

Colloque Association *Handicap Invisible*
Vierzon 5 février 2010

L'examen clinique
A propos de la mémoire après un traumatisme crânien

M. de JOUVENCEL

« *Chacun de nous est un être d'inscription et de mémoire.* »

D.Lagache

Avant-Propos

Dans son ouvrage *The Art of memory*, Frances A. Yates (1) nous fait découvrir combien *les souvenirs, les habitudes, les références* qui composent notre mémoire vont aussi participer à l'édifice de notre personnalité.

L'évaluation des troubles de mémoire est un exercice difficile.

Selon Jean-Michel Mazeaux (2) <<*la mémoire plonge ses racines dans le vécu psychologique et affectif de l'individu et dans les sources de la civilisation à laquelle il appartient. Son éducation et sa culture la modèlent, et l'expérience quotidienne y dépose ses strates.*>>

C'est pourquoi l'examen des troubles de mémoire engage le thérapeute dans une rencontre avec le patient. Il l'oblige à se présenter et à communiquer le déroulement de l'examen clinique afin de connaître ce patient avant ses troubles.

Introduction

L'examen des troubles de mémoire après un traumatisme crânien commence par un entretien clinique avec le blessé.

Le proche et les professionnels qui l'accompagnent fourniront des informations sur la perception des troubles, les antécédents et les traitements.

Ces entretiens seront complétés par un examen physique et la passation de tests neuropsychologiques.

La période où s'inscrit cet examen est importante :

En phase d'amnésie post-traumatique avec un patient désorienté ;

En soins de suite et de réadaptation (SSR) avec des difficultés pour reconnaître ses troubles afin de les traiter ;

Psychologue-Neuropsychologue

FAM la Maison des Orchidées

78550 MAULE

Expert judiciaire près la Cour d'Appel de Versailles

Après le retour à domicile ou l'accueil dans une structure médico-sociale qui le confronte aux situations de handicap.

Les oublis, les difficultés d'apprentissage, la perte de confiance en soi et la dépendance aux autres sont des situations qui génèrent des difficultés relationnelles pour le soin et l'insertion sociale.

L'entretien clinique

La clinique est un champ de l'observation.

L'utilisation des tests est celui de la mesure.

Ces deux champs concourent à l'identification des troubles de mémoire.

En neuropsychologie, c'est le patient qui rend compte de son histoire et de ses troubles.

Il révèle parfois à son insu et ne renseigne pas directement l'état et la performance de sa mémoire. La prise de conscience de ses troubles ou parfois la plainte de mémoire fait l'objet d'une attention particulière du thérapeute.

C'est une situation étrange et désagréable pour un patient de se voir affirmer une date qui n'a pas de sens dans son vécu.

Une relation de confiance

Elle doit s'établir avec un intérêt réciproque pour participer à l'évaluation, à l'identification des troubles et à la compréhension de situations difficiles à vivre.

C'est le thérapeute qui donne le cadre spatio temporel pour cette évaluation clinique avec des horaires fixes.

C'est le patient qui donne un contenu avec des sujets qu'il affectionne et qui lui sont familiers. L'entretien clinique permet de connaître le patient en recueillant des éléments de son anamnèse.

Comment questionner un patient qui a oublié des passages de sa vie et se repère difficilement dans *l'ici et maintenant*?

Se souvenir des belles choses

C'est demander au patient ce qu'il a aimé et ce qu'il aime faire en le libérant des contraintes du temps et de l'espace.

Il peut exprimer son vécu en le rattachant à une mémoire procédurale (3) ou sémantique (4).

Le psychologue anglais William James dans *Principles of Psychology* en 1890 décrit: « *Un souvenir est plus qu'un fait qui a sa date dans le passé ; c'est un fait qui a sa date dans MON PASSE. [...] Il faut qu'il m'apparaisse enveloppé de cette « chaleur » et de cette « intimité » [...] qui sont les critères grâce auxquels la conscience reconnaît et s'approprie comme sienne n'importe quelle expérience.* » (5)

Des observations cliniques

La période de désorientation du patient traumatisé crânien provoque des déambulations, des fugues, des fausses reconnaissances et des faux souvenirs.

L'accompagnant doit gérer à la fois des comportements du blessé dans l'apragmatisme et l'agitation.

Un patient qui présente des troubles de mémoire ne va pas seul à ses rendez-vous et n'est pas motivé. Il ne participe pas d'emblée à ce qu'on lui propose. C'est une conséquence situationnelle de ses troubles fonctionnels de la mémoire.

Pourtant les familles ou les professionnels nous rendent compte des progrès de leurs proches ou de leurs patients :

Les prises en charge du *soin* et du *prendre soin*, lorsqu'elles s'effectuent autour du patient et non autour des moyens dont nous disposons pour l'accompagner, favorisent ses progrès souvent spectaculaires.

C'est le cas de ce jeune traumatisé crânien qui arrive seul une heure et demie avant le début d'une séance de groupe thérapeutique ou de ce patient qui vient pour un entretien psychologique hebdomadaire le mauvais jour mais à la bonne heure en demandant : « *elle n'est pas là la dame ?* »

Ces deux patients présentent des oublis à mesure qui les rendent très dépendants de l'environnement.

Ils sont motivés et participants en dépit de leurs troubles de mémoire. Cela témoigne de l'engagement qu'ils partagent avec leur thérapeute.

Un état thymique à décrire

La dépression oriente le traitement cognitif des informations. La prise d'informations privilégie les aspects négatifs et le rappel des souvenirs celui des contenus tristes.(6)

Les performances de l'apprentissage sont diminuées à l'encodage. Ces processus sont peu élaborés.

L'anxiété a plus d'influence sur l'attention que réellement sur la mémoire.

C'est en fait des phénomènes de distractibilité produits par des pensées, des préoccupations parasites qui vont indirectement perturber les performances de mémoire.

Une anosognosie à évaluer

Elle nous rend compte du défaut de prise de conscience des troubles de la mémoire et des comportements à caractère sociaux du blessé.

C'est une entrave pour sa participation et sa réadaptation.

P. LANGEVIN écrit « *Plus graduellement, certains traumatisés crâniens amnésiques (mais n'oubliant pas au point où ils oublieraient qu'ils oublient) disent que leur mémoire est normale, ou qu'ils oublient parfois mais que ceci ne les gêne pas dans leurs activités de vie quotidienne.* » (7)

Conclusion

Après un traumatisme crânien, la perte, le manque et les difficultés relationnelles sont au centre de la clinique du blessé.

Ses troubles de mémoire s'inscrivent dans la perte de ses repères, le manque de confiance, l'incompréhension et le désintérêt dans la relation à l'autre.

Un blessé avec des troubles de mémoire post traumatiques révèle un handicap invisible complexe : celui de vivre avec une mémoire qui a perdu certains de ses outils et qui n'a plus les compétences pour utiliser ceux qui lui restent.

C'est l'information et la compréhension qui réduisent la dimension invisible du handicap.

Après un traumatisme crânien, les troubles de mémoire identifiés et traités favorisent une réadaptation et concourent à une réinsertion réussie.

Dans la réparation juridique du dommage corporel, l'expert recherchera le déficit fonctionnel

de ces troubles afin d'en apprécier au plus juste le préjudice.

Références

- 1- Frances A. Yates *The Art of memory*. Pimlico 1966
- 2- J.-M. Mazaux, J.-M. Giroire, D. Darriet, M. Barat. *Rééduquer la mémoire ?* J. Read. Méd, 1987, 7, n° 5-6, 148-153, Masson
- 3- H. Beaunieux, B. Desgranges, F. Eustache, La mémoire procédurale : validité du concept et des méthodes d'évaluation, *Revue de neuropsychologie*, 1998, 271-300.
- 4- E. Tulving, "Episodic Memory: From Mind to Brain," *Annual Review of Psychology*, 2002.
- 5- A. Viard et al., Hippocampal activation for autobiographical memories over the entire lifetime in healthy aged subjects : an fmri study, in *Cerebral Cortex*, 2007, vol. 17, pp. 2453-6
- 6- E. Stip, M. Beauregard *La dépression est-elle une maladie de la cognition ?* 2003
- 7- Langevin, P., & Le Gall, D. (1999). L'anosognosie secondaire à une atteinte frontale in M. Van der Linden, X. Seron, D. Le Gall, & Andrés, P. (Eds.), Neuropsychologie des lobes frontaux. Marseille : Solal.