

**INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE LIMOGES**

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

D.R.A.S.S du Limousin

Juin 2011

**« Influence des personnalités « difficiles » sur la
rééducation d'une rupture de coiffe opérée »
Comment s'adapter en tant que masseur-
kinésithérapeute**

MASSON Benoit

Sous la direction de :

Directeur de mémoire : Madame Sylvie LAFON

Expertise technique : Monsieur Jean-Marie CHALIVAT

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord ma famille qui m'a permis de réaliser des études dans le domaine de la masso-kinésithérapie.

Je tiens particulièrement à remercier **Mme. Sylvie LAFON**, cadre de santé à l'IFMK de Limoges, pour son aide précieuse et son accompagnement tout au long de l'élaboration de mon mémoire. J'ai pu apprécier nos échanges constructifs ainsi que de nombreux conseils qui m'ont permis d'avancer progressivement.

Je remercie **M. Jean-Marie CHALIVAT**, masseur-kinésithérapeute, ainsi qu'à l'ensemble de l'équipe de rééducation de la clinique François Chénieux sans qui je n'aurais pu effectuer ce mémoire. De même je remercie les deux patients de la clinique, préférant rester anonymes, qui ont participé à l'élaboration de mon étude.

Je remercie le **Dr. Yann Marczuk**, Chirurgien orthopédiste à la clinique François Chénieux pour m'avoir permis d'assister à ces opérations chirurgicales sur l'épaule et de m'avoir expliqué les techniques d'arthroscopie.

Je remercie également **Romain Jaouen**, étudiant en troisième année à l'IFMK de Rennes pour sa participation à la réalisation des photos du protocole d'autorééducation.

Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements à tous mes proches et amis qui m'ont soutenu et encouragé dans la réalisation de ce travail de fin d'étude.

Sommaire :

1. INTRODUCTION	6
2. PROBLEMATIQUE PRATIQUE	7
2.1 CONSTAT PERSONNEL	7
2.2 LA RUPTURE DE LA COIFFE DES ROTATEURS	8
2.2.1 <i>Rappels anatomiques</i>	8
2.2.2 <i>Son rôle</i>	9
2.2.3 <i>Le syndrome du conflit sous-coraco-acromial</i>	9
2.2.4 <i>Le diagnostic</i>	10
2.2.5 <i>Quand faut-il envisager l'opération ?</i>	11
2.2.6 <i>Les complications</i>	11
2.3 LA REEDUCATION DE L'ÉPAULE OPERÉE	12
2.3.1 <i>Une équipe médicale pluridisciplinaire</i>	12
2.3.2 <i>Les principes de rééducation</i>	12
2.3.3 <i>La rééducation post-opératoire</i>	13
2.3.4 <i>Le programme d'autorééducation de l'épaule opérée</i>	14
2.4 L'ÉDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT	14
2.5 LA PSYCHOLOGIE DU PATIENT	15
2.5.1 <i>La psychologie essentielle à notre formation</i>	15
2.5.2 <i>Son impact dans la rééducation de l'épaule opérée</i>	16
2.6 LES PERSONNALITES DITES « DIFFICILES »	17
2.6.1 <i>Qu'entend-on par « personnalités difficiles »</i>	17
2.6.2 <i>Comment sont classées les personnalités difficiles et pourquoi les classe-t-on ainsi ?</i>	18
2.6.3 <i>Les personnalités mixtes et multiples</i>	19
2.7 RELATION PRATICIEN-MALADE ET PERSONNALITE	19
3. LA PROBLEMATIQUE THEORIQUE	21
3.1 L'ENQUETE EXPLORATOIRE	21
3.1.1 <i>Les raisons de l'enquête</i>	21
3.1.2 <i>Le terrain de l'enquête et la population</i>	21
3.1.3 <i>Choix de l'outil de l'enquête</i>	22
3.1.4 <i>Le protocole de l'enquête</i>	23
3.1.5 <i>Le traitement des données</i>	23
3.1.6 <i>Résultats</i>	23
4. QUESTION DE RECHERCHE	24
4.1 LA PERSONNALITE HYPERACTIVE (TYPE A)	24
4.2 LA PERSONNALITE DEPENDANTE	25
5. PROBLEMATIQUE METHODOLOGIQUE	26
5.1 HYPOTHESE DE RECHERCHE	26
5.2 METHODE DE RECHERCHE	27
5.3 CHOIX DE LA POPULATION	28
5.4 OUTIL D'ENQUETE	28
5.5 METHODOLOGIE D'ANALYSE	30
5.6 RESULTATS	30
5.6.1 <i>Analyse de la grille du sujet hyperactif</i>	30
5.6.2 <i>Analyse de la grille de la personne dépendante</i>	31

6. DISCUSSION.....	31
6.1 CRITIQUE METHODOLOGIQUE.....	33
7. PERSPECTIVE ET CONCLUSION.....	34
7.1 PERSPECTIVE.....	34
7.2 CONCLUSION.....	35
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :	37
SITES INTERNET :.....	39
ANNEXES :.....	40
ANNEXE 1 : L'ESPACE SOUS-CORACO ACROMIAL (SELON KAPANDJI).....	40
ANNEXE 2 : L'ESPACE SOUS-CORACO ACROMIAL (SELON NETTER).....	40
ANNEXE 3 : LE TEST DE NEER.	41
ANNEXE 4 : LE PROGRAMME D'AUTOREEDUCATION DE L'ÉPAULE.	42
ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRES REMPLIS PAR MONSIEUR A.	47
ANNEXE 6 : QUESTIONNAIRES REMPLIS PAR MADAME B.	48
ANNEXE 7 : RESULTATS DES QUESTIONNAIRES.	49
ANNEXE 8 : GRILLE D'OBSERVATION DE MONSIEUR A.	50
ANNEXE 9 : GRILLE D'OBSERVATION DE MADAME B.	51

1. Introduction

La prise en charge de patients présentant des épaules douloureuses chroniques devient de plus en plus fréquente dans les cabinets de kinésithérapie. Les structures s'altérant avec l'âge, l'augmentation de la durée de vie gêne quelque peu les tendons de l'épaule. Des recommandations professionnelles destinées aux médecins généralistes et aux rhumatologues ont peut-être aussi permis de faire reconnaître l'utilité de la kinésithérapie dans les traitements médicaux et chirurgicaux des tendinopathies de la coiffe des rotateurs.

La rupture de la coiffe des rotateurs constitue un enjeu de santé publique de plus en plus important que ce soit sur le plan médical, social ou économique.

Les informations ci-après sont tirées d'un récent congrès de la Société française de rééducation de l'épaule (2005) et d'une étude de la Société française d'arthroscopie (2004).

D'un point de vue médical, il faut savoir qu'à 70 ans, une personne sur deux présente une rupture de coiffe. Ce taux passe à 70 % à 80 ans. On sait que cette population est en train de doubler. Cette pathologie débute très tôt puisqu'à l'âge de 8 ans, 40 % des enfants présentent une limitation des amplitudes articulaires et 12 % présentent déjà des signes de tendinopathies. Un dépistage et une prévention s'imposent. Les lésions sont évolutives puisqu'en un an 28 % des ruptures partielles évoluent vers une rupture totale.

D'un point de vue social, la rupture de la coiffe des rotateurs touche principalement la population adulte à partir de 50 ans, les hommes sont autant touchés que les femmes.

Certains facteurs comme le type de profession exercé, notamment plus marqué chez les ouvriers et les intérimaires, ainsi que le vieillissement de la population sont responsables de l'apparition de troubles musculo-squelettiques.

Nous retrouvons d'autres facteurs comme la tension au travail, la répétitivité élevée des gestes ou bien encore d'autres facteurs psychosociaux.

D'un point de vue médico-économique, la prise en charge kinésithérapique est évaluée aux alentours de 950 euros. Elle comprend quarante à cinquante séances individuelles de rééducation sur six mois qui peuvent être accompagnées d'une rééducation en balnéothérapie.

C'est dans ce contexte que j'ai décidé de m'intéresser à la prise en charge des patients opérés de la coiffe des rotateurs. C'est une pathologie chronique dégénérative qui peut nécessiter une intervention chirurgicale pour une rupture symptomatique chez un patient de moins de 65 ans, puis la mise en place de moyens spécifiques kinésithérapiques suivant le stade dans lequel se trouve le patient.

J'ai effectué un stage en traumatologie à la clinique François Chénieux qui prend en charge des patients opérés de la coiffe des rotateurs.

Parmi tous les patients dont la prise en charge m'était confié, j'ai pu remarquer qu'un bon nombre d'entre eux adoptaient un comportement spécifique lors des séances de rééducation. Ceci m'a amené à observer de plus près ces comportements, à les décrypter et à analyser la personnalité du patient pour essayer de comprendre si cela avait un impact réel sur la réalisation des différents exercices de rééducation spécifiques à l'épaule opérée.

J'ai ainsi effectué un mémoire de recherche pour connaître l'influence des personnalités dites « difficiles » sur la prise en charge kinésithérapique des ruptures de coiffe opérées. Nous pourrons ainsi voir comment il est possible de s'adapter face à ces personnes en tant que professionnel de santé.

Dans un premier temps, j'ai défini les termes principaux de mon mémoire. Puis à partir d'un constat personnel j'ai effectué une enquête exploratoire pour connaître la personnalité du patient et les traits de caractères dominants qui lui sont associés.

Et enfin, suite à ces résultats, j'ai réalisé une observation basée sur le protocole d'autorééducation de l'épaule opérée. Cette dernière va permettre de déterminer si la personnalité complexe du patient peut influencer la réalisation des différents exercices ; exercices primordiaux pour l'évolution fonctionnelle de l'épaule opérée.

2. Problématique pratique

2.1 Constat personnel

Dans le cadre de la poursuite de ma formation en masso-kinésithérapie, j'ai effectué mon premier stage de troisième année à la clinique François Chénieux à Limoges dans le domaine de la traumatologie. C'est un établissement privé d'hospitalisation de court séjour en

médecine et en chirurgie où 17 spécialités sont exercées. La capacité totale de l'établissement est de 256 lits et places.

Le service de rééducation est constitué d'un cabinet de kinésithérapie comprenant un plateau technique et des salles de rééducation personnalisées. On y rééduque principalement les patients atteints de pathologies de l'épaule opérée et non opérée, les ligamentoplasties de genou et les mains traumatiques.

La rééducation commence dès le lendemain matin en chambre, principalement suite à des opérations intervenues au niveau de l'épaule, de la hanche et du genou la veille.

Pendant ma période de stage de six semaines, je me suis particulièrement intéressé à la rééducation des pathologies de l'épaule en post opératoire. J'ai pu voir principalement des patients opérés pour des problèmes liés à la coiffe des rotateurs, des prothèses inversées d'épaule ainsi que la mise en place de butées osseuses pour des luxations récidivantes. La prise en charge de ces patients m'a particulièrement séduit car c'est l'articulation la plus mobile et la plus complexe du corps humain. Elle est très appréhendée après l'opération et demande une rééducation longue et complexe.

Ce qui a attiré mon attention est le fait que certains patients présentaient des raideurs articulaires résiduelles importantes à trois mois post-opératoire. De même certains étaient en retard dans les délais de cicatrisation suite à certaines complications. Je me suis ainsi questionné sur la présence d'une limitation fonctionnelle résiduelle de l'épaule et l'apparition des complications chez ces patients.

A travers ce mémoire de recherche, je vais tenter de mettre en évidence une raison possible.

2.2 La rupture de la coiffe des rotateurs

2.2.1 Rappels anatomiques

La coiffe des rotateurs se compose d'arrière en avant des tendons des muscles petit-rond, infra-épineux, supra-épineux, subscapulaire et chef long du biceps. (A. I. Kapandji., 2008).

D'après Kapandji, la tête de l'humérus ou « plancher » est surplombée d'arrière en avant par l'acromion, l'articulation acromio-claviculaire, le ligament coraco-acromial et le processus coracoïde dit « voûte » (**Annexe 1**).

Selon Netter, l'insertion distale des tendons de la coiffe des rotateurs et trois bourses séreuses ; bourse séreuse subacromio-deltoïdienne, gaine du long biceps en haut et bourse séreuse sous-coracoïdienne en dedans, bourse subtendineuse du muscle subscapulaire en avant ; occupent l'espace libre entre le plancher et la voûte. (Pellisier J, Prat-Pradal D, Asencio G., 1993). (**Annexe 2**).

2.2.2 Son rôle

La coiffe des rotateurs a pour fonction primordiale la stabilisation de la tête humérale ainsi qu'un centrage actif de la tête face à la glène autrement appelé coaptation active. Tout déséquilibre entre la coiffe des rotateurs et le deltoïde aboutira à un conflit sous-acromial, donc à des traumatismes répétés de la coiffe. (Walch, G., Noel, E., 1988).

Une épaule est considérée comme instable lorsque les systèmes de contention passifs (capsulo-ligamentaire, articulaire) et actifs (musculo-tendineux) demeurent insuffisants pour contenir la tête de l'humérus dans la cavité glénoïdale de la scapula lors des mouvements. (Forthomme, B., 2002-2004).

2.2.3 Le syndrome du conflit sous-coraco-acromial

Le syndrome du conflit sous-coraco-acromial (SCA) représente un accrochage pathologique entre ces différentes structures lors du mouvement. Selon Neer (1972), le conflit antéro-supérieur (Impingement syndrome) se caractérise par un signe de Neer positif (**Annexe 3**).

Plusieurs facteurs interdépendants expliquent les lésions des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs et des bourses séreuses. Ils se manifestent individuellement ou simultanément. Le facteur vasculaire, délimité par une zone de jonction vasculaire entre la vascularisation d'origine osseuse et celle d'origine tendineuse qui constitue une zone dite critique. Cette précarité s'accroît avec l'âge. La dégénérescence musculo-tendineuse, qui précéderait les modifications osseuses du voisinage (excroissances osseuses du trochiter et du trochin). Les microtraumatismes liés à l'activité professionnelle ou sportive ; cela est particulièrement vrai après la cinquantaine comme chez le jeune sportif qui force son talent. Enfin, le conflit entre la coiffe et la voûte coraco-sous acromiale contribue à la dégénérescence et à l'évolution vers la rupture. 95% des lésions de la coiffe seraient la conséquence d'un conflit. (Pellisier J, Prat-Pradal D, Asencio G. 1993).

La rupture dégénérative, par rapport à la rupture traumatique vraie, est de loin la cause la plus fréquente des ruptures de la coiffe. Son incidence augmente avec l'âge et l'utilisation de l'épaule notamment lors de mouvements répétitifs ou de force. (Walch, G., Noel, E., 1988).

2.2.4 Le diagnostic

Un diagnostic précis de l'origine des symptômes en rapport avec un problème d'épaule permettra de pratiquer le geste le plus adapté à cette pathologie. En dehors d'un épisode traumatique tout à fait typique l'association de certains symptômes permet de se mettre soi-même sur la piste du diagnostic.

On peut distinguer schématiquement quatre familles de signes pour établir un diagnostic cohérent.

Tout d'abord la *douleur*, facteur principal dans toutes pathologies d'épaules. Elle est à apprécier bien évidemment en fonction de l'âge et de la posture du bras. Elle accompagne des troubles fonctionnels dynamiques.

La diminution de la force du bras est un signe évocateur à prendre en compte.

On retrouve également comme signe clinique *la diminution de la mobilité* du membre supérieur et donc son enraidissement. Le patient décrit des impotences plus marquées pour des mouvements usuels, en particulier dans les pathologies de la coiffe pour les déplacements du membre supérieur en élévation et abduction active, au dessus de l'horizontal.

Le dernier grand signe clinique pouvant mettre en évidence une épaule malade est bien sur son *instabilité*. Cette perte de stabilité pouvant être mise en évidence par des ressauts, blocages ou bien luxations.

Au cours de mon stage, j'ai pu rééduquer deux patients ayant subi une intervention chirurgicale après rupture dégénérative de la coiffe des rotateurs suite à un conflit antéro-supérieur.

Ces patients, âgés de plus de 50 ans ont contracté une rupture partielle de la coiffe associée à des modifications osseuses (bec acromial) et à des lésions du long biceps. Ils généraient avant l'opération, une douleur permanente, à prédominance nocturne et exacerbée à l'effort. Ils présentaient donc tous les éléments caractéristiques du Stade 3 selon la classification des conflits sous-coraco-acromiaux (Neer CS, 1983).

2.2.5 Quand faut-il envisager l'opération ?

L'intervention chirurgicale est justifiée le plus souvent par la douleur extrême, parfois par une impossibilité ou gêne persistante à lever le bras. Cette intervention se discute avec le chirurgien en cas d'échec d'un traitement conservateur kinésithérapique ou d'un traitement symptomatique des douleurs à base de médications antalgiques, anti-inflammatoires voir même d'infiltrations.

L'indication opératoire n'est posée qu'après une rééducation préalable suffisamment prolongée permettant de récupérer des mobilités passives sub-normales. L'indication tient compte de l'âge, des besoins du sujet, de l'ancienneté de la lésion et de son importance. Il s'agit d'effectuer une chirurgie fonctionnelle de l'épaule. (Pélissier, J., Simon, L., Rodineau, J., 1993).

Le traitement chirurgical est effectué lorsque l'appréhension générée par la pathologie est incompatible avec une vie quotidienne confortable ou avec la pratique sportive. Il peut être indiqué chez un patient dont la tolérance vis-à-vis de sa pathologie n'est plus possible physiquement et moralement.

Chez les sujets classés au stade 3 des conflits sous-coraco-acromiaux, la rupture est irréversible et nécessite un geste chirurgical.

Initialement, l'intervention chirurgicale, dans les conflits sous-acromiaux, était effectuée à ciel ouvert, elle est maintenant couramment pratiquée sous arthroscopie, qui outre la réalisation d'un bilan précis des éléments du conflit avant l'acte opératoire, simplifie les suites et permet une reprise rapide des activités. (Seror, P., Fedou, P., Claustre, J., Bonnel, F. 1984).

La durée de l'hospitalisation est en moyenne de 2 à 3 jours pour une arthroscopie d'épaule ou pour une intervention conventionnelle.

2.2.6 Les complications

Il existe toujours un risque de complications lors de tout acte chirurgical, même lorsque celui-ci est réalisé sous arthroscopie. Il s'agit entre autres de complications de type : hématome, infection, troubles neurologiques, troubles fonctionnels et raideurs résiduelles, troubles cardio-respiratoires, algoneurodystrophie et capsulite rétractile. Des complications à plus long terme peuvent apparaître et demandent une nouvelle intervention comme la

tendinite calcifiante et l'omarthrose secondaire à des ruptures massives de la coiffe des rotateurs qui amènent la tête de l'humérus en contact direct avec l'acromion.

2.3 La rééducation de l'épaule opérée

2.3.1 Une équipe médicale pluridisciplinaire

Selon une récente étude de sociologie des organisations (2010), *« Il est indéniable que le travail d'équipe est un concept primordial au sein de structures sociales et médico-sociales. En effet, cette organisation permet un travail en globalité ainsi qu'une certaine dynamique de prise en charge du fait d'approche et d'avis de divers professionnels. De même, le travail d'équipe pluridisciplinaire est essentiel face à la complexité des situations rencontrées et des demandes d'aide. »*

En son sens propre, le travail en équipe pluridisciplinaire permet de faire appel à une multitude de professionnels et donc à des approches et des points de vue divers en matière d'évaluation de la situation et de sa prise en charge. Ainsi, au sein d'une même structure, j'ai pu être mis en contact et discuter avec l'équipe médicale, de demander des conseils au chirurgien et lui faire part du suivi kinésithérapique du patient. Toutefois, face à cette diversité d'avis et de façon de faire, il est primordial de ne pas oublier l'essentiel : le projet de vie de l'utilisateur. L'équipe pluridisciplinaire semble alors nécessaire et doit rester dans l'approche globale de l'utilisateur en favorisant au mieux l'équilibre biologique, psychologique et social.

La prise en charge de l'épaule pathologique apparaît pluridisciplinaire. Le chirurgien et le kinésithérapeute devront avoir des échanges réguliers suite à l'intervention afin d'analyser ensemble le suivi et le déroulement de la rééducation afin d'anticiper les différentes phases de rééducation et respecter ainsi les délais post-chirurgicaux.

2.3.2 Les principes de rééducation

Le kinésithérapeute, en synergie avec le chirurgien, a donc pour but d'instituer un nouvel état d'équilibre articulaire grâce à plusieurs étapes. Chaque étape est analysée et commentée avec le chirurgien qui reste au courant de l'évolution.

Le principe général est de passer d'une épaule raide et/ou douloureuse à une épaule souple et indolore. Dans un second temps, le rétablissement du contrôle actif du déplacement du

membre supérieur dans certains plans de l'espace, l'augmentation de la force associée au soulagement des douleurs seront alors les objectifs à atteindre, en tenant compte du contexte et de la demande de patients généralement âgés. (Dauzac, C. KS N°503, Octobre 2009).

2.3.3 La rééducation post-opératoire

Il faut souligner qu'il existe de très nombreux points communs dans la rééducation des ruptures de coiffe et des autres pathologies de l'épaule. En effet le but est de décontracter les muscles de l'épaule, du bras et de la colonne cervicale. Il faut appréhender les problèmes dans leur globalité. Les douleurs de l'épaule ont entraîné des contractures musculaires, elles-mêmes responsables de contraintes exagérées sur les différentes articulations de l'épaule.

La détente musculaire sera obtenue par différents moyens incluant les massages et un travail de rééquilibrage des tensions musculo-ligamentaires par techniques manuelles passives et indolores. Ce travail doit faire prendre conscience au patient de l'équilibre des muscles qui régissent son membre supérieur et son tronc. La pouliothérapie est à proscrire car elle est trop brutale et risque d'endommager le travail du chirurgien.

Elle se fait en trois phases. Elle commence tôt à la clinique. En effet elle débutera dès le lendemain matin de l'intervention. Il s'agit d'une rééducation strictement passive et indolore réalisée par le kinésithérapeute dans un premier temps puis pratiquée par le patient dans un second temps grâce à des exercices autopassifs réalisés à l'aide de son bras valide entre J0 et J45. Ces exercices seront détaillés dans la partie suivante. Le patient doit avoir appris ces exercices en rééducation préopératoire, ce qui facilite la prise en charge et la compréhension des mouvements à effectuer. Entre les séances, le bras du patient devra être maintenu dans un gilet quatre à cinq semaines pour immobiliser celui-ci afin de le reposer.

Une phase de récupération de la mobilité active sera effectuée en principe entre J45 et J90, seulement après avoir récupéré les amplitudes articulaires complètes. L'entretien de cette mobilité passive est poursuivi par des mobilisations manuelles du rééducateur et par l'automobilisation. (EMC 26-210-A-10).

La phase de cicatrisation d'une épaule opérée dure trois mois. Tout mouvement douloureux retarde la cicatrisation et lorsqu'il est violent, il peut compromettre le résultat de l'intervention chirurgicale. La phase de guérison complète de l'épaule dure trois mois supplémentaires. Au total, après une intervention chirurgicale de l'épaule, le résultat définitif sera acquis après une période de six mois en dehors d'éventuelles complications.

La rééducation devra donc être poursuivie par la suite après le retour du patient à son domicile. Elle est incontournable et joue un rôle essentiel dans la récupération fonctionnelle de l'épaule. Dès la sortie, la principale activité du patient sera de faire chez lui ses exercices d'autorééducation appris avec le masseur-kinésithérapeute, trois à quatre fois par jour. Des poches de glace « Cool Pack » sont à administrer localement après les exercices.

Je vais tout particulièrement approfondir la description des exercices d'autorééducation, et non la prise en charge kinésithérapique globale du patient opéré de l'épaule dans ce mémoire car ces exercices représentent la partie la plus importante de la rééducation et détermineront l'évolution fonctionnelle de l'épaule à plus long terme.

2.3.4 Le programme d'autorééducation de l'épaule opérée

Il est constitué de multiples exercices réalisés par le patient lui-même et demande la plus part du temps la mobilisation du membre supérieur opéré grâce au membre controlatéral sain. Chaque exercice est à réaliser en respectant dix mouvements, avec le membre opéré le plus détendu possible. Ce membre ne doit pas participer de façon active dans ces exercices avant quarante-cinq jours. Un retour plus lent à la position initial est nécessaire. Ce programme est à réaliser trois fois par jour chez soi.

Ces exercices se déroulent en position assise, allongée puis debout. Ils permettent d'assouplir l'épaule et d'améliorer la mobilité de la scapulo thoracique d'une part. D'autre part, de façon autopassive le patient réalisera une élévation antérieure de l'épaule, des rotations latérales ainsi que des rotations médiales (plus tard dans la rééducation). En début et en fin de séance, des mouvements pendulaires seront effectués par le patient afin de relâcher au maximum les muscles de la région scapulo humérale. Ces mouvements ont un effet décoaptant et antalgique.

Les explications détaillées ainsi que les photos représentatives de ces exercices sont mises en **Annexe 4**.

2.4 L'éducation thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique va permettre au patient d'acquérir des compétences pour gérer les suites opératoires. Il s'agit notamment de l'acquisition de compétences d'autogestion (d'adaptation) et d'autosoins en lien avec la prise en charge de l'épaule opérée, les besoins et les attentes du patient.

Selon l'OMS (1998), « *l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient. Il vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer la qualité de vie. L'éducation devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie* ».

Selon la haute autorité de la santé (HAS), il s'agit d'un accompagnement thérapeutique centré sur la personne. Il a pour but de permettre au patient de devenir l'acteur et l'auteur de son soin. Le patient va acquérir des compétences propres à son état de santé pour savoir comment agir en toutes circonstances.

L'éducation thérapeutique du patient opéré de la coiffe est indispensable dès la première rencontre avec le patient. Elle débute par l'explication de la mise en place et du port du gilet ainsi que la mise en place du coussin sous l'épaule opérée lors des premières nuits. Elle se poursuit par l'explication et l'apprentissage des exercices d'autorééducation qui doivent être impérativement fait de façon auto passive et indolore les quarante-cinq premiers jours. Il est important d'insister sur le fait de ne pas utiliser son bras opéré de façon active lors des activités de la vie quotidienne pendant toute la phase de cicatrisation d'une durée de trois mois. Le masseur-kinésithérapeute a également pour rôle de vérifier à chaque séance la justesse des mouvements et de contrôler les progrès.

2.5 La psychologie du patient

2.5.1 La psychologie essentielle à notre formation

« *Le patient est une personne qui a une histoire et une économie psychique avant d'être touché par la maladie ou le handicap. A un même traumatisme chaque patient réagit différemment et, à notre étonnement, il n'y a pas obligatoirement de proportion entre la réaction de celui-ci et le traumatisme dont il souffre* ». (Michaud, P, KS N°430. Février 2003).

Il est donc nécessaire de tenir compte de l'histoire passée de la personne soignée et de ne pas justifier tous ses comportements à partir de la pathologie que nous soignons. Nous sommes prédisposés à dire que nous soignons donc une personne et non pas une pathologie.

La psychologie est également essentielle à notre formation dans le domaine de la prévention, qui est prédominante dans le cas d'une épaule opérée afin de ne pas retarder les délais de cicatrisation. Nous sommes confrontés à la personnalité de nos patients, angoissés pour certains, réalistes pour d'autres, dans la négation pour les derniers avec lesquels il est très difficile de travailler. Faire ce que nous leur recommandons équivaut pour eux à reconnaître leurs limites, les dangers pour leur corps, l'éventualité de la maladie et du handicap.

« Comprendre "l'étranger" ou ce qui nous semble "étrange" voilà à quoi sert l'enseignement de la psychologie. Il ne s'agit pas de devenir "psy" mais d'utiliser les modèles qu'elle propose pour pouvoir dans les cas difficiles arriver, par la relation au patient, à appliquer nos techniques de soins préventifs, palliatifs ou curatifs. Nous ne pouvons alors plus projeter simplement notre fonctionnement psychique sur l'autre, nous sommes obligés de l'apprendre. » (Barbeau J-C., Gouarné R., 2003).

Finalement, dans toutes ces approches, le kinésithérapeute pour réaliser son travail est obligé de tenir compte de la réalité psychique du patient, de son histoire, de ses traits de caractère et de son économie psychique. La relation, même si nous ne sommes pas enclins à l'approche psychologique, sera essentielle. Le plus souvent nous nous adaptons de façon simple, mais dans les cas difficiles, nous sommes obligés d'utiliser des concepts afin de percevoir le patient et son fonctionnement, concepts qui seront traités à la fin de mon mémoire.

2.5.2 Son impact dans la rééducation de l'épaule opérée

La douleur et la gêne fonctionnelle occasionnées par l'intervention persistent pendant les premières semaines post-opératoires. Dans le cas des ruptures dégénératives, il s'agit de patients qui souffrent déjà depuis plusieurs mois. Cette articulation est donc très appréhendée par le patient pendant cette période. Le chirurgien et le kinésithérapeute doivent lui faire prendre conscience qu'elle est longue à rééduquer, qu'elle relève d'un suivi à la lettre des exercices kinésithérapiques selon les phases et les délais du protocole de rééducation. Cela demande donc une certaine rigueur de la part du patient qui n'est pas toujours respectée.

Mais alors comment expliquer que certains patients récupèrent mieux et plus rapidement que d'autres au niveau fonctionnel, que certains souffrent plus longtemps que d'autres. Est-ce seulement lié à la pathologie initiale et à l'intervention ou y a-t-il un autre facteur déterminant qui rentre en jeu dans l'évolution fonctionnelle postopératoire.

J'ai penché mes observations sur les exercices d'autorééducation qui demandent une grande concentration de la part du patient, une surveillance et des conseils stricts de la part du kinésithérapeute pour obtenir le résultat là où il faut sans compensations. J'ai remarqué de grandes différences dans la réalisation de ces exercices suivant le patient. Certains faisaient mal l'exercice même après plusieurs démonstrations de ma part, d'autres le faisaient trop rapidement, ne respectaient pas le nombre de mouvements par série ou les exercices duraient trop longtemps. Quelques patients allaient même jusqu'au-delà des limites articulaires possibles et déclenchaient ainsi des douleurs. Je me suis rendu compte que chaque patient était différent, qu'il adoptait un comportement unique dans la réalisation de ses exercices; que le contexte psychologique était très important dans ce type de rééducation.

Je me suis donc confronté chaque jour à des problèmes différents selon les sujets. Je me suis donc intéressé directement aux patients présentant des traits de caractère bien marqués, entrant dans la catégorie de personnalités nommées « difficiles » afin de comprendre comment cela pouvait interagir directement avec leur autorééducation.

2.6 Les personnalités dites « difficiles »

2.6.1 Qu'entend-on par « personnalités difficiles »

Des livres entiers ont été écrits sur la définition de la « personnalité » mais on peut résumer en disant qu'elle est synonyme de ce que nous appelons dans le langage courant le « caractère ».

Les traits de personnalité sont donc caractérisés par les manières habituelles dont on perçoit son environnement et sa propre personne, et les manières habituelles de se comporter et de réagir. Ils se définissent souvent par des adjectifs : sociable, autoritaire, altruiste, méfiant, consciencieux... (Lelord, F., André, C., Mars 2000).

La différence entre trait de caractère et état caractériel constitue un des thèmes de recherche majeurs des psychologues et des psychiatres quand ils essaient de définir une personnalité. Mais lorsque deux personnes parlent de la personnalité d'une troisième personne qu'elles

connaissent, elles aussi discutent souvent sans le savoir de la différence entre trait (caractéristique constante) et état (état passager lié aux circonstances). Il est important de détecter cela chez son patient pour cerner et distinguer sa personnalité et l'état passager qu'il peut avoir lors de certaines séances. Un patient dépressif peut exprimer sa joie s'il voit des améliorations vis-à-vis de sa rééducation mais cet état est souvent éphémère (il constate que son état s'est peu amélioré) ce qui l'amènera à retomber dans la dépression et peut être à négliger sa rééducation par la suite. Il faut donc détecter ce genre de comportement mais aussi la personnalité du patient qui lui est propre. Cette détection se réalise grâce à plusieurs stades : apprendre à connaître la personne aux fils des séances, observer et interpréter ses réactions face aux exercices, déceler un changement d'attitude temporaire par rapport au comportement habituel.

« Imaginons que je sois plutôt méfiant. Si cette méfiance reste modérée face à des gens que l'on ne connaît pas et que, suite à plusieurs phases de contact avec ces mêmes personnes, je fasse confiance à ces gens, ma méfiance est simplement un trait de personnalité qui peut m'éviter de « me faire avoir ». En revanche si je suis toujours très méfiant et que je n'arrive toujours pas à faire confiance aux gens même les mieux intentionnés, tout le monde me trouvera vite pénible, je me sentirai moi-même toujours sur le qui-vive, et je perdrai sans doute l'occasion de nouer de réels liens avec ces personnes ». (Lelord, F., André, C., Mars 2000).

Cela pourrait amener le patient dans le cas d'une rééducation, à ne pas comprendre que les exercices sont pour son bien et refuser de les faire par manque de confiance. Dans ce cas sa méfiance fait de lui une véritable « personnalité difficile ».

On peut donc dire qu'une personnalité devient difficile quand certains traits de son caractère sont trop marqués, ou trop figés, inadaptés aux situations, et qu'ils entraînent souffrance pour soi-même ou pour autrui.

2.6.2 Comment sont classées les personnalités difficiles et pourquoi les classe-t-on ainsi ?

Selon l'OMS et la dernière version de l'Association de psychiatrie américaine (DSM-IV), il existerait une douzaine de grands types de personnalités qui semblent se retrouver dans tous les pays et à toutes les époques. Parmi celles-ci on peut trouver la personnalité anxieuse, hyperactive (type A), dépressive, dépendante, paranoïaque ect... Ces personnalités ne

représentent évidemment pas tous les types de personnalités difficiles que nous pouvons rencontrer, mais nous avons des chances de les reconnaître souvent.

Mais à quelle fin doit-on classer les gens. *« C'est une critique que l'on entend souvent à propos des classifications en psychologie ; elles ne servent qu'à étiqueter les gens, en les mettant dans une « case », alors que les êtres humains sont infiniment variés, et essentiellement inclassables. »*. (Lelord, F., André, C., Mars 2000).

Connaître quelques types de personnalité ne nous empêche pas d'apprécier les relations quel qu'elles soient sans forcément chercher à les classer. Mais en cas de besoin, connaître un peu plus les traits de caractères des personnalités difficiles nous aidera à prévoir la réaction de ces personnes selon la situation et donc de mieux la gérer. Pour les psychiatres et les psychologues, identifier certains types de personnalité permet de mieux comprendre leurs réactions dans différentes situations et d'améliorer sans cesse les psychothérapies cognitives qu'on peut leur proposer afin d'établir quelques règles de base à respecter. Les classifications présentent un intérêt. Elles sont nécessaires à toute science de la nature, qu'il s'agisse d'étudier les populations, la société, les maladies ou les caractères.

2.6.3 Les personnalités mixtes et multiples

Il existe de nombreuses formes de personnalités mixtes qui mélangent deux voir trois personnalités et présentent donc les traits de caractères principaux de chacune. Elles compliquent encore plus la gestion de ces personnes et l'adaptation de l'entourage dans la vie de tous les jours.

Il faut les différencier des personnalités multiples où la personne se présente successivement sous plusieurs personnalités très différentes les unes des autres. Dans la forme typique, chaque personnalité a une amnésie des autres, c'est-à-dire qu'elle ne se souvient peu ou pas de ce que les autres personnalités ont pu dire, faire ou penser. Bien qu'elle soit rare, nous pouvons la rencontrer en tant que rééducateur.

2.7 Relation praticien-malade et personnalité

« La relation praticien-malade, structurée autour d'une demande et d'une offre de soins, lieu de compétence, de méthode et de rigueur technique, est une relation intersubjective, régie par des ressorts affectifs qui lui confèrent un extraordinaire pouvoir d'influences réciproques et en font une source majeure de frustrations et de blocages, mais

aussi, à l'opposé, de mobilisation et de motivation pour tout projet thérapeutique de longue durée. » (Grimaldi, A., Cosserat, J., 1998).

La relation praticien-malade est, en bonne partie, conditionnée par les attitudes adoptées par le patient face à sa maladie et par les réactions que de telles attitudes induisent chez le praticien.

Prise de conscience, motivation et engagement effectif ne vont jamais « de soi » et supposent un véritable travail de maturation psychique chez le patient, et un travail non moins laborieux et créatif, chez le praticien.

Les effets de l'organisation de la personnalité du patient sur la relation praticien-malade concernent le praticien non psychiatre, autant sinon plus, que les psychiatres eux-mêmes. Il est d'usage en psychopathologie, de définir des « personnalités pathologiques », caractérisées par une association stable de traits de personnalité qui, en raison de leur présence excessive, de leur rigidité ou de leur aspect plus ou moins inadapté aux conditions d'environnement, constituent une source de souffrance individuelle ou de dysfonctionnement relationnel et social. (Grimaldi, A., Cosserat, J. 1998).

Si une proportion limitée d'individus peut être classée dans une, voire plusieurs catégories psychopathologiques, on peut également s'intéresser, dans une approche « dimensionnelle », à la présence plus ou moins marquée de chacun de ces regroupements caractériels chez tout individu.

Quand aux individus qui, sans souffrir d'une pathologie de la personnalité présentent des traits accusés de tel ou tel « type » de personnalité, leur style relationnel va infléchir, de manière plus ou moins « prévisible », la relation praticien-malade.

De telles interactions sont par conséquent utiles à connaître pour un maniement plus averti de la relation de soins.

3. La problématique théorique

3.1 L'enquête exploratoire

3.1.1 Les raisons de l'enquête

Comme le souligne Eymard, Thuilier et Vial (2004), l'enquête permet de "*tester la pertinence de l'objet de recherche au terrain des pratiques*" et de "*se distancer de ses à priori*". Ainsi elle va pouvoir confirmer ou invalider le constat personnel évoqué précédemment.

A travers cette enquête, nous allons recueillir des informations qui vont nous permettre de connaître le type de personnalité auquel correspond le patient. Il n'est pas applicable à tous les patients car nous ne pouvons pas étiqueter tous les patients de la sorte d'un point de vue éthique. Cependant cette enquête s'avère nécessaire face à un sujet présentant une personnalité difficile et montrant un comportement excessif, afin de connaître ses traits de caractères principaux pour mieux le comprendre.

Les objectifs de cette enquête sont :

- De se renseigner sur le mode de vie et les traits de caractère du patient.
- De déterminer si le patient appartient à une personnalité « difficile ».
- De découvrir si le sujet peut correspondre à une personnalité dite mixte.

3.1.2 Le terrain de l'enquête et la population

Cette étude a été réalisée auprès de patients opérés de la coiffe des rotateurs. Il s'agit d'un homme et d'une femme présentant un comportement très particulier pendant les séances par rapport aux autres patients. Ils effectuent leurs séances au cabinet de kinésithérapie de la clinique François Chénieux, à raison de trois séances de rééducation par semaine.

Ces patients ont été opérés d'une rupture de la coiffe à la clinique, ils ont rencontré le kinésithérapeute très rapidement après leur opérations afin d'avoir les divers conseils thérapeutiques et le début du protocole d'autorééducation.

Ils sont à différents stade de la rééducation mais suivent le même protocole de rééducation.

3.1.3 Choix de l'outil de l'enquête

L'outil choisi est le questionnaire. Eymard, Thuilier et Vial (2004) le définissent comme « *une série de questions ouvertes ou fermées* ».

Eymard (2004) souligne que le but du questionnaire n'est pas « *de renseigner sur ce que les gens font, mais plutôt sur ce qu'ils déclarent faire dans telle ou telle situation ou sur leurs conceptions* » ce qui donne les limites de l'utilisation d'un tel outil.

Cette enquête est composée de trois mini-questionnaires de psychologie composés chacun de dix questions fermées. Ils sont tirés du livre « *Comment gérer les personnalités difficiles* » écrit par François Lelord et Christophe André, selon le modèle multiphasique.

Ils permettent d'évaluer précisément les principaux éléments de la personnalité grâce à des affirmations ou négations qui sont proposées au sujet qui indique à chaque fois s'il souscrit à la proposition ou s'il la refuse. (Leif, J., Delay, J., Guillarmé, J.J. 1968).

Un premier questionnaire transmis au patient sera le questionnaire de la personnalité que je pense être dominante chez ce patient, après contact préalable avec celui-ci.

Un deuxième questionnaire sera donné au patient, il s'agira d'une personnalité qui pour ma part, ne lui correspond aucunement.

Un troisième questionnaire rempli par le patient permettra de voir s'il peut appartenir également à une deuxième personnalité et confirmera mes doutes sur les éventuels traits de caractères pouvant l'inclure dans la forme mixte.

Je n'ai pas pu faire remplir l'ensemble des questionnaires représentatif de chaque personnalité, cela aurait pris énormément de temps pour le patient. Les consultations de rééducation étant assez courtes, je me suis permis de centrer mes questionnaires comme expliqué plus haut afin de mettre en relief les aspects comportementaux dominants.

Le nom des personnalités difficiles n'est pas apparu sur mes questionnaires lorsque les patients les ont remplis, afin de ne pas les influencer à cocher plutôt vrai ou plutôt faux en fonction de telle ou telle personnalité.

3.1.4 Le protocole de l'enquête

Les réponses aux questions se sont effectuées par un entretien individuel après une séance de rééducation. J'ai demandé aux patients de répondre de façon rapide et concise aux questions simples des situations de la vie quotidienne décrites par les questionnaires.

3.1.5 Le traitement des données

Le traitement des données se fera de façon quantitative et l'analyse des résultats sera qualitative. Il s'agit d'observer les réponses (traitées en pourcentage) du sujet afin de dégager globalement ses traits de caractère principaux et par conséquent l'appartenance à une personnalité difficile.

Les réponses aux questionnaires sont traitées en **Annexe 5 et 6**.

3.1.6 Résultats

Les résultats et leur analyse seront vont mettre en évidence l'aspect comportemental le plus représentatif chez ces deux patients (**Annexe 7**).

Après avoir obtenu l'ensemble de ces données, nous pouvons donc affirmer que Monsieur A a répondu plutôt vrai à toutes les formulations détaillant l'ensemble des traits de caractère de la personne hyperactive. Grâce à ce questionnaire, nous pouvons dire que dans la vie de tous les jours, il présente énormément d'aspects types du comportement hyperactif. On remarque également qu'il présente quelques aspects du comportement anxieux, qui peuvent être souvent associés à la personnalité hyperactive dans le style de vie. Cependant, cela n'est pas assez représentatif pour l'inclure dans une forme mixte. Les réponses au dernier questionnaire confirment que ce patient n'appartient pas du tout au genre obsessionnel. Nous pouvons alors affirmer que Monsieur A rentre dans le cadre d'une personnalité difficile : l'hyperactif.

On remarque chez Madame B qu'elle a également répondu « plutôt vrai » à toutes les propositions caractérisant la personnalité dépendante. On remarque qu'elle présente comme Monsieur A quelques aspects de la personnalité anxieuse. Ces aspects anxieux liés au comportement dépendant ne sont pas bénins, ils existent la plupart du temps et sont souvent liés à la peur d'être abandonné. Ils seront détaillés dans la description de la personnalité dépendante dans la partie suivante. Mais les résultats ne sont pas suffisants pour inclure Madame B dans une forme mixte dépendante-anxieuse. De même les réponses au questionnaire sur la personnalité hyperactive ne sont pas du tout représentatives de

l'appartenance au profil de type A chez Madame B. Grâce à ces questionnaires, nous pouvons donc inclure Madame B dans la forme complexe : dépendante.

4. Question de recherche

Nous pouvons ainsi nous demander : *Quels peuvent-être les freins vis-à-vis de l'autorééducation chez les personnes présentant une personnalité difficile ?*

Face à cette problématique, je suppose que les traits caractères propres aux patients peuvent se refléter dans leur façon de réaliser le protocole d'autorééducation.

A travers ce mémoire de recherche, je vais décrire les deux personnalités types que j'ai pu déceler grâce aux questionnaires préalables, pour mettre en évidence les traits de caractères principaux de ces profils ainsi que leur façon d'être au quotidien. Puis dans un second temps j'observerai et j'analyserai comment ces patients effectuent leur protocole d'autorééducation afin de mettre en évidence si le facteur personnalité peut être un frein à la prise en charge kinésithérapique chez ces patients. Il serait envisageable que ces deux types de personnalité rencontrés mettent en avant des difficultés quand à la bonne réalisation des exercices d'autorééducation.

Nous verrons finalement comment il est possible de s'adapter en tant que masseur-kinésithérapeute afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles.

4.1 La personnalité hyperactive (Type A)

Selon Friedman (1959), « *La personnalité de type A à été définie comme une conduite caractérisée par une hyperactivité, un sentiment d'urgence, un énervement facile, ou un hyper-investissement professionnel. Ces patients semblent avoir un risque de maladies cardio-vasculaires (notamment l'insuffisance coronarienne avec un risque d'infarctus du myocarde) multiplié par deux par rapport aux personnalités normales.* »

Les grandes lignes du comportement de type A autrement dit la personne hyperactive se projette en trois axe.

Tout d'abord la personne de type A est en lutte perpétuelle contre le temps. En général, ce sont des personnes **impatientes, soucieuses d'aller plus vite ; elles compriment le maximum de choses à faire dans un temps limité** mais soucieux d'exactitude.

En effet, cette personne décrit souvent que l'urgence est pour elle un « dopant ». Elle fait tout vite, elle fait plusieurs choses à la fois et s'impatiente facilement. Elles sont même parfois intolérantes face à la lenteur du monde extérieur qui les entoure.

De plus ce sont des gens qui ont un sens aiguisé de la compétition. Ils ont tendance à vouloir « gagner » même dans les situations anodines de la vie courante, lors de la conversation ou même pendant des activités sportives ou des loisirs.

Enfin, le comportement hyperactif est caractérisé par un engagement plus important dans l'action. Ce sont des personnes qui travaillent beaucoup par rapport à la moyenne, qui prennent leurs activités à cœur et transforment souvent leurs loisirs en tâches, orientées vers un but.

« Pour le type A, tout évènement de la vie courante se présente comme un défi. Il veut maîtriser toutes les situations. Il a tendance à avoir des réactions de stress plus intenses, plus prolongées et plus fréquentes que la moyenne. Ces problèmes de stress excessif peuvent favoriser l'apparition des signes d'algoneurodystrophie mais aussi de tensions au niveau des trapèzes et de la zone nucale. » (Lelord, F., André, C., Mars 2000).

Souvent il ne respecte pas la phase de récupération, ce qu'il supportera bien tant qu'il est jeune et en pleine forme. Mais plus il avance en âge et plus il risque « la surchauffe ». Leur principale difficulté dans la vie de tous les jours est de « ralentir ». Cela peut créer de graves soucis de santé par la suite. Ces situations doivent interpeller le masseur-kinésithérapeute.

4.2 La personnalité dépendante

Selon Aaron T. Beck, la personnalité dépendante est un type de personnalité qui est souvent caractérisé par l'incapacité de fonctionner correctement de façon autonome.

La personne atteinte de ce trouble possède une attitude soumise, voire passive, et une peur prononcée de la solitude et des ruptures. Ce trouble touche 2% de la population générale avec la même équivalence pour les hommes et les femmes. La prévalence est plus élevée chez les patients chez qui on diagnostique d'autres psychopathologies (dépression, trouble anxieux notamment). (Feisthammel, D., Isasa, C., Massot, P., 2007)

Il semble que la peur de l'abandon en soit une cause fondamentale, comme pour le trouble de la personnalité borderline qui peut coexister. Si ces deux personnalités peuvent provoquer un abandon de peur de se faire abandonner, la personnalité dépendante n'a pas de sauts d'humeur et ne subit pas ces émotions, bien qu'il puisse y avoir hyper-anxiété face au risque de rejet.

Selon les critères de l'association de psychiatrie américaine DSM-IV, le sujet dépendant présente un besoin général et excessif d'être pris en charge qui conduit à un comportement soumis et "collant" et à une peur de la séparation, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- Le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui ;
- Il a besoin que d'autres assument les responsabilités dans la plupart des domaines importants de sa vie ;
- Il a du mal à exprimer un désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation.
- Il a du mal à initier des projets ou à faire des choses seul (par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque de motivation ou d'énergie). Il est préoccupé de manière irréaliste par la crainte d'être laissé à se débrouiller seul.
- Il cherche à outrance à obtenir le soutien et l'appui d'autrui, au point de faire volontairement des choses désagréables ;

La personnalité dépendante coexiste souvent avec d'autres problèmes de personnalité et de l'humeur difficiles à distinguer. Le degré selon lequel des comportements dépendants sont considérés comme adaptés varie selon l'âge et le groupe socioculturel.

5. Problématique méthodologique

5.1 Hypothèse de recherche

Après avoir présenté les personnalités difficiles chez les deux patients dans le chapitre précédent, je vais proposer mon hypothèse de recherche.

Je suppose que les traits de caractères principaux affectant les patients peuvent se refléter dans leur comportement lors de la réalisation du protocole d'autorééducation. Je soumetts donc l'idée que la personnalité du patient peut avoir une influence sur la réalisation de ces exercices.

Pendant la séance d'autorééducation, si la personnalité difficile et donc le comportement complexe du patient engendre divers problèmes quand à la bonne réalisation des exercices d'autorééducation, cela pourrait générer d'éventuelles complications et constituer un frein à la prise en charge kinésithérapique de la rupture de coiffe opérée.

5.2 Méthode de recherche

L'observation est la technique la plus usuelle de recueil et d'analyse des données verbales et non verbales. Elle permet d'avoir une approche sur le comportement manifeste plutôt que sur des déclarations de comportement.

L'observation peut être une méthode pour la description de comportement ou une méthode de vérification des hypothèses.

Les grands principes sont la neutralité de l'enquêteur, le repérage des comportements (verbaux et non verbaux) tels qu'ils se produisent et au moment où ils se produisent et la systématisation du relevé d'informations. L'enregistrement des informations doit être simple et exhaustif.

Mon observation fut calquée sur la méthode d'observation non-participante, plus précisément non-participante et directe. Elle consiste à observer le phénomène que l'on étudie dans le lieu et l'instant où il se produit.

Il s'agit d'une observation systématique pratique dans le cadre défini d'une recherche, selon des règles précises et en vue de tester des hypothèses. Dans cette étape, il n'y a pas d'orientation précise. Le but est de relever le plus grand de nombre d'informations possible qui sont liées aux phénomènes ou aux comportements étudiés, sans priorité d'importance ou d'ordre.

J'ai donc décidé de créer une grille d'observation des exercices d'autorééducation.

5.3 Choix de la population

Pour réaliser mon étude, j'ai observé les deux patients présentant une personnalité difficile établit suite aux résultats du questionnaire préalable. Cette observation a été réalisée lors de la séance de rééducation suivante, une fois le questionnaire rempli et analysé.

Ces deux patients ont déjà appris par l'intermédiaire du kinésithérapeute l'ensemble des exercices d'autorééducation qu'ils doivent effectuer chez eux plusieurs fois par jour. Ils ont normalement l'habitude de réaliser ces exercices de façon autonome afin d'améliorer la mobilité et la fonctionnalité de leur épaule. Je les ai prévenus au préalable que je les observerai pendant la réalisation de leurs mouvements, sans néanmoins intervenir pendant les exercices. Je leur ai demandé de me montrer le protocole d'autorééducation appris par le kinésithérapeute.

5.4 Outil d'enquête

Dans le cadre d'une observation directe, la grille d'observation est un système de catégories qui intervient à la fois pour le codage des comportements observés et l'analyse de données qualitatives.

Cette grille doit être établit selon différentes matrices qui permettent d'affirmer la qualité heuristique de la grille d'observation par rapport au phénomène étudié. Elles démontrent aussi la rigueur avec laquelle cette grille est utilisée.

Ces matrices permettent de mettre en évidence les critères, les indicateurs et les indices sur lesquels je me suis basée pour établir une grille d'observation des exercices d'autorééducation propre à l'épaule opérée.

A l'intérieur de cette grille j'ai ajouté une colonne *réactions du patient et remarques éventuelles du masseur-kinésithérapeute*. Cela me permettra de comprendre comment le patient ressent chaque mouvement effectué, s'il est tendu ou relâché pendant ces exercices. Les réactions du patient émises pendant l'exercice seront notées directement, s'il n'émet aucunes réactions j'interviendrai après la phase d'observation afin de questionner le patient sur ses difficultés ou son ressenti par rapport à tel ou tel exercice (**Annexe 8 et 9**).

Nom du patient : sa pathologie et la date de son opération (+complications si existantes) + personnalité dominante

CRITERES <u>Exercices d'auto-rééducation de l'épaule opérée.</u>	INDICATEURS	INDICES	<i>Réaction du patient lors de l'exercice & remarques éventuelles.</i>
Petits ronds (assis)	<p>Réalisation du mouvement</p> <p><i>Respect de la position initiale et de la dynamique du mouvement.</i></p> <p><i>Retour à la position initiale complète nécessaire.</i></p> <p><i>Amplitude physiologique respectée selon la phase de prise en charge.</i></p> <p>Vitesse et respect du nombre de mouvements par série</p> <p><i>Adapter le geste avec une vitesse moyenne.</i></p> <p><i>Respect de 10 mouvements par série d'exercices.</i></p> <p>Douleur</p> <p><i>La douleur ne doit pas apparaître pendant les exercices d'autoéducation, il est primordial que le patient reste en dessous du seuil douloureux.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ample ou brusque. - Retour ou non à la position initiale complète suite au mouvement - Dépasse l'amplitude physiologique, ne l'atteint pas. - Utilise son membre sain pour soutenir le malade 	<ul style="list-style-type: none"> • Comment ressent-il le mouvement ? • Ressent-il une amélioration • Ressent-il une gêne fonctionnelle ? • Est-il tendu ou relâché
Mouvement de la scapulo-thoracique (assis)			
Elévation auto-passive (allongé)			
Balancier (debout)			
Le prêche (debout)			
Elévation auto-passive (debout)			
Rotation externe R2 avec appui sur le mur (debout)			
Rotation interne auto-passive, mains derrière le dos (debout)			
Pendulaire (debout)			

5.5 Méthodologie d'analyse

Il est bien évident qu'il est impossible d'interpréter ce genre de grille de façon quantitative par rapport à ma recherche. J'ai donc décidé de réaliser une analyse qualitative des données brutes recueillies à l'aide de cette grille. Je vais tenter une analyse globale des différents indices par rapport aux indicateurs afin de dégager un comportement dominant chez l'individu lors de la pratique de ces exercices.

5.6 Résultats

5.6.1 Analyse de la grille du sujet hyperactif

Tout d'abord, on remarque chez Monsieur A qu'il effectue en général bien ses mouvements. Cependant ils sont parfois réalisés de façon brusque. Il a tendance à vouloir amplifier le mouvement et à gagner en amplitude. On voit même que pour l'exercice du prêche il n'hésite pas à modifier son mouvement pour gagner en rotation latérale. Il insiste pour réaliser des mouvements encore très difficile pour lui à son stade de la rééducation.

De plus, on constate chez ce sujet une rapidité globale de la réalisation des mouvements. Il effectue même parfois des mouvements très rapides. Il ne respecte pas le nombre de mouvements indiqués par série d'exercice, il réalise toujours plus de mouvements que la norme imposée.

On observe que la douleur apparaît dans certains mouvements. On remarque que cette douleur apparaît en fin d'amplitude du mouvement. En associant la réalisation du mouvement colonne 2, on remarque que cette douleur apparaît lorsque le patient cherche à gagner en amplitude. Elle est donc déclenchée par l'excès d'amplitude.

Enfin, grâce aux réactions du patient et à mes observations, j'ai constaté chez le patient certaines tensions au niveau de la nuque et de la région trapézienne, une tension palpable permanente au niveau du membre opéré. Il n'est pas assez détendu pendant la réalisation des mouvements. Il est parfois agacé de ne pas récupérer rapidement une amplitude convenable lors d'un mouvement. Cela le tracasse.

5.6.2 Analyse de la grille de la personne dépendante

Tout d'abord, on remarque chez madame B que la globalité des mouvements n'est pas bien réalisée. La position des membres n'est pas bonne, elle associe souvent d'autres mouvements de compensation. De même, les mouvements autopassifs révèlent l'utilisation du membre opéré en actif. Elle hésite à prendre l'initiative sur certains mouvements.

De plus, on observe que les mouvements sont en général légèrement rapides. Elle oublie de compter le nombre de mouvement par série, elle semble distraite. Elle en fait parfois trop et d'autre fois pas assez.

On constate également que certains mouvements provoquent des douleurs. Il s'agit des mouvements mal réalisés ou ceux qu'elle effectue en utilisant son bras opéré de façon active ; il n'est plus relâché.

D'après les réactions du patient et mes observations, on remarque qu'elle demande souvent l'avis du kinésithérapeute pour savoir si elle réalise bien son mouvement ou pas. Elle exprime même le fait d'avoir des difficultés à réaliser certains mouvements si le kinésithérapeute n'est pas présent pour l'aider. Elle a peur de déclencher des douleurs si c'est elle qui réalise le mouvement, elle me demande mon aide pour éviter cela. Cette personne hésite même à me demander si elle peut arrêter ses mouvements sur un exercice déclenchant une douleur.

J'ai donc pu constater chez cette dame un manque total de confiance en elle, elle cherche l'avis du praticien en permanence. Autrement dit elle prend peu d'initiative seule et a peur de mal faire si elle n'a pas le soutien du praticien.

6. Discussion

Les résultats obtenus montrent un comportement spécifique chez ces deux patients lors de la réalisation des exercices d'autorééducation. On remarque chez ses deux patients qu'un bon nombre de traits de caractères représentatifs de leur personnalité est plus ou moins reflété lors de ces exercices.

Des ouvrages sur la psychologie de la santé affirment que « *de nombreux facteurs interviennent dans les variations des comportements de santé, parmi lesquels les facteurs dispositionnels comme la personnalité.* » (Montreuil, M., Doron, J. 2006)

La personnalité du sujet, ses traits de caractères et ses habitudes comportementales peuvent donc influencer la rééducation de l'épaule opérée. Mais alors en quoi cela est-ce gênant pour

le déroulement de la prise en charge kinésithérapique ? Y a-t-il une répercussion fonctionnelle vis-à-vis de ce comportement ?

Prenons le cas de Monsieur A, qui a trop intensifié sa rééducation pendant la phase de cicatrisation tendineuse. Il a été victime de douleurs très importantes et de raideurs à l'épaule qui ont amené le masseur-kinésithérapeute à suspecter une capsulite rétractile deux mois après l'opération. Ce patient a dû arrêter son protocole d'autorééducation pendant une période afin de diminuer la douleur devenue insupportable, grâce à un repos articulaire et des moyens comme le TENS et du glaçage. Il a donc fallu s'adapter en tant que masseurs-kinésithérapeute pour revenir à un état antérieur de la rééducation, reprendre la rééducation des premiers jours qui suivie l'opération puis de revenir progressivement à la mise en place du protocole d'autorééducation. C'est un problème à la fois pour le masseur-kinésithérapeute mais aussi pour le patient qui s'est vu augmenter son temps de prise en charge, déjà très long dans le cas d'une épaule opérée. Des délais augmentés sur une rééducation déjà longue peuvent avoir comme conséquence un retentissement social et psychologique plus important chez ces personnes.

Prenons le cas de Madame B, qui prend peu d'initiative pour réaliser ses mouvements, et qui sont en général mal réalisés. J'ai constaté qu'elle présentait une raideur résiduelle de l'épaule en élévation antérieure et en abduction par rapport aux autres patients qui ne présentaient pas de difficultés à réaliser leurs exercices et dont la personnalité ne présentait pas de traits de caractères apparents.

J'ai donc pu constater des complications plus ou moins importantes chez des patients présentant une personnalité « difficile ». Existe-t-il cependant des profils comportementaux protecteurs pour la santé ? Autrement dit dans le cas de ma recherche, est-ce que certains traits de caractère peuvent favoriser le bon déroulement du protocole d'autorééducation ?

Mais alors quels moyens pouvons-nous mettre en œuvre pour améliorer la pratique de l'autorééducation et ainsi peut-être éviter certaines complications. Comment s'adapter en tant que masseur-kinésithérapeute au quotidien en fonction de ces patients ?

La psychologie de la santé cherche à identifier les différents facteurs d'influence et leurs interactions et ainsi de proposer des solutions adéquates. La mise en œuvre de cette approche

holistique requiert donc au préalable de la part des praticiens de la santé une reconnaissance de l'importance et du rôle des facteurs psychiques et sociaux dans le domaine. (Montreuil, M., Doron, J. 2006)

Afin de s'adapter et ainsi mieux gérer ces cas complexes, il est préférable d'orienter la relation praticien-malade par la suggestion de quelques recommandations à l'usage du praticien.

Pratiquer la kinésithérapie, c'est au quotidien savoir apprécier et pratiquer la relation praticien-malade. « *Elle permet de garder un regard attentif et être disposé à s'interroger sur ces multiples interactions et sur les liens bidirectionnels qui relie santé physique d'un côté, vie psychique et environnemental social, de l'autre.* » (Grimaldi, A., Cosserat, J., 1998).

Je vais suggérer des conseils appropriés aux deux types de personnalités rencontrées afin d'influencer et d'améliorer la rééducation. Ils seront décrits dans le chapitre « perspective ».

6.1 Critique méthodologique

Suite à ce travail théorique et pratique, je suis à même de constater certains biais et insuffisances dans ma démarche.

En effet, d'un point de vue éthique, il n'est pas possible de catégoriser chaque patient. Seule une proportion limitée d'individus peut être classée dans une, voire plusieurs catégories psychopathologiques. Il est cependant important d'avoir une approche psychologique avec chaque patient afin de repérer d'éventuels traits de caractères appartenant à l'une de ses personnalités pour pouvoir s'adapter au mieux en tant que praticien.

A l'heure actuelle, ces profils sont largement remis en question et les études récentes s'intéressent plus à des traits spécifiques de la personnalité qui peuvent être déterminants dans l'autogestion de la rééducation chez ces patients.

La grille d'observation reflète ce qu'à fait le patient à un instant donné, pendant une séance. Des événements de la vie quotidienne ont pu faire ressortir et renforcer les traits de caractère du sujet et ainsi influencer la réalisation des exercices cette semaine là. Lors des séances suivantes, le patient hyperactif a parfois réalisé ses exercices lentement et calmement sans

dépasser les amplitudes. De même pour la patiente de type dépendante, elle a quasiment réussi à réaliser seule sa série d'exercices sans me demander conseil.

C'est pourquoi il est important de connaître son patient et savoir détecter les moments où sa personnalité peut ressortir de façon évidente afin d'agir selon les circonstances.

7. Perspective et conclusion

7.1 Perspective

Dans cette partie, je vais essayer de répondre à la question faisant suite à ma discussion : « *comment s'adapter en tant que masseur-kinésithérapeute* ». Grâce à une série de conseils basés sur la relation praticien-malade, je vais tenter de décrire quelques moyens simples permettant au mieux de s'adapter en fonction des deux profils décrits dans ce mémoire.

Chez la personne de type A, il est désirable tout d'abord être fiable et exact. Il est préférable de respecter les horaires des rendez-vous car elle supporte mal d'attendre et devient vite irritable. De même il faut que les explications des exercices soient concises et utiles.

De plus il est souhaitable de valoriser avec ce patient le sens du défi dans les exercices de rééducation. Pour cela, nous pouvons insister sur le fait que s'il veut récupérer plus vite et plus rapidement, il faudra qu'il apprenne à se relâcher et à respecter à la lettre le protocole. C'est le principal « défi » qu'il doit viser pour être « performant » dans sa rééducation. Il est envisageable de lui expliquer que le fait de faire trop de mouvements ou de vouloir augmenter ses amplitudes précocement est néfaste pendant la phase de cicatrisation.

Enfin, nous pouvons aider le patient à relativiser. Le type A a tendance à dramatiser toute situation dans laquelle il faut atteindre un objectif. Pour cela, il est prêt à se déclencher une réaction de stress maximale, sans égard pour son organisme. Il est souhaitable de le ralentir avant qu'il ne craque. Des méthodes de relaxations en plus des séances de rééducation peuvent être entreprises avec cette catégorie de personne afin de leur faire découvrir les joies de la détente.

D'un point de vue relationnel, il est préférable cependant éviter de trop le contredire. De nature compétitive et aiguë d'un sens de la négociation, il va aussitôt vouloir « gagner » et le

débat risque de s'échauffer de part et d'autres. Il ne faut donc pas se laisser entrainer dans des compétitions inutiles avec lui, il faut privilégier l'écoute puis exprimer ses idées.

Chez la personne dépendante, il serait souhaitable tout d'abord d'essayer de renforcer ses initiatives plutôt que ses réussites et l'aider à banaliser ses échecs. Entourée de personnes qu'elle imagine plus compétente qu'elle, la personne dépendante redoute les critiques et les initiatives. Il ne faut donc pas renforcer cette image. Il est nécessaire d'être toujours attentif lorsque nous serons amenés à la critiquer ou à valoriser ses initiatives, même si les résultats ne sont pas toujours au rendez-vous. Il est préférable d'adapter la difficulté des différents exercices, ne pas placer la barre trop haut chez ce genre de personne afin qu'elle n'ai pas peur d'oser faire un mouvement.

De plus, lorsque ce genre de patient nous demande des conseils, il est souhaitable de lui demander d'abord son point de vue personnel avant de lui répondre, d'essayer de la pousser à entreprendre elle-même la réalisation des mouvements en procédant par étapes si nécessaire afin qu'elle gagne en autonomie. Nous devons lui faire comprendre qu'elle est capable de réaliser des choses sans notre présence, sans qu'elle prenne cela pour un rejet.

Il faut éviter de prendre les décisions à sa place, même si elle nous en fait la demande expresse. Il ne faut pas l'aider directement à chaque fois qu'elle est en difficulté. Cependant il ne faut pas non plus l'abandonner complètement « pour lui apprendre à se débrouiller seule ». Il serait souhaitable d'éviter de critiquer frontalement ses initiatives, même ratées mais de continuer à l'encourager. Cela demande énormément de patience de la part du masseur-kinésithérapeute. Une fois que nous l'aurons convaincue de prendre des décisions et des initiatives, il faudra assurer les suites, car le sujet dépendant ne manquera pas de se tourner ensuite vers nous pour obtenir notre opinion sur les résultats des exercices, ou pour nous faire constater le désastre. Il est préférable de lui expliquer que certaines initiatives valent mieux d'être évitées sans oublier que chacune de ses tentatives doit être renforcée.

7.2 Conclusion

Dans le cadre de ma formation en masso-kinésithérapie, j'ai effectué un stage où j'ai pu prendre en charge deux patients ayant subi une suture des tendons de la coiffe des rotateurs. N'ayant auparavant jamais rééduqué une personne opérée de l'épaule, cette prise en

charge m'a permis de me questionner. Je me suis alors interrogé sur l'aspect et l'approche psychologique de ces personnes et tout particulièrement chez celles présentant une personnalité dite « difficile ». Est-ce qu'un comportement particulier, propre au patient, est susceptible de nuire à la prise en charge kinésithérapique dans ce type de rééducation ?

Ceci m'a permis de me demander : quelle est l'influence des personnalités difficiles sur la rééducation des personnes opérées de la coiffe ?

Afin d'y répondre, j'ai utilisé les questionnaires de personnalités tirés du livre « comment gérer les personnalités difficiles » qui m'ont permis de confirmer et d'identifier la présence de traits de caractères liés à une personnalité difficile chez mes deux patients. Ce questionnaire a servi de base préalable pour réaliser une grille d'observation des différents exercices d'autorééducation avec des indicateurs cohérents par rapport à ma recherche.

Les résultats m'ont permis d'établir une réelle corrélation entre personnalité « difficile » et maîtrise du protocole d'autorééducation seulement à partir de deux types de personnalités. Elargir la population cible serait utile afin d'établir ou non ce lien.

Ce mémoire m'aura permis d'avoir une double approche chez les patients opérés de l'épaule, à la fois thérapeutique et psychologique.

Ainsi, en situation concrète j'aurai tendance à adapter mon discours et mon attitude chez les sujets présentant des traits de caractères marqués de façon à ce qu'ils entreprennent au mieux leur protocole d'autorééducation.

L'intérêt de ce mémoire a été de montrer que les personnalités difficiles ont une influence dans la réalisation du protocole d'autorééducation des opérés de la coiffe. Elles doivent être détectées, le kinésithérapeute doit savoir adapter ses dires et ses gestes afin d'influencer et de faciliter la rééducation chez ces personnes. L'approche psycho-comportementale dans ce type de rééducation est essentielle pour mieux comprendre ces personnes et ainsi gérer au mieux la prise en charge kinésithérapique.

Références bibliographiques :

American Psychiatric Associati. DSM-IV-TR *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé*. Edition Masson, 2003.

André, C., Lelord, F. *Comment gérer les personnalités difficiles*. Paris : Odile Jacob, 2010.

Barbeau J-C., Gouarné R. *Un « Psy » dans une école de kinésithérapie, de penser à panser*, KS N°430, 2003.

Dauzac, C. *Kinésithérapie après chirurgie de la coiffe*. KS N°503, Octobre 2009.

EMC, *Rééducation de l'épaule opérée (en dehors des prothèses)* EMC 26-210-A-10.

Eymard C., Thuilier, O., & Vial, M, 2004, *Le travail de fin d'étude : S'initier à la recherche en soins et Santé*. Lamarre, p63

Feisthammel, D., Isasa, C., Massot P. *Gérer les personnalités difficiles au quotidien*. Edition : Eyrolles 2007.

Forthomme, B. *Rééducation raisonnée de l'épaule opérée et non opérée*. Paris : Frison-Roche, 2002, 2004. 33-42 p, 146-162 p.

Grimaldi, A., Cosserrat, J. *La relation médecin-malade*. Paris : Elsevier, 1998.

Kapandji, A.I. *Anatomie fonctionnelle 1 : Membres supérieurs. Physiologie de l'appareil locomoteur*. Paris : Maloine (6^{ème} édition), Mai 2005.

Leif, J., Delay, J., Guillaumé, J.J. *Psychologie et éducation*. Paris : Fernand Nathan, 1968. 25 p.

Michaud, P. *Formation – Psychologie*, KS N°430, Février 2003

Montreuil, M., Doron, J. *Psychologie clinique et psychopathologie*. Paris : Presses universitaires de France, Décembre 2006.

Pélissier, J., Simon, L., Rodineau, J. *Pathologie de la coiffe des rotateurs*. Paris : Masson, 1993. 17-34 p.

Seror, P., Fedou, P., Claustre, J., Bonnel, F. *L'impingement syndrome : une nouvelle épaule douloureuse ?* Paris : Masson, 1984.

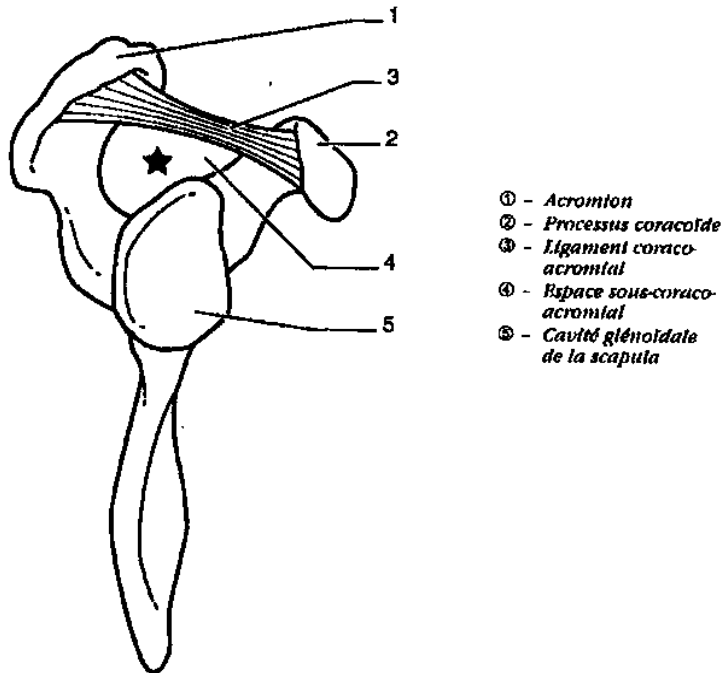
Walch, G., Noel, E. *L'épaule décoiffée*. Paris : Laboratoire Pzifer 1988.

Sites internet :

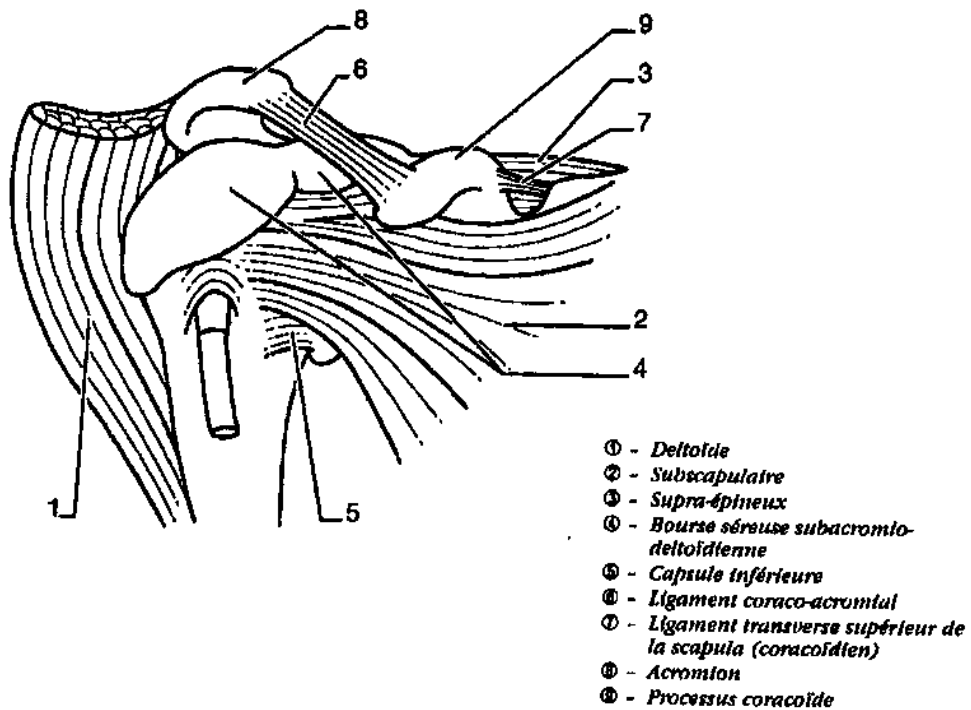
- <http://www.épaule.com>
- <http://www.has-sante.fr>
- http://www.inh.fr/enseignements/idp/outils/etude_marche/observation_psycho_socio.pdf
- <http://www.psycho-ressources.com/bibli/types-de-personnalite.html>
- <http://www.epaule-main.fr/fr/epaule/reeducation>

Annexes :

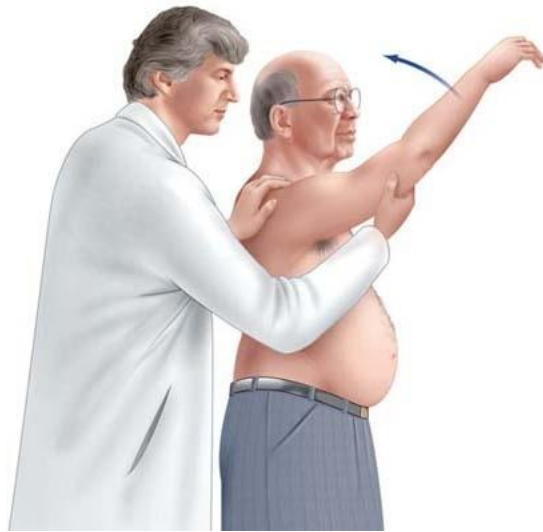
Annexe 1 : L'espace sous-coraco acromial (selon Kapandji).



Annexe 2 : L'espace sous-coraco acromial (selon Netter).



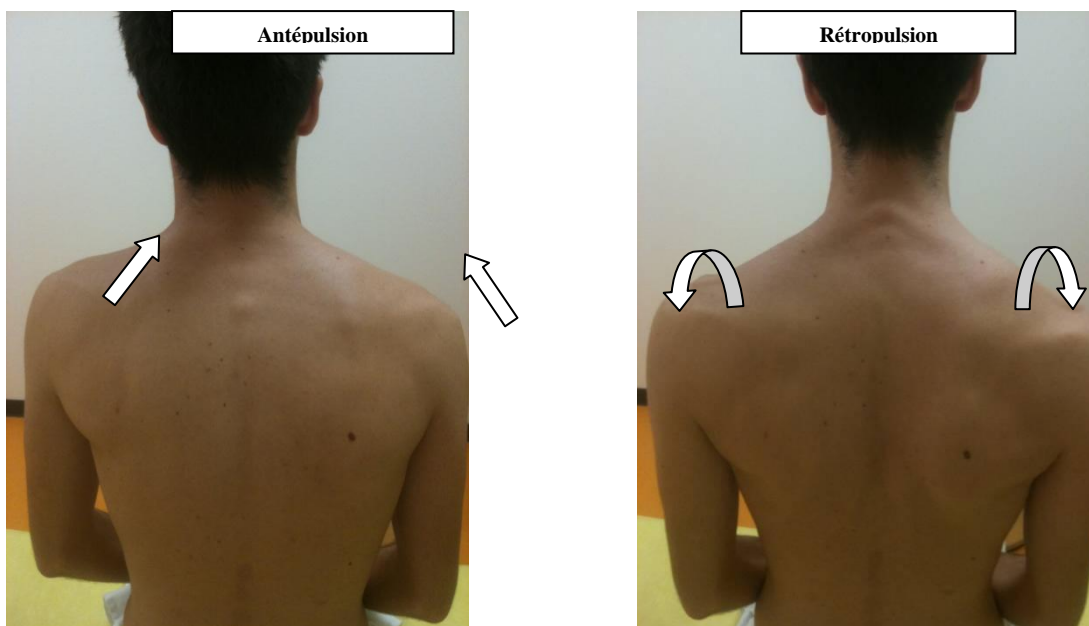
Annexe 3 : Le test de Neer.



Le sujet est installé en décubitus dorsal ou en position debout, la main en pronation. L'examineur bloque la scapula d'une main et mobilise le bras en élévation antérieure de l'autre. La douleur est réveillée soit en fin de mouvement (décubitus dorsal), soit entre 60 et 100° (position debout). Le test s'avère positif en cas de conflit antéro-supérieur. Le syndrome du conflit antéro-supérieur concerne la partie supérieure de la coiffe des rotateurs, le supra-épineux plus particulièrement, souffrant au contact du bec acromial, du ligament coraco-acromial et de l'articulation acromio-claviculaire.

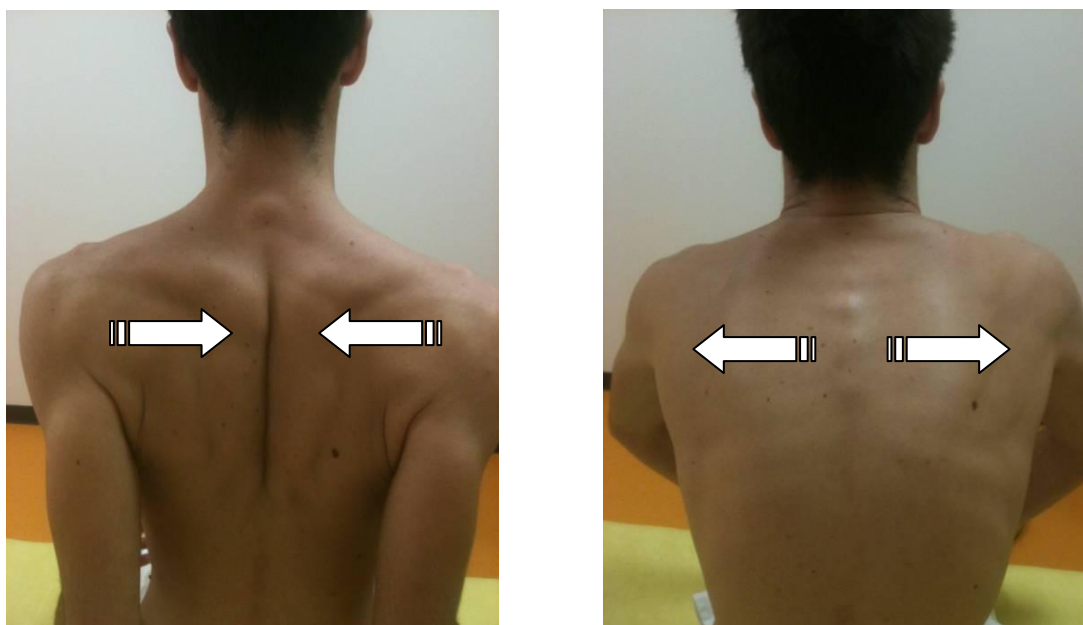
Annexe 4 : Le programme d'autorééducation de l'épaule.

Tout d'abord nous commençons par un échauffement global des deux épaules, en position assise, mains reposantes sur les cuisses. Il s'agit d'effectuer des mouvements circulaires des épaules en antépulsion dans un premier temps, puis en rétropulsion dans un second temps. Nous nommerons cet exercice « petits ronds » en position assise.



Pour les exercices suivants, les photos situées à gauche représentent la position **initiale** de chaque mouvement, celle de droite la position **finale**.

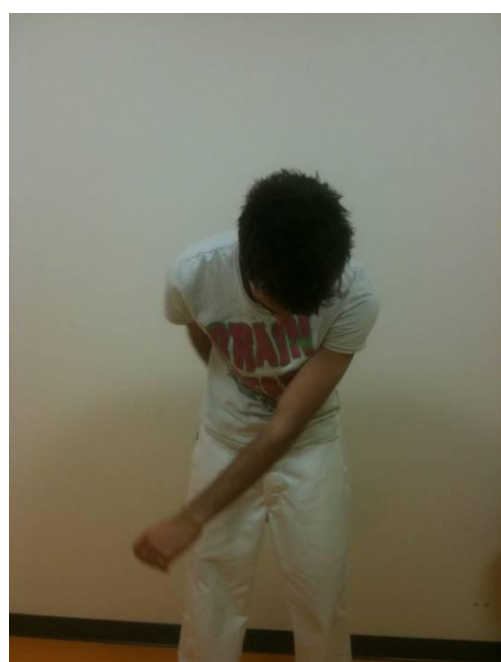
Suite à cela, nous faisons effectuer au patient des mouvements de sonnette interne des scapulas afin d'assurer la mobilité de la scapulo-thoracique. Nous les effectuons en position assise, mains posées sur les cuisses. Cet exercice sera nommé « rapprochement des omoplates. ». Il est nécessaire de bien relâcher les omoplates grâce à une sonnette externe à la fin de chaque mouvement.



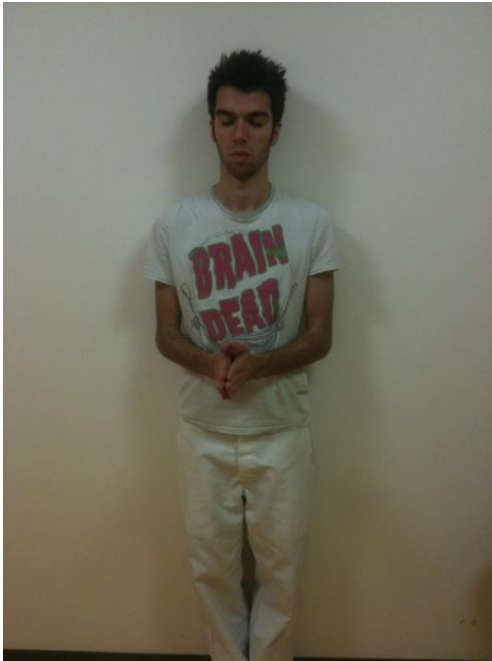
En position allongée genoux fléchis pour éviter une hyperlordose lombaire, le patient réalise une élévation passive de son membre supérieur opéré. Elle s'effectue grâce à la main du côté sain qui soutiendra celle du côté opéré. Nous demandons au patient de venir croiser les doigts des deux mains afin de porter en élévation son membre malade, celui-ci devant resté passif avec un relâchement musculaire le plus complet possible. Lorsque les deux mains sont à la verticale, il faut marquer un bref temps d'arrêt, avant de continuer le mouvement, en respirant lentement et profondément, bouche ouverte, pour arriver le plus loin possible sans déclencher de douleur. Un retour plus lent et complet à la position initiale permet de finaliser le mouvement.



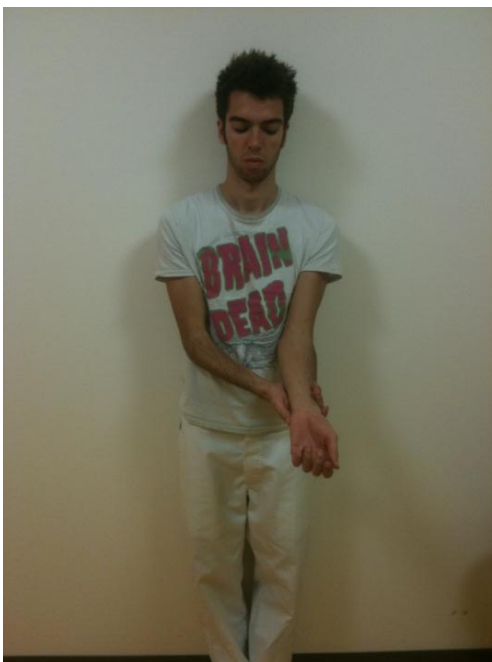
En position debout, le « Balancier » ou balancement des bras de part et d'autre du corps dans le plan frontal est réalisé. Il permet de légères rotations tout en obtenant un relâchement maximal du bras.



En position debout, le « Prêche » ou rotation latérale coude au corps. La position initiale s'obtient en rapprochant les mains, coude fléchis à 90° contre le tronc. Il s'agit d'effectuer un écartement des deux avant bras dans le plan frontal tout en gardant les coudes contre le corps.



En position debout, nous travaillons également l'élévation antérieure passive, avec les mêmes principes qu'en position allongée.



Nous appliquons au patient une rotation latérale « R2 » en position debout. Nous lui demandons de se mettre latéralement contre un mur du côté de son épaule opérée. Avec son

membre sain, il doit saisir par le poignet son membre opéré et réaliser une élévation antérieure à 90° de flexion d'épaule contre le mur, coude fléchi à 90° avec l'avant bras à l'horizontal. Nous lui demandons d'amener son avant bras grâce à son membre sain contre le mur afin de réaliser une rotation latérale. Le mur permet d'avoir un contre appui et limite l'amplitude de la rotation latérale. Un retour de l'avant bras à l'horizontale marque le retour à la position initiale.



Plus tard au cours de la rééducation, nous pourrions demander au patient de réaliser une rotation médiale passive debout. Pour cela le patient devra placer ses mains derrière son dos. La main du côté sain tient la main du côté opéré en remontant progressivement le long de la colonne vertébrale. Un bâton peut être éventuellement utilisé au départ.



Enfin, chaque séance doit se terminer par des mouvements pendulaires qui ont un effet antalgique. Ils peuvent cependant être réalisés en début de séance pour permettre l'échauffement de la capsule articulaire. Le patient se penche en avant, bras sain en appui contre une table, son membre supérieur opéré à la verticale. Un poids entre 0,5 et 1 kg peut être tenu à la main. Il s'agit de faire des mouvements circulaires en légère décoaptation de l'épaule avec le membre supérieur opéré le plus décontracté possible. Il faut réaliser 10 cercles dans un sens puis 10 dans l'autre.



Annexe 5 : Questionnaires remplis par Monsieur A.

TRAITS DE LA PERSONNALITE DE TYPE A	Plutôt vrai	Plutôt faux
1, Je n'aime pas être inactif (ve), même quand je suis en vacances	X	
2, Je m'énerve souvent contre les gens parce qu'ils ne vont pas assez vite,	X	
3, Mes proches se plaignent de ce que je travaille trop	X	
4, J'ai un sens de la compétition très développé,	X	
5, J'ai tendance à surcharger mon emploi du temps	X	
6, Je mange trop vite,	X	
7, Je supporte mal d'attendre	X	
8, Quand je travaille à quelque chose, je pense à ce que je vais faire ensuite,	X	
9, J'ai plus d'énergie que la moyenne des gens,	X	
10, Je me sens souvent pressé(e) par le temps;	X	

TRAITS DE LA PERSONNALITE OBSESSIONNELLE	Plutôt vrai	Plutôt faux
1, J'ai tendance à passer pas mal de temps à ranger et à vérifier		X
2, Dans la conversation, j'aime bien exposer mes idées dans l'ordre	X	
3, On me reproche d'être trop perfectionniste,		X
4, Il m'est arrivé de rater quelque chose parce que je m'étais trop concentré(e) sur des détails,		X
5, Je supporte très mal le désordre,		X
6, Dans un travail d'équipe, j'ai tendance à me sentir responsable du résultat final,	X	
7, Les cadeaux me mettent mal à l'aise, j'ai l'impression de me sentir en dette,		X
8, On me reproche d'être "radin(e)"		X
9, J'ai du mal à jeter les choses,		X
10, J'aime tenir ma comptabilité personnelle,		X

TRAITS DE LA PERSONNALITE ANXIEUSE	Plutôt vrai	Plutôt faux
1, Penser à des soucis m'empêche souvent de m'endormir	X	
2, Risquer d'arriver en retard pour prendre un train m'angoisse beaucoup		X
3, On me reproche souvent de me faire trop de soucis pour tout		X
4, Je remplis toujours mes obligations (factures, impôts, quittances) au plus tôt	X	
5, Quand quelqu'un que j'attends est en retard, je ne peux m'empêcher de penser à un accident		X
6, J'ai tendance à vérifier plutôt deux fois qu'une les horaires des trains, les réservations et les rendez-vous	X	
7, Je me suis souvent rendu compte après coup que je m'étais fait trop de soucis pour une chose sans importance		X
8, Parfois, je me sens obligé(e) de prendre un tranquilisant dans la journée		X
9, Quand je suis surpris(e), j'ai des palpitations		X
10, Parfois, je me sens tendu(e) sans même savoir pourquoi		X

Annexe 6 : Questionnaires remplis par Madame B.

PERSONNALITE DEPENDANTE	Plutôt vrai	Plutôt faux
1, Je demande l'avis des autres avant de prendre des décisions importantes,	X	
2, J'ai du mal à terminer une conversation ou à prendre congé de quelqu'un,	X	
3, J'ai souvent des doutes sur ma valeur,	X	
4, Dans les groupes, je propose rarement des activités des sujets de conversation ou des idées nouvelles, J'ai plutôt tendance à suivre le mouvement,	X	
5, J'ai besoin d'avoir des personnes très proches sur qui je peux compter,	X	
6, Je suis capable de me sacrifier pour les autres,	X	
7, Par crainte d'un conflit avec mes interlocuteurs, je cache souvent mes opinions,	X	
8, Je n'aime pas perdre les gens de vue ou me séparer d'eux	X	
9, Je suis très sensible aux désaccords et aux critiques	X	
10, On me dit souvent que je mérite mieux que ce que j'ai	X	

PERSONNALITE DE TYPE A	Plutôt vrai	Plutôt faux
1, Je n'aime pas être inactif (ve), même quand je suis en vacances	X	
2, Je m'énerve souvent contre les gens parce qu'ils ne vont pas assez vite,		X
3, Mes proches se plaignent de ce que je travaille trop		X
4, J'ai un sens de la compétition très développé,		X
5, J'ai tendance à surcharger mon emploi du temps		X
6, Je mange trop vite,		X
7, Je supporte mal d'attendre		X
8, Quand je travaille à quelque chose, je pense à ce que je vais faire ensuite,		X
9, J'ai plus d'énergie que la moyenne des gens,	X	
10, Je me sens souvent pressé(e) par le temps;		X

PERSONNALITE ANXIEUSE	Plutôt vrai	Plutôt faux
1, Penser à des soucis m'empêche souvent de m'endormir	X	
2, Risquer d'arriver en retard pour prendre un train m'angoisse beaucoup		X
3, On me reproche souvent de me faire trop de soucis pour tout		X
4, Je remplis toujours mes obligations (factures, impôts, quittances) au plus tôt	X	
5, Quand quelqu'un que j'attends est en retard, je ne peux m'empêcher de penser à un accident		X
6, J'ai tendance à vérifier plutôt deux fois qu'une les horaires des trains, les réservations et les rendez-vous	X	
7, Je me suis souvent rendu compte après coup que je m'étais fait trop de soucis pour une chose sans importance		X
8, Parfois, je me sens obligé(e) de prendre un tranquilisant dans la journée		X
9, Quand je suis surpris(e), j'ai des palpitations		X
10, Parfois, je me sens tendu(e) sans même savoir pourquoi		X

Annexe 7 : Résultats des questionnaires.

- Monsieur A. a coché dix réponses « plutôt vrai » et aucune réponse « plutôt faux » dans le questionnaire de la personnalité de type A (hyperactive), soit **100%** de « plutôt vrai ».

Il a coché deux réponses « plutôt vrai » et huit réponses « plutôt fausse » dans le questionnaire de la personnalité obsessionnelle soit seulement « 20 % de plutôt vrai ».

Il a rempli trois des dix réponses dans « plutôt vrai » et sept dans « plutôt faux » dans le questionnaire de la personnalité anxieuse soit 30% de « plutôt vrai ».

- Madame B. a coché dix réponses « plutôt vrai » et aucune réponse « plutôt faux » dans le questionnaire de la personnalité de type dépendant soit **100%** de « plutôt vrai ».

Elle a coché deux réponses « plutôt vrai » et huit réponses « plutôt fausse » dans le questionnaire de la personnalité anxieuse soit seulement « 20 % de plutôt vrai ».

Elle a rempli deux des dix réponses dans « plutôt vrai » et huit dans « plutôt faux » dans le questionnaire de la personnalité hyperactive soit 20% de « plutôt vrai ».

Annexe 8 : Grille d'observation de Monsieur A.

Monsieur A : Rupture de coiffe droite (3 mois et demi post-opératoire) avec complication (suspicion de capsulite rétractile). Type A.

Exercices de rééducation de l'épaule opérée.	L'exécution du mouvement (comment est-il réalisé ?).	La vitesse du mouvement & le respect du nombre de mouvements par série.	Apparition de la douleur ou non lors de l'exercice.	Réaction du patient lors de l'exercice & remarques éventuelles.
<u>Petits ronds (assis)</u>	Bien réalisé. Mouvements avec toute l'amplitude mais réalisés de manière brusque.	Très rapide. Ne compte pas le nombre de mouvements. Je l'arrête au bout de quinze mouvements	Non.	Le patient me parle d'un mouvement brusque en rétropulsion qu'il a réalisé ce week-end.
<u>Mouvement de la scapulo-thoracique (assis)</u>	Bien réalisé. Mouvement plus ample à gauche. Force plus pour la sonnette interne droite.	Normale. Il s'arrête après douze mouvements.	Non.	Il ressent des tensions au niveau des deux trapèzes, tensions intensifiées le soir après son travail.
<u>Élévation auto-passive (allongé)</u>	Mouvement bien réalisé. Le patient essaye d'augmenter l'amplitude en fin de course.	Rapide, surtout au retour à la position initiale.	Douleur déclenchée par le patient lorsqu'il cherche à gagner de l'amplitude (140°).	Beaucoup moins détendu qu'en passif pur réalisé par le kinésithérapeute.
<u>Balancier (debout)</u>	Mouvements trop brusques et amplifiés.	Très rapide. Non respect de la série, s'arrête à seize mouvements.	Non.	Est agacé d'être limité en rotation interne malgré une amélioration.
<u>Le pêche (debout)</u>	Les coudes ne sont pas collés au corps. Il cherche à augmenter l'amplitude en faisant cela.	Rapide. Ne compte toujours pas ses mouvements.	Non.	Il dit ne pas être gêné en rotation externe, mais cela est légitime vu que le mouvement est mal réalisé.
<u>Élévation auto-passive (debout)</u>	Bien réalisé. Cependant le retour à la position initiale n'est pas toujours respecté.	Rapide. 12 mouvements.	Douleur déclenchée en fin d'amplitude (130°).	Il ressent une amélioration et cherche à augmenter l'amplitude, dépassant le seuil de douleur.
<u>Rotation externe R2 avec appui sur le mur (debout)</u>	Bien réalisé, bonne position.	Rapide. 12 mouvements.	Légère douleur en fin d'amplitude.	Ressent un blocage en fin d'amplitude, cela le préoccupe beaucoup pour son avenir.
<u>Rotation interne auto-passive, mains derrière le dos (debout)</u>	Mouvement tout juste réalisable. Il commence à attraper ses deux mains jointes derrière le dos.	Très lent. 5 micro-mouvements.	Non.	Insiste pour essayer et réaliser le mouvement malgré sa difficulté.
<u>Pendulaire (debout)</u>	Bien réalisé, bonne position.	Très rapide. 20 mouvements dans les deux sens au lieu de 10.	Non.	Cet exercice le soulage. Son bras n'est pas totalement relâché.

Annexe 9 : Grille d'observation de Madame B.

Madame B : Rupture de coiffe droite (3 mois post-opératoire) avec complication (raideur résiduelle en flexion, abduction de l'épaule). Type dépendant.

Exercices de rééducation de l'épaule opérée.	L'exécution du mouvement (comment est-il réalisé ?).	La vitesse du mouvement & le respect du nombre de mouvements par série.	Apparition de la douleur ou non lors de l'exercice.	Réaction du patient lors de l'exercice & remarques éventuelles.
Petits ronds (assis)	Hausse et abaisse les épaules. Les mouvements circulaires sont peu présents.	Légèrement rapide. Respect des 10 mouvements.	Non.	Difficulté pour la patiente à réaliser les mouvements circulaires malgré mes explications.
Mouvement de la scapulo-thoracique (assis)	Réalise plus une rétropulsion des épaules qu'une sonnette interne de scapula.	Bonne. Respect des 10 mouvements.	Non.	Elle me demande si elle réalise bien le mouvement seule.
Elévation auto-passive (allongé)	La patiente a tendance à tirer sur son bras plutôt que de l'élever dans le plan sagittal.	Légèrement rapide. Ne compte pas les mouvements car elle est distraite.	Légère douleur déclenchée, le mouvement étant mal réalisé.	Elle me dit avoir du mal à réaliser l'exercice sans l'aide du kiné. Elle ne le réalise pas bien seule après 2 mois.
Balancier (debout)	Mal réalisé. Elle associe des mouvements de rotation du tronc.	Légèrement rapide. Dépassement du nombre de mouvements par série : la patiente parle beaucoup.	Non.	Elle n'a pas complètement confiance en elle par rapport au mouvement réalisé.
Le prêche (debout)	Ne garde pas les coudes au corps. Elle a tendance à associer une extension de coude.	Rapide. Crise de fou rire, elle oublie de compter ses mouvements.	Non.	Elle me demande plusieurs fois de lui remontrer l'exercice.
Elévation auto-passive (debout)	Retour assez brutal et incomplet à la position initiale, bras tendu et pas assez relâché.	Trop rapide au retour à la position initiale. Réalise 6 mouvements. Elle reprend quand je l'aide.	Oui (à 110°).	Elle me demande si elle peut arrêter l'exercice, elle est rassurée après que je lui ai dit d'arrêter.
Rotation externe R2 avec appui sur le mur (debout)	Mouvement actif pur, ne saisit pas son poignet avec son bras sain mais soutient son coude.	Rapide. S'arrête au bout de 5 mouvements puis en refait 10.	Légère douleur en fin de rotation externe.	Elle hésite à me demander si l'exercice est bien réalisé car elle pense le faire comme ça chez elle.
Rotation interne auto-passive, mains derrière le dos (debout)	N'ose pas initier le mouvement seule. Elle est passive par rapport à la réalisation de ce mouvement	Lente. Je lui fais faire ses 10 mouvements.	Non (amplitude très faible).	Elle me demande de lui réaliser le mouvement par crainte de mal le faire et de déclencher une douleur.
Pendulaire (debout)	Son bras n'est pas à la verticale, le mouvement n'est pas purement passif.	Trop rapide. 12 mouvements dans un sens, 15 dans l'autre	Non.	Elle a besoin de moi pour lui appliquer le mouvement rotatoire.

RESUME

La rupture de la coiffe des rotateurs constitue un enjeu de santé publique de plus en plus important que ce soit sur le plan médical, social ou économique. La prise en charge de patients présentant des épaules douloureuses chroniques devient de plus en plus fréquente dans les cabinets de kinésithérapie. Le contexte psychologique est très important dans ce type de rééducation.

Les exercices d'autorééducation jouent un rôle essentiel dans la récupération fonctionnelle de l'épaule opérée. Cependant certains patients présentent des complications et des raideurs au terme de ce protocole. Quels facteurs peuvent poser un frein vis-à-vis de cette autorééducation ? Des profils comportementaux complexes peuvent-ils en constituer un ? Autrement dit, les personnalités « difficiles » peuvent-elles influencer la réalisation de ce protocole ? Ce mémoire va mettre en évidence, grâce à une enquête qui a été réalisée chez des patients opérés de la coiffe, s'ils appartiennent à l'une de ces personnalités d'une part. Puis d'autre part, si ces traits de caractères spécifiques peuvent être un frein à la réalisation du protocole d'autorééducation.

Mots clés : Rupture de la coiffe des rotateurs – Protocole d'autorééducation – Psychologie - Personnalité difficile – Trait de caractère.

SUMMARY

The rotator cuff rupture constitutes a stake in public health more and more mattering whether it is from a social, medical or economic point of view. The management of patients with chronic shoulder pain is becoming increasingly common in physiotherapy practices. The psychological context is very important in this type of rehabilitation.

The self-rehabilitation exercises play a vital role in functional recovery of the operated shoulder. However, some patients develop complications and stiffness at the end of this protocol. What factors may pose a hindrance about the self-training? Complex behavioral patterns can they be one? In other words, “difficult personality” they can influence the implementation of this protocol? This brief will highlight, through a survey that was conducted in patients who underwent a rotator cuff operation, if they belong to one of these personalities on the one hand. Then on the other hand, if these specific personality feature can be a hindrance to the realization of self-rehabilitation protocol.

Key-words : Rotator cuff rupture – self-rehabilitation protocol – Psychology – Difficult personality - Personality feature.