

QUELQUES OUVRAGES

Les Traumatisés crâniens. François Cohadon et al. Arnette 1998

Sortir du coma. François Cohadon. Odile Jacob 2000

Mémoire de l'absence. Hélène Oppenheim-Gluckman. Masson 1996

Autour du traumatisé crânien. Colombel J.-C., Palem P.-M. Césura Lyon 1988

A la recherche du sujet inconscient. Michèle Grosclaude. Ed. hospitalières 1996

Autisme et éveil de coma. Balat Michel (dir.) Champ social éd. 2001

Renaître après l'accident. Annie Boyer-Labrousche. Dunod 1996.

L'éveil du coma. Approches psychanalytiques. Raphaël Minjard. Dunod. 2014

Renaître. Peggy Serres (témoignage) Edition personnelle. 2014

Psychanalyse, logique, éveil de coma. Michel Balat. L'Harmattan. 2000.

Eveil de coma et états limites. Frédéric Pellas et C Kiefer. Masson. 2008

LE 19 Novembre 2016 À 9H À L'ÉCOUTE DU PORT PORT DE CANET-EN-ROUSSILLON



« Une journée avec
Edwige Richer »

Présentation de la journée

Les associations TUCHÊ, ÉQUINOXE et AFPREA, organisatrices de cette trente cinquième « journée avec... » ont demandé au Dr Edwige Richer de venir nous présenter de la question du coma, de l'éveil de coma et de la façon dont elle en a conçu le soin à Château Rauzé, à Cénac, près de Bordeaux.

Travaillant dans le service du Professeur François Cohadon, à l'Hôpital Pellgrin de Bordeaux, neurochirurgien et pionnier en matière d'étude sur le coma depuis les années 70, elle a consacré toute sa vie professionnelle à la mise en place théorico-pratique des soins aux personnes cérébrolésées, dès leur sortie de la réanimation.

Nous avons pu organiser en 1997 une rencontre dans ce lieu-même lors d'un colloque organisé avec Pierre Delion intitulé « Autisme et Eveil de coma, signes et institution ». Nous avons reçu alors Jean Oury, Gérard Deledalle et bien d'autres qui, depuis, ont participé aussi à ces Journées avec...

Nous aurons, comme à l'accoutumée, trois temps d'échange : le matin, dès 9h ; l'après-midi, à 14h30 ; de 16h30 à 18h.

Extrait d'une intervention à Psypropops (Blois 2014)

Le vécu de la phase d'éveil est angoissant, et des termes aussi dévalorisants que végétatif, etc., ont été choisis pour se donner la bonne raison de ne pas prendre en considération la personne qui est derrière cette apparence de coma, et ce vécu est angoissant pour tous les partenaires en présence, qu'il s'agisse de la famille ou des équipes. La problématique est celle de la perte de repères. Le patient lui-même, le cérébrolésé, perd tous ses repères spatio-temporels parce qu'il se réveille souvent un mois après dans des lieux inconnus, avec des personnes inconnues, ses repères proprioceptifs troublés parce que son corps est immobilisé, parce qu'il est sondé. Quant aux soignants, ils vivent eux la perte des repères professionnels parce que ni les médecins, ni les infirmières, ni les kinés, ni les orthophonistes, ne sont formés pour donner des soins à des gens qui n'en veulent pas, qui ne nous demandent rien, donc il faut trouver des raisons de vivre ensemble, et la solution que nous avons trouvée, nous, à Château Rauzé, c'est d'accueillir ces personnes dans un environnement varié qui soit riche de sensations corporelles, et de faire en sorte qu'elles soient dans un bain de langage, c'est-à-dire proposer un « portage » physique et psychique pour leur permettre de réunifier leurs corps éclatés.

Pour l'équipe, ce prendre soin qui est un partage de vie lui permet de rester ouverte et attentive à tous les signes de présence de la personne. Chaque thérapeute doit travailler en transdisciplinarité puisque aucune discipline n'est vraiment adaptée au cas de la personne, on est donc obligés de recomposer notre identité professionnelle dans ce travail en transdisciplinarité. Souvent des collègues me disent « mais attends, tu ne fais plus de médecine là, qu'est-ce que tu fais ? tu fais de l'animation d'équipe, c'est tout, tu vas voir tes patients, tu entres en relation avec eux, mais ce n'est pas de la médecine... »

Il faut savoir que ça peut s'arrêter là. Certains font des complications et vont en mourir, très peu... on a peu de décès à Château Rauzé ; d'abord on n'a pas beaucoup d'états végétatifs, aucun patient ne reste non répondant, et finalement on a très peu de décès. Alors, lorsque cette phase est passée, on va entrer dans une deuxième phase qui est la phase de récupération des incapacités, et là on va avoir deux étapes, la première c'est le stade de transition, que nous appelons nous de l'anosognosie à la dépression.

La personne sort de la phase d'éveil lorsqu'elle rentre dans l'échange relationnel spontané et qu'elle peut manifester la conscience de soi en répondant à des questions simples : « qui je suis ? où je suis ? et pourquoi je suis là ? », mais conscience de soi n'est pas connaissance de soi. La reprise de la communication orale démasque l'incapacité de la personne à constater et reconnaître ses déficiences cognitives et physiques.

À cette période les chutes et les mises en danger sont fréquentes. Et là nous avons la foutue accréditation qui n'autorise pas une chute, alors qu'on sait bien que quand l'enfant commence à marcher, il chute, et la prise de conscience du corps passe par là, or nous n'avons pas le droit, ça veut dire que les médecins vont devoir prescrire de la contention, il est hors de question que la personne chute.

D'autant plus que cette anosognosie va s'inscrire dans la période d'amnésie post traumatique durant laquelle la personne vit dans l'instant. Sa vie est une série d'instant qui se succèdent sans lien. Ça veut dire que tous les exercices qu'on leur propose dans la rééducation sont redécouverts d'instant en instant.

Par exemple, si à un moment donné arrive un distracteur pendant qu'on fait prendre conscience à quelqu'un qu'il est paralysé sur un côté, il va recommencer, il faut recommencer à lui dire qu'il est paralysé sur le côté, et là je ne parle que du corps, mais c'est la même chose pour le cognitif, donc il va faire les exercices de rééducation qui vont concrétiser les déficiences, et elles vont être découvertes et redécouvertes, donc, du coup, souvent, ils ne veulent plus aller en rééducation, et là on est obligés de solliciter la famille comme témoin crédible de cette réalité. Actuellement on a à Château Rauzé une dame qui était battue par son mari, qui avait commencé sa séparation, puisqu'elle avait loué un appartement, et il y a eu un accident, donc elle se retrouve avec un déficit physique et surtout elle en amnésie post traumatique, donc elle est capable de répondre, mais quand son mari lui dit « viens à la maison », elle dit « oui » ; quand sa sœur lui dit « mais tu sais bien que tu n'habites plus chez ton mari, tu habites dans la maison qui est là, et comme tu ne peux pas y aller (parce qu'elle a quand même ces déficits), si tu veux tu viens puisque tu habites à côté de chez moi », elle dit « oui ». Donc on a le mari qui nous attaque, en nous disant « mais enfin c'est ma femme » ! Sur un plan purement légal, on a appelé l'avocat, et il nous a dit « on est dans un vide juridique parce qu'elle n'est ni divorcée ni séparée, donc débrouillez-vous », voilà, donc on se débrouille, c'est-à-dire qu'on lui fait des propositions très malhonnêtes : ou vous partez chez votre sœur, ou alors vous restez à Château Rauzé. Elle dit « je pars chez ma sœur » et quand le mari téléphone on lui dit qu'elle a choisi de rester à Château Rauzé, et quand on lui dit « mais votre mari, vous savez bien qu'il a été condamné, il est sous le coup d'un emprisonnement pour ce qu'il vous a fait », elle dit « ah bon !... » C'est cette phase difficile, la phase d'anosognosie, et la prise en charge c'est toujours pareil, ce sont des mises en situation de façon à ce que la réalité s'impose petit à petit, et que la reconnaissance des déficiences s'exprime, et à ce moment-là on arrive à un état dépressif, et alors on dit aux familles quelle chance ! c'est un grand progrès qu'il ou elle ait enfin pris conscience de son handicap, et du coup on va mettre en place la rééducation, une rééducation qui va accompagner cette personne vers une récupération analytique et fonctionnelle, mais qui bien sûr sera limitée comme je le disais au début par les lésions initiales. On a notre limite extrême qui est celle des lésions. Alors, durant cette étape de récupération des capacités l'équipe pluridisciplinaire va travailler non pas en transdisciplinarité parce que là on retrouve les spécialités d'orthophonie, de kiné, les infirmières, etc., mais en interdisciplinarité, c'est-à-dire qu'on travaille ensemble, mais chacun restant responsable de sa fonction, pour reconstruire les fonctions à partir des capacités restantes. Et l'équipe propose par ailleurs un soutien psychologique dans le c'est-à-dire de groupes de parole.

Dr Edwige Richer