

Hémiplégie, papotage et tripotage

Agnès Condat*
et Catherine Morin**

Parlant de son hémiplégie, Madame B, droitère, 79 ans, porteuse d'une hémiplégie droite malaxe vigoureusement sa main paralysée dont elle dit « ça, ça remue pas encore ». « Vous la touchez beaucoup » lui fait-on remarquer, et elle déclare : « Oui, je tripote ça » (Morin, Salazar-Orvig & Piera, 1993). Un tel comportement au cours d'un entretien, chez une patiente en rééducation pour hémiplégie quelques semaines après un accident vasculaire, est d'observation courante. Pourtant lorsque ce fait fut mentionné incidemment au cours d'un staff du service de rééducation neurologique, un certain silence s'installa chez les médecins, silence clos par un commentaire professoral émis sur un ton méditatif : « tout le monde tripote ses mains ou fait des gestes plus ou moins automatiques en parlant... » Force était d'en conclure qu'en fait ce tripotage (qui ne fait pas partie de la séméiologie neurologique classique) n'était pas reconnu par les médecins de rééducation. Serait-il méconnu, scotomisé au cours des examens ? Ou bien échapperait-il à l'observation médicale parce qu'il se produit hors des examens médicaux ? Cette question est d'autant plus légitime que les entretiens au cours desquels ils sont observés ne sont pas axés sur les fonctions de l'organisme, mais sur la position du sujet, et diffèrent donc très notablement de l'interrogatoire neurologique.

Du point de vue neurologique, ce qui fait l'intérêt d'un symptôme, c'est son association régulière à une lésion de topographie donnée. Bien sûr, ce n'est pas ce qui est censé nous intéresser ici, et nous nous placerons plutôt pour orienter nos questions du point de vue des conséquences subjectives de l'hémiplégie. Toutefois, la question de la topographie lésionnelle doit être envisagée. En effet, certaines manifestations subjectives sont bel et bien corrélées à des localisations lésionnelles spécifiques. C'est le cas des perturbations de l'image du corps associées aux lésions hémisphériques droites (Hécaen et de Ajurriaguerra, 1952) : méconnaissance apparente de l'hémicorps et de l'hémiespace gauches (asomatognosie, hémi-

négligence gauche), de l'hémiplégie gauche (anosognosie), expressions de haine ou de mépris pour la main paralysée (Gertsmann, 1942) etc. Beaucoup de ces manifestations subjectives impliquent la main. Dans l'analyse des troubles de la somatognosie, Thibierge (1999, p 184) a pu montrer que les caractéristiques attribuées par certains patients à la main et au bras paralysés correspondent à « un ordre de réalité qui n'est pas très éloigné de ce que la psychanalyse a pu désigner comme la dimension de l'objet [-] : autonomie, absence de forme ou forme non reconnaissable, corps inanimé ou mort, déchet, présence étrangère ou surnuméraire, personnalisation fréquemment persécutrice ». Notre exemple inaugural provient au contraire d'un cas de lésion gauche, circonscrite, sous-corticale, de très petit volume. Pourtant la désignation de la main droite comme « ça » (déchet sans nom) la range bien dans la catégorie des « parties lésées soustraites à la reconnaissance » et marquées des caractéristiques de l'objet. La question se pose donc en ces termes: y a-t-il un continuum entre d'une part les « petites » particularités du traitement gestuel et langagier de la main paralysée par tout sujet hémiplégique et d'autre part les manifestations parfois dites « délirantes » observées dans les grands syndromes hémisphériques droits (ces patients seraient alors seulement plus « désinhibés » que d'autres) ? Au contraire, les perturbations neurologiques de l'image du corps seraient elles, et elles seules, structurellement liées à une « présentification » au niveau de la main de l'objet normalement refoulé, neutralisé, comme nous l'avons proposé récemment (Morin, 1998, Morin, Thibierge et Perrigot, sous presse). L'observation du comportement de patients hémiplégiques droits ou gauches est une des façons d'aborder cliniquement cette question.

Pour ce travail, mené dans le service de Rééducation Neurologique de l'hôpital Pitié-Salpêtrière, de janvier à juin 1998, nous avons respecté certaines limitations des recherches neurologiques habituelles: visant à établir un lien

entre localisation lésionnelle et symptômes ces recherches excluent les patients porteurs de lésions multiples ou diffuses. Notre étude s'est donc limitée à des patients atteints d'hémiplégie droite ou gauche, après une atteinte vasculaire cérébrale unilatérale. Onze patients droitiers dont 4 hémiplégiques droits et 7 gauches, 5 hommes et 6 femmes, ont ainsi été suivis dans différentes situations de leur séjour en rééducation: visite du professeur, visite de l'interne, entretiens avec C. Morin délibérément axés sur la position subjective du patient par rapport à sa maladie, séances de kinésithérapie, d'ergothérapie, toilette et soins. Chaque fois que possible, nous avons enregistré les propos tenus par les intervenants et les patients en notant les moments où survenaient les gestes de manipulation. Nos observations sont encore parcellaires et n'autorisent ni une description statistique du comportement des patients, ni des conclusions assurées quant à l'interprétation à proposer. Toutefois, elles confirment nos intuitions cliniques et permettent de formuler des hypothèses. C'est pourquoi nous prenons la liberté de présenter ici quelques observations typiques. Il s'agit bien sûr de résultats préliminaires et fragmentaires mais ces observations sont intéressantes à plusieurs titres : elles confirment d'abord la fréquence du « tripotage » et de l'évocation dans le discours de leur main malade par les patients hémiplégiques. Elles mettent également en évidence des différences nettes dans ces comportements en fonction du type de relation transférentielle à l'interlocuteur. Elles montrent enfin que la manipulation de la main n'a pas les mêmes caractéristiques selon que l'accident vasculaire entraîne une hémiplégie droite ou gauche.

Séances de rééducation

Les patients ne manipulent pas leur main (ou peu) au cours des séances de rééducation que ce soit en kinésithérapie ou en ergothérapie. Il paraît évident que la concentration et l'énergie nécessaires pour le travail demandé laissent par définition peu de place à l'expression spontanée.

Toilette

La toilette et les soins en revanche, avec le « papotage » qui les accompagne laissent plus de champ à la parole et aux gestes concernant la main.

M^{me} M. a 69 ans, elle présente une hémiplégie gauche avec syndrome hémisphérique droit : elle ne reconnaît pas sa main quand on la lui montre, lui « donne le nom de son mari » décédé, et méconnaît la gravité de son hémiplégie. Ordinairement, elle cache, emmaillote sa main gauche sous l'écharpe et les vêtements. Après des mois de rééducation, aucune autonomie n'est acquise et ses enfants chez qui M^{me} M. pensait aller habiter, cherchent pour elle une maison de retraite médicalisée.

Toilette de M^{me} M., avec une jeune aide-soignante.

AS : Allez, M^{me} M., je vous mets le savon.

M^{me} M. se laisse faire sans broncher, alors qu'elle se plaint généralement aux soignants de douleurs du membre supérieur gauche. Elle porte son bras paralysé avec sa main valide.

AS : Ils viennent vos enfants cet après-midi ?

M^{me} M. : Oui. Ils cherchent une maison où j'aurais une chambre pour moi toute seule, où y a un jardin, on fait des jeux et tout. On vous emmène en excursion et tout.

AS : Je commence à vous rincer, M^{me} M..

M^{me} M. : On peut dormir comme on veut, mais y a pas de sonnette. [Montre sa main paralysée] Ça c'est mort, un bout de bois. Je peux pas aider. Avant je me lavais toute seule.

AS : Bougez pas comme ça madame, faut pas tomber.

M^{me} M. : Qu'est-ce qu'on mange à midi ?

Le discours morcelé de cette patiente juxtapose la description d'un placement qui ne dit pas son nom, la main morte (« ça ») et les préoccupations orales. Si, comme dans l'analyse d'un rêve on rétablit les liens manquants, on peut proposer entendra que la main gauche, « ça », cette chose morte, est pour la patiente la cause de l'invalidité et du placement, et a statut d'objet oral.

Mais c'est dans les divers types de dialogue entre patients et thérapeutes que les caractéristiques des gestes concernant la main apparaissent nettement. Le type de relation transférentielle s'avère très important, comme le montrent les fragments suivants, extraits d'échanges entre une même patiente et trois médecins dans des circonstances différentes: avec le Professeur P. au cours d'une visite précédant la sortie, avec l'interne de la salle lors de sa visite quotidienne, et avec C. Morin lors d'un entretien « de recherche ».

Entretiens avec les médecins. Un cas d'hémiplégie droite.

Madame L., âgée de 50 ans, est porteuse d'une hémiplégie droite (hémorragie cérébrale compliquant une hypertension artérielle). Elle est au chômage, de même que sa grande fille, et vit dans un squat.

Visite du Pr. P au lit de Mme L. quelques jours avant la sortie.

Pr. P. : Comment ça va ?

M^{me} L. : Des fois le matin quand je dors je me réveille et j'ai toujours mal derrière la tête.

Pr. P. : C'est prévu que vous alliez en hôpital de jour ?

M^{me} L. : Oui, on m'a dit ça.

Pr. P. : Il paraît ?

M^{me} L. : Oui.

Pr. P. : Ben c'est sûr !

M^{me} L. : Ah bon !

Pr. P. : C'est toujours peut-être pour vous ? Vous savez ce que vous allez y faire ?

M^{me} L. : Non, enfin la même chose: kiné, ergo...

Pr. P. : Les permissions se sont bien passées ?

M^{me} L. : Oui, enfin comme d'habitude. J'étais à la maison. Regarder des cassettes. Il faudrait que je sorte mais... Je suis pas rassurée. Y faudrait que j'essaie un tour. Je sors de l'hôpital, dans l'hôpital.

Pr. P. : Vous allez récupérer complètement ?

M^{me} L. : Oui.

M^{me} L. à une externe : J'ai bien répondu ?

M^{me} L. ne manipule pas ses mains au cours de cet entretien. Elle est assise au fond de son fauteuil, balance sa jambe gauche en un mouvement rythmé de faible amplitude, baisse plusieurs fois la tête. Elle fait effort pour « bien répondre au docteur ». La forme abrupte des questions adressées à M^{me} L., comme l'inventaire de ses performances au cours d'un dialogue préalable à la sortie, supposent à ce dialogue un but bien précis, l'élaboration d'une décision ou d'un pronostic, d'une sentence quant à l'avenir.

Visite de l'interne au lit de M^{me} L.

I : On vous a fait travailler la main droite ?

M^{me} L. : Oui. [Bouge sa main droite] Sauf pour les choses dures où je prends la main gauche.

I : Vous arrivez à écrire avec la main droite ?

M^{me} L. : Oui [mime le geste].

I : Et avec la gauche ?

M^{me} L. : Moins [mime le geste].

M^{me} L. écrit : « je suis en bonne santé » de sa main droite.

M^{me} L. : J'arrive pas bien à me coiffer. Je me lave les dents plutôt avec la main gauche. Et j'ai mal à la tête.

L'interne examine M^{me} L. pour les maux de tête dont elle se plaint.

I : Bon c'est une névralgie ça ; c'est pas très grave.

M^{me} L. : Sais pas. C'est marrant parce que ça part pas.

L'interne : Quoi ?

M^{me} L. : Le truc derrière là. J'ai été à Claude Bernard six mois parce que j'avais toujours mal à la tête; ils ont pas trouvé. Bon, quand est-ce que je vais rentrer à la maison ?

Ici c'est M^{me} L. qui interroge (« quand est-ce que je vais rentrer à la maison » ?), et qui affirme avec la main droite « je suis en bonne santé ». Mais elle évite la principale question : comment son handicap est-il compatible avec son mode de vie précaire ? La question de la récupération n'est pas posée par elle, ni celle du devenir social. Son inquiétude s'exprime, comme lors de la visite du professeur dans les céphalées... ce sont elles qui « ne partent pas ».

Entretien du Dr. Morin avec madame L.

C. M. : Est-ce qu'il y a un côté du corps qui vous gêne ?

M^{me} L. : Non.

C. M. : J'avais cru comprendre qu'au début il y avait un côté qui vous gênait.

M^{me} L. : Oui, un peu celui là [montre le côté droit]. Les objets ne tenaient pas. C'est difficile pour me laver le dos, la tête. Au début, je pouvais rien faire à cause du bras. Ça tenait pas. Et la main était comme ça [Serre sa main droite très fort]. Sinon je n'ai rien de spécial.

C. M. : Vous faites des progrès ?

M^{me} L. : Au langage peut-être. J'arrive à dire des mots alors qu'avant je ne pouvais pas du tout. Mais je sens quand même quelque chose. Au début je me suis demandé si j'étais pas paralysée, si j'allais pas rester handicapée [Explique avec ses mains, les 2. La gauche bouge un peu plus que la droite – moment de silence : serre sa main gauche avec la main droite].

C. M. : Et votre moral ?

M^{me} L. : Le moral ça va. [Se frotte les mains, les écarte, entrecroise les doigts]. Mais c'est pas marrant d'avoir une voisine comme moi qui pleure tout le temps. La nuit je peux pas dormir. Elle ronfle, elle tousse... [silence] C'est arrivé on sait pas comment. On m'a dit cardio-vasculaire. Peut-être je mangeais trop. C'est une artère qui éclate y paraît. J'étais pas stressée mais fatiguée. Oui, toujours fatiguée.

C. M. : Vous étiez fatiguée par votre travail ?

M^{me} L. : J'étais au chômage [caresse sa main droite avec la gauche]. Trouver du travail, ça oui c'est difficile. J'avais de la tension. Ah là oui. On m'a donné un demi aldactazine mais ça n'a pas dû faire effet.

M^{me} L. caresse sa main au moment où on lui parle du chômage, qui est son grand problème « ça oui, c'est difficile ». Ainsi, c'est au moment où la question la plus difficile est abordée que la patiente

te caresse sa main dans un geste consolateur qui évoque l'objet transitionnel de Winnicott (1975). Cette référence à l'enfance se retrouve en clair chez Monsieur B., jeune cadre dynamique foncteur, atteint d'hémiplégie droite, qui « fait partie de la branche événementielle ». Il dit de sa main : « pour moi, c'est comme si tout était ankylosé, en partie immobilisée mais pas morte. Une main d'enfant, une main de petit bébé qui apprend. »

On va retrouver en cas d'hémiplégie gauche ce lien entre question angoissante et manipulation de la main paralysée. Mais les patients ne manipulent pas leur main de la même manière lorsque l'hémiplégie est gauche.

Entretien du Dr. Morin avec madame C. (Espagnole, 52 ans, hémiplégie gauche, hémiparesie gauche) :

C. M. : Comment ça va ?

M^{me} C. : Faire des puzzles me fatigue beaucoup mon cerveau. On me fait faire les puzzles pour voir si mon cerveau marche comme y faut.

C. M. : Ah oui, et alors ?

M^{me} C. : Mon cerveau, à mon avis, il marche bien.

C. M. : Et le moral ?

M^{me} C. : Je suis très fatiguée, pas triste, fatiguée [tripote sa main paralysée, la pince puis la tord]. Bien sûr, quand je vois que mes membres marchent moins bien, je suis moins gaie.

C. M. : Vos membres marchent moins bien... [M^{me} C. cesse de manipuler sa main]

M^{me} C. : J'ai mal à ma jambe gauche. Mais ça vient aussi du genou car j'ai toujours eu mal au genou droit. C'est pas que la paralysie. C'est le bras le plus lourd. [Reprend sa main gauche et la tord avec la main droite] Le matin, la main il est raide, raide, raide. Une fois que je me lève, je le fais beaucoup marcher ma jambe. [Cesse de tripoter sa main]

C. M. : Et votre main ?

M^{me} C. : Avant hier, j'ai bougé un peu mes doigts mais pas trop. C'est très raide, très lourd. J'ai des tonnes, des tonnes de poids sur ma main. [Recommence à pincer sa main gauche avec la droite] Les progrès sont minimes pour moi. C'est pas comme avant. C'est trop mol(le ?), trop lourd. Même la nuit des fois c'est trop lourd. La nuit je la mets toujours sur mon ventre, comme ça, parce que sinon elle fait trop mal. Mais même sur mon ventre des fois c'est trop lourd.

Ici c'est chaque fois qu'il est question de sa main paralysée, ainsi que lorsqu'elle dit ne pas être triste, que M^{me} C. se précipite sur sa main, avec des gestes violents et agressifs ; elle parle de sa main comme d'un objet étranger et gênant

Ainsi, chez Madame L. comme chez Madame C., la manipulation de la main paralysée apparaît dès lors que le dialogue s'oriente vers le manque, la perte causée par l'accident vasculaire cérébral ou préexistant dans la vie du patient. La main, lieu de la perte (c'est la commande de la main qui est le plus rarement récupérée) semble ainsi prise dans une fonction qui évoque celle de l'objet transitionnel (Winnicott, 1975).

Les gestes de manipulation diffèrent selon que la lésion est droite ou gauche. Si la main tient lieu d'objet, on doit en conclure qu'elle n'est pas prise pour le même objet dans les deux cas. On peut discuter cette différence selon deux directions. Si on fait porter l'accent sur l'opposition paralysie droite / paralysie gauche, on attachera de l'importance à la différence signifiante entre les mains droite et gauche (Seringe, 1993). On dira alors que la main droite est la « bonne » main, et que, déficitaire ou non, elle continue à symboliser la maîtrise du sujet. En revanche, la main gauche est déjà normalement caractérisée comme appartenant à la série de ce qui est mauvais ou inconvenant (Melman, 1984) ; comme telle, elle serait selon Cathébras (1992) plus souvent impliquée que la droite dans les symptômes hystériques. On pourrait alors comprendre, selon une logique névrotique, que, paralysée, cette « mauvaise » main suscite haine et mépris.

Si on considère la question d'un point de vue neurologique, on s'attachera à la différence entre lésions hémisphériques droite ou gauche, et on situera le comportement vis-à-vis de la main gauche dans le contexte des autres symptômes, c'est-à-dire aux autres conduites et discours observés dans les lésions hémisphériques droites. Le comportement à teinte hostile des patients cérébrolésés droits vis-à-vis de leur main gauche s'inscrirait alors logiquement dans une série étrangère à la névrose, série associant l'assimilation de la main paralysée à un objet inerte (Critchley, 1953), sa personnalisation, la haine contre l'hémicorps paralysé (« somatophrénie » de Gertsman, 1942). Nous avons proposé de considérer le syndrome hémisphérique droit comme un trouble grave de l'image spéculaire associant le morcellement de l'image du corps et des manifestations intempestives de l'objet normalement neutralisé (Morin, 1998). Le comportement des patients cérébrolésés droits vis-à-vis de leur main pourrait s'inscrire dans la série de ces manifestations de l'objet ; la main aurait alors les qualités d'étrangeté voire les potentialités persécutives caractéristiques de l'objet dans son versant antipathique. Ceci implique une déstructuration partielle des rapports entre image du corps et corps réel. Déstructuration partielle puisque persiste un rapport du sujet avec sa main. On a vu que l'autonomie de l'objet peut aller plus loin : Mme M., qui emmaillote sa main plus qu'elle ne

la manipule, la personnalise, lui attribue implicitement la responsabilité de son malheur et, lorsqu'elle en parle, se rabat sur des préoccupations orales.

En revanche, dans les lésions de l'hémisphère gauche (c'est-à-dire les hémiparésies droites), l'objet-main aurait des caractéristiques « positives ». Manipulée avec douceur, la main serait utilisée selon une modalité « winnicottienne » : pour Winnicott en effet, l'objet transitionnel

« protège contre l'angoisse dépressive », en d'autres termes contre l'angoisse de castration. Il s'agit certes là d'une conduite régressive, mais qui reste dans le registre névrotique: à la différence des gestes hostiles et violents décrits ci-dessus, elle maintient une familiarité du sujet avec son corps paralysé.

Telles nous semblent être les pistes ouvertes par ce travail. ○

Agnès Condat, Interne en psychiatrie

Catherine Morin, Chargé de Recherches, UMR 8606 CNRS, Paris V.

- 1 L'observation de Mme M. a fait l'objet d'un précédent article (Morin, 1998)
- 2 Cette « responsabilité de la main » s'entend parfois plus clairement; M. V. , hémiparésique gauche, qui dit dormir « le moignon sur le matelas » dit de sa main : « je m'arrange pour pas la regarder (...) ça m'énerve, je prends ça comme une diminution, j'ai toujours besoin de quelqu'un à cause de cette main »
- 3 Cette recherche était présentée comme portant sur « la façon dont on récupère psychologiquement après une maladie comme la vôtre ».

Bibliographie

- Cathébras P., De la latéralisation à gauche des syndromes fonctionnels. *Neuropsych*, 1992, 8, 105-116.
- Critchley M., Disorders of body image. In *The parietal lobes*. London : Arnold, 1953.
- Gertsmann J., Problems in imperception of disease and of impaired body with organic lesions. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 1942, 48, 890-913.
- Hécaen H. & de Ajurriaguerra J., Méconnaissances et hallucinations corporelles. *Intégration et désintégration de la somatognosie*. Paris : Masson, 1952.
- Melman, C., *Nouvelles études sur l'hystérie*. Paris : Denoël, 1984.
- Morin C, Salazar-Orvig A, & Piera-Andres J-B., L'hémiparésie après accident vasculaire : ce qu'en disent les patients en rééducation, *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 1993, 36, 3-17.
- Morin C., Corps, image spéculaire et objet en neurologie, *Bulletin AFI*, 1998, 77, 7-11.
- Morin C., Thibierge S. & Perrigot M., Right brain damage, body image and language : a psychoanalytic perspective. *Journal of Mind and Behavior*, sous presse.
- Seringe P., La main à travers les langues latine et grecque et quelques racines indo-européennes (I.E.) concernant la main ou les mains droite et gauche. In *La main*. Eurasie, 4 (p. 55-68). Paris : L'Harmattan, 1993.
- Thibierge S., Pathologies de l'image du corps. *Étude des troubles de la reconnaissance et de la nomination en psychopathologie*. Paris : PUF, 1999.
- Winnicott D., Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In *Jeu et réalité*. L'espace potentiel. Paris : Gallimard, 1975.