

Journée Association Réseau Traumatisme Crânien, IDF

« Traumatisme crânien, traumatisme psychique »

Paris , 14 novembre 2019

Faisant suite aux présentations concernant les enjeux cliniques, aux approches de la psychiatrie, de la neuropsychologie et de la psychologie, du juridique, l'implication de la clinique institutionnelle se retrouve au croisement de ces disciplines intégrées. Il est précisé ici qu'un établissement médicosocial ne se positionne pas en qualité d'expert de telle ou telle spécialité médicale ou paramédicale.

NB : Quelle que soit l'histoire traumatique et post traumatique des personnes qui lui font confiance pour leurs accompagnements, « l'établissement » reste dans l'ignorance quant au fait de l'histoire périnatale, natale et épigénétique qui fait partie intégrante de l'inconscient de ces personnes subissant une lésion cérébrale.

L'institution médicosociale pour personnes vivant avec une Lésion Cérébrale acquise, n'est pas un lieu de soin ciblé et qualifié, au sein duquel la culture de l'acte et de la procédure prédominerait, mais bien un lieu de vie.

Il s'y reconstruit et se poursuit avant tout un parcours de vie individualisé. Celui-ci inclus :

- *tous les niveaux de soins ambulatoires et de prévention adaptés aux besoins de chacun,*
- *le maintien des acquis,*
- *le développement de compétences et de l'autonomie,*
- *une démarche permanente de « resocialisation »,*
- *une réalité de l'intime et des droits respectés,*
- *un lien très étroit avec les familles.*

Ces personnes, faisant communauté polyculturelle, au moins résidentielle, partagent leur lieu de vie avec d'autres ; les professionnels. Les uns venant habiter ponctuellement chez les autres, qui y demeurent.

La dimension du « traumatisme psychique », quel que soit son intensité, quelle que soit sa prégnance, sa possible intrication avec un syndrome frontal et son étape dans le

parcours de vie, est une dimension intégrée dans le quotidien que se partagent ces personnes.

A cette condition de vie singulière s'ajoute, pour ces personnes accueillies, la notion, le sentiment, « d'enfermement »¹. Ceci tout autant dans les séquelles de leur propre handicap et ses traumatismes, que par l'institution qui, en accueillant, soutenant et protégeant, « isole et enferme ». Il s'agit de constats à ne pas négliger dans le contexte du traumatisme psychique.

Il est bien entendu souligné que généralement, l'institution inclut et travaille en permanence sur ce vécu et s'ouvre au maximum sur toutes les perspectives envisageables.

Citation d'avant propos : ² « Si nous voulons remettre de la vie dans les institutions, il faut y réinjecter de « l'humain », peut-être sur le versant empathique de la prise en charge mais surtout sur sa capacité à supporter le flou, le non-tracé, le non-« traçable », de manière à ce que les usagers redeviennent des énigmes dont la recherche des clés est moteur de la dynamique d'équipe. Ce n'est pas incompatible avec le respect des usagers ni de leurs souhaits, mais la construction d'un projet solide se fait sur la confrontation, absente du concept de prestation de service. Les théories psychanalytiques groupales sont à mon sens les plus pertinentes sur la question de l'utilisateur. Elles permettent une approche de la prise en charge basée sur le processus relationnel, ce qui permet à chaque individu à la fois d'exister par lui-même et de rentrer dans un projet collectif ».

Les équipes professionnelles sont avant tout des équipes pluridisciplinaires. Elles réunissent :

- *Les « accompagnants » à la vie quotidienne,*
- *Les animateurs, culturels et loisirs,*
- *l'activité physique adaptée,*
- *Les soignants,*
- *Les paramédicaux,*
- *Les psychologues,*
- *Le corps médical,*
- *Les administratifs et l'entretien,*

¹ Résurgences no 54, L'établissement « fermé » et le « vécu d'enfermement » Un obstacle majeur à la qualité de vie en établissement médico-social ?

² Le social et le médico-social à l'épreuve de sa déshumanisation, Jean-Michel Abry
Dans Connexions 2009/1 (n° 91), pages 163 à 174

Il est également indispensable d'inclure un acteur omniprésent, silencieux mais essentiel, l'environnement.

Ici l'environnement est constitué par les personnes, individuellement, et aussi lorsqu'elles forment un ou plusieurs groupes, le ou les lieux (commun ou privés), le cadre réglementaire, la société civile, « l'extérieur », et les valeurs que portent ensemble les professionnels, l'Humanité qui les anime et qu'ils déploient.

C'est donc dans ce contexte humain, cadré et cadrant, faisant société, que les personnes sont respectées dans leurs différences, soutenues, valorisées, accompagnées et parfois prises en charge.

C'est ici que s'expriment les émotions, les séquelles du handicap, incluant la part non négligeable du traumatisme psychique. La manifestation de ces traumatismes psychiques s'entremêle avec les séquelles cognitives et peut précéder ou exacerber différents troubles du comportement.

Pour de diverses raisons, il est fréquent de constater que ces personnes arrivent en établissement médicosocial à distance de leur accident. Les carences notoires des dossiers personnels et médicaux, le sacro-saint secret médical ³, qui peine à devenir secret professionnel à se partager ⁴, contribue à l'opacité de ces parcours de vie qui ont débutés dès la naissance, puis brutalement interrompus, partiellement retrouvés et transformés.

Sur le plan des accompagnements thérapeutiques, comment l'institution développe-t-elle les capacités relationnelles au service des usagers, comment permet-elle d'associer les compétences pluridisciplinaires de professionnels d'horizons bien différents ⁵, comment amplifier un esprit de collaboration et de coopération entre les équipes ?

Comment développer de la qualité de vie au travail pour des salariés dont le métier c'est la qualité de vie des personnes accueillies, la relation d'aide à l'autre ?

L'efficience de ces engagements professionnels ne se développe que dans un fonctionnement systémique et parfaitement transversal. Il s'appuie pour ce faire sur des

³ article L1110-4 du code de la santé publique

⁴ L226-2-2 du code de l'action sociale et des familles

⁵ Un secret professionnel pour certaines catégories de professions qui travaillent dans l'intérêt de la personne qui se confie et dans un contexte de libre-adhésion, ce qui est commun à plusieurs professions.

expériences et sur un patrimoine de connaissances développées au niveau international, entretenues et que l'on cherche à rendre accessibles à tous.

L'énergie déployée vise à rechercher des réponses individualisées, beaucoup moins qu'à les appliquer comme le serait une procédure normée et évaluable. Le moindre cloisonnement pouvant devenir un obstacle et aboutir à un manque d'efficacité et un gaspillage des énergies.

Dans ce cadre nous avons instauré au sein de l'association Adef Résidences « l'observatoire des pratiques », rencontres régulières, animées par des psychologues, qui permettent aux salariés de faire corpus, d'exprimer aussi bien les difficultés que les réussites rencontrées dans leurs pratiques professionnelles.

Pour les professionnels d'accompagnements, dont la présence est permanente en regard de celle des psychologues, psychiatres ou médecins, qui est plus ponctuelle, il s'agit de faire face aux manifestations comportementales qui se manifestent fréquemment et qu'il faut dissocier du contexte de l'immédiateté. C'est en cela que la transversalité interdisciplinaire prend son sens et accompagne l'action et non pas la réaction, lorsque surgit un événement touchant un Résident.

Nous vous proposons d'illustrer cela à l'aide de deux situations rencontrées en établissement spécialisé dans l'accompagnement d'adultes cérébrolésés.

M. O, 36 ans, victime non responsable d'un accident de la circulation à l'âge de 16 ans, il était conducteur d'un 2 roues.

Les circonstances de l'accident suggère qu'il a dû le voir arriver. Le choc a été très violent et les blessures ont nécessité plusieurs années de prise en charge en Médecine Physique et Réadaptation. M.O est ensuite retourné au domicile de ses parents où il demeurait avant l'accident. Cela ne se déroulait pas bien du tout, les crises auto agressives étaient très nombreuses, la colère permanente, envers ses parents, envers tout également, la rupture sociale et l'isolement, total.

Il a ensuite été accueilli dans un premier FAM, puis dans un second quelques années plus tard. D'un naturel sympathique, assez introverti, M. O a lié amitié avec un groupe de jeunes gens de son âge, calmes et conviviaux. Il est peu loquace, marchant avec difficulté, incapable de se relever lorsqu'il chutait, intolérant aux cris et aux bruits, et aux changements de situation. Il a ritualisé son environnement et ses relations humaines. Il est présent lors de nombreuses activités sans pour autant être participant actif. Au fil

des tensions internes et celles de l'environnement, il réagit et manifeste son angoisse par des colères virulentes accompagnées de crises auto agressives. Il se tape la tête et les poings contre un mur. Il se blessait trop souvent. Nous n'avons que très rarement constaté la survenue de ces comportements lorsqu'il se trouvait isolé. Cela se produisait quasi exclusivement en présence de professionnels, dans un espace commun, comme un appel à l'aide.

Lors de ces manifestations, la première réaction des professionnels fut de lui demander d'arrêter, de se calmer, probablement par crainte qu'il ne se blesse et par cette violence portée contre lui-même qu'il renvoyait à tous (transfert et contretransfert). Ce n'était pas une solution.

Nous avons appris en travaillant en équipe sur ces situations, non pas seulement ce qui semblait générer ces crises, mais ce qui l'apaisait rapidement. Ces accès débutaient toujours par les mêmes comportements. Il se levait, marchait comme « un automate », le visage fermé et un bras levé. Il fallait lui parler très calmement, lui tendre la main ou le bras et l'inviter à venir « parler un peu ». Il se laissait alors conduire, à pas feutrés, dans un bureau isolé, au calme, celui de la psychologue ou du directeur en particulier. Il tenait toujours les mêmes propos saccadés, peinant à reprendre son souffle, et se giflant la tête il répétait « putain d'accident, elle est foutue ma vie, foutue, ah, si je l'attrape il va voir..., ». Puis il se détendait et parlait de son apprentissage de menuisier charpentier, subitement interrompu par l'accident, nous remerciait chaleureusement en s'excusant de la gêne qu'il occasionnait. Nous terminions ces quelques minutes d'apaisement en lui proposant d'écouter de la musique, ce qu'il appréciait. Il choisissait des chanteurs de variétés des années 90. Il fredonnait les paroles de quelques chansons qu'il connaissait bien. Il restait assis quelques instants et acceptait ensuite si nécessaire, de rencontrer l'Idé pour soigner ses ecchymoses. Et peu de temps après, il semblait avoir tout oublié. Soit il allait se reposer, épuisé, soit il retrouvait ses copains, s'asseyait auprès d'eux, présent mais sans participer, avec son sourire chaleureux.

Ses parents étaient « terrorisés » par ces comportements et leurs injonctions pour qu'il se calme ne faisait qu'accentuer ses difficultés. Face à cela, bien que se sentant coupable de « l'abandonner », ils semblaient rassurés de le savoir plutôt bien en FAM, et, avec l'avancée en âge, ils prenaient de plus en plus de distance avec leur fils.

Après quelques années d'accueil, M.O a également vécu une situation préoccupante. Sa marche devenait plus instable, il penchait plus qu'avant et semblait avoir des absences qui évoquaient une possible manifestation épileptique. Des consultations auprès d'un

neurologue ont finalement permis de conclure sur une élévation de sa pression intracrânienne. Cela était dû à sa valve de dérivation obstruée. Il devait être opéré.

A l'annonce de ce diagnostic, ses parents sont devenus furieux et très en colère après les professionnels. En qualité de tuteurs, ils tentaient de s'opposer à l'opération. Le dialogue était rompu.

L'intervention chirurgicale s'est parfaitement et diligemment déroulée, M. O est rentré très rapidement au FAM, il avait tout oublié. Tout était revenu comme il y a quelques mois.

Nous avons alors invité ses parents à venir nous rencontrer. Ils nous ont simplement dit avec une profonde émotion, que le fait qu'il faille l'hospitaliser et « ré intervenir dans son crâne » était pour eux insupportable, une terrible réminiscence de ce dramatique accident et de ce qu'ils ont vécu ensuite et toujours, depuis. Il était important que ses parents puissent verbaliser cela et que les équipes l'entendent.

Les professionnels ayant « appris » à aider et soutenir M. O lorsque ces troubles survenaient et aussi à anticiper très largement les situations de l'environnement préexistant à ces crises auto-agressives, leur fréquence, leur durée et leur intensité ont beaucoup diminué.

Bien que le bien être de M.O se soit très sensiblement amélioré au fil des années, qu'il recherche et bénéficie d'une chaleureuse humanité, il n'en reste pas moins pour lui et ses proches, un très profond traumatisme psychique et une difficulté à poursuivre un parcours de vie qu'il qualifie lui même comme étant brisé et non réparable.

M.N, 31 ans, victime non responsable d'un accident de la route à l'âge de 15 ans ayant généré des lésions fronto-temporales droites. À la phase aiguë, M.N a présenté une agitation, une hétéro-agressivité et un syndrome dysexécutif sévère.

M. N, est resté durant des années dans le milieu sanitaire et particulièrement du fait de ses troubles du comportement hétéro agressifs.

A la sortie de l'hôpital, M. N est retourné chez ses parents. Il n'était plus le même adolescent. Rien ne se déroulait comme prévu, l'incompréhension de ses troubles cognitifs, une désinsertion sociale, la scolarité interrompue, avec d'énormes difficultés de suivi de ses troubles du comportement à type d'agressivité, d'impulsivité. Cela générait beaucoup de frustrations de part et d'autre et a entraîné un retentissement majeur sur la vie familiale.

Fragilisés, épuisés, trop seuls, culpabilisés par la situation, ses parents ont fini par se séparer.

Impuissant face aux troubles du comportement hétéro agressifs de M.N, son entourage immédiat s'est rapidement tourné vers la psychiatrie et régulièrement, il se retrouvait hospitalisé en EPS et parfois en cellule d'isolement. Ceci fût un recours très certainement inadapté à ces situations liées aux séquelles frontales d'un TC.

M.N fut ensuite accueilli dans un FAM pour adultes cérébrolésés, pas trop éloigné du domicile de sa mère. Bénéficiant d'une prise en charge plus spécialisée, M. N allait mieux. Mais avec le temps, et peut être en lien avec un certain épuisement des équipes et des autres personnes accueillies, la situation s'est de nouveau détériorée et M. N fût orienté vers un autre FAM, que venait d'ouvrir notre association. La situation restait préoccupante, les équipes mobilisées, incompétentes devant ces troubles, ne parvenaient pas à adapter leurs accompagnements et les épisodes hétéro agressifs (quérulence ?) se multipliaient et de nouveau, la psychiatrie fût de nouveau le recours proposé.

Les équipes ne se satisfaisaient pas de ces hospitalisations qui certes apportaient un certain soulagement temporaire, mais n'étaient pas une réponse adaptée.

Les réunions pluridisciplinaires qui étaient dédiées à M.N ont abouti sur un constat très simple : ce qui était entrepris visait à contenir ses débordements plus qu'à les anticiper et à le conduire à un meilleur contrôle de ses pulsions.

Les équipes ont donc rapidement réagi et ont essentiellement travaillé avec M.N sur l'élaboration de son projet de vie en partant de lui et des souhaits qu'il exprimait, bien qu'ils fussent très éloignés de ses capacités du moment. Il parlait essentiellement de travailler avec des chiens dans un chenil. La route fût longue, sinueuse, jalonnée d'échec et de désespoir. Malgré cela, il fallait poursuivre dans ce sens et cet accompagnement s'est révélé très mobilisateur. Le comportement de M.N s'améliorait sensiblement grâce à ces investissements.

Durant cette période, M.N, toujours resté proche de sa grand-mère paternelle, nous fît part de son souhait d'être baptisé. Il souhaitait que cela se déroule dans son village et que toute sa famille soit présente et réunie. Un grand projet pour M.N et un nouveau challenge pour les équipes !

Elles rencontrèrent la Maman, puis le Papa, puis la grand-mère. Bien que très à l'écoute, cela ne fût pas simple ! A la suite de nombreux échanges, tous acceptèrent de se réunir pour et autour de M.N.

M.N était parvenu à retrouver sa place au sein de sa famille grâce à un évènement traditionnel qu'il avait engagé lui-même. Nous supposons que les bénéfices de cela ont porté bien au-delà de M. N.

M.N se manifestait de plus en plus fréquemment au sujet d'une autre étape de son projet de vie. Il n'était pas autorisé à sortir seul de l'établissement. En effet, M.N ne parvenait pas à s'empêcher de faire ou de dire quelque chose qui ne soit pas socialement adéquat ou approprié à la situation. Il ne pouvait pas s'empêcher de tutoyer ou d'embrasser des personnes qu'il ne connaît pas ou peu. S'exprimant avec un souffle court rendant parfois peu perceptible son propos, légèrement malentendant, il se tenait toujours très près des personnes avec qui il discutait. Ce qui n'était pas bien perçu et même inquiétant pour nombre de personnes qui percevaient cela comme un « envahissement ».

Il se mettait régulièrement en danger, sur la route, dans les magasins, dans ses contacts humains. Étant fréquemment rejeté, évité, c'était pour lui un vécu terriblement frustrant. A nouveau les équipes se sont investies sur son projet d'autonomie. Les parents craignaient la mise en danger et, comme les équipes précédemment, ils se concentraient sur le risque et non pas sur le projet.

C'est pourtant cela qui a fonctionné avec M.N. Les mises en situation, les apprentissages (à haut risques) se sont multipliés, cumulant les épreuves, les échecs et bientôt les succès. Aujourd'hui M.N dispose d'un planning de sortie qu'il a co construit avec ses référents, autocontrôlé et faisant l'objet d'un bilan hebdomadaire avec son référent. M.N dispose d'un badge lui permettant de sortir en totale autonomie. Il possède un portable avec le numéro direct de l'accueil. Ce qui est avant tout rassurant pour lui car ces apprentissages lui ont également permis de prendre conscience d'une partie de ses troubles, de ses limites, et de mieux vivre avec.

Aujourd'hui M.N vit plus apaisé, sa famille également. Récemment il nous a dit : « vous savez j'ai 30 ans, j'ai eu mon accident à 15 ans. J'ai vécu autant de temps « normal » que traumatisé crânien. Ce ne sera plus le cas maintenant. « vie de merde, vie de merde, j'en ai marre »....

Le traumatisme psychique est très profond et bien que sa situation se soit beaucoup améliorée, M.N est pleinement conscient du poids des séquelles de son handicap qui pénalisent sa vie, du moins celle qu'il se projetait et celle qu'il perçoit chez les autres.

Accueillis en 2005, M. O et M. N résident toujours au Foyer d'Accueil Médicalisé, La Maison de l'Alisier, à Pierrefitte sur Seine, Seine St Denis.

Adef Résidences

