



LES DOSSIERS DE L'ARTC IDF

N°2 - décembre 2020



Approche collaborative, partenariats avec l'ergothérapie

Compilation des résumés des interventions du séminaire
élaboré par le groupe de travail « ergothérapie » du CRFTC

1^{er} octobre 2020 – CEDIAS, Musée social (Paris)

Sommaire

**Approche intégrative neuropsychologie-ergothérapie dans l'intervention
auprès de l'adulte ayant présenté un traumatisme crânio-cérébral léger 3**
Marietta KERSALÉ, Ergothérapeute & Adrien MASSON, Psychologue spécialisé en neuropsychologie

Démarche Précoce d'Insertion : focus sur une approche multi-collaborative 7
Camille GAMAIN & Floriane LAURENT, Ergothérapeutes

**Coopération Auxiliaire de Vie / ergothérapeute
dans le contexte du retour au domicile avec HAD de Réadaptation..... 11**
Gaëlle JEGOUSSE, Ergothérapeute en HAD-R

Approche collaborative : la communication un élément clef 14
Bryan BORONAT, Ergothérapeute & Sophie CHARVERIAT, Orthophoniste

**Partenariat assistante sociale et ergothérapeute
au sein d'une équipe mobile de réadaptation et réinsertion 17**
Sophie CROP, Ergothérapeute & Sandrine JEGARD, Assistante sociale

Approche intégrative neuropsychologie-ergothérapie dans l'intervention auprès de l'adulte ayant présenté un traumatisme crânio-cérébral léger

Marietta KERSALÉ, Ergothérapeute
Adrien MASSON, Psychologue spécialisé en neuropsychologie

Hôpital Bicêtre AP-HP

Mots clés *traumatisme crânio-cérébral léger - ergothérapie - neuropsychologie - approche intégrative - occupation*

Introduction

Le traumatisme crânio-cérébral léger (TCCL) constitue une entité clinique complexe. À l'opposé des autres types de TCC, la récupération est complète et spontanée sous un à trois mois. Cela étant, dans 15% des cas, des symptômes somatiques, cognitifs, psychologiques et comportementaux, appelés symptômes post commotionnels (SPC) perdurent, impactant l'ensemble des sphères de la vie de la personne (Ponsford et al., 2012). Un modèle bio-psycho-social est le plus à même d'expliquer cette prolongation des symptômes (Caplain, 2017), ce qui suggère un accompagnement holistique de ces personnes, impliquant plusieurs professionnels qualifiés. L'hôpital Bicêtre propose une consultation multidisciplinaire spécialisée dans le TCCL, associant une IDE coordinatrice, un neurochirurgien, un neuropsychologue et une ergothérapeute. Les professionnels reçoivent des personnes présentant des SPC qui perdurent, lors d'une journée d'hospitalisation, pour une évaluation approfondie basée sur leurs plaintes. En fonction de celles-ci et des résultats des évaluations, le patient est orienté vers les services concernés, et revu en hôpital de jour sous un à six mois pour s'assurer de la bonne évolution. Notre pratique se base sur les guidelines sur le TCCL pour guider notre action, qui ne recommandent pas uniquement une approche basée sur les symptômes (bottom-up) mais aussi une approche basée sur la reprise graduelle des activités (top-down) pour améliorer la qualité de vie des patients.

La nécessité d'un cadre conceptuel centré sur la personne et l'occupation auprès du TCCL.

En l'absence de facteur objectif permettant d'observer les SPC, l'évaluation du TCCL se base sur le vécu subjectif de la personne. Le modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO) (Law et al., 1996) offre un cadre théorique pouvant modéliser l'impact des SPC sur la performance occupationnelle comme la résultante de l'interaction entre ces trois sphères. Cette description de l'impact occupationnel constitue le prérequis d'une intervention ergothérapeutique efficace chez le TCCL. En effet, les données probantes promulguent la reprise graduelle des activités après TCCL (Guideline ONF, 2018). Par son expertise en analyse de l'activité et de l'environnement de la personne, l'ergothérapeute promeut le retour à l'engagement dans des activités signifiantes (Finn, 2019). C'est au travers d'entretiens et de mises en situation qu'il définit les activités jugées

importantes et problématiques pour la personne. Il est ainsi en mesure de proposer, en partenariat avec son client (personne et entourage), des stratégies visant le retour à une performance jugée satisfaisante. Cette intervention concerne directement la personne (ex. éducation, renforcement du sentiment d'efficacité personnelle par la mise en place de défis adéquats, techniques de relaxation), son environnement (ex. aménagement du poste de travail, information et éducation de l'entourage personnel et professionnel), ou l'occupation (ex. modification du type d'activité, de la durée, de l'intensité). Toutes ces modifications sont illustrées au moyen d'un agenda s'assurant de l'efficacité des stratégies mises en place et permettant le lien entre la personne et le thérapeute.

L'apport de la neuropsychologie

Fenton et al., (1993) proposent qu'une incapacité neuropsychologique est le résultat de la combinaison d'un déficit neuropsychologique associée à un à quatre facteurs personnels (pensée négative, fatigue, stress et des symptômes physiques) et trois facteurs situationnels, liés à l'activité ou à l'environnement (la demande d'une attention complexe, la demande d'une rapidité de traitement et la présence de distracteurs externes). S'il est possible pour l'ergothérapeute d'évaluer les dimensions environnementale et occupationnelle seul, il ne peut évaluer la dimension personnelle sans l'apport d'autres disciplines le renseignant sur la réalité lésionnelle et fonctionnelle de la blessure. Dans le cas du TCCL, la neuropsychologie est indispensable à la compréhension de la dimension personnelle étant donné que chez les individus éprouvant un SPC peuvent survenir d'importantes modifications cognitives (troubles attentionnels, mnésiques, exécutifs) et psychologiques (anxiété, dépression, état de stress post-traumatique, troubles de l'adaptation, représentations délétères) pouvant impacter l'activité ou créer des interactions néfastes avec l'environnement de la personne. Les éléments apportés par le neuropsychologue permettent de comprendre certains facteurs explicatifs sur le plan cognitif et psychologique de l'état occupationnel et d'en tenir compte dans la constitution du diagnostic ergothérapique ainsi que lors de la constitution du plan d'intervention.

L'intérêt d'une approche intégrative neuropsychologie-ergothérapie auprès du TCCL

Les personnes ayant subi un TCCL éprouvent un ensemble de symptômes aux interactions complexes, responsables de situations de handicap (difficultés de retour ou de maintien dans l'emploi, restrictions des loisirs, impact sur les relations sociales...) alors qu'ils n'ont bien souvent pas été informés de la survenue de ces symptômes. Ces patients peuvent se trouver en errance médicale, ne comprenant pas l'origine de leurs difficultés. De par les interactions bio-psycho-sociales des symptômes et la nature non spécifique de ces troubles, il est souvent impossible pour la personne, son entourage de comprendre la situation, et un seul professionnel de santé peut commettre des erreurs diagnostiques (ex. dépression). Il existe donc un besoin d'évaluer les symptômes et leur impact occupationnel mais aussi leurs conséquences sur les aspects psychologique et sociaux de la personne. L'impact occupationnel et les interactions environnementales sont évalués par les outils de l'ergothérapeute tandis que les aspects cognitifs, psychologiques et sociaux sont appréciés par le neuropsychologue. Ces deux évaluations prises indépendamment ne suffisent pas à comprendre

réellement la situation, c'est seulement la rencontre entre les deux interprétations et l'échange entre les deux professionnels qui permettra cette compréhension. De ce fait, le regard transprofessionnel coconstruit par l'intégration des évaluations conjointes permet une compréhension globale dont découle une intervention réellement adaptée et toujours individualisée. Cette intervention consiste principalement à dénouer la situation, non pas seulement pour comprendre les aspects cliniques, mais pour d'une part en faire un retour au patient et ainsi corriger les représentations et les erreurs d'attribution des symptômes. D'autre part, le fait de comprendre le(s) symptôme(s) prédominant(s) (bottom-up) permet aux thérapeutes d'établir un plan d'intervention avec la personne visant la reprise progressive de ses activités signifiantes et significatives (top-down). Cela va permettre de recruter son engagement et ainsi d'instaurer un cercle vertueux. L'accompagnement dans la reprise progressive des activités consiste à ce que la personne aménage de manière temporaire son activité ou son environnement, afin que son niveau d'activité physique ou intellectuelle n'aggrave pas les symptômes perçus.

Conclusion

L'approche centrée sur la personne et basée sur l'occupation permet donc de poser un cadre adapté à la problématique du TCCL. Cette démarche définit mieux les rôles et les frontières distinguant les interventions de l'ergothérapeute de celles du neuropsychologue, les rendant complémentaires, ce qui permet la co-construction d'un diagnostic tenant compte de l'ensemble des dimensions de la personne. Ce diagnostic holistique permet de donner au patient un retour d'information individualisé et commun entre les acteurs de santé (Pundlik et al., 2020) autorisant le patient à reprendre le contrôle de sa situation. La finalité est commune : améliorer la qualité de vie de la personne, son sentiment de bien-être, son engagement et sa participation. Cela dit, bien que cette intervention soit basée sur des données probantes, elle reste assez expérimentale compte tenu du fait que la structure présentée soit relativement inédite et que la réponse apportée aux sujets TCCL reste partielle puisque seuls ces deux métiers sont représentés au sein de notre centre.

Bibliographie

Caplain, S., Blancho, S., Marque, S., Montreuil, M., & Aghakhani, N. (2017). Early detection of poor outcome after mild traumatic brain injury: predictive factors using a multidimensional approach a pilot study. *Frontiers in neurology*, 8, 666.

Fenton, G., McClelland, R., Montgomery, A., MacFlynn, G., & Rutherford, W. (1993). The postconcussional syndrome: social antecedents and psychological sequelae. *The British Journal of Psychiatry*, 162(4), 493-497.

Finn, C. (2019). An Occupation-Based Approach to Management of Concussion: Guidelines for Practice. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 7(2). <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1550>

Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. & Letts, L. 1996. The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 63(1):9-23. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>

Marshall, S., Bayley, M., McCullagh, S., Berrigan, L., Fischer, L., Ouchterlony, D., et al. Guidelines for Concussion /Mild Traumatic Brain Injury and Prolonged Symptoms. Ontario Neurotrauma Foundation. 2018. URL: <https://onf.org/3rd-edition-guidelines-for-concussion-mild-traumatic-brain-injury-and-persistent-symptoms/>[accessed 2020-12-11]

Ponsford, J., Cameron, P., Fitzgerald, M., Grant, M., Mikocka-Walus, A., & Schönberger, M. (2012). Predictors of postconcussive symptoms 3 months after mild traumatic brain injury. *Neuropsychology*, 26(3), 304.

Pundlik, J., Perna, R., & Arenivas, A. (2020). Mild TBI in interdisciplinary neurorehabilitation: Treatment challenges and insights. *NeuroRehabilitation*, 2020 ; 46(2) : 227-241. doi: 10.3233/NRE-192971

Démarche Précoce d'Insertion : focus sur une approche multi-collaborative

Camille GAMAIN, Ergothérapeute
CSSR LADAPT Hauts-de-Seine (92)

Floriane LAURENT, Ergothérapeute
CMPR de Bobigny (93)

Mots clés *démarche précoce d'insertion - collaboration - mises en situations - appartements de réadaptation - réinsertion sociale et professionnelle*

Au sein des services de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), la Démarche Précoce d'Insertion (DPI) est une méthode d'organisation de l'accompagnement de la personne qui vise l'insertion sociale, familiale, scolaire et professionnelle. Ce processus s'appuie sur l'élaboration, dès l'entrée en hospitalisation, du projet de réinsertion de la personne dans l'objectif de limiter le risque de désinsertion sociale et professionnelle. Initiée en parallèle des soins selon une démarche dynamique et respectant des délais les plus courts possibles, la DPI nécessite systématiquement une réflexion interdisciplinaire médicale, paramédicale et sociale. En effet, chaque professionnel dans son champ de compétence propre, joue un rôle dans la DPI.

Rapidement après le passage de la structure hospitalière d'amont vers le service de MPR, une évaluation des problématiques occupationnelles, rendue possible par la passation de la Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel, et une synthèse interdisciplinaire sont mises en place afin de favoriser une circulation transversale des informations entre les membres de l'équipe et permettre l'explicitation des besoins et attentes de la personne et de son entourage. Ces informations vont ainsi permettre d'orienter les différentes rééducations et de construire un projet réaliste dont les bienfaits thérapeutiques ne sont plus à prouver. En décloisonnant les différentes interventions proposées, la DPI favorise la mise en place d'objectifs partagés par l'ensemble de l'équipe tels que l'amélioration des capacités fonctionnelles, de l'autonomie et de la qualité de vie. C'est ainsi que par son approche centrée sur l'équilibre occupationnel de la personne, l'ergothérapeute tient une place prépondérante dans le suivi.

L'un des outils pouvant être utilisé en ergothérapie pour favoriser l'atteinte des objectifs est la réalisation de mises en situations à visée écologique pouvant avoir lieu au sein du centre ou à l'extérieur (autour du centre de rééducation, dans le quartier voire au domicile) afin de se rapprocher au plus près de l'environnement de la personne notamment quand le transfert d'acquis est difficile. Ces mises en situations pourront concerner tous les domaines des occupations, des soins personnels aux activités de productivité en passant par les loisirs. Elles peuvent à la fois permettre une évaluation de la possibilité pour la personne de reprendre ses occupations ou bien, être le support de la

rééducation. En évaluation ou en rééducation, elles permettent d'aborder un grand panel de capacités et d'aspects du quotidien et la collaboration interdisciplinaire est ici centrale et d'autant plus efficace pour faire sens. En fonction des établissements et services elle pourra inclure de façon pertinente les aides-soignants, infirmiers, kinésithérapeutes, professeurs d'activités physiques adaptées, orthophonistes, neuropsychologues, psychomotriciens, assistantes sociales... Cette collaboration peut être réalisée de façon parallèle quand deux professionnels abordent chacun de leur côté une capacité ou un aspect de l'occupation dans un objectif commun (par exemple, le kinésithérapeute travaillera la montée/descente des escaliers qui sera mise en application avec l'ergothérapeute lors d'une mise en situation pour se déplacer en métro). Elle peut également être simultanée lorsque plusieurs professionnels sont présents lors de la mise en situation. L'ergothérapeute se penchera dans ce cas davantage sur la performance occupationnelle pour accompagner la mise en place de stratégies efficaces pour réaliser l'activité (par exemple, la mise en situation transports peut aussi être réalisée conjointement par l'orthophoniste et l'ergothérapeute afin de permettre à un patient de prendre le métro et d'être capable de demander des renseignements).

Afin de préparer la sortie du centre de rééducation et permettre à la personne de reprendre petit à petit contact avec la réalité de la vie extérieure, l'un des outils dont peut disposer le service de MPR dans le cadre de la DPI est l'appartement de réadaptation. En complément des différentes mises en situations à visée écologique déjà réalisées durant le suivi en ergothérapie, l'intégration de la personne au sein d'un appartement de réadaptation (inclus au service de MPR mais dans un secteur plus isolé) permet à l'équipe d'évaluer les capacités de la personne de la façon la plus écologique permise en institution. Ce séjour de plusieurs semaines permet à l'ergothérapeute de mettre en situation la personne dans les actes complexes de vie quotidienne tels que faire des courses, préparer un repas, faire la lessive, entretenir l'appartement, organiser le traitement médicamenteux, gérer un budget... Au cours du séjour, des échanges réguliers sont indispensables entre les membres de l'équipe (médecin, infirmière, aide-soignante, ergothérapeute, assistante sociale, neuropsychologue) et permettent à l'ergothérapeute de rédiger en fin de séjour un document synthèse reprenant les éléments clés du séjour dont peut découler par exemple la préconisation d'aide humaine afin de permettre un retour à domicile en toute sécurité (portage de repas, passage d'IDE, téléalarme...). Enfin, une réunion synthèse du séjour permettra un échange entre l'équipe, le patient et son entourage afin de faire le point sur le projet de la personne et les possibilités de poursuite de l'accompagnement (passage en hôpital de jour, relai libéral...).

Souvent abordé de manière concrète après le retour à domicile lors du passage en hôpital de jour, l'un des questionnements les plus fréquemment évoqué par la personne concerne la reprise de la conduite automobile. Pouvoir conduire de nouveau tient un rôle primordial dans la participation sociale de la personne, d'autant plus en zone rurale où les alternatives au déplacement sont moindres : se rendre au travail, emmener ses enfants à l'école, aller faire des courses, reprendre une activité de loisir, rendre visite à son entourage... Dans ce cadre, l'ergothérapeute va pouvoir tout d'abord

exposer à la personne les différentes démarches de régularisation à effectuer afin de reprendre l'activité de conduite en respectant la législation établie. Un autre outil à disposition de l'équipe interdisciplinaire et du patient est la possibilité de réaliser une évaluation de conduite automobile sur route, non obligatoire mais vivement recommandée afin d'obtenir un avis consultatif. Celle-ci s'effectue en collaboration avec le médecin, l'ergothérapeute, la neuropsychologue et un moniteur auto-école et a pour objectif d'évaluer les capacités de la personne à garantir sa sécurité et celle des autres usagers de la route malgré des troubles pouvant subsister mais aussi, de tester des aménagements du véhicule en situation de conduite réelle. A l'issue de cette évaluation, une échelle de cotation peut être remplie par le moniteur auto-école, l'ergothérapeute, la neuropsychologue et la personne qui réalise ainsi une auto-évaluation de sa performance. Ultérieurement, un compte-rendu fournissant un avis médical consultatif est réalisé conjointement entre l'ergothérapeute, le médecin et la neuropsychologue et est ensuite transmis à la personne qui pourra se munir de ce document pour se présenter auprès du médecin agréé par la Préfecture (consultation obligatoire), décisionnaire final de la reprise de la conduite automobile après un accident neurologique.

Régulièrement associée à la reprise de la conduite automobile, la reprise d'une activité professionnelle est une composante fondamentale du devenir de la personne. De nombreuses personnes victimes de cérébrolésion sont en âge de pratiquer une activité professionnelle et l'arrêt de travail impacte considérablement leur participation sociale ainsi que leur qualité de vie et celle de leur entourage. En lien étroit avec l'association Comète France, une collaboration marquée entre l'ergothérapeute et certains membres de l'équipe interdisciplinaire (médecin, assistante sociale, neuropsychologue mais également chargée d'insertion-ergonome) est instaurée et va suivre un déroulement en plusieurs étapes distinctes dans l'objectif de favoriser un retour au travail en milieu ordinaire le plus précocement possible après la fin d'hospitalisation. En complément des mises en situations réalisées à l'intérieur de l'établissement visant à proposer des tâches se rapprochant le plus possible des tâches de travail que la personne avait pour habitude de pratiquer, l'accompagnement à la réinsertion professionnelle peut inclure une mise en situation thérapeutique à visée professionnelle directement sur le lieu de travail. Celle-ci permet de réaliser une expertise précise dans l'évaluation des situations de handicap de la personne directement dans l'activité de travail habituelle. Ici, les professionnels présents sur place (chargée d'insertion, ergothérapeute et/ou neuropsychologue) apportent leurs regards sur les capacités fonctionnelles de la personne pour une bonne préconisation des adaptations du poste, qu'elles soient d'ordre matérielles ou organisationnelles. A noter que les adaptations proposées par l'équipe seront mises en place en étroite coopération avec l'entreprise et la médecine du travail. Dans l'éventualité de la nécessité d'un changement de poste, les différentes alternatives possibles seront réfléchies en équipe interdisciplinaire avec la participation active de la personne.

Enfin, parallèlement à la question de la reprise professionnelle qui parfois ne peut aboutir, et quel que soit l'âge des personnes, se pose bien souvent celle de la reprise des loisirs et de la vie sociale. De ce fait, afin d'accompagner au mieux la reprise des loisirs et de la vie sociale, une collaboration

étroite avec l'enseignant d'Activité Physique Adaptée est possible afin que la personne s'investisse dans des activités physiques et sportives adaptées dont les multiples bénéfices sont largement prouvés. De plus, la coopération avec des partenaires extérieurs ou des relais est essentielle (structure médico-sociale, associations, Groupe d'Entraide Mutuelle, accueil de jour...) car elle facilite la poursuite de la reprise d'activités de loisirs à la sortie du centre de rééducation et permet de maintenir un lien social primordial sur l'estime de soi, la motivation et l'engagement.

Bibliographie

Articles et ouvrages

Castelein, P. (2015), La participation sociale : un enjeu interdisciplinaire pour nos institutions. Les carnets de la Persagotière, 63. URL: <https://www.la-persagotiere.fr/wp-content/uploads/cdlp-n63-2015-la-participation-sociale.pdf> [accessed 2020-12-11]

D'apolito, A. C., Massonneau, A., Paillat, C., & Azouvi, P. (2013). Impact of brain injury on driving skills. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 56(1), 63-80.

Dubois, A. A., Bensmail, D., Massonneau, A., & Apolito, A. C. d'. (2016). Intérêt de la démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle pour favoriser la réinsertion des personnes en situation de handicap hospitalisées en médecine physique et de réadaptation. *ErgOTHérapies*, 61, 27-33.

Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M. A., Polatajko, H., & Pollock, N. (2014). MCRO. La Mesure canadienne du rendement occupationnel (5e éd.).

Masson, A., Kersalé, M. (2020). L'activité physique, cible de l'intervention ergothérapique auprès de la personne ayant présenté un traumatisme crânio-cérébral léger. *ErgOTHérapies*, 78, 39-54.

Townsend, E. A., Polatajko, H. J. (2013). Habilitier à l'occupation. *Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. Ottawa : CAOT Publications ACE. (2e éd.).

Textes législatifs

Association Comète France., Société Française de Médecine du travail., Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation. (2011). Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de réadaptation. Recommandations de bonne pratique.

Association Française de normalisation. (2004). Médecine Physique et de Réadaptation Démarche Précoce d'Insertion Engagements de service. Norme française homologuée.

Sites internet

<http://www.cometefrance.com>

Coopération Auxiliaire de Vie / ergothérapeute dans le contexte du retour au domicile avec HAD de Réadaptation

Gaëlle JEGOUSSE, Ergothérapeute en HAD-R
(Hospitalisation à Domicile de Réadaptation)

Centre de Réadaptation Fonctionnelle de Coubert (77)

Mots clés *personne cérébro-lésée, auxiliaire de vie, ergothérapeute, réadaptation, domicile*

Dans les contextes de retour à domicile d'adultes présentant une lésion cérébrale acquise (LCA), l'ergothérapeute est amené à FAIRE avec les auxiliaires de vie sociale (AVS), pour soutenir la réalisation du projet de vie de la personne cérébro-lésée et de ses proches aidants. Ce travail conjoint prend place plus particulièrement ici, en situation d'intervention d'une équipe d'hospitalisation à domicile de réadaptation (HAD-R).

Après avoir présenté les spécificités d'une HAD-R, les missions de l'ergothérapeute dans ce cadre et rappelé les missions de l'Auxiliaire de Vie Sociale (AVS), nous prendrons appui sur deux situations cliniques distinctes rendant compte de cette collaboration. Autour de situations de vie quotidienne qui fondent l'action de l'ergothérapeute tout autant que de l'AVS, ces vignettes cliniques permettront de visiter les freins existants généralement dans les projets de réadaptation mais aussi de mentionner les zones de facilitations que cette coopération favorise et garantit.

La première vignette clinique abordera la situation d'une patiente de 70 ans, ayant connu de multiples accidents vasculaires cérébraux depuis 4 ans et bénéficiant de l'intervention 5 jours sur 7 d'une AVS en emploi direct. L'intervention aura pour objectif d'assurer une médiation entre les aidants présents au domicile (époux et AVS) tout en préservant la qualité de vie de la patiente.

La seconde vignette clinique abordera la situation d'un patient âgé de 91 ans, vivant seul dans une maison peu adaptée à ses difficultés et à ses besoins. Ayant subi des traumatismes crâniens légers répétés dans un contexte de chutes multiples consécutives à un canal lombaire étroit non opéré, il rentre au domicile après une hospitalisation de quelques jours en chirurgie et va bénéficier des interventions d'une équipe de 8 AVS et/ou Aides ménagères salariées d'une association. Dans ce contexte, l'HADR et plus particulièrement l'ergothérapeute sont sollicitées par cette association pour former les intervenantes à l'utilisation d'un matériel de transfert. L'utilisation de ce matériel de transfert n'est pas acceptée par le patient qui est capable de se transférer seul, sans aide technique mais sous supervision...

Dans ces deux situations, il s'agit pour l'ergothérapeute de contribuer à l'élaboration d'une réponse coconstruite reconnaissant les aptitudes et les compétences de chacun des acteurs, dans des environnements ne présentant pas nécessairement toutes les facilités. Le sujet cérébro-lésé, ses préférences, ses attentes et ses besoins, la connaissance qu'il a de lui-même ; ses proches aidants,

leur connaissance des aptitudes et des difficultés de leur proche, leurs attentes, leurs préférences, leurs besoins ; la ou les AVS qui après quelques temps passés auprès de la personne a/ont acquis des connaissances sur le fonctionnement de celle-ci.

Ainsi cette réponse doit tenir compte de l'organisation du travail, de la formation des AVS, de la santé des intervenants, des représentations et des limites institutionnelles. Le rapport à la « prise de risque » peut être ainsi très différent selon la position que l'on occupe et le cadre dans lequel on évolue.

Il existe également, dans l'attachement porté par les professionnels à construire cette collaboration, des facteurs qui permettent de consolider la réadaptation du patient tout en prenant en compte les besoins de ses proches aidants et des intervenants au domicile.

Cette approche implique de la part de l'ergothérapeute une sensibilité à l'analyse des conditions d'intervention de l'AVS (approche ergonomique), un sens pédagogique (formation à l'utilisation du matériel, à l'accompagnement aux transferts) ainsi qu'une attention particulière portée à la communication entre les différents acteurs.

La conclusion de l'intervention abordera la nécessité de mesurer plus finement le bénéfice de ce type d'intervention dans la durée.

Bibliographie

Ouvrages

Zucman, É. (2013). Conclusion. Des voies ouvertes vers un juste renouveau. Dans : Élisabeth Zucman éd., *L'action médico-sociale au service des personnes handicapées : Pour un juste renouveau*. Toulouse, France : ERES. 261-269. <https://doi.org/10.3917/eres.zucma.2013.01.0261>

Législation/Règlementation

FRANCE. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES, Arrêté du 29 janvier 2016 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social, Journal officiel, n°0026, 31 janvier 2016, Texte n° 23,

NOR : AFSA1521332A

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/1/29/AFSA1521332A/jo/texte>

Code de la santé publique : articles L4331-1 à L4331-7

Exercice de la profession d'ergothérapeute

Code de la santé publique : articles R4331-1, 4ème partie, livre III, titre III

Actes professionnels

Rapports

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ILE-DE-FRANCE. Hospitalisation à domicile de Réadaptation (HADR) en Ile-de-France : Partage d'expérience, février 2018, Rapport, 50 p.

URL : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-02/HAD-rapport-R-IDF-2018.pdf>
[accessed 2020-12-11]

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS, avril 2008, Rapport, 61 p.

URL : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/reco_cooperation_vvd_16_avril_2008_04_16_12_23_31_18_8.pdf
[accessed 2020-12-11]

Plaquettes d'information

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ILE-DE-FRANCE. Plaquette d'information sur l'HAD-R à destination des patients et de leur entourage, février 2018, Plaquette, 2 p.

URL : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-02/HAD-R-plaquette-autonomie-chez-soi.pdf>
[accessed 2020-12-11]

Approche collaborative : la communication un élément clef

Bryan BORONAT, Ergothérapeute
Sophie CHARVÉRIAT, Orthophoniste

Hôpital Raymond-Poincaré AP-HP, Garches (92)

Mots clés *aphasie, CAA, multidisciplinarité interdisciplinarité*

Le langage¹ et le recours à un système de communication améliorée et alternative (CAA)² nécessitent, entre autres, la mobilisation d'ergothérapeutes et d'orthophonistes. Ce type d'outil nécessite une approche collaborative, associant le patient et l'équipe multidisciplinaire. Nous allons vous présenter ici une expérience inédite pour nous, car elle nous a permis de travailler en interdisciplinarité et d'associer un travail de collaboration et de coopération avec une structure extérieure.

Nous vous parlerons donc de Monsieur P., victime d'un AVC sylvien gauche le 05 janvier 2008 ayant engendré une hémiplégie droite, une aphasie de Broca et une hémianopsie latérale droite. Initialement hospitalisé à la Pitié Salpêtrière, il a suivi une rééducation à l'hôpital Raymond Poincaré jusqu'en juin 2008. Il retourne à son domicile avec de la rééducation en libéral jusqu'en septembre 2016, puis intègre un foyer d'accueil médicalisé (FAM). Son souhait est de retrouver un domicile proche de ses enfants.

Au FAM, il participe régulièrement à des activités sociales qui lui sont proposées, cependant l'interaction avec les différents intervenants et sa famille est réduite du fait de ses troubles phasiques³ persistants.

La demande d'hospitalisation dans notre unité de bilan émane de l'ergothérapeute du FAM qui souhaite évaluer la pertinence de la mise en place d'un système de CAA. En effet, Monsieur P. souhaiterait pouvoir demander spontanément à réaliser une activité de loisirs parmi une série d'activités habituelles, pouvoir demander à contacter ses proches et pouvoir formuler quelques demandes ou phrases types de communication (bon anniversaire, comment vas-tu ?...)

Son parcours a été organisé en trois étapes : une première période d'hospitalisation de cinq jours, une période d'un mois inter-hospitalisation et une seconde hospitalisation de deux semaines. Ce format nous a permis d'évoluer progressivement d'une approche multidisciplinaire⁴ vers une approche interdisciplinaire⁵.

¹ Chomel-Guillaume, S., Leloup, G. et Bernard, I. (2010). *Les aphasies : évaluation et rééducation* (1ère éd). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

² Cataix-Negre, E. (2011). Communiquer autrement : accompagner les personnes avec des troubles de la parole ou du langage : les communications alternatives. Groupe de Boeck.

³ Pillon, A. (2014). Sémiologie, syndromes aphasiques et examen clinique des aphasies. Dans Seron, X. et Van Der Linden, M. (dir), *Traité de neuropsychologie clinique de l'adulte. Tome 1 -Évaluation* (2e éd, p.249-265). Paris, France : De Boeck-Solal.

⁴ Körner, M. (2010). Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. Volume: 24 issue: 8, page(s): 745-755.

⁵ Payette, M. (2001). Interdisciplinarité : clarification des concepts. *Interactions*, vol 5, n°1. p 20-32.

La première semaine d'hospitalisation a permis d'identifier les besoins et les capacités du patient afin de définir un objectif personnalisé et atteignable. Il a d'abord bénéficié de bilans en ergothérapie et en orthophonie afin de déterminer ses capacités langagières et motrices. Une première synthèse multidisciplinaire nous a permis de valider la pertinence du projet et de confirmer la nécessité d'un rendez-vous avec la Plateforme Nouvelle Technologie (PFNT).

Un nouveau travail multidisciplinaire a été amorcé avec le patient et la PFNT afin de déterminer l'outil de communication le plus adapté. Plusieurs critères ont été pris en compte : les conclusions de nos bilans pour la complexité cognitive du support et sa maniabilité (facile à transporter, la taille de l'écran suffisamment importante pour voir et manipuler correctement les pictogrammes, simplicité du logiciel et de l'arborescence), les ressources de l'hôpital (matériel à disposition) et les ressources financières de monsieur (pour l'acquisition future).

Au décours de cet échange dynamique nous avons contacté le FAM pour mettre en place une démarche inter-établissement afin de s'assurer de la faisabilité du projet sur son lieu de vie et de valider les objectifs établis avec ce patient pour favoriser la participation de monsieur P. dans le choix de ses activités de loisirs notamment.

Une fois l'outil de CAA validé en respectant le cahier des charges, notre approche a évolué sous une forme de travail interdisciplinaire. En effet, les premières manipulations avec la tablette ont été réalisées avec les deux thérapeutes afin d'identifier les facilités et difficultés rencontrées par le patient. Nous avons estimé qu'une seconde hospitalisation était nécessaire pour apprendre à maîtriser le support incluant des photos de l'environnement réel du patient. Nous avons demandé à ce qu'elle soit proposée un mois plus tard pour pouvoir travailler sur le projet entre temps.

Pendant un mois nous avons construit l'arborescence en fonction des attentes du patient et des photos envoyées par le FAM.

Ainsi, la seconde hospitalisation était dans la continuité de la précédente. Nous avons conservé une approche interdisciplinaire dans le but de favoriser la maîtrise de l'outil. L'apprentissage de l'utilisation du support a pu être optimisé en travaillant de manière identique au cours de deux séances grâce à des échanges sur les réussites et les échecs de M en inter-séance et en harmonisant les exercices d'auto-entraînement proposés.

Ce qui nous semble avant tout intéressant dans ce projet, c'est que le patient a été le premier maillon de notre équipe multidisciplinaire. Il a défini avec nous ses objectifs de communication, a participé activement à toutes les réunions multidisciplinaires et nécessairement à tout l'apprentissage avec nous mais seul aussi.

La mise en lien progressive avec les différents professionnels, ergothérapeute, orthophoniste, membre de la PFNT, équipe du FAM et enfin la fille de monsieur nous a permis de glisser vers une approche interdisciplinaire où chacun a travaillé de la même façon en transmettant les observations aux autres.

Notre collaboration inter-établissement a été maintenue tout au long du projet. Grâce à des échanges téléphoniques et de mails, nous avons pu ensemble préciser l'attente initiale de l'équipe du FAM. D'autre part, une rencontre physique au cours de la seconde hospitalisation pour présenter le matériel finalisé, relater les acquis et les difficultés rencontrées par M.P a pu être organisée. Cette rencontre a facilité le lien et nous a permis de discuter de l'après. Nous avons aussi pu développer des appels vidéos en utilisant le support CAA avec les membres du FAM.

En conclusion, M. P a été acteur dans son projet, très investi dans l'apprentissage et a semblé satisfait de ce travail. Toutefois, l'utilisation autonome du support est restée difficile pour lui. La dissociation entre les attentes de communication et les possibilités restreintes qu'offraient ce support (néanmoins adaptées à ses capacités) était sûrement trop importante.

Nous retiendrons de cette expérience que la collaboration interdisciplinaire dans le domaine de la santé permet de prendre en charge au mieux le patient en conjuguant et harmonisant les compétences et les expériences des différents professionnels. Elle nous a permis d'améliorer l'efficacité et l'efficience des soins offerts et de développer le lien ville-hôpital.

L'investissement progressif dans l'utilisation d'un outil de communication améliorée et alternative pour un patient, dépend de la pertinence des observations multidisciplinaires, de la rigueur de l'apprentissage interdisciplinaire et de la participation de l'ensemble des protagonistes.

La pérennité de cet outil quant à elle dépend du bénéfice fonctionnel au quotidien pour le patient. Ce travail nécessite une étroite collaboration afin de se soutenir par nos compétences, notre créativité et notre engagement dans cet apprentissage souvent difficile.

Partenariat assistante sociale et ergothérapeute au sein d'une équipe mobile de réadaptation et réinsertion

Sophie CROP, Ergothérapeute
Sandrine JEGARD, Assistante sociale

Equipe mobile de réadaptation et réinsertion, Hôpital Pitié-Salpêtrière AP-HP, Paris.

Mots clés *équipe mobile – coordination – complémentarité - triple expertise – parcours de soins*

Contexte Partenariat mise en place avec la création d'unité pluriprofessionnelle (MPR, ergothérapeute et Assistante Sociale), issues du plan AVC et des conseils du rapport ministériel sur les traumatisés crâniens et médullaires qui pointaient la nécessité d'équipes de coordination au moment de la transition hôpital-ville ou plus tard dans le parcours de soins des patients. Ces unités pluriprofessionnelles intitulées équipe mobile de réadaptation et réinsertion ont été créées en 3 vagues, dans le cadre d'appel à projets, à titre expérimentale, par l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France, successivement en 2013, été 2014 et début d'année 2016. Elles sont aujourd'hui, au nombre de 15. Elles couvrent l'ensemble du territoire d'Ile de France, dotées d'un financement « pérennes » attribués en MIG SSR.

Intérêt de la collaboration L'action de ces équipes pluriprofessionnelles s'inscrit pleinement dans les recommandations issues du rapport de Pr. PRADAT-DIELH de 2010 ⁽¹⁾ qui souligne le besoin d'un accompagnement sanitaire et médico-social tout au long de la vie des personnes présentant une Lésion Cérébrale Acquisée (LCA) ⁽²⁾.

Quels rôles/missions Évaluer et faciliter le retour ou le maintien dans son lieu de vie d'une personne en situation de handicap.

Quelles modalités de collaboration Évaluation sur le lieu de vie par ces équipes mobiles permet d'établir, dans le cadre habituel de vie, un état des lieux précis des besoins. Cet état des lieux s'appuie sur une triple expertise :

- connaissances que le patient a de lui-même, de son fonctionnement, de ses besoins ;
- connaissances apportées par le proche-aidant ;
- connaissances techniques des professionnels.

Expertise de chacun :

- Besoin d'un suivi médical, d'un avis MPR (connaissance de la pathologie et de ses répercussions dans les activités de vie quotidienne au niveau physique et cognitif).
- Besoin d'un ergothérapeute pour son évaluation des possibilités fonctionnelles de la personne dans les actes de la vie quotidienne, mise en place de solution de compensation si nécessaire (aides techniques, aménagement de logement, aménagement de poste de travail, conseils aux proches aidants sur la manutention...)

- Besoin d'une assistante sociale pour son évaluation de la situation médico-sociale, que ce soit pour les dispositifs de droits communs, ou les droits spécifiques au handicap.

Des outils communs et complémentaires pour ne pas morceler l'évaluation du patient et ses problématiques car elle ne relève pas d'un seul champ professionnel.

Quelles attentes, besoins de la personne, constats de notre pratique d'unité pluriprofessionnelle depuis 5 ans

Dans le cadre de notre pratique quotidienne depuis plus de 5 ans, nous avons fait le constat que les demandes d'interventions des professionnelles n'étaient pas toujours en adéquation avec celles des patients ; le plus souvent sous estimées, face à leur besoin quotidien, notamment lorsque les patients présentent un handicap invisible.

Les motifs de demandes d'interventions ⁽³⁾ sont :

- infos conseils ou orientation
- évaluation/aménagement de domicile
- évaluation fonctionnelle (physique et cognitive)
- évaluation en aide humaine
- évaluation aide technique
- aide administrative
- amélioration de la participation à la vie sociale
- formation aide aux aidants

Problématique : Pour répondre à ces demandes, il est indispensable de ne pas sous-estimer les possibles problématiques sociales associées, que l'on soit proche ou à distance du point d'entrer dans ce parcours de soin. Comment envisager de stabiliser et/ou de maintenir une personne en situation de handicap sur son lieu de vie, si la situation de cette personne au niveau de ses droits communs n'est pas stable au démarrage de sa pathologie. Bien heureusement, une majorité des personnes présentant un handicap n'ont pas obligatoirement une perte des droits communs. Par contre, il n'est pas rare, qu'une grande majorité de nos patients, présentant un handicap invisible, à distance de leur accident, présente une difficulté sociale dans l'accès à leurs droits.

Comment envisager de consolider une situation si cette dernière n'a pas des fondements solides ? Comment faire une demande de travaux pour un aménagement auprès d'un bailleur social, si le patient a une dette de loyer ? Comment obtenir des aides techniques si la personne n'a pas de mutuelle ou d'ouverture de droit ?

Comment connaître ses droits, avant même de faire des demandes sociales en lien avec son handicap ? Comment éviter les fractures sociales pour des personnes présentant des difficultés cognitives ?

Par ailleurs, une aide administrative ponctuelle est souvent insuffisante car le traitement des dossiers selon les diverses administrations est long et demande à être réajuster. Le service social de secteur est « débordé » et pas toujours formé à recevoir des personnes en situation de handicap « invisible » et des troubles cognitifs. Pour une grande majorité des patients atteints d'une LCA, soit, ils ne

formulent aucune demande spontanément, soit cette dernière n'est pas toujours adaptée à la situation. Or les assistantes sociales ont été formées pour répondre à la demande des usagers. Au niveau du parcours de soins du patient, généralement, à son arrivée à l'hôpital ou en début de parcours, ce sont les assistantes sociales qui procèdent à l'évaluation et la vérification des droits (sécurité sociale/mutuelle...) puis procèdent à l'ouverture des droits (demande de 100 %, dossier MDPH, demande de PCH) accompagné des éléments médicaux nécessaires, rempli par le médecin. Pour que le patient puisse bénéficier de prestations de compensation lié à son handicap, les dossiers de MDPH doivent être renseignés, non plus uniquement sur la pathologie du patient, mais sur les limitations d'activité ou restriction de participation à la vie en société et dans son environnement, pour être traité au mieux. Par conséquent, il est bien difficile de demander à une assistante sociale seule et/ou avec le médecin de renseigner les limitations d'activité du patient et les moyens de compensation susceptible de mettre en place pour pallier ces limitations et parallèlement, un ergothérapeute seul, ne pourra pas non plus répondre à l'ensemble de ces données.

Bibliographie

⁽¹⁾ Pradat-Diehl, P., *Mission interministérielle en vue de l'élaboration d'un plan d'action en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires*, Rapport final, novembre 2010, 59 p.

URL: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportfinaltraumacraniens.pdf>
[accessed 2020-12-15]

⁽²⁾ Jegousse, G., Merilhou, N., Crop, S. (2016). Les équipes mobiles de réadaptation neurologique en Ile-de-France. *Résurgences*, (53), juin, 39-42.

⁽³⁾ AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ILE-DE-FRANCE. Bilan des équipes mobiles de réadaptation – réinsertion EMRR, septembre 2018, Rapport, 70 p.

URL: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-10/SSR-Evaluation-des-EMRR.pdf>
[accessed 2020-12-11]