

D'une rencontre avec des élèves cérébrolésés à un questionnement de recherche

Christian Sarralié

Les hasards de diverses pérégrinations administratives m'ont un jour conduit à une rencontre bouleversante. Enseignant de mathématiques j'ai été détaché dans un Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle pourvu d'une structure scolaire. Un poste qui me plaçait devant des élèves dont l'histoire scolaire s'était un jour, souvent sur le chemin de l'école, brusquement interrompue. Une rupture causée par un choc accidentel à la tête, provoquant fréquemment un coma, et installant des séquelles qui amenaient chacun à vivre en étant « *ni tout à fait le même ni tout à fait un autre* », selon une expression récurrente dans les témoignages des parents de ces enfants.

Les rencontres avec les situations de handicap ne laissent pas indifférent et suscitent des peurs dont le premier niveau est, pour le professionnel, celle de mal faire, de ne pas savoir s'y prendre (Stiker, 2005). Comme l'écrit Jean-Sébastien Morvan, « en premier lieu, tout affrontement aux *malfaçons* physiques ou intellectuelles, aux transgressions, aux déviations psychologiques ou sociales apparaît se poser en termes de confrontation à un désordre subi ou anticipé, indépendamment des réponses résolutes qui seront ultérieurement apportées » (Morvan, 1987). La question du handicap demeure longtemps une énigme pour les personnes qui y sont confrontées et sa rencontre engendre des mouvements psychiques de fond pas toujours conscients (Morvan, 2010). Le handicap se présente comme un fantasme qui remettrait en question l'intégrité somatopsychique du sujet, en imposant l'absence ou la défaillance de fonctions qui fondent l'humain (Korff-Sausse, 2007).

Ma « rencontre/confrontation » avec ces élèves particuliers a aussi pris pour moi la forme d'un choc qui a eu pour conséquence de m'orienter vers un travail de recherche. Je me propose ici de revenir tout d'abord sur mon parcours de recherche commencé à la fin des années quatre vingt, qui s'est traduit par une thèse soutenue au début des années deux mille ; puis, de décrire ses prolongements actuels au sein de ma fonction de formateur d'enseignants spécialisés qui m'ont conduit à l'organisation de cinq journées d'études entre 2002 et 2012 et à l'animation de projets de recherche sur l'éducation et la scolarisation d'élèves avec des lésions cérébrales acquises dans mon institution d'appartenance¹. Ce retour réflexif a pour but de

1. Coordination de l'équipe Réselca, Recherche sur l'éducation et la scolarisation d'élèves avec des lésions cérébrales acquises, INS HEA.

revisiter mon entrée progressive dans une approche clinique des faits étudiés, en en montrant la pertinence et en soulignant l'intérêt pour la recherche concernant la population étudiée. C'est par la narration de deux scènes que je considère comme inaugurales et fondatrices de mon travail de recherche que va débiter mon propos.

Deux moments particuliers

« *Je vous vois double* ». Agnès est devant mon bureau pour ce premier cours de l'année. Je le donne à des élèves réunis pour former ce qui figure dans mon emploi du temps d'alors sous l'énigmatique appellation de « groupe de réadaptation D ». Agnès, âgée d'un peu plus d'une vingtaine d'années, est en troisième année de médecine. Sa phrase d'accueil, « *je vous vois double* », prononcée en enlevant ses lunettes, renvoie, je l'apprendrai plus tard, à ce que l'on nomme une diplopie. Ce trouble provoque, les deux yeux ouverts, une vision double. Il évoque une paralysie d'un des nerfs oculomoteurs. Des verres prismatiques peuvent être placés sur des lunettes pour atténuer les images doubles dans l'attente d'un retour de l'effectivité de la fonction nerveuse. La diplopie est fréquente après un grave traumatisme crânien. Victime d'un accident de la voie publique, Agnès, après sa sortie du coma et d'une longue période d'hospitalisation, reprend peu à peu contact avec la scolarité. Dans le Centre où je travaille, cette reprise s'effectue au sein d'un groupe de réadaptation constitué d'adolescents traumatisés crâniens ayant une histoire proche de la sienne. Quelques heures d'enseignement hebdomadaires, dont celles de mathématiques que j'assure, leurs sont dispensées. Placés dans un processus de réadaptation, ils sont candidats à un retour à une scolarité dont l'ambition est de les resituer au plus près de leur condition d'élève antérieure à l'accident.

« *On vous attend* ». C'est le dernier jour de cette même année scolaire dans ce Centre médico-scolaire. Par tradition dans l'établissement, dès le matin, tous les pensionnaires et les membres du personnel, quel que soit leur statut, s'affairent à la préparation de la grande kermesse de l'après-midi. Je débute en principe la matinée par un cours à ce groupe de réadaptation. Pour tous, la matinée est banalisée. J'arrive ainsi avec l'idée de participer aux préparatifs. Mais, en passant devant ma salle de classe habituelle, par la porte entrouverte, j'aperçois le groupe dans son entier. Installés chacun à une table, silencieux, les bras croisés, ils m'attendent ! Nos échanges me font comprendre qu'ils « tiennent » à leur « cours de maths ».

Le récit de ces deux moments illustre pour moi le point de départ de mon questionnement qui porte à la fois sur ces jeunes traumatisés crâniens et sur leurs enseignants.

L'élève traumatisé crânien : un sujet en quête d'un statut

Chez un élève traumatisé crânien, l'accident ne met pas fin à la vie mais marque une rupture dans son cursus scolaire et ses projets. Sa vie bifurque selon des réorientations qui, le plus souvent, s'imposent. Mais le devenir qu'il envisage reste imprégné par l'aspiration au retour à la « vie d'avant ».

Avec l'idée de « double », la diplopie, dans la première scène, est à l'image de la position de ces jeunes qui suivent une double voie, entre leurs efforts pour retrouver un fonctionnement nouveau et leur désir oppressant de reprendre la voie ancienne. Le préfixe « re » ou « ré » devient récurrent dans le vocabulaire qui décrit leur quotidien. Re-socialisation, re-scolarisation, ré-apprentissage, ré-éducation... Si l'on antépose « re » à tous ces mots, n'est-ce pas dans l'idée que l'on raccroche ? L'étymologie du mot *Résurgences* (nom de la revue de l'UNAFTC-Union nationale des associations et familles de traumatisés crâniens et cérébrolésés) conduit aux significations suivantes : « se relever », au figuré « se rétablir », plus spécialement « ressusciter » et également dans un emploi plus ancien « réapparaître ».

Dans la seconde scène, les élèves se singularisent en cette fin d'année. Avec le recul du temps, je rapproche ce qui se passe à ce moment-là de l'histoire de l'établissement dans lequel elle se déroule : c'est un ancien sanatorium. Or, la tuberculose, maladie réputée insidieuse et véritable épidémie liée à l'industrialisation et au milieu urbain, a fortement marqué la première moitié du XX^e siècle. Et aujourd'hui, le traumatisme crânien est présenté par les pouvoirs publics comme un problème de santé majeur de nos sociétés. La littérature spécialisée le qualifie d'ailleurs de véritable « épidémie silencieuse » liée à nos modes de vie (Azouvi, 2007). Autrefois, la tuberculose, maladie à fortes répercussions sociales, conduisait à isoler les patients et à les couper du monde extérieur. C'est sans doute ce qui conduit Louise Côté (2000) dans son étude sur les sanatoriums, à souligner la présence d'un fort sentiment d'appartenance à un groupe chez les patients tuberculeux. Aujourd'hui, chez nos jeunes traumatisés crâniens, ce sentiment ne s'observe pas. L'isolement prend une autre forme dans leur rapport au monde et aux autres. Ils sont *singuliers* non seulement dans ce qui les distingue en raison de leurs séquelles suite à leur accident de vie, mais aussi parce que, même au milieu de leurs pairs d'infortune, contrairement aux malades de la tuberculose, ils sont seuls.

Un traumatisme crânien grave touche la personne qui le subit sur tous les plans et, de l'accident à la réinsertion, l'itinéraire s'apparente pour elle et son entourage à un « parcours du combattant » (Cohadon, 1998). Pour les élèves traumatisés crâniens, le retour à la scolarité porte la marque des ruptures dans leur parcours, il est chargé d'émotions et leur désir d'apprendre se présente comme une quête (Sarralié, 2009b). Quelle est la nature de cette quête pour un sujet en situation de réadaptation scolaire,

dans une position mal assurée entre soin et études, avec une pratique considérablement perturbée et une histoire bouleversée ? De sa sortie d'hospitalisation à sa re-scolarisation ou sa réorientation, son cheminement s'inscrit dans une recherche identitaire. C'est un « parcours de la reconnaissance » où le terme *reconnaissance* concerne les *objets* avec le sens de leur identification, *soi* comme attestation que l'on est bien le sujet de ses expériences, et *l'autre*, qui vient confirmer cette attestation (Ricoeur, 2004).

Dans le cadre de cette quête, la particularité du rapport au savoir de ces élèves se révèle par le statut de l'erreur pour eux et par leur attitude dans l'activité scolaire. Dans leur cas, l'origine de l'erreur est difficile à déterminer pour un enseignant, sa nature est incertaine. Doit-on la comprendre comme la manifestation d'un trouble consécutif aux lésions ou comme l'expression d'une difficulté scolaire ordinaire ? L'erreur peut directement renvoyer à l'accident, en rappelant à l'élève *qu'avant* il savait faire, ce qui empêche ainsi l'utilisation de l'erreur sur un plan didactique (Sarralié, 2009a). Dans leur attitude, j'ai souvent observé que ces élèves interrompent rarement le cours de réalisation d'une tâche, montrant ainsi une réelle appétence pour l'activité scolaire, qui peut aller jusqu'à des extrêmes évoquant la boulimie ou l'anorexie. Cette dernière est la marque du processus de réadaptation, le reflet d'une composante soignante dans laquelle l'énoncé de mathématique s'écrit comme une posologie et où le savoir est prophylactique, comme si le savoir était instrumentalisé au service d'une « guérison » espérée (Sarralié, 2006). On peut penser qu'il s'agit là d'une instrumentalisation à analyser par rapport à l'objet mathématique lui-même (Sarralié, 2009b). Jacques Nimier (1976) a montré que, dans certains cas, le rapport aux mathématiques pouvait être en lien avec une forme de rapport à l'ordre. Ainsi l'élève traumatisé crânien pourrait utiliser les mathématiques pour créer un ordre en lui, se donnant l'impression d'être lui-même transformé.

L'enseignant face à l'élève traumatisé crânien : un enseignant déstabilisé

Devant ces élèves-là, un enseignant qui cherche à se documenter rencontre de nombreuses difficultés. En effet, on trouve de nombreux termes différents dans le champ de la neuropsychologie pour désigner des conditions cliniques proches. L'ouvrage de Le Gall (1998), composé d'articles concernant les troubles praxiques, illustre particulièrement ce fait. Par ailleurs, on remarque que des expressions identiques recouvrent des tableaux cliniques sensiblement différents. Ainsi, l'ensemble des études sur les fonctions exécutives, c'est-à-dire celles qui sont impliquées dans le contrôle cognitif d'actions finalisées, montre que leurs perturbations « ne se résument pas à certains troubles comportementaux, ni à certains déficits cognitifs, mais qu'elles incluent une large variété de troubles dont le dénominateur commun est de se référer à un déficit d'une fonction de

contrôle et dont le profil varie en fonction de la pathologie » (Godefroy, 2004). On emploie souvent l'image du kaléidoscope comme métaphore pour illustrer la complexité du tableau clinique présenté par les personnes victimes d'un grave traumatisme crânien. Pour appréhender ces états pathologiques et les décrire, on observe divers symptômes que l'on rassemble et caractérise sous le nom d'un syndrome, le plus souvent en lien avec des localisations cérébrales (Delcey, 2000). Or, même si aujourd'hui le scanner permet des bilans beaucoup plus précis, la difficulté à décrire les tableaux cliniques persiste.

De plus, les conduites observées dans ce public particulier d'élèves ébranlent l'action du pédagogue, son rôle et ses missions. Les conséquences des différents troubles se recouvrent partiellement ou s'entremêlent. Intriqués et imbriqués, souvent imperceptibles et imprédictibles, les effets des lésions sont difficiles à saisir et à comprendre. Ces perturbations questionnent ainsi l'enseignant sur son identité professionnelle (Bossard, 2010) et sur son pouvoir d'agir, l'amenant à un sentiment de « désarmement pédagogique » (Gouët, 2006). Étonnement, surprise et stupeur marquent son action, ce qui nous rappelle que Freud classait l'enseignement parmi les métiers impossibles. Le contexte d'apprentissage présenté ici renforce l'idée d'étudier le métier d'enseignant comme l'un des « métiers de la relation malmenés » (Cifali, 2012).

Ces constats sont à rapprocher des résultats des recherches menées sur la posture des enseignants face à des élèves « différents », aux difficultés variées et importantes. De tels élèves provoquent des blessures narcissiques et des conflits identificatoires chez les enseignants, brouillent leur rapport au savoir, leurs relations aux élèves et leur rapport à leur soi professionnel (Pechberty, 2006). Dans les institutions thérapeutiques, ces enseignants voient l'émergence de l'effet « d'inquiétante étrangeté » dans la relation pédagogique et l'apparition de phénomènes contre-transférentiels perturbants (Croisy, 2001).

En ce qu'elle s'intéresse à la globalité du sujet en situation et qu'elle « est, avant tout, attention à la réalité psychique de sujets aux prises avec des difficultés tant dans le rapport à eux-mêmes que dans leur ajustement à leur milieu de vie » (Morvan, 2001), l'approche clinique semble s'imposer pour éclairer ces situations. D'une part, au regard d'un public souvent présenté comme atteint d'une pathologie de la communication et de la personnalité, d'autre part, pour les enseignants chez qui ces troubles provoquent du trouble. Pourtant, même si les équipes éducatives qui s'occupent de l'enfance handicapée ont été les premières à analyser les causes inconscientes de blocages dans la relation (Postic, 1994), l'approche clinique, d'orientation psychanalytique ou non, n'est pas celle qui est la plus sollicitée dans la compréhension, pour le sujet lui-même et son entourage, des suites d'un traumatisme crânien.

Les débuts de mon cheminement de recherche

Je relie le point de départ de mon cheminement de recherche aux deux séances d'enseignement que j'ai décrites précédemment en reprenant les notions de *double* et de *singulier* qui les spécifient. Je peux rapporter mon impression d'être pris entre l'objectif d'enseigner et celui de participer à la rééducation. J'associe aujourd'hui cette tension à celle qu'engendre mon double statut d'enseignant et de chercheur, en étant enseignant-chercheur. Je peux aussi rapporter mon impression d'enseignant à celle que j'éprouvais en me sentant, au milieu de tous les personnels de santé, le moins professionnel des professionnels.

Pour décrire mes débuts auprès de ces élèves et mon sentiment en travaillant au milieu des professionnels de santé, je me réfère à Didier Houzel (2009) lorsqu'il souligne la différence entre un traitement médicamenteux ou chirurgical et un traitement thérapeutique dans le champ de la psychanalyse. Dans le premier cas, le médecin prolonge le diagnostic par un traitement dans lequel il n'est pas impliqué. Dans le second, le professionnel s'attache à identifier la nature du problème et à établir une relation, il inscrit sa thérapie dans cette relation avec un cadre déterminé et dans un processus temporel. Mon action d'enseignant ne s'inscrivait pas dans un protocole mais dans un processus, délicat à enclencher et difficile à orienter.

Cette forme d'action m'a « imposé » de chercher ce qu'il fallait mettre en place pour que ces adolescents au cerveau lésé puissent retrouver un statut d'élève à part entière. Même s'il s'est agi pour moi de m'inscrire assez naturellement dans les sciences de l'éducation, la problématisation de cette question n'allait pour autant pas de soi. Les sciences de l'éducation sont constituées par l'ensemble des disciplines qui étudient les conditions d'existence, de fonctionnement, et d'évolution des situations et des faits d'éducation (Mialaret, 2006). Par cette diversification, elles s'ouvraient à des objets et des méthodologies innovantes mais m'offraient peut-être un cadre trop large pour une problématique à construire avec une population et des questions relativement nouvelles.

Quelques années auparavant, ces jeunes auraient perdu la vie (Cohadon, 1998). À l'époque, peu de travaux concernaient les aspects de scolarité de cette population et le faible recul donnait une vision un peu trop optimiste du devenir de ces jeunes (Argot, 1998) ou trop centrée sur des aspects purement rééducatifs (Delaye, 1999). Comment échapper à l'impérialisme d'une « vision neurologique » des questions posées et à une optique trop « médicalisée » ou trop « rééducative » de l'apprentissage ? La prégnance de l'organe lésé me permettait cependant d'éviter l'inscription dans un courant behavioriste de l'apprentissage. Impossible ici de faire fi de la « boîte noire » ! Ma rencontre avec le courant de la didactique des mathématiques porté par Gérard Vergnaud (1990), dans la lignée de la clinique piagétienne, et basé à la fois sur une épistémologie du concept et

sur l'action du sujet et ses représentations, m'a aidé à éviter une forme de réductionnisme sur les seuls aspects neurologiques. C'est dans cette discipline que j'ai choisi, au cours des années quatre-vingt dix, de réaliser ma thèse.

Pour autant, en même temps, je me souviens que j'ai dû faire un travail conséquent pour dénicher les « bons problèmes » en mathématiques pour débiter ma recherche. Le mathématicien Hilbert donnait une définition relativement simple d'un « beau problème » (un problème dont tout le monde comprend l'énoncé mais que personne ne sait résoudre). Mais que signifiait pour moi « bon problème » ? S'agissait-il d'un fantasme de maîtrise ou d'une façon de passer « de l'angoisse à la méthode », car, comme l'écrit Georges Devereux : « Ce que veut une science valable du comportement, ce n'est pas un rat privé de son cortex (au propre et au figuré) mais un savant à qui on a rendu le sien. En cherchant à élaborer des méthodes d'expérimentation et de théorisation libres de toute contamination cognitive, l'analyste du comportement parvient à un état d'inhibition bien supérieur à celui des rats ; il simplifie son propre esprit plus que celui du rat : il substitue une ingéniosité acrobatique à une pensée créatrice, invente des règles d'échec plus compliquées au lieu d'améliorer ses stratégies scientifiques et embaume les semences au lieu de les planter » (Devereux, 1980). L'angoisse conduit le chercheur à se dissocier du sujet observé, mais, souligne G. Devereux, l'observation de l'autre de façon détachée conduit, au regard de l'inconscient, à un sentiment de culpabilité dommageable pour le recueil et l'interprétation des données. Une dissociation qui selon lui peut prendre plusieurs formes, de la transformation de l'autre en « cobaye » qui s'éloigne de l'humain à l'exagération des traits qui font sa différence. Cette mise en avant des traits pathologiques et du spécifique se retrouve sans doute en neuropsychologie dans la recherche du cas unique, du cas « pur », dont certains textes font mention (Beaune, 1984).

L'accent porté sur les aspects neuropsychologiques renforçait, pour moi, une vision « mécaniciste » du cerveau ainsi qu'une optique algorithmique des mathématiques. Aussi, mes premières interrogations en direction d'aspects psychanalytiques sont issues de lectures sur les états de coma. Si ces états, qui plongent l'individu dans « un sommeil profond » pour employer une image façonnée sur l'étymologie grecque du mot coma, s'apprécient selon différents niveaux, ils signent tous un état d'inconscience (Cohadon, 2000). Mais la vie perdure et, à la sortie du coma, que reste-t-il de cette « expérience » pour l'individu ? Quelles sont les répercussions pour l'inconscient de ce que l'on qualifie parfois de « blanc existentiel » ? Hélène Oppenheim-Gluckman (1996) s'attachant à décrire le vécu subjectif des patients lors des réveils de comas neurochirurgicaux, postule le risque d'une atteinte de l'identité moïque (révélée par un « trouble de la conscience de soi » et un sentiment d'« inquiétante étrangeté ») et l'adoption d'une position psychique paranoïaque. Psychiatre et psychanalyste, elle pose la cérébrlésion comme étant aussi un événement psychique, même si la

psychopathologie ne s'impose pas parmi les champs théoriques qui approchent la population de personnes cérébrolésées. L'auteure (2006) ne recense qu'une centaine d'ouvrages ou d'articles qui se réfèrent à la psychopathologie des patients cérébrolésés, dont seulement un peu plus de la moitié a recours à des références psychanalytiques. Au-delà de l'état neurologique, hors de toute logique de causalité psychosomatique et de toute démarche de psychogénèse, la psychopathologie psychanalytique vise à appréhender l'expérience subjective de sujets confrontés à des lésions cérébrales. Pour Oppenheim-Gluckman (2001), en cas de troubles cognitifs, les fonctions régulatrices et défensives du Moi seraient atteintes, laissant ainsi place à l'émergence des processus primaires à cause de l'atténuation des processus de censure et de refoulement. Le sujet serait aussi en proie à une forme de méconnaissance du handicap, et à une forte perturbation dans la sensation d'identité et d'existence. Ces sujets sont morcelés dans leur personne après l'accident. Le « roc d'origine sous-jacent », selon l'expression de Freud (1937), qu'est le biologique pour le psychisme semble ici faire obstacle à une place de sujet pour ces « patients ». Est-ce l'organe lésé dont il est question, sa place dans la fantasmagorie humaine ou sa place dans l'actualité scientifique qui font écran ? Nos sujets n'en demeurent cependant pas moins des sujets divisés, comme le pose la psychanalyse.

Évolution de mon cheminement de pensée à partir de mes lectures

Pendant la confection de la thèse, mon cheminement a évolué progressivement à partir des rencontres avec certains auteurs. Ce sont mes lectures qui m'ont permis de penser que je pouvais étudier des jeunes traumatisés crâniens en dépassant l'aspect « bilan neuropsychologique ».

J'ai été intéressé par l'accélération des découvertes sur le cerveau qui s'est produite dans le dernier quart du vingtième siècle, notamment par le développement des techniques d'imagerie. Les progrès dans la connaissance sur le renouvellement ou le remplacement des neurones, la possibilité de nouvelles stimulations par la chimie ou la réalisation de neuroprothèses amènent à penser à la possibilité d'un « cerveau sur mesure » (Vincent et Lledo, 2012). Ces progrès poussent aux interrogations éthiques et philosophiques, en raison de perspectives qui conduiraient à un transhumanisme ou à un posthumanisme (Besnier, 2009).

Dans les résultats des travaux en neurosciences j'ai pu voir confirmé le lien entre l'émotion et la cognition, notamment dans la prise de décision. J'ai été sensible à l'apport des travaux d'Antonio Damasio (1995) qui ont permis d'élucider les bases neuronales des émotions ainsi que le lien fort entre l'émotion et certains processus cognitifs comme l'attention, la mémorisation, la perception et la prise de décision. Tout comme aux idées de Karli (2002) qui pense que les processus affectifs assureraient la cohérence des processus cérébraux et une importante fonction de médiation entre la

perception et l'action et qui plaide pour le développement d'une réelle « neuroscience affective ».

Par la suite, j'ai été marqué par le réexamen de la relation corps/esprit ou cerveau et pensée, en particulier à travers les échanges entre Jean-Pierre Changeux et Paul Ricœur (1998). J'ai compris à cette occasion que la notion de « représentation » pouvait faire le lien entre l'objectif et le subjectif, ce qui m'a amené à prendre conscience de l'intérêt de différents niveaux d'interprétation des phénomènes humains. Ainsi, il m'a semblé qu'une analyse d'une séance d'enseignement, qu'elle porte sur la conduite de l'élève ou sur la pratique de son enseignant, avait sa pertinence sans en référer directement au niveau synaptique. C'est ainsi qu'est apparue en moi l'idée d'une forme de légitimité à analyser les phénomènes que j'observe en référence au cadre didactique malgré l'importance des dysfonctionnements cérébraux chez ces élèves.

La lecture des travaux du neurologue Oliver Sacks m'a aussi particulièrement frappé. Il écrit que « si fascinantes que soient ces récentes découvertes neuroscientifiques, le risque existe toujours que le simple art de l'observation soit perdu, que la description clinique devienne superficielle et que la richesse du contexte humain soit ignorée ». Aussi, pour lui, les deux approches sont indispensables, « l'observation et la description "à l'ancienne" devant venir à l'appui des technologies de pointe » (Sacks, 2009). Cette lecture m'a conforté dans une approche par observation et par entretien, loin de l'utilisation d'un protocole expérimental.

Je dois aussi mentionner Kurt Goldstein (1983) qui indique que, dans la lignée de la bio-analyse inaugurée par Sandor Ferenczi, certains travaux de Freud ont été utilisés par Luria. Il souligne l'intérêt de ce dernier pour une science dite « romantique » dans l'introduction d'un de ses livres (Luria, 1995) et fait remarquer que Freud est un neurologue devenu psychanalyste alors que Luria est un psychologue devenu neurologue. Les travaux de Luria sont à la base de l'essor de la neuropsychologie à la fin du vingtième siècle, de la naissance de la neuropsychologie cognitive et de nouvelles techniques de rééducation (Seron, 1979). Si Freud rencontre Charcot qui propose un lien entre neurologie et psychiatrie avec les patientes hystériques, Luria s'appuie sur les travaux de Vygotski pour l'influence de l'environnement dans le développement de l'individu. Or Vygotski fait pour moi le lien avec la didactique à travers la notion de médiation.

Cependant, si j'ai rencontré Vygotski dès le début de mes réflexions par l'intermédiaire des travaux de didactique de Gérard Vergnaud, c'est plus particulièrement un texte de Claudine Blanchard-Laville posant des « questions à la didactique des mathématiques » qui m'a conforté dans la nécessité de porter mon intérêt sur l'élève pris dans sa globalité. Dans l'approche didactique de type systémique qui s'intéresse aux relations entre l'enseignant, l'enseigné et le savoir mis en jeu, C. Blanchard-Laville (1989) écrit que deux des pôles du système sont des acteurs humains. « Or la didactique – fût-elle des mathématiques – n'a-t-elle pas autant à voir avec

les Sciences humaines du comportement qu'avec la Science mathématique ? ». Cela soulignait pour moi une évidence : au cours de la résolution d'un problème de mathématiques, au premier questionnement rencontré par l'élève cérébrolésé, c'est son histoire dramatique qui revient au premier plan (Sarralié, 2009a). J'ai alors pensé qu'il n'y avait pas nécessairement de dichotomie à établir entre des entretiens avec ces élèves pour appréhender leur vécu et des séances de résolution de problèmes pour appréhender leurs troubles cognitifs.

On pourrait voir la clinique d'orientation psychanalytique comme le moyen d'obvier à une vision scientifique du sujet classé comme homme neuronal. En ce qui me concerne, cette approche m'a invité à accepter les limites du savoir, à lutter contre l'illusion de maîtrise, à être du côté de l'universel sans déboucher sur des lois reproductibles. Il s'agissait donc avant tout de recueillir des matériaux qui s'interpréteraient ensuite, c'est-à-dire « après-coup », cette expression prenant ici une connotation particulière. Daniel Widlöcher (1996) souligne qu'en psychanalyse, un « cas n'est pas un fait », le cas rapporté se présentant comme une co-construction engageant la subjectivité de l'analyste. Mon travail conduisait moins à un savoir par accumulation de données que par approximations successives et réorganisation de sens.

Pour moi, une approche clinique compréhensive permet, au-delà de la souffrance cérébrale, d'appréhender des formes masquées d'une souffrance liée au vécu subjectif d'un quotidien devenu autre, et aussi de prendre en compte ce que l'accident a fait ressurgir chez le sujet. Elle donne une possibilité de dévoiler des difficultés masquées par des symptômes plus bruyants ou qui ne s'inscrivent pas dans le score d'un test ou le descriptif d'une performance. Qu'il soit neurologique ou non, il n'est pas toujours possible de faire disparaître le symptôme, ce qui renforce l'intérêt de savoir quel sens il a pour le sujet. Il m'est apparu que l'intérêt de l'approche clinique est de ne pas mettre tout l'accent sur les symptômes, c'est-à-dire de ne pas ramener le sujet à son seul traumatisme crânien, et de retrouver des questions fondamentales. Par exemple : comment le sujet construit-il sa vérité historique, comment gère-t-il sa pulsion de connaître et de méconnaître ?

Mais si, au bout d'un temps, l'approche clinique m'a servi pour une analyse du contexte de réadaptation scolaire, pour ma thèse je suis principalement resté dans les champs didactique et pédagogique en proposant le concept de *Zone Proximale de Refonctionnement* (ZPR) (Sarralié, 2009a). Inspiré de la Zone Proximale de Développement de Vygotski, ce concept a pour objectif d'être utile à l'enseignant dans la construction d'une démarche qui lui permette de découvrir les cheminements singuliers des élèves traumatisés crâniens et de les repositionner dans la scolarité. C'est surtout après la soutenance de ma thèse que la clinique s'est inscrite dans le prolongement de mon travail.

Les effets d'après-coup de la thèse

L'implication

Tant il est vrai que « toute recherche est autopertinente sur le plan inconscient, si éloignée du Soi que son sujet puisse paraître au niveau manifeste » (Devereux, 1980), cet article me donne l'opportunité d'une réflexion à partir du titre de ma thèse : *Réadaptation scolaire d'adolescents traumatisés crâniens dans la résolution de problèmes mathématiques. Études de cas*. Il me revient d'ailleurs en mémoire que lors des échanges durant la soutenance, l'un des membres du jury a souligné que, contrairement à ce que je venais de suggérer, mon « objet » n'était pas la « réadaptation » mais « l'étude de cas ». Mon intérêt pour ces cas – et j'avance cette association en me questionnant aujourd'hui – me ramène-t-il dans l'histoire familiale à un fait accidentel sur la voie publique ? Un des ces moments d'histoire familiale, tus et cachés mais sus et présents, qui, dans une génération précédente, a fait bifurquer des chemins de vie ?

Comme dans l'un des chapitres de la thèse, j'ai souvent mis en avant les questions méthodologiques pour justifier l'extension des délais me permettant de « boucler » son écriture. L'analyse de cette justification se réfère aujourd'hui pour moi à un texte de Freud : *Un trouble de mémoire sur l'Acropole*. Il s'agit là d'une lettre que Freud écrit à Romain Rolland en 1936 pour son anniversaire. Il y décrit un voyage à l'Acropole réalisé dans sa jeunesse avec son frère et y analyse les impressions étranges qu'il avait alors ressenties. Elles rendaient impossible sa jouissance de la vision d'Athènes, brouillée par un élément de doute à l'égard de la réalité le conduisant à vivre un « sentiment d'étrangeté ». Freud explique qu'il a gâché son plaisir en raison d'un sentiment de culpabilité pour avoir si bien fait son chemin : aller là où son père n'était jamais allé et, de plus, devant l'Acropole symbole des humanités sans doute faiblement porteur de sens pour un père négociant. Lorsque je me suis retrouvé devant le dernier chapitre de ma thèse, je me suis senti comme Freud, amené à « croire à quelque chose dont jusque là la réalité [m'] avait paru incertaine » (Freud, 1936).

Ces réflexions me ramènent à Devereux qui insiste sur l'exploitation de la subjectivité et affirme que « l'important n'est donc pas de savoir si on *utilise* la méthodologie *aussi* comme un moyen de réduire l'angoisse, mais de savoir si on le fait *en connaissance de cause*, de manière *sublimatoire* ou, de façon inconsciente, *seulement* de manière défensive » (Devereux, 1980). Pour lui, il est toujours utile de chercher à savoir exactement ce qu'on est réellement en train de faire car certaines méthodes visant principalement à réduire l'angoisse se transforment en de véritables réactions de contre-transfert et une insensibilité intériorisée fonctionne comme une sorte de Surmoi.

Aussi, la réflexion sur mon implication m'a conduit à m'interroger sur le rôle

et les enjeux pour l'enseignant opérant dans la ZPR, zone de fortes turbulences où l'enseignant est très sollicité. Pour employer une métaphore footballistique, il travaille dans une surface de réparation. Mais l'enseignant peut-il jouer le rôle d'arbitre et accorder le « coup de pied » réparateur des dommages subis ?

Les demandes nombreuses qui lui sont adressées par les élèves vont au-delà du registre didactique et majorent les phénomènes psychiques, rendant les processus de dégageant plus délicats. L'enseignant n'est pas simplement supposé savoir mais aussi supposé « guérir » ; fantasmatiquement il est celui qui peut « combler ». L'attente est telle qu'elle valorise l'enseignant et le conduit au risque de penser pouvoir y répondre : « Ce décalage va entraîner une situation "d'incomplétude narcissique", la peur de n'être rien si l'on est pas tout et si on ne répond pas aux attentes de l'autre » (Hatchuel, 2005). Pour moi, un questionnement perturbateur qui, au-delà du purement didactique ou pédagogique, confronte l'identité du professionnel au *Mal-Aise*, au sens étymologique : *a du mal à se situer auprès de*.

L'interprétation des troubles cognitifs

De l'analyse d'entretiens de type semi-directif menés avec vingt adolescents traumatisés crâniens, j'ai extrait des éléments d'interprétation de leur manière d'être : une centration excessive sur soi, une forme de mélancolie sur la perte des copains, une gestion difficile de la distance aux autres, un trouble de l'identité (Sarralié, 2009b). Aujourd'hui j'estime qu'un cadre clinique d'orientation psychanalytique pourrait contribuer à donner un autre éclairage sur ces différents aspects que je peux résumer par l'impression de voir ces adolescents vivre repliés sur eux-mêmes dans des interactions limitées avec les autres et leur environnement ; une vie dans un « monde rétréci » selon l'expression de Goldstein (1983). Autour de notions fortement attachées au comportement des personnes traumatisées crâniennes, je propose un exemple de ce que pourrait être mon approche dans ce cadre.

La métapsychologie s'est intéressée au traitement de la perte à la suite des considérations de Freud sur le deuil et la mélancolie. Le deuil et la mélancolie ont une symptomatologie qui présente des points communs, la diminution d'intérêt pour le monde extérieur et les activités ordinaires par exemple (Verdon, 2008). Le travail de deuil implique un état transitoire, un désinvestissement progressif de l'objet perdu pour en investir un autre. Dans la mélancolie, le Moi a des difficultés à traiter l'objet perdu qu'il a investi sur le mode narcissique, sa perte engendrant l'angoisse. Lequel de ces deux types de processus psychique peut concerner nos sujets ?

J'ai constaté que pour ces jeunes, les professionnels de santé emploient fréquemment l'expression « faire son deuil ». Ils y ont recours pour expliquer un état dépressif ou la difficulté d'un engagement dans un travail

de rééducation. Or je me demande si cette expression est ici judicieuse. Peut-on en effet parler d'un travail de deuil, travail qui implique un désinvestissement progressif de l'objet perdu pour en investir un autre ? Et d'abord, comment définir l'objet perdu ? Concerne-t-il des compétences cérébrales ? Est-ce l'être d'« avant l'accident » ? Je me demande aussi si le renoncement est possible pour le Moi de cet état d'avant l'accident, investi sur un mode narcissique et dont l'idée de la perte engendre l'angoisse. De plus, est-il possible de faire un deuil sans sépulture, ou du moins sans la possibilité d'une relique qui « en sacralisant le souvenir du disparu en permet d'une autre façon l'oubli » (Fédida, 1978) ? Je note enfin que c'est avec un cerveau lésé que le sujet porte lui-même une appréciation sur les conséquences de ses lésions. Il n'est donc pas étonnant que les difficultés que l'on attribue au travail de deuil soient souvent confondues avec la méconnaissance du handicap (Oppenheim-Gluckman, 2012).

Les neurologues décrivent un trouble cognitif particulier, l'anosognosie. Pour Babinsky, l'anosognosie est la méconnaissance et la non conscience d'une hémiplégie gauche avec conservation des fonctions intellectuelles. Cette définition originelle de 1914 s'étend ensuite à d'autres déficits neurologiques. Si, en neurologie, le diagnostic d'anosognosie fait consensus, ses mécanismes sont discutés. Sous l'impulsion de la neuropsychologie cognitive, on étend la définition à toute méconnaissance du handicap cognitif et des troubles du comportement pour les personnes traumatisées crâniennes. Ce trouble est associé à une atteinte frontale, région cérébrale dont le rôle est important pour l'accès à la conscience de soi, et en relation avec d'autres zones pour permettre la relation du sujet avec l'environnement. Son diagnostic devient plus délicat en raison de l'absence de définitions stables de certaines notions (comportement, conscience par exemple) et, en conséquence d'une méthodologie claire.

Maurice Merleau-Ponty (1945) utilise les phénomènes du membre fantôme et de l'anosognosie pour montrer le lien entre le psychologique et le physiologique. Des phénomènes dont l'explication n'est ni psychologique ni physiologique mais est à rechercher dans le rapport entre les deux, tout en ne pouvant être un mélange des deux car on ne voit pas quel pourrait être leur terrain commun. La phénoménologie avance l'idée que les troubles cognitifs attentent à la sensation d'identité portée par le schéma corporel et l'image du corps, induisant par là une « angoisse de catastrophe ». On trouve cette notion chez Goldstein (1983) pour qui les malades cérébrlésés adoptent un caractère méthodique afin d'échapper aux situations catastrophiques, pour fuir un désordre insupportable, défini par ce qui exige des choix, des changements d'attitudes et le passage rapide d'un comportement à un autre. Ces malades cherchent l'ordre pour minimiser la réaction de catastrophe marquée par un niveau élevé d'angoisse, en usant de mécanismes dont l'un est l'anosognosie, présentée comme déni des déficits.

On aborde également aujourd'hui cette méconnaissance par le recours au diagnostic de déni. Cependant, « parler de déni de la maladie pour l'entourage du patient suppose que l'équipe soignante puisse prédire avec certitude les séquelles de la maladie, ce qui est la plupart du temps impossible » (Oppenheim-Gluckman, 2006). Cette auteure affirme que la méconnaissance recouvre des processus complexes non réductibles au déni. Elle avance que les atteintes cognitives semblent provoquer un dévoilement « cru et concentré » de notre méconnaissance constitutive, que l'expérience de désorganisation cognitive excède les capacités de représentation du sujet, que l'éprouvé entre ce que le sujet se rappelle qu'il était et ce qu'il perçoit de lui maintenant pose un écart in-intégrable par lui faute de capacités cognitives et de continuité moi-même suffisantes (Oppenheim-Gluckman, 2001).

Les perturbations de la perception qu'a le sujet cérébralisé de lui-même, des autres, de la réalité qui l'entoure et la perception que les autres ont de lui, peuvent peut-être s'éclairer par l'empathie. Voyageant dans différents champs théoriques, l'empathie est une notion complexe qui au début contient l'idée de projection dans l'autre et qui maintenant désigne globalement un mécanisme par lequel un individu peut comprendre les émotions, les sentiments et les états mentaux d'autrui. Dans le premier sens on la retrouve chez Freud en ce qu'elle aide à « entendre » ce que l'autre n'entend pas de lui-même (Brunel, 2004). Avec le second, elle est considérée en neurologie comme une capacité à partager les émotions de l'autre qui constitue un puissant moyen de communication interindividuelle (Godefroy, 2008). En lien avec cette notion, le mouvement interactionniste a donné une place importante au corps expressif (non verbal) dans la communication et l'identification des émotions. Les dommages corporels invalident des possibilités d'expression par le corps et j'avance l'hypothèse d'un déficit d'empathie comme conséquence de certaines lésions.

Je pense aussi à des éléments d'explication issus de la psychanalyse. Ainsi, Anna Freud pense que la projection participe de la capacité d'empathie (Birraux, 2008). Quant à Simas et Golse (2009), ils postulent que l'on peut faire des ponts entre la théorie de l'esprit d'inspiration cognitive et le concept d'identification projective tel qu'il est développé par Bion dans une perspective basée sur le développement de la communication.

Participant à l'organisation de l'appareil psychique, la projection est en lien avec les mécanismes de défense. On peut se demander si l'attitude « réservée » de ces adolescents fragilisés serait l'expression de mécanismes de défense. En effet, ces mécanismes se définissent en psychanalyse par l'« ensemble d'opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique » (Laplanche et Pontalis, 1967). Les suites de l'accident se traduiraient-elles par une forte excitation interne qui majore les

mécanismes de défense ? Anne Cado-Boissel (2008), dans sa thèse sur les effets à long terme d'un traumatisme crânien survenu durant l'enfance, a montré chez les adolescents concernés une fragilité narcissique et une atteinte de la représentation de soi sur les plans identitaire et celui des identifications. Aussi je formulerais l'hypothèse que, en tant que période de remaniements identificatoires et de désengagement des objets de l'enfance, l'adolescence voit sa problématique alourdie et rendue plus difficile pour nos sujets. Freud souligne d'ailleurs le rôle de la puberté dans les transformations de la vie sexuelle tout en insistant dans son texte *Sur la psychologie du lycéen* (1914) sur les identifications secondaires de l'adolescent envers ses professeurs.

Et maintenant

Le traumatisme crânien, avec les autres formes de pathologies cérébrales acquises, demeure un problème de santé majeur comme l'attestent le dernier programme d'action gouvernementale en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires (9 février 2012) et la mise en évidence que « le traumatisme crânien léger ou modéré », qui représente quatre vingt pour cent des cas et qui était jusque-là négligé, s'avère être une véritable pathologie, notamment au plan psychique (Curallucci, 2011). Ce que reflète l'éditorial du numéro de mai 2012 de la revue mensuelle des psychiatres des hôpitaux, *L'Information Psychiatrique*, consacré aux cérébro-lésés, où l'on peut lire que l'intervention souvent trop tardive des équipes de la santé mentale génère souvent une psychopathologie ; on y trouve aussi un plaidoyer pour une meilleure connaissance de ces patients et une amélioration de leurs suivis psychiatriques ou psychothérapeutiques. De fait, ces dernières années, les travaux en neurologie et en neuropsychologie convergent vers l'idée que « la distinction cognition/comportement n'est probablement pas aussi nette qu'on l'imaginait et, de toute évidence, ces deux éléments constitutifs de nos conduites sont en interaction continue » (Godefroy, 2008). La dimension clinique des prises en charge est donc incontournable.

Historiquement liée à la névrose avant de s'engager dans la prise en charge de personnes en rupture plus aiguë avec la réalité, délaissant le monde de l'enfance avant les travaux de Mélanie Klein, la psychanalyse s'intéresse aujourd'hui à ceux qui sont atteints de graves pathologies cérébrales, en partant du postulat que tout être humain, aussi démuni soit-il, a quelque chose à dire de sa position subjective (Korff Sausse, 2009). L'apport d'une conception psychanalytique du sujet humain et de son fonctionnement œuvre au dépassement de l'idée encore très répandue d'un humain essentiellement biologique et comportemental, et contribue à garder la diversité des approches et de leurs niveaux d'analyse. Cet apport permet de mieux comprendre les liens entre l'expérience subjective, les processus psychiques et les lésions cérébrales. On peut cependant se demander si la

psychanalyse est aujourd'hui obligée de prendre en compte la cognition et de créer de nouveaux paradigmes. Initiée aux États Unis, à la fin des années 80, la neuropsychanalyse tend peut-être davantage à construire une épistémologie pour conjuguer deux champs théoriques très clivés qu'à construire une nouvelle discipline (Ouss, 2009).

L'approche clinique est devenue une référence importante pour la poursuite de mes recherches. D'une part, je m'interroge sur la manière d'introduire dans les formations d'enseignants l'apport d'éléments issus de la clinique pour penser l'action professionnelle et pour favoriser « l'élaboration d'une pensée de l'action, d'une pensée dans l'action » (Cifali, 2008). Il y a là pour moi une réflexion à mener sur la façon de travailler sur la posture permettant à l'enseignant de « tenir sa place » (Blanchard-Laville, 2003). D'autre part, j'ambitionne d'acquérir une meilleure compréhension des sujets traumatisés crâniens selon cette approche.

Ainsi, l'analyse clinique de mes données m'a conduit à deux constatations. Avec la première, je rejoins l'appréciation que Cado-Boissel (2008) porte sur ses entretiens avec des enfants et des adolescents traumatisés crâniens : alors que l'on attribue généralement un phénomène de méconnaissance à cette population, elle avait été frappée par l'acuité et le désespoir lucide de jeunes sensibles au sentiment d'être différents. En deuxième lieu, je remarque que la singularité de ces jeunes au cerveau lésé peut faire écran à de larges traits communs, notamment sur le plan du comportement. Devereux (1980) rappelle que la recherche de l'unique peut conduire à nier l'unité psychique de l'Humanité, « car, en fait, même la plasticité humaine a des limites ».

Je souhaite mettre à l'épreuve ces deux constatations. Pour cela j'ai réalisé une nouvelle série d'entretiens avec des adolescents traumatisés crâniens quinze ans après ceux réalisés pour ma thèse. En m'appuyant sur les progrès réalisés dans la connaissance du traumatisme crânien pendant cette période, ainsi que ceux réalisés sur ses conséquences et sa prise en charge, je cherche à savoir dans la mise en perspective de ces deux séries d'entretiens quelles comparaisons l'on peut faire sur ce que disent ces jeunes de leur vécu (Sarralié, 2012).

Bibliographie

- Azouvi, P., Joseph, P.-A. et Pellas, F. (dir.) (2007). *Prise en charge des traumatisés crânio-encéphalique : De l'éveil à la rééducation*. Paris : Masson.
- Beaune, D., Gros, P. et Descouleurs, C. (1984). *Des adolescents au cerveau meurtri*. Paris : Fleurus.
- Besnier, J.-M. (2009). *Demain les Posthumains*. Paris : Hachette littératures.
- Birraux, A. (2008). La projection. In F. Marty (dir.), *Les grands concepts de la psychologie clinique*, (p. 63-75). Paris : Dunod.
- Blanchard-Laville, C. (1989). Questions à la didactique des mathématiques. In *Revue française de pédagogie*, 89, 63-70.

- Blanchard-Laville, C. (2003). Rapport au savoir et approche clinique des pratiques enseignantes. In M. Caillot et S. Maury (dir), *Rapport au savoir et didactiques* (p. 145-167). Paris : Fabert.
- Bossard, L.-M. (2010). L'identité professionnelle d'enseignants au contact d'élèves traumatisés crâniens. *Actes de la 4e journée d'étude sur La scolarisation des jeunes traumatisés crâniens* (p. 65-78). Suresnes : INSHEA.
- Brunel, M.-L. et Martiny, C. (2004). Les conceptions de l'empathie, avant, pendant et après Rogers. *Revue francophone internationale*, 9/3, 1-27 (www.carrieroologie.uqam.ca).
- Cado-Boissel, A. (2008). *Psychopathologie d'un traumatisme crânien survenu durant l'enfance. Effets à long terme sur le sujet et sa famille*. (thèse de doctorat non publiée). Université ParisX Nanterre.
- Changeux, J.-P. et Ricoeur, P. (1998). *Ce qui nous fait penser. La nature et la règle*. Paris : O. Jacob
- Cifali, M., Guist-Desprairies, F., Blanchard Laville, C. et Bréant, F. (2008). *Formation clinique et travail de la pensée*. Bruxelles : de Boeck Université.
- Cifali, M. et Périlleux, T. (dir.) (2012). *Les métiers de la relation malmenés. Répliques cliniques*. Paris : L'Harmattan.
- Cohadon, F., Castel, J.-P., Richier, E., Mazaux, J.-M. et Loiseau, H. (1998). *Les traumatisés crâniens : de l'accident à la réinsertion*. Paris : Arnette.
- Cohadon, F. (2000). *Sortir du coma*. Paris : O. Jacob.
- Côté, L. (2000). *En garde ! Les représentations de la tuberculose au Québec dans la première moitié du XXe siècle*. Québec : Les presses universitaires de Laval.
- Croisy, J.-P. (2001). Approche clinique de la fonction enseignante dans les institutions thérapeutiques. *Revue Française de Pédagogie*, 134, 35-45.
- Curallicci, H., Tcherniack, V. et Vion-Dury, J. (2011). *Le traumatisme crânien léger ou modéré : un handicap négligé*. Marseille : Solal.
- Damasio, A. (1995). *L'erreur de Descartes : La raison des émotions*. Paris : O. Jacob.
- Delaye, C., Chelot, S. et Leroy-Malherbe, V. (1999). Centre Ressources pour l'enfant avec lésion cérébrale acquise. *Réadaptation*, 459, 47-48.
- Delcey, M. (2000). *Déficiences motrices et situations de handicap*. Paris : Éd APF.
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris : Flammarion.
- Fédida, P. (1978). *L'absence*. Paris : Gallimard.
- Freud, S. (1914). Sur la psychologie du lycéen. In *Résultats, idées, problèmes* vol.1 (p. 227-231). Paris : PUF.
- Freud, S. (1936). Un trouble de mémoire sur l'Acropole. In *Résultats, idées, problèmes* vol.2. Paris : PUF, 1985.
- Freud, S. (1937). L'analyse avec fin et l'analyse sans fin. In *Résultats, idées, problèmes* vol.2. Paris : PUF, 1985.
- Godefroy, O. et le groupe de réflexion sur l'Évaluation des Fonctions Exécutives. (2004). *Revue de neurologie*, 160 : 10, 899-909W.
- Godefroy, O., Jeannerod, M., Allain, P. et Le Gall, D. (2008). Lobe frontal, fonctions exécutives et contrôle cognitif. *Revue de neurologie*, 164, S119-S127.
- Goldstein, K. (1983). *La structure de l'organisme*. Paris : Gallimard.
- Gouët, P. (2006). La pédagogie à l'aune des notions d'accompagnement, d'altérité et de responsabilité. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 42, 189-202.
- Hatchuel, F. (2005). *Savoir, apprendre, transmettre – Une approche psychanalytique du rapport au savoir*. Paris : La Découverte.
- Houzel, D. (2009). La psychothérapie et son cadre. In F. Marty (dir), *Les grandes problématiques de la psychologie clinique* (p. 223-237). Paris : Dunod.
- Karli, P. (2002). Le cerveau des affects et des émotions. In *Université de tous les savoirs (5) Le cerveau, le langage, le sens* (p. 97-111). Paris : O. Jacob.

- Korff-Sausse, S. (2007). A l'extrême limite de la vie psychique : l'animalité. *Champ psychosomatique* 45, 85-95.
- Korff-Sausse, S. (2009). Les mots : des alliés ou des traîtres ? In S. Korff-Sausse (dir.), *La vie psychique des personnes handicapées* (p. 89-102). Toulouse : Éres.
- L'information psychiatrique. (2012). 88, 5.
- Laplanche, J. et Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF.
- Le Gall, D. et Aubin G. (1998). *L'apraxie*. Marseille : Solal.
- Luria, A.-R. (1995). *L'homme dont le monde volait en éclats*. Paris : Seuil.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard.
- Mialaret, G. (2006). *Sciences de l'éducation*. Paris : PUF.
- Morvan, J.-S. (1987). Handicap, inadaptation, travail social : traces, trame, trajectoire. *Handicaps et inadaptations / Les cahiers du CTNERHI*, 40, 49-56.
- Morvan, J.-S. (2001). Approche clinique de la notion d'intérêt dans le champ de l'Éducation spécialisée. *Revue Française de Pédagogie*, 134, 25-33.
- Morvan, J.-S. (2010). *L'énigme du handicap. Traces, trames, trajectoires*. Toulouse : ÉRES.
- Nimier, J. (1976). *Mathématiques et affectivité*. Paris : Stock.
- Oppenheim-Gluckman, H. (1996). *Mémoire de l'absence. Clinique psychanalytique des réveils de coma*. Paris : Masson.
- Oppenheim-Gluckman, H. (2001). La psychopathologie psychanalytique peut-elle parler de la cognition ? *Cahiers Alfred Binet*, 2, 667, 59-67.
- Oppenheim-Gluckman, H. (2006). La pensée naufragée. Clinique psychopathologique des patients cérébro-lésés. Paris : Économica Anthropos.
- Oppenheim-Gluckman, H. (2012). Atteinte de la pensée et psychopathologie. *L'information psychiatrique*, 88, 5, 339- 344.
- Ouss, L., Golse, B., Georgieff, N. et Widlöcher, D. (dir.) (2009). *Vers une neuropsychanalyse*. Paris : O. Jacob.
- Pechberty, B. (2006). Enjeux narcissiques actuels dans l'enseignement du second degré. In J.-S. Morvan (dir.), *Espaces éducatifs et thérapeutiques. Approches cliniques d'orientation psychanalytique* (p. 81-100). Paris : Fabert.
- Ricœur, P. (2004). *Parcours de la reconnaissance*. Paris : Stock.
- Postic, M. (1994). *La relation éducative*. Paris : PUF.
- Sacks, O. (2009). *Musicophilia : La musique, le cerveau et nous*. Paris : Seuil.
- Sarralié, C. (2006). Observer, interpréter, accompagner. *Actes de la journée d'études : la scolarisation des jeunes traumatisés crâniens*, INSHEA.
- Sarralié, C. (2009a). *Réadaptation scolaire d'adolescents traumatisés crâniens. Perspectives dans des situations mathématiques*. Lille : CRDP.
- Sarralié, C. (2009b). Réadaptation scolaire d'adolescents traumatisés crâniens. Questions d'identités. In S. Korff-Sausse, *La vie psychique des personnes handicapées* (p. 147-160). Toulouse : Éres.
- Sarralié, C. (2010). Positions et dispositions de l'enseignant en situation de réadaptation scolaire avec des jeunes traumatisés crâniens. *Actes du congrès*. Genève : congrès AREF.
- Sarralié, C. (2012). Être là, faire des liens... *Actes 5^{ème} journée d'études : Scolarisation des jeunes traumatisés crâniens* (p. 107-121). Suresnes : éd INS HEA.
- Seron, X. (1979). *Aphasie et neuropsychologie. Approches thérapeutiques*. Wavre : Éd mardaga.
- Simas, R. et Golse, B. (2009). Empathie(s) et intersubjectivité(s) : un dialogue entre neurosciences et psychanalyse. In L. Ouss, B. Golse, N. Georgieff et D. Widlöcher (dir.), *Vers une neuropsychanalyse* (p. 281-295). Paris : O. Jacob.
- Stiker, H.-J. (1982). *Corps infirmes et sociétés*, Paris : Aubier Montaigne, 2005.
- Verdon, B. (2008). La dépression. In F. Marty (dir.) *Les grands concepts de la psychologie clinique* (p. 245 - 259). Paris : Dunod.

Vergnaud, G. (1990). La théorie des champs conceptuels. *Recherches en Didactiques des Mathématiques*, 10 2/3, 133-170.

Vincent, J.-D. et Lledo, P.-M. (2012). *Le cerveau sur mesure*. Paris : O. Jacob.

Widlöcher, D. (1996). *Les nouvelles cartes de la psychanalyse*. Paris : O. Jacob.

Christian Sarralié

Maître de conférences à l'INS HEA
CREF, Équipe *Clinique du rapport au savoir*
université Paris Ouest Nanterre La Défense (EA 1589)

Pour citer ce texte :

Sarralié, C. (2013). D'une rencontre avec des élèves cérébrolésés à un questionnement de recherche. *Cliopsy*, 9, 93-111.