

IMAGE : LINDSAY HENWOOD, UNSPLASH

COMPOSER AVEC LES *émotions* : LE QUOTIDIEN DU PHYSIOTHÉRAPEUTE

Auteur
Joseph KALDAS, B.Sc. PT, M.Sc.A., physiothérapeute, co-fondateur de Physio Dynamik

Entrevue réalisée par
Denise NORMAND-GUÉRETTE, Ph. D. en éducation, rédactrice en chef de *Psychologie préventive*

et

Vanessa SIT, doctorante en santé publique

Mots clés

PHYSIOTHÉRAPIE
RÉADAPTATION
ÉMOTIONS
JEUNE
PRÉVENTION PRIMAIRE
SPORT D'ÉLITE
TÉLÉPHONE CELLULAIRE
ORDINATEUR

Résumé **Par cette entrevue avec Joseph Kaldas, physiothérapeute depuis 15 ans, *Psychologie préventive* met l'accent sur la santé. Monsieur Kaldas a accepté de nous livrer ses réflexions sur le rôle du physiothérapeute et sur le processus de réadaptation, notamment sous l'angle de l'influence des émotions. Il soulève d'autres questions telles que l'entraînement des jeunes athlètes en pleine croissance, la consultation en physiothérapie de plus en plus fréquente des jeunes et l'impact des nouvelles technologies de communication sur la santé. Enfin, il insiste sur la nécessité du travail d'équipe entre des professionnels de différents domaines, notamment dans le système d'éducation, pour mettre en place des actions préventives.**

Psychologie préventive

La revue *Psychologie préventive* s'intéresse à la jeunesse et cherche à offrir aux jeunes des moyens de prévention pour leur santé physique et émotionnelle. Dans ce contexte, pourriez-vous nous parler des principaux problèmes pour lesquels les jeunes consultent un physiothérapeute ?

Joseph Kaldas (JK)
Différents problèmes peuvent être observés chez les jeunes de moins de 12 ans. Chez ceux qui pratiquent une activité physique de façon intensive (des jeunes sportifs, des gymnastes), un trouble d'adaptation à leur sport est souvent en cause. On pourrait penser qu'ils se surentraînent, mais ce n'est pas nécessairement le cas ; c'est plutôt que leur corps n'a pas atteint un niveau de développement qui correspond à ce qu'ils exigent de lui. Dans ce groupe, la question est surtout de connaître les capacités et les limites de son corps.

Psychologie préventive

Est-ce que vous pourriez donner un exemple ?



JK : Certaines situations problématiques reviennent très fréquemment en gymnastique féminine. Les jeunes gymnastes commencent souvent leur pratique à l'âge de 6-7 ans. Au Canada et aux États-Unis, elles sont classées dans des catégories, qui correspondent à leurs habilités à exécuter des figures et des tâches précises. Prenons une gymnaste qui, parce qu'elle est capable d'exécuter une nouvelle figure, passe du niveau 4 au niveau 5. Souvent, on ne tient

On associe grandir à devenir plus fort, à devenir plus grand. C'est vrai. Mais dans le fond, comment fonctionne la croissance ?

pas compte du fait qu'elle continue à grandir durant cette période et que cela représente un nouveau stress sur son corps. On associe plutôt grandir à devenir plus fort, à devenir plus grand. C'est vrai. Mais dans le fond, comment fonctionne la croissance ? À la base, ce sont les os qui grandissent en premier, puis la musculature suit.

Si la forme du corps change, la musculature doit s'adapter à cette nouvelle forme. Si une nouvelle activité ou exigence s'ajoute à la croissance, le corps doit s'adapter à la fois à la nouvelle forme du corps qui grandit et à cette nouvelle activité ou exigence. Donc, l'adaptation physique associée à tout cela est doublement difficile. Dans le fond, le problème ici n'est pas que l'enfant ne puisse pas s'adapter, c'est plutôt la vitesse à laquelle il doit affronter les changements et s'y ajuster. Si on ne tient pas suffisamment compte de la croissance du corps, cela peut entraîner des blessures.

Et l'influence des émotions ne doit pas être oubliée dans tout cela. Selon mon expérience, l'aspect émotionnel est associé ici à une exigence de performance. Dans le monde de la gymnastique, on pousse toujours les jeunes à atteindre le maximum. C'est très exigeant !

Dans l'élite sportive, certains jeunes pratiquent un sport parce qu'ils le veulent, tandis que d'autres le pratiquent parce que leurs parents se voient à travers eux.

Lorsqu'une jeune fille accède à une nouvelle catégorie, elle s'attend à faire des figures plus complexes, à sauter plus haut. Tout en continuant à grandir, elle s'impose une pression supplémentaire, elle s'entraîne plus d'heures que jamais, puis son corps ne suit plus, et elle finit par se blesser. Elle vit alors du découragement, souvent ressenti par les jeunes pratiquant un sport d'élite.

Psychologie préventive

Lorsque des enfants de 6-8 ans se blessent dans le cadre de la pratique intensive d'un sport, est-ce que le physiothérapeute s'interroge parfois sur les objectifs du parent versus ceux de l'enfant ? Pourriez-vous expliquer comment vous intervenez dans ce genre de situation ?



JK : Dans l'élite sportive, certains jeunes pratiquent un sport parce qu'ils le veulent, tandis que d'autres le pratiquent parce que leurs parents se voient à travers eux et souhaitent que leurs enfants accomplissent ce qu'ils n'ont pas eux-mêmes réalisé.

Je pense à une mère, ancienne gymnaste, qui voulait que son enfant excelle plus qu'elle dans cette discipline. Elle la poussait au point que cela nuisait à la santé physique de sa fille. De plus, ses émotions empiétaient sur ma capacité de progresser avec son enfant. J'ai alors dit à la mère : « Pour que votre fille puisse se concentrer sur la qualité du mouvement ou sur l'apprentissage de l'exercice, je vais faire cette partie de la séance seul avec elle. » L'objectif était d'avoir du temps avec l'enfant pour insister sur comment « bien faire » le mouvement plutôt que de l'exécuter 20 fois. J'aidais aussi l'enfant à trouver des façons de parler à son parent. Par la suite, j'avais eu une conversation seul avec la mère.

C'est surtout avec les enfants dont les parents misent sur la performance que j'ai besoin d'avoir des conversations sans le parent. Lorsque les deux, l'enfant et le parent, sont présents, l'enfant peut penser : « Si je ne performe pas à la compétition, je vais lui faire de la peine. »

Pour vous mettre en contexte, je parle ici de l'enfant qui s'entraîne de 12 à 18 heures par

semaine. S'il est blessé, s'il ne participe pas à la compétition, les conséquences sont qu'il ne voit pas ses amis, qu'il déçoit son entraîneur et ses parents. Ainsi, il est déçu lui aussi. Dans ce contexte, il se sent obligé d'être à la hauteur des attentes de plusieurs personnes. Par ailleurs, les enfants qui s'entraînent pour eux-mêmes vivent moins cette pression venant des autres.

Afin de susciter une réflexion, je demande parfois à l'enfant, devant ses parents : « C'est quoi ton salaire ? » Cette question attire tout de suite leur attention. Quand les parents admettent que l'enfant ne reçoit pas de salaire en retour de ses performances sportives, je leur demande : « Alors pourquoi faites-vous cela ? » Leur réponse est : « Il faut qu'il se qualifie. » Et j'ajoute : « Pourquoi faut-il qu'il se qualifie ? Quel bien en retire-t-il si on met à risque sa santé physique, mentale ou émotionnelle ? »

Parfois, le parent prend la place de l'enfant dans la conversation : c'est dans ce contexte que j'ai besoin d'avoir un peu de temps seul avec l'enfant.

Au fond, mon discours ne porte pas tant sur les sous que sur les émotions. Je cherche à les faire sortir un peu de leur perception et à leur faire prendre conscience de ce qui les motive réellement. Je suis conscient qu'un objectif de performance se trouve à la base, mais est-ce si important ? La réponse ne peut pas venir de moi. Par contre, je peux donner des conseils sur la planification des compétitions pour prévenir les risques de blessure : « Est-ce qu'on pourrait remettre à plus tard l'atteinte de l'objectif de performance ? Car si votre enfant consulte en physiothérapie, ce n'est certainement pas pour le plaisir. Le processus de réadaptation exige certains compromis, par exemple réduire le nombre de compétitions ou les étaler sur une plus longue période. »



IMAGE : PIXABAY

Psychologie préventive

Est-ce que vous rencontrez la même réalité chez les adultes ?



JK : Certains adultes décident de participer à une compétition malgré mes conseils. Des triathlètes qui font l'Ironman me consultent en disant : « Il faut que je le fasse, parce que ça fait deux ans que je m'investis là-dedans ». Je vois que c'est important pour eux, alors s'ils décident d'y participer malgré leur problème physique, mon rôle est de leur en exposer les risques et de leur donner des outils pour qu'ils y arrivent. Par exemple, ils pourraient faire un compromis sur la performance : « Vas-y peut-être un peu moins vite, un peu moins fort ou utilise un moyen, comme un bandage adhésif thérapeutique (*tapping*) pour t'aider pendant la phase de vélo, afin que tu puisses la réaliser malgré tout. »

Mais avec un enfant, c'est moins évident. Il n'est pas capable d'exprimer son choix aussi clairement que l'adulte. Parfois, le parent prend la place de l'enfant dans la conversation : c'est dans ce contexte que j'ai besoin d'avoir un peu de temps seul avec l'enfant pour décortiquer ce qu'il veut et pourquoi il le fait. Peu importe l'âge de l'enfant, on doit lui donner des explications afin qu'il comprenne comment atteindre le maximum de ses capacités physiques. J'essaie de lui expliquer le problème d'une façon compréhensible pour lui : « Tu vas avoir une autre compétition plus tard à laquelle tu pourras participer, mais présentement, ton tissu musculaire pourrait se blesser à nouveau. » Bien sûr, j'en parle aussi avec les parents, mais, comme je l'ai déjà dit, cette discussion doit parfois se faire séparément.

Psychologie préventive

Vous venez de décrire la situation de jeunes qui font du sport d'élite. Notez-vous d'autres problèmes chez les jeunes que vous rencontrez ?



JK : Je suis physiothérapeute depuis 15 ans et quand j'ai commencé, je ne voyais pas de jeunes qui avaient des problèmes de cou ou de bas du dos, comme ceux d'un adulte sédentaire qui travaille dans un bureau. Aujourd'hui, malheureusement, davantage de jeunes de 10-12 ans me consultent parce qu'ils ont mal au dos. Ils sont souvent assis (par exemple à l'école), en plus de passer beaucoup de temps sur la console, les tablettes et les médias sociaux... Tout cela mis ensemble les amène à un mode de vie sédentaire.

Auparavant, ce genre de problèmes était plus rare durant l'adolescence. Maintenant, ils sont de plus en plus fréquents et même chez les préadolescents, ainsi que chez des enfants qui ont un goût pour l'informatique. Les cas les plus jeunes que j'ai eus en consultation avaient environ 9-10 ans.

Psychologie préventive

Est-ce difficile d'amener ces jeunes à diminuer ou à éliminer leur mal de cou ou de dos ?



JK : Ces cas ne sont pas très difficiles à diagnostiquer, parce qu'on cible facilement le problème, relié à la sédentarité, à la posture assise, au temps passé dans cette posture et aux erreurs dans la mécanique posturale. Chez ce groupe d'âge, tout est plus facile à changer que chez un adulte, pour lequel on a besoin de mettre plus d'énergie.

L'exemple qui me vient spontanément en tête est celui d'un jeune de 13 ans qui m'a consulté pour des douleurs au dos. La discussion avec le jeune et sa mère a ainsi révélé qu'il passait beaucoup d'heures à l'ordinateur : de la fin des classes (13 h 30) jusqu'au coucher vers 23 h 30 et parfois même 1 h du matin. Ces moments additionnés aux heures passées à l'école, le jeune était presque exclusivement assis. J'ai donc dû avoir une conversation sérieuse avec lui autant qu'avec ses parents, sur le temps qu'il passait assis, sur le fait qu'il pratiquait très peu d'activités physiques et qu'il ne bougeait pas suffisamment.

En fait, la solution était simple. En réduisant son nombre d'heures en position assise et en corrigeant un peu sa posture, il pouvait régler facilement son problème, puisqu'il n'était âgé que de 13 ans. Le plus complexe a été la conversation avec le jeune, parce qu'il ne voulait pas réduire ses heures devant l'ordinateur. Même s'il les réduisait de moitié, ce serait encore excessif à son âge. Aussi, il se demandait ce qu'il ferait le reste de sa journée, car son environnement normal, c'était d'utiliser son ordi.

Psychologie préventive

Donc, ce qui est facile dans cet exemple, c'est de savoir quoi faire pour régler le problème. Sauf qu'une difficulté persiste, liée aux changements dans les habitudes de vie du jeune et à leur aspect émotionnel.



JK : Effectivement, le traitement pour ce jeune exige très peu de manipulations et de techniques spéciales. Ce qui est le plus complexe est son vécu émotionnel, la conversation à engager avec lui par rapport à ses émotions et l'échange avec ses parents au sujet de la structure de la vie quotidienne dans la famille. Comment intervient-on ? Dans le cas dont je parle, quelques rencontres avaient été nécessaires pour que le jeune lui-même se rende compte que ma proposition de diminuer le temps passé en position assise contenait un élément de solution.

Un autre élément complexe avec ce groupe d'âge tient à ce que même si cela fait des mois déjà qu'ils ont une condition physique

problématique, les jeunes s'attendent à une solution miracle : « En me touchant, tu vas régler mon problème. Je n'ai pas besoin de travailler. » Or le rôle de l'individu dans le processus de réadaptation, dans la compréhension du cheminement qu'il doit faire pour arriver à une solution, tout cela, c'est nouveau pour eux. Ils sont habitués à ce qu'une coupure prenne une semaine à guérir et qu'après, c'est fini. Et moi, je leur dis qu'ils doivent réorganiser leur vie, faire des exercices, s'ajuster.

J'aimerais raconter une anecdote pour expliquer ce qui peut inciter une personne à s'engager dans le processus de réadaptation. Mon dentiste me demande tout le temps : « Mais comment faites-vous pour réussir à exiger autant de vos clients ? Les dentistes demandent aux gens de se brosser les dents trois fois par jour et ça ne marche pas alors que les physiothérapeutes parviennent à leur faire faire, trois, quatre fois par jour des exercices d'une durée variant de cinq à vingt minutes. Je lui réponds alors que j'ai un allié : la douleur, et les gens veulent agir pour la diminuer et l'éliminer. C'est là que le rôle d'éducation devient si crucial dans la réadaptation. Nous ne pouvons pas penser aider les gens en intervenant uniquement passivement.

Les jeunes ne sont pas les seuls à avoir peur de changer leur routine ou à avoir besoin d'être guidés étape par étape. Certains adultes aussi ont peur de changer.

Psychologie préventive

Que voulez-vous dire par « intervenir passivement » ?



JK : En physiothérapie, la personne est passive, elle n'agit pas elle-même. Elle est couchée sur une table, le physiothérapeute agit sur elle, c'est lui qui fait l'intervention. Par contre, en intervention active, le but est de faire comprendre aux gens comment ils devraient bouger, de leur faire prendre conscience de leurs postures, de leur apprendre les corrections qu'ils peuvent faire à la maison et au travail. Ils doivent donc être activement impliqués dans le processus d'ajustement, dans les exercices ou dans le renforcement qu'ils ont besoin de faire.

Ce que je trouve passionnant dans ma pratique, c'est que deux personnes qui ont la même blessure peuvent avoir des objectifs différents, car elles ne sont pas à la même place dans leur vie ou n'ont pas le même âge. Par conséquent, l'intervention active variera davantage que l'intervention passive. En effet, pour une même blessure, la thérapie manuelle restera relativement semblable, mais l'intervention active, elle, changera complètement.

Psychologie préventive

Comment intervenez-vous pour que vos clients soient actifs dans leur traitement ?



JK : Dans l'exemple du jeune qui était assis de longues heures devant son ordinateur, au début, le défi était lié au fait qu'il ne croyait pas possible de diminuer sa douleur par des changements simples, comme réduire son nombre d'heures dans des postures assises et ajuster convenablement son poste d'ordinateur.

De façon plus globale, lorsqu'une personne a une croyance, on ne peut pas la convaincre que celle-ci est fausse ou non fondée. Par contre, j'ai constaté qu'en lui suggérant de petits changements et en observant comment elle voit ses propres changements, un cheminement peut prendre forme. Par exemple, voici ce que j'ai proposé au jeune de 13 ans dont je parlais précédemment : « J'aimerais ça que tu prennes une marche, juste une fois, puis on s'en reparle. » Lors de la séance suivante, il m'a dit : « Ah ! Je suis revenu de la marche et mon dos allait mieux. Ça m'a surpris, je ne m'attendais pas à ça ! » Quand la prise de conscience vient de la personne alors confrontée à ses propres croyances, le changement s'opère plus facilement. Mais si j'essaie de la convaincre que ses croyances sont fausses, ce n'est pas possible.

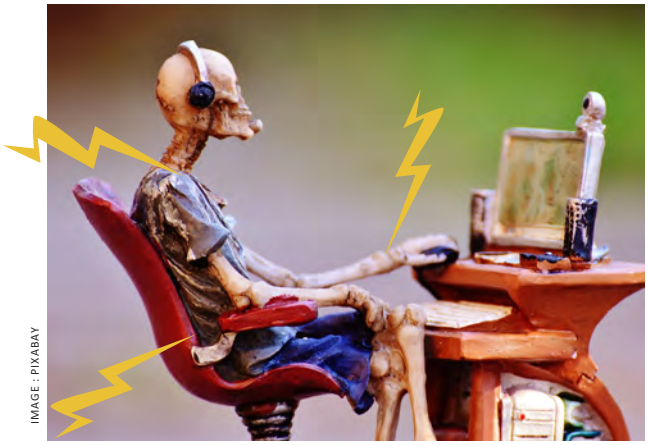


IMAGE : PIXABAY

Les jeunes ne sont pas les seuls à avoir peur de changer leur routine ou à avoir besoin d'être guidés étape par étape. Certains adultes aussi ont peur de changer, parce qu'ils ne connaissent pas d'autre réalité, d'autre style de vie. Prenons l'exemple d'une personne qui ne fait pas d'activité physique et qui n'a jamais vécu sa vie autrement. Le physiothérapeute va l'accompagner pas à pas. Ici, à la différence du cas précédent, la personne nous croit, mais elle a peur d'avancer.

Psychologie préventive

Est-ce que cette situation pourrait s'appliquer à des personnes plus âgées ?

JK : Selon mon expérience, la peur est très fréquente chez ces personnes. Je pense à une femme de plus de 70 ans qui avait un problème de dos et à qui j'avais dit que faire de l'activité cardiovasculaire et augmenter son pouls, un peu tous les jours, seraient bénéfiques pour sa condition. Sa réaction avait été spontanée : « Non, je ne peux pas faire ça, ce n'est pas bon pour mon cœur, c'est dangereux. » Je l'ignorais à ce moment-là, mais elle pensait que faire augmenter le pouls pouvait entraîner une crise cardiaque, surtout à son âge. Dans cette situation, le défi ne se situait pas sur le plan cognitif pour lui faire comprendre que l'augmentation du pouls n'était pas un problème. Le défi était plutôt émotionnel, en raison des décennies de peur associée à sa conception qu'un pouls rapide va causer une crise cardiaque.

Une de mes interventions avec cette dame a consisté à me placer à côté du tapis roulant ou du vélo en surveillant son pouls, afin qu'elle constate d'elle-même que tout allait bien même quand il augmentait jusqu'à 80 pulsations par minute. Mon but était de l'épauler afin qu'elle voie qu'elle pouvait augmenter son pouls sans en subir de séquelles, pour qu'elle puisse graduellement avancer contre cette peur. Et du même coup, elle a réalisé que son cœur n'était pas le seul à s'améliorer, l'ensemble de sa condition physique aussi !

L'expérience m'a montré que si on arrête trop vite d'accompagner les personnes qui vivent ce genre de peur, lorsqu'elles rencontrent un échec, elles se sentent abandonnées. Elles ont vraiment besoin d'être soutenues étape par étape. Lorsqu'une est franchie, on leur dit : « Cet exercice, vous êtes capable de le faire seul. Je vous laisse le faire. » Puis au prochain changement, on leur donne à nouveau du soutien : « On va l'essayer ensemble. »

Par ailleurs, lorsque le défi n'est pas une peur, mais une croyance comme dans l'exemple précédent du jeune, l'intervention est différente. La personne est capable de se prendre en charge d'une façon plus autonome à partir du moment où elle réalise, grâce à l'expérience vécue, que sa croyance était fausse.

Psychologie préventive

Est-ce que le processus de réadaptation est vécu de la même manière chez les jeunes et chez les adultes ?

JK : Chez les adolescents, qu'ils aient une peur, un problème de croyance ou autre chose, le processus de réadaptation est plus linéaire que chez les adultes. On leur demande de faire des petits changements et ils voient rapidement de grosses différences dans leur vie.

Dans les mêmes conditions chez les adultes, la progression se fait avec des hauts et des

Ces exemples illustrent l'importance d'avoir des stratégies adaptées à chaque personne et la nécessité d'apprendre à connaître les différentes personnalités.

bas : ça s'améliore, puis ça se détériore à plusieurs reprises. Un adulte qui a une peur et qui vit une phase de détérioration doit être pris par la main et être aidé dans son processus.

Ou encore, quelqu'un qui a un problème de croyance peut soudainement ne plus croire à la réadaptation. Même s'il s'est amélioré auparavant, le fait qu'aujourd'hui, ça ne va pas peut le pousser à se dire : « Le physiothérapeute n'a peut-être pas raison. Je vais revenir à mes vieilles habitudes. » C'est à ce moment qu'on doit faire preuve d'une grande rigueur dans notre approche, qu'on doit être convaincu et convaincant.

Ces différents exemples illustrent l'importance d'avoir des stratégies adaptées à chaque personne et la nécessité d'apprendre à connaître les différentes personnalités, parce que les gens ne réagissent pas tous de la même façon.

Psychologie préventive

Pourriez-vous expliquer quelles sont les différentes stratégies employées selon les personnalités ? Et comment, avec l'expérience, en êtes-vous arrivé à développer ces différentes stratégies ?



JK : Je vois différentes catégories de gens. Premièrement, parlons de la personnalité des gens qui vont directement au but et avancent selon une planification bien établie. Imaginons ici un directeur de société ; lorsque le physiothérapeute veut lui expliquer son problème, il est peu à l'écoute et dit : « Je n'ai pas besoin d'explications. Fais le traitement. » Il cherche une intervention passive. Le défi est de lui faire comprendre qu'il ne pourra pas progresser comme il le souhaite s'il ne participe pas activement à sa réadaptation. Mon intervention seule ne va pas le faire progresser. Quand il comprend le plan de traitement et qu'il sait où je m'en vais, il embarque. Voici l'exemple d'un directeur qui avait une douleur à l'épaule. Lors de son premier rendez-vous, je lui ai expliqué les traitements dont il avait besoin. Il n'est revenu que trois mois plus tard, après avoir demandé à sa secrétaire de prendre une série de rendez-vous consécutifs. Il avait compris qu'il avait besoin de s'investir dans le processus de réadaptation. Par contre, au moment du premier rendez-vous, il n'en avait pas le temps, car ce n'était pas prévu dans son horaire chargé. Lorsqu'il est revenu, il m'a dit : « J'ai compris que ce que j'ai à apprendre prend un certain temps alors j'ai prévu une dizaine de séances. Là je vais m'y mettre. »

Une deuxième catégorie complètement différente correspond à l'individu très analytique qui décortique tout. Je pense à un jeune ingénieur : quand je lui expliquais son problème, il écoutait avec beaucoup d'attention et il prenait des notes, parce qu'il voulait comprendre la mécanique de son problème. Je ne peux donc pas approcher l'ingénieur de la même façon que le directeur de société, même s'il souffre du même problème de dos. L'individu analytique écoute, il veut connaître tous les détails de l'exercice et pourquoi le faire. Mais souvent, il est tellement dans sa tête, dans ses idées, dans l'abstraction qu'au moment où arrive le temps de faire l'exercice, il n'est pas capable de l'exécuter. Même s'il comprend le plan de traitement, s'asseoir et corriger sa posture sont plus difficiles pour lui. Il ne se rend pas compte d'où se trouvent sa tête et son corps dans l'espace et comment bouger. Il me demande : « Comment je fais pour contracter ce muscle et corriger le mouvement ? »

Je pense aussi à une troisième catégorie que j'appellerais les personnes aimables. Ce sont ces gens qui aiment être les amis de tout le monde, être appréciés, et qui ne veulent froisser personne. Avec eux, je dois développer une

relation plus personnelle qu'avec les membres des autres groupes. Ils ont besoin de me faire confiance et pour cela, ils veulent savoir qui je suis, quel est mon bagage, comment est ma famille, si j'ai des enfants. Ils ont besoin de voir que je ne suis pas juste un professionnel froid qui leur donne des conseils, mais un être humain qui a aussi eu des hauts et des bas dans sa vie. Si je leur parle de mes blessures et de mon processus de réadaptation, ils sentent que j'ai une compassion pour leur condition, et une empathie se développe. Ces gens-là n'ont pas besoin de tout décortiquer pour comprendre, comme l'ingénieur, ou de tout planifier, comme le directeur. Leur besoin va au-delà de la compréhension de leur problème, ils recherchent plus un réconfort émotionnel et ils veulent savoir : « De quoi je vais avoir l'air dans trois mois ? Comment je vais me rendre là ? Quel est le processus ? Est-ce que je vais être bien après ? »

L'intervention auprès des utilisateurs des appareils électroniques m'a amené à observer une interaction entre les problèmes physiques et le vécu émotionnel.

Je pense également à une quatrième catégorie : la personne expressive, artiste dans l'âme, et qui a besoin de montrer son progrès. Par exemple, quand elle vient à la clinique, elle fait ses exercices à un endroit où tout le monde la voit, un peu pour dire : « Regardez ce que je suis capable de faire aujourd'hui. » Ce n'est pas pour se vanter, c'est une façon de se convaincre elle-même qu'elle a réussi quelque chose. Cette personne a besoin d'un réconfort de ma part : « Oui, ça avance, tu es sur la bonne voie. Tu peux faire une petite correction et tu vas y arriver. » Le besoin ici n'est pas de créer un lien aussi émotionnel comme chez la personne aimable, ni de comprendre comme chez l'ingénieur, ni d'avoir un plan hyper structuré comme chez le directeur. Pour voir elle-même son progrès, la personne expressive doit le montrer aux autres. Elle va aimer utiliser les miroirs de l'espace gymnase de la clinique pour avoir sa propre rétroaction, et aussi pour montrer à tout le monde ce qu'elle réussit. Pour elle, les explications dans le détail avec un livre ne l'aident pas à comprendre, mais quand elle se voit dans le miroir, elle dit : « Là je vois mon muscle se contracter comme tu me l'as demandé. » Cette stratégie est convaincante pour elle. On doit donc ajuster nos interventions en fonction de chacun.

Psychologie préventive

Est-ce qu'on peut aussi distinguer ces quatre catégories chez les jeunes ?



JK : On reconnaît plus ces catégories chez les adultes, bien que des zones grises existent aussi chez eux. Chez les jeunes en bas de 16 ans, ce n'est pas aussi clair que chez les adultes. Pendant l'enfance et l'adolescence, le même jeune peut présenter des attitudes reliées aux différentes catégories selon ce qu'il a vécu dans la journée. De plus, il peut éprouver une gêne parce qu'il parle à un physiothérapeute, plus âgé que lui. Ces catégories ne se distinguent donc pas aisément chez les jeunes.

Psychologie préventive

Parlons maintenant de la question de l'utilisation des jeux vidéo, des téléphones cellulaires, des tablettes et des médias électroniques. Est-ce que vous avez observé des problèmes reliés à l'utilisation de ces appareils chez les jeunes ou chez les adultes ?



JK : On voit aujourd'hui plus de problèmes liés à l'utilisation des outils électroniques. Ce sont les téléphones intelligents et les tablettes qui ont vraiment changé les choses, plus que l'ordinateur. L'intervention auprès des utilisateurs de ces appareils m'a amené à observer une interaction entre les problèmes physiques et le vécu émotionnel. Durant ma formation, j'avais appris que les problèmes mécaniques, c'était une chose, et que les problèmes psychologiques, c'était d'un autre

ordre. Ainsi, j'étais à l'aise en tant que physiothérapeute de me concentrer sur le physique.

De nos jours, la littérature scientifique ne parle plus de douleur *psychologique* et de douleur *physique*, mais tout simplement de *douleur*, qui est une interprétation du système nerveux central. Ainsi, on ne peut séparer les deux. Je pense à une jeune fille de 15 ans qui jouait au soccer et souffrait de douleurs au cou et de migraines importantes. Pendant les séances de physiothérapie, elle était incapable de lâcher son téléphone. Pas plus, d'ailleurs, qu'elle n'arrivait à dormir sans son téléphone sous l'oreiller. J'ai compris qu'elle devait absolument répondre à ses appels, car sinon, elle vivait de l'anxiété.



IMAGE : PIXABAY

Le « syndrome du téléphone intelligent » est un diagnostic médical reconnu internationalement, qui correspond à des blessures au cou et aux poignets.

Dans ce cas, la dimension psychologique amplifiait la problématique physique, à tel point que lors des traitements, j'avais de la difficulté à intervenir adéquatement. Je devais lui demander d'arrêter d'utiliser son téléphone. Je me suis dit : « Si pendant la demi-heure qu'elle est ici, elle n'est pas capable de changer cette habitude, qu'est-ce que je dois faire pour l'aider durant les 23 heures et demie qui restent dans la journée ? »

Avec cette jeune fille, j'ai dû discuter de l'utilisation des appareils électroniques, mais aussi d'autres aspects de sa vie. Par exemple, je lui ai demandé pourquoi elle gardait son téléphone dans son lit, pourquoi elle sentait le besoin de répondre à ses amis à toute heure. Pouvait-elle penser à un moyen de fermer son téléphone pour un moment ? Ces questions sont en dehors de mon champ d'expertise, mais elles étaient cruciales pour elle.

J'en suis venu à avoir une conversation avec elle et sa mère sur le fait qu'elle aurait peut-être besoin d'un coup de pouce d'un psychologue, parce qu'autre chose, à mon avis, influençait sa douleur. Elle n'était pas capable de se détacher de son appareil électronique : si son ami lui envoyait un message à 2 h du matin, elle devait y répondre. Cela changeait forcément la qualité de son sommeil ainsi que sa posture durant la nuit, ce qui avait aussi un effet sur la mécanique de son corps. Il a fallu aborder la question directement : « Peut-être que ce serait mieux que tu n'utilises pas ton téléphone dans ta chambre ! » À mon souvenir, on a jasé de tout ça sur une période de quelques mois pour que cette idée fasse son chemin et que la jeune fille soit capable de faire ce changement.

Par ailleurs, elle a fait des exercices et a travaillé sur la conscientisation posturale, tout en s'investissant dans son soccer. Une psychologue est aussi intervenue pour lui apporter un soutien sur le plan émotionnel.

Cet exemple illustre que nous sommes sur un nouveau terrain d'intervention qui, selon ma perception, rend mal à l'aise autant le physiothérapeute que le psychologue. Ce genre de situation nécessite l'expertise à la fois du physiothérapeute et du psychologue pour travailler en équipe. Et chacun a besoin de comprendre ce que l'autre fait, parce que le patient n'est pas perçu uniquement comme un être animé par des émotions ou comme un simple paquet d'os et de muscles. Il est un être humain global.

Psychologie préventive

Dans l'exemple de la jeune fille, est-ce qu'on pourrait penser qu'elle en est venue à se sentir émotionnellement capable de dire : « La priorité, c'est moi, ma personne, mon sommeil et mon bien-être. Tout ceci est plus important que ma peur de la réaction de mes amis si je ne réponds pas instantanément » ?

JK : Oui, exactement. Le cheminement pour en arriver là a débuté à la séance où je lui ai fait la proposition suivante : « Je te demande de fermer ton téléphone durant les 30 ou 60 minutes pendant lesquelles tu vas être ici. On est tout le temps interrompu et cela m'empêche de te donner des explications. À la fin du traitement, tu le rallumeras et tu répondras aux appels dans la salle d'attente. De cette manière, pendant la séance, tu vas pouvoir te concentrer sur ce que tu fais avec moi et on va pratiquer les exercices ensemble. »

Par ailleurs, cette jeune fille faisait partie du groupe des personnes aimables dont je parlais plus tôt. Je lui ai montré mon téléphone et je lui ai dit que moi aussi, je l'utilisais pour texter. J'ai ainsi été capable de développer une relation avec elle dans le sens suivant : « Je suis un être humain comme toi, qui utilise un téléphone cellulaire. Mais c'est peut-être ta façon de l'utiliser qui entraîne les problèmes physiques que tu rencontres. »

Psychologie préventive

Selon vous, pourquoi les jeunes accordent-ils tant d'importance à leur téléphone cellulaire ?

JK : Pour les ados, le texto a un aspect d'instantanéité que le courriel n'offre pas. Étant donné que le cellulaire est en permanence dans leur poche, ils s'attendent à une réponse rapide. Je pense que cet aspect instantané est aussi rattaché aux émotions, car la gratification est immédiate. Quand je leur fais part de ma façon d'utiliser mon cellulaire, ils ont de la difficulté à concevoir qu'il ne soit pas dans ma poche. Je leur dis alors : « Est-ce que tu voudrais que je réponde pendant que je te traite ? » Ils prennent alors conscience du contexte de mon rôle de physiothérapeute et leur réponse est spontanée : « Non, tu ne peux pas faire ça ! »

Psychologie préventive

En physiothérapie, quelle est l'ampleur des problèmes reliés à l'utilisation du cellulaire ?

JK : Depuis le début des années 2000, « le syndrome du BlackBerry », maintenant appelé « syndrome du téléphone intelligent », est un diagnostic médical reconnu internationalement, qui correspond à des blessures au cou et aux poignets. Le défi vient de ce que l'écran est trop petit. Sur le plan ergonomique, ni le clavier ni l'écran ne peuvent être positionnés au bon endroit. C'est donc impossible de les utiliser en respectant une posture adéquate du corps. De façon générale, la littérature scientifique recommande une utilisation maximale continue de 15 minutes du cellulaire pour écrire ou lire.



IMAGE : PIXABAY

Psychologie préventive

Que suggérez-vous comme moyens pour aider les jeunes à prévenir ce syndrome ?



JK : Les moyens sont difficiles à trouver, parce que le texto reste l'outil de communication de prédilection des jeunes. D'autres méthodes, comme dicter un message qui s'écrit automatiquement ou enregistrer un message vocal, existent, mais elles ne sont pas aussi efficaces qu'un texto. Limiter son utilisation du téléphone à des blocs de 10-15 minutes au lieu de 1 heure consécutive est aussi une suggestion intéressante, ou encore avoir recours à divers appareils pour envoyer des messages. La tablette est légèrement mieux, parce que son écran et son clavier sont un peu plus grands, mais elle n'est pas complètement adéquate, pas plus que l'ordinateur portable n'est parfait non plus. D'un point de vue ergonomique, on ne devrait pas se servir de ce dernier plus de 60 minutes en continu, car la proximité entre le clavier et l'écran fait en sorte que la tête et les bras ne peuvent être positionnés correctement.

Le rôle du physio peut consister, entre autres, à corriger la posture ; dans ce cas, il peut recommander d'approcher le téléphone du visage au lieu d'approcher le visage du téléphone. Par contre, dans cette position, les bras finissent par se fatiguer et redescendre, et le visage suit invariablement, ce qui entraîne des problèmes cervicaux, thoraciques et lombaires. Il peut aussi suggérer d'ajouter des supports, comme un coussin sur l'abdomen pour y déposer les coudes. Mais ces moyens ne permettent pas de tripler le temps d'utilisation : l'inconfort qu'ils suscitent aide plutôt à bien percevoir le temps passé à texter.

Souvent, je dis aux gens que dans les bandes dessinées de ma jeunesse, un petit démon et un petit ange apparaissaient sur les épaules des personnages. Je pense qu'un petit physio devrait leur être ajouté, qui soufflerait dans l'oreille : « Devrais-tu encore être en train de faire ça ? » Ça faire rire mes clients, particulièrement les jeunes, lorsqu'ils visualisent ces personnages. Faire appel à leur imaginaire les aide à penser à réajuster leur posture.

Je ne peux pas dire aux gens d'accorder moins d'importance aux appareils électroniques comme moyens de communication, car ces derniers font partie de leur environnement social ou de leurs priorités. Mais je peux leur demander d'essayer de les utiliser dans un environnement différent. Par exemple : « Pendant que tu écris tes textos, à la place d'être dans ta chambre, couché, lève-toi, bouge, change de place, vas prendre une marche dehors, fais ça différemment. » Ils vont quand même texter, mais dans un environnement où ils feront aussi une autre activité – et peut-être où ils découvriront quelque chose de nouveau qui suscitera leur intérêt. Pendant une marche, ils peuvent observer ce qui se passe autour d'eux ou écouter de la musique. Le changement d'environnement est un outil pour les aider à modifier leurs priorités et leur façon de voir la tâche à effectuer. En travaillant ainsi, on arrive à une meilleure efficacité dans le changement des habitudes et de la routine des gens, ainsi que dans leur façon de bouger pour se sentir mieux.

Psychologie préventive

Vous avez parlé à plusieurs reprises de l'importance des émotions. Pourriez-vous approfondir davantage sur le processus de réadaptation et sur l'influence du vécu émotionnel dans ce processus?



JK : Tout à fait. Quand on débute dans la profession, une des premières réalités auxquelles nous faisons face est de constater qu'une personne progresse tandis qu'une autre n'avance pas, alors qu'elles souffrent du même problème. On se demande alors : « Est-ce que je suis intervenu différemment avec ces deux personnes ? » Puis, on se rend compte qu'on a appliqué les mêmes techniques, mais que le rôle du patient et le nôtre

pour l'accompagner doivent aussi être pris en considération dans son processus de réadaptation. Ce processus comporte quatre étapes :



IMAGE : PIXABAY

1 La personne vit un problème, n'a pas conscience de sa cause (inconscience) et ne sait pas quoi faire pour améliorer sa condition (incapacité). C'est à ce moment qu'elle va chercher de l'aide.

2 Elle prend conscience de l'origine du problème (conscience), mais ne sait pas encore comment y remédier (incapacité).

3 Elle devient capable de se corriger, de faire l'exercice, d'adopter une nouvelle posture (capacité). Mais cette étape est très laborieuse, parce qu'elle doit penser à faire l'effort (conscience) chaque fois qu'elle fait un exercice et qu'elle corrige sa posture. La personne pense alors au petit ange avec le petit physio qui lui parle dans l'oreille dont j'ai parlé précédemment, celui-ci doit toujours être là. Souvent, les gens arrêtent leur traitement à ce moment, car ils se sentent capables et ne réalisent pas qu'une prochaine étape les attend. Mais on les revoit quelques mois plus tard, parce que leur problème est revenu.

4 La plus difficile est la quatrième étape, au cours de laquelle, à mon avis, l'aspect émotionnel est le plus important. Elle exige que les gens fassent des changements dans leur vie quotidienne, et ainsi s'engagent dans un processus de généralisation. Par exemple, si j'ai mal au dos quand je suis au travail, je dois me poser cette question : « Comment pourrais-je travailler en intégrant ce que le physio m'a appris afin que ça se fasse de plus en plus spontanément sans que ça soit aussi laborieux ? » Au début de cette étape, une collaboration physio-patient est nécessaire, puis une intégration des acquis se fait dans la vie psychosociale et les relations interpersonnelles, avec la famille, les collègues du travail (capacité). La personne en vient à ne plus avoir besoin de faire attention à la bonne posture à adopter, elle le fait inconsciemment et l'habitude s'installe (inconscience).

Tableau 1

État de conscience et de capacité lors de chacune des 4 étapes du processus de réadaptation

	COMPRENDRE	AGIR
Étape 1	Inconscience	Incapacité
Étape 2	**Conscience**	Incapacité
Étape 3	**Conscience**	**Capacité**
Étape 4	Inconscience	**Capacité**

Psychologie préventive

Au fond, est-ce qu'on pourrait dire que cette quatrième étape est reliée à la persévérance ?

JK : Oui, on parle ici à la fois de persévérance et de motivation. Le sujet de mon mémoire de maîtrise portait sur le système d'équilibre (vestibulaire), ainsi que sur l'aspect chimique de la motivation et son influence sur le corps.

L'acétylcholine (ACH) est un neuromodulateur présent dans le cerveau. La littérature scientifique nous apprend que les chercheurs ont découvert

que sa concentration augmente lors de la motivation. On sait aussi que la présence d'ACH augmente la plasticité du cerveau[1], c'est-à-dire sa capacité d'adaptation.

« Il faut trouver une stratégie individualisée à la personne en face de nous pour lui enseigner ce dont elle a besoin. »

À travers ma recherche, je me suis rendu compte que la motivation est un élément crucial de l'apprentissage, notamment de l'apprentissage moteur. Voilà pourquoi je tente autant de m'ajuster aux gens, de trouver la façon de leur faire comprendre l'importance du changement. Si je trouve un défaut dans leur façon de bouger et que je n'arrive pas à susciter leur motivation lors de l'exécution de leurs exercices, la présence de l'ACH sera moins importante dans leur cerveau. Avec ce que l'on sait du rôle de ce neuromodulateur, cela amène à penser que malgré l'exécution des exercices, la plasticité du cerveau sera moindre, et donc nous n'arriverons pas à une solution viable.

Psychologie préventive

Ainsi, les recherches scientifiques et votre expérience convergent vers la conclusion que la dimension émotionnelle est un facteur essentiel à prendre en considération dans les processus d'apprentissage et de réadaptation.



IMAGE : PHYSIO DYNAMIK



JK : Oui. Les connaissances scientifiques ont beaucoup progressé par rapport à la compréhension de la douleur et du processus de réadaptation, ainsi que par rapport à l'éducation des patrons de mouvements. Tout cela mène à dire : « Il faut trouver une stratégie individualisée à la personne en face de nous pour lui enseigner ce dont elle a besoin. »

Je constate que dans la formation des professionnels de la santé, on devrait :

enseigner comment les personnalités et les émotions jouent sur les apprentissages et sur la vision du corps,

et

insister sur le rôle de la communication, notamment lors de l'annonce d'un diagnostic ou d'un problème.

Lorsque j'accueille des stagiaires à la clinique[2], je leur enseigne en utilisant la méthode des contrastes. Par exemple, j'ai deux clients avec la même blessure, pourquoi les traitements sont-ils différents ? D'où vient la justification de modifier mes exercices ou mon discours ? Je veux les amener à réaliser que l'intervention n'est pas purement mécanique. Elle est aussi influencée par le client : sa façon d'être, de se percevoir, de se voir vivre dans le futur avec sa condition.

Psychologie préventive

L'ensemble de nos échanges nous mène maintenant à la question de la prévention de type primaire, c'est-à-dire agir pour éviter l'apparition d'un problème plutôt qu'attendre sa manifestation pour intervenir.

Est-ce exact de dire que les personnes qui viennent consulter en physiothérapie ont des problèmes qui relèvent davantage de la prévention de type secondaire, c'est-à-dire qu'on intervient par rapport à un problème existant pour tenter d'y remédier ?



JK : Malheureusement, oui. Cependant, je pense qu'en tant que professionnels, nous pourrions faire davantage de prévention primaire, mais notre environnement ne favorise pas ce type de prévention. Par ailleurs, je constate qu'après avoir vécu un problème, les gens s'ouvrent à une perspective de prévention et se demandent : « Que puis-je faire pour que cela ne revienne pas ou pour que d'autres types de maux n'apparaissent pas ? »

Psychologie préventive

Avez-vous des suggestions pour aider, d'une part, les personnes sur un plan individuel et, d'autre part, le système de santé d'une façon plus globale, afin de favoriser la prévention primaire ?



JK : Pour intervenir dans une optique de prévention primaire, je pense qu'une meilleure intégration des professionnels de la santé dans le système d'éducation doit absolument se faire, et ce, du primaire au collégial. Présentement, les physiothérapeutes voient en clinique des personnes blessées, mais on pourrait faire de l'éducation plus tôt dans la vie des gens pour prévenir les blessures.

Pour intervenir dans une optique de prévention primaire, une meilleure intégration des professionnels doit absolument se faire.

Par exemple, le physiothérapeute et l'éducateur physique pourraient travailler ensemble dans une école. J'ai personnellement développé une relation avec quelques éducateurs physiques afin que nous puissions partager nos expertises : « J'ai des connaissances sur la course à pied, et tu en fais avec tes élèves. On pourrait intervenir avec le groupe en s'appuyant sur nos compétences respectives afin d'éviter qu'ils se blessent. »

Je pense à une autre intervention préventive effectuée par des physiothérapeutes de ma clinique qui ont communiqué avec des entraîneurs de gymnastique. Cette initiative avait pour but de détecter des défauts dans les patrons de mouvements des jeunes filles lors du recrutement de présaison. Ainsi, plutôt que d'attendre qu'elles se blessent, on peut corriger le défaut avant l'entraînement ou dès le début de la saison, ce qui permet de faire un peu plus de prévention primaire.

Psychologie préventive

Qu'est-ce qui favorise le travail de collaboration dans une optique de prévention primaire ?



JK : Tout le monde doit être humble. Le physio ne peut pas arriver en disant qu'il connaît tout, parce qu'il n'est ni entraîneur de gymnastique ni éducateur physique. Mais l'autre personne doit aussi reconnaître qu'une collaboration peut être bénéfique pour tous : « Je n'ai pas toutes les connaissances non plus, je ne suis ni physiothérapeute ni médecin. » Pour arriver à collaborer, les intervenants concernés doivent apprendre à se connaître mutuellement et développer une relation de confiance, ce qui est un long travail. Chaque partenaire a besoin de partager son expertise tout en reconnaissant les limites de ses connaissances, et cela pour le bien des jeunes.

Établir un réel partenariat est exigeant et peu courant. Pour y arriver, une communication entre les professionnels est essentielle. Je pense que ce serait la meilleure façon d'agir dans le sens de la prévention primaire. ■

NOTES

1 « Nos neurones sont un peu comme une forêt où l'on fait circuler de l'information. À force de prendre le même chemin dans une forêt, il se crée un sentier. Et ce sentier est d'autant plus facile à trouver qu'il s'est profondément creusé à force d'y passer. […] La caractéristique fondamentale qui permet la mémoire et l'apprentissage est la plasticité de notre cerveau. Autrement dit, la capacité des neurones à modifier leurs connexions pour rendre certains circuits nerveux plus efficaces.» Repéré à <http://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d_07/d_07_cl/d_07_cl_tra/d_07_cl_tra.html>, consulté le 21 juin 2017.

2 Joseph Kaldas est coordonnateur de l'éducation clinique de l'Université McGill chez Physio Dynamik. www.physiodynamik.com