

Des outils cliniques facilitant la résilience auprès de la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral en réadaptation

Gilles Charrette, Eduardo Cisneros, Michelle McKerral, Geneviève Léveillé et Audrey-Kristel Barbeau

Volume 19, numéro 1, avril 2011

Résilience : pour voir autrement l'intervention en réadaptation

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1087263ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1087263ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Réseau International sur le Processus de Production du Handicap

ISSN

1499-5549 (imprimé)

2562-6574 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Charrette, G., Cisneros, E., McKerral, M., Léveillé, G. & Barbeau, A.-K. (2011). Des outils cliniques facilitant la résilience auprès de la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral en réadaptation. *Développement Humain, Handicap et Changement Social / Human Development, Disability, and Social Change*, 19(1), 51–55. <https://doi.org/10.7202/1087263ar>

Résumé de l'article

Cet article mettra en évidence les particularités de trois outils d'intervention cliniques utilisés au programme pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau et questionnera les liens entre eux et le concept de résilience. Les trois outils discutés sont l'Outil Priorité d'intervention du client (PIC), l'activité Agenda et « Des murs qui parlent ». Les particularités de chacun des outils et le contexte de leur utilisation clinique seront présentés.

Les objectifs de l'article sont de : 1) Familiariser les participants aux fondements conceptuels et aux particularités des trois outils, 2) Illustrer l'impact de ces outils dans le processus de réadaptation et chez la clientèle traumatisée crânienne, 3) Questionner les liens entre ces outils et le concept de résilience et de 4) Stimuler une réflexion sur les différences et les liens entre l'empowerment et la résilience.

Nous terminerons en amorçant une réflexion sur les différences et les liens entre la résilience et l'empowerment, ainsi que la capacité de choix et l'estime de soi comme éléments inhérents de la réappropriation de la vie suite au traumatisme craniocérébral.

Des outils cliniques facilitant la résilience auprès de la clientèle ayant subi un traumatisme craniocérébral en réadaptation

GILLES CHARETTE¹, EDUARDO CISNEROS², MICHELLE MCKERRAL³, GENEVIÈVE LÉVEILLÉ⁴, AUDREY-KRISTEL BARBEAU⁵,

¹ Orthopédagogue, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

² Neuropsychologue, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

³ Département de psychologie, Université de Montréal

⁴ Ergothérapeute et coordonnatrice clinique, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

⁵ Assistante de recherche, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation

Article original • Original Article

Résumé

Cet article mettra en évidence les particularités de trois outils d'intervention cliniques utilisés au programme pour les personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau et questionnera les liens entre eux et le concept de résilience. Les trois outils discutés sont l'Outil Priorité d'intervention du client (PIC), l'activité Agenda et "Des murs qui parlent". Les particularités de chacun des outils et le contexte de leur utilisation clinique seront présentés.

Les objectifs de l'article sont de : 1) Familiariser les participants aux fondements conceptuels et aux particularités des trois outils, 2) Illustrer l'impact de ces outils dans le processus de réadaptation et chez la clientèle traumatisée crânienne, 3) Questionner les liens entre ces outils et le concept de résilience et de 4) Stimuler une réflexion sur les différences et les liens entre l'empowerment et la résilience.

Nous terminerons en amorçant une réflexion sur les différences et les liens entre la résilience et l'empowerment, ainsi que la capacité de choix et l'estime de soi comme éléments inhérents de la réappropriation de la vie suite au traumatisme craniocérébral.

Mots clés : Résilience, outil clinique, traumatisme craniocérébral

Introduction

La résilience, un concept, une théorie, une mode... Notre courte connaissance et notre compréhension de la résilience passent par la capacité de :

- réussir à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress...qui comporte le risque grave d'une issue négative (Vanistandael, 1996);
- se reprendre, rebondir, aller de l'avant après une maladie, un traumatisme, un stress (Manciaux, 2000);
- se délier des effets d'un traumatisme;
- faire face, la capacité à pouvoir se développer et à augmenter ses compétences dans une situation adverse (Block et Block, 1980);
- se mettre dans l'esprit un but et des stratégies pour réaliser l'objectif choisi. Le fait d'avoir une estime de soi et une confiance en soi suffisantes, de croire en son efficacité personnelle et disposer d'un répertoire de solutions soutient la résilience (Rutter, 1985).

Notre position face aux multiples définitions de la résilience est en questionnement.

Nous désirons vous présenter trois outils utilisés pour faciliter la réadaptation de personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) et partager avec vous un questionnaire sur la place de la résilience à travers ces outils de réadaptation. Les trois outils en question sont : l'outil Priorité d'Interventions du Client (PIC), l'outil Activité Agenda et le projet Murmures. Lors de cette communication, nous discuterons de ce qui est de la résilience, et ce qui n'en est pas, dans notre travail et les probables points de convergence entre celle-ci et l'un des fondements théoriques de notre pratique : l'autodétermination.

À la suite d'un TCC, la personne subit des pertes et des modifications dans plusieurs dimensions de sa personne. Ces pertes, dont

elle prendra conscience progressivement, requerront des ajustements, et même un processus de deuil, pour pouvoir restructurer sa vie. Cette restructuration peut être facilitée par la réadaptation. Ainsi, les approches de réadaptation contemporaines en déficience physique se basent sur la notion d'autodétermination pour favoriser l'implication du client et sa motivation, ainsi que celles de ses proches, dans son processus de réadaptation. La notion d'autodétermination doit se concrétiser à travers des actions thérapeutiques, et à l'aide d'instruments qui la favorise.

Rappelons qu'un TCC survient à la suite d'un impact à la tête suffisamment intense pour créer des blessures au cerveau. Contrairement aux autres types de tissus humains qui, lorsqu'abimés, se régénèrent, une blessure du système nerveux central n'est pas suivie d'une reproduction cellulaire. Les neurones, responsables de la transmission nerveuse et d'une partie des processus psychologiques qu'ils soutiennent, meurent. Le cerveau réagit à la mort cellulaire en entamant un processus de réorganisation qui, même partiel, permet une récupération fonctionnelle qui demeure variable. Toutefois, la récupération ne dépend pas uniquement d'une capacité neurobiologique à se réorganiser, elle est aussi sous l'influence du niveau de motivation et de participation de la personne ayant subi la blessure. Or, la motivation et l'implication personnelle doivent être facilitées, promues et stimulées afin que la personne puisse s'impliquer activement dans sa réadaptation et exercer son pouvoir d'autodétermination, dans le but de reprendre le contrôle sur les aspects de sa vie qui ont été forcément altérés et, à bien des égards, perdus suite à son TCC. Ceci constitue la prémisse au déploiement des forces adaptatives de la personne à sa nouvelle condition.

L'outil PIC

L'outil PIC a été créé en réponse à un besoin d'augmenter le niveau de motivation et d'implication des clients, et de favoriser leur prise de contrôle dans le processus de réadaptation. C'est un outil qui traduit la préoccupation de ses créateurs de donner la parole à



l'usager, laquelle pourra ensuite être transmise aux équipes traitantes et ainsi favoriser le processus d'autodétermination de la personne.

Plus précisément, il s'agit d'un outil d'autoévaluation qui permet au client de réfléchir en toute quiétude sur comment se passe actuellement sa vie. Il a à réfléchir sur son fonctionnement dans 41 habitudes de vie réalisées par la majorité des québécois. Il place 41 cartes identifiant diverses habitudes de vie sous un panneau représentant le degré de réalisation. Suite à ce classement et à l'aide d'une certaine procédure, il identifie dans son propre langage, les habitudes de vie qui nécessitent une intervention prioritaire en réadaptation pour améliorer sa qualité de vie. Cette opération se termine en identifiant les forces personnelles du client et les forces de son entourage.

Nous avons constaté que cette démarche facilite, pour le client et pour l'équipe de réadaptation, la délimitation de la place du client dans sa réadaptation c'est-à-dire au centre des décisions. Depuis que nous utilisons cet outil, nous observons que le client a plus de pouvoir et participe davantage à son plan de traitement. Cette démarche l'aide à faire des choix réfléchis et lui apporte une vision d'ensemble de sa situation actuelle. On a constaté aussi que l'adoption du langage du client facilitait la communication entre tous les membres de l'équipe et son entourage, mais également lançait le message au client que c'est lui qui est au centre de nos préoccupations.

Sur la base de ces informations (PIC), l'équipe clinique formule les objectifs individualisés de réadaptation. Le plan d'intervention ainsi élaboré reflète donc la perception et la volonté du client, ce qui facilite sa motivation vers un changement et la réappropriation de sa vie selon ses choix. L'exercice même d'autoévaluation et d'identification de priorités constitue une pratique de l'autodétermination, c'est-à-dire la capacité de diriger son existence selon ses propres critères. L'actualisation du potentiel d'autodétermination est un processus complexe qui se concrétise par la pratique même de l'autodétermination, sans que la méconnaissance des déficits ou des autres séquelles puissent en constituer un obstacle majeur.

Est-ce cela que l'on nomme résilience?

- Offrir une période de réflexion au client sur son portrait actuel et sur son évolution,
- Objectifs formulés à partir des priorités identifiées par le client et dans un langage qui est le sien;
- Les intervenants sont les `moyens` pour le client d'atteindre ses objectifs de réadaptation.

Activité Agenda

Pour faciliter la démarche d'autodétermination du client en réadaptation, on se doit d'offrir au client des outils qui lui permettront d'atteindre ses objectifs, et ce, malgré un cerveau lésé. Vivre avec ce cerveau peut être particulier, déstabilisant et inquiétant. Avoir de la difficulté à se souvenir d'hier, de ce que je dois faire dans certaines situations de la vie courante, avoir des difficultés à m'organiser, à planifier mes journées, mes semaines; avoir des difficultés à me mettre en actions, à finir les choses, à me souvenir des stratégies proposées par l'équipe sur la gestion de mon énergie, de mon stress... Ces difficultés limitent la prise de pouvoir du client dans son processus de réadaptation.

Pour faciliter la rétention des informations relatives à des démarches de réadaptation, l'installation d'un agenda peut, dans certains cas, être nécessaire. Être capable de se souvenir de ce qu'un professionnel nous avait suggéré dans telle ou telle situation peut nous faciliter la tâche vers le retour à la vie normale. Un agenda n'est pas seulement un répertoire de dates et de rendez-vous. Il se doit de devenir un compagnon de vie essentiel à tout moment. Pour se faire, l'intervenant se doit de s'assurer que la personne ayant subi un TCC maîtrise bien la gestion d'un agenda au quotidien. Cette prothèse, destinée aux personnes qui ont des problèmes de mémoire et de fonctions exécutives, doit augmenter la confiance en soi et le contrôle de sa vie par le contrôle sur ses symptômes. Cette prothèse doit être fiable pour permettre à la personne de réaliser ses activités, ses projets de vie et ses rêves. Cependant l'acceptation de cette prothèse est

souvent douloureuse. Il faut donner du temps à la personne pour accepter l'outil et en découvrir le potentiel. Le processus demande le passage à travers différentes phases : la sensibilisation à l'agenda, l'acquisition, l'adaptation, l'appropriation et la personnalisation. Plus le client progresse dans son appropriation de l'outil, plus l'agenda s'avère être un tuteur de résilience externe efficace.

Est-ce cela que l'on nomme de la résilience?

- Accepter une prothèse externe
- Personnaliser l'outil agenda
- Assurer une présence et un soutien à toutes les phases du cheminement

Projet Murmures

Le projet « murmures », réalisé à l'automne 2010, a réuni cinq personnes ayant subi un TCC qui étaient soit en début de réadaptation, à la fin de la réadaptation ou qui avaient terminé leur réadaptation depuis quelques mois ou plusieurs années. Avec le soutien de deux intervenants, ces personnes ont réfléchi ensemble sur certains thèmes de la réadaptation (par exemple, l'accident et le coma, les deuils, vivre avec un TCC, etc.). De ces six rencontres de réflexion ont émergés des idées, des mots, des phrases. À la fin de chaque rencontre, le groupe retenait, de façon consensuelle, les mots ou les phrases les plus chargées de sens. De ce projet, une vingtaine de phrases ont été retenues et celles-ci habilleront les murs du programme TCC.

Vivre avec les séquelles d'un TCC et fréquenter un lieu nouveau pour y recevoir des soins peut susciter de l'anxiété, de l'inquiétude, de la déstabilisation. Recevoir dans ce lieu un signe d'accueil, de compréhension de son état par les membres de l'équipe de réadaptation peut faciliter l'intégration de la personne ayant subi un TCC et augmenter sa volonté de s'investir dans un processus de réadaptation optimal. Le projet « murmures » s'est attaqué à cette dimension de la réadaptation et à la prise de pouvoir de la personne ayant subi un TCC. Nous croyons que de voir sur les murs les pro-

pos d'autres personnes ayant subi un TCC peut contribuer à faciliter le sentiment de confiance par la reconnaissance que l'expérience du TCC est unique et propre à ceux qui vivent cette situation.

Le message que l'équipe souhaite véhiculer est que ce sont donc eux, les personnes ayant subi un TCC, qui sont les experts de leur condition et que nous avons l'expertise pour les accompagner dans cette étape de leur vie.

Est-ce cela que l'on nomme de la résilience?

- Exposer de façon privilégiée l'expérience vécue par une personne TCC
- Favoriser l'échange entre différentes expériences du TCC

L'autodétermination, un concept, une théorie, une mode...

- Un concept multidimensionnel, centré sur l'agir (Wallestein, Bernstein; 1994).
- Un processus d'action sociale par lequel des individus ou des groupes agissent pour acquérir le contrôle sur leur vie, dans un contexte de changement social et politique (Laverack, Wallerstein; 2001).
- Constitué de quatre composantes : la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique (Saint Jacques, Lessard, Beaudoin, Drapeau; 2000).
- L'habilité à se rendre capable d'assumer la responsabilité de décider, capable de préciser besoins et objectifs d'intervention, capable de préciser le rôle de chaque personne. L'acquisition du sentiment de compétence et de confiance en ses ressources est un préalable. (Boudreault, Kalubi, Sorel, Beaupré, Bouchard; 1998).
- Collaboration patient-soignant (Law, Baptiste, Mills; 1995).



Conclusion

Nous vous avons présenté trois outils d'intervention utilisés par nous pour faciliter la réadaptation de gens ayant subi un TCC. Nous vous invitons maintenant à discuter avec nous sur ces questions :

- À partir de ce que nous avons partagé avec vous, travaillons-nous sur la résilience?
- Y a-t-il une convergence entre l'auto-détermination et la résilience?

Références

BLOCK, J.H. ET BLOCK, J. (1980). «The role of ego-control and ego-resiliency in the organisation of behaviour». In W.A. Collins (dir.), *Development of cognition, affect and social relations: The Minnesota Symposium on Child Psychology*, vol. 3. Hillsdale, NJ: Earlbaum.

BOUDREAU, P., KALUBI, J.-C., SOREL, L., BEAUPRÉ, P. ET BOUCHARD, J.-M. (1998). «Recherches sur l'appropriation des savoirs et des savoir-faire entre parents et intervenants». In L.S. Éthier et J. Alary (dir.), *Comprendre la famille*. Québec: Presses de l'Université du Québec.

LAVERACK, G. ET WALLESTEIN, N. (2001). «Measuring community empowerment: a fresh look at organisational domains». *Health Promotion International*, 16 (2), pp. 179-185.

LAW, M., BAPTISTE, S. ET MILLS, S. (1995) «Client-centered practice: What does it mean and does it make a difference?» *Canadian Journal of Occupational Therapists*, 62 (5), pp. 250-257.

MANCIAUX, M. (2000). «Bientraitances». Paris: Fleurus.

RUTTER, M. (1985). «Resilience in face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder». *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.

SAINT-JACQUES, M-C, LESSARD, G., BEAUDOIN, A. ET DRAPEAU, S. (2000) «Les pratiques d'implication parentale dans l'intervention en protection de la jeunesse». *Beauport : Centre jeunesse de Québec*. Institut universitaire sur les jeunes en difficulté.

VANISTANDEAEL, S. (1996). «La résilience ou le réalisme de l'espoir. Blessé mais pas vaincu». *Lausanne: Cahier du Bice*. Bureau International Catholique de l'Enfance.

WALLESTEIN, N. ET BERNSTEIN, E. (1994). «Introduction to community empowerment, participation, education, and health». *Health Education Quarterly*, 21 (2), pp. 141-148.