

LA RÉSILIENCE, UN CONCEPT INCONTOURNABLE EN KINÉSITHÉRAPIE

Dr R.HUSSLER, kinésithérapeute, Directeur de l'IFMKDV de Lyon, Docteur en Sciences de l'Education

Résilience (Rey, 2016 [1]) : « qui présente une résistance aux chocs élevée » initialement appliqué à des matériaux, ... a été repris et diffusé dans les années 1990 par Boris Cyrulnik à propos de la capacité à surmonter l'adversité, les chocs traumatiques : « ressort intime face aux coups de l'existence »

INTRODUCTION

La profession de masseur Kinésithérapeute est directement impliquée par le concept de la résilience puisque les personnes ont subi « un choc traumatique » avec des conséquences parfois graves sur le plan sensori-moteur. De plus ce terme apparaît pour la première fois dans le nouveau programme d'enseignement (arrêté du 4 septembre 2015) dispensé en formation initiale (fin de la 3^e année et début de la 4^e) de masso-kinésithérapie notamment dans l'Unité d'Enseignement (UE) n°22 intitulé : « Modèles et concepts actuels de la réadaptation ».

La littérature sur le concept de résilience appliqué au domaine de la kinésithérapie est plutôt pauvre puisque une seule référence est indexée dans la base de données en kinésithérapie KINEDOC. C'est donc sur le mémoire intitulé : « Comment aborder la résistance thérapeutique chez un patient paraplégique. Démarche en Masso-kinésithérapie » et écrit par un étudiant en kinésithérapie issu de l'IFMK [2] de Limoges (association APSAH [3]) du nom de Jean-Louis Bargain (2011), que cet article fondera sa réflexion.

PROBLÉMATIQUE

Jean Louis Bargain (2011 : 3) explique la situation-problème en ces termes :

« Monsieur B, 41 ans, est paraplégique suite à un traumatisme consécutif à une chute. Sa rééducation dure depuis quatre mois et demi, or les progrès accomplis par Monsieur B. sur le plan de la réadaptation fonctionnelle, sont très faibles, presque inexistantes. Il est capable seulement de se déplacer en fauteuil roulant dans les couloirs et de se transférer du fauteuil sur la table de Bobath avec la planche de transfert. Il ne manifeste aucune combativité ni investissement dans sa rééducation. Son comportement n'est absolument pas agressif ni exubérant, bien au contraire, il est très effacé, gentil mais les canaux de communication sont très limités. Il ne se livre pas... Il rejette toute aide psychologique. Certains intervenants de l'équipe médicale décrivent la situation comme « Se heurter à un mur », ..., c'est cette situation perturbante, et d'échec également, qui va nous amener à approfondir la démarche d'accompagnement de Mr B ».

A travers ces propos, nous notons le désinvestissement de M.B quant à sa rééducation et son refus d'une assistance psychologique. La stratégie rééducative est donc entravée et pose problème à l'équipe de soin.

La question de recherche est donc posée en ces termes : « Quels moyens pouvons-nous utiliser et comment, afin d'essayer d'infléchir de manière favorable la participation et l'implication de ce patient dans sa rééducation ? »

Afin de prendre du recul ou plutôt de la hauteur, il est nécessaire d'apporter un éclairage théorique. Eclairage théorique sur la situation de M. B

L'auteur développe principalement trois théories qui vont apporter un éclairage sur la situation-problème de M. B à savoir le concept du deuil, le concept d'empathie et celui de communication interpersonnelle qui en découle.

1 - Rey (2016 : 20132), Dictionnaire historique de la langue française, Dictionnaire Le Robert, Paris.

2 - Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie

3 - Association pour la Promotion Sociale des Aveugles et Autres Handicapés

- Concept du deuil

Faisant le constat que le concept d'acceptation du handicap est peu développé dans la littérature, l'auteur fait référence au concept du deuil chez les patients en fin de vie, développé par le Docteur Elizabeth KUBLER-ROSS. Cette dernière fait la relation entre le deuil face à la mort et le deuil chez les personnes en situation d'handicaps physiques en ces termes:

« Tous nos patients atteints de sclérose en plaques, de paraplégie ou de cécité sont passés par ces phases. Accepter un fonctionnement limité est parfois plus difficile et demande davantage de temps qu'affronter la mort qui, au moins met un terme à la souffrance. »[4]

JL Bargain (2011 : 8) fait remarquer : « *Le concept du deuil (mécanismes d'évitement) fait appel aux mécanismes psychologiques permettant de supporter l'énorme souffrance émotionnelle engendrée par la prise de conscience du caractère définitif des lésions. Finalement, le patient sait, intimement, qu'il ne remarquera plus mais il est incapable de se construire une représentation mentale de cette réalité. Cette représentation va se construire petit à petit au fil du temps* ».

De fait, la personne va traverser des phases « naturelles » qui vont du déni à la révolte, du marchandage à la tristesse (sans forcément suivre cet ordre) pour aboutir à l'acceptation.

Application sur Mr. B

Il semblerait, qu'en fonction des symptômes décrits (désinvestissement, absence de combativité, repli), M. B traverse une phase de tristesse. Quel que soit la phase traversée, le conseil donné par Le Dr Kübler Ross (Drolet, 2000) est le même, à savoir : « *l'aide généreuse est indispensable pour parvenir à la phase d'acceptation* ». Elle souligne : « *Nous avons constaté que ce sont les patients qui ont été encouragés à exprimer leur rage, à crier dans la phase du chagrin préparatoire et à avouer leurs craintes et leurs fantasmes devant quelqu'un qui les écoute tranquillement, qui évoluent le mieux* ».

Cette attitude « d'écoute tranquille » face au comportement de la personne introduit le deuxième concept dont nous allons parler maintenant.

- Concept d'empathie

JL Bargain (2011 : 28), s'appuyant sur les travaux de MA. Robitaille et de S. Turgeon (2004) [5] définit l'empathie comme suit : « *L'empathie en tant que forme de communication, correspond à l'outil de base pour accompagner une personne dans un cheminement thérapeutique. L'empathie consiste à entrer dans le cadre de référence de l'autre pour arriver à comprendre comment l'autre peut se sentir et ensuite exprimer sa compréhension* ».

Egan & Forest cités dans les travaux de Robitaille et Turgeon disent également : « *Une empathie non exprimée par l'aidant ne sera guère utile au processus d'aide, ..., le regard constitue un outil essentiel pour l'aidant qui observe les réactions du patient. De plus, le regard revêt une signification importante pour le patient qui interprète un regard attentif comme une marque d'intérêt et de considération* » (4)

Ainsi, exercer l'empathie apparaît indispensable pour le thérapeute afin d'aider la personne à cheminer. L'auteur précise ici la notion de « regard empathique » de la part du thérapeute observant le regard de la personne. Voyons comment cette communication empathique par le regard va aider le thérapeute à envisager de nouvelles pistes pour sa stratégie de rééducation.

Application sur M. B

Nous avons remarqué lors de brefs instants, que le regard de Mr B, changeait d'expression, dans certaines circonstances. Alors que tout dans ses yeux, traduisait la tristesse, l'abattement, l'absence, son regard s'illuminait dès que nous abordions avec lui le sujet du sport, en particulier le cyclisme. Lors des séances, souvent lorsqu'il passait au travail sur l'ergocycle à bras, ses yeux changeaient radicalement d'expression. Cette expression traduisant un certain état mental, était celle que nous retrouvons chez les sportifs de bon niveau lors des épreuves. Ce type de regard semble traduire un mélange de plaisir, de concentration et de détermination. (JL Bargain (2011 : 28)

Partant de ce raisonnement inductif (de l'observation à la théorisation), l'auteur fait la suggestion suivante : « Nous avons donc appuyé sur le levier « sportif » qui semblait être assez prédominant chez ce patient.

Traduit en terme d'hypothèse : « le levier sportif impacte positivement sur son état émotionnel ».

Pour valider cette hypothèse, une expérience est réalisée par une restructuration de la stratégie rééducative :

- Une fréquence des séances plus élevée avec deux séances quotidiennes
- Mettre la personne au plus près des conditions de compétition (rappel de ses succès sportifs passés). Témoins ces propos de l'auteur (2011 : 29) : « A travers les exercices, nous voulions qu'il retrouve si elle avait déjà existé en lui dans son passé de sportif, cette sensation que l'on appelle dans le milieu sportif : « avoir la niaque ! ».
- Les exercices de force maximale volontaire (1 RM) ont été utilisés visant à faire resurgir l'esprit de compétition.

Résultat

Faisant suite aux propos précédents, l'auteur constate : « *Il s'est tellement « pris au jeu » qu'il a fallu lors du premier test, imposer l'arrêt de l'exercice au patient, de manière ferme. Il fallait éviter l'éventualité de la survenue d'une blessure en regard du faible entraînement en renforcement qu'il avait alors. L'attrait compétitif de chercher la charge maximale sur 1 RM avait réveillé en lui ce que l'on soupçonnait. Désormais, nous allons utiliser cela comme une sorte de fil rouge tout au long de la rééducation ».*

Conclusion

L'hypothèse dans le cas clinique de M. B a donc été validée et par extension d'application, cela conduit les thérapeutes à rechercher le levier de motivation intrinsèque [6] dans une activité antérieure stimulante comme le jeu.

- Le concept de communication interpersonnelle de Porter (CI)[7]

L'auteur ne fait pas directement référence à ce concept car dans son esprit il découle du concept d'empathie. Toutefois ce concept illustre parfaitement le mode de communication mis en place avec cette personne. En effet le concept de Porter (1950) part du principe qu'il existe cinq attitudes communication inhibant l'expression spontanée d'une personne et une la favorisant. Les cinq attitudes inhibitrices sont : le jugement, l'interprétation, la solution, le soutien, l'interrogation. Dans ces attitudes le thérapeute ne se met pas à l'écoute de l'autre mais cherche à l'influencer par sa propre

vision de la situation de l'autre. Par exemple dans l'attitude de « recherche de solution », le thérapeute répond à la situation problème évoquée par la personne par la proposition d'une ou de plusieurs solutions possibles. L'attitude professionnelle facilitant l'expression spontanée est appelée attitude de compréhension ou attitude empathique et consiste à reformuler la pensée ou le sentiment de l'autre sans y mêler ses sentiments personnels. Un des objectifs visés est de permettre à l'autre de chercher et de trouver sa ou ses solutions au problème quelle que soit les difficultés pour y parvenir.

Voyons comment ce concept est appliqué dans le cas de Mr. B

Application de la CI sur la situation de M.B

M.B possède une estime de lui-même assez basse et a tendance à vite baisser les bras. Devant ce constat, l'auteur (2011 : 30) propose : « *Afin de contrecarrer sa vision négative, plutôt que de le rassurer, nous avons essayé que ce soit lui qui prenne conscience de ses progrès. Pour cela, le but était par une relation verbale sur le mode interactif, de l'amener doucement à ce que les réponses sur son évolution et ses capacités, viennent de sa propre réflexion et non de nous. Pour les apprentissages des transferts, nous avons procédé de la même manière, nous n'avons pas montré la façon d'exécuter ceux-ci. Il devait trouver lui-même ses propres solutions fonctionnelles, les ressentir, les tester. Nous le guidions, en lui proposant une ébauche d'alternative quand il se retrouvait bloqué, mais jamais la solution au problème lui était apportée. Cela lui a pris 2 à 3 heures, par exemple pour trouver la meilleure manière d'arriver à poser un pied sur sa cuisse controlatérale, en position assise. Devant sa difficulté à réussir cette manoeuvre, nous l'avons guidé en lui laissant entrevoir seulement des pistes qu'il pouvait explorer et faire siennes (changer la position d'une main, varier le positionnement du centre de gravité, etc....). Il est passé par les stades de découragement, de lutte, etc....mais il y est arrivé. Il y aurait-il eut un intérêt pour lui si nous lui avions fait une démonstration qu'il aurait dû répéter ? L'apprentissage ne se fait-il pas lorsque confronté à des difficultés, nous essayons de les surmonter ? ».*

Au passage l'auteur fait référence à une théorie d'apprentissage appelée constructivisme dans laquelle l'apprenant, pour acquérir des connaissances nouvelles, doit passer par une phase de déconstruction-déstabilisation appelé conflit cognitif (caractérisé ici par le découragement, la lutte). La mise en place d'un mode de communication empathique (par le regard, la parole et l'action) a permis à ce patient d'atteindre plus facilement la phase d'acceptation de sa maladie et d'être plus autonome par la suite.

6 - La motivation intrinsèque se réfère à un comportement entraîné par des récompenses internes. En d'autres termes, la motivation à s'engager dans un comportement provient de l'intérieur de l'individu parce qu'il est intrinsèquement gratifiant. Cela contraste avec la motivation extrinsèque, qui consiste à se livrer à un comportement afin de gagner des récompenses externes ou d'éviter les punitions. Cité dans l'article issu de la recherche sur internet : (<https://www.instantspresents.com/motivation-intrinsèque-quest-ce-que-la-motivation-intrinsèque>) consulté le 19/07/2017 à 14:52.

7 - PORTER, E.H., Relationship Awareness Theory, Calrsbad, CA, Personnel Strenghths Publishing, Inc., 1973, new ed. 1996

CONCLUSION

Face à la détresse des personnes, le thérapeute peut se sentir impuissant. Témoin cette constatation de l'auteur (2011 : 31) : « On ne peut négliger ce qu'éveille en nous, la prise en charge d'un patient jeune, atteint dans son intégrité physique. Ce renvoi de la souffrance peut être très perturbateur pour les soignants. Et au final, si nous n'arrivons pas à gérer ces émotions, ne risquons-nous pas de ne plus écouter l'autre pour nous protéger ? Comment la relation d'aide peut-elle alors s'établir ? N'est-ce pas ce que l'on nomme « se blinder » ?

L'empathie vis-à-vis de l'autre nécessite une formation spécifique et commence par le fait d'apprendre à être empathique vis-à-vis de nous-même, ce qui demande un travail personnel. Ce n'est qu'à cette condition que nous pouvons aider l'autre (d'être une personne ressource) à développer cette capacité de résilience. L'auteur (2011 :12) explique : « La résilience

pour un blessé médullaire serait la capacité de pouvoir vivre une vie épanouie malgré son handicap. Plusieurs facteurs interviennent sur cette capacité : La personnalité du patient ; la capacité de communication, de détermination, de combativité, d'autonomie avant l'accident, de santé mentale etc.; la présence de l'entourage proche ; le contexte socio-économique ».

Pour terminer cet article, une dernière phrase de l'auteur (2011 :31) est à méditer par chacun d'entre nous : « La position gratifiante du soignant tout puissant est très tentante et sécurisante. Justement ne faut-il pas savoir s'effacer au profit d'un accompagnement, d'une mise à disposition de nos capacités propres de soignant, pour le patient. Par 2 fois, Mr B a dit « ce n'est pas vous qui êtes dans le fauteuil ! ». **Ce qui est révélateur que celui qui souffre est et restera le patient ».**

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

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

Celui qui ne sait faire cela, se trompe lui-même quand il pense pouvoir aider les autres. Pour aider un être, je dois certainement comprendre plus que lui, mais d'abord comprendre ce qu'il comprend.

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

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

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

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