

LA COLLABORATION AVEC L'ÉQUIPE DE RÉÉDUCATEURS EN HOSPITALISATION DE NÉPHROLOGIE



Clotilde GUCCIONE, Cadre de santé, Christelle GUETICHE, Kinésithérapeute, Muriel SAHRAOUI, Ergothérapeute, Hospitalisation néphrologie, Hôpital Maison Blanche, CHU - REIMS

La prise en soins rééducative, au Centre Hospitalier Universitaire de Reims, sur les sites centraux des Hôpitaux Robert Debré et Maison Blanche, est organisée de façon transversale. Les rééducateurs intervenant dans les différentes unités appartiennent au service transversal de Médecine Physique et de Réadaptation, situé dans les locaux de l'Hôpital Robert Debré.

Afin de mieux circonscrire nos interventions en tant que rééducateur au sein du service de néphrologie, nous ferons, dans un premier temps, un état des lieux actuels, en définissant les différents acteurs de l'action rééducative, la démarche, ainsi que les moyens utilisés. Dans un second temps, nous illustrerons les différentes actions par trois histoires de patients pour mieux cerner nos objectifs dans un service comme celui-ci. Enfin, nous conclurons sur nos perspectives d'avenir pour améliorer nos prises en soins et répondre au mieux aux objectifs et au projet de vie des patients.

Actuellement, nous sommes deux professionnelles à intervenir au sein du service de néphrologie : une kinésithérapeute et une ergothérapeute à temps partiel. Nous disposons de compétences partagées mais aussi d'autres bien distinctes. Il est pour autant compliqué de scinder en deux parties séparées nos interventions puisque pour bon nombre d'objectifs du patient, les compétences de chacune sont nécessaires. Nous allons donc essayer de tracer les contours de chacune de nos professions pour ensuite les relier dans le quotidien des personnes.

La kinésithérapeute propose la réalisation de bilans

concernant l'autonomie aux déplacements, incluant les transferts, la marche, la montée ou descente des escaliers... Lors des situations où cette autonomie est limitée, la kinésithérapeute a pour objectif de l'améliorer. Dans cette démarche, au-delà de l'action de rééducation à proprement dite, elle peut proposer des aides techniques aux transferts. Ces aides techniques ont pour objectifs de les faciliter, pour le patient, mais aussi pour les aidants. Lors de transferts complexes, la kinésithérapeute peut également être sollicitée par l'équipe de soins du service pour l'accompagner dans l'action et ainsi trouver des solutions, permettant au patient d'être véritablement acteur de l'activité et ce en toute sécurité, pour lui, mais aussi pour l'équipe. Elle propose également des aides techniques à la marche. Elle peut également avoir une action d'entretien et d'amélioration des amplitudes articulaires et du tonus musculaire. Enfin, elle réalise les actes de kinésithérapie respiratoire.

L'ergothérapeute, est sollicitée dans le cadre de bilans d'autonomie dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ) comprenant par exemple la toilette, l'habillage, les repas, les activités ménagères, les activités professionnelles, les loisirs, ... Lorsque ces bilans montrent

une restriction de participation dans ces activités, elle intervient dans une phase de rééducation aux AVQ afin d'en favoriser la réalisation autonome par la personne. Lorsque cette phase de rééducation n'est pas suffisante, une phase de réadaptation sera ensuite engagée afin, soit de modifier la réalisation habituelle de l'activité, soit de l'adapter aux capacités du patient. Pour ce faire, l'ergothérapeute préconise, conçoit et adapte les aides techniques utiles au patient. Par exemple, des adaptations pourront être proposées à une personne lombalgique pour qu'elle puisse continuer à jardiner. Les adaptations toucheront soit l'activité, en la séquençant par exemple, soit la manière de la réaliser, en adaptant les outils, les positions, voire même le cadre de sa réalisation en conseillant des jardins surélevés, tout ceci selon les capacités du patient, ses choix, et son environnement. L'ergothérapeute est également en mesure d'intervenir dans le domaine de la prévention des escarres et des attitudes vicieuses en proposant des solutions de positionnement adaptées à la personne et à sa mobilité. L'ergothérapeute sera aussi sollicitée dans le cadre de la confection d'appareillages tels que les orthèses et les corsets. Enfin, elle formulera les propositions d'aménagement du domicile pour limiter les restrictions de participations.

La finalité de nos prises en soins est de limiter au maximum les situations de handicap. En effet, une des particularités des métiers de la rééducation est de considérer que le handicap n'est pas constitutif de la personne mais qu'il est la résultante de l'interaction de la personne à son environnement, dans une situation particulière. De ce postulat naît toute la complémentarité nécessaire entre kinésithérapeute et ergothérapeute. Ainsi, si une per-

sonne ne parvient pas à marcher, que le kinésithérapeute préconise l'utilisation d'un déambulateur mais que la personne ne peut pas l'utiliser à son domicile, l'intervention sera un échec puisqu'elle n'aura pas pris en compte l'interaction de la personne avec son environnement propre. De la même manière, si l'ergothérapeute entame un processus de rééducation pour la réalisation de l'activité "toilette" et que la personne ne parvient pas à se déplacer seule jusqu'à sa salle de bain, l'intervention sera également un échec puisque les capacités de la personne dans la sphère de la mobilité n'auront pas été prises en compte. De ce fait, l'intervention auprès des patients, lorsqu'elle soulève de potentielles situations de handicap, nécessite un travail d'équipe entre rééducateurs afin de coordonner notre action. Une illustration parfaite de ce besoin de collaboration peut être trouvée dans la réalisation des visites à domicile. En effet, lorsque l'autonomie d'une personne au domicile porte à question, nous pouvons nous déplacer au domicile afin d'évaluer, dans le cadre de vie de la personne et de la façon la plus écologique possible, les difficultés rencontrées. Ces visites sont, en général, réalisées par l'ergothérapeute seule. Mais dans le cadre de pluri-pathologie, ou les restrictions de participations sont globales et touchent toutes les sphères, il nous apparaît essentiel de pouvoir combiner nos domaines d'expertises afin d'apporter une solution la plus complète possible.

Cette collaboration entre rééducateurs est nécessaire mais n'est évidemment pas suffisante. Tous les acteurs intervenant auprès du patient sont importants dans la recherche de cette autonomie et dans la démarche de rééducation.

Aucune prise en soin rééducative

ne peut débuter sans prescription. Cette prescription émane de l'équipe médicale du service de néphrologie et demande en général de la kinésithérapie de marche, de mobilisation, ou respiratoire. Les prescriptions d'ergothérapie, sont moins systématiques et demandent en général un bilan, un positionnement ou une adaptation. Une fois ces prescriptions réalisées, nous intervenons en lisant le dossier du patient afin de déterminer les objectifs thérapeutiques de l'équipe. Ensuite, nous rencontrons le patient pour l'accompagner dans la formulation de son projet de vie et déterminer la finalité de notre intervention.

Cette démarche est à mettre en lien avec les moyens que l'équipe de néphrologie et nous-mêmes mettons en place afin d'assurer une continuité de prise en soins et une pluridisciplinarité. En effet, nous ne sommes pas affectées à temps plein au service de néphrologie, et nous ne rencontrons pas tous les patients. L'évaluation des potentielles situations de handicap qui nécessiteraient l'intervention de l'équipe de rééducation est laissée aux médecins, mais aussi aux infirmières et aides-soignantes qui sont au plus près des patients. Le lien entre l'équipe et nous est donc primordial.

Afin de rendre ce lien possible, malgré notre présence limitée dans le temps, la kinésithérapeute assiste aux réunions de synthèses hebdomadaires. Le fait d'y assister lui permet de prendre connaissance de la situation de chaque patient et de suggérer des prises en soins rééducatifs lorsque cela n'a pas encore été décidé. Cela permet également de favoriser des prises en soins précoces afin de limiter les pertes d'autonomie liées au contexte d'hospitalisation. Ce lien est égale-

ment entretenu en discutant, avant chaque intervention, avec le personnel médical, paramédical et social du service afin de noter leurs observations et d'avoir des détails qui orienteront notre action. Toujours dans cette démarche de transmission de l'information, nous utilisons différents documents qui permettent de tracer l'intervention et de transmettre les résultats aux différents intervenants :

- Une fiche de l'autonomie motrice, conçue par la kinésithérapeute permettant de donner au personnel soignant les informations importantes concernant la mobilité de la personne.
- Une fiche diagrammes de rééducation dans laquelle nous consignons chacune de nos interventions et qui se trouve dans le dossier infirmier du patient.
- Chaque bilan d'autonomie dans les AVQ donne lieu à un compte rendu donné aux médecins, au personnel paramédical, à l'assistante sociale et au patient.

Toute cette démarche, de lien et d'interaction autour du patient, est une condition sine qua none à l'obtention de résultat en permettant à l'équipe de néphrologie de suivre l'évolution des patients et d'adapter ensuite leur degré de stimulation pour utiliser au mieux les progrès obtenus en rééducation. Ce lien est également important dans la reconnaissance des situations à risque de perte d'autonomie. En effet, il n'est pas rare que ce soit les infirmières ou aides-soignantes qui décèlent ces situations à risque. Chaque professionnel intervenant au sein du service analyse la situation avec son œil d'expert dans son domaine et c'est l'interaction avec tous les experts composant le service qui permet d'être réactif à toutes les situations et de faire naître cette pluridisciplinarité.

Pour illustrer notre action au sein du service de néphrologie, nous avons fait le choix de vous présenter trois patients.

Monsieur G., 26 ans, paraplégique T10 depuis 6 ans à la suite d'un accident de voiture, a été hospitalisé pour une insuffisance rénale aiguë et des escarres avec complications infectieuses et fistulisation au niveau de la vessie. Ce jeune homme est récemment revenu dans la région après une séparation et vit actuellement chez ses parents. Il est autonome pour toutes les AVQ et dans ses déplacements à l'aide de son fauteuil roulant. La prescription pour Monsieur G. était "adaptation du coussin au fauteuil". L'objectif de cette intervention était de favoriser la cicatrisation en limitant les points d'appuis lors de la station prolongée au fauteuil. Une première rencontre avec lui a permis de circonscrire

le problème. Il était équipé d'un coussin d'assise à air mais qu'il a malheureusement crevé. En effet, étant fumeur, une cendre est tombée sur le coussin ce qui a fait un trou. Le service pouvait mettre à sa disposition un coussin d'assise à air mais non autonome, c'est à dire que pour fonctionner, il devait être branché au moteur du matelas du lit. La location de coussin d'assise à air autonome n'étant pas possible, il a fallu lui proposer une possibilité alternative pour qu'il garde son autonomie aux déplacements, tout en limitant les points d'appuis. Un contact a donc été pris avec son revendeur médical afin d'obtenir un coussin en prêt en attendant de recevoir le nouveau. Dans la mesure où l'ancien avait moins de trois ans, aucun financement de la part de la sécurité sociale n'était possible dans le cadre de ce renouvellement, sauf dans le cas d'un changement de fauteuil concomitant. Il a donc fallu préparer le changement du fauteuil en élaborant un nouveau dossier MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) à travers une demande de PCH (Prestation de Compensation du Handicap) afin de limiter le montant du restant à charge de Monsieur G. Parallèlement à cela, une action de prophylaxie concernant la nécessité de soulager ses appuis régulièrement dans la journée en réalisant des push up a été menée, afin de limiter les risques de survenue d'escarre. Enfin, un contact a été pris avec l'HDJ de dermatologie suivant particulièrement les paraplégiques et tétraplégiques touchés par des problématiques d'escarres et leur offrant une véritable consultation pluridisciplinaire concernant le positionnement au fauteuil.

Madame P., âgée de 84 ans, veuve, est hospitalisée pour insuffisance rénale aiguë sur déshydratation. Elle vit dans la maison familiale avec sa fille. Elle est très bien entourée. Son autonomie était déjà modifiée avant l'hospitalisation puisqu'elle ne se déplaçait que très peu et ce à l'aide d'un déambulateur. Lors de son hospitalisation, elle a beaucoup perdu en termes d'autonomie puisqu'elle a perdu sa capacité à la marche. Une prescription de "mobilisation/autonomie aux transferts" a donc été réalisée. L'objectif de cette prise en soins était de limiter le besoin en aide humaine au domicile et de permettre un retour à domicile dans les meilleures conditions possibles. La kinésithérapeute est donc intervenue sur la base de mobilisations des membres inférieurs et supérieurs en actif aidé, pour commencer, puis en actif. Elle a également travaillé les transferts en actif aidé afin qu'un seul aidant suffise pour accompagner Madame P. dans cette activité. Il n'a pas été possible pour Madame P. de récupérer sa capacité à marcher. Une nouvelle prescription de "visite à domicile" a donc été faite afin de s'assurer de

l'adéquation de son environnement architectural avec l'utilisation d'un fauteuil roulant. Madame P. a préféré utiliser la solidarité familiale pour l'aider dans ses AVQ plutôt que de faire appel à un prestataire de service. La visite à domicile a donc permis, dans un premier temps, d'évaluer si elle et ses aidants familiaux étaient en sécurité lors de la réalisation des transferts. La visite a ensuite débouché sur la création d'un projet d'aménagement du logement, touchant l'agrandissement de la salle de bain afin d'y faciliter l'accès et de déporter l'ouverture de la douche pour sécuriser le transfert, mais aussi modifiant l'accès de Madame P. à son jardin qui présentait à l'origine trois marches et qui se faisait porter par ses enfants pour y accéder. L'aménagement du logement aura donc permis à tous les acteurs de gagner en terme de qualité de vie mais aussi de limiter les situations à risques liées à l'environnement.

Madame B., 40 ans, mariée, a deux enfants (3 et 6 ans). Elle vit dans une maison à étages en Haute Marne, à proximité de sa belle-famille. Son époux travaille, ils utilisent donc les services d'une fille au pair pour les aider dans la gestion de la vie familiale et domestique. Madame B. est dans un contexte d'hospitalisations répétées ces trois dernières années. En effet, elle est atteinte de mucoviscidose et a subi une greffe pulmonaire en 2013. A la suite de complications, elle a développé une neuropathie de réanimation. Elle a également subi des sepsis répétés, la conduisant régulièrement en service de soins intensifs de néphrologie puisqu'elle est hémodialysée. Parallèlement à cela, elle a fait un AVC droit en 2015 avec cécité corticale et hémiplégie gauche. Enfin, un spondylodiscite T12-L1 s'est déclaré en 2015. Plusieurs phases sont intervenues dans la prise en soins de Madame B.

Dans un premier temps, après la transplantation pulmonaire, seule la kinésithérapeute est intervenue. Les objectifs étaient essentiellement de limiter les surinfections bronchiques et de commencer le travail de rééducation pour permettre le passage dans une structure de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) post transplantation. Cet élément est important puisque Madame B., qui venait d'être mère à nouveau, a dû commencer un long processus de réadaptation en hospitalisation complète puisque trop éloignée de son domicile. A la suite de cette prise en charge, elle était en capacité de réaliser seule ses transferts, de se déplacer seule, d'utiliser les escaliers, ...

Puis, en 2015, elle a été victime d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC). Son autonomie est alors fortement diminuée, notamment du fait de l'hémiplégie gauche et de la cécité corticale qui amenuise énormément ses capacités de perception visuelle. De ce nouvel élément de vie va découler une prise en charge plus complète et plus longue. Ainsi, au début de la prise en soins, l'accent a été mis sur la sécurité de Madame B. en lui permettant d'interagir avec son environnement physique malgré sa cécité corticale. La mise en place d'une sonnette adaptée a, par exemple, permis d'alerter en cas de difficulté. Il a également fallu travailler, parallèlement à la mobilisation des 4 membres pour retrouver une motricité, les capacités attentionnelles et plus globalement cognitives. Le travail du tonus du tronc a également été essentiel pour lui permettre d'avancer sur le processus d'acquisition de la réalisation des transferts. A la suite de plusieurs allers-retours entre le service de néphrologie et le service d'hospitalisation de MPR, et malgré l'apparition d'un spondylodiscite qui a nécessité la confection d'un

corset, elle est parvenue à être de nouveau autonome dans ses transferts. Elle est également autonome dans ses déplacements, mais ce sur des terrains non accidentés, du fait de ses troubles de la vue. Un bilan d'autonomie dans les AVQ a été réalisé et a montré toutes les possibilités encore à la disposition de Madame pour compenser le manque de mobilité de son bras gauche notamment lors de la toilette ou de la prise du repas. En revanche, ce bilan a également relevé que les perturbations du schéma corporel et de la sensibilité superficielle de Madame B. étaient un réel frein dans la compensation de la cécité corticale. A l'heure où nous écrivons ces lignes, Madame B. est toujours hospitalisée en service de néphrologie et attend avec impatience de pouvoir enfin rentrer chez elle auprès de ses enfants. Le processus de réadaptation se poursuivra donc jusqu'à sa sortie, notamment sous la forme de stimulation et de mises en situation pour que Madame B. automatise les compensations apprises ainsi que l'utilisation des aides techniques fabriquées pour elle.

Ces trois histoires de patients nous montrent bien à quel point l'intervention de rééducateurs peut être très variée au sein d'un même service. Cette variété, qui fait toute la richesse de nos métiers, rend aussi parfois la compréhension de nos actions compliquées pour des personnes n'étant pas issues du monde de la rééducation. C'est pourquoi nous réfléchissons à l'avenir pour consolider cette pluridisciplinarité avec l'équipe de néphrologie. Plusieurs pistes sont actuellement en réflexion. La première serait de sensibiliser le personnel médical aux prises en soins les plus précoces possibles. En effet, la précocité de l'intervention, limitant les pertes d'autonomies liées à l'inactivité des patients à l'hôpital, permettrait de

transformer les acquis rééducatifs en acquis fonctionnels beaucoup plus rapidement à travers leur utilisation par l'équipe de soin du service. Une continuité de prise en soins serait alors possible avec un partage de connaissance entre rééducateurs et équipe soignante. Ce partage de connaissance doit être à double sens. En effet, si nos professions de rééducateurs ne sont pas toujours très bien connues, nous ne connaissons, nous aussi, que très peu le monde de la néphrologie. Ainsi, il est de notre responsabilité de nous former pour pouvoir interagir avec l'équipe sur la base d'un vocabulaire commun et partagé. Pour ce faire, nous assistons régulièrement à des enseignements réalisés par le praticien hospitalier du service, et nous échangeons avec le personnel soignant lorsque nous ne comprenons pas la situation.

Nous partageons nos connaissances pour améliorer les conditions d'exercices lors de l'hospitalisation, mais nous les partageons également pour préparer la vie après l'hospitalisation. En effet, toutes les récupérations fonctionnelles n'ont qu'un but, se confronter ensuite à la vie quotidienne, retrouver son habitation, ses habitudes de vie et son autonomie. L'équipe de rééducation peut étayer les retours à domicile ou les choix d'institutionnalisation en fournissant des arguments et en évaluant l'autonomie, afin de favoriser un plan d'aide en adéquation avec la situation et avec le projet de vie du patient.

Une volonté commune de la part du service de néphrologie et des rééducateurs est également d'augmenter la pluridisciplinarité avec l'équipe de soin paramédicale. Pour ce faire, la cadre du service a proposé la mise en place de référents au sein de l'équipe qui permettrait de faciliter le transit de l'information mais aussi d'autonomiser le personnel sur un certain nombre de demandes récurrentes et classiques concernant par exemple l'utilisation de certaines aides techniques, l'utilisation des supports anti-escarres ou encore le choix d'aides techniques pour certains transferts par exemple. L'idée qui sous-tend cette proposition est d'accompagner l'équipe pour qu'elle s'approprie les principes de base pour favoriser notre collaboration sur des situations plus complexes et que l'équipe se considère comme un acteur de la réautonomisation du patient, au même titre que les rééducateurs puisqu'encore une fois, sans le travail de l'équipe de soin, nos interventions sont souvent des échecs.

Enfin, nous souhaiterions développer de nouveaux moyens de rééducation, de nouveaux outils, plus spécifiques à la population et aux pathologies rencontrées

dans le service, afin de mieux cibler certains facteurs limitant la participation, comme les perturbations fines de l'équilibre ou les troubles attentionnels, en utilisant des ateliers faisant participer les patients mais aussi les soignants, offrant ainsi une vision nouvelle et une interaction nouvelle soignant-soigné.