

# Les rééducateurs naviguent à vue

**Quelles que soient les précautions prises, l'annonce du pronostic de (non) récupération entraîne parfois des effets très négatifs sur le patient. A l'inverse, la non-annonce n'est pas non plus dépourvue de conséquences néfastes. Entre les deux, les médecins rééducateurs naviguent à vue, comme au centre l'Espoir, à Lille-Hellemmes, où les psychiatres sont souvent mis à contribution.**

« *DEPUIS DES ANNÉES, le débat occupe les spécialistes de la rééducation pour définir la bonne stratégie de l'annonce* », constate le Dr Gérard O'Miel, tout à la fois psychiatre et rééducateur lui-même au centre l'Espoir de Lille-Hellemmes (Nord). Mais la doctrine n'est toujours pas gravée dans le marbre. « *D'ailleurs, note le Dr Hervé Delahaye, rééducateur dans le même établissement, on s'est bien gardé de nous dispenser le moindre enseignement sur la question lors de la formation initiale.* »

Du coup, chacun procède au gré de son tempérament, au fil de son expérience. « *Moi-même, témoigne le praticien, j'ai longtemps fonctionné sur un mode optimiste envers et contre tout. Jusqu'au jour où j'ai intégré que cette poli-*

*tique de non-annonce du pire pouvait aussi être contre-productive : à force de s'entendre dire qu'ils vont récupérer, les patients se laissent vivre et, puisqu'ils sont assurés de leur récupération, ne voient pas la nécessité de s'impliquer dans des exercices astreignants.* »

**La règle du tout dire, tout annoncer.** Il faut donc parler au patient en proscrivant la désinformation. Les bobards sont bannis. Mais la règle du tout dire, tout annoncer, ne saurait pour autant être érigée en dogme. « *Il faut écouter avec attention la personne qui demande à connaître son pronostic, explique le rééducateur, et prendre garde que certains mots sont fallacieux. Le "Je veux savoir" peut signifier en réalité "Je veux être rassuré". A l'inverse, l'information même catastrophique peut dans certains cas être bénéfique : l'intéressé ne supportait plus la situation d'incertitude, le flou quant à son avenir le minait. Savoir peut alors être préférable. Il n'y a pas d'ailleurs que le seul bénéfice psychologique : l'annonce du handicap peut être indispensable pour l'apprentissage du fauteuil, et l'adaptation aux aménagements spéciaux.* »

**Le choix du moment.** C'est donc le choix du moment de l'annonce

qui se révèle crucial. « *Il faut y être tout particulièrement attentif, souligne le Dr O'Miel. Et éviter, dès qu'un patient se met à s'exprimer, de l'orienter séance tenante vers le psychiatre. S'il parle à un soignant, c'est ce soignant-là qui doit l'écouter et ne pas s'empresser de nous alerter. Il y a un problème de "passe" entre nous. Le moment de l'annonce ne doit jamais être traité sur le mode de l'urgence. Il ne faut pas se précipiter, mais se dire que, de toute manière, le patient sait : il s'évalue lui-même par rapport à ses voisins d'hospitalisation. Mais une chose est de faire son propre pronostic, une autre de se l'entendre annoncer. C'est pourquoi nous privilégions, lors de cette étape sensible, le recours à la dynamique de l'équipe.* »

Le psychiatre rééducateur de l'Espoir ne cache pas que les enjeux peuvent être dramatiques, que le risque, y compris le risque suicidaire, existe : « *Il ne faut jamais perdre de vue que le handicap ne saurait être le point zéro dans la vie d'une personne. D'où l'intérêt qu'il y a à s'enquérir des antécédents psychologiques, pour évaluer le retentissement de la situation présente et à venir.* »

« *L'équipe, confirme le Dr Delahaye, est primordiale. Dans tous les cas, elle facilite le travail de deuil, alors que, dans la solitude, le patient est bien plus vulnérable.*

*Cela nécessite de la part de tous les soignants qu'ils soient sur la même longueur d'onde. Le patient pourra tester en effet sur le kiné et l'aide-soignante le message qui vient de lui être passé, à l'affût des décalages possibles, pour traquer la vérité vraie sur son cas. Il faut donc multiplier les réunions de synthèse, les transmissions écrites sur les dossiers.* »

Cette culture de la précaution dans l'annonce est évidemment affaire de personnes. Exemples et contre-exemples sont légion, pour montrer qu'il n'y a jamais une conduite précise à suivre. « *Je me souviens, poursuit le Dr Delahaye, d'une dame atteinte d'un cancer de l'œsophage. Nous avons fini, à la demande de la famille, par lui dire la vérité en face et elle s'en est alors trouvée beaucoup plus sereine. A l'inverse, une patiente, médecin de 35 ans, paraplégique à la suite d'un mélanome, à laquelle nous avons tenu des propos optimistes jusqu'au bout est décédée rassérénée ; sa famille estimait qu'être rassurée lui faisait du bien.* »

**Pronostics incertains.** La méthode Coué, bonne stratégie pour l'annonce ? « *Il est indéniable qu'elle a ses mérites, estime le médecin rééducateur lillois, elle met à l'abri du risque de brutale démotivation dans la rééducation.*

*Elle peut en outre être justifiée aussi par l'absence fréquente de certitudes à 100 %. A part quelques cas où la section de la moelle épinière ne laisse aucun espoir, l'expérience nous montre en effet tous les jours qu'il faut rester modeste dans le pronostic : même si c'est rare, on voit des patients quitter l'Espoir en fauteuil roulant et revenir nous voir quelques mois plus tard en marchant. Avec les traumatismes crâniens, nous avons aussi des évolutions très surprenantes : récemment, c'était un hémiplégique de 23 ans qui, à force d'un extraordinaire entraînement, répétant inlassablement les mêmes gestes, réussissait à se recréer des circuits moteurs, avec, au final, la récupération d'une remarquable foulée au jogging. Il est même devenu champion régional !* »

Des médullaires récupèrent, d'autres pas. Les évolutions des paraplégiques sont souvent déconcertantes. Les chirurgiens le savent bien, qui se gardent généralement de tout pronostic après l'intervention. Pour leur part, mis au pied du mur de l'annonce, les médecins rééducateurs, dans ce contexte aussi mouvant psychologiquement que physiquement, veillent surtout à ne pas insulter l'avenir de leurs patients par une parole chirurgicale.

» CHRISTIAN DELAHAYE