

| | |
|----------------------------------|--|
| Article | Art-3-3 |
| Section | Le Neuropsychologue au coeur de l'interdisciplinarité |
| Titre | <p style="text-align: center;">Intérêt de l'interdisciplinarité en Centre de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle</p> <p style="text-align: center;">Illustrations cliniques et retour sur 20 années d'expérience</p> |
| Title | <p style="text-align: center;"><i>Interest of interdisciplinarity in Functional Re-education and Rehabilitation Centers</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Clinical illustrations and feedback upon 20 years of experience</i></p> |
| Auteur 1 | Yves Martin |
| Description de l'auteur 1 | Logopède, Orthophoniste et Neuropsychologue Coordonnateur de l'espace RID (Recherche, Innovation, Développement) CRRF L'ESPOIR Lille |
| Auteur 2 | Christine Moroni |
| Description de l'auteur 2 | Professeure de Neuropsychologie Université de Lille |
| Contact | Yves Martin Logopède, Orthophoniste et Neuropsychologue Coordonnateur de l'espace RID (Recherche, Innovation, Développement), CRRF L'ESPOIR Lille yves.martin@centre-espoir.com |
| Mots-clés | Interdisciplinarité, Centre de Rééducation, AVC |
| Phrases en exergue | <i>"Il est nécessaire et impératif de définir, de fixer et de coordonner l'action de chacun et chacune, pour que tous et toutes, dans l'intérêt du patient, œuvrent dans la même direction".</i> |
| Conflits d'intérêts | Les auteurs affirment ne pas présenter de conflits d'intérêt. |

| | |
|-------------------------------|---|
| Pour citer cet article | Martin, Y. et Moroni, C. (2022). Intérêt de l'interdisciplinarité en Centre de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle. Illustrations cliniques et retour sur 20 années d'expérience. <i>Les Cahiers de Neuropsychologie Clinique</i> , 9, n°page. |
| Résumé en français | <p>Ces 25 dernières années, l'interdisciplinarité s'est invitée dans nombre de débats entre professionnels de la santé. Ainsi, dans les Centres de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle pour adultes cérébrolésés, parfois seuls les orthophonistes et les ergothérapeutes officiaient. Actuellement, on retrouve aussi des psychologues cliniciens, des neuropsychologues, des psychomotriciens, des socio-esthéticiens, des arts-thérapeutes, ... qui tous, à un niveau ou à un autre, interviennent avec leurs propres concepts, techniques et outils. La question cruciale du « qui fait quoi », « comment », dans quel contexte théorique, se pose. Parfois, elle mène à des questions d'arbitrage entre professionnels, détériore le climat de l'équipe, engendre une atmosphère délétère.</p> <p>A partir de plusieurs exemples cliniques, sera abordée et discutée la question de la complémentarité entre les différents professionnels, leurs outils et moyens d'évaluation spécifiques, ainsi que leurs connaissances réciproques sur les spécificités de chacun. En effet, dans la démarche d'accompagnement du patient, chaque professionnel est appelé à mettre en œuvre les apports de sa discipline en complémentarité de ceux des autres professionnels. Pourtant, le constat est assez régulièrement fait que ce n'est pas toujours le cas. Un plaidoyer pour un travail d'ensemble, dans le respect de chacun, prônant l'interdisciplinarité et la communication entre professionnels sera proposé.</p> |
| Abstract | <p><i>Over the last 25 years, interdisciplinarity has been a feature of many discussions between health care professionals (HCP). For a long time, in Rehabilitation Departments, brain damaged patients are mainly taken care of by speech therapists and occupational therapists. From now, HCP are many: clinical psychologists, neuropsychologists, psychomotor therapists, socio-aestheticians,</i></p> |

| | |
|-----------------|---|
| | <p><i>art therapists, etc.. Each of them, at one level or another, work with their own concepts, techniques and tools. The crucial question of "who does what", "how", "with which theoretical context", arises and requires arbitration between HCP, which deteriorates the team relations and generates an unsuitable atmosphere.</i></p> <p><i>Based on several clinical cases, the question of complementarity between HCP, their specific assessments as well as their reciprocal knowledge of each other, will be addressed and discussed. Indeed, in the care of brain damaged patients, each HCP implements the contributions of his/her discipline in complementarity with the contributions of the other. However, collaboration between different disciplines does not come naturally. Finally, an advocacy in favor of a joint work, with respect for everyone, based on interdisciplinarity and communication between HCP is proposed.</i></p> |
| Keywords | <i>Interdisciplinarity, Rehabilitation Center, Stroke.</i> |

Introduction

Au cours des années 1980-1990, peu d'étudiants en psychologie s'intéressaient à la neuropsychologie, à telle enseigne que lors de la formation initiale (1984-1985) d'un des auteurs (Yves Martin), alors en master de logopédie, au sein du service de revalidation neuropsychologique des cliniques Saint-Luc dirigé par le Professeur Xavier Seron, il n'y en avait aucun. C'est, d'une part, avec un certain déclin de l'approche psychanalytique et, d'autre part, l'émergence de l'approche cognitive que les psychologues se sont orientés vers ce domaine particulier de la psychologie qu'est la neuropsychologie. A cette époque, il faut aussi noter qu'en France comme en Belgique, aucune formation universitaire dédiée à la neuropsychologie n'était proposée aux étudiants. Les professionnels (médecins, orthophonistes, linguistes et bien évidemment psychologues) intéressés et concernés par la neuropsychologie se retrouvaient au sein de la Société de Neuropsychologie de Langue Française (SNLF). A cet égard, lors des 44 ans de cette Société (1977-2021), le mot du président est éloquent : « La SNLF est la seule société francophone à réunir en son sein des

professionnels d'horizons très variés se retrouvant autour du thème de la neuropsychologie. La co-existence dans notre société de chercheurs dans le domaine des sciences cognitives et de cliniciens d'horizons très variés (psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes, neurologues, médecins de MPR, liste non exhaustive...) est une grande richesse » (Pr Azouvi, mot du Président¹). L'impression générale, sans doute erronée et subjective, est qu'au sein de cette Société, la question de l'interdisciplinarité ne s'est jamais vraiment posée. Chacun intéressé par la neuropsychologie peut y adhérer et y défendre son point de vue, à tel point que cette représentation professionnelle multiple se retrouve dans la constitution du bureau. De toute évidence, lors des différents congrès ou formations qu'elle a organisés, le thème de l'interdisciplinarité n'a jamais été explicitement débattu.

Pourtant, l'arrivée de psychologues spécialisés en neuropsychologie comme celle d'autres professionnels (psychomotriciens, par exemple), ou encore l'intérêt pour le fonctionnement cognitif d'autres professionnels (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychomotriciens) génère un débat autour de la question de la pluridisciplinarité lors de la prise en charge des troubles cognitifs des patients cérébrolésés.

Au cours des paragraphes qui suivent, nous souhaitons illustrer par un retour sur 20 années d'expériences, les intérêts et les pièges à dépasser du travail pluridisciplinaire nécessaire au suivi d'un patient victime d'une lésion cérébrale responsable de troubles cognitifs.

L'interdisciplinarité réussie

A partir de 2 exemples cliniques, nous voudrions mettre en exergue l'intérêt de l'approche collaborative et coordonnée dans l'accompagnement des troubles cognitifs et plus spécifiquement des troubles de la mémoire.

Madame P. est admise en Centre de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle suite à une anoxie cérébrale consécutive à un arrêt cardiaque et un séjour en réanimation. Elle est âgée de 72 ans et vit seule. Elle présente des troubles modérés de la mémoire épisodique, de l'attention et de la concentration en particulier lors de la réalisation de tâches multiples. Ces troubles cognitifs entravent le retour à domicile où il est observé

¹ <https://www.snlf.net/la-snlf/presentation/>

des épisodes du type : « elle met du lait à chauffer sur la gazinière, le téléphone sonne ... elle en oublie le lait, il brûle !! » ou « elle est en train de repasser, la sonnerie de la porte résonne, elle va ouvrir en oubliant d'éteindre le fer à repasser, elle s'alarme lorsqu'elle constate que le linge est noirci ». Face à ces répercussions dans la vie quotidienne des troubles cognitifs de Mme P., une prise en charge en hôpital de jour est décidée avec un travail conjoint de l'ergothérapeute et du neuropsychologue. Le concept général est de proposer un travail fonctionnel de gestion de tâches en maison thérapeutique. Pour cela, un programme est initié autour d'une activité principale, la réalisation du repas de midi (plus ou moins complexe, pour 3 à 5 convives) et d'une ou plusieurs activités complémentaires (mettre en route le lave-linge, repasser, répondre au téléphone, regarder la télévision, récupérer des informations à la télévision ou à la radio). Tandis que le neuropsychologue travaille, en séances, les techniques d'amélioration de la mémoire épisodique, des capacités de planification et d'organisation des activités, l'ergothérapeute intervient sur le terrain pour la mise en pratique des aides travaillées avec le neuropsychologue afin d'aider et d'assister la patiente au cours de situations concrètes. Au fil du temps, l'un et l'autre vont réduire leur assistance et la patiente va ainsi augmenter son autonomie jusqu'à la réalisation sans erreurs des tâches. Cette intervention coordonnée autour d'un objectif commun de professionnels travaillant les mêmes processus cognitifs, mais à des niveaux différents, illustre leur complémentarité. Elle conduira au retour au domicile de la patiente, sans mise en danger, avec un minimum d'aides extérieures et un maximum d'indépendance.

Madame R., 50 ans, veuve, mère de 3 enfants est atteinte, suite à une encéphalite herpétique, de troubles massifs de la mémoire (désorientation spatio-temporelle, amnésie rétrograde de plusieurs années avec gradient temporel, oubli à mesure, perturbation de la mémoire de travail). Elle présente aussi un syndrome dépressif, un apragmatisme, des troubles du comportement et des fonctions exécutives. Le projet thérapeutique, élaboré en partenariat avec elle-même et sa famille, est de tenter un retour à domicile. L'évaluation des capacités et incapacités se fera en parallèle en ergothérapie et en neuropsychologie. L'introduction d'aides (mémento écrit, liste des ingrédients, planification des actions, ...), ainsi que l'entraînement de la mémoire implicite et procédurale ont permis la réalisation de toute une série de tâches quotidiennes en studio thérapeutique (pour le détail, voir Martin et al., 2001).

Néanmoins, ces tâches ne pourront jamais se faire sans assistance. C'est pourquoi le retour au domicile n'est envisagé qu'après plusieurs visites conjointes du neuropsychologue et de l'ergothérapeute afin de mettre en place les aides nécessaires comme des consignes de vérification, via un support écrit et le judas de la porte, de l'identité de la personne qui sonne, un descriptif explicatif des programmes du lave-linge, une indication du contenu des armoires de cuisine, ... Des mises en situation fonctionnelles, coordonnées et réalisées par l'ergothérapeute et le neuropsychologue ont été réalisées, d'abord en studio thérapeutique, ensuite, au domicile. Les résultats ne seront finalement pas favorables et un placement en famille d'accueil sera nécessaire. A nouveau, l'ergothérapeute et le neuropsychologue se rendront, à plusieurs reprises, dans cette famille, d'une part pour expliquer les troubles dont souffre la patiente et d'autre part, pour un suivi des stratégies mises en place et des attitudes à avoir vis-à-vis d'elle.

Si cet accompagnement thérapeutique est un échec par rapport à l'objectif initial, il peut être considéré comme une réussite du point de vue de la mobilisation et de la coordination du neuropsychologue et de l'ergothérapeute dans l'objectif d'atteindre un but commun.

L'interdisciplinarité mise en échec

Une des missions de l'un des auteurs (Yves Martin) de cet article, cadre rééducateur pendant quelques années, est que les membres de l'équipe dont il a la responsabilité bénéficient d'une formation continue de telle sorte qu'ils partagent un socle commun de connaissances et qu'en corollaire, ils comprennent mieux les spécificités de chaque professionnel intervenant dans la prise en charge des répercussions cognitives des patients cérébrolésés. Pour cela, il défend, auprès de sa direction, l'idée qu'un ergothérapeute puisse être formé à la neuropsychologie. Cette formation va être obtenue et dispensée par un ergothérapeute extérieur au Centre et préalablement formé à la neuropsychologie. Au retour de cette formation, les premiers échanges sont très productifs et l'impression globale est convaincante. Toutefois, dans la période qui va suivre cette formation, les neuropsychologues du Centre vont constater que cet ergothérapeute utilise régulièrement, en évaluation et même parfois en thérapie, des tests spécifiques à l'évaluation neuropsychologique comme : le *Trail Making Test*

(TMT), le test des Cloches, le *Mini Mental Scale* (MMS), la *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), le Stroop, la figure de Rey, etc. De plus, il informe et se fait fort de « former » ses collègues ergothérapeutes à l'emploi de ces outils. Avec cette pratique, il est proposé au patient de réaliser plusieurs fois les mêmes épreuves neuropsychologiques dispensées, soit par les neuropsychologues, soit par les ergothérapeutes, en l'absence de toute concertation entre thérapeutes et de tout objectif commun pour la prise en charge du patient. Ce qui doit être commun aux thérapeutes est l'objectif final de la prise en charge et non pas les outils puisque l'intérêt d'avoir une équipe pluridisciplinaire est d'atteindre, à l'aide de techniques complémentaires, l'objectif de la prise en charge et cela pour le bien-être du patient. Dans le cas présenté ici, non seulement, le patient était amené à réaliser plusieurs fois les mêmes tâches (on n'évoquera pas les effets délétères pour le diagnostic et la prise en charge des effets test-retests), mais surtout, il ne lui était plus proposé d'épreuves fonctionnelles propres au champ de l'ergothérapie permettant un éclairage fonctionnel, appliqué à la vie de tous les jours, des répercussions dans la vie quotidienne des troubles cognitifs diagnostiqués par le neuropsychologue.

Cette démarche de formation continue des membres de l'équipe de rééducation n'a donc pas eu, dans ce cas précis, l'effet escompté qui était l'acquisition de connaissances sur le fonctionnement cognitif afin de mieux appréhender les répercussions fonctionnelles dans la vie quotidienne des troubles acquis de la cognition. Une utilisation « abusive » d'outils psychométriques conduit même parfois à des annonces diagnostiques étonnantes : ainsi, un autre ergothérapeute, sur base du seul empan arithmétique contenu dans la MoCA, conclut à la présence d'un trouble de la mémoire de travail !!!

Il semble que, parce que c'est très à la mode d'intervenir au niveau des troubles cognitifs, tant chez l'enfant que chez l'adulte, et a fortiori, chez la personne âgée, tout le monde (c.-à-d. celui des soignants) souhaite s'y atteler. C'est ainsi que l'on voit des professionnels de tout bord utiliser des épreuves de barrages, de fluences, de rétention de listes de mots, de *memory*, de dénomination, ... sans vergogne, sans se soucier du contexte, des collègues, et surtout sans se préoccuper de sa légitimité à le faire. Il semble exister alors une confusion entre moyens et objectifs. Les outils psychométriques sont des moyens pour atteindre des objectifs, mais ils ne sont pas les seuls. L'important est de définir pour chaque patient un ou des objectifs qui lui

est/sont spécifique(s). L'ensemble des thérapeutes doit aider le patient, par l'intermédiaire d'outils spécifiques à chacun d'eux, à atteindre son ou ses objectifs. De plus, il ne faut pas oublier que la plupart des outils psychométriques « papier-crayon » utilisés par les neuropsychologues ont été initialement créés pour contribuer à localiser une lésion cérébrale. Leur objectif n'était donc pas de répertorier et de caractériser les répercussions fonctionnelles de troubles cognitifs dans la vie de tous les jours, mais d'identifier un trouble cognitif, le site de son dysfonctionnement, afin de proposer une rééducation pour réduire les répercussions dans la vie quotidienne. L'objet d'étude de ces outils sont les mécanismes cognitifs et non les répercussions fonctionnelles dans la vie quotidienne. La mesure du handicap induit par les troubles cognitifs eux-mêmes provoqués par une lésion cérébrale nécessite une collaboration éclairée de plusieurs professionnels (neuropsychologues, orthophonistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes...).

L'interdisciplinarité : l'actualité.

A l'hôpital, comme en Centre de Rééducation et de Réadaptation, dans le domaine de la neurologie, la présence d'une multitude d'intervenants est devenue la règle : médecins (neurologues, psychiatres, rééducateurs et généralistes), infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciennes, psychologues, professeurs APA², neuropsychologues, orthophonistes, socio-esthéticiens, animateurs socio-culturels.

Mais qui donc fait Quoi, Où, Comment, dans quel Contexte, avec quels Outils ?

De notre point de vue, il est nécessaire et impératif de définir, de fixer et de coordonner l'action de chacun et chacune, pour que tous et toutes, dans l'intérêt du patient, œuvrent dans la même direction. Cela paraît assez simple et évident pour certains troubles cognitifs comme dans le cas de la prise en charge du syndrome de négligence spatiale unilatérale :

- Le médecin MPR s'occupe de la prescription, de la coordination des soins et du suivi ;

² APA : activités physiques adaptées

- L'infirmière dispense les médicaments, prend note et surveille les constantes et prodigue les soins nécessaires (plaies, cicatrices) ;
- Les aides-soignantes se préoccupent de l'alimentation, de l'hygiène, du positionnement du patient au lit, de l'aménagement de la chambre, de la toilette ;
- Les neuropsychologues évaluent et prennent en charge l'anosognosie, l'attention, la concentration, l'exploration, les déplacements ;
- Les orthophonistes recherchent les troubles de la lecture, de l'écriture, de l'arithmétique associés à la négligence spatiale unilatérale ;
- Les ergothérapeutes concentrent leurs actions sur les activités quotidiennes : le bricolage, la cuisine, l'habillage, les déplacements (en fauteuil par exemple), la préhension d'objets et l'exploration de l'espace fonctionnel ;
- Les kinésithérapeutes se préoccupent de l'équilibre debout, la verticalité, la mobilité, la marche, l'exploration de l'espace en lien avec cette dernière activité, la préhension d'objets ;
- Les psychomotriciennes se soucient de la conscience corporelle ;
- L'animateur socio-culturel propose des activités en lien avec l'art, ce qui permet de décentrer le sujet de sa pathologie, d'infléchir son humeur, de le motiver via d'autres objectifs ;
- Les psychiatres et/ou psychologues vont s'occuper de l'humeur et de la réaction du sujet à cette atteinte.

Cette illustration, peut-être un peu « caricaturale », représente, de notre point de vue, une perspective réaliste de l'intervention thérapeutique. Si, dans le cas de cet accompagnement, les distinctions entre les rôles de chacun paraissent claires, s'agissant de la prise en charge d'autres troubles cognitifs, certaines difficultés apparaissent. Par exemple, lorsqu'en présence de troubles de la communication fonctionnelle, se pose la question de la légitimité du professionnel qui doit intervenir, il semble n'y avoir aucune hésitation : c'est à l'orthophoniste de le faire. Et pourtant, élaborer et produire un discours argumenté ne relève-t-il pas, avant tout, des fonctions exécutives, de l'organisation, de la structuration et de la planification de la pensée, le tout avec la contribution d'informations contenues en mémoire sémantique, épisodique et de travail ? La production verbale ou écrite n'étant, in fine, que l'étape ultime de ce processus élaboré. Et lorsque

l'orthophoniste travaille, avec la personne aphasique et son proche, l'échange conversationnel, au-delà des mots, quelles sont les fonctions qui régissent cette interaction ? L'attitude générale de la personne, sa manière de s'adresser à l'autre, de prendre en compte son humeur, ses émotions, ses réactions, le contexte environnemental et situationnel, relève, à l'évidence, de la cognition sociale (qui ne semble pourtant pas du ressort du thérapeute du langage).

Ces deux exemples pour affirmer, s'il était encore nécessaire, qu'au niveau des fonctions cognitives (donc par conséquence, des professionnels les prenant en charge) **TOUT** est dans **TOUT** et que les distinctions opérées ne sont qu'une simplification abusive destinée à nous permettre d'appréhender le fonctionnement cérébral. Dès lors, il est indispensable, selon nous, de repenser cette multiplication des intervenants et surtout, cette espèce de « saucissonnage » du patient.

Conclusion

Le patient est unique, global, complexe, à la fois dans sa psyché et son corps, mais aussi dans son vécu, son contexte socio-familial et professionnel. S'il est impératif, pour une meilleure compréhension de son fonctionnement, de distinguer différentes sphères d'intérêt et différentes fonctions cognitives, il faut progresser ensemble dans cette connaissance que nous avons de l'Homme.

L'interdisciplinarité, basée sur un socle commun de connaissances partagées et un dialogue ouvert entre professionnels impliqués, peut être un outil extrêmement riche au service de l'accompagnement de nos patients. Pour cela, au lieu de discuter de quel professionnel peut utiliser tel ou tel test, ou technique dans tel ou tel contexte, confrontons nos conceptions, nos outils, nos méthodes pour nous enrichir de l'apport des autres.

Référence

Martin, Y., Gueyraud, A., Lambert, S., Thieffry, M. et Vanvelcenaher, J. (2001). Parcours d'une personne gravement amnésique. *Glossa*, 75, 40-50.