

Meconnaissances et hallucinations corporelles : le cerveau lésé dans la pensée de J. de Ajuriaguerra à propos de la somatognosie

(Misunderstanding and corporal hallucinations: the damaged brain according to J. Ajuriaguerra with regard to somatognosis)

Pétrissans, Jean L.; Vouzelaud, A.; Chirumberro, L.
Centre Hospitalier de la Côte Basque. 64109 Bayonne Cédex

Wirotius, J. M.
Clinéa Clinique du Pré Saint Gervais. 10 rue Simonnot.
93315 Le Pré Saint Gervais Cédex

Récep.: 02.11.2011

BIBLID [ISSN: 1577-8533, eISSN: 1989-2012 (2012), 12; 33-51]

Accep.: 14.11.2012

La cérébrolésion est à l'origine de la connaissance du fonctionnement du cerveau. J. de Ajuriaguerra a manifesté dès son internat, un intérêt sans faille pour la clinique neurologique et psychologique du malade cérébrolésé. L'apport de ces travaux a structuré, avec d'autres, la neuropsychologie. Il a dégagé les voies des prises en charge de ces patients.

Mots-Clés : Cortex cérébral. Cérébrolésions. Localisations. Symptômes. Psychiatriques. Neuropsychologie. Réadaptation.

Burmuineko lesioa da burmuinaren funtzionamenduari buruzko ezagutzaren jatorria. Bameko mediku bihurtu zen une beretik, J. de Ajuriaguerrak etenik gabeko interesa adierazi zuen neurologia klinikoagatik eta buruko lesioa duten gaixoen psikologiagatik. Lan horien eta beste batzuen ekarpenari esker egituratu da egungo neuropsikologia. Gaixoak hartu eta tratatzeko bideak jorratu eta garbitu zituen berak.

Giltza-Hitzak: Garun-kortexa. Burmuineko lesioak. Kokapenak. Sintomak. Psikiatrikoak. Neuropsikologia. Leheneratzea.

La cerebrolesión está en el origen del conocimiento del funcionamiento del cerebro. J. de Ajuriaguerra manifestó, ya desde su internado, un interés inquebrantable por la clínica neurológica y psicológica del enfermo con lesiones cerebrales. La aportación de estos trabajos estructuró, con otros, la neuropsicología. Despejó las vías del cuidado de estos pacientes.

Palabras Clave: Cortex cerebral. Cerebrolesiones. Localizaciones. Síntomas. Psiquiátricos. Neuropsicología. Readaptación.

La pensée d'un scientifique n'est pas innée. Elle s'élabore dans un environnement culturel ; puis elle se construit peu à peu par un enseignement dédié ; elle s'échafaude ensuite par un compagnonnage sur les idées du domaine ; elle se cristallise enfin lors de l'enseignement prodigué et se reconnaît dans les travaux publiés.

La pensée de J. de Ajuriaguerra sur la somatognosie et ses perturbations, s'étaye dans un environnement technique et culturel apporté par des enseignants ayant connu les médecins à l'origine des découvertes sur le fonctionnement du cerveau ou par leurs élèves immédiats.

Les modèles proposés étaient souvent exclusifs et sans concession, dogmatiques et parfois extravagants. A partir de là des écoles de pensées s'organisaient et transmettaient leurs idées ; ne pas s'y conformer conduisait à l'exclusion d'une carrière médicale. Leurs domaines et les modèles de pensée qui y infèrent étaient âprement défendus, les doutes étaient peu admis dans cette nouvelle science où des systèmes de croyance auto référencés aux idées du leader médical.

Faire une synthèse des courants de pensées ou en faire la part des choses créait le risque non négligeable d'une exclusion de l'équipe sans réelle ouverture vers une autre école.

La sémiologie n'était pas obligatoirement construite ni par une symptomatologie dénotée ni par des liens de causalité. Pour être reconnu, le malade devait être comme dans le Livre, avatar final de la pensée de Galien.

Chez J. de Ajuriaguerra on peut mettre en évidence plusieurs influences issues de la parfaite connaissance des doctrines concernant le fonctionnement du cerveau, d'un investissement important dans des modélisations transversales, de l'utilisation rigoureuse, minutieuse et humaniste, dans la description des symptômes, de l'excellence de la transcription des faits anatomopathologiques. Le tout dans un bain culturel et administratif particulier (guerre d'Espagne, statut de Professeur à titre étranger à Paris) qui a permis l'expression d'une liberté de pensée et d'une prospective qui aura des prolongements dans le domaine de la réadaptation.

1. ENVIRONNEMENT CULTUREL

Les humanités non médicales apportent la possibilité d'une réflexion à partir des textes philosophiques ou scientifiques non médicaux. Certains ont probablement influencé la pensée de J. de Ajuriaguerra. On divisera les influences en deux parties : celles qui sont issues d'un enseignement et celles qui sont l'actualité de son temps.

Ainsi, comme bases à son humanisme, on retient :

- Platon qui donne à la raison humaine une accessibilité au VRAI qu'il est possible à l'homme de connaître le monde sans passer par les mythes ni la religion.
- Aristote qui soumet l'abord du monde à une observation scrupuleuse du réel et qui met en place l'utilisation du syllogisme pour rendre compte d'une conclusion à partir de prémisses stabilisées.
- Huarte J., basque lui-même comme J. de Ajuriaguerra, qui envisage des liens « hérétiques » entre le corps et l'esprit, comme une physiologie qui va déterminer les potentialités, utilisées ou non, de chacun. L'innéité des facultés et des caractères provenant du cerveau, décrite dans son ouvrage est un questionnement qui présume des idées de Gall, précurseur de la doctrine sur les localisations cérébrales, au début du 19^{ème} siècle [6].
- Comte A., qui préconise une démarche, le positivisme, où l'on renonce à une explication définitive du monde pour aller vers la recherche du progrès indéfini des connaissances en négligeant celle des clés de la création. Il est à l'origine de la sociologie.
- Descartes R., qui penche pour que ce ne soit plus la religion qui dicte à l'homme ce qu'il doit penser mais bien l'homme lui-même. Il l'étudie par une méthode rationnelle, applicable à tous les domaines de la connaissance.
- Montaigne Eyquem de M., qui redéfinit la notion de vérité et qui explique que ce qui compte c'est la manière de la tenir ou de la rechercher plutôt que de la posséder.
- Rousseau J. J., qui avance que les hommes avant d'être civilisés sont naturellement bons.

Comme bases d'influence de son temps, on décrit :

- Bachelard G. qui prône une « psychanalyse » des sciences afin d'éduquer un esprit scientifique qui devra se méfier de ses propres désirs et de ses rêveries inconscientes.
- Bergson H., qui défend l'autonomie de la conscience et de la vie spirituelle contre le matérialisme scientifique, comme Plotin quelques siècles auparavant (« la causalité des actes de l'âme ne dépend ni du hasard ni du destin »).

- Freud S., à l'origine de la théorie de l'inconscient et des méthodes d'interprétation des difficultés de l'individu et également créateur du concept de gnosie.
- Lévi-Strauss C., qui recherche une cohérence au-delà de la simple description des faits par une analyse structurale qui s'attache à mettre les faits en relation de dépendance entre eux.
- Merleau-Ponty M., qui structure le comportement humain auquel il attribue un ordre et une signification, loin des idées du behaviorisme. L'homme s'adapte à son milieu mais est également capable d'adapter le milieu à ses propres exigences.
- Piaget J., qui montrera la spécificité de l'enfant qui n'est pas simplement un « adulte petit » mais un être en évolution, en construction par la perception du monde qui lui résiste et face auquel il doit déclencher des processus d'accommodation afin de pouvoir à nouveau utiliser des processus d'assimilation.
- Wallon H., créateur de la psychologie de l'enfant.

2. ENSEIGNEMENT MEDICAL

Cet enseignement fut sans doute source d'interrogations et moyen de stabilité.

J. de Ajuriaguerra fut reçu interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine en 1933, à titre étranger, ce qui va lui ouvrir une voie d'éducation médicale d'exception dans les domaines de la Neurologie et de la Psychiatrie (Fig. 1).

Il va bénéficier, en Neurologie, de l'enseignement de J. Lhermitte, élève de J. Dejerine et disciple de Pierre Marie, qui s'intéresse au fonctionnement global du cerveau et aux perturbations des fonctions symboliques (langage, praxies,gnosies) et de André Thomas, élève également de J. Dejerine.

En Psychiatrie, il reçoit l'enseignement de P. Guiraud et de L. Marchand.

H. Claude, Professeur de Psychiatrie à l'hôpital Sainte-Anne à Paris, auparavant professeur agrégé de Neurologie à la Salpêtrière dans le service du Professeur F. Raymond, lui-même successeur de J. M. Charcot, l'accueille dans son service.

Il y côtoie H. Baruk, J. Lacan, H. Ey, J. Delay et M. Merleau-Ponty.

Y vint également C. Von Monakow qui laissa une forte impression humaniste et scientifique, à la fin des années 1920.

G. Gatian de Clérambault est l'un des enseignants les plus appréciés de J. de Ajuriaguerra. Il théorise l'irruption de l'automatisme mental comme conséquence d'une microlésion encéphalique.

Figure 1. Enseignement neurologique et psychiatrique de J. de Ajuriaguerra

ENSEIGNANTS

- **Neurologie :**
 - ANDRE THOMAS : disciple de J. DEJERINE.
 - JEAN LHERMITTE : disciple de P. MARIE.
- **Psychiatrie :**
 - LOUIS MARCHAND : épileptologue, aliéniste.
 - PAUL GUIRAUD : organiciste, sémiologue.
 - HENRI CLAUDE : neurologue (CHARCOT → RAYMOND).
 - GAËTAN GATIAN DE CLERAMBAULT : organiciste.
- **Rencontres :**
 - EY, DELAY, LACAN, BARUK, MINKOWSKI, H. HECAEN.

Cet enseignement à propos du fonctionnement du cerveau est conditionné aux découvertes et théories suivantes :

Tout d'abord, le 19^{ème} et le début du 20^{ème} siècle sont le moment des découvertes sur les localisations de fonctions au niveau de l'encéphale (F. J. Gall, P. Broca, K. Wernicke) et sur des hypothèses de fonctionnement du cerveau lésé (H. Jackson, S. Ramon y Cajal, J. M. Charcot, A. Pick, A. Küssmaul). Schématiquement, on explique que le cerveau est une juxtaposition de localisations de fonctions ou bien un assemblage imbriqué.

Les écoles vont s'affronter sans concession en véritables guerres de religions entre les localisateurs et les autres. Ce combat se poursuivait encore dans les années 1930. La figure 2 montre l'acuité du débat à la fin du 19^{ème} siècle.

Figure 2. Evolution des doctrines et mécanismes d'opposition

H. HECAEN,
G. LANTERI-LAURA
**EVOLUTION
DES
CONNAISSANCES
ET DES
DOCTRINES
SUR LES
LOCALISATIONS
CEREBRALES**

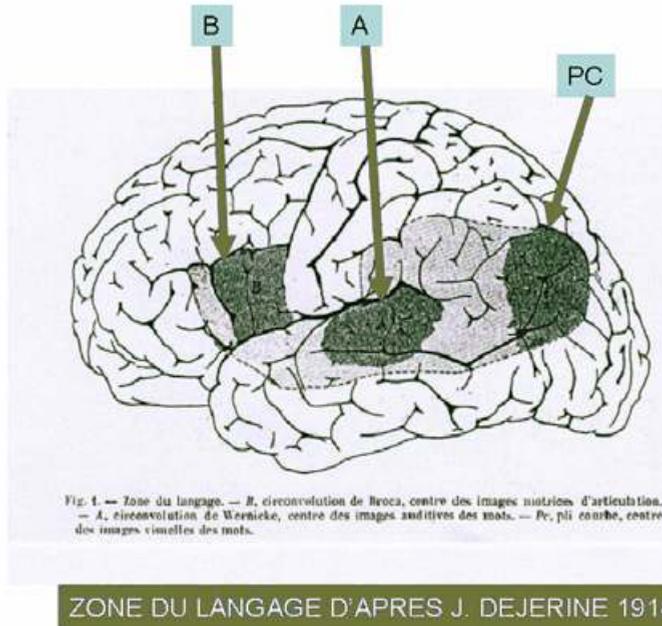
Les "unitaires" : légitimistes, cléricaux, hommes d'ordre, nostalgiques de l'Ancien Régime, partisans d'un trône et d'un autel incarnés par un sabre et un goupillon, hostiles aux réformes pénitentiaires et attachés à la peine de mort.

Les "localisateurs" : libéraux, antireligieux, séduits par les modifications politiques (1789, 1792, 1830, 1848), démocrates orléanistes puis républicains, hostiles au Second Empire, réclamant la séparation de l'Eglise et de l'État, désireux de réformer les prisons et d'abolir la peine de mort.


BIBLIOTHÈQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE
DE LANGUE FRANÇAISE
DDB
DESCLEE DE BROUWER

C'est à cette ambiance que J. de Ajuriaguerra va être confronté. Les principes d'opposition sont particulièrement nets.

Figure 3. Les localisations (langage : le centre du langage ou le lieu lésé dans ses troubles)

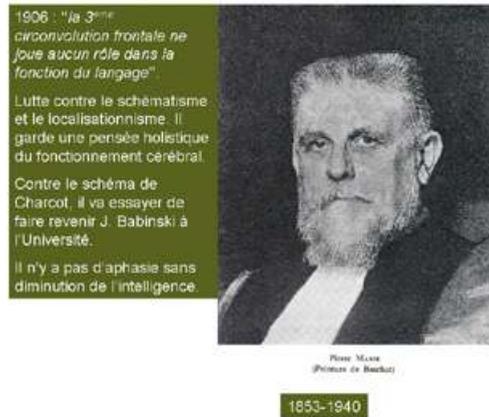


On voit bien ici que le concept de zone du langage est subordonné aux troubles du langage sans pouvoir expliciter s'il s'agit d'une apparence liée à la pathologie. Il fut pourtant impensable pendant longtemps de transcender lésion vs fonction pour les localisateurs.

Pierre Marie (Fig. 4) apparaît comme iconoclaste lorsqu'il conclut, lors d'une réunion de la Société de Neurologie, que la 3^{ème} circonvolution frontale ne joue aucun rôle sans la fonction du langage. On voit ici dans son assertion, deux concepts : le cerveau est plus complexe que la lésion et la notion de fonction dont les principes ne sont guère établis.

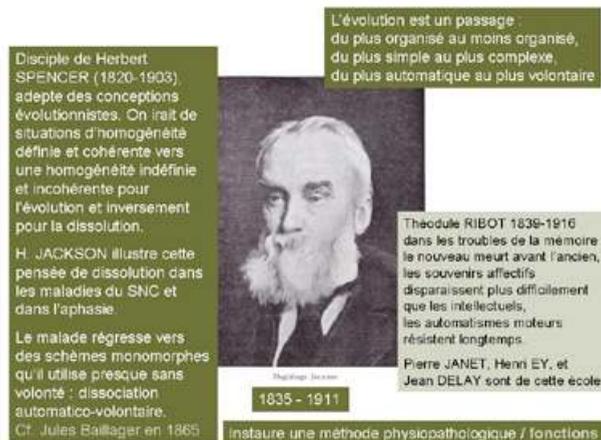
Pour lui une altération du langage retentit très défavorablement sur l'intelligence. On ne retrouve pas, chez lui, cette association « lésion - intelligence » dans d'autres types de lésions.

Figure 4. Contribution de Pierre Marie aux dysfonctionnements mentaux lors de l'aphasie



Concomitamment à ces échanges, H. Jackson (Fig. 5), nourri de la théorie de l'évolutionnisme, apporte une hypothèse physiopathologique, c'est-à-dire l'idée d'un mécanisme explicatif à l'origine des perturbations du fonctionnement du cerveau. Ce mécanisme se retrouverait dans tous ces processus de dégradation lors des lésions cérébrales. Le cerveau garderait des possibilités intactes mais automatiques, archaïques, sans réelle participation de la volonté du sujet dans la réalisation d'une action qui ainsi serait fruste et peu aménageable selon les conditions du milieu.

Figure 5. L'évolutionnisme et les lésions cérébrales



Ce mécanisme ouvre des perspectives de récupération fonctionnelles lorsqu'on envisage de reconstruire les étapes de l'évolution par une plasticité cérébrale encore hypothétique.

Il a le mérite de proposer une réflexion sur les anéantissements fonctionnels après lésion focalisée du cerveau.

Pour terminer ces mises en perspective des enseignements dont bénéficia J. de Ajuriaguerra, la contribution de C. Von Monakow (psychiatre russe établi en Suisse) est particulière. Il estime que le fonctionnement du cerveau est « imbriqué » et qu'il y a un retentissement à distance de la lésion même dans des zones lointaines. Il décrit la diachisis (διάχιζω : je sépare à distance). Sans moyen d'imagerie, il estime qu'une lésion du corps genouillé externe est à l'origine d'un affaiblissement du fonctionnement du lobe occipital d'une part et que d'autre part qu'une lésion supratentorielle peut altérer la fonction du cervelet controlatéral (cette hypothèse est actuellement vérifiée par l'imagerie médicale fonctionnelle, scintigraphie ou IRM fonctionnelle). L'idée de « Neuronenkomplexverband » préfigure celle des réseaux neuronaux (Fig. 6).

Pour lui, la cessation de la diachisis est le témoin ou le moyen du rétablissement de la fonction [3, 9].

Figure 6. Les hypothèses de C. Von Monakow



Si la guerre de religion entre les localisateurs et les autres doctrinaires fut peu contraignante pour J. de Ajuriaguerra, il fit des choix. On y trouve principalement une approche minutieuse de l'anatomopathologie, description tout aussi minutieuse de la clinique et un attrait vers les théories de C. Von Monakow (développement en systèmes imbriqués).

3. COMPAGNONNAGE

Les liens noués avec H. Hecaen, Directeur d'Etudes à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, également directeur de l'unité INSERM 111 à l'hôpital Sainte-Anne à Paris où il met en place la discipline neuropsychologique (qui traite des fonctions mentales supérieures dans leurs rapports avec les structures cérébrales) et médecin des hôpitaux psychiatriques (1942), sont particulièrement fructueux.

Ils publient ensemble plusieurs ouvrages dans ce domaine des pathologies des confins entre la psychiatrie et la neurologie, comme *Le Cortex cérébral* en 1949, *Les troubles du langage* (In Lemierre et al. eds.) en 1949, *Méconnaissances et hallucinations corporelles* en 1952, *Troubles mentaux au cours des tumeurs intracrâniennes* en 1956, *Les Gauchers ; prévalence manuelle et dominance cérébrale* en 1963.

Ils écrivent 8 articles de mise au point dans l'encyclopédie médico-chirurgicale entre 1949 et 1955 ainsi qu'une dizaine d'articles dans les revues spécialisées de médecine sur les troubles neurologiques ou psychiatriques lors de lésions cérébrales.

La somatognosie est d'un intérêt majeur chez J. Lhermitte qui publie *L'image de notre corps*. Nouvelle Revue Critique en 1929 et *Les mécanismes du cerveau* en 1937. Il initie J. de Ajuriaguerra dans cette voie si particulière du rapport de la neurologie et de la psychiatrie. Il fera, avec H. Hecaen, en 1947, le rapport sur *les rapports de la neurologie et de la psychiatrie* où ils critiqueront certaines options théoriques de H. Ey dans ce domaine.

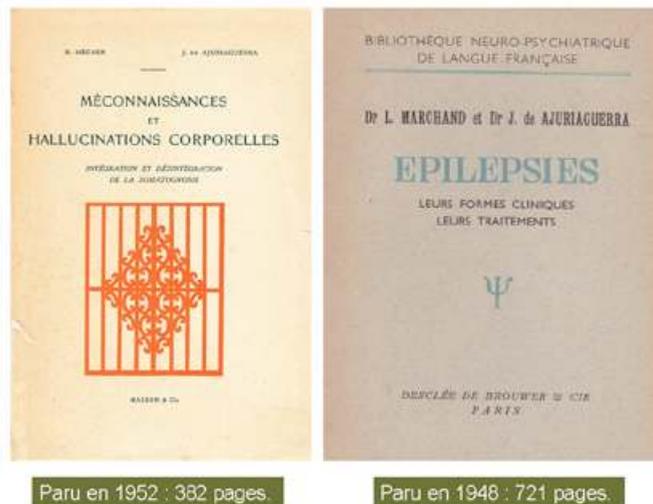
Avec L. Marchand, il publie en 1948 un ouvrage volumineux sur les Epilepsies dans lequel sont exhaustivement décrits les symptômes d'allure psychiatrique dans les auras épileptiques ou lors des crises (Fig. 7).

Les faits y sont parfois troublants : certaines crises évoquent parfaitement des maladies psychiatriques. Les auteurs cependant, à la différence d'autres médecins, ne lient pas la maladie psychiatrique à des phénomènes d'origine cérébrale lésionnelle ou toxique.

Avec J. Talairach, M. David, neurochirurgiens et J. Lhermitte il crée une équipe scientifique s'intéressant aux rapports entre le cerveau lésé et les troubles psychiatriques ou la douleur.

Enfin dans sa responsabilité de chef de laboratoire d'anatomie pathologique du centre neurochirurgical des hôpitaux psychiatriques de la Seine, il confronte les résultats des autopsies aux expressions cliniques recueillies par tous ses collègues chargés de soins. Il acquiert ainsi une expérience considérable sur les relations entre les fonctions mentales et les structures cérébrales.

Figure 7. Le compagnonnage et les publications



En résumé J. de Ajuriaguerra a reçu un enseignement plutôt non doctrinal sur le fonctionnement du cerveau. Il a également confronté ses idées avec celles de pionniers dans le domaine de la neuropsychologie et a grandement collaboré avec ceux-ci qu'ils soient explicitement reconnus comme tels (H. Hecaen) ou qu'ils fussent ou non partie intégrante d'équipes intéressées par ce domaine.

4. LE CERVEAU LÉSÉ DANS LA PENSÉE DE J. DE AJURIAGUERRA

A partir de cette connaissance de sa formation et selon ses écrits, à propos de la somatognosie, on retient plusieurs directions :

Une démarche sémiologique minutieuse semblable à celle de ses enseignants. Toutefois, dans cet ouvrage on peut remarquer un aspect plus humaniste dans la description clinique dans laquelle on voit bien l'aspect émotionnel ressenti par le malade.

Il décrit plusieurs situations de troubles de la conscience de soi avec ou sans hallucinations :

1. la somatognosie périphérique troublée : c'est la sensation de membre fantôme que l'on décrit dans les amputations ou dans des atteintes plexiques, médullaires ou bulbaires ;

y sont très précisément rapportés les phénomènes perceptifs sur la position et les qualités physiques du membre fantôme, sur son ressenti moteur et sur la douleur paradoxale qui engendre.

2. la somatognosie centrale de l'hémisphère mineur lors de lésions pariétales qui va perturber l'intégration de l'hémicorps controlatéral : il s'agit ici d'une pathologie parfois luxuriante avec anosognosie, anosodiaphorie, hémiasomatognosie et sensation de membre surnuméraire (le patient paralysé du côté gauche méconnaît son déficit dans un premier temps puis ne s'en formalise pas et sans trop s'inquiéter explique qu'il est porteur d'un troisième membre supérieur par exemple tout en ne connaissant plus son hémicorps gauche) ;
3. la somatognosie centrale de l'hémisphère dominant dans des lésions du gyrus supra-marginalis au niveau des lobes pariétal et temporal dont les conséquences seront bilatérales : dans ce cas on peut être confronté à une anomie digitale, à une acalculie, à une indistinction droite – gauche, à une agraphie sans alexie dans le syndrome de Gerstmann. Ou bien le malade peut ne plus savoir désigner les parties de son corps (autotopoagnosie) ;
4. l'apraxie de l'habillage : le patient, en dehors d'une paralysie importante ne parvient plus à s'habiller. Cette situation peut aller de pair avec une hémiasomatognosie, une perte de la latéralité, des persévérations invalidantes, des troubles graves du jugement ou d'une négligence de son hémicorps gauche. Les lésions sont ici uni ou bilatérales ;
5. les troubles de la somatognosie et la pathologie psychiatrique : si la dépersonnalisation (schématiquement, ne plus avoir une idée claire de son identité) est plutôt pathognomonique d'un trouble psychiatrique, elle se trouve également dans le cas de tumeurs diencephaliques. Il existe en cas d'infection, d'intoxication ou d'atteinte du nerf acoustique des troubles somatognosiques qui peuvent aller jusqu'à l'héautoscopie.

Il y a donc dans ces descriptions une démarche de spécialisation disciplinée chez J. de Ajuriaguerra.

Il est certes élève exemplaire de l'enseignement clinique reçu mais on peut remarquer un élargissement de l'assiette du savoir dans l'approche plus extensive vers les fonctions émotionnelles généralement perturbées chez ces malades, ce qui conduit à leur apporter une meilleure prise en charge [2].

Il exprime une clinique fiable et reproductible. Comme le soulignera D. Widlöcher en 1983 :

La notion de maladie obéit avant tout à des fins pratiques. Il s'agit de reconnaître un état identifié et de le traiter. La démarche clinique commence lorsque l'état de maladie est admis. Il est vrai qu'il n'existe que des malades, mais la tâche du clinicien est de reconnaître, derrière les particularités individuelles, les signes d'une maladie universelle. Le clinicien doit opérer une réduction des données d'observation et les convertir en signes de la maladie. Ceci nécessite qu'il dispose d'un code et qu'il sache déchiffrer les données empiriques en fonction d'un code. Cette réduction de la conduite concrète au signe est en effet inséparable de

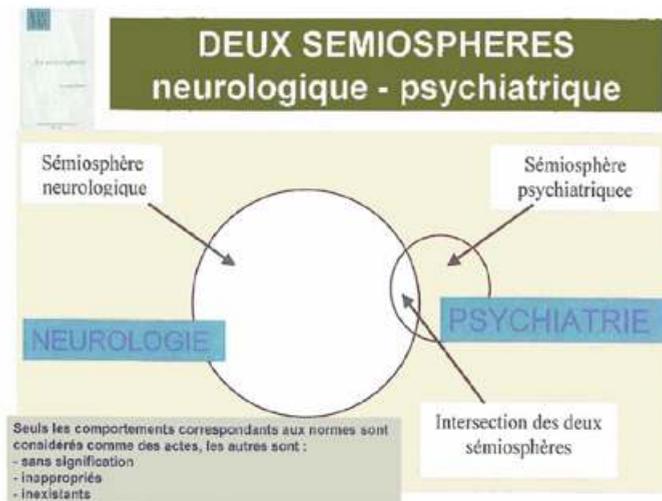
l'établissement de la liste des symptômes qui définissent la maladie. C'est même le fait que, d'un malade à l'autre, on retrouve les mêmes signes qui authentifie la maladie comme entité autonome.

Comme le précisait R. Virchow, si on ne retrouve pas de lésion visible à l'autopsie, c'est une affaire, non pas de non-être mais d'échelle ; les lésions existent bien mais à une autre échelle, microscopique (G. Lanteri-Laura, 1982). Cette corrélation est le principe de la sémiologie médicale (une expression, un lien de savoir, une lésion à l'origine), comme en linguistique entre signifiant et signifié. Le symptôme est souvent une découverte d'une différence entre ce qui devrait être et ce qu'on trouve, d'où l'impérieuse nécessité d'une formation opérante vers ce savoir-faire. Ceci valant pour la clinique et les examens paracliniques (laboratoire, imagerie).

Cette clinique, en psychiatrie, n'est pas l'opposition fou – non fou, ni sain – malade, mais bien de ne pas confondre une hallucination et une expression d'allure hallucinatoire liée aux lésions cérébrales. Il faut ici séparer ce qui, malgré les apparences, demeure une réalité différente [9].

L'opposition entre neurologie et psychiatrie est cependant forte [7]. Elle s'inscrit dans celle des sémiosphères où, dans chacune, se créent des normes. Seuls les comportements correspondant aux normes ainsi créés ont une valeur et seront considérés comme des actes. Tous les autres sont sans valeur et sans signification, inexistantes ou inappropriés. Ils sont dissidents (Fig. 8).

Figure 8. La notion de sémiosphère
(selon J. M. Wirocius d'après Y. Lotman 1984)



J. de Ajuriaguerra a su conserver une dimension d'organisation du savoir en pathologie neuropsychiatrique hors d'une bijection caricaturale (il ne prône

pas un lien tel que excès ou déficit de neurotransmetteur et telle maladie ni régression et fixation à tel stade libidinal et telle pathologie). Son approche est bien plus complexe où, à partir d'un noyau sémiotique précis et facilement reproductible, il existe un ensemble disparate des moyens toujours partiels de comprendre le comportement de celui qui consulte (psychanalyse, trouble de la personnalité, neuropsychologie, neurotransmission).

Il a compris que ces sémiosphères doivent rester sécantes ; leur intersection construit le domaine de la neuropsychologie.

Une démarche explicative étayée par l'étude anatomopathologique et iconographique d'une part et, d'autre part, par les hypothèses du moment sans aller jusqu'aux extravagances de certains [1].

Il y a chez J. de Ajuriaguerra une préférence vers le modèle proposé par C. Von Monakow où les systèmes s'imbriquent et fonctionnent en réseau.

Il préconise une approche bijective entre l'homme et la maladie. Il différencie l'annonce quand le symptôme vient de la maladie et l'expression lorsque ce dernier vient du malade. Cette différenciation présume d'une approche sémiotique particulière selon des normes différentes en fonction des pré-requis pas toujours similaires [5, 10].

Malgré toutes ces différences, il reste convaincu de l'unicité du système nerveux. Son fonctionnement, ses détraquements sont l'objet commun et unique de la neurologie et de la psychiatrie.

La nosographie psychiatrique ne peut se retrouver uniquement générée par des lésions cérébrales mais c'est bien parce qu'il y a un cerveau qui peuvent s'exprimer les troubles psychiatriques.

Une démarche de savoir dédié à la somatognosie, avec une construction neuropsychologique, sans dogme paralysant [4]. Sa rencontre avec L. Van Bogaert en 1948 a été fondatrice de ce savoir.

Le schéma corporel reçoit son nom de Bonnier en 1893. La somatognosie reconnue à travers différents tableaux cliniques s'est construite par la pathologie neurologique. Les dénominations sont multiples (pour A. Pick (1915) il s'agit d'une image spatiale du corps ; pour H. Head (1920) d'un modèle postural du corps ou schéma corporel ; pour L. Van Bogaert (1934) de l'image de soi).

Le trouble provient de lésions cérébrales ou périphériques comme expliqué plus haut. C'est essentiellement au niveau du cortex pariétal postérieur (aires 5, 7a et 7b), lieu de convergence d'informations visuelles, somesthésiques, proprioceptives, auditives, vestibulaires, oculomotrices, musculaires et motivationnelles.

De la phénoménologie avec M. Merleau-Ponty, J. de Ajuriaguerra retient la notion de dimension temporelle. Ainsi le phénomène du membre fantôme,

mutilation inacceptable, est une conséquence du blocage du sujet dans un présent qui acquiert valeur d'exception : « le bras fantôme est donc comme l'expérience refoulée d'un ancien présent qui ne se décide pas à devenir passé ».

D'autres notions viendront plus tard, sans annuler celles utilisées par J. de Ajuriaguerra.

Ainsi, H. Wallon en 1954 pense que le schéma corporel va se constituer selon les besoins de

[...] l'activité [...] c'est le résultat et la condition de justes rapports entre l'individu et le milieu [...] celui des rapports entre l'espace gestuel et l'espace des objets, celui de l'accommodation motrice au monde extérieur.

Les apports de la psychanalyse sont d'explications multiples, P. Schilder, J. Lacan, F. Dolto, G. Pankow, D. Anzieu pour lesquels la perception de soi provient de l'investissement libidinal du corps du sujet avec ses lois propres et spécifiques à chacun.

Ainsi, le travail de J. de Ajuriaguerra est un socle unifié qui a permis d'autres mises en perspective de cette notion somatognosique complexe.

On perçoit ici également les bases de la création de la « psycho - neurologie », déjà présente dans le sous-titre du livre *Le Cortex cérébral* publié avec H. Hecaen, en 1949, *Etude neuro-psycho-pathologique* qui deviendra par renversement des termes, la neuropsychologie. Dans leur ouvrage sur les *Méconnaissances et Hallucinations Corporelles*, le sous-titre est également signifiant de la volonté d'une trajectoire et d'une évolution (*intégration et désintégration de la somatognosie*).

Il va de plus donner des voies d'investigations lorsqu'il écrit qu'il faudrait « faire la différence entre le corps perçu, le corps connu, le corps représenté, le corps vécu qui ont des sens différents aux divers moments du développement ».

Une démarche prospective que l'on peut trouver dans différents domaines.

1. Les perturbations du schéma corporel sont analysées par E. Siéoff, dans les cas d'héminégligence gauche corporelle ou spatiale, comme un trouble attentionnel [11].
2. Les différents symposiums qu'il a organisés à Genève ont montré l'utilité de la connaissance de la neurotransmission : en 1962 sur les monoamines et le système nerveux central, en 1965 sur la désafférentation expérimentale et clinique, en 1968 sur les cycles biologiques et psychiatrie, en 1970 sur les monoamines, noyaux gris centraux et syndrome de Parkinson et en 1977 sur le rhinencéphale, neurotransmissions et psychoses. Cette orientation est dans la droite

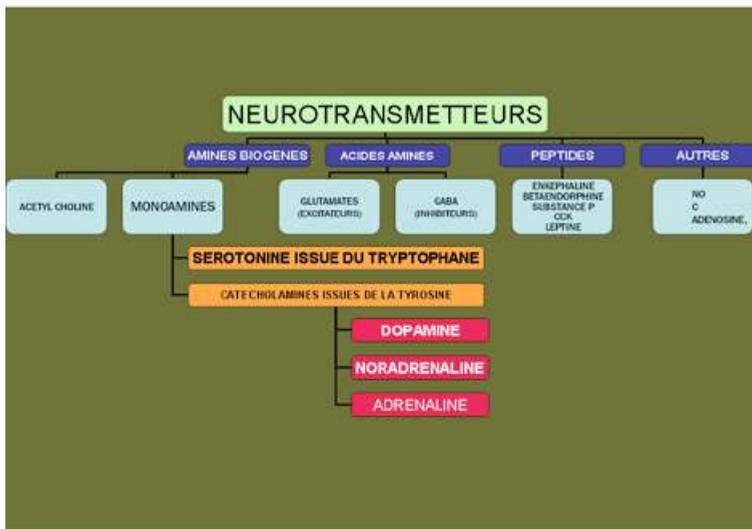
ligne des investigations actuelles, permises par les progrès techniques et bien anticipées par lui (Fig. 9 et 10).

Dans la figure 10, on voit bien tout le chemin à parcourir pour un savoir opérant. En effet, la connaissance la plus stabilisée concerne le 1 % de neurones à transmetteurs monoamine.

3. A partir des tableaux cliniques, J. de Ajuriaguerra différencie implicitement signe et fonction. Cette distinction et sa pertinence thérapeutique seront explicitées en 2006 par J. M. Wirocius dans sa thèse puis dans son livre, en 2011: *Sémiologie des handicaps en médecine physique et de réadaptation*.

Les fondements de l'approche sémiotique de J. de Ajuriaguerra dans ce domaine sont probablement bâtis lorsqu'il crée, avec R. Diatkine, une équipe de recherche et de rééducation des troubles de la psychomotricité et du langage à l'hôpital Henri Rousselle à Sainte-Anne à Paris en 1946.

Figure 9. Quelques neurotransmetteurs



Les descriptions traditionnelles de l'aphasie, par exemple, devraient être abandonnées, car : (1) elles sont les conséquences des hasards de l'anatomie de la lésion, (2) elles n'ont donc pas de pertinence théorique, (3) elles n'ont pas non plus de pertinence thérapeutique, (4) les rééducations sémiologiques qui en découlent s'adressent au symptôme, et non à sa causalité. Il commence à exister un consensus pour noter que la sémiologie médicale n'est pas pertinente en réadaptation. Il faudrait donc changer cette sémiologie pour la remplacer par une autre ici jugée plus pertinente si l'on adresse à des découpages du langage dans une option cognitive et immanente. Sinon on ne sort pas des schémas médicaux et de la référence à une causalité, à des thérapeutiques ciblant un déficit.

La sémiologie médicale n'est pas pertinente en réadaptation, mais elle est très pertinente et indispensable en médecine. Il faut bien sûr la garder et c'est même sa pertinence lésionnelle qui en fait tout l'intérêt. Par contre il faut décrire une autre lecture du corps pour la réadaptation, une autre sémiologie non pas en rapport avec la théorie cognitive proposée qui est provisoire et datée pour une grande part des années 70, mais avec la description du discours du corps spatialisé et temporalisé.

La thérapeutique proposée ne l'est pas en termes de techniques maîtrisées par les professionnels vers des cibles, des objets manquant mais en termes de valorisation des compétences et des aptitudes des sujets (J. M. Wirotius).

Figure 10. Répartition fonctionnelle des neurotransmetteurs

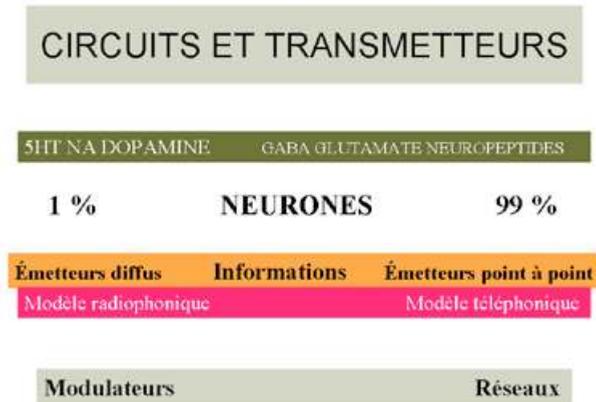
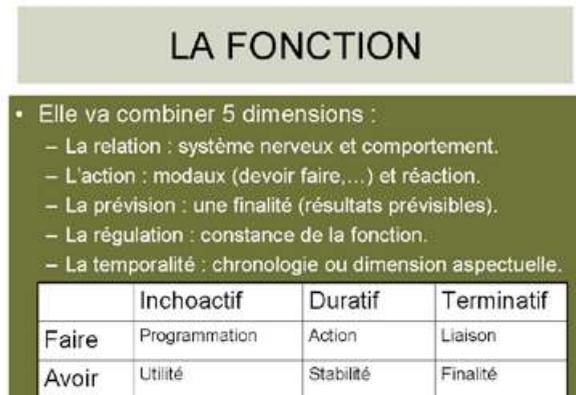


Figure 11. La notion de Fonction (J. M. Wirotius)



La notion de fonction, bien présente dans les différents ouvrages de J. de Ajuriaguerra (dissolution dans les démences, évolution des fonctions chez

l'enfant) est un ancrage majeur dans la prise en charge des patients, passé le moment diagnostique et thérapeutique salvateur. La fonction transcende tout disait C. V. Granger, Professeur de Médecine Physique aux U.S.A., en 1997.

La fonction se déroule dans le temps et dans l'espace mettant en relation les capacités instrumentales et relationnelles chez l'individu même et dans son milieu.

Elle combine 5 dimensions (J. M. Wirotius) : la relation (un comportement est en relation avec le système nerveux), une action (un processus en cours, son résultat et une réaction), une prévision (il ne peut y avoir d'aléa dans l'idée de la finalité de la fonction), la régulation (qui maintient la constance de la fonction par action et réaction), la temporalité (comme on le voit dans le tableau de la figure 10, la fonction implique ces dimensions aspectuelles [début, durée, fin]).

J. de Ajuriaguerra a, dans le cadre de la somatognosie chez les patients cérébrolésés, utilisé ce concept de fonction et y a montré tout son intérêt pour des notions particulières (durée, adaptation, développement et finalité) que l'on retrouve dans le travail de J. M. Wirotius, aux fondements issus de la sémiotique tensive où la représentation du sens est fondée sur des valeurs graduées et articulées entre qualité et quantité. La publication de ces concepts date de 1998 par J. Fontanille et C. Zylberberg (Tension et signification) [12].

En définitive, si J. de Ajuriaguerra prend bien en compte les différents savoirs stabilisés de cette époque (1930-1945), il va pencher vers le principe d'un fonctionnement holistique du cerveau, influencé dans ce choix par les travaux de C. Von Monakow.

Il n'exclut pas toutefois les autres principes de compréhension du fonctionnement du cerveau lésé dans une approche subtile et non doctrinaire. Cette tolérance aux idées des autres qu'il ne partage manifestement pas toujours, lui a ouvert des voies d'exploration dont la principale est la pertinence fonctionnelle des troubles.

Encore loin dans le temps de l'approche sémiologique tensive, il en avait toutefois intuitivement adopté les fondements que l'on retrouvera dans ses écrits didactiques, lors des symposiums de Genève et dans son enseignement au Collège de France.

Il y avait bien une pensée de précurseur qui permit de passer d'une simple attitude diagnostique (des localisations aux rapprochements neuropsychologiques de tendance bijective avec H. Hecaen) à une entreprise fonctionnelle bien plus constructive pour l'accompagnement des patients cérébrolésés.

5. CONCLUSION

La pensée de J. de Ajuriaguerra, lors des cérébro-lésions productrices de troubles d'allure psychiatrique, est avant tout une démarche sémiologique minutieuse. Il ne superpose pas les principes sémiologiques neurologiques qui lient un symptôme à une lésion. Il a su se démarquer de cette bijection.

Il avance des hypothèses explicatives en fonction des connaissances du moment.

Dans cette spécialisation disciplinée issue d'un enseignement confronté à des dogmes rigoureux, il a su faire des choix et s'attacher aux idées qui vont vers une conception du fonctionnement cérébral en structures imbriquées et intégrées abandonnant ainsi un localisationnisme réducteur.

Même si les modalités explicatives furent bien étudiées (psychanalyse, développement, imagerie, anatomopathologie, neurotransmission), il ne résuma pas les troubles à une bijection entre manifestation clinique et perturbation d'un mécanisme.

La dimension évolutionniste et éthologique de H. Spencer apportée par H. Jackson a particulièrement attiré J. de Ajuriaguerra mais là aussi il sut faire la part des choses.

La phénoménologie a également contribué à ses prises de position dans la compréhension des troubles somatognosiques.

On retiendra donc une pensée éclectique et complexe chez un enseignant clair, visionnaire et scrupuleusement attaché à ses libertés de choix.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. ADAM, Philippe ; HERZLICH, Claudine. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan, 1994.
2. BARBIZET, Jean ; BEN HAMIDA, Mongi ; DUIZABO, Philippe. *Le monde de l'hémiplégique gauche*. Rapport de neurologie. Paris : Masson, 1972.
3. BARUK, Henri. *La psychiatrie française*. Paris : PUF, 1967.
4. CLARAC, François ; TERNAUX, Jean-Pierre. *Encyclopédie historique des neurosciences*. De Boeck. Bruxelles, 2008.
5. DEROUESNE, Christian. *La méconnaissance de la maladie ou des déficits*. Neuropsychy News. 5 ; n° 4 ; 147-151. 2006. Issy-les-Moulineaux : Interligne. <http://www.neuropsychy.fr>
6. GARRABE, Jean. *L'examen des esprits de Juan Huarte*. *Évolution Psychiatrique*. 68, 7 - 16. 2003. Elsevier Masson. Paris.
7. HECAEN, Henri. *Introduction à la neuropsychologie*. Paris : Larousse, 1972.

8. LANTERI-LAURA, Georges. *La connaissance clinique. Évolution psychiatrique.* 47,2, 425-469. 1982.
9. LUAUTE, Jean-Pierre; LUAUTE, Jean. *La diachisis de Von Monakow. Historique et devenir d'une découverte.* Annales médico-psychologiques. 163 (2005); 329-333. Elsevier Masson. Paris.
10. NESPOULOUS, Jean-Luc. *Linguistique, Neurolinguistique, Neuropsycholinguistique.* In : Séron X. & Jeannerod M. Neuropsychologie humaine. Liège : Mardaga, 1994.
11. SIEROFF, Eric. *Théories et paradigmes expérimentaux de l'attention.* Revue de Neuropsychologie, 1998, 8, 3-23. Résodys, Marseille.
12. WIROTIUS, Jean-Michel. *Sémiologie des handicaps en médecine physique et de réadaptation.* Limoges : Lambert-Lucas, 2011.