

de l'écriture... (faint text)

le problème... (faint text)

Yves de Maes... (faint text)

Le rôle de l'écriture... (faint text)

Le rôle de l'écriture... (faint text)

Le rôle de l'écriture... (faint text)

Le rôle de l'écriture... (faint text)

PLATEAU... (faint text)

De l'écriture... (faint text)

De l'écriture... (faint text)

Le rôle de l'écriture... (faint text)

COMA ET COMMUNICATION

PH. VAN EECKHOUT

On est impressionné par... (faint text)

PLUM et POSNER définissent le coma à partir d'une description de ce que le médecin observe du patient: «état de non réponse dans lequel le sujet repose, les yeux fermés et ne peut être réveillé» (1).

Ils laissent ouverte la question de la nature psychique du sujet comateux.

Dans le cadre d'un travail de recherche, H.OPPENHEIM GLUCKMAN et coll. ont montré la richesse de la vie psychique des patients au sortir du coma et l'importance d'une intervention pluridisciplinaire (chirurgien, neurologue, anesthésiste, infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, psychiatre et psychanaliste), (2), (3).

Le fait de guetter, d'observer et d'accompagner la sortie du coma nous incite à intervenir dès qu'il y a autonomie respiratoire et aucun risque cardiaque. Cette intervention est justifiée par le raisonnement suivant: puisqu'il y a autonomie respiratoire et contrôle du rythme cardiaque, pourquoi n'y aurait-il pas une activité psychique?

On est impressionné par les réactions diverses à des sources sonores et surtout à certains timbres de voix. En effet, des bruits divers s'accompagnent souvent de mouvements oculaires à travers les paupières fermées. Ils peuvent susciter des mouvements isolés: un genou qui bouge, un muscle qui se contracte... Ainsi, il semble que les premières réactions au monde extérieur soient provoquées par des sources sonores. Par exemple, la voix de sa mère déclenche chez son fils comateux une contraction, puis un relâchement, avec une accélération du rythme respiratoire. De même, les aides soignants, durant la toilette, notent de nombreuses réactions à leurs soins.

Ces affirmations issues d'une école du regard et de l'écoute sont partagées par La PUMA et coll. (4). Ils plaident pour une stimulation de l'éveil très précoce. Il faut, disent-ils, mettre en jeu tout le corps du patient, en verbalisant les soins, et ce, dans un environnement riche en stimulations diverses. Selon eux, ne pas parler aux patients dans le coma, induit aux yeux de l'entourage et des soignants la notion qu'ils sont morts. Le patient doit continuer à exister comme étant un être désirant à ses yeux et aux yeux de sa famille.

Pour nous, orthophonistes, ce sont les réactions aux sources sonores qui nous obligent à réagir activement. Si nous faisons le pari que le malade entend, nous devons le convaincre qu'il va reparler.

Dans ce but, nous voyons le patient trois à quatre fois par semaine, à raison d'une heure, de façon à ce qu'il s'habitue à nous et pour le stimuler le plus intensivement possible. Nous activons une amorce de relation par des stimulations multi-sensorielles en privilégiant les stimulations auditivo-verbales. Nous parlons au patient dans le but de le faire reparler si cela est possible, mais l'objectif premier est de le faire communiquer pour éviter tout isolement derrière un mur de silence. Stimuler le patient pour le motiver, le convaincre qu'il peut et qu'il va parler à nouveau est fondamental pour la mise en vibration des cordes vocales.

Cette démarche de rééducation doit amener le clinicien à activer l'éveil du comateux afin de réactiver les systèmes neuronaux, et donc, certaines fonctions.

Nous stimulons le patient selon plusieurs orientations thérapeutiques qui se complètent:

1) démutiser;

2) stimuler les autres sens pour obtenir des réactions cognitives;

3) donner un autre moyen de communication en lui apprenant un code.

Ces 3 phases sont menées parallèlement.

Le médecin est seul habilité à décider du bien-fondé de notre intervention. Il est régulièrement consulté.

Nous n'intervenons que dans les cas de comas dits vigils, au stade 1. Ceci correspond à un score, sur l'échelle de GLASGOW, supérieur ou égal à 9.

On stimule un patient comateux quel que soit son âge et quels que soient ses espoirs de récupération.

Parmi les conditions à respecter:

- on verbalise tout ce que l'on fait; on se présente chaque fois que l'on intervient; on explique au patient ce que l'on attend de lui et le pourquoi des contraintes imposées;

- les conditions idéales consistent à ne pas avoir de bruits parasites pendant la rééducation;

- on éteint, après autorisation du médecin, l'arrivée de l'oxygène, l'humidificateur et tous les autres appareils pouvant empêcher une bonne réceptivité auditive. Un «continuum sonore» en toile de fond pendant la rééducation fatigue, gêne l'imprégnation des stimuli. D'autre part, l'arrivée de l'oxygène ne favorise pas la récupération des bons mécanismes respiratoires. L'appareil fournit au patient une quantité suffisante d'air qu'il n'a plus à rechercher.

On veut augmenter l'amplitude de son inspiration pour une meilleure expiration. Ainsi, on préfère arrêter momentanément

l'arrivée d'oxygène, encore une fois, sous surveillance médicale, afin de le patient inspirer de plus en plus profondément.

La goutte d'eau.

Elle a une valeur symbolique. Très souvent c'est elle qui réanime le visage, toute la sphère orale rendue inactive par les sondes et la trachéotomie. La goutte d'eau est posée entre les deux lèvres qui commencent avec le contact, à frémir. La goutte d'eau roule sur les dents. Les muscles bucco-faciaux se relâchent.

On répète cette action. Parfois, on obtient une quinte de toux. Il est nécessaire alors d'aspirer pour enlever les mucosités.

La déglutition peut être récupérée progressivement de cette façon.

On mobilise le plus souvent lèvres et langue. On bouge les mâchoires.

On prend la main du patient et on le fait explorer son visage. On verbalise en énumérant toutes les parties du visage.

On travaille ensuite le souffle.

On utilise les rythmes respiratoires; on doit stimuler le niveau bas respiratoire du patient en calquant dans un premier temps sa propre respiration sur celle du thérapeute. Ainsi, on doit restituer le rythme normal et surtout rétablir l'expiration. On développe plus grande capacité respiratoire chez le patient qui pourra dès lors, tenir son expiration le temps d'une sonorisation.

Quand le thérapeute appuie sur le thorax, il force l'expiration. Lorsqu'il cesse la pression, l'inspiration se fait d'elle-même. Du fait que l'expiration exige davantage d'énergie, elle nécessite une participation plus importante du sujet. On utilise ainsi des rythmes différents, lents et rapides.

Après les exercices répétés régulièrement, l'orthophoniste a pour objectif de faire vibrer les cordes vocales. Il gémit, espérant ainsi obtenir la même chose par un mécanisme d'écholalie. Il bouche avec une compresse la canule et le nez du patient. Pour prendre sa respiration, le sujet ouvre sa bouche, émet un gémissement ou des sons gutturaux, tousse dans l'expiration. Ce sont des éléments positifs, signe d'une évolution favorable.

On mobilise les lèvres du patient pour favoriser une articulation avec les sonorisations produites de façon non articulées.

Ces manipulations sont faites dans un contexte verbal incitatif. Elles nécessitent l'aide d'une personne pour que l'on puisse mobiliser en même temps, thorax, lèvres, boucher le nez, boucher la canule. C'est souvent le kinésithérapeute qui coopère à ces exercices. Il remplace souvent les pressions thoraciques par des pressions abdominales.

On stimule le patient de façon à lui donner envie de parler. On l'encourage par des « allez-y, à moi ». On favorise l'expression de son angoisse en utilisant des phrases dans lesquelles sont verbalisés des sentiments attribués au patient: « j'en ai marre, j'ai mal à moi ».

La rééducation mise sur la répétition inlassable d'un mot par le thérapeute pour arriver à l'obtenir du malade, d'abord à voix chuchotée puis à voix haute. Une question précise est posée au patient, toujours la même pendant trois quarts d'heure. Elle est

accompagnée de pressions thoraciques et de mobilisation des lèvres pour obtenir une réponse.

La phase de démutisme a deux objectifs. Un objectif mécanique avec la mise en jeu des cordes vocales, un objectif psychologique, en motivant tout d'abord le patient. On le convainc qu'il va parler.

L'aspect contraignant, voire agressif, peut surprendre les observateurs ; mais, le plus souvent, bien accepté par le patient.

Les premiers exercices sont agressifs et fatiguants pour le patient, et exigent beaucoup d'énergie. La démutisation est très éprouvante pour le patient et pour le thérapeute. On doit arriver à transmettre une énergie au patient et notre espoir de le voir sortir de cet enfermement.

Quant la démutisation est bien amorcée, et que la vigilance du sujet semble meilleure, il est nécessaire de donner un autre moyen d'expression temporaire, par exemple un code oculo-moteur. On essaie l'apprentissage de ce code stimulera toutes les autres fonctions cognitives.

Ainsi, on décide d'exploiter les capacités résiduelles du patient à fermer et ouvrir les yeux pour dire «oui-non», ou à défaut obtenir ce «oui-non» par les vocalisations sonorisées voire articulées.

On peut également utiliser ce code avec des pressions données par les doigts sur un clavier musical miniaturisé, ou avec des mouvements de flexion et d'extension des membres inférieurs.

Le choix de communication dépend du patient.

Conclusions

Les stimulations décrites favorisent-elles un retour plus rapide à la conscience et à la communication ?

Il est difficile sinon impossible de montrer scientifiquement l'efficacité de notre intervention. Cependant les résultats obtenus et la façon dont ils sont obtenus avec des patients atteints de locked in syndrome (5), (6), depuis plus de six mois, nous permettent, tout en restant modeste, de ne plus douter de notre prise en charge.

Ces patients sont reconnus comme conscients.

Avec un apprentissage préalable d'un code oculo-moteur, ils arrivent à communiquer des idées plus ou moins complètes.

Par un acharnement et une motivation sans borne, nous devons sortir ces patients de leur inertie en leur transmettant notre vitalité et l'assurance du fondement de rééducation.

«Il va reparler», telle est l'essence-même de la dynamique de cette prise en charge.

Les stimulations basées sur les rythmes respiratoires permettent une fois sur quatre de faire revibrer les cordes vocales, mais aussi de redonner un langage normal.

Nous pouvons remettre en question l'opportunité de notre intervention.

L'objet de cette exposé était d'insister sur l'originalité de notre

démarche:

- en reconnaissant au patient des possibilités d'écoute et de vie psychique;
- en verbalisant toute notre action;
- en transmettant notre pouvoir de conviction;
- en agissant sur les rythmes respiratoires;
- en mettant en jeu les cordes vocales.

Bibliographie

- 1 - PLUM, F; POSNER, J.B.
«Diagnostic de la stupeur et des comas. Critique de la sémiologie des désordres de la conscience»,
Edition Paris (2ème édition), p 424; 1982.
- 2 - OPPEHEIM-GLUCKMAN, H. ; VAN EECKHOUT, P. ;
DAGREOU-DORLINF-CARTER, F. ; SIGNORET, J.L..
«Vie psychique et réveil de coma en réanimation
neurochirurgicale»,
Agressologie, 31-9, p 611-616; 1990.
- 3 - OPPEHEIM-GLUCKMAN, H. ; VAN EECKHOUT.
«Réveils des comas et approches relationnelles. Quand et
comment intervenir?»,
Entretiens de Bichat, 1992.
- 4 - LA PUMA, J. ; SCHIEDERMAYER, D.L. ; GUYLAS,
A.E. ; SIEGLER, M.
«Talking to comatose patients»,
Archives of Neurology, Vol.45, N°1, p 20-22; 1988.

5 - GZENGEL, J.

«Considérations actuelles sur la mort et la réanimation»,
Revue de Médecine Psychosomatique.

6 - CUSKR, Mc.; RUDICK, HONCH, R.

«Recovery from the locked in syndrome»,
Trans AM; Neurology Association, 105, p 17-21; 1980.

REEDUCATION DE L'ECRIURE
DANS LA MALADIE DE PARKINSON