



pratique soignante

Faire découvrir de nouvelles sensations corporelles aux personnes blessées médullaires

■ L'arrivée en service de rééducation, pour la personne blessée médullaire, correspond souvent au début de sa prise de conscience des pertes fonctionnelles, de l'étendue de son handicap et de ses conséquences ■ L'équipe thérapeutique doit tout mettre en œuvre pour accompagner cette personne afin qu'elle recouvre une identité d'homme ou de femme ■ Il appartient aux soignants d'entendre et de comprendre la souffrance du patient.

FRANÇOISE
HAMON MEKKI

MOTS CLÉS

- Blessé médullaire
- Corps
- Dépendance
- Image de soi
- Rééducation
- Sensation
- Sensibilité corporelle
- Toucher

RÉFÉRENCES

- **Bataille G.** L'érotisme I. L'érotisme dans l'expérience intérieure Éditions de Minuit, 1957
- **Brémond A.** Reflexion éthique sur la notion de personne dans le cadre d'une lésion médullaire Mémoire de DEA, 1994
- **Caux JF, Delahoche F (ss la dir. Marcellini A).** Adaptation à un handicap acquis, exemple de la paraplegie Education corporelle et handicap, 2007
- **Dizien O.** Incidence des différentes pathologies traumatiques sur l'image du corps, 2004

Le contexte hospitalier doit aider le blessé médullaire à se structurer en tant que "sujet", alors que le corps physique de ce dernier est "objet" de soins et que lui-même est dépendant d'un autre durant la première période d'hospitalisation. La réflexion porte alors sur ce qu'est l'homme, bien au-delà de son aspect physique et de ses différences. Comment, à travers les soins intimes, initier une relation constructive avec un patient dépendant, sans pervertir et/ou changer le sens de la relation de soin ?

UNE IDENTITÉ ET UNE SENSIBILITÉ BOULEVERSÉES

La personne victime d'une blessure médullaire se trouve brutalement entraînée vers un état de dépendance physiologique, physique, sociale, affective, sensitive et motrice.

■ **Il se produit comme une rupture de l'équilibre entre son corps et les sensations corporelles habituellement perçues**, ses relations avec l'environnement et les émotions que celui-ci lui procurait auparavant. Les remaniements qui suivent, tant au niveau physique que psychique, provoquent un profond changement d'identité. Confronté aux réalités quotidiennes, le blessé médullaire découvre un décalage entre sa vie passée et la situation présente, refusant toute projection dans un avenir où la vie ne peut se concevoir dans un fauteuil roulant. Le cheminement psychique que poursuit la personne pour se réapproprier son corps, retrouver son autonomie, son indépendance et sa position de sujet n'est pas toujours évident.

■ **Les blessés médullaires ont souvent une perte de sensibilité** dans les régions habituellement érogènes

de leur corps. En revanche, d'autres zones du corps, non reconnues habituellement comme capables d'être sources de plaisir (oreilles, paupières, cou, haut du dos), peuvent être stimulées pour engendrer des sensations de plaisir. Certaines personnes constatent alors un accroissement de la réaction sensorielle produite par le toucher de la surface de la peau dans la zone corporelle sensible dont le niveau et l'étendue sont dépendants de la région lésée. Ces parties du corps deviennent des zones pouvant être sollicitées dans l'activité sexuelle, se révélant très érotiques et procurant du plaisir¹.

PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE LA PRISE EN CHARGE DES BLESSÉS MÉDULLAIRES

Comment survivre, plongé dans l'inconnu d'un corps différent, immobilisé, où toutes les relations à soi et au monde sont modifiées ? Comme le rappelle Ève Gardien, « en service de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, il est habituel d'envisager la rééducation comme un réapprentissage du corps. Plus encore, la "récupération" est souvent la finalité même des efforts objectivés de l'homme blessé. Or, ledit corps ne sera, hélas, ni réappris ni "récupéré". En effet, si les mêmes fonctions sont à mobiliser, si les mêmes besoins sont à satisfaire, chaque geste quotidiennement effectué sera pourtant différent et demandera de trouver des repères corporels inédits »².

■ **Dans le cadre des soins, la relation soignant/soigné n'est pas dénuée de sens, de symboles ou de transferts possibles.** C'est une relation "sexuée", où le personnel est à dominante féminine et la majorité des patients de sexe masculin. De multiples situations sont sources de confusion, mettant

en évidence la problématique du désir et des sensations corporelles au niveau des parties du corps où la sensibilité persiste. Comment se comporter face à la personne qui demande une "attention féminine" pour sa toilette ? Comment faire de cette toilette un soin intime et avoir une relation constructive avec un patient dépendant, sans pervertir et/ou changer le sens de la relation de soin ? Comme le souligne David Le Breton, professeur en sciences sociales à l'Université de Strasbourg (67), « *les organes des sens reçoivent une empreinte liée aux valeurs et aux représentations qui guident les conduites du sujet dans son milieu social. La sensorialité est prise, elle aussi, à l'intérieur du symbolisme social, elle n'est jamais aléatoire ou déjà donnée à la naissance, mais elle est le fruit d'un conditionnement social. D'un collectif à un autre, le partage des sens, l'acuité de chacun d'entre eux, l'usage qui en est fait se distribuent de façons différentes, parfois fort éloignées* »³.

■ **Le handicap contraint la personne concernée à briser une norme esthétique** pour inventer un corps capable de susciter le désir et l'érotisme, malgré certaines difficultés de mouvement, de déplacement et de posture. L'atteinte narcissique est tout aussi importante que la blessure physique. C'est à l'occasion des soins corporels et relationnels que sont abordés ces aspects de la sensibilité corporelle restante.

L'IMPORTANCE DU TOUCHER DANS LES SOINS

Le toucher possède une fonction de communication. Selon Jean-Marc Barbin, maître de conférence à l'Université des sciences de Montpellier (34) « *le toucher est essentiel pour l'homme. Non seulement il le met en relation avec son environnement, mais il lui permet également de rentrer en contact avec tout ce qui est externe à sa surface corporelle. Le toucher permet, en effet, de découvrir, de reconnaître, de communiquer. Il permet d'explorer l'environnement, d'identifier des objets ou des êtres animés, de les décrire, et même parfois de donner leur position. Le toucher permet encore de recevoir des émotions, mais aussi d'en dévoiler. Il suscite un confort, une sécurité, un bien-être, un plaisir, mais aussi parfois une répulsion, une menace, une agression, une douleur. L'homme ne touche pas n'importe qui, n'importe quand ou n'importe quoi* ».⁴

L'une des premières façons de permettre au patient de prendre conscience des capacités de sa peau à ressentir est de le toucher en "zone non paralysée". Par exemple, on lui posera la main sur l'épaule ou sur la nuque pour le saluer. On l'aidera, par le toucher, à explorer puis à identifier les parties de sa peau qui restent sensibles et on lui suggérera, par des exercices de visualisation, de développer une sensibilité plus grande dans ces nouvelles régions corporelles afin de

Faire découvrir de nouvelles sensations corporelles aux personnes blessées médullaires, les points à retenir

- **La personne blessée médullaire subit une rupture de l'équilibre** entre son corps et les sensations corporelles habituellement perçues.
- **Les changements physiques et psychiques** qui en découlent provoquent un profond changement d'identité.
- **Le handicap oblige le patient à briser une norme esthétique** pour inventer un corps capable de percevoir des sensations et de susciter le désir et l'érotisme.
- **C'est à l'occasion des soins physiques et relationnels** que sont abordés ces aspects de la sensibilité corporelle restante.

compenser en partie celles ayant perdu leur sensibilité.

■ **La personne handicapée doit dépasser et transcender son handicap** pour gagner l'estime de sa nouvelle réalité corporelle et développer ce qui reste de sensible dans son corps, reconnaître et s'adapter à ce qu'elle n'a pas ou plus, pour s'identifier réellement à son nouveau corps, à sa nouvelle image corporelle. C'est un vrai processus de reconstruction. « *Il n'y a rien à faire dans cette partie du corps* », confient ces hommes ou ces femmes. « *Nos caresses nous restent au bout des doigts, par conséquent nous partons à la recherche de notre corps, de son plaisir, de sa jouissance, d'abord dans la douloureuse expérience de ce qu'il peut encore ressentir et faire. A priori, nous ne faisons pas le deuil des plaisirs d'autrefois, nous faisons l'expérience de "l'état des lieux" Ensuite, il nous faut chercher ailleurs avec notre corps. cet inconnu, dans son mouvement, son déplacement avec nous-mêmes/avec l'autre. Il nous faut innover dans la recherche du plaisir et dans le rapport physique et sensoriel avec l'autre* »⁵.

■ **Pour ces patients, tout "recommence" souvent par une éducation érotique**, ou plutôt auto-érotique pour reconquérir une capacité à s'aimer et à s'estimer. La concentration visuelle y contribue généralement. « *À ce stade, la personne blessée attend une large réceptivité au-delà de la blessure, de sorte qu'elle n'est plus dans la négation de cette blessure, mais la dépasse, non pas dans un corps qui risque d'être imaginé comme avant le traumatisme, mais dans une nouvelle réceptivité affective.* »⁵

Il ne s'agit donc pas d'embellir mythiquement le passé. Comme le dit Roland Barthes, écrivain et sémiologue français, [...] *l'art de vivre n'a pas d'histoire; il n'évolue pas: le plaisir qui tombe tombe à jamais, insubstituable. D'autres plaisirs viennent, qui ne remplacent rien. Pas de progrès dans les plaisirs, rien que des mutations* »⁶. ■

NOTES

1. Kreuter *et al.*, 2008
2. Gardien È. L'apprentissage du corps après l'accident Sociologie de la production du corps Collection Handicap, vieillissement, société [Presses] universitaires de Grenoble, 2008
3. Le Breton D. Aspects anthropologiques des activités physiques et sportives In Psychologie du sport questions actuelles, Revue EPS, 1995 151-162.
4. Barbin JM. L'épreuve du corps paralyse dans l'apprentissage sportif ou le parcours de "Je-u" du blessé médullaire dans son processus de re-connaissance sociale *Éduquer* 2006, 11
5. Cormerais A, Lerebours P. Déficiences motrices et handicaps, Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatifs, troubles associés In Erotisme et handicap moteur Association des paralysés de France, 1996 84-6
6. Barthes R. Roland Barthes par Roland Barthes. Seuil, 1995 54

L'AUTEUR

Françoise Hamon Mekki, cadre infirmier, Centre mutualiste, Kerpape (56) francoise.mekki@wanadoo.fr