

IFE de Rennes
12, avenue J.L. Bertrand
35000 Rennes

Réadaptation en ergothérapie et tétraplégie : un duo à trois ou plus...

Approche de la cellule de réadaptation

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat d'Ergothérapeute

Christelle TREHIN
Juin 2005

Sommaire

Introduction	1
I. Pré requis : réadaptation et tétraplégie	2
A. Réadaptation : définition du concept	2
1. Notions générales	
2. La réadaptation par les soignants	
3. La réadaptation par les ergothérapeutes	
B. Pourquoi relier réadaptation et tétraplégie ?	4
1. Le système nerveux central	
2. Tétraplégie	
3. Les troubles associés	
4. Conclusion	
II. La prise en charge réadaptative	9
A. Que fait l'ergothérapeute pour le blessé médullaire ?	9
1. Education et apprentissage de l'autonomie	
2. Aménagement de l'environnement	
3. Aides au déplacement	
4. Activités de réinsertion dans la société	
B. Expériences personnelles	10
1. Présentation des patients	
2. Education et apprentissage de l'autonomie	
3. Aménagement de l'environnement	
4. Aides au déplacement	
5. Activités de réinsertion dans la vie sociale	

III. La cellule de réadaptation	17
A. Quelles bases ?	17
1. La pluriprofessionnalité	
2. L'interprofessionnalité	
B. Fonctionnement de la cellule de réadaptation	18
1. La famille et son patient	
2. L'équipe médicale et paramédicale	
3. L'équipe technique	
4. L'équipe sociale	
C. Quel place pour l'ergothérapeute au sein de la cellule de réadaptation ?	22
Conclusion	24
Bibliographie	
Annexes	

Introduction

L'ergothérapie est une discipline complexe, dont les champs d'action sont vastes. Quelque soit la pathologie concernée, l'ergothérapeute peut intervenir à différents stades, ces interventions se chevauchant fréquemment dans le temps.

Je me suis attachée à la notion de réadaptation puisque le fait de prévoir « l'après » hospitalisation est un rôle important de l'ergothérapeute, qui doit faire le lien entre l'institution et l'extérieur.

Tout d'abord, nous chercherons à comprendre le choix d'étudier le concept de réadaptation dans le cadre de la tétraplégie. Une réflexion autour de deux expériences pratiques permettra de mettre en avant l'existence de la « cellule de réadaptation » autour de la prise en charge du tétraplégique ; cellule que nous éclairerons par la suite pour définir la place qu'y tient l'ergothérapeute.

I- Pré requis : réadaptation et tétraplégie

A. Réadaptation : définition du concept

1. Notions générales

Avant d'aborder ce que la réadaptation implique en ergothérapie, il convient de définir de façon générale ce terme. L'utilisation de divers dictionnaires permet d'obtenir une définition globale et relativement complète.

Le mot adapter apparaît en 1899¹, il vient du latin *adaptare* qui signifie ajuster, et se forme du préfixe *ad* et de *aptare* qui signifie attacher. Quant au terme adaptation, il apparaît en 1933, et trouve des applications dans différents domaines²:

1. langue courante : action de s'adapter et résultat de ces transformations.
2. biologie : a- ensemble des modifications actives et passives par lesquelles un être vivant se met en harmonie avec ses conditions d'existence.
b- notion en physiologie, ensemble des mouvements par lesquels un organisme s'accommode aux conditions de sa fonction.
3. psychanalyse : acte consistant à inventer la réaction appropriée à une situation nouvelle, appropriation des moyens adéquats à une fin donnée.

Dans cette définition (et ses différents aspects), on retrouve différents principes : l'adaptation comprend le phénomène de transformation et ses résultats, elle vise à trouver une harmonie entre le sujet et son milieu (ou ses conditions de vie), que l'on se place d'un point de vue psychologique, physiologique ou matériel.

A partir de là, on comprend mieux le sens de réadapter : « adapter de nouveau, adapter ce qui n'est plus adapté »³. Et la réadaptation est ainsi définie en médecine comme l' « ensemble des mesures transitoires, destinées à permettre la réinsertion, dans le vie sociale ou dans le cadre de son travail, d'un infirme, d'un handicapé ou d'un convalescent d'affection grave médicale ou chirurgicale »⁴. Ces deux définitions nous amènent à considérer la réadaptation telle qu'elle est pensée par les professionnels de la santé et du social.

¹ H.B. du CHAZAUD, « Dictionnaire d'étymologie », ed. Dictionnaires le Robert, 1993

² L-M. MORFAUX, « Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines », ed. Armand Colin, Paris 5^e, 1980 (p10).

³ A. REY et J. REY-DEBOVE, « Le petit Robert 1 », ed. Dictionnaires le ROBERT, Paris, 1990 (p1616).

⁴ A-G. DASSAUD, « Le médical d'aujourd'hui » tome 11 : dictionnaire médical, ed. ND Médical, Edito-Service SA, Genève, 1970.

2. La réadaptation par les soignants

Ainsi, l'application de ce concept dans les domaines touchant au handicap peut s'expliquer : « L'intervention d'adaptation ou de réadaptation est le regroupement sous forme d'un processus personnalisé, condensé et limité dans le temps, des différents moyens mis en œuvre pour permettre à une personne handicapée de développer ses capacités physiques et fonctionnelles et son potentiel d'autonomie sociale »⁵.

Cette définition apporte des éléments très importants, à savoir que la réadaptation est une action précise, correspondant à la personne à laquelle elle s'adresse et qui a lieu à un moment donné de sa vie.

Cependant, on peut regretter l'aspect incomplet de cette définition. D'une part, elle place la personne handicapée comme sujet d'application du processus de réadaptation, ce sont alors les professionnels qui réadaptent la personne. D'autre part, elle se base uniquement sur les capacités intrinsèques de la personne (« capacités physiques et fonctionnelles »), alors que l'adéquation entre un individu et son milieu indique qu'il se produit des transformations également au sein du milieu de vie (généralement mises en place par le sujet).

Finalement, Claude HAMONET⁶, apporte une définition assez satisfaisante de la réadaptation, claire et concise : « ensemble des méthodes et des moyens qui permettent à une personne ayant des limitations fonctionnelles de se réintégrer dans les diverses activités de la vie sociale ». La réadaptation est donc le processus qui mène à la réinsertion ou la réintégration sociale.

Il me semble important également de préciser ces concepts de réintégration et de réinsertion. Morgane Lourdaï⁷ explique : « la réinsertion sociale et professionnelle est l'action d'introduire à nouveau la personne au niveau social et professionnel », de « la placer parmi un ensemble d'individus qui vivent en groupe organisé, caractérisé par ses institutions, ses lois et ses règles ». Quant à la réintégration, c'est « d'après la définition du Larousse, l'action d'intégrer de nouveau, de s'intégrer de nouveau. Intégrer c'est faire entrer dans un ensemble plus vaste, incorporer. S'intégrer c'est s'assimiler entièrement à un groupe. »

Il apparaît ainsi que la réintégration correspond mieux à ce que l'on peut attendre de la réadaptation : il ne suffit pas de juxtaposer un sujet à son environnement, encore faut-il qu'il y ait une adéquation entre les deux.

⁵ M. LOURDAIS, « Accompagnement lors du retour à l'emploi » dans « Ergothérapies » supplément du n°14 de juin 2004, ed. Techni Media Service, 2004 (p23).

⁶ C. HAMONET, « Les personnes handicapées », Paris, Que sait-je ?, ed. P.U.F, 2000.

⁷ Idem que la note 5

3. La réadaptation par les ergothérapeutes

Nous pouvons trouver cette définition en ergothérapie : « face aux séquelles, l'ergothérapeute cherche avec le patient ou son entourage comment contourner le handicap et développer des solutions palliatives aux difficultés qu'il rencontre dans les actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, repas, déplacements, conduite automobile, communication écrite et verbale, scolarité, travail et loisirs...). »⁸

L'ANFE (Agence Nationale Française des Ergothérapeutes) place notre action thérapeutique entre la rééducation, la réadaptation et la prévention⁹. De plus, elle organise la réadaptation en ergothérapie sur différents axes : le traitement des incapacités et désavantages, la réadaptation à la vie quotidienne, la réinsertion professionnelle et l'environnement matériel. Nous comprenons bien alors l'interaction réelle qui régit la relation d'un individu à son environnement.

Pour finir, je définirai la réadaptation comme un processus de transformation personnalisé et limité dans le temps. Elle vise à retrouver une autonomie fonctionnelle, familiale, sociale et professionnelle acceptable par le sujet concerné, dans le but d'accéder à une certaine qualité de vie dans son milieu habituel (ou, le cas échéant, dans son nouveau milieu de vie), ceci passant une mise en adéquation conjointe entre l'individu et son environnement (humain et matériel).

B. Pourquoi relier réadaptation et tétraplégie ?

Pour comprendre la démarche auprès des blessés médullaires, il faut préciser les troubles rencontrés et leurs implications quotidiennes. Je commencerai donc par des rappels physiopathologiques.

1. Le système nerveux central

Il est divisé en trois étages : le cerveau, le tronc cérébral et la moelle épinière. Cette dernière est protégée par la colonne vertébrale (empilement de différentes pièces osseuses nommées vertèbres, solidement rattachées entre elles par un haubanage musculaire puissant et mobile, et par de nombreux ligaments).

⁸ Site de kerpape : <http://www.kerpape.mutualité56.fr/services/page32/page321/p3211.htm>

⁹ A. MOREAU, « Cadre législatif et réglementaire », dans « Ergothérapie : guide de pratique », ed. Techni Media Service, sept. 2000 (p155).

La moelle épinière est organisée selon une disposition étagée. On retrouve ainsi trente et une paires rachidiennes qui se situent chacune au niveau des espaces intervertébraux : huit paires cervicales, douze dorsales, cinq lombaires, cinq sacrées et une coccygienne.

A chaque segment, la racine antérieure motrice et la racine postérieure sensitive se rejoignent au trou de conjugaison pour former le nerf rachidien ; l'ensemble du nerf rachidien et des territoires moteur et sensitif de ce nerf constituent le **métamère**.

La moelle épinière est à la fois un centre réflexe sous le contrôle de structures sus-jacentes (substance grise) et organe de conduction (substance blanche) ; de plus, elle est le centre nerveux du système qui règle les fonctions végétatives et vasomotrices.

2. Tétraplégie

Définition (selon M. Maury)¹⁰ :

« La tétraplégie résulte de toutes les lésions motrices centrales d'origine médullaire, se traduisant par la perte de la fonction des quatre membres (ceci exclut toute atteinte paralytique d'origine périphérique par atteinte directe des troncs nerveux ou nerfs).

Cette atteinte motrice peut être complète, transitoire ou définitive, incomplète, et s'accompagne le plus souvent de troubles de la sensibilité, du tonus, de troubles trophiques et sphinctériens. »

La lésion touche la moelle cervicale jusqu'en D1, en dessous on parle de paraplégie.

Il existe différentes causes à la tétraplégie : médicales (infectieuse, vasculaire, tumorale,...) ou traumatiques (les plus fréquentes : 70% des cas). Dans le cas d'une tétraplégie traumatique, la lésion peut être asymétrique ou incomplète, suivant la nature du traumatisme (ouvert ou fermé, type de luxation).

La tétraplégie évolue selon trois phases :

a. Durant la phase flasque, ou phase de choc spinal, toute activité médullaire sous la lésion est suspendue (réflexes ostéo-tendineux et cutanés nuls, perte de sensibilité, troubles sphinctériens, respiratoires et trophiques). Cette phase dure de trois semaines à six mois et nécessite une médication intense.

¹⁰ M. MAURY, « La paraplégie chez l'adulte et chez l'enfant », ed. Flammarion Médecine Sciences, 1981.

b. La phase spasmodique signe la réapparition d'une activité neurologique autonome sous lésionnelle. On peut alors définir trois secteurs¹¹ de bas en haut :

- le syndrome sous lésionnel correspond à un tableau neurologique central (automatisme médullaire mais pas de contrôle supra spinal compétent).
- le syndrome lésionnel correspond à un tableau neurologique périphérique (pas d'automatisme médullaire, pas de sensibilité).
- le syndrome sus lésionnel présente une motricité et une sensibilité normales.

A cette phase, on peut délimiter le niveau lésionnel : il correspond au dernier métamère sain (norme ASIA) que l'on définit par le score moteur ASIA (Cf Annexe 1).

c. La phase séquellaire correspond à une stabilisation des fonctions lésées ou conservées. C'est à ce moment que l'on évalue les conséquences fonctionnelles. La spécificité des blessés médullaires tient de différents aspects : le schéma de répartition métamérique communément admis dans les livres ne se retrouve pas à l'identique chez tous les patients ; de plus, les lésions sont souvent asymétriques ou incomplètes selon le type ; finalement, deux blessés médullaires, avec la même lésion et le même testing musculaire, ne réaliseront pas les mêmes activités ou n'auront pas les mêmes compensations.

3. Les troubles associés

Ils sont multiples et indissociables de l'atteinte motrice.

a. Les troubles sensitifs sont quasiment constants et existent sur tous les modes. Ils sont associés à des troubles trophiques et cutanés. Une surveillance précoce et soutenue permet de limiter les risques d'escarres.

b. La spasticité est un phénomène complexe et, élément important, c'est la seule composante du syndrome pyramidal¹² qui soit accessible aux thérapeutiques. Elle est due d'une part à une hyperexcitabilité de l'arc réflexe (LANCE, 1980), d'autre part à une modification des qualités intrinsèques du muscle (DIETZ, 1981). La spasticité se caractérise par une raideur musculaire élastique, une prédominance aux muscles posturaux, une vitesse dépendance et un phénomène de lame de canif.

¹¹ La délimitation n'est pas toujours aussi nette, on retrouve souvent une zone d'œdème dite « transitionnelle » qui englobe un ou deux métamères au dessus de la lésion.

¹² Le syndrome pyramidal est une atteinte du système pyramidal (partie du système nerveux central responsable de la motricité volontaire). Il se traduit par un déficit moteur pur, une perte de dextérité, une abolition des réflexes cutanés élaborés, une spasticité différée, une exagération des Réflexes Ostéo Tendineux, une libération des réflexes proprioceptifs et des syncinésies.

c. Les troubles articulaires sont de trois ordres :

- les ostéomes entraînent l'ankylose,
- les rétractions musculaires et tendineuses sont une gêne fonctionnelle,
- l'ostéoporose sous lésionnelle fragilise le sujet (risque de fractures).

d. Les troubles respiratoires sont présents dans toutes les tétraplégies et les paraplégies supérieures à D12 et les troubles sont d'autant plus importants que la lésion est haute. Le tétraplégique porte une ceinture abdominale (pour compenser le relâchement des abdominaux) afin de conserver le diaphragme en position de fonction correcte. Les fonctions respiratoires et de toux sont toujours diminuées.

e. Les troubles neuro végétatifs concernent :

- la régulation tensionnelle (hypotension orthostatique ou hyper réflexivité autonome),
- la régulation thermique (hypothermie par défaut d'adaptation aux conditions extérieures ou déperdition calorique liée à la vasodilatation sous lésionnelle, hyperthermie infectieuse),
- la sudation (à type d'hypersudation, elle est à prendre en compte dans la surveillance des troubles cutanés).

f. Les troubles vésico sphinctériens sont des remplissages insuffisants, une détérioration mictionnelle et/ou l'absence de perception du premier besoin. Les troubles génito sexuels sont ressentis soit au niveau de l'activité sexuelle en elle-même, soit au niveau de la fonction de reproduction.

g. Les douleurs sont souvent présentes, elles sont de nature somatique, neurogène ou psychogène. C'est "une sensation anormale et désagréable, provoquée par l'excitation excessive d'une partie vivante de l'organisme, perçue et intégrée au niveau le plus élevé du cortex cérébral, qui lui confère son caractère de vécu personnel et sa tonalité émotionnelle et affective."¹³ La souffrance y est souvent associée : c'est une « douleur qui atteint l'homme dans son intégrité morale »¹⁴. La personne doit trouver un nouvel équilibre et de nouveaux buts à son existence, qui soient en rapport avec sa nouvelle situation physique.

¹³ Dans le Dictionnaire Médical, ed. FLAMMARION

¹⁴ José CARCEL « Handicap moteur et psychisme » dans Ergothérapies n°15, ed. Techni Média Service, septembre 2004.

4. Conclusion

Le blessé médullaire souffre d'une paralysie plus ou moins complète des quatre membres, en fonction du type de lésion et de sa localisation. Cette atteinte motrice est invalidante pour toutes les activités de la vie quotidienne et nécessite une prise en charge complète et globale du sujet. En effet, des difficultés seront rencontrées pour la déambulation et les déplacements, l'alimentation, la toilette et l'habillage, le contrôle sphinctérien, la communication et la participation sociale (emploi, loisirs,...). Les troubles associés à la déficience motrice constituent un facteur de désavantage pour le retour à l'autonomie de la personne ; ils sont donc importants à prendre en compte dans la prise en charge.

La prise en charge du blessé médullaire est très dense car les situations de handicap peuvent être nombreuses. De plus, elle est nécessairement personnelle, à l'image du blessé médullaire que l'on traite, car les niveaux de dépendance sont très variés. Ainsi, il m'a semblé que la prise en charge réadaptative du tétraplégique était un bon reflet du travail de l'ergothérapeute au cours de la phase de réadaptation. Pour cette raison, et parce que j'ai eu l'opportunité de prendre en charge trois personnes tétraplégiques à des stades différents dans deux structures différentes, j'ai choisi de baser mon étude concernant la place de l'ergothérapeute en réadaptation sur deux d'entre elles.

II- La prise en charge réadaptative

Avant de présenter deux cas cliniques, nous allons expliquer l'organisation et les implications concrètes de la réadaptation avec les patients tétraplégiques.

A. Que fait l'ergothérapeute pour le blessé médullaire ?

L'action de l'ergothérapeute est décrite par l'AFIGAP¹⁵ dans le but de diminuer la dépendance et de permettre une prise de conscience des possibilités : « il faut qu'à tout moment le patient ait les moyens d'agir par lui-même sur son environnement ».

La philosophie de l'ergothérapeute avec les blessés médullaires s'oriente selon quatre points essentiels et interdépendants, que je reprendrai dans la prise en charge réadaptative.

1. Education et apprentissage de l'autonomie

Cet item comprend la communication, l'alimentation, la toilette et l'habillement, le contrôle sphinctérien, les transferts et les déplacements. Il s'agit d'améliorer les capacités restantes et de mettre en place des aides (techniques ou humaines) qui pallieront les situations de handicap.

2. Aménagement de l'environnement

Cet aménagement a lieu dans les différents lieux de vie du patient :

- dans l'institution, en concertation avec les personnes concernées, on procède au choix des aides techniques pour le patient et pour le personnel ; de plus, on vérifie l'accessibilité des locaux.
- à domicile, on évalue les besoins concernant la maison et sa proximité (garage et jardin) au moyen d'une visite à domicile ; on choisit également les aides techniques qui seront utilisées.

N.B : cette étape est importante pour le retour à domicile et, pour permettre des sorties thérapeutiques précoces, elle doit avoir lieu tôt dans la prise en charge.

- dans les autres milieux de vie (urbain, scolaire, professionnel), on peut vérifier l'accessibilité des locaux publics et des transports en commun.

¹⁵ Article « Prise en charge des blessés médullaires en phase initiale en ergothérapie » dans « Le blessé médullaire à la phase initiale - actualités », Journée régionale de l'Association Francophone Internationale des Groupes d'Animation de la Paraplégie (AFIGAP). Toulouse, 1993

3. Aides au déplacement

Cela concerne aussi bien les fauteuils roulants (manuels et/ou électriques et les fonctions annexes), que le véhicule automobile personnel (prévoir les possibilités¹⁶, les adaptations nécessaires...).

4. Activités de réinsertion dans la société

Il s'agit d'envisager et de prendre en compte toutes les activités habituelles ou voulues par le patient, qu'elles soient sportives et culturelles, ou scolaires et professionnelles, ou encore domestiques.

B. Expériences personnelles

La présentation des patients concernés, de leur situation de vie personnelle et des situations de handicap auxquelles ils sont confrontés, est un préalable indispensable à la description de leur prise en charge réadaptative.

1. Présentation des patients

✓ Mr T. est un homme de 30 ans, marié et père de deux enfants. Ils vivent dans une maison en location. Mr T. est droitier et chef d'atelier dans un centre automobile. En juin 2003, il est victime d'un accident de plongeon et se fracture le 5^{ème} cervicale ; la contusion de C3 à C7 entraîne la compression des voies nerveuses. Mr T est tétraplégique de niveau C6 (ASIA) bilatéral et se déplace en fauteuil roulant manuel avec des protections palmaires. Je le prends en charge en novembre et décembre 2003, soit cinq mois après son accident.

La synthèse des évaluations fait apparaître des troubles de sensibilité et cutanés (escarre sacrée). L'équilibre assis est précaire mais en progrès. Les fonctions supérieures sont intactes. On constate des capacités de communication à l'écrit et sur informatique (à l'aide d'un track ball), ainsi qu'une grande motivation. Au niveau des membres supérieurs, les épaules sont fonctionnelles, de même que la pronosupination et l'extension de poignet. Les situations de handicap évoquées par Mr T. concernent la manipulation du fauteuil en terrain accidenté, le contrôle sphinctérien, la prise des repas, la toilette et l'habillement. Au cours du bilan, nous pouvons constater que les transferts sont gênés par le manque d'équilibre assis.

¹⁶ Le sujet pourra-t-il reconduire ? Quel type de voiture lui convient le mieux à la base ? Quels aménagements seront nécessaires ?

✓ **Mr B.** est un jeune homme de 19 ans, vivant chez ses parents avec sa sœur, âgée de 16 ans. En juillet 2003, il plonge en eau peu profonde et se fracture la colonne cervicale (fracture luxation C3-C4 et fracture en C5). Il en résulte une tétraplégie de niveau moteur C4 ASIA spastique (spasticité qui est très gênante fonctionnellement dans ce cas). De son accident à septembre 2004, il est pris en charge dans un premier centre de rééducation ; en septembre, il change de centre. Je le prends en charge en septembre et octobre 2004, soit plus d'un an après son accident, dans le cadre d'un séjour « Réadaptation Etudes ». Mr B. est droitier, il se déplace en fauteuil roulant électrique (prêt du centre). Il a obtenu son Baccalauréat série Scientifique en juin 2003 et souhaite intégrer une école de commerce (il est admissible sur concours et peut reporter sa rentrée jusqu'en septembre 2005).

A son entrée dans le centre, Mr B. a deux objectifs : il souhaite intégrer la fac de Sciences Eco pour 2004-2005 en parallèle de son séjour de rééducation et il souhaite réaliser les démarches pour l'acquisition d'un fauteuil roulant électrique, d'un contrôle d'environnement et de matériel informatique. Les situations de handicap de Mr B. sont importantes : les activités de la vie quotidienne nécessitent une aide totale, la communication écrite est impossible, la déambulation se fait à l'aide d'un fauteuil roulant électrique et nécessite un contrôle d'environnement pour pouvoir utiliser les différentes fonctions du fauteuil, les retournements sont actuellement impossibles.

La présentation de ces deux patients met bien en évidence leurs différences fondamentales, à savoir qu'atteints de la même pathologie, ils en ont un vécu totalement différent, qui dépend de la lésion mais également des conditions et habitudes de vie antérieures. La prise en charge réadaptative sera donc différente pour chacun de ces deux patients.

2. Education et apprentissage de l'autonomie

✓ **Le travail des transferts avec Mr T.** est complet. Il est réalisé conjointement par le kinésithérapeute et l'ergothérapeute. Pour commencer, il est nécessaire d'obtenir un équilibre assis correct et une musculature suffisante au niveau des ceintures scapulaires afin de compenser le déficit d'extension active du coude (triceps côté à 1+ en testing musculaire). Des exercices sont alors proposés par les deux thérapeutes, dans un objectif commun (bio feed back, manipulation d'objets dans l'espace en position assise au plan Bobath, exercices de déplacement d'objets au fauteuil pour développer la puissance des membres supérieurs dans une fonction globale...).

Quand les transferts deviennent possibles, ils sont dans un premier temps réalisés avec les deux thérapeutes sur le plan Bobath, plusieurs fois par jour pour que Mr T. les maîtrise au maximum et ne nécessite plus qu'une surveillance. Puis, le kinésithérapeute et l'ergothérapeute s'accordent pour « diviser les tâches » ; à savoir que les séances en kinésithérapie seront consacrées, en ce qui concerne les transferts, à l'apprentissage de la manipulation du fauteuil (plier/déplier, placer...). En ergothérapie, Mr T. apprendra à se transférer du fauteuil aux toilettes, du fauteuil à la baignoire (avec un acquatech), du fauteuil au lit (avec un matelas de prévention des escarres) et du fauteuil au plan Bobath avec un dénivelé important (pour anticiper sur le transfert vers le siège de voiture).

En permanence, lors des réunions de synthèse d'équipe, le service infirmier est informé des progrès de Mr T. et nous tentons de mettre en place une stratégie cohérente afin que Mr T. fasse un maximum de transferts seul au quotidien (en séance comme dans sa chambre) sans s'épuiser.

De plus, mi-décembre, nous recevons en ergothérapie Mme T. afin de préparer le premier retour à domicile temporaire de son mari pendant les vacances de Noël. A cette occasion, nous réalisons une séance de transfert avec Mr et Mme T. pour leur apporter des conseils et leur apprendre à s'économiser/aider mutuellement lors de ces transferts. Cette séance est l'occasion pour le couple d'exprimer ses craintes et, après quelques essais en présence du thérapeute, d'envisager plus sereinement cet événement majeur de la vie familiale.

3. Aménagement de l'environnement

✓ **Le retour de Mr T. à domicile doit être préparé par une visite à domicile** qui permettra de définir les différents aménagements nécessaires. Une priorisation est importante quant aux travaux et achats envisagés. La visite à domicile a lieu le 4 décembre en présence de Mr T., sa femme, une ergothérapeute de l'ADICAT¹⁷, l'ergothérapeute référente et moi-même. Cette visite à domicile combine plusieurs objectifs.

Tout d'abord, elle vise à faciliter le retour à domicile pendant les vacances de Noël. Il est en effet important de prévoir le matériel nécessaire. Mr T. aura besoin d'un matelas de prévention contre les escarres. Après discussion avec le

¹⁷ ADICAT : Association Départementale d'Information et de Conseil en Aides Techniques. Ce type de dispositif est une association loi 1901 qui propose gratuitement aux particuliers des conseils, des essais de matériel, un accompagnement dans les démarches et un suivi personnalisé.

service infirmier, il apparaît que le matelas utilisé dans le centre pourra lui être prêté. Au cours de cette visite à domicile, se pose également le problème de l'accès à la salle de bain (porte trop étroite, baignoire...). Les travaux ne pouvant avoir lieu si rapidement, une autre solution devait être trouvée. Nous avons pu obtenir le prêt d'une chaise de douche sur roue par le service infirmier (pour pouvoir entrer dans la salle de bain) et de l'acquatech du service d'ergothérapie.

Dans un second temps, le retour à domicile à long terme est abordé. Mr et Mme T. souhaitent, dans la mesure du possible, continuer de vivre dans la maison. Pour cela, il faut obtenir l'accord des propriétaires quant aux aménagements à réaliser. L'ergothérapeute de l'ADICAT (Mme S) se propose d'aider le couple à rédiger la demande. Ensuite, après des prises de mesures et des mises en situation, nous définissons avec le couple et Mme S. les aménagements les plus indispensables, tout en tenant compte des demandes et des ressources financières du couple. Suite à cette visite, un dossier de demande d'aide financière sera déposé au SVA (Service de Vie Autonome), la partie administrative étant remplie par Mme S. et l'argumentaire par l'ergothérapeute référente.

✓ **L'acquisition d'un contrôle d'environnement est un objectif important de Mr B.** Le choix du Contrôle d'Environnement (CE) nécessite le croisement de diverses informations, telles la possibilité d'utilisation au domicile des parents, les capacités que Mr B. a pour manipuler le CE, la compatibilité avec les objectifs visés,... Pour cela, nous devons regrouper plusieurs personnes. Une première réunion est ainsi organisée le 15 septembre entre Mr B., ses parents, un revendeur de matériel adapté, l'ergothérapeute référente et moi-même.

Au cours de la première prise en charge de Mr B., un dossier a pu être présenté devant le SVA pour le financement des aménagements du logement (notamment la salle de bain). De plus, l'achat d'un CE étant déjà envisagée, les travaux de motorisation des ouvertures (portes, volets, portail,...) sont en cours de réalisation. Les parents de M B. ont apportés certains documents pour établir des compatibilités avec les CE. La proposition initiale faite par le revendeur est la suivante : soit Mr B. utilise un NEMO® (avantage de la commande vocale, mais pas de commande du fauteuil roulant possible), soit il peut combiner un pack IRIS (commande le fauteuil roulant, l'ordinateur, l'environnement de la maison : volets, télévision,...) avec un JAMES2® (pour l'utilisation au lit car le pack Iris n'est pas amovible, il est fixé au fauteuil).

Après une longue discussion sur le mode de commande du CE, il apparaît que la commande vocale n'intéresse pas Mr B. De plus, comme le NEMO® (Cf Annexe 2) ne commande pas le fauteuil roulant, nous convenons de choisir la seconde possibilité, à savoir le pack IRIS avec le JAMES2® (Cf Annexe 2). Finalement, la décision d'une commande du CE par le joystick du fauteuil est prise par Mr B. et ses parents, en accord avec les conseils de l'ergothérapeute et du revendeur technique.

4. Aides au déplacement

✓ **L'acquisition d'un fauteuil roulant électrique est une priorité de Mr B.**, d'autant qu'il se déplace beaucoup (à la fac, dans le centre, chez ses parents...). Des essais ont déjà été réalisés au cours de sa précédente prise en charge. Le choix s'est porté sur le TYPHOON de chez Invacare® (cf Annexe 2). La rencontre du 15 septembre entre Mr B., ses parents, le revendeur technique et l'ergothérapeute a permis de mettre en évidence la nécessité d'un nouvel essai, pour plusieurs raisons :

- d'une part, Mr B. pourra l'essayer à la fac (milieu dans lequel il est amené à évoluer pendant une année) et le réessayer chez ses parents. En effet, Mr B. rentre tous les week end chez ses parents, retour qui est facilité par les compétences professionnelles des parents : le père de Mr B. est kinésithérapeute et sa mère infirmière.
- de plus, tous les professionnels du centre pourront en évaluer la fonctionnalité et cela aidera à affiner le choix des options et accessoires ; ainsi que le travail rééducatif à mener en parallèle. En effet, les capacités de commande de Mr B. sont altérées par la présence d'une forte spasticité. Il est donc important que le médecin et le kinésithérapeute puissent visualiser les difficultés de Mr B., afin d'y remédier de la façon la plus efficace possible (traitements médicaux, techniques de gestion de la spasticité...).

Suite au nouvel essai du fauteuil, les accessoires peuvent être définis. Une seconde réunion est organisée la semaine suivante, le 22 septembre, avec deux participants supplémentaires : le médecin et l'assistante sociale. La demande de financement est alors abordée, elle comprendra également la prise en charge du CE puisque, sans celui-ci, Mr B. ne peut avoir accès à toutes les commandes accessoires du fauteuil. Le dossier de financement (cf Annexe 3) comprend des renseignements administratifs (dont a la charge l'assistante sociale), un argumentaire complet par l'ergothérapeute, une prescription par le médecin référent, ainsi que le(s) devis. Le dossier pourra ainsi être présentée devant le SVA début octobre, à la demande de M B. et de ses parents.

5. Activités de réinsertion dans la vie sociale

✓ Pour M B., le retour à la scolarité est un élément majeur de son projet de vie. Il est donc indispensable de mettre en place tous les moyens qui pourront en permettre l'accès. M B. ne pouvant écrire, l'utilisation de l'outil informatique s'impose. Un système de commande adaptée doit être trouvé car M B. ne peut taper à l'ordinateur ; de plus, l'utilisation de la souris de façon précise et efficace est impossible.

M B., par l'intermédiaire d'un patient au cours de sa précédente prise en charge, a été sensibilisé au TRACKER®, une sorte de souris qui fonctionne à base d'une pastille métallique placée sur le front de l'utilisateur et d'un boîtier émettant des ondes InfraRouges.

Lors de la rencontre du 15 septembre, le revendeur technique a pu nous mettre en contact avec son collègue, spécialisé dans le matériel informatique adapté. De plus, le centre entretient des relations avec un fournisseur informatique qui commercialise également des accessoires adaptés. Le choix est fait avec M B. et ses parents de rencontrer les deux professionnels. Les parents de M B. ne peuvent assister aux rencontres, nous entretenons un contact téléphonique avec eux. De plus, ils viennent une fois par semaine au centre et passent régulièrement au service d'ergothérapie.

Les rencontres avec les deux professionnels ont lieu mi-septembre. Après mise en confrontation des envies de M B., de l'évaluation de ses capacités motrices et des capacités techniques des produits, nous parvenons à la même conclusion avec les deux professionnels, quant au choix du matériel adéquat. A savoir que l'ordinateur utilisé sera doté d'un TRACKER ONE® (dernière version du TRACKER®), d'un clavier virtuel de type WIWICK3® et d'un contacteur manuel sans fil.

Le choix du prestataire est longuement discuté avec M B. et ses parents, sachant que les services proposés ne sont pas les mêmes. En effet, le revendeur technique spécialisé en informatique ne peut pas prendre en charge le choix de l'ordinateur ; tandis que le fournisseur, avec une prestation de montant plus élevé, inclut l'ordinateur (intérêt d'un devis unique pour les dossiers de financement), ainsi que l'installation complète du matériel. M B. et ses parents optent finalement pour le second choix, sur les conseils de l'ergothérapeute et de l'assistante sociale ; en effet, ils n'ont pas de connaissances particulières en informatique et préfèrent confier le choix d'un ordinateur, ayant les caractéristiques adéquates à l'utilisation du TRACKER® (cf Annexe 2) et de WIWICK3® (cf Annexe 2), à un professionnel spécialisé.

✓ **M T. souhaite reprendre son emploi**, à savoir chef d'atelier dans un centre automobile, d'autant plus qu'il est parvenu à un accord avec son employeur. Aucune démarche n'est réalisée pendant que je le prends en charge, du fait de la proximité de l'accident. Cependant, un partenariat avec l'association Comète-France est prévu. Comète-France est une association loi 1901 qui couvre le territoire français et qui a pour but de construire avec la participation active et volontaire de la personne handicapée, un projet professionnel qui pourra se concrétiser dès la sortie du centre de rééducation. Cette association possède un bureau dans le centre qui accueille M T., auquel participe notamment deux médecins rééducateurs, une assistante sociale, une neuropsychologue, un ergothérapeute et un ergonomiste. Elle propose des conseils et des mises en situation professionnelle en lien avec les employeurs.

La reprise de son emploi antérieur semble possible dans la mesure où il conviendra, après aménagement d'un poste informatique, de consolider le rôle administratif de Mr T. en réduisant les tâches qui lui seront impossibles (déplacement de matériel lourd et actes techniques sur les véhicules).

La reprise des loisirs est également abordée en lien avec l'équipe des moniteurs sportifs spécialisés dans les Activités Physiques et Adaptées. M T. souhaite reprendre la pratique du ping-pong, c'est un véritable défi, car après dix années de pratique, il doit trouver de nouveaux automatismes. Nous réalisons en ergothérapie des gantelets en cuir qui lui permettront de maintenir sa raquette pendant le jeu.

Conclusion

Cette description de la prise en charge ne se veut pas exhaustive ; elle permet de mettre en évidence un fonctionnement d'équipe et l'existence d'une cellule relativement systématisée autour du blessé médullaire ; cellule dont nous allons éclaircir l'organisation et les rouages.

III- La cellule de réadaptation

Nous avons pu constater précédemment l'existence d'une cellule de réadaptation autour du tétraplégique, un regroupement de professionnels et de personnes significatives pour le patient afin de mettre en place le projet de réadaptation. L'équipe ainsi constituée fonctionne sur une base commune et s'organise en sous-cellules ou sphères. Quelle place tient l'ergothérapeute au sein de la cellule de réadaptation ?

C. Quelles bases ?

Le travail en équipe inclut une relation existant entre ses différents membres. Il existe plusieurs modèles schématisant le fonctionnement d'équipe. Le terme de « professionnalité » est communément admis dans la formulation de ces modèles, je le reprends également, pour une facilité d'expression. Cependant, je l'utilise pour désigner les membres de la cellule et, en ce sens, toutes les personnes significatives non-professionnelles sont également concernées par ce mode de fonctionnement.

1. La pluriprofessionnalité

Il s'agit d'une mise en commun de différentes spécialités, chacun gardant sa spécificité, ses compétences. Les membres sont « juxtaposés » dans une orientation qui se veut tout spécialement tournée vers le patient, sans interaction entre eux. Ce modèle garantit l'identité de chacun, le cloisonnement des spécificités propres ; cependant, il reste réducteur. En effet, la prise en charge globale et la mise en place d'actions cohérentes et efficaces ne peuvent être assurées car il n'y a pas de continuité et de concertation, chacun définit ses propres priorités.

2. L'interprofessionnalité

Elle se définit comme la création d'une nouvelle entité constituée de différentes spécialités, cette entité n'étant pas formellement existante, mais bien présente et basée sur des échanges entre les membres, dans le but d'une prise en charge globale du patient. Ce fonctionnement suppose la mise en place de réunions de coordination, de synthèses qui structureront les échanges entre les différents intervenants. Le modèle de l'interprofessionnalité permet une réelle continuité de la prise en charge et doit être le modèle prédominant pour que la cellule de réadaptation fonctionne effectivement.

D. Fonctionnement de la cellule de réadaptation

La cellule de réadaptation, en tant que modèle d'interprofessionnalité, n'existe pas formellement, mais elle apparaît dans chacun des projets de réadaptation du blessé médullaire. Elle se présente sous la forme de différentes sphères de travail qui assument, chacune et conjointement, les différentes étapes du processus.

On peut considérer qu'il existe quatre sphères de travail : premièrement la famille autour de son patient est un élément primordial, ensuite interviennent les professionnels : l'équipe médicale, l'équipe technique et l'équipe sociale. Ils forment ensemble l'équipe multiprofessionnelle¹⁸.

1. La famille et son patient

La famille, par sa participation à la vie quotidienne du patient, apporte de nombreuses informations et exigences qu'il est indispensable de prendre en compte, à côté de celles que nous communique le patient. A la famille je joins également toutes les personnes significatives qui constituent l'environnement humain au quotidien, à savoir les amis, l'employeur, les collègues de travail... ; ceci dans le sens où ils sont « un groupe d'êtres ou de choses présentant un caractère commun ».

Dans la législation, « la famille est un partenaire et a un droit à l'information »¹⁹. Elle attend d'être considérée comme un partenaire dans le projet thérapeutique et elle souhaite que l'on prenne en compte la situation qu'elle vit, qui est souvent une situation de crise. De plus, la famille attend du thérapeute qu'il lui fournisse des outils permettant d'assurer et d'assumer pleinement son rôle.

C'est en ce sens que l'on dit que l'environnement (tout aussi bien humain que matériel) doit être préparé au retour à domicile. En effet, il ne s'agit pas de mettre en place des moyens financiers, matériels... Si l'entourage refuse les aménagements, les aides techniques, ils ne seront pas utilisés ; d'où l'importance de l'information donnée. De même, si la famille refuse d'accepter l'accident et la nouvelle situation physique d'un de ses membres, le retour à domicile peut être compromis, voire impossible. Il est donc important de prendre le temps de

¹⁸ définition de multiprofessionnel par l'ANAES : qualificatif s'appliquant à un groupe de professionnels de santé composé par exemple de soignants, de médecins, de personnels administratifs, de personnels de service social, de personnels médiotechniques. Dans « Ergothérapie : guide de pratique », p226.

¹⁹ La charte du patient hospitalisé (III- de l'information du patient et de ses proches), dans « Ergothérapie : guide de pratique », p172.

discuter, d'échanger avec la famille, d'écouter les informations et les requêtes qu'elle a à formuler. Cette démarche a un double intérêt : obtenir des informations et montrer à la famille qu'on a compris son importance, ce qui facilite son intégration dans le processus de réadaptation.

L'ergothérapeute est fréquemment amené à rencontrer la famille, notamment lors de la visite à domicile, du choix des aides techniques, des rencontres de synthèse ou des P3i... Il est le garant d'une certaine écoute et de la transmission au reste de l'équipe.

2. L'équipe médicale et paramédicale

C'est une structure généralement établie formellement. Son existence se base sur l'utilisation d'outils qui cadrent, guident le processus de réadaptation. Nous pouvons à cet effet mentionner le P3i (cf Annexe 4).

Le P3i, ou Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé²⁰, est un outil élaboré dans le but d'optimiser le travail en équipe. Il est le support d'une réunion où tous les intervenants se concertent, en utilisant le même langage, pour établir les priorités de la prise en charge, ceci en accord avec le patient (il lit le P3i et le signe, ou l'approuve s'il est présent à la réunion). Il s'agit d'une sorte de contrat qui lie les professionnels (garantie de la qualité des prestations) et le patient (pour une participation active à la démarche de soin). Le P3i répond à des objectifs de lisibilité au sein de l'équipe, ainsi qu'à la mise en place nécessaire d'une cohérence dans les objectifs (qui visent à diminuer les situations de handicap). Le terme interdisciplinaire fait appel à la coordination intelligente des différents professionnels ; le terme individuel est, quant à lui, garant de la participation (ou au moins au consentement) du patient à l'élaboration des objectifs. Les objectifs ainsi établis sont repris par chacun des professionnels, qui y répondent suivant leur domaine de compétences.

Il est clair qu'il existe également d'autres modes de communication au sein de l'équipe, mais le P3i est communément admis comme le plus représentatif de ce fonctionnement d'équipe.

Au cœur des réunions de type P3i, la réadaptation du sujet peut réellement être abordée puisque les composantes intrinsèques et extrinsèques du blessé médullaire sont communiquées. L'ergothérapeute intervient à ce moment pour transmettre les données fournies par la famille et le patient.

²⁰ Paru dans le « Journal de réadaptation médicale », ed. Masson, 2000. A partir de la classification du PPH (Processus de Production du Handicap)

Il veille ainsi à ce qu'elles soient entendues par tous les participants (il est ainsi en quelque sorte garant des informations extérieures à la structure dans laquelle l'équipe évolue). Il recueille également des données internes à l'équipe (par exemple les progrès réalisés avec les autres intervenants, la nécessité d'intervenir dans la chambre pour un aménagement particulier,...).

Au sein d'une des structures dans lesquelles j'ai effectué un stage, un modèle du P3i pour les blessés médullaires (cf Annexe 4) avait pu être établi suite à la concertation des professionnels sur l'utilisation de l'outil, ceci dans le cadre d'un PACQ (Processus d'Amélioration Continue de la Qualité). La réflexion autour d'un outil proposé et reconnu a ainsi pu aboutir à son amélioration, dans le sens où il correspondait mieux à la population concernée.

3. L'équipe technique

L'équipe technique fonctionne sur un mode non formalisé. C'est une entité dont la composition varie avec la problématique du patient. Elle est composée de professionnels spécialisés extérieurs à la structure et qui n'ont pas de formation sur le handicap. Ces professionnels peuvent être spécialisés en informatique (cf cas de M. B), en matériel adapté (cf cas de M. B pour le fauteuil, le contrôle d'environnement), en aménagement du domicile (architecte, ouvriers du bâtiment), en aménagement du véhicule automobile,...

L'équipe technique, pour répondre aux exigences et demandes du patient, doit être capable d'évaluer les retentissements de sa pathologie. N'ayant pas de connaissances particulières sur le handicap, un interlocuteur est souvent nécessaire et c'est le rôle qui incombe à l'ergothérapeute. Ce dernier complète les demandes du patient en informant le professionnel technique des capacités/incapacités du sujet (par exemple pour les interfaces de commandes, cela est particulièrement important). En retour, l'ergothérapeute peut conseiller l'emploi d'une technique, d'un matériel, toujours en concertation avec le patient.

L'ergothérapeute doit disposer d'un minimum de connaissances techniques puisque c'est lui qui oriente, propose au patient la consultation du professionnel.

La collaboration du patient, de l'ergothérapeute et du professionnel technique permet d'augmenter les chances de satisfaction et de bonne utilisation puisque sont pris en compte : la demande du patient (qu'a-t-il envie de faire du matériel qu'on lui propose ? comment compte-t-il l'utiliser ?), ses capacités/incapacités (en rapport avec les situations de handicap dans les divers milieux de vie ; on tient compte des contraintes extrinsèques à l'individu), et les capacités du matériel choisi.

4. L'équipe sociale

Elle s'articule autour des démarches administratives requises pour l'acquisition de diverses aides (quelles soient matérielle, humaine ou financière). Elle se compose généralement d'une assistante sociale, qui peut ou non faire partie de la structure dans laquelle le patient est pris en charge, et d'un médecin prescripteur. L'ergothérapeute est fréquemment sollicité puisqu'il est l'intermédiaire avec l'équipe technique qui a conseillé les aides (notamment matérielles).

Au sein de cette équipe, l'ergothérapeute réalise souvent un argumentaire qui visera à convaincre les financeurs de la nécessité de l'aide demandée, et il transmet au médecin les informations techniques nécessaires à la réalisation de la prescription. De plus, il intervient souvent pour la transmission des devis réalisés par les professionnels techniques à l'équipe sociale, lesquels documents sont un élément primordial du dossier de demande d'aide.

A l'échelle nationale, nous pouvons observer le développement des réseaux coordonnés dans le cadre du retour ou maintien à domicile (CLIC : Centre Locaux d'Information et de Coordination, pour les personnes âgées ; et les DVA ou SVA : Dispositifs/Sites de Vie Autonome, pour les personnes handicapés). Ces instances tendent à formaliser le fonctionnement de l'équipe sociale pour améliorer d'une part la couverture des besoins exprimés sur l'ensemble du territoire (depuis 2003, il existe au moins un DVA par département) et, d'autre part, la qualité de la prestation fournie (les équipes sont labellisées, elles s'engagent à une démarche globale d'évaluation des besoins et de la situation). Le DVA se compose d'un chargé de mission ayant le rôle de coordinateur et d'une équipe multidisciplinaire : un médecin, un assistant social et un technicien du handicap, place qui est souvent dévolue aux ergothérapeutes. De plus, le DVA dans sa forme finale propose un regroupement des financeurs au sein d'un guichet unique, ce qui permet de réduire les démarches et les délais d'accès au financement.

Conclusion :

Au sein des différentes sphères que nous avons décrites précédemment, les informations circulent et se cristallisent en actions concrètes. L'ergothérapeute est amené à intervenir dans chacune de ces sphères, ce qui souligne son rôle privilégié et central dans le processus de réadaptation.

E. Quelle place pour l'ergothérapeute au sein de la cellule de réadaptation ?

Nous avons pu constater précédemment que l'ergothérapeute était un acteur important de la réadaptation car il intervient aux différentes étapes du processus, ceci auprès de chacun des interlocuteurs participants. Ce rôle apparaît clairement dans le « Cadre législatif et réglementaire »²¹ qui place l'action thérapeutique entre la rééducation, la réadaptation et la prévention. Les différentes actions qui incombent à l'ergothérapeute sont :

- ✓ le dépistage des handicaps de situation (moyens : mise en situation d'activité, analyse des facteurs personnels, environnementaux et de leurs interactions),
- ✓ la coordination des actions d'adaptation de la personne à son environnement,
- ✓ l'aménagement de l'environnement,
- ✓ l'information et l'éducation des personnes, familles, professionnels sanitaires et sociaux,
- ✓ la recherche de techniques nouvelles et d'aménagements nouveaux, personnels, sociaux et culturels, visant l'adaptation réciproque de l'homme à son milieu. »

On constate que l'ergothérapeute cumule plusieurs compétences dans le cadre de la réadaptation :

- ✓ « en tant que membre de l'équipe interdisciplinaire, il apporte des compétences spécifiques en ce qui concerne l'impact des déficits sur les rôles sociaux et les habitudes de vie d'un individu à l'intérieur de son environnement. Il propose des interventions axées sur le recouvrement d'une autonomie optimale afin que la personne puisse intégrer ou réintégrer ses rôles dans son milieu de vie. »²²
- ✓ il entretient des contacts humains forts avec la famille et son patient, ceci afin de répondre au mieux à leurs besoins. L'ergothérapeute recueille auprès de ces personnes les données essentielles à l'élaboration d'un projet commun à l'équipe.
- ✓ de plus, il tient compte de l'environnement social, matériel et financier du sujet. On peut le constater par sa participation à l'équipe sociale.

²¹ A. MOREAU, dans « Ergothérapie : guide de pratique », ed TECHNI MEDIA SERVICES, septembre 2000, p 155.

²² G. VANDAL, dans « L'ergothérapie, une profession au cœur de la réadaptation », ref INTERNET

✓ finalement, l'ergothérapeute dispose de compétences techniques (réalisations d'aides techniques, d'orthèses, aménagements...) et de contacts suffisants pour orienter le patient lors de la consultation des professionnels.

L'ANFE²³ résume très bien ces différents rôles : « l'originalité de l'ergothérapie vient de sa situation au carrefour des sciences médicales, humaines, sociales et technologiques ». Ceci est rendu possible par son « approche thérapeutique particulière tournée vers l'homme malade dans sa globalité plus que vers l'organe affecté ».

Finalement, on constate que dans le processus de réadaptation, l'ergothérapeute ne travaille jamais seul. Son intervention est toujours croisée avec les autres intervenants de la cellule. Guylaine Vandal titre un de ses articles « l'ergothérapie, une profession au coeur de la réadaptation ». Elle y explique que « l'ergothérapeute est un professionnel de la santé et un intervenant central dans le continuum des services de réadaptation, d'adaptation et de soutien à l'intégration sociale des personnes aux prises avec des problèmes de fonctionnement dans leur quotidien ». Au terme d'intervenant je préfère celui d'interlocuteur. En effet les actions concrètes menées (l'intervention en soi) ne sont que l'aboutissement d'une longue série de discussions, négociations et compromis au sein desquels l'ergothérapeute circule, garantissant la transmission des informations tout au long du processus.

L'ergothérapeute a donc totalement sa place dans le processus de réadaptation, il a des compétences particulières à faire valoir. Il dispose même d'une place non négligeable puisqu'il est un **interlocuteur central** et garantit une cohérence à la cellule mise en place.

²³ site de l' ANFE : <http://www.anfe.asso.fr/ergotherapie.html>

Conclusion

L'ergothérapeute est un professionnel paramédical particulier puisqu'il croise différentes interventions, tant sur le plan médical, social que technique. Au cours de la prise en charge du tétraplégique en phase de réadaptation, il est clair que cette « polyvalence » est un atout car il est amené à travailler avec des professionnels nombreux et d'horizons diverses. C'est en ce sens que la réadaptation du tétraplégique est représentative des champs de compétence de l'ergothérapeute.

L'ensemble des professionnels, pour pouvoir travailler ensemble et dans un soucis de cohérence, doivent faire circuler les informations entre eux ; ils forment ce que j'appelle « la cellule de réadaptation du tétraplégique ». L'ergothérapeute, au sein de cette cellule, est un **interlocuteur central** car son action croise l'intervention de chacun de ces partenaires, qu'ils soient de l'équipe médicale/paramédicale, sociale ou technique.

Au cœur de ce fonctionnement en équipe, le P3i est un outil qui se rapproche beaucoup du dossier du patient en ergothérapie (document validé par l'ANAES : Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé). Ils sont tous les deux basés sur la classification PPH (Processus de Production du Handicap) et en ce sens ils trouvent généralement un écho favorable auprès des ergothérapeutes.

Bibliographie

Ouvrages

📖 H.B. du CHAZAUD, « Dictionnaire d'étymologie », ed Dictionnaires le Robert, Paris, 1993.

📖 L-M. MORFAUX, « Vocabulaire de la philosophie et des sciences humaines », ed. Armand Colin, Paris 5^e, 1980, p10.

📖 A. REY et J. REY-DEBOVE, « Le petit Robert 1 », ed. Dictionnaires le Robert, Paris, 1990 (p1616).

📖 A-G. DASSAUD, « Le médical d'aujourd'hui », tome 11 : dictionnaire médical, ed. ND Médical, Edito-Service SA, Genève, 1970.

📖 C. HAMONET, « Les personnes handicapées », Que sait-je ? , ed. P.U.F, Paris, 2000.

📖 M. MAURY, « La paraplégie chez l'adulte et chez l'enfant », ed. Flammarion Médecine Sciences, 1981.

📖 « Ergothérapie : guide de pratique » coordonné par A. MOREAU, ed. Techni Media Service, septembre 2000. Notamment : « le cadre législatif et réglementaire » (p155), « la charte du patient hospitalisé » (p169 à 182), le glossaire

Articles

📖 J. CARCEL, « Handicap moteur et psychisme », dans Ergothérapies n°15, ed. Techni Media Service, septembre 2004.

📖 « Prise en charge des blessés médullaires en phase initiale en ergothérapie », dans « Le blessé médullaire à la phase initiale - actualités », compte rendu de la Journée régionale de l'Association Francophone Internationale des Groupes d'Animation de la Paraplégie (AFIGAP). Toulouse, 1993.

Mémoire

☞ M. LOURDAIS, « Accompagnement lors du retour à l'emploi », dans « Ergothérapies » supplément du n°14 de juin 2004, ed. Techni Media Service, 2004 (p23).

Sites internet

☞ Site du centre de rééducation et de réadaptation fonctionnel de Kerpape :
<http://www.kerpape.mutualité56.fr/services/page32/page321/p3211.htm>

☞ Site de l'ANFE :
<http://www.anfe.asso.fr/ergotherapie.html>

Résumé :

La tétraplégie est une pathologie complexe qui nécessite une prise en charge globale et complète. Ainsi le programme de réadaptation est particulièrement dense en vue d'une réintégration satisfaisante pour le sujet. Au cours de la prise en charge, l'ergothérapeute est amené à travailler avec un certain nombre d'intervenants au sein d'une cellule de réadaptation, elle-même composée de différentes sphères. De par sa participation à chaque sphère et le lien qu'il constitue entre elles, l'ergothérapeute tient un rôle important et est un garant de la cohérence de la cellule.

Mots clés :

Cellule de réadaptation _ Travail en équipe
Tétraplégie _ Ergothérapie _ Interlocuteur