

INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE

APSAH - LIMOGES



Travail Ecrit en vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat de Masseur-Kinésithérapeute

Juin 2011

**Comment aborder la résistance thérapeutique chez un
patient paraplégique.**

Démarche en Masso-kinésithérapie.

Jean-louis BARGAIN

Sous la direction de Madame Ouedraogo

Résumé

Le patient médullolésé voit sa vie bouleversée en un instant par la fulgurance du traumatisme. Les répercussions sur sa vie sont énormes. Il va devoir faire le deuil de sa vie antérieure . Il va alors emprunter un chemin pour peut être arriver à un état de résilience. Ce chemin est constitué d'étapes . Les capacités d'accompagnement des soignants vont se révéler très importantes pour aider au mieux le patient dans sa réhabilitation au cours de ces premiers mois très difficiles après le traumatisme.. Surtout si le patient présente une résistance aux soins.

Mots clefs : traumatisme médullaire

paraplégie

Le deuil et ses étapes

Le parcours psychologique du patient

La résistance thérapeutique

La résilience

L'acceptation

L'accompagnement dans la réhabilitation

Abstract

The patient affected by spinal cord injury sees her life shocked in an instant by the swiftness of the trauma. The impact on his life are enormous. It will have to make the mourning of his previous life. It will then take a path for can be achieve resilience. This road consists of steps. Capacity to support caregivers will prove to be very important to best help the patient in his rehabilitation in these very difficult months after trauma. Particularly if the patient is in therapeutic resistance

Sommaire

1 Introduction	p 1
2 la problématique	p 3
3 le parcours psychologique du blessé médullaire.	p 4
3.1 L'annonce du handicap	p 5.
3.2 les défenses psychologiques du patient envers l'annonce	p 7
3.2.1 L'évitement	p 7
3.2.2 La fuite dans la rééducation	p 7
3.2.3 Le déni	p 8
3.3 Le travail de la maladie	p 8
3.3.1 La représentation de la maladie	p 8
3.3.2 L'élaboration des pertes	p 9
3.3.2.1 L'intégrité physique	p 9
3.3.2.2 L'image de soi	p 9
3.3.2.3 L'estime de soi	p 9
3.4 Les étapes du deuil	p10
3.4.1 Les étapes du deuil	p10
3.5 La durée du deuil	p11
3.6 Les facteurs influençant la résilience	p12
3.7 Relation entre l'acceptation et les besoins fondamentaux d'Abraham Maslow	p12

4 Cas clinique	p13
4.1 Présentation du patient	p13
4.2 Histoire de la maladie.	p14
4.3 La prise en charge masso-kinésithérapique	p15
4.3.1 Bilan Masso –kinésithérapique : (du 8 janvier 2011)	p15
4.3.2 Une nouvelle planification des séances.	p20
4.3.2.1 Séance du matin :	p21
4.3.2.2 Séance de l'après-midi	p22
4.3.3 Bilan masso kinésithérapique de sortie : (du 7 février 2011)	p24
5 Discussion	p27
5.1 Pourquoi faire une rééducation précoce ?	p27
5.2 Comment faire ? comment résoudre les problèmes ?	p27
5.3 Comment faire faire au patient ?	p30
6 Conclusion	p32
Bibliographie	

1 Introduction

Quel type de prise en charge Masso-Kinésithérapique peut-on mettre en place face à un patient paraplégique en plein processus de deuil post traumatique?

Les profonds bouleversements psychologiques et physiologiques qu'impliquent ce type de traumatisme ne vont t'ils pas sérieusement perturber la personnalité du patient ? Ne risque t'on on pas de voir apparaître une résistance thérapeutique de la part de celui-ci ?

Le problème qui se pose alors pour le masseur-kinésithérapeute, est l'adaptation de la prise en charge pendant cette phase critique. Mais comment l'adapter quand le patient se révèle avoir également une personnalité complexe, d'origine antérieure au traumatisme ou devenue difficile à la suite de celui-ci ?

La difficulté de la tâche ne se révèle t'elle pas alors dans la stratégie à déterminer pour amener le patient à adhérer à sa rééducation et à lui permettre d'entrevoir d'autres perspectives d'avenir ?

Je me suis retrouvé confronté au cas d'un patient présentant une résistance thérapeutique lors d'un stage clinique effectué dans le service de Médecine Physique et de Réadaptation de L'hôpital Jean Rebeyrol au mois de janvier 2011.

Une recherche sur les différentes publications portant sur le thème de la psychologie des blessés médullaires s'est révélée judicieuse afin d'éclairer le mieux possible l'étude du cas clinique de ce patient. Par ailleurs, il nous semblait incontournable de ne point exclure une réflexion sur la relation d'aide de la part du soignant.

Citons le texte du philosophe Danois : S. KIERKEGAARD (1813 – 1855)

« Si je veux réussir
à accompagner un être vers un but précis,
je dois le chercher là où il est
et commencer là, justement là.

Celui qui ne sait faire cela, se trompe lui-même
quand il pense pouvoir aider les autres.

Pour aider un être,
je dois certainement comprendre plus que lui,
mais d'abord comprendre ce qu'il comprend.

Si je n'y parviens pas,
il ne sert à rien
que je sois plus capable et plus savant que lui.

Si je désire avant tout montrer
ce que je sais,
c'est que je suis orgueilleux,
et cherche à être admiré de l'autre
plutôt que l'aider.

Tout soutien commence avec humilité
devant celui que je veux accompagner ;
et c'est pourquoi je dois comprendre
qu'aider
n'est pas vouloir maîtriser
mais vouloir servir.

Si je n'y arrive pas,
je ne puis aider l'autre. »

2 La problématique :

Monsieur B, 41 ans, est paraplégique suite à un traumatisme consécutif à une chute. Il est hospitalisé dans le service de MPR depuis le 18 août 2010.

Au 6 janvier 2011, (début de mon stage), il descend une fois par jour en séance de rééducation sur le plateau technique de kinésithérapie. Ce patient est désormais à J + 138 (4 mois et demi). La durée de sa présence est d'environ 1 h 30. Il descend lui-même de l'étage où il est hospitalisé, en fauteuil roulant. Sa présence sur le plateau est relativement discrète, passant presque inaperçue.

Lors de la séance proprement dite, il semble ne manifester aucun intérêt pour ce qui l'entoure, ne parle pratiquement pas, n'engage pas de conversation excepté si nous abordons le sujet du cyclisme. Monsieur B. est un ancien cycliste de haut niveau et cette discipline prend toujours une place très importante dans sa vie, c'est sa passion.

Malgré sa présence dans le service depuis le 18 août 2010, les progrès accomplis par Monsieur B. sur le plan de la réadaptation fonctionnelle, sont très faibles, presque inexistantes. Il est capable seulement de se déplacer en fauteuil roulant dans les couloirs et de se transférer du fauteuil sur la table de Bobath avec la planche de transfert. Il ne manifeste aucune combativité ni investissement dans sa rééducation. Son comportement n'est absolument pas agressif ni exubérant, bien au contraire, il est très effacé, gentil mais les canaux de communication sont très limités. Il ne se livre pas. Le cas de Monsieur B. provoque de grandes interrogations au sein de l'équipe médicale. Aucune action ne semble avoir de prise sur lui. Il refuse de dialoguer avec le médecin. Il rejette toute aide psychologique. Certains intervenants de l'équipe médicale décrivent la situation comme « se heurter à un mur ». C'est cette situation perturbante, et d'échec également qui va nous amener à approfondir la démarche d'accompagnement de Mr B. Les moyens utilisés avec les autres patients se révélant inapproprié, inefficaces.

Se pose alors la question « pourquoi cet échec ? ». Comment déterminer les éléments en action qui bloqueraient une évolution positive dans la rééducation de ce patient. Quelle sont les actions de la part des soignants qui ne sont peut être pas

mises en place et quels sont les éléments qui nous échappent ? Si nous ne les repérons pas, est ce parce qu'ils n'existent pas ou bien est ce parce que nous ne sommes pas capables de les repérer ?

La problématique se révèle être :

Quels moyens pouvons nous utiliser et comment, afin d'essayer d'infléchir de manière favorable la participation et l'implication de ce patient dans sa rééducation ? Pour déterminer ces moyens et méthodes pédagogiques, n'est t'il pas indispensable de connaître, et savoir repérer les différentes étapes du parcours psychologique que traverse le blessé médullaire ?

Quelles peuvent être les qualités et les compétences nécessaires à une relation d'aide pertinente de la part des soignants ?

Nous allons développer dans une première partie, les connaissances actuelles sur l'aspect psychologique des patients médullo-lésés.

Dans une deuxième partie, nous présenterons le cas de ce patient, sa prise en charge et son évolution.

Dans la partie discussion, nous aborderons les stratégies pédagogiques mises en place pour ce patient, les points positifs et négatifs, ainsi qu'une réflexion sur le rôle du soignant.

3 Le parcours psychologique du blessé médullaire

De l'accident jusqu'au retour à son domicile en passant par les unités de soins, le blessé médullaire va suivre un chemin (2) où de grands bouleversements psychologiques vont avoir lieu. Durant sa phase de rééducation en Médecine Physique et de Réadaptation, qui peut durer de longs mois, l'équipe soignante va être témoin de ces bouleversements. La relation soignant-patient étant sur le mode interactif, on ne peut mettre de côté les interactions psychologiques qui vont avoir lieu entre les différents protagonistes. La compréhension et l'identification des

différentes étapes du cheminement psychologique du traumatisé médullaire dans la phase post-traumatique peut s'avérer extrêmement importante afin d'essayer d'avoir un accompagnement rééducatif, du patient, le plus pertinent possible. La connaissance des modèles théoriques des bouleversements psychologiques et de son processus chez le blessé médullaire peut permettre à l'équipe soignante de pouvoir prendre du recul et comprendre des réactions parfois agressives et antagonistes, voire paradoxales du patient.

Etonnamment, il existe peu de documents de recherche sur la psychologie des blessés médullaires hormis des revues de littérature médicale sur la gestion optimale du moment de l'annonce du diagnostic définitif au patient. Le concept de l'acceptation du handicap chez le blessé médullaire est rarement traité dans la littérature. De ce fait, par exemple, le concept du deuil que doit faire le patient médullolésé de ses capacités physiques pré-traumatisme utilise par analogie le concept du deuil chez les patients en fin de vie, développé par le Docteur Elizabeth KUBLER-ROSS.

Nous allons détailler les différentes étapes de ce parcours psychologique que va emprunter le patient durant les mois, voire les années, après le traumatisme.

3.1 L'annonce du handicap.(1)

Souvent, les accidentés prennent conscience de leur paralysie sur le lieu de l'accident. Les premières conséquences visibles et l'hospitalisation en urgence se révèlent être un choc psychologique et traumatique extrêmement important et surtout revêt un caractère imprévu. L'annonce du diagnostic peut revêtir différentes formes d'où de multiples études de recherche sur la manière la plus pertinente d'effectuer cette annonce. L'annonce est la transmission d'une vérité médicale objective (lésion de la moelle épinière). Elle met en relation trois versants :

- Le contenu de l'annonce (le diagnostic)
- Le médecin annonceur
- Le patient

L'annonce va révéler ou confirmer au patient, le caractère irréversible de la lésion, donc les modalités mises en place pour cette annonce vont déterminer grandement l'évolution psychologique ultérieure du patient.

Certaines études proposent de retarder l'annonce du diagnostic alors que d'autres préconisent d'attendre que la question vienne du patient ou de la famille, ou que le diagnostic soit énoncé de manière formelle en réunion de synthèse en présence du patient, de la famille et de l'équipe soignante.

Certains auteurs (2) citent deux sortes de réactions qui vont suivre l'annonce d'un handicap définitif. Ces deux réactions empruntent chacune un chemin différent :

La première réaction fait suite à l'idée de « la perte des membres », induite par la paralysie. Cette perte va engendrer un processus de deuil analogue aux malades à qui l'on vient d'annoncer le caractère incurable de leur pathologie. Ce processus de deuil a été décrit par le Docteur Elisabeth KUBLER-ROSS. Dans le cas des blessés médullaire, les patients devront faire le « deuil de leur membres » et également de leur vie antérieure au traumatisme

La deuxième réaction consécutive à la lésion médullaire définitive va être le changement d'identité. Le ressenti de son corps, l'image de soi, la façon dont on semble être regardé sont perturbés, bouleversés. Certains auteurs parlent de blessure narcissique profonde. La brutalité et la soudaineté avec laquelle l'individu passe du monde des valides à celui des handicapés provoque un cataclysme psychologique et une désorientation intense. Le patient va devoir alors se reconstruire une nouvelle identité, ce qui peut prendre énormément de temps.

D'autres auteurs soulignent l'existence de défenses psychologiques (1) suscitées par l'annonce du handicap. Développons celles-ci :

La révélation de la gravité des lésions va être suivie d'un état qu'on appelle « état de choc ». Celui-ci a pour effet entre autre, de déclencher un sentiment de détachement chez le patient par rapport à la gravité de la situation comme si il était plus témoin que réellement concerné par celle-ci. Il est vrai que le malade est complètement centré durant la phase post-traumatique précoce, par les souffrances physiques dues à la sévérité des lésions. Il est remarqué chez certains sujets que le fait d'être

transféré en centre de rééducation, permettrait à ceux-ci de différer la confrontation avec les réalités du diagnostic médical.

Des stratégies vont être mises en place par le patient pour se défendre contre le caractère extrêmement violent de l'annonce du diagnostic irréversible de la lésion médullaire.

3.2 Les défenses psychologiques du patient envers l'annonce (1)

3.2.1 L'évitement

Bien que certains patients formulent, à postériori, le reproche d'avoir été mal informés quant à la gravité de leur lésion. Une étude en situation révèle la contradiction chez certains patients entre le désir de connaître la vérité tout en se déroband devant les réponses confirmant les craintes ressenties.

3.2.2 La fuite dans la rééducation

Il s'agit d'un surinvestissement du patient dans sa rééducation. Ce qui pourrait être perçu, à tort, comme une grande motivation et une combativité importante de la part du patient face à sa blessure médullaire, peut révéler finalement une fuite dans la rééducation, stratégie supplémentaire d'évitement. Il s'agirait pour le patient d'éviter le message de l'annonce, par une fuite permise par l'investissement mental nécessaire à l'accomplissement de la tâche demandée lors de la séance de rééducation. Il est noté également que la douleur physique produite dans la séance rééducative permettrait de se soustraire à la souffrance morale engendrée par l'annonce du diagnostic définitif. Certains patients se raccrochent à l'espoir d'une récupération totale possible grâce à ce surinvestissement dans la rééducation. Plus grande sera la charge de travail, meilleure sera la récupération de leurs capacités antérieures au traumatisme. Cette fuite leur permet d'éviter de se confronter à la prise de conscience de leur handicap.

3.2.3 Le déni

Même si le patient a accepté d'écouter le diagnostic médical, des mécanismes de protection psychologique contre celui-ci peuvent pourtant être mis en place par le malade. Il s'agit de mécanismes inconscients de défense du « moi » ou de stratégie positive d'ajustement appelé « coping ». Il existe la stratégie de « coping » de type cognitive ; le patient se réassure par le déni en altérant « la signification suggestive de l'évènement », c'est le déni. La deuxième stratégie de « coping » est de type comportemental s'appuyant sur des données concrètes afin de diminuer la tension psychologique interne.

Il existe une autre forme de déni, c'est le désaveu. Le patient met en doute les compétences des médecins. Certains patients vont essayer de démontrer au médecin qu'il a tort sur le diagnostic, en se surinvestissant dans la rééducation pour « récupérer » les capacités antérieures aux traumatismes. D'autres pensent qu'ils sont des exceptions par rapport aux autres patients et qu'ils vont échapper à la réalité du diagnostic. Ces stratégies d'évitement qui peuvent sembler être un refus de la réalité, sont en fait des mécanismes psychologiques permettant de supporter l'énorme souffrance émotionnelle engendrée par la prise de conscience du caractère définitif des lésions. Finalement, le patient sait, intimement, qu'il ne remarquera plus mais il est incapable de se construire une représentation mentale de cette réalité. Cette représentation va se construire petit à petit au fil du temps.

3.3 Le travail de la maladie (1)

Pour évoluer, le patient devra accomplir un travail de remaniement psychique appelé par J-L PEDINELLI (1) « travail de la maladie ». Cela induit la représentation de la maladie et l'élaboration des pertes.

3.3.1 La représentation de la maladie

Il s'agit de l'élaboration mentale consciente de la réalité de son corps après le traumatisme médullaire. C'est une phase extrêmement difficile où le patient refuse d'intégrer à son image la réalité des séquelles physiques. Cela se traduit par un

décalage entre le message médical et la représentation que le patient a, des conséquences du traumatisme sur son corps.

3.3.2 L'élaboration des pertes

Le patient va établir une représentation des pertes physiques et fonctionnelles.

Les pertes se situent sur trois registres :

Perte de l'intégrité physique, atteinte de l'image de soi, atteinte de l'estime de soi.

3.3.2.1 L'intégrité physique

La privation de se sentir maître de son corps, par la perte de la motricité s'avère extrêmement douloureuse pour l'image narcissique du patient. Le fait d'être obligé de recourir aux auto-sondages, ne plus pouvoir éliminer naturellement renforce le sentiment d'être anormal. On ne peut oublier les répercussions des auto-sondages, chez les hommes, qui ravivent la perte de l'intégrité phallique, ceux-ci se sentent alors comme amputés. Le sujet doit maintenant composer avec une partie de son corps qui lui apparaît comme morte, étrangère puisque insensible.

3.3.2.2 L'image de soi

Le patient souffre également de son image, celle-ci est atteinte par la façon dont elle est perçue par les autres. « Le handicap donne une identité sociale particulière et le sujet handicapé doit faire face à l'épreuve d'être confronté à son image telle qu'elle est vue par les autres »

3.3.3.3 L'estime de soi

L'image narcissique du patient est profondément perturbée. Son idéal du « moi » se retrouve atteint engendrant une dévalorisation de soi.

« La blessure narcissique du sujet handicapé ne saurait être réduite à une réaction d'infériorité à l'égard du regard de l'autre. C'est aussi et surtout à ses propres yeux que le sujet devient en baisse d'estime »

3.4 Les étapes du deuil (3)

Le modèle le plus fréquemment utilisé par analogie pour les blessés médullaire est celui développé par le Dr Elisabeth Kubler-Ross. Ce médecin d'origine suisse immigré aux Etats Unis a identifié et modélisé les différentes étapes du deuil que traversent les patients qui apprennent le caractère incurable de leur maladie.

Le Dr Kubler-Ross fait la relation entre le deuil face à la mort et le deuil chez les handicapés physiques :

« Tous nos patients atteints de sclérose en plaques, de paraplégie ou de cécité sont passés par ces phases. Accepter un fonctionnement limité est parfois plus difficile et demande davantage de temps qu'affronter la mort qui, au moins met un terme à la souffrance ». (3)

Ce n'est qu'un modèle, et selon le Dr Kubler-Ross, l'enchaînement de ces étapes n'est pas figé, l'ordre n'est pas toujours respecté, il existe de grandes disparités individuelles. Des patients ne vivront jamais certaines étapes, d'autres vont revenir sur des étapes pourtant déjà traversées auparavant.

3.4.1 Les étapes du deuil selon le Docteur Elisabeth KUBLER-ROSS (2) (3)

1. Le choc

Durant cette phase, le patient est comme « groggy », désorienté, et dépassé par les évènements. Ses moyens et ses capacités de raisonnement sont annihilés, accompagnés souvent par des idées de mort.

2 Le déni

Le malade ne rejette pas le diagnostic mais souvent le pronostic à caractère définitif de la lésion. Le patient va remettre en cause les compétences des médecins, que celui-ci se trompe, convaincu qu'il pourra récupérer ses capacités antérieures.

3 La révolte

La réalité de l'irréversibilité de l'atteinte médullaire commence à être intégrée. Cela a pour conséquence d'engendrer un sentiment d'injustice et des réactions de colère et de révolte se traduisant sous forme d'agressivité envers son entourage. Cette agressivité se retournera donc souvent contre les différents protagonistes de l'équipe soignante qui, à travers leur prise en charge quotidienne, vont accentuer cette prise de conscience des incapacités physiques.

4 Le marchandage

Le patient croit, durant cette étape, qu'en promettant quelque chose de difficile, il pourra retrouver ses capacités physiques antérieures.

5. La tristesse

Elle peut se traduire par une dépression, voire des idées suicidaires. Elle se manifeste par de la tristesse, du désintérêt, des troubles alimentaires etc....

6. La pseudo-acceptation

D'après certains auteurs, la paralysie n'est jamais acceptée alors que d'autres pensent que cela peut exister dans certain cas. Les patients peuvent accepter d'élaborer un nouveau projet de vie et à nouveau avoir des désirs. Des auteurs assimilent cette phase à une renaissance. A ce moment là le deuil peut être considéré comme terminé.

3.5 La durée du deuil (3)

La durée est extrêmement variable selon les individus. Le soutien de l'entourage va se révéler très important, notamment le conjoint, dans la faculté du patient à faire son deuil. Le Dr Kübler Ross dit que « l'aide généreuse est indispensable pour parvenir à la phase d'acceptation ». Elle dit également « Nous avons constaté que ce sont les patients qui ont été encouragés à exprimer leur rage, à crier dans la phase du chagrin préparatoire et à avouer leurs craintes et leurs fantasmes devant quelqu'un qui les écoute tranquillement, qui évoluent le mieux » .

Des auteurs avancent une durée du deuil d'environ 3 ans en moyenne, pouvant se prolonger jusqu'à 5 années.

3.6 Les facteurs influençant la résilience (1) (2)

La résilience pour un blessé médullaire serait la capacité de pouvoir vivre une vie épanouie malgré son handicap.

Plusieurs facteurs interviennent sur cette capacité :

1 La personnalité du patient

Capacité de communication, de détermination, de combativité, d'autonomie avant l'accident, de santé mentale etc....

2 La présence de l'entourage proche

3. Le contexte socio-économique

3.7 Relation entre l'acceptation et les besoins fondamentaux d'Abraham Maslow. (3)

La résilience ou une meilleure acceptation du handicap seraient facilitées par le degrés de satisfaction des besoins fondamentaux. (p, drollet 118)

Selon Abraham Mallow, l'Homme pour être heureux, doit pouvoir satisfaire un certain nombre de besoins incontournables. Ceux-ci seraient organisés en niveaux. Il faudrait satisfaire d'abord les besoins de base avant de pouvoir passer à la satisfaction des besoins supérieurs. Mais cela n'est pas toujours le cas, l'ordre de priorité dans la gratification des besoins peut être variable selon les individus.

Les besoins fondamentaux d'Abraham Mallow :

- Les besoins de base
 - Les besoins physiologiques
 - Les besoins de sécurité
 - Les besoins d'appartenance et d'amour
 - Les besoins d'estime
 - Les besoins de réalisation

- Les besoins supérieurs
 - o Le désir de savoir et de comprendre
 - o Les besoins esthétiques

4 CAS CLINIQUE

Présentation du cas clinique d'un patient paraplégique.

Cette partie retrace de la période de prise en charge à J+138, (du 6 janvier 2011 au 7 février 2011)

4.1 Présentation du patient

Monsieur B., 41 ans, est hospitalisé dans le service de médecine physique et de réadaptation de l'hôpital Jean Rebeyrol de Limoges depuis le 18 août 2010, pour une prise en charge rééducative.

Ce patient est un ancien coureur cycliste de très bon niveau, cette discipline, pour lui, reste une passion qui tient une place très importante dans sa vie. Il est célibataire, sans enfant et vit chez ses parents dans une maison à un étage ; sa chambre étant au premier étage. Il est agent de sécurité, de profession.

Son comportement s'avère assez troublant. A tel point que le médecin référent a même soupçonné au début de l'hospitalisation l'éventualité de la présence d'une pathologie psychiatrique type schizophrénie. En fait, d'après les informations apportées par les parents de Monsieur B., à l'équipe médicale, celui-ci aurait eu un comportement quelque peu singulier depuis sa jeune enfance. A l'école, il parlait peu et s'isolait beaucoup, éveillant tout au long de sa scolarité, la perplexité de ses enseignants. Le contexte social actuel semble également assez particulier ; ce patient, âgé de 41 ans, vit chez ses parents, sa chambre est mitoyenne avec celle de ces derniers, uniquement séparée par un rideau. Monsieur B. avait un emploi stable avant son accident, une éventuelle situation socio-économique difficile n'était pas, semble t'il, la raison pour laquelle il demeurait chez ses parents.

Loin de nous l'idée de porter un quelconque jugement de valeur sur son mode de vie ; il nous paraît tout-de-même relativement important de prendre en compte ces derniers éléments afin de tenter de comprendre le mieux possible son comportement et d'identifier ses réactions très singulières et surprenantes lors des séances.

4.2 Histoire de la maladie.

Le 7 août 2010, Monsieur B. en se relevant après avoir assisté au passage d'une course cycliste, a fait une chute en arrière de 3 mètres depuis le haut du mur sur lequel il était assis ; les raisons de sa chute sont indéterminées. Monsieur B. ne se l'explique pas. Les secours du SAMU arrivés sur place, ont constaté tout de suite un déficit moteur et sensitif de niveau T4 et présence d'un priapisme. Transféré aux urgences du CHU de Limoges, un TDM du rachis dorsal a révélé :

- une fracture et luxation antérieures de T5,
- Une fracture des apophyses transverse de T4 et T5,
- Une fracture du corps vertébral de T6.

Le score ASIA A au 18 Août 2010 était :

- Score au toucher = 42/112
- Score à la pique = 42/112
- Délimitation sur le Schémas Score ASIA : limite T5 (hachuré)

Le jour même, il a bénéficié d'une ostéosynthèse rachidienne postérieure par vis et laminectomie de T5 et T6. Le 18 août 2010, ce patient a été transféré au MPR pour la prise en charge rééducative.

Bilan médical à l'entrée dans le service MPR (18 Août 2011) 10 jours après le traumatisme.

Monsieur B. est conscient et orienté. Il souffre de dorsalgie évaluée à 5/10 à l'EVA. Il présente une paraplégie complète niveau T3, avec des réflexes vifs aux membres inférieurs, sans spasticité et des réflexes cutanéoplantaires en flexions bilatérales. Il est noté également une incontinence anale et urinaire. L'examen sensitif effectué

retrouve un niveau sensitif T3. Le bilan fonctionnel évalué par l'indice de Barthel donne un score de 20 sur 100.

4.3 La prise en charge masso-kinésithérapique. (6 mois après le traumatisme)

(Cette partie traite de sa prise en charge durant la période du 5 janvier au 7 février 2011.)

- 4.3.1 Bilan Masso –kinésithérapique : (du 8 janvier 2011)

Mr B vient tout seul en fauteuil roulant, sur le plateau technique.

Il a une attitude spontanée de positionnement dans son fauteuil, les mains glissées entre ses membres inférieurs sous la sangle de maintien qui entoure ses cuisses. Il a les épaules enroulées vers l'avant avec les membres supérieurs en rotation interne ; il adopte une attitude cyphosée ou dite « voutée ». A cette attitude morphologique se rajoute un certain mutisme. Il ne manifeste pas son arrivée sur le plateau.

Bilan algique :

Paresthésies au niveau des orteils, se diffusant parfois sur l'ensemble des membres inférieurs.

Sensations gênantes en fin de journée : a l'impression de sentir le matériel de montage de l'arthrodèse rachidienne.

Douleur à l'épaule gauche limitant le mouvement combiné d'abduction, rétropulsion et rotation latérale de la scapulo humérale.

Douleur localisée sur les rotateurs latéraux : petit rond et sous épineux sur l'articulation scapulo humérale gauche.

Bilan cutané :

Rien à signaler

Bilan neuro-sensitif :

La sensibilité superficielle est altérée :

face ventrale du thorax : appendice xiphoïde, puis le long des 11èmes côtes

faces latérales du thorax : sur le trajet des 11èmes côtes

Face dorsale du thorax : le long des 9èmes côtes et au niveau de T9

La sensibilité est absente sur tout le territoire en dessous de ses repères anatomiques.

La sensibilité est normale (et sur le territoire au dessus) :

Face ventrale : au dessus de l'appendice xiphoïde

Faces latérales du thorax : sur le trajet des 10èmes côtes

Face dorsale : sur le trajet des 8èmes côtes et au niveau de T8

La sensibilité profonde

Bilan neuro-moteur

En territoire sous lésionnel : spasticité apparaissant à V1 (échelle d'Ashworth) sur les courses externes des muscles : quadriceps, ischio-jambiers, et triceps sural.

Présence de spasmes ou contractures sous forme d'extension (des genoux) en territoire sous lésionnel apparaissant de manière spontanée. Contractures cotées à 3 sur l'échelle de spasme de Penn. Elles cèdent difficilement à la mobilisation.

Ces contractures apparaissent également lors des changements de position lors des transferts. Elles sont non douloureuses mais perturbent certaines activités fonctionnelles. Les quadriceps verrouillent les genoux en extension complète lorsque le patient est en décubitus dorsal. Ces contractures par leur difficulté à céder, gênent considérablement le patient lorsqu'il veut fléchir un genou à l'aide de ses membres supérieurs, pour exécuter un retournement.

Présence par moment, de trépidations épileptoïdes au niveau des triceps suraux pouvant se maintenir une vingtaine de secondes environ.

Porte une ceinture abdominale.

En territoire sus lésionnel :

Les muscles encore fonctionnels sont :

- Muscles moteurs au niveau des membres supérieurs : des articulations scapulo-humérales, coudes, radio-carpiennes, et mains
 - Au niveau du tronc : trapèzes, rhomboïdes, scalènes, sterno-cléido-mastoïdiens.
- Tous ces muscles ont une force normale.

Bilan orthopédique :

Pas de déformations.

Amplitudes articulaires physiologiques en territoire sous lésionnel.

Diminution de l'amplitude articulaire de la scapulo humérale gauche du fait de l'apparition de douleurs sur les rotateurs externes. Cette gêne douloureuse perturbera par la suite le travail d'amorti de chute en arrière et redressement avec fauteuil roulant. Cette chute étant amortie par un membre supérieur par appui au sol de la main suivi d'une répulsion, l'autre membre supérieur étant placé sur la roue afin d'y appliquer une impulsion pour redresser le fauteuil. Ces 2 actions se déroulant en concomitance. Malgré l'inversion dans le rôle des membres supérieurs, la douleur sera toujours présente selon Mr B.

Bilan vésico-sphinctérien :

Ce patient est autonome dans ses sondages pour la vidange vésicale. Mais ceux-ci sont difficiles et longs.

Rythme des sondages : 6 par jour.

Pour la vidange rectale : l'exonération est provoquée à l'aide du toucher rectal par une tierce personne.

Bilan fonctionnel :

S'habille seul et sait utiliser le miroir pour la surveillance cutanée fessière.

Pour l'évaluation de l'équilibre assis en bord de table ou pieds sur la table , le patient est au niveau du stade 3 selon le Test de Fontaine Bleau Coubert .

Assure les transferts : passage fauteuil – table à même hauteur, et vice versa, avec la planche de transfert.

Utilise le fauteuil roulant pour se déplacer, et venir sur le plateau technique. Le patient ne sait pas se positionner sur 2 roues et maintenir cette position.

Il n'arrive pas à passer un trottoir. Il maîtrise uniquement le déplacement sur terrain plat sans obstacles au sol (couloirs des services), sur les 4 roues.

Projets du patient :

Ce patient ne formule à ce jour aucun projet.

Il refuse d'aller à la séance handisport proposée le mercredi soir, au MPR. L'évocation de faire par la suite du handbike ou toute autre activité adaptée se voit conclue par un refus catégorique. Il est inconcevable pour lui de faire une activité handisport, il l'exprime de la manière suivante « si je dois remonter sur un vélo, ce sera en utilisant mes jambes, je ne veux pas entendre parler de hand-bike.... ».

Projet de l'équipe :

Le projet de l'équipe est la recherche de l'autonomie maximale de ce patient par le développement des capacités fonctionnelles restantes, avec des aides techniques. Des ergothérapeutes du service MPR se sont déplacés à son domicile afin d'étudier les aménagements possibles. Il s'est avéré qu'un retour au domicile parental s'avérait impossible devant l'impossibilité d'adaptation en regard de la configuration des lieux. La seule solution étant la recherche d'un nouveau domicile plus adapté.

Diagnostic :

Paraplégie complète de niveau T3, score Asia A. Tous les muscles des myotomes innervés par les niveaux métamériques inférieurs à T3, ont une absence totale de motricité volontaire. Tous les muscles des myotomes des niveau métamériques supérieurs à T4 ont leurs capacités fonctionnelles intactes.

La sensibilité superficielle et profonde est absente sur les dermatomes se situant sous l'appendice xiphoïde, 11èmes côtes et vertèbre T8.

La restriction de participation est importante par le peu de capacités fonctionnelles développées au niveau des transferts et de l'utilisation du fauteuil roulant. Ces capacités fonctionnelles sont gênées également par la présence de contractures en extension au niveau des genoux et par l'apparition de douleurs au niveau de l'épaule gauche.

Ce patient est en retrait, peu actif dans sa rééducation, fermé et triste en permanence sauf lors de discussions ayant attiré au cyclisme.

Ce patient est dans la phase de « déni » (par référence aux différentes étapes du deuil), ce qui bloque complètement ses capacités de progression dans la rééducation fonctionnelle.

Les objectifs de rééducation de ce patient sont de plusieurs ordres :

- Entretien des amplitudes articulaires des membres en territoire sous lésionnel.
- Développement des capacités fonctionnelles restantes du patient (tous les types de transferts, utilisation du fauteuil roulant, équilibres assis, etc.....)
- Renforcement musculaire des muscles fonctionnels et réentraînement à l'effort.
- Assurer le bon transit intestinal (massages du cadre cholique).

Au 6 janvier 2011, les capacités fonctionnelles développées par Monsieur B. sont assez limitées, il n'a acquis que le transfert fauteuil-table et inversement avec une planche. Le manque de progrès est manifestement dû à une résistance psychologique très importante de la part du patient qui a beaucoup de difficultés à

s'impliquer dans sa rééducation. Le patient est complètement dans la phase de déni, il remet en cause l'avis des médecins et est persuadé qu'il va remarcher. Il met en exergue la « contradiction » dans les pronostics donnés par le médecin du MPR (à J + 90) et le chirurgien l'ayant opéré (à J+ 0). A cette phase particulière du deuil que traverse le patient avec tous les bouleversements que cela implique, s'associe également le problème de la manifestation d'une personnalité très complexe. L'éventualité de la présence d'une maladie psychiatrique type schizophrénie, aura même été envisagée, par les médecins, dans les premiers temps de la prise en charge.

La difficulté que présente Monsieur B. n'est point un comportement perturbateur ou agressif, mais plutôt une profonde tristesse et difficulté de communication. Il est difficile d'avoir une prise sur lui, de construire des canaux de communication, il est très renfermé. Il semble « hermétique ».

(Nous nous proposons de développer plus précisément la pédagogie utilisée, les difficultés et les points positifs de la prise en charge de ce patient dans la partie discussion de ce travail écrit.).

Début janvier, le patient avait une séance quotidienne d'une heure trente environ sur le plateau technique de rééducation ; la séance était composée de :

- Massage du cadre cholique pour faciliter le transit intestinal,
- Mobilisation passive des articulations en niveau sous-lésionnel.
- Etirements des groupes musculaires en niveau sous-lésionnel
- Renforcements musculaires des muscles en niveau sus-lésionnel
- Travail de certains transferts (passage fauteuil-table et autres).
- Mise en charge à la table de verticalisation

Devant le rythme de travail assez lent de ce patient dû à sa difficulté à s'impliquer dans sa rééducation, des adaptations dans la programmation de sa prise en charge ont été apportées.

4.3.2 Une nouvelle planification des séances.

Ayant décidé de prendre ce patient pour sujet de mémoire, il a été convenu, avec l'accord de la cadre de santé en masso-kinésithérapie du service et le

kinésithérapeute référent de ce patient, de proposer à celui ci deux séances quotidiennes de rééducation. Afin d'essayer de donner des repères qui pourraient faciliter l'implication du patient, la mise en place d'un programme par écrit spécifiant les objectifs et le contenu des séances a été élaboré. Ce plan a été présenté au patient oralement qui l'a accepté au premier abord. Après réflexion, il est revenu sur sa décision par mauvaise interprétation de sa part quand à la raison de la mise en place de ce programme par écrit. Il a cru que nous voulions lui imposer par écrit « une obligation de résultats ». Après un entretien où il a fallu désamorcer le conflit, il a finalement accepté. Un exemplaire du programme lui a été remis.

Contenu de la nouvelle planification :

(Cette programmation subira par la suite des évolutions tout au long de la prise en charge)

4.3.2.1 Séance du matin :

- renforcement musculaire, à l'aide de charges additionnelles, des muscles du niveau sus-lésionnel :
(Grand pectoral, grand dorsal, deltoïde, trapèzes, biceps brachial, trapèzes, triceps brachial, etc....)

Les exercices étaient effectués dans la cage de pouliothérapie, à une machine de musculation avec hauteur de poulies variable, ou à l'aide de charges libres.

Les séries étaient de 8 à 12 répétitions avec 3 à 4 séries par groupe musculaire à charge constante après avoir préalablement préparé le groupe musculaire par 3 séries en charges montantes. Ex : tirage à la machine de musculation poulies hautes. Objectifs : le patient tenant les 2 poignées, il doit exécuter une rétropulsion de ses membres supérieurs contre une résistance.

- Première série : 15 répétitions avec résistance de 15 Kgs.
- Deuxième série : 12 répétitions avec résistance de 25 kg.
- Troisième série : 10 répétitions avec résistance de 35 kg.
- Quatre séries de 8 à 10 répétitions avec résistance de 45 kg.

Les séries étant séparées d'un temps de récupération passive de 1 mn 30.

Régulièrement, des tests de force maximale ont été mis en place afin d'éprouver le patient sur 1 répétition maximale volontaire (cela avait une visée pédagogique que nous expliquerons dans la partie discussion).

Exercices fonctionnels avec fauteuil :

L'entraînement au fauteuil a pour objectif d'assurer l'autonomie maximale du patient pour surmonter les obstacles qu'il peut rencontrer au quotidien. Par exemple, la capacité de pouvoir se mettre en équilibre sur les deux roues arrière afin de passer un trottoir, s'avère prépondérante. Une grosse partie donc, de la planification, prend en compte la capacité de faire corps avec son fauteuil. Les objectifs sont :

- rester en équilibre statique sur deux roues
- Changer de direction, en équilibre sur deux roues
- Se déplacer en avant, en équilibre sur deux roues
- Enlever et remettre les cale-pieds ainsi que la sangle d'arrêt passant les talons.
- Patient au sol, être capable de se remonter dans le fauteuil
- Sur une bascule du fauteuil en arrière, être capable d'arrêter la chute et rebasculer le fauteuil en avant.
- Gérer le déplacement sur un parcours présentant des obstacles de toutes natures (trottoirs, pentes, côtes, terrain mou, etc....).

4.3.2.2 Séance de l'après-midi

Cette séance comprend un temps de mise en charge du patient dans la table de verticalisation. Ce temps est utilisé pour appliquer de l'électrothérapie (TENS) sur son épaule gauche qui est douloureuse.

- Mobilisation articulaire et étirements musculaires en niveau sous-lésionnel
- Massages du cadre cholique
- Travail des transferts

Les transferts travaillés sont :

- Passer de la position assis-coucher et vice-versa,
- Passer de la position assis – coucher avec pieds en dehors de la table (pieds pendants) et vice-versa
- Passer de la position plat ventre - plat dos et inversement
- Se déplacer en marche fessière le long du bord de la table (pieds pendants)
- Se déplacer sur la table avec pieds sur celle-ci (marche fessière, changement de direction, etc....)
- Assis en bord de table, se déchausser et se rechausser.

Gérer les transferts :

- Fauteuil – table, table – fauteuil (avec table plus haute ou plus basse que le fauteuil)
- Avec planche de transfert puis sans.

Travail de la stabilisation du tronc en position assise,

sans appui dorsal, par sollicitations perturbatrices extérieures, de l'équilibre :

- lancers de médecine- ball ; (variabilité du poids du ballon, des trajectoires, de la vitesse des échanges, de la durée de l'exercice,....)
- déplacement d'un ballon par le patient autour de son corps, au dessus de la tête, dans le dos, etc....
- Exercices de passage du ballon avec l'aide du kiné, avec toutes les variations possibles. Exemple : le kiné placé dans le dos du patient, celui-ci doit récupérer le ballon par-dessus son épaule droite et le redonner par-dessous son épaule gauche, changement de direction, etc.... (variabilité des trajectoires, avec changements brusques de sens,)

Entraînement cardio respiratoire sur le vélo à bras

Devant le volume important de travail physique contenu dans la séance, le travail sur ergocycle à bras ne dépassait jamais en général les 30mn. Ce travail terminait la séance.

Protocole :

Montée en puissance progressive de 10 watts à 30 watts sur une durée de 4 minutes.(cadence de 60 tours par minute).

Première période de 8 minutes de travail dans une zone comprise entre 40 et 50 watts, à une cadence de 60 tours minutes.

Récupération passive de 1 à 2 minutes.

Deuxième et dernière période de 8 minutes de travail identique à la première.

Récupération active de 4 minutes environ en baissant progressivement la puissance.

Monsieur B. bénéficiait d'une séance de relaxation tous les vendredis en fin d'après-midi.

4.3.3 Bilan masso kinésithérapique de sortie : (du 7 février 2011)

Diagnostic : paraplégie complète de niveau T3 score Asia A

Nota : Nous ne mentionnons dans ce bilan que les points qui ont évolué favorablement ou défavorablement.

Bilan algique :

Idem au bilan du 6 janvier 2011.

La douleur à l'épaule gauche est toujours présente. Elle limite par apparition d'une douleur, le mouvement combiné d'abduction, rétropulsion et rotation latérale de la scapulo humérale. A la palpation, articulation scapulo humérale en position d'apparition de la sensation de douleur, celle ci est localisée sur les trajets des muscles infra épineux et petit rond.

Bilan cutané :

Rougeur au niveau du sacrum s'étendant sur une surface de 9 cm² environ.

Bilan neuro-sensitif, bilan neuro-moteur, bilan orthopédique :

Il n'a eu aucune évolution par rapport au bilan précédent.

Bilan vésico-sphinctérien :

Sonde à demeure, pour l'instant, suite à des sondages précédents très difficiles et traumatisants. Le 3 février 2011, un bilan urodynamique est réalisé, il permet de retrouver l'absence de contraction non inhibée de la vessie, un remplissage à basse pression avec hypertonie urétrale, ainsi qu'un périnée anesthésique complet, normotonique, et hyper-réflexique. Ce patient bénéficie ce jour là d'une injection de toxines botuliques dans le sphincter urétral. Ce traitement fait suite à un bilan de sondage traumatique avec urétrorragies à répétitions. Ces urétrorragies sont des séquelles de fausse route en amont du sphincter et à d'autres petites zones irritatives au niveau de la vessie.

Le patient devrait pouvoir reprendre l'autosondage par la suite.

Monsieur B. a refusé, suite à une proposition de prise en charge génito-sexuelle, une préservation de sperme.

Bilan fonctionnel :

Idem au bilan du 6 janvier 2011.

Bonnes réactions de stabilisations du tronc en position assise face à des éléments visant à perturber l'équilibre de la station assise. (Lancers de médecine ball, etc....)

Test de Fontaine Bleau Coubert : Stade 5

Le patient assure désormais les transferts :

Décubitus dorsal –redressement en position assise – décubitus dorsal

Décubitus dorsal – décubitus ventral et inversement

Décubitus dorsal – assis en bord de table, pieds au sol ou non et inversement

Fauteuil – table à hauteur ou plus basse, sans planche de transfert.

Assis en bord de table, peut poser le pied sur la cuisse controlatérale.

Se déchausse et se rechausse avec le pied posé sur la cuisse controlatérale.

Utilisation du fauteuil :

Sait enlever et remettre les cales pieds.

Se positionne sur 2 roues et peut maintenir la position 1mn30 environ

Sur 2 roues, peut virer jusqu'à 180 degrés sur la droite et la gauche.

Sur 2 roues, peut avancer de 3 à 4 m.

Se déplace en extérieur sur un parcours avec pente, côtes.

En extérieur, le passage des trottoirs n'est pas acquis.

Transferts voiture : pas testé.

L'indice de Barthel à la sortie est à 35 sur 100. Celui-ci était évalué à 20 sur 100, le 18 Août 2010. Ces tests ont été effectués par les soignants dans le service au 1^{er} étage. Pour évaluer l'évolution du patient au niveau fonctionnel, nous avons utilisé les items correspondant aux objectifs à atteindre décrits dans la planification.

Projets du patient.

Monsieur B participe désormais à la séance handisport proposée le mercredi soir.

Il fait également part de projets tels que : pratiquer le Hand Bike, participer à l'organisation de compétitions cyclistes et reprendre l'encadrement de stages d'entraînement

Il souhaite également se faire construire une maison avec les aménagements adaptés à son handicap (il possède un terrain).

A sa demande, le patient est transféré au centre de rééducation de CERBERE, le 8 février 2011 pour poursuite de la prise en charge rééducative.

5 Discussion

5.1 Pourquoi faire une rééducation précoce ?

L'intérêt de la rééducation précoce est de prévenir les complications dues à la lésion médullaire et aux lésions associées sans oublier l'éventuelle présence d'antécédents médicaux. De plus, remettre le patient dans un fonctionnement actif n'est t'il pas intéressant afin qu'il puisse mieux supporter la période de deuil ? La dynamique et le cadre des séances de rééducation peuvent structurer les journées à l'Hôpital. Souvent l'ennui peut être propice à la divagation de l'esprit et renforcer le caractère insupportable du traumatisme et de la nouvelle condition du patient.

Dans le cas de Mr B, il descendait bien, sur le plateau technique, mais sa difficulté à se battre, l'empêchait de pouvoir concentrer son esprit sur les tâches à accomplir. Tout dans son comportement, dans sa gestuelle, dans son regard, dans sa manière de s'exprimer, montrait qu'il était en grande souffrance morale. Cette souffrance se caractérisait par cette sensation d'absence permanente, il était présent physiquement mais son esprit était ailleurs. Il donnait comme l'impression d'être un pantin entre les mains des Kinésithérapeutes. Le moindre effort que nécessitait certains exercices étaient pour lui, une tâche extrêmement difficile, non pas par un manque de moyens physiques mais par l'effort de volonté qui lui était nécessaire à l'accomplissement de la tâche. Au bout de 4 mois, l'évolution sur la réadaptation fonctionnelle était quasi nulle. Quelle alternative restait t'il ? Devions nous laisser ce patient continuer à ce rythme, avec les conséquences que cela pourrait éventuellement engendrer ? Ou bien changer la prise en charge de manière à essayer de le dégager de la situation dans laquelle il se retrouvait enfermé ? Car sa souffrance était « palpable » et très intense.

5.2 Comment faire ? Comment résoudre les problèmes ?

Comment procéder pour essayer de lui transmettre une impulsion ? L'objectif n'était pas de lui imposer sa rééducation mais d'essayer qu'il en devienne acteur. L'objectif était également d'essayer de lui faire entrevoir l'éventualité d'un avenir différent de celui qu'il s'était fixé.

L'intérêt de la capacité d'empathie chez les soignants s'est révélé, semble t'il, dans toute sa dimension face à ce patient. Comment peut-on trouver les leviers sur lesquels on peut éventuellement agir, si la notion d'empathie nous est complètement étrangère ? La connaissance des étapes du deuil, des mécanismes de défenses psychologiques semblent être indispensables pour le meilleur accompagnement possible de patients médullo-lésés...

Citons une définition de l'empathie (4)

« L'empathie en tant que forme de communication, correspond à l'outil de base pour accompagner une personne dans un cheminement thérapeutique. L'empathie consiste à entrer dans le cadre de référence de l'autre pour arriver à comprendre comment l'autre peut se sentir et ensuite exprimer sa compréhension ». Egan & Forest disent également : « Une empathie non exprimée par l'aidant ne sera guère utile au processus d'aide ».

« Le regard constitue un outil essentiel pour l'aidant qui observe les réactions du patient. De plus, le regard revêt une signification importante pour le patient qui interprète un regard attentif comme une marque d'intérêt et de considération » (4)

Nous avons remarqué lors de brefs instants, que le regard de Mr B, changeait d'expression, dans certaines circonstances. Alors que tout dans ses yeux, traduisait la tristesse, l'abattement, l'absence, son regard s'illuminait dès que nous abordions avec lui le sujet du sport, en particulier le cyclisme. Lors des séances, souvent lorsqu'il passait au travail sur l'ergocycle à bras, ses yeux changeaient radicalement d'expression. Cette expression traduisant un certain état mental, était celle que nous retrouvons chez les sportifs de bon niveau lors des épreuves. Ce type de regard semble traduire un mélange de plaisir, de concentration et de détermination. Bien sur, cela peut être qualifié de très subjectif, libre d'interprétation, car reposant sur une intuition, mais, nous avons senti qu'il existait certainement là, un levier qu'il fallait actionner. Rappelons que ce patient était un ancien cycliste de bon niveau.

Nous avons donc appuyé sur le levier « sportif » qui semblait être assez prédominant chez ce patient. C'est-à-dire, nous avons modifié sa planification de la prise en charge, pour adopter 2 séances quotidiennes. Le but étant de laisser

suffisamment de temps pour qu'il puisse avoir l'équivalent d'une séance plus conséquente de musculation sur le volume global du travail rééducatif.

A travers les exercices, nous voulions qu'il retrouve si elle avait déjà existé en lui dans son passé de sportif, cette sensation que l'on appelle dans le milieu sportif : « avoir la niaque ! ». C'est-à-dire faire ressortir cette force, qui dépasse parfois l'individu, dans les épreuves physiques et le pousse en avant presque comme une force externe, l'entraînant à continuer malgré la difficulté devant le but à atteindre. Il a été remarqué parfois que cette force semble ne pas être « nôtre » car nous pouvons l'oublier au fond de nous. Le tout est d'arriver à faire ressurgir chez ce patient le goût de la performance et à ce qu'il se le réapproprie. C'est ce que nous avons tenté de faire avec Mr B, en partant du postulat que cette force avait existé auparavant dans son passé de cycliste. Cela n'était qu'un « pari » reposant certes que sur de l'intuition basée sur l'observation, rien de bien objectif dans tout cela, nous en convenons. Nous avons essayé de recréer les conditions lors des séances, afin qu'il se retrouve dans la situation où pourrait ressurgir éventuellement cette force, cette envie d'accomplir des performances, qui anime les sportifs assidus. Cette envie de performance pourrait être alors utilisée comme un moteur pour servir la réadaptation.

Les exercices de force maximale volontaire (1 RM) ont été utilisés à cet effet par exemple. Mr B n'était pas du tout coutumier des exercices de renforcement musculaires, c'était une activité nouvelle pour lui où il n'y voyait absolument aucun attrait particulier. Ce mode d'exercice était pour lui aux antipodes du travail en endurance, caractéristique du cyclisme. Donc pour éveiller son intérêt à ce type d'exercice, nous avons installé le patient dans la situation où il devait accomplir une performance à travers la recherche de la charge maximale qu'il pouvait mobiliser de manière volontaire sur une seule répétition. Il s'est tellement « pris au jeu » qu'il a fallu lors du premier test, imposer l'arrêt de l'exercice au patient, de manière ferme. Il fallait éviter l'éventualité de la survenue d'une blessure en regard du faible entraînement en renforcement qu'il avait alors. L'attrait compétitif de chercher la charge maximale sur 1 RM avait réveillé en lui ce que l'on soupçonnait. Désormais, nous allons utiliser cela comme une sorte de fil rouge tout au long de la rééducation. Tous les jours, nous avons dû agir afin qu'il sorte de son mutisme, qu'il puisse lutter le mieux possible contre lui-même. Il a toujours eu tendance à se dévaloriser, à

minimiser les progrès qui commençaient à se mettre en place au fil des jours. Afin de contrecarrer sa vision négative, plutôt que de le rassurer, nous avons essayé que ce soit lui qui prenne conscience de ses progrès. Pour cela, le but était par une relation verbale sur le mode interactif, de l'amener doucement à ce que les réponses sur son évolution et ses capacités, viennent de sa propre réflexion et non de nous.

5.3 Comment faire faire au patient ?

Pour les apprentissages des transferts, nous avons procédé de la même manière, nous n'avons pas montré la façon d'exécuter ceux-ci. Il devait trouver lui-même ses propres solutions fonctionnelles, les ressentir, les tester. Nous le guidions, en lui proposant une ébauche d'alternative quand il se retrouvait bloqué, mais jamais la solution au problème lui était apportée. Cela lui a pris 2 à 3 heures, par exemple pour trouver la meilleure manière d'arriver à poser un pied sur sa cuisse controlatérale, en position assise. Devant sa difficulté à réussir cette manœuvre, nous l'avons guidé en lui laissant entrevoir seulement des pistes qu'il pouvait explorer et faire siennes (changer la position d'une main, varier le positionnement du centre de gravité, etc...). Il est passé par les stades de découragement, de lutte, etc...mais il y est arrivé. Il y aurait t'il eu un intérêt pour lui si nous lui avions fait une démonstration qu'il aurait du répéter ? L'apprentissage ne se fait t'il pas lorsque confronté à des difficultés, nous essayons de les surmonter ?

Par la suite, ce patient a été mis de plus en plus vers une situation d'autonomie dans sa séance, sauf pour certains exercices de transferts. Il connaissait son programme et lorsqu'il a montré qu'il commençait de plus en plus à gérer ses séances, nous avons appuyé dans ce sens, restant là pour superviser, l'aider mais il devait désormais « se prendre en charge », c'est d'ailleurs ce qu'il a fait.

D'autres moyens ont été utilisés tel que sa contribution vis-à-vis d'autres patients pour des exercices d'apprentissage fonctionnels. Des rencontres avec d'autres patients paraplégiques, notamment un responsable en Handisport, ont été « favorisées ».

La prise en charge de ce patient n'a pas manqué de soulever un certain nombre de questions par rapport au métier de soignant et au positionnement par rapport au

patient. Si l'on se réfère aux 3 compétences à développer par le soignant, (le savoir théorique, le savoir faire et le savoir être), il est indéniable que c'est notre capacité (ou non) de savoir être qui a été la plus sollicitée pour l'accompagnement de ce patient.

On ne peut négliger ce qu'éveille en nous, la prise en charge d'un patient jeune, atteint dans son intégrité physique. Ce renvoi de la souffrance peut être très perturbateur pour les soignants. Et au final, si nous n'arrivons pas à gérer ces émotions, ne risquons nous pas de ne plus écouter l'autre pour nous protéger ?

Comment la relation d'aide peut elle alors s'établir ? N'est ce pas ce que l'on nomme « se blinder » ?

Se pose également la question de la place du patient au sein des services de soins. Quelle espace de liberté est laissé au patient ? Le risque est grand également de projeter nos propres désirs par rapport à la réhabilitation sur le patient. Le patient n'est pas « moi », si je suis capable de me battre, lui n'est peut être pas dans ce registre. Peut être est ce là que se situe la ligne de démarcation entre assurer la rééducation d'un patient et accompagner un patient dans sa propre rééducation ?

On peut se demander alors quel est le libre arbitre du patient. La position gratifiante du soignant tout puissant est très tentante et sécurisante. Justement ne faut t'il pas savoir s'effacer au profit d'un accompagnement , d'une mise à disposition de nos capacités propres de soignant, pour le patient.

Par 2 fois, Mr B a dit « ce n'est pas vous qui êtes dans le fauteuil ! ». Ce qui est révélateur que celui qui souffre est et restera le patient.

Pour Carl Rogers, (psychothérapeute Américain), la capacité d'aider l'autre est tributaire de 3 facteurs :

- Le non jugement
- L'empathie
- La congruence

Sans cela, est ce que nous nous trompons pas nous même quand nous croyons aider l'autre ?

6 Conclusion

L'idée de base a été que Mr B se réapproprie la rééducation, donc sa rééducation. Qu'il devienne acteur et non une sorte de témoin, qu'il prenne conscience de l'existence de ses capacités intrinsèques. Nous étions là uniquement pour le guider dans sa réadaptation. Nous voulions lui faire entrevoir l'éventualité d'un futur différent que celui qu'il entrevoyait alors. Si cela était possible, il aurait alors une possibilité de faire ses propres choix de vie.

Nous avons assisté au passage de ce patient dans différentes phases du deuil, Début janvier 2011, il était dans le déni, la remise en cause des médecins. Il n'avait absolument aucun projet réaliste, rejetait l'idée de toute adaptation. Un mois plus tard, il faisait des projets, était intéressé pour se lancer dans le hand-bike, apprendre la conduite automobile adaptée....Il souriait à nouveau, était devenu volubile, blaguait même. Tout cela nous aurait paru impensable début janvier. Peut être un début de ce que l'on pourrait qualifier « d'acceptation », si tenté que l'on puisse réellement accepter, à terme, sa condition d'handicapé ?

Nous sommes incapables aujourd'hui, de déterminer, objectivement, quel sont les facteurs déterminants qui l'ont aidé dans le début de sa reconstruction.

Citons ce petit texte emprunté dans une étude, les auteurs qui l'ont écrit sont inconnus.

« Durant son parcours psychologique durant sa rééducation qui lui permettra d'acquérir un certain niveau d'autonomie, la patient va changer de statut. Du statut de victime d'un accident, il va passer à celui de malade au sein des unités de soins pour ensuite devenir acteur au sein des soins. Quand il aura construit un niveau projet de vie, on pourra dire qu'il sera devenu auteur de sa vie». (2)

Mr B avait une vie avant son accident, sa vie continuera après sa sortie de la réadaptation en centre. Nous l'aurons accompagné que sur une brève période de sa vie. Quel impact cela aura sur son avenir et avons-nous su réellement l'aider comme il le fallait ? Quelles autres alternatives de prises en charge aurions nous pu mettre en place ?

Bibliographie référencée :

(1) C.Malandain, F. Beuret- Blanquart, S. Chambellan. Les défenses psychologiques suscitées par l'annonce du handicap à un adulte blessé médullaire. [en ligne]

Disponible sur : <http://www.moteurline.apf.asso.fr/spip.php?article718> (consulté le 28/02/2011))

(2) Mélanie Ackermann, Joanny Gros, Karen Lister, La prise en charge interdisciplinaire des blessés médullaires, Immersion en communauté 2007 ; Partenariat HES-Faculté de médecine de Genève , Suisse [en ligne]

Disponible sur :

http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2006_2007/travaux/07_r_paraplegie.pdf (consulté le 7/03/2011)

(3) Pierre Drolet, Le processus de l'acceptation chez les blessés médullaires, Mémoire présenté au département de Sociologie et D'Anthropologie, Université Concordia, Montréal, Canada, Avril 2000 , 168 p [en ligne]

Disponible sur : <http://spectrum.library.concordia.ca/1130/1/MQ54284.pdf> (consulté le 28/02/2011)

(4) Marie-Annik Robitaille, M.A, Sandra Turgeon, M.A. Pour une meilleure intervention auprès de personnes atteintes de cancers) Vol 24 numéro 1, Revue de l'ordre des technologues en radiologie du Québec , mars 2004 [en ligne]

Disponible sur :

http://www.otrg.qc.ca/NosPublications/Echo%20X/~media/pdf/NosPublications/echoX/x2004%2003_chrosci%20pdf.ashx (consulté le 15/03/2011))

Bibliographie non référencée :

Pauline Bernier, Jacques Tremblay, *Le travail du psychologue en traumatologie et en réadaptation du site de l'accident au retour dans la communauté*. revue Québécoise de psychologie, vol20, n°3, 199 9 [en ligne), consultable sur :

http://www.rqpsy.qc.ca/ARTICLE/V20/20_3_111.pdf (consulté le 8/03/2011))

JF.Caux, F.Delahoche. *Adaptation à un handicap acquis : les blessés médullaire (exemple de la paraplégie)* [en ligne) consultable sur :

<http://behinderten.ch/fra/quotidien/images/docs/adaptationhP.pdf> (consulté le 12/03/2011))

Sylvie Pelletier, Céline Tétraut, Denis St Charles. *La réalité quotidienne et les stratégies gagnantes des équipes travaillant en intégration sociale* [en ligne) consultable sur :

[:http://www.luciebruneau.qc.ca/data/luciebruneau/files/file/Conf14h15_Realites_strategies_RAIS.pdf](http://www.luciebruneau.qc.ca/data/luciebruneau/files/file/Conf14h15_Realites_strategies_RAIS.pdf) (consulté le 11/02/2011))

Alain Bremond. *Réflexion éthique sur la notion de personne dans le cadre d'une lésion médullaire*. Dea 1994 [en ligne) consultable sur :

http://www.paratetra.apf.asso.fr/IMG/pdf/DEA_Bremond_synthese.pdf (consulté le 15/03/2011))

Pr. Grégory Ninot. *Effets psychologiques de la réhabilitation par les APA chez les personnes malades chroniques* [en ligne) .

Consultable sur :

<http://www.lab-epsylon.fr/upload/Cours/2-M1RAPA-effets-psy.ppt.pdf> (consulté le 12/02/2011))

Michael Ashton , « *Kubler-Ross : dignité de la mort* », Revue santé mentale au Québec, vol 2, n°1, 1997, p 101-117 [en ligne) .

Consultable sur :

<http://www.erudit.org/revue/smq/1977/v2/n1/030018ar.pdf> (consulté le 15/03/2011))

Sébastien Maitre. *Handicap, insertion sociale & aps*, 1998 [en ligne)

Consultable sur :

<http://www.preparation-physique.net/PDF/Handicap.pdf> (consulté le 15/03/2011))

Hubert Vautier. *L'accompagnement des personnes blessées médullaires en centre de rééducation fonctionnelle. La pairémulation, un levier pertinent ?*, 2009 [en ligne) consultable sur :

<http://www.ccb-formation.fr/memoires/MemoiresDUPITH/HubertVautier.pdf> (consulté le 1/03/2011))

M.Brzutoswki. *L'annonce du handicap au blessé médullaire adulte*. [en ligne) consultable sur :

http://www.paratetra.apf.asso.fr/IMG/pdf/annonce_du_handicap_au_blesse_medullaire_adulte_brzutoswki.pdf (consulté le 15/03/2011))

A.Cayot-Decharte, M.Maury, M.Delcey, N.Boucher. *L'annonce du handicap aux blessés médullaires : un récit adaptatif*. [en ligne)

Consultable sur :

http://paratetra.apf.asso.fr/IMG/pdf/L_annonce_du_handicap_aux_blesses_medullaire_un_recit_adaptatif_Cayot-Decharte.pdf (consulté le 25/03/2011)

S. MERTENS DE WILMARS¹ et D. TORDEUR. *DEUIL, AGRESSIVITÉ ET FRATRIE*. LOUVAIN MED. 118: 540-548, 1999. [en ligne)

consultable sur :

<http://sites-final.uclouvain.be/loumed/118,%201999/540-548.PDF> (consulté le 22/02/2011)

Réadaptation pour patients hospitalisés et retour dans la collectivité à la suite d'une lésion traumatique de la moelle épinière. institut canadien d'information sur la santé. Juillet 2006 [en ligne)

consultable sur :

http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/life_after_spinal_cord_injury_f.pdf (consulté le 22/02/2011)

Le blessé médullaire pendant les premiers mois, Centre de Médecine Physique et de réadaptation de Bagnoles de L'Orne, 2007 [en ligne)

consultable sur :

<http://www.cmpr-bagnoles.com/Docs/LIVRET%20SUR%20LE%20BLESSE%20MEDULLAIRE.pdf> (consulté le 10/03/2011)

Amélie Boissières. *La femme paraplégique face à la fuite urinaire lors d'un rapport sexuel. De la honte au rire.* [en ligne)
consultable sur :

<http://femme.paraplegique.free.fr/memoire.pdf> (consulté le 15/03/2011))

C. Fillinger. *Soins et agressivité, quelle alliance ?* [en ligne).
consultable sur :

www.airr.info/docs/memoire_soins_et_agressivite.pdf -(consulté le 15/03/2011)

Docteur F.Schindler. *Etre un homme, une femme, un handicapé, un cas de trouble de l'identité sexuelle chez un tétraplégique polynésien.* 2005 [en ligne)
consultable sur :

<http://www.aihus.fr/prod/system/memoire/files/SCHINDLER-FONADE.pdf> (consulté le 12/03/2011))

N.Zaccomer. *Dynamique de projet chez la personne avec une lésion médullaire récente.* 2007 [en ligne) consultable sur :

http://www.paratetra.apf.asso.fr/IMG/pdf/Projet_de_vie_dynamique_de_projet_NZ2007.pdf (consulté le 25/02/2011))

L.Beauregard, L. Noreau, K.Roy, C.Ouellet. *Répercussions à long terme de la nouvelle situation de vie à la suite d'une lésion médullaire.* 2006 [en ligne)
consultable sur :

http://www.cirris.ulaval.ca/cirris_fichiers/files/Rapport%20recherche%20conjoint%20LM1.pdf (consulté le 15/03/2011))

