

De la prise en charge fonctionnelle et sportive à la prise en charge psychologique : cas des patients atteints d'AVC

Jean-Romuald SIBY

Enseignant-Chercheur, Psychologie Clinique
et Psychopathologie
CREP/Université Omar Bongo (UOB)
sibyeck@yahoo.fr

Bernadine MATAMBA épse NYAMA

Enseignante-Chercheuse, Psychologie
Clinique et Psychopathologie
CREP/Université Omar Bongo (UOB)
bernmat19@gmail.com

RESUME

La thématique liée aux relations entre le sport et la santé est une question complexe qui constitue un domaine en sciences humaines notamment en Psychologie. Dans ce champ d'investigation, nous nous intéressons à l'apport de la pratique du sport dans la prise en charge des patients atteints d'AVC. Nous évaluons ainsi, l'impact de la pratique des activités sportives sur la dynamique de la restauration Psychologique de ces patients dans un service de rééducation fonctionnelle. Grâce à une démarche clinique, une étude de cas menée sur un patient atteint d'un AVC, nous montrons comment la prise en charge fonctionnelle et psychologique permet à ce dernier et à sa famille de mieux gérer non seulement le « vécu » du corps en souffrance mais aussi comment en entrant dans l'intimité de son lieu de vie on peut personnaliser la prise en charge.

MOTS-CLES : sport, santé, prise en charge, AVC

ABSTRACT

The theme related to the relationship between sport and health is a complex question which constitutes a field of choice in the human sciences, particularly in psychology. In this field of investigation, we are interested in the contribution of sport in the management of stroke patients. We thus evaluate the impact of the practice of sports activities on the dynamics of the psychological restoration of stroke patients in a functional rehabilitation service. Thanks to a clinical approach, a case study carried out on a patient suffering from stroke, we show how the functional and psychological care allows the latter and his family to better manage not only the "experience" of the body in suffering but also how entering into the intimacy of one's living space one can personalize care.

KEYWORDS: sport, health, treatment, stroke

INTRODUCTION

Travailler sur la problématique du sport c'est s'intéresser à un thème qui recoupe des enjeux économiques, politiques, culturels et sociaux qui sont autant de miroirs de la globalisation que des inégalités qui la traversent voire qui la structurent.

Par ailleurs, le sport de loisir constitue également une trame médiatico-idéologique des sociétés contemporaines pour ce qui est du rapport au corps « en bonne santé ». En effet, il existe de plus en plus des salles de sport, de fitness, qui promeuvent le culte du corps. Ce phénomène qui accorde de l'importance au corps n'est pas nouveau puisque l'éducation physique et sportive s'est inscrite au cœur des systèmes éducatifs, autoritaires ou démocratiques, en vue de la conformation ou éducation du corps physique à l'idéal d'un corps social « sain et dynamique ». Ainsi, le culte de la performance dans des sphères sociales et sportives où se mêlent des enjeux économiques importants, des mécanismes de valorisation personnelle, collective et/ou communautaire dresse un tableau où les dirigeants présentent le sport comme un ascenseur économique et social. C'est dans ce registre que les jeunes sportifs professionnels connaissent une socialisation dans des « clubs, associations ou écoles sportives » avec leurs normes, leurs référentiels et des appartenances qui les séparent du « monde réel » pendant leurs formations et leurs carrières comme le stipule Eboko, Eisenberg & Trabal (2011 : 5).

Le sport se présente ainsi comme une discipline qui permet de prendre soin du corps mais aussi de prendre soin du mental même quand l'individu se porte mal.

Pour notre part, les travaux sur la psychopathologie du sport, comme nous le verrons ci-dessous, mettent en évidence les risques liés à la pratique intensive du sport de haut niveau, tant du point de vue physique que psychopathologique. Entre les enjeux liés à la performance, eux-mêmes dictés ou édictés par des contraintes d'ordre économique et les constructions sociales et individuelles de la promotion socio-sportive, la santé se présente en même temps comme le prisme des mutations sociales autant que le vecteur et une des conditions sine qua non de la compétition. Le syndrome du surentraînement en constitue une illustration exemplaire, comme le montre l'article d'Afflelou (2011 : 3). Dès lors, nous comprenons que le monde du sport n'est ni sourd ni aveugle mais pris dans des enjeux et des injonctions contradictoires. S'il existe des réflexions sur la sensibilisation des entraîneurs par des psychologues afin que ces derniers bénéficient d'informations pour mieux appréhender la santé des sportifs (Chedhomme, 2011 : 7), il n'en demeure pas moins que le champ des pratiques sportives est imprégné d'idéologie (Leveque, 2010 : 101) qui concerne autant la construction très normative du « bien-être » (Rauch, 2011 : 25) que le culte de la performance.

Fort heureusement, dans certains cas, la pratique sportive concourt à l'équilibre physique et psychologique des personnes notamment des personnes atteintes de pathologies graves. A cet effet, Fuchs (2014 : 113) montre à partir d'une enquête fine et détaillée comment la pratique sportive constitue une « *résistance* sociale et physique » pour les personnes atteintes de mucoviscidose. Ainsi, l'analyse des pratiques sportives, dans leur diversité et la variété des motivations des pratiquants, dessine un tableau saisissant du lien entre sport et santé. Dans cette optique, nous avons par exemple l'étude de Salmi, Pichard et Jousselin (2010 : 5) sur « *psychopathologie et sport de haut niveau* ».

Dans cette recherche, le sport est largement reconnu pour ses bénéfices sur la santé psychologique et physique. L'objectif principal de l'étude est de rendre compte des difficultés psychopathologiques rencontrées par les sportifs de haut niveau de l'Insep (Institut National du sport, de l'Expertise et de la Performance) et ceci grâce au recueil de données obtenu d'une part, lors du suivi médical longitudinal, à partir des bilans psychologiques obligatoires, et d'autre part, dans le cadre du soin dans la consultation. Les auteurs conjecturent que les troubles anxieux, principalement, l'anxiété généralisée et les épisodes dépressifs majeurs sont les pathologies dominantes.

Pour notre part, cette recherche menée dans un grand institut de formation mondialement reconnu et réputé montre une fois de plus, le lien étroit qui peut exister entre le sport et la santé. Outre cette étude, nous avons la recherche de Teissier, Trouilloud & Chalabaev (2021 : 75) sur la promotion de l'activité physique à des fins de santé et de bien-être, ne restreignent pas l'étude à la simple pratique ni à l'amélioration des expériences et performances sportives. Ces auteurs, s'intéressent aussi, et de plus en plus, à la question de la promotion de l'activité physique (encore appelée AP) à des fins de santé, auprès des populations qui ne la pratiquent pas suffisamment ou pas du tout. En effet, si depuis une dizaine d'années, l'AP a suscité un intérêt grandissant en raison de ses effets bénéfiques sur la santé physique et psychologique, le taux d'AP insuffisant dans la population générale demeure une préoccupation forte des politiques de santé publique. Coursier (2017 : 2) montre que l'activité physique et sportive a un impact direct sur l'estime de soi. Ainsi, si nous partons de la définition que l'estime de soi regroupe l'ensemble des représentations et des émotions élaborées ou ressenties par l'individu à partir de ses expériences personnelles, nous comprenons avec Coursier que les expériences gratifiantes comme la pratique du sport, renforcent l'estime de soi et celle-ci participe au bien-être et à la bonne santé psycho somatique.

Dans son étude, le chercheur rapporte le fait que plusieurs cohortes de sujets sur diverses catégories d'âges ont démontré que la pratique régulière de l'activité physique est un vecteur positif et que l'activité physique et sportive impacte positivement les pratiquants à condition que l'activité soit adaptée. S'appuyant sur des groupes dits « vulnérables » tels que les sujets âgés, en situation d'obésité, dépressifs, toxicomanes, il trouve des résultats qui établissent un lien entre pratique de l'activité physique et estime de soi. Grâce à cette pratique, les sujets trouvent ou retrouvent une confiance en soi et une conscience de soi. Celle-ci impacte positivement sur la santé. A ce titre, il apparaît évident qu'une bonne pratique sportive et fonctionnelle est un atout d'une bonne qualité de vie.

Parmi les sujets étudiés par l'auteur, on note l'absence des patients victimes d'AVC :
Peut-on établir un lien entre ces derniers et la pratique et/ou prise en charge fonctionnelle et sportive ?

Dans la mesure où les études de Coursier ; Salmi, Pichard et Jousselin ainsi que celle de Teissier, Trouilloud & Chalabaev que nous avons consulté ne s'intéressent pas aux patients atteints d'accident vasculaire cérébral, l'intérêt de cette recherche sera de montrer s'il y a un lien d'incidence entre patient AVC et la pratique sportive. Ainsi notre recherche pourra montrer entre autres si les résultats obtenus par Coursier (2017 : 2) ;

Salmi, Pichard et Jousselin et Teissier, Trouilloud et Chalabaev sur une population dite « vulnérable » seront les mêmes que les nôtres.

S'intéresser au bien être des individus et le promouvoir est l'un des fondements de la Psychologie notamment de la Psychologie positive. Autrement dit, elle permet à l'individu de trouver des ressources cognitives lui permettant d'aboutir à un fonctionnement optimal, un meilleur épanouissement psychologique. Aussi, par la question du bien-être et son corollaire la santé, nous voulons voir si le sport et plus largement l'activité physique par le truchement de la rééducation fonctionnelle est un vecteur de santé physique et psychologique pour les patients victimes d'AVC. A la suite de la prise en charge fonctionnelle, quel est l'apport de la prise en charge psychologique ?

Ne doit-on pas toujours combiner prise en charge fonctionnelle et prise en charge psychologique pour une meilleure reconstruction physique et psychologique ?

Le travail de deuil ou travail de la maladie tel que préconisé par des auteurs comme Freud (1969), Henzel, Kubler-Ross (1974), Hanus (2011), Bacque (2007) & Siby (2009, 2021) ne passe-t-il pas par la prise en compte de ces deux dimensions ?

Pour essayer de répondre nous mènerons en Psychologues cliniciens, une étude de cas sur un patient AVC.

L'objectif de cette étude est de montrer qu'en permettant au sujet de panser son traumatisme on l'aide à trouver une nouvelle perception identitaire lorsqu'un accident cardio-vasculaire (neurologique) est venu faire effraction dans sa temporalité et a bouleversé son identité psychique et corporelle. Nous souhaitons ainsi voir par le biais de la méthode clinique s'il y a un lien d'incidence entre la prise en charge fonctionnelle, psychologique et la santé des patients victimes d'AVC.

Travailler sur une telle thématique constitue un champ d'élection fécond, une aventure intellectuelle et scientifique qui se veut prometteuse, riche dans le domaine des sciences sociales en général et de la psychopathologie en particulier. Il s'agit de déconstruire des enjeux contemporains qui lient les questions de santé à celles des dynamiques sportives autour de la promotion ou restauration de la santé. Au regard de ces nouvelles problématiques émergentes comme les appelle Decamps (2011 : 45), la psychologie du sport, la psychopathologie et la psychologie de la santé vont nous aider à comprendre les phénomènes d'adaptation psychologique à la maladie avec comme référentiel, une pathologie traumatique comme l'AVC.

1. APPROCHE METHODOLOGIQUE : METHODE CLINIQUE

1.1. Cadre d'étude et participant

1.1.1. Cadre d'étude

La prise en charge du Cas Hélène s'est déroulée au Centre hospitalier Universitaire de Libreville dans le service de rééducation fonctionnelle. La patiente est en situation de handicap moteur côté gauche (bras et pied). C'est dans ce cadre que les entretiens cliniques ont été menés en vue de comprendre le vécu de la maladie du sujet. Les entretiens ont permis à la patiente de mettre des mots sur les sentiments éprouvés en

lien directs ou non avec la maladie. Les informations obtenues vont alors être analysées afin de saisir le contenu du discours du sujet.

1.1.2. Participant

Hélène âgée de 54 ans est divorcée et mère de 12 enfants. Elle a travaillé en tant que fonctionnaire. Elle est en congé maladie depuis son attaque. Elle est proche de ses enfants et de sa famille. Après son divorce, elle a consacré sa vie à l'éducation de ses enfants et à son travail. Elle est rencontrée pour la première fois en service de rééducation fonctionnelle suite à son hospitalisation liée à l'AVC dont elle a été victime, il y a environ 9 mois. Pour sa prise en charge fonctionnelle, Mme Hélène est passée par plusieurs spécialistes (kinésithérapeute, orthophoniste, infirmiers ; psychologue). Durant cette hospitalisation, elle a manifesté un état dépressif profond avec des idées suicidaires réactionnelles occasionnées par sa dépendance soudaine et son handicap. Notons que préalablement, Mme Hélène a souffert de dépression suite au divorce d'avec son mari il y a six ans. Pour cette fois, la situation est nettement beaucoup plus complexe car la souffrance est profonde : elle est à la fois physique et psychologique avec une atteinte somatique très marquée. Du reste, on constate clairement que la dépendance physique impacte son narcissisme.

1.2. Etude de cas et méthode d'analyse

Pour cette recherche, nous optons pour une étude qualitative à savoir une étude de cas. L'étude de cas est le fondement de la pratique clinique. Le but est d'appréhender le patient à travers sa pathologie mais surtout à travers son histoire et sa personnalité donc dans sa globalité (Schauder, 2012 : 56). Ainsi, l'étude de cas vise non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation, de ses problèmes mais elle recherche aussi à éclairer les problématiques psychopathologiques. De plus, notre étude s'inscrit dans une démarche clinique. Elle fait appel à la méthode clinique notamment par le truchement de l'entretien semi-directif perçu comme un instrument de qualité dans la pratique du psychologue car il est le meilleur outil pour recueillir le vécu, de souffrance du sujet (Pedinelli, 2012 : 37 ; Imbert, 2010 : 29). Nous avons retenu cette méthode pour saisir la souffrance de Mme Hélène et l'accompagner dans cette dépendance fonctionnelle. Ainsi, partant du principe qu'il y a plusieurs degrés d'analyse dans l'étude de cas, nous optons pour l'analyse de contenu thématique comme technique de traitement des données.

2. RESULTATS

2.1. Analyse de contenu thématique du Cas Hélène

L'analyse de contenu thématique fait appel à une opération qui consiste à transformer les données d'un entretien clinique en une analyse unique et originale permettant de décoder le discours du sujet apporté par les entretiens. C'est donc une opération qui met en valeur les informations du patient, une technique de traitement de données. Tout compte fait, il s'agit d'interroger le sens des entretiens réalisés, de montrer la cohérence

interne du discours grâce à des thèmes retenus. A l'issue de cette présentation, nous préconisons pour étudier le cas Hélène et mieux comprendre le vécu de sa pathologie, de faire ressortir cinq thèmes récurrents qui rendent compte du vécu de souffrance de Madame Hélène à savoir : Le traumatisme, la dépendance physique, la rééducation fonctionnelle, la prise en charge psychologique et le travail de deuil ou travail de la maladie. Ces thèmes vont nous aider à appréhender de façon qualitative, le discours du sujet. Chacun de ces thèmes rend compte du vécu de souffrance de Madame Hélène.

2.1.1. Traumatisme

La vie n'est pas toujours un fleuve tranquille. D'aucuns la considèrent comme des montagnes russes spécialement violentes. Ainsi, il n'est pas rare que certains événements de vie viennent fragiliser notre équilibre même si évidemment, tout événement dramatique n'est pas forcément traumatique. Un même événement peut faire trauma chez un sujet et n'être qu'un souvenir pénible pour un autre qui aura les ressources nécessaires pour le surmonter et l'élaborer psychiquement (Matamba, 2022 : 50).

« L'AVC là a gaspillé toute ma vie, j'ai tout perdu : mon boulot, ma santé et même certains de mes amis, c'est un grand bouleversement ».

Ce discours qui témoigne d'un vécu traumatique énonce un ensemble d'événements de vie négatifs, qui constituent parfois des événements traumatiques ou traumatogènes, nécessitent une réadaptation. Un événement est considéré comme traumatogène ou « traumatique » lorsqu'il présente deux caractéristiques. D'une part, il implique une menace de mort ou une menace grave à l'intégrité physique. D'autre part, il entraîne une peur intense, une impuissance ou une horreur chez la victime (Pedinelli & Mariage, 2015 : 56). Si l'une des deux conditions manque, on ne peut pas parler, sur le plan psychopathologique, d'événement traumatogène ou traumatique.

Pour notre part, l'expérience clinique nous a conduits à entrevoir un lien entre le domaine du handicap et celui du traumatisme. En effet, l'expérience de rencontre avec un handicap est une expérience potentiellement traumatique pour le sujet lui-même et pour son entourage. On peut parler de catastrophe originelle, qui donne sa particularité au travail de deuil, dans la mesure où l'événement traumatique est persécutoire par son omniprésence : le handicap est toujours là, toujours visible, rappelant en permanence la catastrophe liée à l'origine, notamment si on prend l'exemple de l'AVC.

A ce titre, la réaction subjective de Madame Hélène suite à son AVC répond très bien à cette définition car nous notons outre, la peur intense, l'impuissance, un effroi, signe d'une effraction psychologique nécessairement associée à une situation de menace. Elle raconte :

« Je pensais que je n'allais plus marcher ni parler, j'avais peur de rester totalement handicapée ».

Ainsi, l'AVC a constitué un traumatisme psychique suite à une menace grave pour sa vie ou pour son intégrité psychique et physique, qui a plongé notre cas avec effroi dans un

sentiment d'impuissance. Le handicap survenu l'effraie au point de revenir comme une menace imminente :

« J'avais peur de ne plus retrouver la marche ».

Il est clair que le handicap confronte le cas de cette étude à une altération dans la constitution du lien social. Freud (1969 : 98) dans ses études sur le narcissisme, affirme que l'individu est à lui-même sa propre fin et en même temps « membre d'une chaîne à laquelle il est assujéti ». Tout individu, en venant au monde, prend place dans une société et une succession de générations. D'emblée, il est porteur d'une mission : assumer la continuité des générations (en donnant la vie à son tour) et de l'ensemble social (en trouvant une place active dans le groupe). Pour assurer cette continuité, l'ensemble social va l'investir et le soutenir. C'est ce qu'Aulagnier (1975 : 189) appelle le contrat narcissique. Or, le handicap suite à l'AVC vient bouleverser la mission de prendre soin de ses enfants et de réintégrer son milieu professionnel.

Tout ceci comme le témoigne son discours, plonge d'emblée Mme Hélène dans la problématique du traumatisme psychique. L'AVC est vécu comme une violence externe qui vient subitement agresser le sujet dans son intégrité physique et mental. La perte de la fonction motrice fait effraction dans le psychisme du sujet qui se traduit par une décharge émotionnelle entraînant tristesse et larmes :

« J'étais triste et je pleurais quand je me retrouvais seule, j'avais des insomnies et je me remémorais la scène ».

Nous pouvons après analyse dire que Mme Hélène étant traumatisée éprouve des difficultés à se retrouver comme elle était auparavant, dans sa vie quotidienne, professionnelle, familiale et avec soi-même, car il y a eu des changements au niveau de son organisme ainsi que de son psychisme. A la suite de cette atteinte cérébrale, elle a présenté quelques symptômes de reviviscence, d'évitement et des symptômes d'hyper activité neuro-végétative :

« Je revivais la scène tout au début, je dormais péniblement. J'étais en colère et je ne voulais pas qu'on me touche. Limite j'étais devenue agressive, colérique et j'en passe ».

2.1.2. Dépendance physique

« Cette maladie, AVC a touché mon bras gauche et mon pied gauche, je suis restée longtemps sans pouvoir bouger seule. Je dépendais de mes proches. »

Les séquelles d'un AVC dépendent de la zone du cerveau touchée et de la gravité de l'atteinte. Les AVC sont l'une des causes du handicap chez l'adulte. Mme Hélène a vécu dans un premier temps une transition de santé-maladie qui a engendré divers changements dans sa vie dans la mesure. Elle a dû s'adapter en tenant compte des séquelles neurologiques causées par l'AVC, notamment l'arrêt de l'activité professionnelle, d'une part, mais aussi Hélène a dû réorganiser sa vie en fonction de ses

besoins tels que les traitements et les RDV médicaux, d'autre part. Tous ces changements la bouleversent et la déséquilibrent :

« Avant la maladie j'étais très active, aussi bien à la maison qu'au travail. Mais depuis là, tout a basculé, je ne travaille plus et je dépends beaucoup des autres ».

Ces changements survenus avec l'AVC lui ont donné une autre perception du monde et l'ont conduit à ressentir un sentiment de perte de quelque chose qui lui était familier (Meleis, 1997 : 250). Mme Hélène suite à l'AVC présente une paralysie d'un côté du corps, notamment le bras gauche et la jambe gauche qui la rendent dépendante. Brutalement, elle perd ses repères subjectifs et se trouve potentiellement dans une situation de handicap. Ainsi, la dépendance signe une rupture totale avec la vie passée. Une réadaptation complète à un mode de vie différent est nécessaire. Les vies familiales, personnelle et socioprofessionnelle sont perturbées.

Cette réadaptation est difficile pour elle et pour ses proches notamment ses enfants. Elle englobe la récupération de la plasticité neurologique qui nécessite beaucoup d'efforts et de courage. Bien évidemment, Mme Hélène a trouvé en elle et auprès de ses enfants et grâce à l'aide du personnel soignant notamment du Psychologue, la force nécessaire pour s'adapter à tous ces changements dans sa vie.

Notre sujet évoque cette dépendance avec beaucoup de peine et chagrin :

« Tu n'es plus maître de toi à tout moment, tu es dépendant, assujetti et diminué. Le fait d'être dépendant des autres n'est pas chose aisée, c'est le plus difficile... »

Nous disons que le handicap affecte notre cas dans son aptitude à vaquer aux activités de la vie courante. Elle augmente la dépendance à autrui et diminue la qualité de vie, notamment via l'accès aux opportunités de participation sociale et économique et un sentiment d'exclusion.

Aussi, cet extrait du discours traduit son impuissance face à la perte de l'autonomie. Prendre des décisions pour soi-même et de les exécuter, c'est-à-dire « se gouverner soi-même » est devenu chose impossible. La paralysie rompt chez Mme Hélène l'indépendance et l'intégrité de soi envisagées sous l'angle de l'activité en tant que capacité d'effectuer seule les actes de la vie quotidienne, l'autonomie fonctionnelle.

Tout individu, quel que soit l'état de son corps, de son cerveau, de son fonctionnement neurophysiologique voire de son insertion sociale, a toujours une subjectivité, une vie subjective (Ciccone, 2016 : 18).

Pour revenir à notre cas, le handicap est source de souffrance psychique car elle n'est plus maître de ses décisions. Elle n'est plus en mesure de se « gouverner soi-même ».

2.1.3. La prise en charge fonctionnelle

Aborder les dimensions psychologiques dans la rééducation fonctionnelle est souvent difficile. Il faut examiner l'individu dans une globalité multidimensionnelle. Ici, dans un premier temps, la priorité est portée sur un corps voire un corps dans une dynamique fonctionnelle. Ensuite, C'est le « moi », « l'identité du moi », « la personnalité ». C'est dans cette optique qu'un tout fait que ce tout dépasse le lien psyché et soma. L'individu est vu dans une globalité non dans un assemblage de versants.

Ainsi, la rééducation fonctionnelle a une valeur en soi. C'est une prise en charge spécifique de l'individu et permet un regard différent et sans cesse renouvelé (Bouchloukh, 2009 : 94).

Entraîner un corps handicapé est donc indispensable. Les exercices personnels, la mise en condition constituent une bonne démarche thérapeutique. Voici ce que raconte Mme Hélène :

« Je fais ma petite marche avant le petit déjeuner et le soir aussi. Je pense que je peux retrouver partiellement ma vie d'avant parce que je vois on est au troisième mois, il est vrai que je me tiens seule mais c'est difficile. Après une rééducation je n'arrive pas à soulever ma jambe. Beaucoup de douleurs au niveau de la jambe mais depuis qu'on a commencé j'arrive quand même à la poser alors qu'au début je n'y arrivais pas, mais le véritable souci c'est le bras sincèrement. A ce niveau est ce que c'est la maladie qui a endommagé autant les nerfs du bras. »

La prise en charge fonctionnelle orchestrée par un médecin a pour but de rééduquer et/ou de compenser les déficits du patient. Ainsi, pour Mme Hélène plusieurs spécialistes ont contribué à sa rééducation fonctionnelle (kinésithérapeute, orthophoniste, médecins, infirmiers, psychologue). L'engagement de ces derniers auprès de cette dame a constitué une véritable enveloppe de soins qui a bien intégré médecin, infirmiers, psychologues comme nous l'indique l'anamnèse.

La récupération de la fonction motrice mais aussi de la parole passe par une véritable réorganisation cérébrale grâce au phénomène de plasticité (Yelnik, 2022 : 597) qui permet, dans le meilleur des cas, une récupération sans compensation. Pour être développée au maximum, cette plasticité doit être stimulée par des exercices mettant en jeu des fonctions déficientes. Chez Hélène les exercices physiques mais aussi phonologiques lui ont permis de récupérer partiellement la station debout, la marche même s'il lui faut fournir beaucoup d'efforts et la parole prouvant ainsi l'efficacité partielle de la rééducation/réadaptation post-AVC.

Toutefois, cette paralysie confronte l'handicapé à un corps persécuteur. Ce corps réclame tous les soins, il occupe toute la place. Il oblige ainsi l'adulte à organiser une réalité qui l'envahit sans cesse atrocement. Il fait l'expérience d'une souffrance incessante qui rappelle sans cesse sa présence comme limite irréductible. Tout compte fait, toute technique rééducative devra s'appuyer avec efficacité sur le partage émotionnel : ceci nous permet d'aborder le point sur la question de la prise en charge psychologique.

2.1.4. Prise en charge psychologique

L'AVC provoque un **choc** psychologique. Ce choc vient ébranler la santé physique et psychologique d'une personne qui jusque-là jouissait pleinement de son autonomie. Selon la gravité des manifestations, ce choc peut correspondre à un réel **traumatisme psychologique**. Il est important de souligner que le premier élément de toute approche rééducative doit être un travail psychologique. A notre sens une préparation psychologique des handicapés leur permettrait de cheminer petit à petit vers l'acceptation. En effet, le psychologue clinicien est formé à l'accompagnement et au soin psychique : il propose des entretiens individuels ou en groupe permettant à la personne

qu'il rencontre de faire le point sur sa situation, de restaurer son image d'elle-même quand elle est dégradée par la maladie et de redéfinir ses aspirations personnelles et subjectives. Pour revenir à notre cas, ces temps d'écoute et d'échange lui ont permis d'exprimer son ressenti. Parler de ses angoisses et de ses craintes à un psychologue lui a apporté soulagement et aide afin de mentaliser sa situation et d'essayer de s'en sortir. A ce propos voici ce qu'elle affirme :

« Elle prend le temps de bien écouter et là-dedans elle a décelé le genre de femme que je suis et comment aborder la question. Elle a su le faire car il y avait des jours où j'étais colérique je ne voulais voir personne, déjà je ne parlais pas bien donc c'était difficile de sortir des mots, ... très patiente et à l'écoute toujours avec un sourire et aussi elle savait me rassurer. Elle a mis à l'avant le côté humain et aussi enfant et pour m'amener à comprendre que je dois lutter pour les enfants donc elle m'a fait comprendre que ce n'est pas un bras de fer avec la vie mais elle m'a fait comprendre qu'il faut continuer à accepter de vivre avec le handicap que je peux avoir. »

Elle ajoute :

« Je suis suivie par un psychologue au CHUL. Elle m'a aidé à comprendre que je suis aujourd'hui moi-même maître de ce que je peux devenir par rapport aux résolutions que je vais prendre ».

Par ailleurs, les répercussions psychologiques des lésions cérébrales peuvent être dévastatrices que les séquelles soient éphémères ou durables : la personne atteinte d'un AVC expérimente le handicap, ou pour le moins la dépendance partielle ou totale. Cette expérience est troublante pour l'image plus ou moins stable que la personne avait d'elle-même jusque-là. Il faut s'adapter, se battre pour la rééducation. Faire face à ce corps meurtri nécessite de nouveaux apprentissages. Sur le plan psychologique, il est difficile de mentaliser sur les **ruptures du corps, faire face aux différentes pertes** telle que la perte de la parole, le bras et le pied du côté gauche comme pour Hélène. A ce propos, Machado (2018 : 2) accorde une grande importance à la trajectoire du patient vers l'acceptation. Du coup, le travail du psychologue va relever de la mise en mots de cet événement négatif de vie pour que le trauma entrave le moins possible la vie du patient. En effet, il est question de recouvrer la capacité de se raconter, en intégrant cet "accident de vie" dans la narration de sa biographie.

Ce cheminement est long et nécessite tout d'abord d'admettre l'événement, la maladie, le handicap. Admettre pour le patient qu'il peut aussi "continuer à être" en l'absence de séquelles même si c'est souvent difficile comme c'est le cas de Mme Soleil qui accepte malgré tout ce qui lui est arrivé, ce qui fait partie d'elle à jamais : cette jambe gauche qu'elle a dû mal à soulever et surtout le bras gauche raide jusqu'ici. La question du sens qui fait partie intégrante dans ce travail d'acceptation n'est pas évoquée par la patiente. Toutefois, il a été relevé une angoisse.

Ainsi, la prise en charge psychologique a permis à Mme Hélène et à ses enfants d'accepter, de faire face à la maladie et aux difficultés individuelles et familiales, favorisant alors un travail de deuil.

2.1.5. Travail de deuil/travail de la maladie

Les conséquences psychologiques d'un AVC quel que soit la structure, comme nous l'avons évoqué plus haut, sont traumatisantes si l'on considère le traumatisme en tant que rupture brutale, violente et inattendue survenant dans la vie d'un individu. De ce fait, le sujet victime d'AVC perd brutalement ses repères subjectifs et se trouve potentiellement dans une situation de handicap. Ainsi, le handicap de Mme Hélène consécutif à l'AVC nous place d'emblée dans cet abord psychologique du traumatisme et du deuil. Deux éléments pris en compte dans cette recherche. Il y a d'un côté, les forces et les faiblesses de Mme Hélène confrontée à la réalité traumatique et de l'autre, face à ce qui lui arrive, elle a, dans cette confrontation, traversé différentes étapes qui sont des défenses psychologiques (Kubler-Ross, 1974 : 129).

Une période de travail de deuil apparaît chez la personne devenue handicapée, suite à la prise de conscience de l'altération partielle voire définitive de certaines fonctions motrices, et au détournement des étapes de réadaptation. Bacqué (2007 : 47) montre que la personne concernée par le deuil court un risque de développer ou d'aggraver les maladies somatiques et psychiatriques et que le deuil, notamment pathologique, joue un rôle primordial dans les tentatives de suicide. C'est donc une expérience universelle de la perte qui renvoie à une véritable violence pour l'endeuiller, entraînant une perturbation psychologique, singulièrement émotionnelle et intense.

Dans ce cadre, la théorie des oscillations développée par Stroebe M. & Schut H., (2005 : 480) est d'un apport original car le travail de deuil admet une démarche consciente de confrontation au deuil et d'évocation des circonstances de la perte. Il est donc question de se canaliser sur les souvenirs pour s'en détacher tout doucement. Tout individu en deuil oscille entre deux orientations : vers le passé qui correspond à la perte et aux souvenirs qui y sont associés, et vers l'avenir qui correspond à la reconstruction et aux projets à élaborer. Ce tiraillement incessant entre le passé et l'avenir rend compte du vécu, et notamment des angoisses des personnes, au cours du travail de deuil.

Pour revenir au cas de cette recherche, Mme Hélène doit faire le deuil de son ancienne vie pour pouvoir reconstruire une nouvelle vie avec son handicap.

« Je suis dans l'obligation d'accepter la maladie puisqu'elle potentiellement là. Maintenant ce qu'il faut faire c'est se poser la question comment faire pour vivre malgré tout, vivre avec ce handicap ».

En effet, l'AVC a évidemment eu un impact dans tous les secteurs de sa vie. Il a de plus, modifier son mode de vie afin de prévenir au mieux le risque d'un second AVC. Tous ces changements peuvent être source d'angoisse. C'est dans ce sens que Terrill et al (2018 : 8) expliquent que parfois l'anxiété et la dépression peuvent prendre le dessus à cause de l'inquiétude de la récurrence, de la peur que les symptômes ou les effets indésirables des médicaments ne disparaissent jamais, de ne plus pouvoir travailler ou bien que leurs relations changent.

Dans cette optique, le handicap peut être considéré comme une perte. Ainsi, toute perte touchant le sujet dans son intégrité et, de ce fait l'image qu'il a de lui-même et les différents liens qu'il établit avec les autres, conjecture un travail d'élaboration singulier. Dépasser la blessure narcissique, c'est renoncer à un « Soi » relativement familier pour

apprivoiser un autre « Soi », étranger qui suppose d'importantes restructurations psychiques à l'œuvre chez Mme Hélène atteinte de L'AVC. Le renoncement qui est mis au travail dans une confrontation aux pertes tant réelles que fantasmatiques paraît essentiel, car de ce travail dépendront les investissements ultérieurs (Siby, 2009 : 102, 2021 :54 :).

Au terme de ces ajustements entre perte et reconstruction de soi, notre cas identifie de nouveaux rôles et une nouvelle identité. Cette capacité à réinvestir la vie témoigne évidemment que le processus du deuil est bien engagé. Ainsi, tout travail psychique serait nécessaire à la compréhension de la perte par le sujet et par conséquent, nécessaire pour s'adapter.

Il est important de souligner ici la dimension de la perte dans la clinique du somatique. Pedinielli (1987 : 1051) l'avait déjà évoqué et à ce sujet augure qu'elle concerne autant la perte réelle, la perte symbolique, que la perte des idéaux. L'auteur attribue au travail de la maladie une proximité avec le travail de deuil. Selon lui le travail de la maladie correspond au discours du malade qui évoque ses blessures, ses atteintes narcissiques, *sa souffrance et l'organe atteint*. Ce discours du malade sur sa maladie consiste essentiellement en la description des symptômes, en l'élaboration d'une représentation de l'organe atteint. Une analogie entre le travail de la maladie et le travail de deuil, et l'extension au domaine du handicap acquis, permet d'envisager l'ensemble des processus d'adaptation au handicap en termes de « travail du handicap ». Cette approche aborde par le discours le vécu subjectif du handicap, comme une élaboration participant à la genèse et l'évolution des processus d'adaptation. La verbalisation permet de mettre du sens derrière l'atteinte motrice et, par-là, d'aider la personne à s'adapter au handicap de manière positive.

3. DISCUSSION

Se retrouver handicapé soudainement suite à un AVC n'est pas chose aisée car le handicap modifie sûrement et de manière négative la perception que le patient se fait de la vie, du monde environnant. C'est donc un enjeu crucial qui nécessiterait un accompagnement à la fois physique et psychologique pour le malade hémiparétique. Ainsi, suite à cette paralysie le patient qui en souffre reçoit un traitement médicamenteux pour traiter les symptômes. Ce traitement permet notamment de lutter contre la raideur musculaire. Toutefois, à côté de ce traitement s'ajoute le temps de la rééducation pluridisciplinaire. La prise en charge des patients hémiparétiques requiert la prise en compte des troubles moteurs et fonctionnels mais également de tous les déficits cognitifs et sensoriels éventuels, elle doit être intégrée dans la rééducation kinésithérapique de l'hémiparésie en étroite collaboration avec les différents professionnels qui accompagnent le patient (Maras, 2016 : 24).

Dans la population générale tout comme dans la littérature scientifique qui abonde, l'activité physique est le moyen naturel qui semble faire le plus consensus pour son impact sur le bien-être et la santé mentale. A cet effet, deux grands courants de recherche sur les bienfaits psychologiques de l'activité physique peuvent être distingués dans la littérature.

D'une part, les recherches portant sur les effets immédiats ou temporaires d'une seule séance d'activité physique indépendamment de la condition physique, et d'autre part, les recherches portant sur les effets de la pratique régulière de l'activité physique associés à l'amélioration de la condition physique, selon Toker & Biron (2012 : 705).

Nous pouvons comprendre la pertinence de ces résultats à la lumière du modèle biopsychosocial qui s'appuie également sur certains éléments de la théorie de l'apprentissage sociale de Bandura (1985 : 29) et de la théorie cognitive transactionnelle de Lazarus (1999 : 125). Selon ces modèles, il faut d'abord considérer le principe d'homéostasie qui explique la variation des mécanismes biologiques et physiologiques impliqués pendant et après un effort physique, mais aussi lorsqu'on est en détresse psychologique. Ainsi, par le biais du système nerveux central qui contrôle les paramètres de notre « milieu intérieur » (ex. : hormones, neurotransmetteurs, etc.), au début d'une séance d'activité physique, le système nerveux autonome sympathique intervient pour stimuler la glande médullosurrénale et sécréter une décharge accrue d'adrénaline ce qui permet d'augmenter l'apport en énergie et d'augmenter le métabolisme de base pour répondre à la demande (hormones, adaptation du système cardiorespiratoire et cardiovasculaire, neurotransmetteurs, modifications des échanges biochimiques). À la fin de l'activité physique, c'est le rôle du système nerveux parasympathique de ralentir le métabolisme pour favoriser le retour au calme de l'organisme (ex. : hormones, ralentissement du système cardiorespiratoire et cardiovasculaire, neurotransmetteurs, modifications des échanges biochimiques, etc. ; Lazarus (1999 : 125). Une telle activité cognitive permet d'apaiser les tensions libidinales et permet à l'organisme de s'auto réguler. Dans cette optique, il s'agit de toute une alchimie qui se met en place à travers, le sport, la rééducation fonctionnelle pour insuffler l'énergie nécessaire à l'organisme en vue de se rétablir et retrouver autant que possible la bonne santé.

D'ailleurs, il a été reconnu que l'activité physique a des vertus psychologiques positives qui touchent plusieurs dimensions de la santé mentale, par exemple : l'humeur, l'anxiété, le stress, la dépression, l'estime de soi, le sentiment d'efficacité, les performances cognitives, etc., sans oublier ses effets somatiques (Mammen & Faulkner, 2013 : 653 ; Poirel, 2017 : 148). Force est de constater, devant cet état de fait, l'importance de promouvoir les vertus de l'activité physique, non pas uniquement pour la santé physique, mais aussi pour la santé mentale. C'est sur cette base que nous présentons dans cet article ces travaux sur les bienfaits psychologiques de l'activité physique. Nos résultats, bien évidemment montrent que les séances d'exercices physiques de Mme Soleil ont eu un impact sur sa santé mentale. Les progrès physiques réalisés suite à la marche sont un bon indice pour sa santé mentale :

« Je pense que je peux retrouver partiellement ma vie d'avant parce que je vois on est au troisième mois il est vrai que je me tiens seule mais c'est difficile. Après une rééducation je n'arrive pas à soulever ma jambe. Beaucoup de douleurs au niveau de la jambe mais depuis qu'on a commencé j'arrive quand même à la poser alors qu'au début je n'y arrivais pas, mais le véritable souci c'est le bras sincèrement ».

CONCLUSION

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un véritable problème de santé publique. Il a des répercussions sur les plans physique et psychique de la personne touchée. La prise en charge, d'un patient victime d'AVC, a une trajectoire bien singulière qui comporte plusieurs phases et met en jeu une grande diversité d'acteurs. Cette prise en charge plurielle : médicamenteuse, fonctionnelle et psychologique souligne l'importance d'une collaboration pluridisciplinaire pour le bien être du patient.

Même si cet article montre les bienfaits psychologiques de l'activité physique, il reste cependant difficile d'expliquer nettement le processus par lequel il serait possible de comprendre ce phénomène. Le modèle biopsychosocial que nous avons convoqué pour le comprendre ouvre toutefois la voie à des postulats pour la recherche, mais il correspond principalement à la visée plus large de soutenir la pratique de l'activité physique afin de favoriser une santé mentale optimale en misant sur ses vertus psychologiques.

Tout compte fait, la question de la santé mentale est une problématique de santé publique et l'activité physique est certainement le moyen le plus naturel, le plus accessible et le moins coûteux pour répondre à cette préoccupation en raison de ses bienfaits psychologiques. Il faut alors allier : prise en charge fonctionnelle et prise en charge psychologique pour le bien-être du patient et le rétablissement de son intégrité physique et psychologique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Afflelou S., 2011**, « Le burn out sportif comparé au syndrome de surentraînement : une entité clinique à part », *face à face*, (11), 1-5.
- Aulagnier P., 1975**, *La Violence de l'Interprétation, du pictogramme à l'énoncé*, Paris, PUF.
- Bacqué M.-F. (2007)**. *L'un sans l'autre. Psychologie du deuil et des séparations*. Paris, Larousse.
- Bandura A., 1985**, *L'apprentissage social*, Bruxelles, Mardaga.
- Bouchloukh M., 2009**, *Rééducation fonctionnelle et prise en charge psychologiques des enfants handicapés moteurs : cas des hémiplegiques et Infirmités Moteuses Cérébrales à Constantine*, Thèse de doctorat psychologie en clinique sous la direction de Hachemi LOUKIA, Université Mentouri Constantine.
- Chedhomme E., 2011**, *Réflexion sur un dispositif de sensibilisation des entraîneurs, par des psychologues*, *face à face*, (11), 6-15.
- Ciccone A., 2016**, « Le psychologue clinicien dans le champ du handicap », *Psychologues et Psychologies*, (242), 018-022.
- Coursier, Q., 2017**, *Estime de soi : l'impact positif de l'activité physique et sportive*, Psychologie du sport, www.lrms.com.
- Décamps G., 2011**, *Psychologie du Sport et de la santé*, Bruxelles, De Boeck.
- Eboko F., Eisenberg, F. & Trabal, P., 2011**, *Sport et santé : à la croisée des regards pluridisciplinaires*, *Face à face* [En ligne], 11 | 2011, mis en ligne le 14 février 2011, consulté le 04 avril 2023 sur URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/589>.

- Freud S., 1969**, « Pour introduire le narcissisme », dans *La vie sexuelle* (1914), Paris, PUF, p. 81–105.
- Fuchs A., 2014**, « Activités physiques adaptées et mucoviscidose. La « voix » des patients », *Movement & Sport Sciences*, 2(84), 111-119.
- Imbert G., 2010**, « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », *Recherche en soins infirmiers*, 3(102), 23-34.
- Hanus M., 2011**, *La mort*, Paris, Nathan.
- Henzel M., 2006**, *La mort intime*, Paris, Pocket.
- Kübler-Ross E., 1974**, *La mort, dernière étape de la croissance*, Québec, Québec-loisir
- Lazarus R.S., 1999**, *Stress and emotion: a new synthesis*. London: Free Association Books.
- Levêque M., 2010**, *Au cœur de la compétition sportive : approches psychologique et sociale*, Bruxelles, Madarga.
- Machado C., 2018**, *Réaménagement psychique dans les suites d'un accident vasculaire cérébral*, (p. 1-4). Consulté le 15 février 2023 sur <https://www.elsevier.com/open-access/userlicense/1.0>.
- Mammen G. & Faulkner G., 2013**, «Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies », *American journal of preventive medicine*, 45(5), 649-657.
- Maras É., 2016**, *Quelles modalités sensorielles prendre en compte dans la rééducation de l'héminégligence ?* Diplôme d'Etat de Masseur Kinésithérapeute, Ministère chargé de la Santé Région Auvergne Rhône-Alpes.
- Matamba B. épouse Nyama, 2022**, « Clinique du VIH, projet de vie et processus de résilience », *Cahiers Ivoiriens de psychologie*, (16), 42-58.
- Meleis A. I., 1997**, *Theoretical nursing: Development and progress*, vol. 3rd ed., Philadelphia; Lippincott.
- Pedinielli J.-L., 1987**, « Le travail de la maladie », *Psychol Med*, 19(7), 1049-1052.
- Pedinielli J.-L., 2012**, *Introduction à la psychologie clinique* (3ème éd.), Paris, Nathan.
- Pedinielli J.-L. & Mariage A., 2015**, *Psychopathologie du traumatisme*, Paris, Armand Colin.
- Poirel E., 2017**, « Bienfaits psychologiques de l'activité physique pour la santé mentale », *Santé mentale au Québec*, 42(1), 147–164.
- Salmi M. Pichard C. & Jouselin É., 2010**, « Psychopathologie et Sport de haut niveau », *Science et Sport*, 25(1), 1-10.
- Rauch, A., 2011**, *Le sport nous rend-il addictifs à des normes de santé ?* *Sport et Santé*, (11), 13-30.
- Salmi, M., Pichard, C. & Jouselin, E., 2010**, *Psychopathologie et sport de haut niveau*, *Science et Sports*, 25(1), 1-10.
- Schauder S., 2012**, *L'étude de cas en psychologie clinique : 4 approches théoriques* Paris, Dunod.
- Siby J-R., 2009**, *Deuil et rites funéraires en situation de migration : cas des endeuillés africains en France*, Thèse de Doctorat en Psychologie clinique, Université d'Amiens.
- Siby, J-R., 2021**, *Traumatisme, équation personnelle et résilience*, *Conduite Humaine et Pratiques Psychologiques*, (2), 48-76.

- Terrill A. L., Schwartz J. K. & Belagaje S. R., 2018**, «Best Practices for the Interdisciplinary Rehabilitation Team», *A Review of Mental Health Issues in Mild Stroke Survivors, Hindawi, Stroke Research and Treatment* 4;2018:6187328. doi: 10.1155/2018/6187328. PMID : 29973980; PMCID: PMC6008610.
- Tessier D., Trouilloud D. & Chalabaev A., 2021**, Grand manuel de psychologie positive, Paris, Dunod.
- Stroebe M. & Schut H., 2005**, «To continue or Relinquish Bonds: A review of consequences for the Bereaved», *Death studies*, (29), 477-494.
- Toker S. & Biron M., 2012**, «Job Burnout and Depression: Unravelling Their Temporal Relationship and Considering the Role of Physical Activity», *Journal of Applied Psychology*, 97(3), 699-710.
- Yelnik A., 2022**, « Récupération de la motricité après accident vasculaire cérébral. Facteurs pronostiques et rééducation », *Bull Acad Nati Med*, (206), 594-603.