. 1717-1723.
- DOLTO F., 1981, *Au jeu du désir*, Paris, Le Seuil (Essais cliniques), 345 p
- DOLTO F., 1984, *L'image inconsciente du corps*, Paris, Editions du Seuil. 375p.
- DOLTO F., 1998, « La fonction maternelle et sa symbolique », dans DJERIBI-VALENTIN M., KOUKI É. (dirs.), *Le féminin*, Paris, France, Gallimard, p. 83-87.
- DOLTO F., NASIO J.-D., 2002, *L'enfant du miroir*, Paris, Payot & Rivages (Petite Bibliothèque Payot), 159 p.
- DOMMERMUES J.-P., 2010, « Latency phase of childhood: Point of view and tasks for pediatricians », *L'enfant en phase de latence : point de vue et objectifs du pédiatre*, 58, 1-2, p. 36-40.

- DORJ., 1995, *Introduction à la lecture de Lacan. L'inconscient structuré comme un langage*, Paris, France, Denoël, DL 2002, iv+555 p.
- DOUVILLE O., 2014, « Présence du visage, pouvoirs des masques », dans *Recherches de visages. Une actualité de la psychanalyse*, Paris, Hermann, p. 101-124.
- DREVET P., 2003, « Le désir de visage », *Les cahiers de médiologie*, N° 15, 1, p. 17-23.
- DUBOIS C., 2012, « Le secret de Bessodia. Chirurgie orthopédique pédiatrique », dans *La pédopsychiatrie de liaison*, Paris, Erès (la vie de l'enfant), p. 275-285.
- DUCHAINE M., 2013, « Légendes africaines: Mami-wata », blog: *Michelduchaine*, URL: michelduchaine.com/2013/10/30/legendes-africaines-mami-wata/ consulté le 11/02/015
- DUFOUR J., 1996, « Angoisse en chirurgie et en réanimation. Dégâts corporels et image de soi-Accompagnement psychologique », dans *La dimension de la souffrance en chirurgie et réanimation*, Paris, Masson, p. 97-104.
- DUVERGER P.A., CHOCARD A.-S., MALKA J., NINUS A., MARCELLI D., PICHEROT G., 2011, *Psychopathologie en service de pédiatrie: pédopsychiatrie de liaison*, Issy-les-Moulineaux, France, Elsevier, Masson (Les âges de la vie [Ressource électronique]. - Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011-).
- ENACHESCU C., 1971, « Disorders of body image and their representations in drawing », *Les troubles du schéma corporel et leurs représentations dans le dessin.*, 60, 3, p. 210-244.
- ENGELHART D., 1980, *Dessin et personnalité chez l'enfant : études à partir d'une épreuve multiple de dessins*, Paris, Éditions du Centre national de la recherche scientifique (Monographies françaises de psychologie), n°52, 86p
- ESTRADE M., 2010, *Création, arts et psychanalyse*, Bruxelles, Belgique, EME : InterCommunications, 174 p.
- FAIN M., 2001, « La fonction maternelle selon Pierre Marty », *Revue Française de psychosomatique*, 2, 20, p. 47-52.
- FALL L., DIOUF M., THIAM M., SYLLA O., GUEYE M., 2007, « Près de quarante ans de pédopsychiatrie au Sénégal », *Perspectives Psy*, 46, 4, p. 329-335.
- FAUCONNIER E., SCALABRINI J., MELJAC C., 2009, « Body schema: An assessment tool (Meljac, Stambak et Bergès, 1966) revalidation and updating », *Une épreuve de schéma corporel (Meljac, Stambak et Bergès, 1966) réétalonnage et actualisation*, 21, 104-105, p. 367-375.
- FERENCZI S., 1982, *Le traumatisme*, traduit par COQ-HERON, Paris, France, Ed. Payot & Rivages, impr. 2006 (Petite Bibliothèque Payot), 170 p.
- FERRAGUT E., 1996, « La dimension de l'humain et la souffrance », dans *La dimension de la souffrance en chirurgie et réanimation*, Paris, Masson, p. 33-75.
- FIÉVEZ E.F.P.A., HANSSSEN N.M.A.I., SCHOTANUS M.G.M., HAAREN E.H. VAN, KORT N.P., 2013, « Stress fracture of the femoral neck in a child: a case report », *Journal of pediatric orthopedics. Part B*, 22, 1, p. 45-48.
- FISCHER G.-N., 2005, *La trace de l'autre: méditation sur le lien humain*, Paris, France, O. Jacob, 202 p.

- FLAGEY D., 2001, « Les logiques de la clinique en pédopsychiatrie », *Cahiers de psychologie clinique*, 1, 16, p. 131-141.
- FLAHAULT F., 2003, « De la face au visage », *Les cahiers de médiologie*, N° 15, 1, p. 33-40.
- FOFANA M., 2011, « Des Forces nouvelles aux Forces républicaines de Côte d'Ivoire », *Politique africaine*, N° 122, 2, p. 161-178.
- FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE, 1994, *Dessine-moi la paix, la guerre vue par les enfants de l'ex-Yougoslavie*, Paris, France, Chêne, 79 p.
- FORESTIER R., 2010, *Profession Art-thérapeute*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson (Actes du congrès de l'AFRATAPEM).190 p
- FREUD A., 1951, *Le traitement psychanalytique des enfants*, traduit par ROCHAT E., BERMAN A., Paris, France, PUF, 7ème édition impr. 2002, 2ème tirage 2007, DL 1951 (Bibliothèque de psychanalyse), 128 p.
- FREUD A., 1968, *L'enfant dans la psychanalyse*, traduit par WIDLÖCHER D.T., BINOUX F., CALOTHY M.-C., Paris, France, Gallimard, trad. franç. 1976, impr. 1997, DL 1976 (Connaissance de l'inconscient), 385 p.
- FREUD S., 1925, *Trois essais sur la théorie sexuelle*, traduit par KOEPEL P., Paris, France, Gallimard, DL 1987, 211 p.
- FREUD S., 2010, *Leçons d'introduction à la psychanalyse*, traduit par BOURGUIGNON A., DELARBRE J.-G., HARTMANN D., Paris, France, PUF, DL 2010, 2ème édition 2013, xv+518 p.
- FREUD S., 1956, « Psychopathologie de l'hystérie », dans *Naissance de la psychanalyse, 1887-1902*, Paris, P.U.F., 5e éd. 1985, p. 346-366.
- FURTOS J., 2004, « L'effroi, la rencontre et le psychiatre », dans *L'enfant, la parole et le soin. La clinique à l'épreuve du soin*, Ramonville Saint-Ange, Erès, p. 27-30.
- GAGEY O., 2001, « Une violence gérée de conserve », *Etudes*, 394, 1, p. 29-40.
- GARCIA-FONS T., 2002, « Invention du dessin dans la cure psychanalytique de l'enfant », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 3, 49, p. 43-50.
- GATECEL A., 2013, « Corps réel/corps imaginaire et psychothérapie corporelle », *Psychosomatique relationnelle*, 1, 1, p. 30-38.
- GERBER S., 2004, « Entre pratique et théorie médicale », *Le Coq-héron*, 1, 176, p. 116-129.
- GERNET I., 2007, « Corps et subjectivité », *L'Évolution Psychiatrique*, 72, 2, p. 338-345.
- GEY M., 2006, « Au-delà du corps-machine : l'expérience extrême du sujet hospitalisé », *Champ psy*, n° 44, 4, p. 61-75.
- GHEEST F. (DE), LAMBOTTE I., DETEMMERMAN D., LINGIER P., COSTER L. DE, 2006, « Le vécu psychologique d'enfants confrontés à une intervention chirurgicale digestive lourde : mise en évidence de leurs ressources internes et relationnelles », *Le Carnet psy*, 2, 106, p. 31-37.

GIL R., 2013, « Corps ingrat et soin: Résistance du corps, résistance au corps », dans *Médecine et société: Vers de nouvelles frontières du corps?*, Montpellier (Les carnets de l'espace éthique de Bretagne), p. 79-87.

GIORDANO F., 2012, *le « test de trois dessins: "avant", "»pendant" et "»avenir". Un outil qualitatif pour l'évaluation clinique du traumatisme psychique chez l'enfant victime de tremblement de terre*, Thèse de doctorat, Paris, Paris 13.

GIROMINI, 2003, « Psychomotricité : Les concepts fondamentaux », <http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/fondamentaux/index.html>, consulté le 23/09/13

GOLSE B., SIMAS R., 2008, « Du moi-corps freudien à la coconstruction du self, en passant par l'image du corps. La place de l'attention de l'adulte envers la liberté motrice du bébé, en référence aux travaux de l'Institut Pikler-Lóczy de Budapest », *Contraste*, 1, 28-29, p. 129-138.

GRABER J.-L., 2004, « Les mots en psychothérapie », dans *L'enfant, la parole et le soin. La clinique à l'épreuve du soin*, Ramonville Saint-Ange, Erès, p. 139-147.

GREIG P., 2003, « L'évolution du personnage : construction du schéma corporel », *Enfance et parentalité*, p. 63-79.

GUEDENEY N., GUEDENEY A., DANON G., MINTZ S., MORALES-HUET M., RABOUAM C., JACQUEMAIN F., NESTOUR A. LE, ROUJEAU S., 2002, « À propos des systèmes de classification en psychiatrie du très jeune enfant : utilisation de la classification diagnostique zero to three », *La psychiatrie de l'enfant*, 2, 45, p. 483-531.

GUILLERAULT G., 1995, *Le corps psychique : essai sur l'image du corps selon Françoise Dolto*, Paris, Éd. L'Harmattan (Emergences), 223 p.

GUILLERAULT G., 2003, *Le miroir et la psyché: Dolto, Lacan et le stade du miroir*, Paris, France, Gallimard, 279 p.

GUITTONNEAU M., 2012, « L'effacement des affects comme restauration d'une enveloppe psychique et corporelle: Oeuvre de Thanatos ou d'Eros? », *Cliniques méditerranéennes*, 1, 85, p. 241-255.

HARIKI S., 2007, « Chapitre 19 - Le dessin dans la thérapie de l'enfant traumatisé », dans *Traumatismes psychiques*, Paris, Elsevier Masson, p. 193-206.

HAULLE C., 2005, « La blouse : réflexions sur l'identité du psychiatre de liaison en pédiatrie », *Perspectives Psy*, Vol. 44, 2, p. 107-110.

HENO J., 2008, « Expérience de pédopsychiatrie de liaison », *VST - Vie sociale et traitements*, 100, 4, p. 77.

HOUZEL D., 1997, « Le corps et l'esprit », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 20, p. 21-38.

JACQUES A., LEFEBVRE A., 2005, « La création artistique... Un en-deçà du Désir », *Cahiers de psychologie clinique*, 1, 24, p. 187-213.

JAMBON J.-C., SCHERER R., 1999, *Visage, visagéité, visagéification: du concept à l'image*, 686 p.

JEANNEROD M., 2010, « De l'image du corps à l'image de soi », *Revue de neuropsychologie*, Volume 2, 3, p. 185-194.

- JOIE M., 1997, *Le corps de l'enfant opéré*, Thèse de doctorat, Bordeaux, France, sn, 83 p.
- JOLY F., 2007, « Le sens des thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55, 2, p. 73-86.
- JOLY Y., 2006, « L'image du corps et la conscience de soi », *Psychologie Quebec*, 2006, p. 21-23.
- JOUSSELME C., 2003, « La psychiatrie infanto-juvénile aujourd'hui : accès à la prise en charge *via la pédiatrie* », *l'Information Psychiatrique*, 79, 8, p. 683-686.
- JOUSSELME C., 2005, *Comprendre l'enfant malade: du traumatisme à la restauration psychique*, Paris, France, Dunod (Collection Psychothérapies), 187 p.
- JULIEN M.-P., ROSSELIN C., WARNIER J.-P., 2006, « Le corps : matière à décrire », *Corps*, 1, 1, p. 45-52.
- KAËS R., 2007, « Du moi-peau aux enveloppes psychiques. Genèse et développement d'un concept », *Le Carnet PSY*, 4, 117, p. 33-39.
- KAËS R., 2009, *Les alliances inconscientes*, Paris, Dunod (Psychismes), 2ème édition, 251 p.
- KAËS R., MISSENARD A., KASPI R., ANZIEU D., GUILLAUMIN J., BLEGER J., JACQUES E., 1997, *Crise, rupture et dépassement*, 2ème édition, Paris, Dunod (Inconscient et culture), 324 p.
- KATCHADOURIAN F., 2011, « Position subjective et traumatisme : un temps suspendu au temps de l'Autre », *Cliniques*, N° 2, 2, p. 16-29.
- KERNIER (DE) N., 2010, « Face à la désorganisation somatique, animer la psyché », *Pratiques psychologiques*, 16, p. 141 -156 .
- KIPMAN S.-D., 1981, *L'Enfant et les sortilèges de la maladie : Fantasmies et réalités de l'enfant malade, des soignants et de sa famille.*, Paris, Stock, 207 p.
- KLEIN M., 2009, *La psychanalyse des enfants*, traduit par BOULANGER J., Paris, France, PUF (Quadrige, grands textes), 3ème édition, 318 p.
- KLEIN M., RIVIERE J., 2001, *L'amour et la haine: le besoin de réparation*, traduit par STRONCK-ROBERT A., Paris, France, Payot & Rivages, 169 p.
- KONE D., AMANI N., VE D., 2009, « La femme dans les mythologies de Côte d'Ivoire », *Perspectives Psy*, 48, 4, p. 323-325.
- KRISTEVA J., 2001, *Pouvoirs de l'horreur. Essai sur l'abjection*, Editions du Seuil (Points), 2ème édition, 248 p.
- KSENSEE A., 1995, « Phénomènes transitionnels. Destin des pulsions. Créativité. Sublimation », *Revue française de psychanalyse*, n° 59, 5, p. 1557-1564.
- KUBIK J.F., GILL R.S., LAFFIN M., KARMALI S., 2013, « The impact of bariatric surgery on psychological health », *Journal of obesity*, 2013, p. 837989.
- LACAN J., 1966, *Ecrits (1)*, 2ème édition, du Seuil, édité 1999, impr 2014, DL 2014 (Points Essais), 572 p.
- LACAN J., 1999, *Ecrits (2)*, 2ème édition, du Seuil, édité 1999, impr 2014, DL 2014 (Points Essais), 400p.

- LANTERI-LAURA G., 2005, « L'objet de la psychiatrie et l'objet de la psychanalyse », *L'Évolution Psychiatrique*, 70, p. 31-45.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., 1967a, « Stade du miroir », *Vocabulaire de la Psychanalyse*, p. 452-453.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.-B., 1967b, « Représentation », *Vocabulaire de la Psychanalyse*, p. 414.
- LAZAROVICI R., 1986, « Entre acte et pensée : la consultation psychiatrique en chirurgie infantile », *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 34, 11-12, p. 485-493.
- LEBIGOT F., 2009, « Le traumatisme psychique », *Stress et Trauma*, 9, 4, p. 201-204.
- LE BRETON D., 2005, « Le visage comme identité », dans *Visages*, Paris, l'Harmattan (Cahiers de l'Infantile), p. 241.
- LE BRETON D., 2008, *Anthropologie du corps et modernité*, PUF (Quadrige. Essais, débats), 5ème édition, 330 p.
- LEHNEBACH N., 1982, « Cours de Deleuze du 26/01/82 - 2 Cinéma - cours n° 8 B », lien: www2.univ-paris8.fr/deleuze/article.php3?id_article=139 consulté le 7/04/2015
- LE RUN J.-L., 2005, « D'un millénaire à l'autre, Méduse », *Enfances & Psy*, 1, 26, p. 43-54.
- LIATARD A., 2004, « Quand penser le corps fait mal », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 58, 4, p. 97.
- LINHARES A., 2004, « Quand le sexe fait visage : L'identité sexuelle au regard de la « clinique du dévisagement » », *Champ psy*, n° 34, 2, p. 67-83.
- MAGNENAT D., 2005, « Pédopsychiatrie de liaison en oncologie : du terrorisme sans nom au combat contre la boule », *Psychothérapies*, Vol. 25, 3, p. 145-154.
- MAQUEDA F., 1999, *Traumatismes de guerre : actualités cliniques et humanitaires*, Revigny-sur-Ornain, France, Ed. Hommes et perspectives, 184 p.
- MARCELLI D., 1996, *Enfance et psychopathologie*, Paris, France (Abrégés (Paris. 1971)), 601 p.
- MASSON C., 2014, « Les visages de mémoire au travail de la création », dans *Recherches de visages. Une actualité de la psychanalyse*, Paris, Hermann, p. 125-150.
- MIJOLAT (DE) A., 2013a, « Stade du miroir », *Dictionnaire international de la psychanalyse*, 2, p. 1710-1711.
- MIJOLAT (DE) A., 2013b, « Regard », *Dictionnaire international de la psychanalyse*, 2, p. 1491-1492.
- MILLAT B., 1996, « La dimension psychologique en chirurgie », dans *La dimension de la souffrance en chirurgie et réanimation*, Paris, Masson, p. 21-31.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA DE COTE D'IVOIRE, 2012, « PLAN NATIONAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE- 2013 - 2015 », lien <https://healthresearchweb.org/?action=download&file=PNDS.2013> consulté le 13/03/2015
- MOLENAT F., 2004, « Au croisement des espaces transitionnels », dans *L'enfant, la parole et le soin. La clinique à l'épreuve du soin*, Ramonville Saint-Agne, France, ERES, p. 31-36.

- MORASZ L., 2003, *Prendre en charge la souffrance à l'hôpital*, Paris, France, Dunod, 249 p.
- MORIN C., THIBIERGE S., DEROUESNE C., 2013, *Schéma corporel, image du corps, image spéculaire : neurologie et psychanalyse*, Toulouse, Érès éd (Érès poche).
- MOUTET M., 2004, « Corps en représentation et représentations du corps », *Cahiers de Gestaltthérapie*, 1, 15, p. 137-154.
- MULLOT-BLUM P., 2014, « Ce qui me fait tenir, c'est quand j'attrape les visages », dans *Recherches de visages. Une actualité de la psychanalyse*, Paris, Hermann, p. 31-52.
- NASIO J.-D., 1988, *Enseignement de 7 concepts cruciaux de la psychanalyse*, Payot & Rivages DL 2001, impr. 2004 (Petite Bibliothèque Payot), 299 p.
- NASIO J.D., 2007, *Mon corps et ses images*, 2ème édition, Paris, Payot & Rivages, 2ème édition, DL 2013, impr. 2014 (Petite Bibliothèque Payot), 275 p.
- NASIO J.D., 2008, *Mon corps et ses images*, Nouvelle édition revue et augmentée, Paris, Payot (Désir-Payot), 256 p.
- NAVILLE P., ZAZZO R., WEIL P.-G., WALLON H., 1951, *Le dessin chez l'enfant*, 2e éd., Paris, PUF.
- NEBOUT-LENES M.-C., 2001, « La trace sensorielle du trauma dans les dessins d'enfants victimes », *Revue francophone du stress et du trauma*, 1, 2, p. 103-108.
- NICOLAÏDIS N., 1985, *La représentation : essai psychanalytique de l'objet référent à la représentation symbolique*, Paris, Dunod (Psychismes). *Revue française de psychanalyse*, vol. 49, n° 6, pp. 1594-1597
- OPPENHEIM D., HARTMANN O., 2003, « L'expérience du cancer des enfants illustrés par leurs dessins. », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 51, p. 5-13.
- OZER K., GILLANI S., WILLIAMS A., HAK D.J., 2010, « Psychiatric risk factors in pediatric hand fractures », *Journal of pediatric orthopedics*, 30, 4, p. 324-327.
- PARADIS-GUENNOU M., LEGRAS S., MILESI C., MAURY M., VISIER J.-P., 2002, « L'abord pluridisciplinaire d'un traumatisme grave chez un adolescent. Complexité du diagnostic et des soins intensifs », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 50, 4, p. 287-291.
- PECCIA-GALLETTO C., 2009, « Le traumatisme psychocorporel : traces et empreintes contrastées », *Enfances & Psy*, 45, 4, p. 140.
- PEREIRA M.E.C., PEREIRA M.M.D., 2014, « Eléments pour une théorie lacanienne de la médiation thérapeutique », dans *Les médiation thérapeutiques par l'art*, Toulouse, Erès, p. 127-154.
- PERRON R., 1964, « La genèse de la représentation de soi. Les orientations actuelles de la recherche. », *Enfance*, 17, 4, p. 357-376.
- PICARD D., BALDY R., 2011, « Le dessin de l'enfant et son usage dans la pratique psychologique », *Développement*, p. 45-60.
- PICHEROT G., 2005, « Le pédiatre et la psychiatrie de liaison », *Perspectives Psy*, 44, 2, p. 111-116.
- PIOT M., 2008, « Le regard est visage », *Recherches en psychanalyse*, n° 6, 2, p. 131-137.

- PODLIPSKI M.-A., GAYET C., GERARDIN P., 2012, « Pédiatre et pédopsychiatre », *Adolescence*, 80, 2, p. 359.
- PRUDHOMMEAU M., WALLON H., 1947, *Le dessin de l'enfant*, Paris, PUF (Bibliothèque de philosophie contemporaine), 175p.
- RAIMBAULT G., ZYGOURIS R., 1990, *L'enfant et sa maladie: psychanalyse et consultation hospitalière*, Toulouse, Privat, 187p.
- RANTSORDAS F., 2013, *Arthéâtre Thérapie: à l'ombre du comme si, une aire de je en air de jeu*, Jargeau, Dorval Editions (Harmonie de soi), 155 p.
- REBIERE D., 2014, *Approche du trauma psychique à l'hôpital pédiatrique : effroi, sidération, élaboration du trauma*, Thèse de doctorat, Rennes, Rennes 2, 374 p.
- REIGNIER S., 2011, « L'enfant, le dessin et le transfert », dans *Le dessin et l'écriture dans l'acte clinique: de la trace au code*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, p. 49-63.
- REIK T., 1976, *Le psychologue surpris. Deviner et comprendre les processus inconscients*, Paris, Denoël (Freud et son temps), 302 p.
- REIK T., 1997, *Le besoin d'avouer. Psychanalyse du crime et du châtement*, 2ème édition, Paris, Payot & Rivages (Freud et son temps), 302 p.
- REZETTE S., 2008, *Psychologie clinique en soins infirmiers*, Elsevier Masson, 184 p.
- ROELENS N., 2012, « La hantise du visage chez Roland Barthes et Gilles Deleuze », URL: orbilu.uni.lu/bitstream/10993/13636/1/RoelensVisage.pdf consulté le 08/04/2015
- ROMAN M.-L., 2008, « Mémoire et trauma infantile », *Cliniques méditerranéennes*, 77, 1, p. 215.
- ROMANO H., 2010, « Le « dessin-leurre » », *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 53, 1, p. 71-89.
- ROYER J., 1995, *Que nous disent les dessins d'enfants?*, Revigny-sur-Ornain, France, Hommes et perspectives, 316 p.
- ROYER J., 2011, *Dessin du bonhomme: la personnalité de l'enfant dans tous ses états*, Revigny-sur-Ornain, France, Les éditions du journal des psychologues, 315 p.
- ROYOL J.-P., 2013, *Art-thérapie: au fil de l'éphémère*, Jargeau, France, Dorval, 152 p.
- ROZENBERG J.J., DAGOGNET F., 2011, *Le corps-autre et les sources de l'altérité: l'interface bio-psychoculturelle*, Bruxelles, Belgique, De Boeck, DL 2011, 262 p.
- SAMI-ALI M., 1991, *Corps réel, corps imaginaire : pour une épistémologie du somatique*, Paris, Dunod, 4e édition, impr. 2010 (Psychismes), 274 p.
- SAPIR M., 1985, *Soignant-soigné: le corps à corps*, Paris, France, Payot, 216 p.
- SCHAUDER S., 2014, « Les thérapies de médiation d'inspiration lacanienne: dialogues internationaux », dans *Les médiation thérapeutiques par l'art*, Toulouse, Erès, p. 67-93.
- SCHILDER P., 1980, *L'image du corps: étude des forces constructives de la psyché*, traduit par GANTHERET F.T., TRUFFERT P., Paris, France, Gallimard, impr. 1980 (Collection Tel), 352 p.

- SCHMID-KITSIKIS E., 2005, « Corps et psyché : théorisation », *Adolescence*, 2, 52, p. 381-401.
- SENECAL J., MOREIGNE F., BARDET C., 1960, « Application du test de Goodenough à des écoliers africains de 7 à 14 ans », *Enfance*, 13, 2, p. 199-208.
- SENEQUIER A., FALEH S., JOUSSELME C., 2015, « Atelier portrait: médiation artistique pour une reconstruction narcissique dans un contexte de blessé de guerre », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173, 1, p. 25-30.
- SIBERTIN-BLANC D., VIDAILHET C., 2003, « From corporeal to psychical break-in », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 51, 1, p. 1-4.
- SICARD D., 2007, « La médecine sans le corps : quelques notes sur la relégation du corps », *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 1, 1, p. 133-137.
- SILVESTRE C., 2002, « Pandora ou la féminité en partage », *Topique*, 1, 78, p. 119-154.
- SKOGSTAD L., TOIEN K., HEM E., HYLEN RANHOFF A., SADVIK L., EKEBERG O., 2012, « Psychological distress after physical injury : a one-year follow-up study of conscious hospitalised patients », *Injury, Int. J. Care Injured*.
- SOGNO-BERAT S., FOSSATI P., ALLILAIRE J.F., 2001, « Postoperative psychic disorders in general surgery department », *Troubles psychiques post-opératoires en service de chirurgie générale*, 159, 7, p. 515-521.
- SPADONE C., 2010, « Psychiatrie de liaison : quelle psychiatrie pour quelles liaisons ? », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 168, 3, p. 208-209.
- SVANDRA P., 2011, « Le soin sous tension ? », *Recherche en soins infirmiers*, N° 107, 4, p. 23-37.
- TAÏEB O., BAUBET T., PRADERE J., LEVY K., REVAH-LEVY A., SERRE G., MORO M.-R., 2004, « Traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie-Pédopsychiatrie*, 37-200-G-60, p. 23-32.
- THIBAUT-WANQUET P., FRESNEY C.D., 2008, *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital : La place des proches dans la relation de soin*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 155 p.
- THOULON-PAGE C., 2009, « L'intérêt du dessin pour une meilleure connaissance de l'enfant », dans *La rééducation de l'écriture de l'enfant*, Paris France, Elsevier, p. 79-108.
- VAETH J.M., BLOMBERG R.C., ADLER L., 1980, *Body image, self-esteem, and sexuality in cancer patients : 14th Annual San Francisco cancer symposium, San Francisco, Calif., March 23-24, 1979*, Basel Paris [etc.], Karger (Frontiers of radiation therapy and oncology).
- VALLET D., 2003, « Psychical trauma: Intrusion and unveiling », *Le traumatisme psychique: Effraction et dévoilement*, 53, 8, p. 837-839.
- VALLET D., 2009, « Actualités cliniques du traumatisme psychique », *l'Information Psychiatrique*, 85, 2, p. 161-165.
- VENEZIANO E., 2005, « Vers l'attention conjointe dans "l'ailleurs" et la prise en compte du mental d'autrui : Une convergence de développements cognitifs, sociaux et langagiers », *Cahiers du Service de la Recherche en Education du Canton de Genève*, 11, 3, p. 303-318.

- VERRIER N., 1997, *Développement des représentations de l'école et du soi scolaire : étude longitudinale à la maternelle*, Thèse de doctorat, Nantes, Université de Nantes, 344 p.
- VIAUX J.-L., 1997, « Le délit d'effraction: briser, passer, révéler », dans *Effraction*, Paris Bruxelles, De Boeck Université (Études Psychothérapeutiques), p. 23-35.
- VIGARELLO G., 2014, *Le sentiment de soi*, Paris, Seuil (L'univers historique), 311 p.
- VILA G., 2006, « L'état de stress post-traumatique chez l'enfant », *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 19, 3, p. 97-100.
- VINAY A., 2011, « Réflexions autour de l'utilisation du dessin dans l'examen psychologique », dans *Le dessin et l'écriture dans l'acte clinique: de la trace au code*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, p. 15-31.
- VITI F., 2009, « Les ruses de l'oral, la force de l'écrit. Le mythe baule d'Aura Poku », *Cahiers d'études africaines*, 4, 196, p. 869-892.
- VOISIN P., 1984, *Exploration à l'aide du dessin du vécu de l'intervention chirurgicale chez les enfants de 4 à 13 ans*, Thèse de doctorat, France.
- VUAGNAT F., MARET-COGEVAL J., 1996, « Processus de transformation et fonction de représentation dans le dessin de l'enfant », dans *Le dessin de l'enfant. De l'approche génétique à l'interprétation clinique*, Pensée sauvage (Bibliothèque Psychologie et Education), p. 351-373.
- WALLACE M., PURYEAR A., CANNADA L.K., 2013, « An evaluation of posttraumatic stress disorder and parent stress in children with orthopaedic injuries », *Journal of orthopaedic trauma*, 27, 2, p. 38-41.
- WALLON H., 1987, « Le corps propre et son image extéroceptive », dans *Les origines du caractère chez l'enfant: les préludes du sentiment de personnalité*, Paris, France, PUF, p. 218-237.
- WALLON H., LURÇAT L., 1987, *Dessin, espace et schéma corporel chez l'enfant*, Paris, ESF (Science de l'éducation), 151 p.
- WALLON P., 2001, *Le dessin d'enfant*, Paris, France, PUF, 5ème édition, impr. 2012, cop. 2001 (Que sais-je?), 127 p.
- WIDLÖCHER D., 1973, *L'Interprétation des dessins d'enfants*, Bruxelles, Belgique, Ch. Dessart (Psychologie et sciences humaines), 266 p.
- WIKIPEDIA, 2014, « Mami Wata », *Wikipédia*. URL fr.wikipedia.org/wiki/Mami_Wata, consulté le 11/02/15
- WIKTIONNAIRE, 2015, « Visagéification », *Wiktionnaire*. URL .wiktionary.org/wiki/visagéification , consulté le 14/04/15
- WINNICOTT D.W., 1989, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, traduit par KALMANOVITCH J., 2ème édition, Payot & Rivages (Sciences de l'homme Payot), 466 p.
- WINNICOTT D.W., 1996, *La mère suffisamment bonne*, traduit par KALMANOVITCH J., MICHELIN M., ROSAZ L., Paris, France, Payot & Rivages, impr. 2006 (Petite Bibliothèque Payot), 122 p.

WINNICOTT D.W., 2002, *Jeu et réalité: l'espace potentiel*, traduit par MONOD C., PONTALIS J.-B., Paris, France, Gallimard, DL 2002, 276 p.

WISS M., PETIT M., 2001, *Aspects cliniques de la pédopsychiatrie de consultation-liaison intrahospitalière: à propos de 9 observations*, France, 70 p.

WITTLING M., 1968, « Ontogenèse du schéma corporel chez l'Homme », *L'année psychologique*, 68, 1, p. 185-208.

ZARIFIAN E., 2007, « Douleur physique et souffrance morale du patient en chirurgie orthopédique », *Revue de Chirurgie Orthopédique*, 93, 6, p. 3S12-S13S25.

ZAZZO R., 1981, « Miroirs, image, espaces », dans *La reconnaissance de son image chez l'enfant et l'animal*, Paris, Delachaux et Niestlé (Textes de base en psychologie), p. 77-110.

ZAZZO R., 1993, « Méduse et la conduite du regard », dans *Reflets de miroir et autres doubles*, Paris, PUF (Croissance de l'enfant, genèse de l'homme), p. 191-198.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Extrait du Plan national de Développement sanitaire de Côte d'Ivoire (PNSD, 2013-2015, pp. 15-20)

La population de la Côte d'Ivoire était estimée, en 2011, à 22 594 2381 habitants selon les projections de l'Institut National de la Statistique (INS) établies sur la base des données du Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1998. Cette population se caractérise par un taux de croissance démographique élevé (2,8% par an) et par la proportion élevée de sa jeunesse (43% de la population totale a moins de 15 ans). En 2006, 48% de la population vivait en zone urbaine. Cette situation s'est accentuée avec les crises militaro-politiques successives qu'a connues le pays et qui ont engendré des déplacements massifs de populations vers les grandes agglomérations particulièrement à Abidjan.

Le niveau d'alphabétisation est relativement faible (55,8 % chez les 15 à 24 ans). Le taux de scolarisation dans le primaire, est passé de 56,5% en 2002 à 56,1% en 2008 avec 58,8% chez les garçons contre 53,1% chez les filles. Il est de 49,8% en milieu rural et 68,2% en milieu urbain.

L'Enquête de Niveau de Vie des Ménages de 2008 a révélé un taux de pauvreté de 48,9%. Ce taux était de 29,5% en milieu urbain et 62,5% en milieu rural. Selon le rapport mondial sur le Développement Humain de 2011, l'Indice de Développement Humain (IDH) en Côte d'Ivoire était de 0,400 et classe le pays au rang de 170ème sur 187.

La proclamation des résultats des élections présidentielles de novembre 2010 a été émaillée de troubles militaro-politiques qui ont occasionné de nombreuses pertes en vies humaines, la destruction de plusieurs infrastructures de base avec pillage de nombreux établissements sanitaires, désorganisation du système de santé et un déplacement massif de populations. Environ 50% du personnel médical avait quitté son lieu d'affectation. Ce chiffre s'élevait à 75 % à l'Ouest. Par conséquent, plusieurs centres de santé avaient été abandonnés. En raison de l'embargo sur les produits d'importation, le matériel médical y compris les médicaments essentiels pour les enfants, la santé maternelle et les vaccins étaient en rupture de stock. Les systèmes de surveillance médicale et de surveillance épidémiologique n'étaient plus fonctionnels dans les zones de combat à l'Ouest et à Abidjan.

Le faible niveau général d'instruction, d'éducation de la population notamment chez les filles et les pesanteurs socioculturelles accroissent les pratiques néfastes à la santé (mauvaises habitudes et tabous alimentaires, lévirat, excision, etc.). Ces facteurs entraînent ainsi des changements significatifs dans les modes de vie des populations. Ceci explique en partie l'émergence de certaines affections telles que le diabète, l'insuffisance rénale, l'hypertension artérielle (HTA), le cancer, l'obésité et les cardiopathies, la malnutrition, le VIH/Sida et les IST.

Le pays a connu des crises sociopolitiques successives qui ont occasionné une baisse des activités économiques avec pour conséquences un accroissement du chômage, notamment chez les jeunes et une augmentation importante du nombre de ménages à faible niveau de revenu. Le taux de chômage est passé de 6,4% en

2002 à 15,7% en 2008. La paupérisation croissante, notamment en milieu rural constitue un frein à l'accessibilité aux soins et autres services sociaux de base. Le manque d'hygiène, l'insalubrité, la mauvaise gestion des déchets ménagers, industriels et hospitaliers, les agressions d'origine chimique, physique ou biologique, la contamination chimique des sols, l'utilisation intempestive de pesticides, l'insuffisance d'approvisionnement en eau potable, l'habitat précaire, l'insuffisance du système d'assainissement du milieu, le réchauffement climatique constituent autant de risques sanitaires encourus par les populations. Ces facteurs d'exposition expliquent en partie la fréquence élevée des maladies infectieuses, parasitaires, respiratoires, cutanées, des maladies chroniques et les nombreuses pollutions observées dans l'environnement.

L'inégale répartition des ressources humaines et des infrastructures sanitaires, l'inadéquation et la vétusté des plateaux techniques, l'absence d'un mécanisme de protection contre le risque financier lié à la maladie et la pauvreté des ménages sont autant de facteurs qui influencent l'état de santé des populations.

Il existe des disparités importantes du fait du statut socio-économique des populations et de leur situation géographique. Les enfants des ménages appartenant au quintile des plus pauvres ont deux fois moins de chance de recevoir des soins en cas de maladie.

Le taux brut de mortalité est passé de 12,3‰ en 1988 à 14‰ en 2006. L'espérance de vie à la naissance était de 51,3 ans en 2006.

Les causes de cette hausse de la mortalité sont nombreuses. Ce sont entre autres, la dégradation continue des conditions de vie des populations, la persistance des maladies endémo-épidémiques, le VIH/Sida, les mauvaises pratiques en matière d'alimentation et les causes liées aux modes de vie moderne (tabagisme, consommation excessive d'alcool, mauvaise alimentation).

L'utilisation des services de santé reste faible et se situe autour de 18%. Les insuffisances de l'offre et la qualité très moyenne des services engendrent une perte de confiance des populations dans les services de santé modernes. Cette situation est aggravée par la paupérisation des populations.

L'utilisation des services de santé reste faible et se situe autour de 18%. Les insuffisances de l'offre et la qualité très moyenne des services engendrent une perte de confiance des populations dans les services de santé modernes. Cette situation est aggravée par la paupérisation des populations.

Il existe une augmentation des prix à l'achat des médicaments (en moyenne 1,7% par an) et des ruptures de stocks de médicaments au niveau central et périphérique. En août 2011, le taux de rupture de stocks en médicaments essentiels était estimé à 77%.

ANNEXE 2 : LE GUIDE D'ENTRETIEN / DOSSIER DE RECUEIL DE DONNEES

N°.....

Date :.....

Nom & prénom :

Age :.....

Sexe : F

M

Classe :

Motif d'hospitalisation.....

Date d'hospitalisation :.....

Accompagné par : mère père père+mère autre.....

Situation matrimoniale des parents marié/concubinage divorcé veuf

Parent vivant ensemble vivent séparé

Vit chez qui ?.....

Fratrie.....

Rang dans la fratrie.....

Profession du père.....

Profession de la mère.....

Développement staturo-pondéral : normal perturbé (expliquer)

Développement psychomoteur : normal perturbé (expliquer)

Maladies antérieures ou accidents

Crises comitiales oui non

Hospitalisation.....

ATCD personnels

Médicaux.....

Chirurgicaux.....

Psychiatriques.....

ATCD dans la famille.....

Comportement général

Sommeil agité : oui non

Rêves oui non

Cauchemars oui non

Pleurs-cris oui non

Se calme vite oui non

Alimentation difficile oui non

Comportement de la fratrie

Joue-t-il ? oui non seul avec les autres
S'isole-t-il ? oui non
Peut-il surveiller un plus petit ? oui non

Comportement avec les parents.....
Caractère d'après les parents.....
Appréciation du thérapeute.....

Scolarité.....

Pathologie chirurgicale

Nature :

HDM :

Intervention chirurgicale

Nature :

Date :

Lieu :

Descriptif :

Pronostic :

Examen pédopsychiatrique

.....

1^{er} entretien (1^{ère} semaine d'hospitalisation)

histoire de la maladie Raconte-moi ce qui t'es arrivé

vécu de la maladie

- Peux-tu me dire comment tu t'es senti à l'intérieur de toi au moment de la maladie, ce que tu pensais et ce que tu ressentais dans ta tête, dans ton cœur et dans ton corps?
- Dis-moi comment s'est passé ton opération ?
- Que penses-tu de ce que le docteur a fait ?
- Comment te sens-tu dans ta tête, dans ton cœur et dans ton corps depuis l'opération le vécu de l'acte chirurgicale,

Vécu de l'hospitalisation,

- comment se passe ton hospitalisation ?
- comment te sens-tu ?
- parle-moi de toi, peux-tu te décrire ?

+ **dessins** (consignes : *dessin libre en début d'entretien + dessine-toi avant la maladie, dessine toi aujourd'hui (comment tu es aujourd'hui) et dessine comment tu penses que tu seras après l'hospitalisation*)

2^{ème} entretien

date.....

Examen pédopsychiatrique

- Comment te sens-tu dans ta tête, dans ton cœur et dans ton corps aujourd'hui ?
- comment se passe ton hospitalisation ?
- Que dit le docteur de ton état ?

+ **dessin** (consigne : *dessine-toi comme tu te vois aujourd'hui*)

3^{ème} entretien

Examen pédopsychiatrique

- Comment te sens-tu dans ta tête, dans ton cœur et dans ton corps aujourd'hui ?
- comment se passe ton hospitalisation ?
- Que dit le docteur de ton état ?

+ **dessin** (consigne : *dessine-toi comme tu te vois aujourd'hui*)

ANNEXE 3 : CAS CLINIQUE :

RODRIGUE, UN PLATRE C'EST POUR LA VIE

Suite aux différents entretiens avec les sujets vus à Abidjan, je me suis demandée quel serait le vécu d'un enfant effracté et soigné dans de meilleures conditions. C'est ainsi que j'ai rencontré Rodrigue par l'intermédiaire d'un membre du Laboratoire de recherche.

1. DISCOURS AUTOUR DU PIED ET DU PLATRE

Rodrigue, 14 ans, est scolarisé en seconde au moment où je le rencontre le 5 janvier 2014. Cette entrevue est prévue depuis au moins 3 semaines. Il m'attend donc pour évoquer une expérience qu'il a vécue 6 années auparavant.

C'est sa mère qui a favorisé notre rencontre. Rodrigue a accepté de me recevoir afin de parler d'une fracture du pied qu'il a eu quelques années plus tôt.

Rodrigue est le deuxième garçon d'une fratrie de deux. Il est français et vit en région parisienne. Je le rencontre à son domicile où il vit avec son frère aîné et sa mère divorcée du père vivant dans le sud de la France.

Se remémorant les faits, je note qu'en octobre 2008 (un vendredi soir), au cours d'une fête familiale, il s'est cassé le pied droit.

Il raconte qu'en jouant avec son frère, il s'est trouvé sur la trajectoire de ce dernier qui s'amusait à sauter des marches. Son frère a atterri sur son pied, *« ce n'est pas de chance, je me trouvais au mauvais endroit au mauvais moment, il (son frère) l'a fait par inadvertance »*.

Rodrigue évoque les événements passés : *« quand mon frère a atterri j'ai eu mal. J'ai senti que j'avais mal mais la douleur n'était pas terrible, elle était même légère. Le lendemain, nous sommes allés à l'hôpital. J'avais 8-9 ans, j'étais au CMI. J'avais mal et je l'ai dit à maman. Je n'étais pas en colère car je savais que c'était un accident. Je n'en voulais pas à mon frère et je ne pensais pas que c'était une fracture »*.

Ainsi donc, il informe sa mère de l'accident et de la douleur qu'il ressent et peu après, ils rentrent à la maison. Le souvenir de cet épisode est présent avec force de détails.

Le lendemain, la douleur étant plus importante et devant la tuméfaction, ils se rendent à l'hôpital Necker, où il subit un examen du pied avec une radio qui a montré une fracture des os du coup de pied (il ne se souvient plus exactement de l'os et la mère n'a pas retrouvé le carnet de santé), sans déplacement. C'était plus une fêlure, pour laquelle il a été plâtré (immobilisation). Il dit s'être endormi, car il était fatigué après cette matinée à l'hôpital. Il situe l'évènement dans une période de vacances scolaires.

Il a gardé le plâtre pendant un mois, période au bout de laquelle il a été déclaré guérit.

Je l'interroge sur ses souvenirs concernant son rapport aux médecins qui s'étaient occupés de lui et sur sa perception du plâtre. Il me répond : *« Je savais ce que c'était un plâtre, donc je comprenais ce qui se passait, les médecins ont été très gentils avec moi. Mais reprendre l'école avec des béquilles n'était pas facile. Quand j'étais à la maison, ça allait mais pour reprendre*

l'école c'était beaucoup plus difficile. C'était embêtant en plus d'aller à l'hôpital. J'étais frustré d'être en béquille. »

Je lui demande comment il se sent pendant qu'il évoque ses souvenirs. Il me répond « *par rapport à ça ?* », il bafouille et est confus dans sa réponse que je ne perçois pas bien.

Il embraye en me disant que les médecins étaient gentils, bien que lui n'ait pas été d'une humeur agréable. Il comprenait le déroulement des événements. Sa tendance à la répétition et à la généralisation gêne parfois la pleine compréhension de son propos.

Poursuivant sur la suite des événements, il me dit : « *Quand on m'a retiré le plâtre, j'ai eu par la suite un problème de talons. On a dit que c'était la maladie de Sever⁹², un problème de talon lié à la croissance survenue après le plâtre. Je me suis posé beaucoup de questions, était-ce une coïncidence ou était-ce lié au plâtre ??* ».

Il n'a pas de réponses jusqu'à aujourd'hui et cela semble le préoccuper. Il dit « *Était-ce parce que le plâtre était trop serré ?* » et je ne sais pas bien s'il me pose la question ou s'il se la pose à lui-même. Finalement, il en arrive à émettre l'idée que c'est certainement le plâtre qui a déclenché la maladie de Sever.

Après quelques secondes de silence, il reprend en me disant, mais si c'était le plâtre, il n'aurait pas eu de problème de talon aux deux pieds alors qu'il n'avait eu le plâtre que sur un pied...C'est un questionnement difficile qui reste en suspens au cours de l'entretien.

Après le plâtre, qu'il a gardé un mois, il a eu un arrêt de sport et a dû porter des semelles pour éviter les micro-fractures aux talons. D'ailleurs, il porte toujours des semelles et des talonnettes pour le sport afin d'éviter les problèmes. Il espère pouvoir arrêter de porter des semelles à la fin de sa croissance (la question « à quand cet arrêt ? » ne lui vient pas).

Après le plâtre, il a eu une rééducation, suite à laquelle il pense avoir repris plus ou moins rapidement ses activités. Il ne se souvient pas du délai entre le plâtre et les problèmes au talon. Il me dit qu'il avait pensé être guéri au retrait du plâtre et qu'il ignorait devoir faire une rééducation. Cependant, cela ne l'a pas dérangé.

Ce qu'il exprime également, c'est l'importance dans ses pensées du plâtre et de la fracture auxquels il réfléchit souvent surtout en raison de ses problèmes de talons. Il affirme n'avoir aucun regret des événements ou ne ressentir aucune culpabilité éventuelle. Sa pensée est envahie par l'idée qu'il lui faut faire beaucoup plus attention pour ne pas se recasser le pied et avoir à nouveau un plâtre. Selon lui « *Ce n'était pas marrant, il fallait éviter les problèmes, devenir plus attentif* »

Au cours de l'entretien, sa tendance à la généralisation voile et obscurcit la compréhension de son vécu personnel et de ses affects.

Ce qui apparaît comme l'avoir aussi beaucoup gêné c'était l'entrave de sa mobilité, pendant la récréation ou quand il fallait surélever le pied (comme recommandé) pour le poser sur un tabouret, en classe. Il pensait, également, davantage aux choses qu'il allait rater (il ne donne pas plus de précision à ce sujet).

⁹² La maladie de Sever est une pathologie bénigne, qui apparaît généralement au cours de la puberté, souvent entre 10 à 16 ans. C'est une apophysite calcanéenne postérieure, c'est-à-dire une anomalie de la croissance touchant la partie postérieure et saillante de l'os du talon. Elle se manifeste par des talalgies (douleurs du talon). Elle correspond à une anomalie de croissance de l'os et du cartilage.

Concernant ses rapports à sa mère, elle était devenue plus attentive après le plâtre ; elle lui prodiguait beaucoup de conseils pour éviter qu'il ne se fasse à nouveau mal, mais sans l'enfermer ou le cloîtrer.

Je l'interroge aussi sur ses rapports avec son frère, suite à l'accident. Selon lui, celui-ci s'est peut-être un peu senti coupable, mais il espère que pas trop (son frère a 4ans ½ de plus que lui). Ils ont de bons rapports.

Devant les mouvements frénétiques de son corps et son pied qui trépigne, je me demande s'il n'éprouve pas une certaine anxiété alors je lui pose la question. Il réfute cette idée, mais me précise qu'il a essayé de rassembler ses souvenirs pour pouvoir répondre aux questions et ne pas avoir de trous de mémoires. Peut-être que ce que je perçois de son être est lié aux efforts de remémoration qu'il dit faire tout au long de l'entretien.

Pour conclure, je lui propose un mot de fin et il me dit : « *Un plâtre ça ne dure pas forcément, mais ça reste longtemps dans les pensées ! Je n'y pense pas tous les jours, mais j'ai souvent peur de me refaire mal et d'avoir à nouveau un plâtre* ».

Il y a un processus d'annulation rétro-active qui traduit ses modalités défensives.

L'entrevue se termine donc sur ces mots.

Nous prenons rendez-vous pour le dimanche suivant car il est d'accord pour poursuivre les entretiens.

L'évaluation pédopsychiatrique que je fais, suite à cet entretien, me permet de noter qu'il s'agit d'un adolescent au contact bon, coopérant, dont le discours est marqué par une tendance à la généralisation, avec du verbiage. Il semble impatient. Son attitude corporelle est particulière, il a les épaules voutées comme tassé sur lui-même.

Il n'a aucun antécédent particulier. Je note également les bonnes dispositions qu'il manifeste pour participer à l'investigation.

A la fin de l'entretien, il réalise un dessin libre et un dessin du bonhomme.

Au deuxième entretien, le dimanche 12 janvier 2014, je m'enquiers de son état de santé et il me répond que ça va. Quand je lui demande s'il a repensé à notre conversation de la semaine précédente, il me répond « *Oui, j'ai essayé de voir si j'avais tout dit, si mes souvenirs étaient bons et j'ai essayé de préparer la rencontre d'aujourd'hui* ». Ces idées semblent s'être éclaircies, quand il me dit croire que c'est la fracture et le plâtre qui ont entraîné tous ses problèmes. Il me dit qu'il n'a rien rajouté au contenu du dernier entretien. J'essaie donc de repréciser certains propos émis la semaine précédente notamment concernant son mot de fin : « *le plâtre ça ne dure pas longtemps, mais ça reste longtemps dans les pensées* ».

Il me rétorque que c'est sûr que ça reste longtemps dans les pensées même si c'est une expérience passagère : « *cela peut arriver à beaucoup de gens, c'est banal mais c'est rare et pas rare en même temps. Tout le monde peut se casser quelque chose, peut se faire une fracture au pied, au bras, au dos... et le fait que cette expérience particulière vous arrive ça vous reste dans la tête. Ça peut arriver à beaucoup de gens, dans toutes les familles, après ça marque celui qui a vécu ça, car c'est pas comme une plaie anodine* ». Je lui fais remarquer que ça n'arrive pas toujours et pas dans toutes les familles... est-ce à dire que c'est fréquent dans sa famille ? Apparemment une de ses tantes s'est cassé le genou récemment et selon lui, c'était

beaucoup plus grave que dans son cas à lui. Il se remémore que deux étés auparavant, son frère s'était cassé un orteil en le cognant contre un meuble de la maison. Est-ce suffisant pour généraliser comme il le fait ?

Je lui dis qu'en relisant le dernier entretien, il m'est venu, qu'au-delà de l'immobilisation du membre, il semblerait que son corps se soit immobilisé comme par peur de se faire à nouveau mal... Il me répond « *peut-être !* »

L'entretien se poursuit et je lui demande quel est l'impact éventuel de cette expérience sur sa façon d'être. Pour lui, cette expérience n'a pas vraiment modifié son comportement, et il rajoute « *mais c'est sûr que maintenant je fais plus attention, en dehors d'avoir grandi physiquement, c'est ma façon de penser qui a changé, je suis plus attentif et vigilant. Je fais plus attention au sport ou quand je suis dans la rue, mais je n'ai pas peur en permanence. J'y pense, mais pas tout le temps.* »

Comment expliquer cette cristallisation des pensées, cette focalisation de l'idéation sur le plâtre et la peur de se refaire mal ? Pour lui, c'est certainement le fait que cela ait duré dans le temps corrélé aux problèmes qui ont suivi.

Sachant que l'un des facteurs de perpétuation des symptômes traumatiques, c'est l'existence de bénéfices secondaires que je recherche comme explication de son mode de pensée. Il dit ne pas en avoir eu d'autant plus qu'il a été plâtré durant une période de vacances scolaires. Il ne peut d'ailleurs associer aucun souvenir heureux à cette période, ni de souvenir malheureux également.

Il y a comme une auto-mise en garde due à cette expérience, et il en devient attentif et prudent. Est-ce comme ça aussi en dehors du sport, par exemple dans les transports ou les bouches et couloirs de métro, quand il y a des escaliers ? Il me dit que de toute façon on peut se blesser partout il suffit de faire attention (pour se blesser ou pour l'éviter ?). Je lui demande s'il peut me relater un évènement précis : il évoque ici un de ses amis qui courait pour aller prendre le bus quand un chauffard lui a roulé sur le pied comme pour me dire qu'un accident arrive quand on ne fait pas attention.

Au cours de cette séance, il réalise la série des trois dessins et un dessin de lui-même.

Je termine ce second entretien en l'interrogeant sur son état intérieur au cours de la séance. Pour lui, tout va bien. En effet, il m'apparaît calme et apaisé. Il se décrit d'ailleurs comme plus réfléchi, plus posé, moins « *fou fou* », plus réfléchi.

2. UN ADOLESCENT AU PIED D'ARGILE

Je suis frappée, dans ma rencontre avec Rodrigue, par la posture de son corps et par la fragilité de son pied comme si j'étais devant un géant au pied d'argile. Il me donne l'impression d'être mal à l'aise dans son corps. Il est cependant calme et posé, ce qui contraste avec les questions qui bouillonnent dans sa tête. Sa pensée est marquée par un intellectualisme important, une tendance à philosopher sans pour autant être proche de lui-même. Cela gêne la perception de son vécu personnel. Son corps se serait-il endigué suite à cette fracture du pied et au plâtre ?

Décrit comme grand sportif par sa mère, l'accident survenu à 8 ans m'apparaît comme avoir joué le rôle d'élément déclencheur d'une conflictualité qui a du mal à s'exprimer. Son corps en est devenu fragile et le sport joue le rôle d'objet persécuteur au vue des accidents et problèmes de santé répétitifs qui ont vu le jour dans les mois et années qui ont suivi le plâtre et ce toujours

en lien avec le sport. Je m'interroge sur ce qui s'est cassé en lui en dehors du pied et sur ce qui a été immobilisé au-delà de son membre inférieur.

1.1. Acte manqué ou concours de circonstance

Au moment où je rencontre Rodrigue, il boite légèrement. Il s'est fait mal au mollet : il a reçu un coup de crampon pendant un match de foot le vendredi après-midi (le même jour où nous avons confirmé le rendez-vous). Il a été taclé par un autre joueur. Après le match, il rejoint ensuite sa mère (qui travaille non loin du terrain de sport) pour rentrer mais la douleur s'est exacerbée dans la voiture et il n'arrivait plus à marcher. A l'hôpital, à l'examen, le médecin a trouvé un hématome important et a prescrit une échographie et une ponction. Ils n'ont pas pu la faire (heureusement ???) et un autre avis médical a proscrit la ponction à cause des risques... Il doit faire l'échographie lundi matin.

Il a mis une poche de glace sur l'hématome et la tuméfaction a réduit, donc ça va mieux. Ce dimanche, il arrive à mobiliser son pied. Il était en colère à cause du coup reçu, cependant, il semble le prendre avec philosophie.

Au deuxième entretien, je m'enquiers de l'état de sa jambe. Finalement, c'était juste une ecchymose et il n'a pas eu de traitement particulier. Peut-il faire un lien entre l'évènement du vendredi dernier et ce qui s'est passé il y a 6 ans ?

« Je pense que c'est une simple coïncidence. En tout cas consciemment, je ne vois pas de lien, après inconsciemment... je ne sais pas (la question des phénomènes conscients et inconscients, de la psyché qu'il semble appréhendé est certainement dû à la profession de sa mère). Je n'exclus pas que dans ma tête il y ait un lien, mais dans tous les cas ce n'était pas de mon fait. On devait se partager le terrain de foot avec une autre équipe et on a finalement décidé de jouer ensemble. Nous ne connaissions pas les joueurs de l'autre équipe. Celui qui m'a taclé, l'a fait pour me faire mal délibérément... dans mon équipe ça ne se passe pas comme ça. Et je ne crois pas que dans le sport à haut niveau cela se passe souvent comme ça... je me suis retrouvé sur son chemin et il m'a taclé ». Je lui fais remarquer qu'il y a là une coïncidence, celle de se retrouver sur le chemin de l'autre... comme avec son frère « oui, c'est une coïncidence, mais contrairement à cet adolescent, mon frère n'avait pas fait exprès et il n'avait pas l'intention de me faire mal »

Acte manqué ou coïncidence, c'est la vraie question...

Comment expliquer qu'il se soit fait mal au membre inférieur le jour où nous avons confirmé notre rdv pour parler de ses antécédents de fractures du pied, et un vendredi à chaque fois ? L'explication la plus probable, est une mise en jeu inconsciente du corps, mu par son inconscient oppressé. En rejouant le drame passé, l'inconscient de Rodrigue semble vouloir enfin laisser éclore les questions et échoir la détresse et la peur.

Comment aussi expliquer que le corps se soit en quelque sorte fragilisé et qu'il ait perdu de sa pugnacité ? Et que le sport autrefois objet de passion en soit devenu un objet de douleur et de souffrance ? C'est ici aussi un discours de l'inconscient qui dit son malaise.

1.2. Et maman dit « il ne pouvait plus »

Ce corps d'enfant, puis d'adolescent aux prises avec un pied fragilisé m'interroge et il m'apparaît idoine de recueillir le vécu maternel concernant cette problématique. Ainsi, avant de finir mon deuxième entretien avec Rodrigue, je convie la maman pour un complément d'information. Je lui demande quels souvenirs elle garde de cette expérience de fracture et d'emblée elle me répond qu'elle se souvient « d'avant ». De l'avant la fracture et le plâtre...

Elle décrit Rodrigue (en présence de l'adolescent) comme un enfant joyeux, passionné de football et doué pour ce sport. Et du jour de la fracture et de ses suites, son corps a changé : il a pris du poids rapidement et c'est comme si son corps est devenu fragile... « *Il ne pouvait plus !* », ce à quoi Rodrigue semble adhérer. De plus, quand il a repris le sport, il se blessait régulièrement. Rodrigue rétorque que c'est certainement parce qu'il a repris le sport trop brutalement, sans « échauffement » comme par exemple, préparer son corps à la reprise du sport en faisant une heure de marche par semaine avant de reprendre le foot. J'apprends ainsi qu'après un mois d'immobilisation par le plâtre, il a encore attendu un mois avant de reprendre ses activités sportives. A la reprise de ces activités, il a fait une tendinite, puis la maladie de Sever, puis une pathologie du genou, puis une autre tendinite, puis il a eu un problème au poignet... Sa mère laisse transparaître l'idée qu'il se blessait beaucoup plus facilement, comme s'il y avait eu un problème quelque part dans son corps. Elle se pose la question, mais n'a pas la réponse. Elle-même n'est pas parvenue à savoir si la fracture du pied était à l'origine de tous les problèmes qui se sont accumulés, notamment la maladie de Sever.

Elle évoque le jour de l'accident, et dit que c'est l'ainé qui a atterri sur le pied de Rodrigue, que V. (le frère aîné) n'était pas sportif, qu'il allait même voir Rodrigue au match... le sous-entendu qui flotte dans l'air, et que Rodrigue et moi entendons, c'est que certainement que V. était responsable et peut-être l'avait-il fait quelque peu exprès... mais ce n'est pas formulé comme cela. Pourtant, tandis que Rodrigue réagit vivement en demandant à sa mère si elle sous-entend que c'est V. qui est responsable de sa fracture, je repense à une question posée au premier entretien concernant une potentielle culpabilité de V.

La mère fait aussi le lien avec les circonstances au cours desquelles Rodrigue s'était blessé. C'était au cours de la bar-mitsvah d'un de ses cousins à elle, David âgé de 13 ans à l'époque et avec lequel V. ne s'entendait pas beaucoup (quel lien avec Rodrigue ? était-ce une façon pour les garçons de « saboter » la fête du cousin ? eux qui ne faisaient pas de bar-mitsvah bien que leur père soit juif, ils avaient choisi d'être catholique comme leur mère).

La mère retrouve difficilement d'autres événements ou circonstances ayant pu entraîner des perturbations psychologiques éventuelles : elle est séparée du père depuis que Rodrigue à 3 ans et demi, et ce n'est que durant l'année qui a suivi la fracture qu'elle a repris ses études universitaires.

Pendant un moment, mère et fils fouillent dans leur mémoire pour resituer les événements dans le temps et j'assiste à une joute verbale sans véritable tension.

La maman revient sur le fait que Rodrigue s'est beaucoup blessé. Devant le scepticisme de l'adolescent, elle lui rappelle l'évènement du vendredi dernier !!! Rodrigue réplique que ce n'était pas de sa faute, mais qu'il a été plus ou moins volontairement blessé par un autre adolescent ; et la mère de rajouter qu'il s'est retrouvé sur le chemin de l'adolescent comme par

le passé, il était sur le chemin de V., comme s'il s'y était placé délibérément... C'est ce que j'entends dans les propos maternels.

Depuis lors, il est moins sportif et cela semble désoler la maman. Et elle complète en disant que cette fracture a modifié le rapport de Rodrigue à son corps et à son sport préféré.

Je l'interroge sur des modifications de sa relation à son fils. Elle acquiesce en disant que pendant environ une semaine elle est devenue très prévenante avec lui, le couvant beaucoup le temps de voir qu'il avait retrouvé toute son autonomie.

Après le départ de la mère, je reprends les principaux points avec Rodrigue : la responsabilité de V., la modification de son corps selon la mère (alors que lui n'a évoqué qu'une modification psychique), le corps devenu plus fragile... Pour lui, V. n'est pas responsable comme lui-même ne s'est pas mis délibérément sur son trajet. Sa prise de poids est certainement due au manque d'activité dont la reprise brutale et non aménagée a certainement favorisé les accidents qu'il a eu par la suite. Sa mère parle d'une modification physique, tandis que pour lui la modification est essentiellement psychique... Il dit n'avoir pas de réponse, mais pour lui c'est surtout sa façon de penser qui s'est modifiée.

Il conclut en me disant que les perceptions qu'on a des faits ou des événements varient d'une personne à l'autre et il marque ici son désaccord avec sa mère sans le formuler clairement.

2. LES DESSINS DE RODRIGUE

2.1. Le dessin libre et le dessin du bonhomme

Quand j'ai proposé au cours du premier entretien, un dessin libre comme mise en train je ne m'attendais pas à plonger littéralement dans le vif du sujet ou à être assommée par un « coup de pied » car du pied j'ai ai reçu un bon morceau !

Rodrigue a dessiné une jambe, un bout de corps sans attache, comme ça...

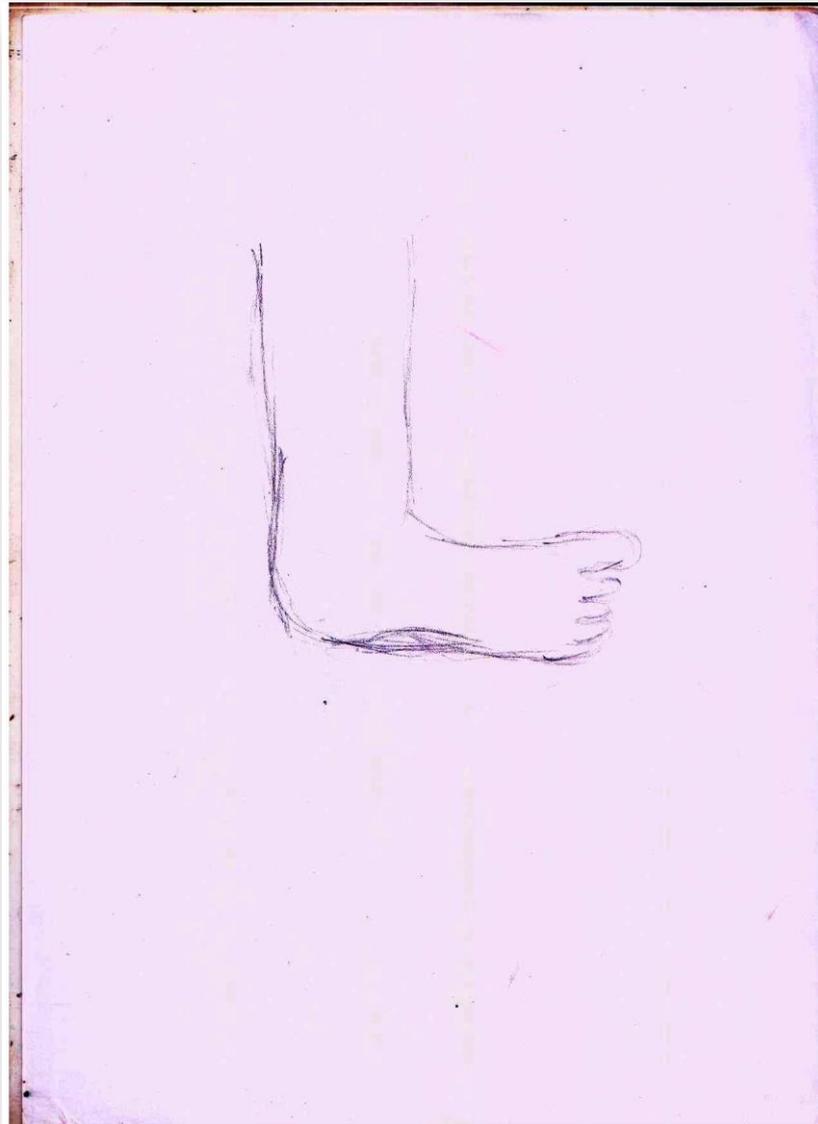
Qu'est-ce que c'est que ce ça morcelé ?

Les traits de son dessin sont hésitants, hachurés, il gomme à plusieurs reprises. Quand je lui demande un commentaire, il me dit qu'il s'agit d'une jambe sans plâtre. Ce que j'entends c'est qu'en fait il s'agit de sa jambe et de son plâtre et que c'est de cela qu'il a besoin de parler.

Pourquoi avoir dessiné une jambe⁹³ ? Il me dit avoir fait le dessin comme ça, tout juste par rapport à l'entretien. Est-ce qu'il pensait que c'est ce que j'attendais ? Il me répond « non » que c'est la première idée qui lui est venue.

Je comprends que Rodrigue est préparé à notre entretien et à la méthode psychologique.

⁹³ Durant mon stage au Centre Hospitalier Robert Ballanger, une adolescente a également dessiné sa jambe quand je lui ai demandé de faire un dessin libre. Elle n'en a fourni aucune explication et a refusé de répondre à mes différentes questions.



[Figure 20: Dessin libre de Rodrigue](#)

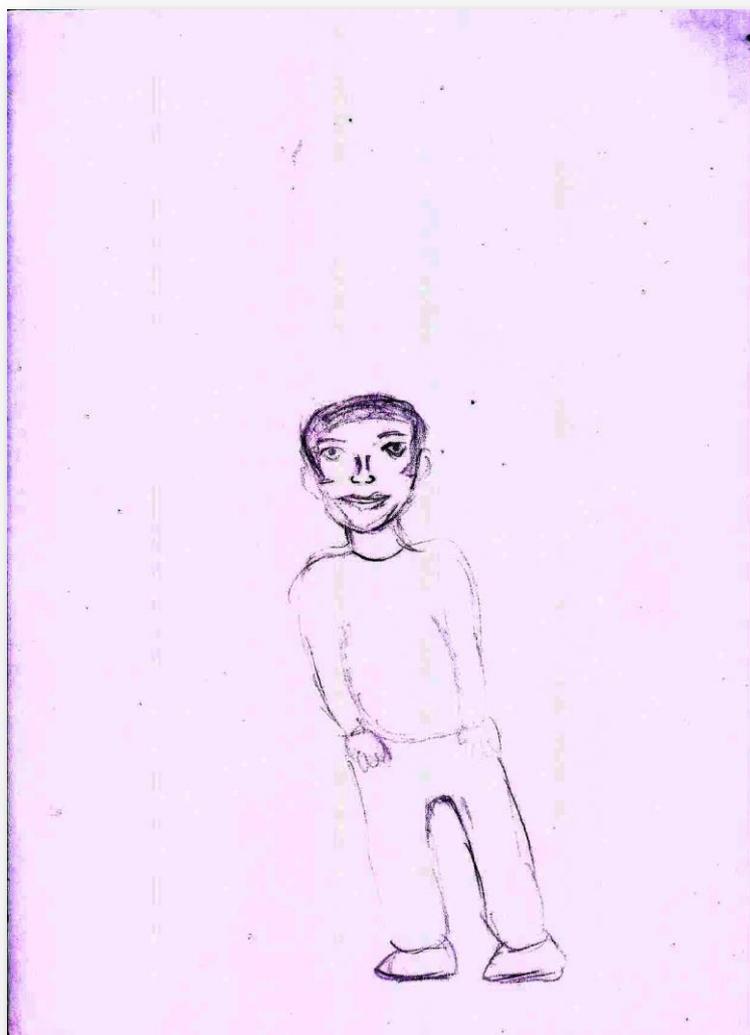
Suite à ce premier dessin, je lui propose de faire un dessin du bonhomme.

Là aussi, il hésite un peu et se met à dessiner le bonhomme en commençant par la tête. Il utilise beaucoup la gomme et ne déblaie pas la feuille des particules qui restent. Il dessine de façon symétrique. C'est le visage qui porte le plus de détails et les traits du visage sont plus marqués que le reste du corps. Le visage du bonhomme exprime de la tristesse, son attitude figée. Le graphisme montre que Rodrigue a porté le maximum d'attention à la réalisation du visage. Ce bonhomme a une bouche fermée qui envahit tout le visage.

Les bras sont près du corps. Il reprend la main gauche du personnage tandis que l'autre est dans la poche. Désinvolture dessinée et affichée par l'adolescent pour masquer son désarroi ?

Je lui demande ce qu'il peut me dire de son dessin ? « *C'est un homme adulte, il n'a pas d'âge, et ne fait rien* ». Je lui fais remarquer que son bonhomme a les mains dans les poches, et lui de

me répondre « oui ». Il sourit en regardant le dessin puis dit : « *il n'est pas très beau mais j'ai fait de mon mieux* ».



[Figure 16:](#) Dessin du bonhomme de Rodrigue

Ce bonhomme a un corps raide, penché, comme la Tour de Pise, équilibre déséquilibré qui me donne l'impression que le sujet va tomber.

Il n'y a pas de détails vestimentaires mais les chaussures donnent une impression de lourdeur comme deux enclumes qui le clouent au sol.

Entre un bout de corps-jambe jeté comme un pavé dans la mare à l'entame de l'entretien et ce corps pataud qui trahit le malaise corporel voir même existentiel, les préoccupations et l'anxiété... les dés sont jetés !

2.2. Les représentations qu'il fait de lui

A la deuxième rencontre, je lui propose de réaliser la série de dessins en trois temps.

Pour le premier dessin, il commence une première esquisse par la tête qui est nette et bien marquée, assez détaillée. Il fait le corps par petits traits hachurés, puis dessine le visage en

insistant sur les yeux (le regard ?), les cheveux. Au bout de quelques minutes, il gomme le visage, reprend les yeux, puis dit « *j'aurais pu faire plus simplement...* » comme regrettant de s'être lancé dans un travail aussi structuré. Ensuite, il gomme le dessin en entier, retourne la feuille et reprend un nouveau croquis. Il continue en disant « *en faisant un dessin plus simpliste ; ça sera plus facile de faire les autres* ».

Je prête attention à l'ébauche effacée et c'est un masque qui se donne à voir. Celui qu'il porte en faisant comme si tout va bien et qu'il ne veut pas dévoilé ? Celui que son inconscient donne à voir sur la feuille-théâtre de soi... ?

Il ne terminera pas ce dessin pour passer à autre chose dans un mouvement de fuite.

Mais que fuit-il ? La résurgence des affects douloureux ? Ou une part de lui qu'il ne peut affronter ?

J'ai conscience que c'est une façon subtile de tenter d'esquiver la tâche, vu la séance précédente, mais je sais aussi que son inconscient ne se laissera pas duper par ses manœuvres défensives.

Il reprend donc son dessin, qu'il exécute rapidement en commençant par la tête. Je lui demande quelle interprétation il en fait : « *c'est un enfant heureux de 6 à 7 ans* ».

Même s'il ne s'identifie pas au dessin, qu'il y a une mise à distance, la consigne ayant été entendue, je vois que c'est un avant la fracture heureux qu'il met en scène. Ce bonheur est-il à mettre en lien avec une vie heureuse en famille ? Je n'ai pas pu savoir depuis quand est-ce que la cellule familiale avait explosé.

Au lieu du masque de tristesse qu'il avait ébauché, il fait ce bonhomme comme une statuette. C'est un corps-ampoule rectangulaire avec un axe, comme un pieu, et des membres en brindille. Les yeux en boule de loto trahissent un fort ahurissement dont je ne trouve pas encore l'explication. Le sourire et le jaune disent bien, comme ses mots, que c'était un jour joyeux.

N'eut été le corps-ampoule un peu massif, ce bonhomme aurait été un bonhomme-squelette sans consistance. Il n'y a aucun autre organe de sens à part la bouche et les yeux. Il n'y a ni pied ni main. Pourquoi ce manque et cette simplification ? La poursuite de la réflexion peut nous en dévoiler plus.

Son bonhomme est très simple, avec un nombre de détails très limité, tout comme ses autres dessins.

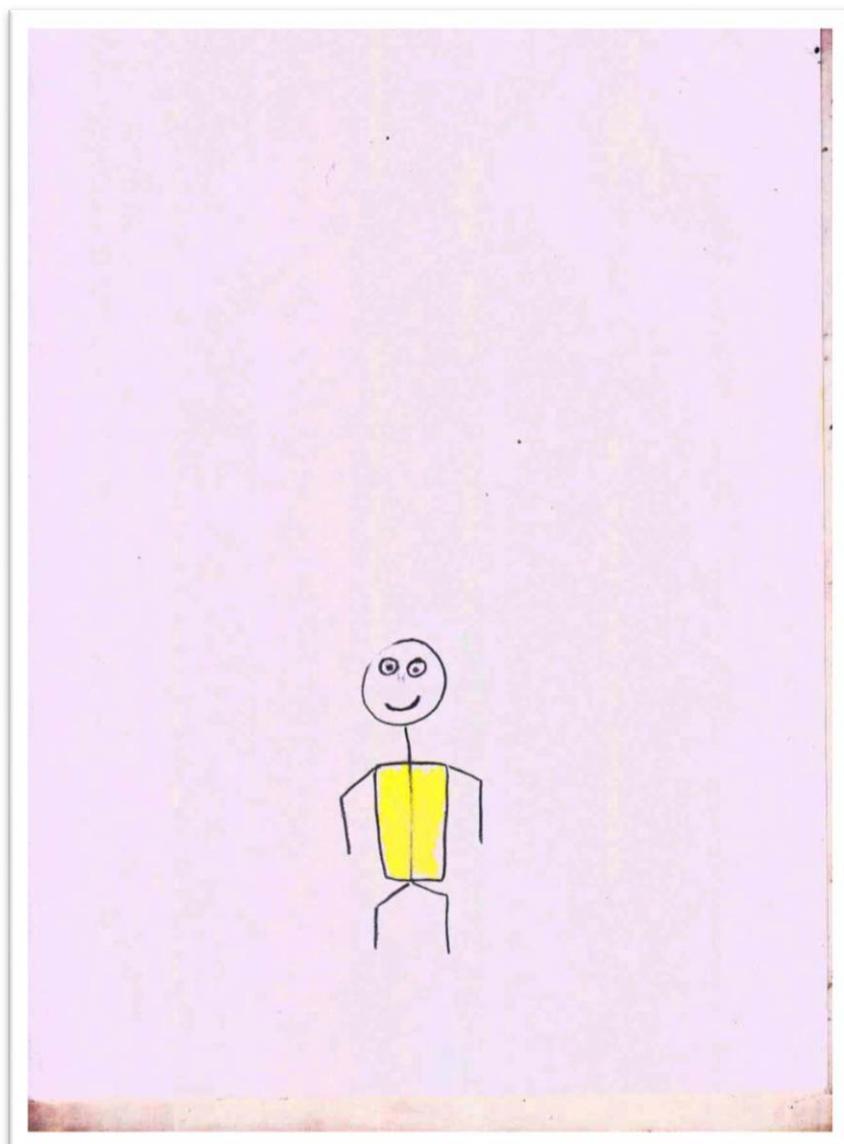


Figure 17: Rodrigue, représentation de soi avant l'accident

Il continue le deuxième dessin toujours dans le même ordre d'exécution.

A la fin du dessin il me dit « *je me suis dessiné un peu plus grand, j'ai 8ans. Je n'ai pas changé physiquement sauf que j'ai grandi. J'ai changé dans mes pensées* ».

Je lui demande comment je peux le voir sur le dessin ; il me répond qu'il le fera dans le prochain dessin. Il poursuit en disant qu'il a représenté le plâtre en noir, car ce n'est pas une couleur gaie.

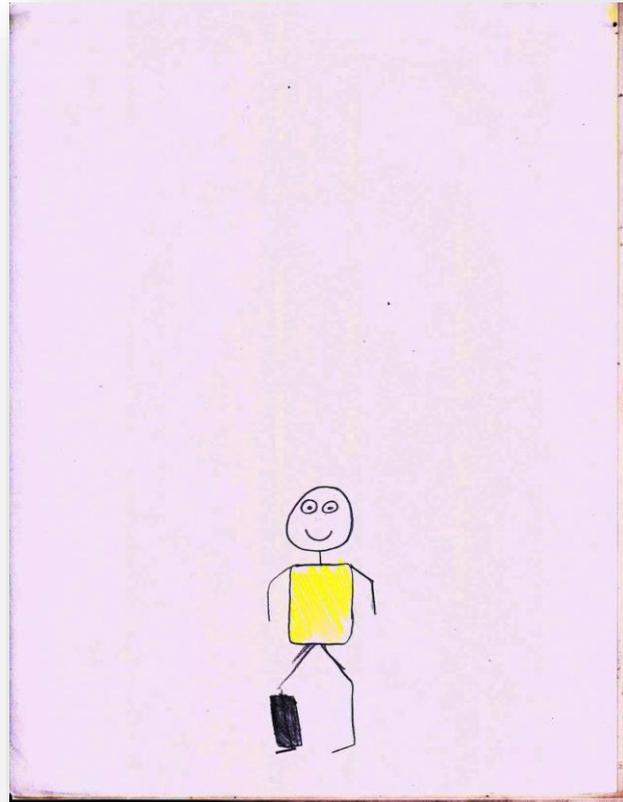


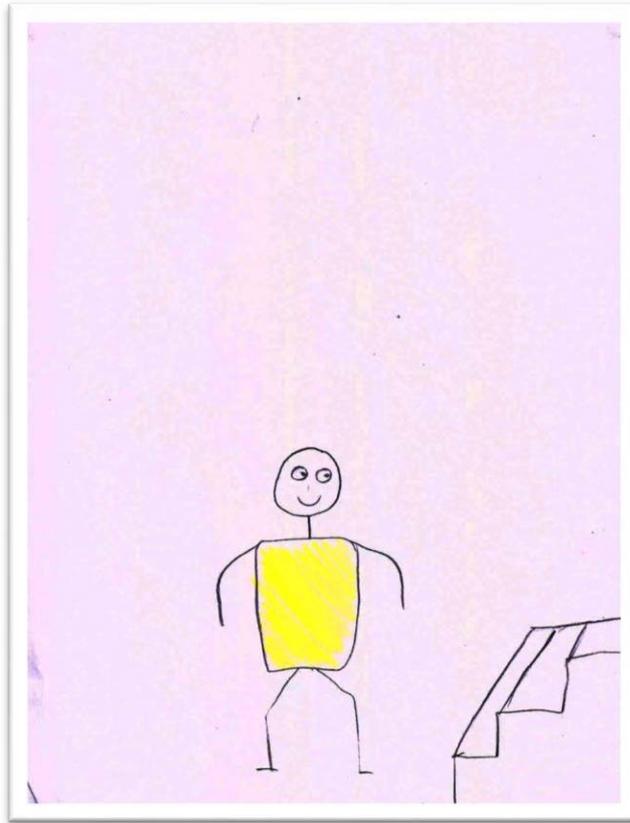
Figure 18: Rodrigue, pendant l'accident

Je lui fais remarquer l'emplacement du plâtre sur le dessin et le fait qu'il ne concerne pas le pied. Cela ne semble pas le déranger, il ne cherche pas à corriger même s'il me montre sur lui-même les dimensions du plâtre qui allait du pied à la limite inférieure genou, avant la rotule. Quand on regarde ce dessin, on voit tout de suite le plâtre comme si cette expérience était prépondérante par rapport à la fracture du pied.

Le caractère triste du plâtre est en contradiction avec ce qu'il a pu en dire et avec le sourire du bonheur. Il a du mal à s'identifier au dessin.

Ombre et lumière reliées par un fil-jambe... jambe fragile d'un trait double et bras raccourcis comme en signe d'impuissance. La tête est moins harmonieuse que dans son précédent dessin. Alors que le premier bonhomme n'avait pas de pied, celui-ci en est pourvu. Cela semble témoigner de la capacité à se déplacer à se mouvoir. Le tronc est toujours représenté sous forme rectangulaire coloré en jaune. Deux toutes petites tâches disent le nez. Les yeux, toujours globuleux, ont des pupilles étirées comme fatiguées.

La consigne du troisième dessin, est de se dessiner après la fracture et le plâtre. Il m'explique par la suite son dessin : *« j'ai 10 ans, je me suis fait plus grand pour montrer l'évolution, je regarde l'escalier avant d'y monter. Je suis plus attentif »*.



[Figure 194: Rodrigue, après l'accident](#)

Je lui demande pourquoi est-ce que le corps est en jaune, il m'explique que c'est une couleur vive, qui traduit le fait d'être heureux et gai. Il me dit aussi qu'il a utilisé le jaune par contraste avec le noir.

Il recherche une logique dans ses dessins, notamment en insistant sur la taille des personnages et sur l'âge croissant.

Ce que je constate aussi en écoutant les dessins, c'est la question de la temporalité qui se dit : grandir et devenir responsable, grandir et garder comme un boulet des traces d'une expérience enfantine, douloureuse et éprouvante. C'est surtout l'idée que malgré le temps qui passe, la question du corps fracturé n'a pas été élucidée et que psychiquement le plâtre est toujours en place.

Ce troisième dessin présente un corps plus massif, plus grand (plus fort ?) avec des pieds bien campés dans le sol.

Globe lumineux plus important, le corps paraît porteur d'une grande jouissance. Les bras sont moins rigides avec un adoucissement de l'angle qui articule le membre supérieur. La tête moins ronde et il n'y a pas d'autre organe de sens que les yeux qui regardent l'escalier.

L'asymétrie des membres inférieurs pourrait traduire le mouvement. Le bonhomme donne l'impression d'être prêt à aller à l'assaut de l'escalier-obstacle dans l'espoir certain de le vaincre. Cet escalier penché ne mène vers rien de précis ou vers un tout annonciateur de lendemain plus serein. Ainsi, il y a comme de l'espoir dans ce bonhomme.

D'une façon générale, en exécutant sa série de dessin, Rodrigue a mis à distance ses affects. Certainement que le caractère volontairement réductionniste des dessins cachait justement le désir de se distancier des affects et émotions liés aux souvenirs de cette expérience. Les problématiques actuelles de Rodrigue sont donc bien mises en exergue par ses dessins.

Je lui demande de me faire un dernier dessin, de se représenter comme il se voit aujourd'hui. Il hésite sur l'utilisation de certaines couleurs, il murmure « marron » mais c'est une couleur qu'il n'utilise pas. Marron pour dire quoi ? Pour moi qui suis « marron » ou pour parler du dégoût du corps, comme un lapsus, un mot qui se serait échappé à son insu ? Il n'y a pas de réponse réelle à ces questions.

Les traits de son dessin sont, encore une fois, renforcés au niveau de la tête.

Il me dit, à la fin du dessin : « *je me suis dessiné plus modéré, plus attentif, qui en fait moins à sa tête. C'est comme ça que je me vois par rapport à avant* ».

Sur le dessin il dit avoir 13-14 ans, son âge actuel, et la couleur des vêtements est celle de ceux qu'il porte au moment de notre rencontre (il est vêtu de bleu).

Finalement ça prend la tête, toute cette histoire et ses questions. En plus peut-être que maman aussi pose beaucoup de question pour faire réfléchir et qu'à force, il en fini par se triturer l'esprit à vouloir comprendre, à en perdre la tête... mais qu'est-ce « *en faire moins à sa tête* » ? Rodrigue n'a-t-il pas passé toutes ses dernières années (6 depuis l'accident) dans sa tête à réfléchir et à rejouer la scène ? N'a-t-il finalement pas moins de tête à ne pas trouver de réponses exactes aux questions qu'il se pose sur le diagnostic, sur la fragilité de son corps, sur les précautions existentielles à prendre ?

Que dire du bleu ? Est-ce le signe d'un apaisement et de calme comme le veut l'interprétation des couleurs ou juste le témoin d'un autre mécanisme, celui de s'accrocher à du concret, à la réalité (comme quand il se regarde pour dessiner) afin de ne pas perdre pied, de ne pas perdre tête ?

Je lui demande d'imaginer ce qu'il fait sur le dessin et il me répond peut-être qu'il marche... Ce qui induit l'idée du mouvement. Pourtant, le dessin me donne davantage l'impression qu'il est immobile, enraciné dans le sol, d'autant qu'il n'a pas de pied. Il me dit qu'il n'a pas de pied sur le dessin, mais qu'il peut marcher.

Et finalement marcher pour aller où ? Je n'ai malheureusement pas posé cette question.



Figure 25: Représentation de soi (Rodrigue, 14 ans)

2.3. Candidat volontaire pour une recherche doctorale

Rodrigue est volontaire pour participer à ma recherche doctorale.

Il se plie volontiers aux questions, parfois répétitives, que je lui pose. Il y répond de bonne guerre, mais ses réponses sont parfois confuses. Sa tendance à la généralisation dans ses propos, érige comme une barrière entre nous ; il s'implique véritablement peu dans l'entretien et j'en viens à lui faire préciser ses réponses.

Interrogé sur son propre ressenti, il fait quelques efforts de précision et d'implication. La distanciation marquée avec son vécu et l'intellectualisation dont il fait montre augurent de préoccupations importantes auxquelles je n'ai pas accès, pour l'instant.

Au deuxième entretien, il a moins de gestes d'impatience contrairement à la première rencontre. Il est plus calme certainement parce qu'il sait à quoi s'attendre.

Alors qu'en général, c'est assez difficile de faire dessiner un adolescent, Rodrigue se plie gracieusement à cet exercice. Malgré sa bonne volonté, paradoxalement ses mécanismes de défenses, qui m'apparaissent comme rigides, gênent son investissement. Et à vouloir bien faire, à trop vouloir réfléchir pour m'apporter des réponses, il n'en a plus.

Veut-il me faciliter la tâche ? Mais dans quel but ? Pour aider sa mère, à travers moi ? Je n'en sais rien. Mais je comprends que l'aide que sa mère a dû lui apporter au cours de son expérience de traumatisme orthopédique, en induisant une dynamique réflexive, a finalement plongé cet adolescent dans un gouffre de questionnement incessant et de réflexions limitatives et limitantes par leur prégnance et l'autodiscipline qu'elles ont induits pour « éviter » une nouvelle fracture.

2.4. Rencontre après coup et modalités transféro-contre-transférentielles

L'expérience du plâtre apparaît ici comme un élément important qui a modifié le devenir de Rodrigue. Inscrite dans la psyché, cette expérience est véritablement traumatique car elle entraîne des reviviscences et une modification du comportement. Il semble avoir une hyper vigilance sans que celle-ci n'entraîne des conduites d'évitement.

L'entretien porte sur son vécu d'une expérience vieille de 6 ans et j'apprécie ces efforts de remémoration. J'ai conscience que le rappel de cet épisode de la vie de Rodrigue mobilise chez lui une grande énergie psychique, contre laquelle il lutte, et ramène sur le devant de la scène de nombreux questionnements qui n'ont toujours pas trouvé de réponse. Rodrigue m'apparaît comme un adolescent calme et posé d'un abord facile. A vouloir me fournir trop de matériel, comme pour me faciliter la tâche, il la complique.

Et moi qui pensais que la tâche serait aisée, j'ai eu du mal à avancer.

Ses propos parfois un peu trop désaffectés, ses pensées trop réfléchies si elles m'ont un peu éblouies ne m'ont pas aveuglé et j'ai bien vu que tout était dans la tête pour ne plus être dans le corps. J'ai vu que pour avancer, malgré le poids du plâtre, la libido de Rodrigue a désinvesti la jambe pour se focaliser sur la tête. C'est peut-être là que se joue, justement cette fragilité qui s'est mise en place dans les mois qui ont suivi la pose du plâtre. Sa maman disait « *il n'est plus comme avant* ».

Dans tous les cas, d'avoir peur de se briser, de se faire mal à nouveau et d'avoir un autre plâtre, le corps a arrêté de bouger littéralement.

2.5. Quand l'immobilisation d'un membre immobilise la corporéité

En effet, le rapport au corps est ici particulier comme en témoigne les pictogrammes en tant que représentations du corps. La question de l'immobilisation est centrale : immobilisation du corps, immobilisme de la psyché et de la corporéité.

Les idées de l'adolescent tournent en boucle. Rodrigue répète beaucoup les mêmes pensées, les mêmes questions et interrogations reviennent.

Devant sa situation, des questions se posent, sa mère s'en pose comme lui-même mais visiblement personne n'a réellement cherché de réponse puisque le corps médical n'a même pas été questionné à ce sujet.

Le flou demeure quant aux causes de cette fragilisation du corps de Rodrigue.

Le dessin permet de mettre à jour toutes les préoccupations liées au corps : la schématisation du corps dans la série de trois dessins, volontairement réductionniste peut être lue comme une schématisation de ce corps fragilisé réduit pratiquement à rien tant il se blesse au moindre choc. Le corps du bonhomme, de plus en plus massif, est le reflet de ce corps qui grandit et grossi alors que les membres sont fragiles (membres supérieurs et inférieurs en bâtonnets).

A la deuxième séance, les pieds sont absents du premier et du dernier dessin.

Les personnages sont toujours souriants, ce qui contraste avec la frustration que Rodrigue manifeste.

Ce qui me frappe c'est ce corps dans lequel il semble ne pas être à l'aise. Son corps me donne l'impression d'être englué, entravé par des processus de penser et un intellectualisme important. Rodrigue philosophe sur presque tous les sujets que nous abordons, ce qui va avec la façon dont il renforce les traits de la tête de ces bonhommes.

Sa tendance à la généralisation érige comme une barrière qu'il me faut en permanence essayer de contourner.

Je ne peux analyser ici le rapport de Rodrigue au monde médical sinon que de me dire qu'il y a là comme la formation d'un cal et une non-consolidation psychique avec un vécu fragilisé de soi comme ses propos le traduisent si bien.

Je peux aussi tenter d'approcher l'intérêt d'un étayage psy qui apparaît double chez cet adolescent. Sans être pénétré de l'univers chirurgical, la mère de Rodrigue lui a permis de mentaliser cette expérience et d'en limiter les effets délétères. C'est ce que je constate devant les processus réflexifs importants même si beaucoup de questions restent en suspens. Il apparaît clairement que la mise en chantier de celles-ci, lui permet des réajustements constants et une adaptation existentielle qui prend en compte l'expérience du pied cassé.

Je questionne ici la fonction maternelle et psychique portée par la mère de Rodrigue, sans réellement savoir si elle a fait avec lui un quelconque travail. Cependant, la réflexivité de l'adolescent et sa narrativité porte à croire que oui, ou bien, est-ce simplement dû au fait d'avoir été élevé par une mère psy ?

2.6. Figure simplifié et corps détraqué, visagification d'un soi étranger.

Quel visage est dit dans les dessins de Rodrigue ? Que nous disent ses dessins, sinon que sa peur de vivre dans son corps? C'est la peur et l'étrangeté qui se disent derrière les pictogrammes qu'il dessine, c'est un soi étranger qu'il donne à voir car visiblement il ne se reconnaît plus dans son corps qui en est devenu comme un carcan.

Le dessin a donc permis d'apparaître les préoccupations de Rodrigue sur son corps qui grandit en restant fragile, sur ses sentiments ambivalents quant à ce corps et sur le poids psychique du plâtre qu'il continue de porter.

Réfléchir sa situation, ne lui a pas offert la possibilité de la dépasser puisqu'il est toujours cloué au sol, peut-être même que ce plâtre s'alourdit du poids des réflexions...

2.7. Conclusion

L'histoire clinique de Rodrigue montre que malgré le temps qui passe, la restauration peut ne pas suivre la réparation. Par ailleurs, l'impact psychique de l'atteinte du corps apparaît comme ayant entraîné une étrangeté du corps, une dépossession de soi. Se visagéfient alors sur ses dessins la peur de ne plus être soi et la lutte défensive contre les mouvements mortifères.

L'étayage psy montre son intérêt dans un tel cas, mais aussi que l'accompagnement doit se faire par un tiers pour ne pas qu'il y ait confusion de figures ou de rôles.

RESUME

Entre ici et ailleurs, entre pratiques et disciplines, entre patients, chirurgien et psychiste, cette thèse est l'effet de rencontres avec des enfants ayant subi un traumatisme orthopédique. Effraction, la fracture est traumatisme et fait trauma. Désobjectivation, parcellisation du corps, violence, douleur et souffrance sont alors le lot des enfants en chirurgie pédiatrique. Et quand le bout prévaut sur le tout du corps, le corps-je devient autre.

D'Abidjan à Paris, quatre histoires cliniques d'enfant montrent que, sur fond d'effroi et de perte du regard, le dévisagement est à l'œuvre en chirurgie pédiatrique quelle que soit la qualité ou le type de soin. Chez ces enfants, la représentation subjective de soi et le test des trois dessins ont permis d'appréhender les perturbations de l'image de soi et de visagéfier la souffrance ainsi que les autres problématiques en présence. Il est apparu que la réparation n'est pas toujours suivie d'une restauration. Médiateur thérapeutique et relationnel, le dessin s'est révélé outil de visagéfication de l'effraction psychocorporelle et de revisagéfication par sa fonction miroir. Dans le temps du soin, se rejoue alors le stade du miroir. Le regard maternant et étayant du psychiste, dans ce processus, favorisent une réédification du soi de l'enfant ayant pour effet de lui redonner une image unifiée de lui favorisant une réappropriation du corps. Se dégage ainsi une nouvelle fonction du psychiste en chirurgie pédiatrique, celle de « psy-chir », pour décrire les modalités d'une aide psychothérapeutique particulière, en appui sur le dessin et la visagéfication, pour panser le corps.

SELFDRAWING AND VISAGE-IFICATION IN CHILDREN'S ORTHOPEDIC

TRAUMA : Thinking the body to care him

SUMMARY

Between here and elsewhere, between practices and disciplines, between patients, surgeons and psychiste, this thesis is the effect of meetings with children with orthopedic trauma suffered. Burglary, the fracture is orthopedic trauma and made trauma. Desobjectivation, fragmentation of the body, violence, pain and suffering are then the lot of children in pediatric surgery. And when the end prevails over all the body, the body becomes other-I.

From Abidjan to Paris, four clinical histories of children show that, amid terror and loss of the look, the face-losing is at work in pediatric surgery regardless of the quality or type of care. In these children, self-representation and subjective testing of three drawings helped to understand the disturbances in self-image and suffering taking's face and other issues involved. It appeared that the repair is not always followed by restoration. Therapeutic and relational mediator, drawing has proven tool visage-ification of burglary and psycho revisage-ification its mirror function. In the time of care, then replays the mirror stage. The underpinning of mothering look and psychiste, in the process, promote rebuilding of the child's self whose effect is to give it a unified picture of him promoting a reappropriation of the body. Thus emerges a new function of psychiste in pediatric surgery, that of "psy-chir" to describe the terms of a particular psychotherapeutic assistance in support of the design and visage-ification, to heal the body.

PSYCHOLOGIE

Mots-clés : représentation de soi- visagéfication-effraction psychocorporelle- traumatisme orthopédique-enfant- dessin-psychiste

LABORATOIRE UNITE TRANSVERSALE DE RECHERCHE EN PSYCHOGENESE ET PSYCHOPATHOLOGIE (UTRPP) EA 44 03, ECOLE DOCTORALE ERASME, 99 avenue JB Clément 93300 Villetaneuse