

L'animation dans un service de **MÉDECINE PHYSIQUE** et de **RÉADAPTATION**

Dans un service de Rééducation Fonctionnelle, l'animation est devenue une nécessité pour les patients et fait partie intégrante de leur prise en charge.

Elle permet de pérenniser leurs progrès et leurs acquis, d'accepter leur handicap et de favoriser leur réintégration sociale. ■

La rééducation fonctionnelle a pour objectif de guérir ou de compenser l'anomalie de la fonction par la sollicitation même de la fonction.

L'activité occupationnelle ou d'animation, à visée fonctionnelle, obéit aux mêmes principes qui s'appliquent aux axes thérapeutiques conventionnels tels l'ergothérapie, la psychomotricité, la rééducation neuropsychologique et la kinésithérapie.

Plus qu'un véritable divertissement ou une simple distraction, l'activité occupationnelle et l'animation thérapeutique doivent être considérées comme un véritable complément thérapeutique à la rééducation neuro-fonctionnelle, cognitive, orthopédique et ergothérapique.

LES INDICATIONS

Les indications sont variées en fonction des déficiences, des incapacités, de l'âge ou de la pathologie. La personne âgée, aux déficiences multiples, notamment sensorielles, se verra plutôt proposer une activité distractive et les travaux que nous lui recommandons ne sont pas à proprement parler de l'ergothérapie. Il s'agit le plus souvent d'animation cognitive et fonctionnelle dans la perspective d'un maintien durable de l'autonomie et d'un relatif confort de vie.

L'animation peut être efficacement intégrée au programme de rééducation des principales fonctions intellectuelles déficitaires chez le cérébro-lésé acquis (domaine de la neuropsychologie pour les activités de tri, d'appariement, de sélection thématique, de logique, de jugement ou d'analyse, de réflexion ou d'auto-critique).

L'activité occupationnelle peut utilement compléter les propositions d'intervention de l'ergothérapeute (reprogrammation de l'organisation dynamique élémentaire ou planification d'actes moteurs plus complexes, revalidation des perceptions élémentaires, tactiles, visuelles lorsque champ visuel ou oculomo-

tricité sont altérés, restauration des capacités de reconnaissance des objets, de leur forme, leur texture, leur relief, leur volume, leur matière...).

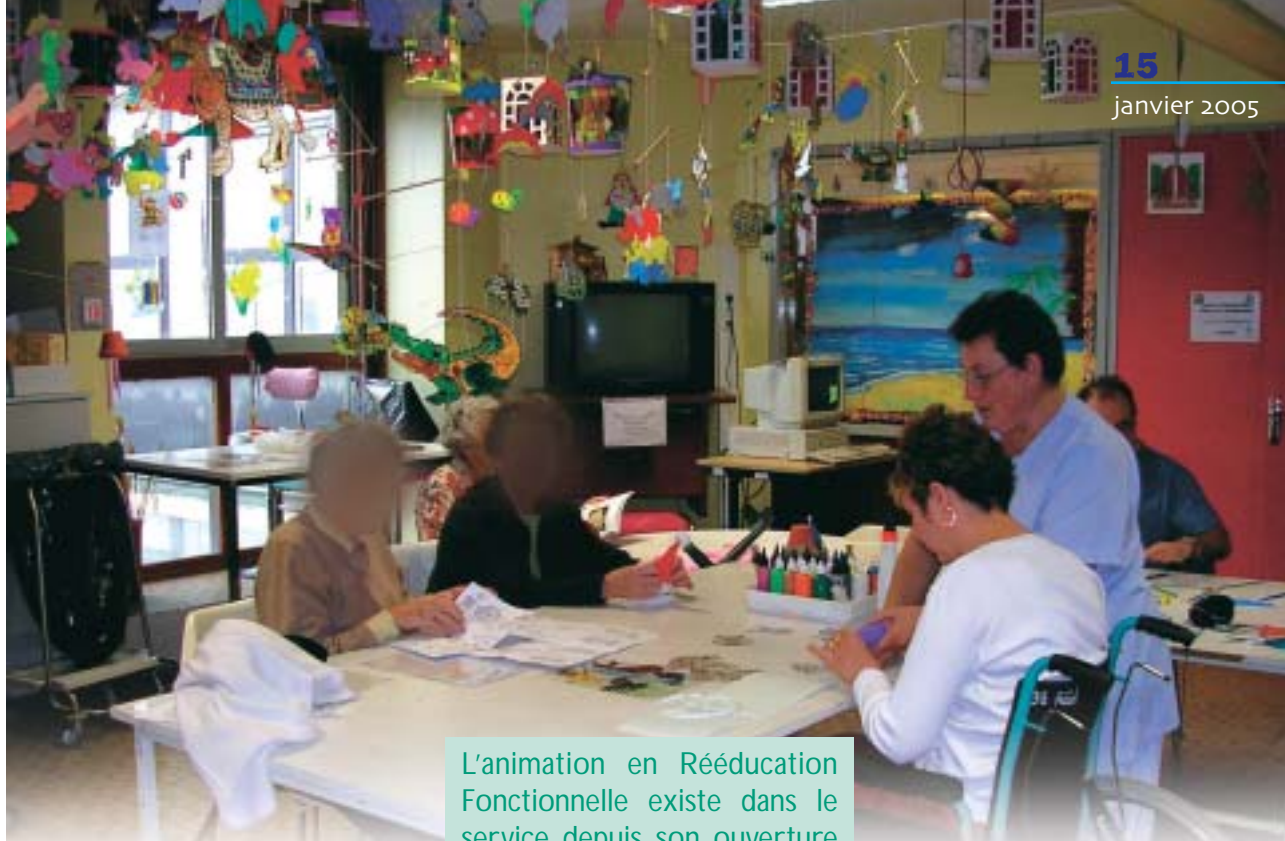
Dans la même lignée, l'animation peut être recommandée par la psychomotricienne (réinvestissement du schéma corporel et intégration des informations sensori-motrices utiles, reprogrammation des schèmes moteurs fonctionnels).

L'orthophoniste peut également être amenée à solliciter l'animatrice dans le cadre de la restauration des fonctions langagières et mnésiques (dynamique verbale par l'intermédiaire de l'échange, mémoire à court terme et mémoire procédurale par le biais de la lecture ou de jeux informatiques, compréhension des consignes simples et auto-correction). L'animatrice, sous couvert de l'ergothérapeute, peut enfin participer au travail d'autonomisation dans le champ des actes élémentaires de la vie quotidienne, voire de la vie sociale.

LES PRINCIPES

L'inscription préalable du patient aux ateliers d'animation relève théoriquement de la compétence du médecin de médecine physique.





L'ergothérapeute et le kinésithérapeute se chargeront du choix et de la mise en œuvre des programmes thérapeutiques spécifiques, ils délègueront à notre animatrice les activités orientées à caractère thérapeutique. Sur la base d'objectifs fonctionnels à atteindre, ils se chargeront de conseiller, suivre l'exécution et évaluer les résultats obtenus tout au long de la pratique.

L'animatrice est apte à prendre des initiatives sous la responsabilité des rééducateurs et bien sûr du prescripteur, consciente des risques auxquels le patient peut être exposé, des principes à respecter et en tenant compte de sa compliance. Dans ce sens, nous nous enquêrons de l'accord du patient et apprécions au préalable son niveau participatif, sa compréhension, sa persévérance.

L'occupation, l'animation thérapeutique ou distractive seront de préférence familières et dans la mesure du possible de type artisanales, surtout simplifiées afin que le patient puisse rapidement les mettre en pratique, sans apprentissage dissuasif. Elles doivent être perçues comme utiles par le

L'animation en Rééducation Fonctionnelle existe dans le service depuis son ouverture en 1984. Elle est actuellement encadrée par Nelly Roesel, animatrice, avec l'ensemble des thérapeutes référents des patients composé de :

- 6 masseurs-kinésithérapeutes
- 1 ergothérapeute
- 1 psychomotricienne
- 2 cadres de santé masseurs-kinésithérapeutes

Séances tous les jours,
du lundi au vendredi.

Par séance :
5 ou 6 patients par jour.

collectives favorisant ainsi la relation de groupe et la socialisation pour certains.

Les troubles fonctionnels sous l'effet d'une activité répétitive ou diversifiée dans la progression, s'amélioreront rapidement. Aussi nous apparaît-il important de modifier tout au long de la prise en charge les activités proposées, en nous adaptant aux progrès réalisés, par l'augmentation de la complexité et de la difficulté des tâches.

patient, car à l'inverse procéder à un travail sans aboutissement et sans objectif s'avérerait vite démotivant. Elles tiendront compte si possible des aspirations, des habitudes et du projet du patient. Elles seront préférentiellement



rééducation

**L'animation dans un service de
MÉDECINE PHYSIQUE
et de RÉADAPTATION**
(suite)



Les activités occupationnelles dans l'ensemble se déroulent plutôt dans la salle commune d'animation, mais peuvent aussi avoir lieu au sein du département d'ergothérapie ou de rééducation neuro-psychologique.

Les problèmes d'exposition aux nuisances (poussières, bruit détournant l'attention...), d'encombrement et de rangement (objets volumineux ou éparpillés difficiles à loger), les problèmes de convoyage et d'installation des patients sont importants mais souvent difficiles à solutionner dans notre unité, faute de place et de temps.

**LES TECHNIQUES
et ACTIVITÉS**

L'éventail des activités occupationnelles est illimité.

Les techniques les plus accessibles, nous l'avons vu, s'avèrent être les plus efficaces et les moins décourageantes.

On distinguera les activités globalistes ou dites occupationnelles, des activités spécifiques où le lien entre l'activité et la déficience est évident. Ainsi, dans certains cas pathologiques (une à deux déficiences associées), le choix et l'orientation des techniques pourront approcher la spécificité.

Prenons l'exemple d'un déficit moteur localisé d'un membre supérieur avec ses conséquences articulaires et trophiques : l'occupation ou l'animation proposée mettra spécifiquement en jeu les groupes musculaires paralysés et les articulations enraidies. Les gestes et les mouvements sollicités seront précisément ceux qui ne

pourront plus être correctement exécutés. Dans d'autres situations, la complexité du handicap, de par sa nature et celle des déficiences associées, rendra approximatif le choix de ces activités. La notion de spécificité dans le cadre de l'animation est finalement relative.

La particularité d'une situation de handicap, la limitation des capacités et des moyens, les habitudes personnelles, culturelles ou de travail peuvent conduire le patient à des choix optionnels ou même à une conception personnelle de son programme d'activités.

Dans le cadre des affections neuro-psychologiques, ces activités peuvent s'apparenter à un jeu instructif ou distrayant.

Ailleurs, on privilégiera la composante expressive et l'aspect valorisant de l'activité occupationnelle.

Les activités fondamentales sont inspirées des plus couramment usitées (transformation et travail des matériaux naturels, bois, argile, laine, à l'aide d'outils simples d'usage). L'adhésion constante des patients à ces ateliers témoigne du succès de ces techniques qui vraisemblablement satisfont un besoin profondément ancré chez nos participants. Nous citerons ici les moulages, le tissage, la petite menuiserie, la vannerie, la couture.

Les activités dites complémentaires sont nombreuses, représentées par des techniques plus "actuelles" tel le travail du cuir, du carton, du papier, de la couleur, des matières plastiques ou des alliages. Faciles

d'accès, elles exigent de la part de l'animatrice des connaissances et de l'expérience (peinture sur soie, maquettes en deux ou trois dimensions, montages électriques, soudures, assemblages complexes).

Les activités de réadaptation visent l'indépendance (mise en situation en cuisine, pâtisserie) et sont plus du ressort de l'ergothérapeute.

Les techniques dites "expressives" seront surtout retenues dans la prise en charge des affections cognitives ou de certaines pathologies psychiatriques, elles comprennent le dessin, la peinture, l'informatique, le maquettisme, ainsi que les créations littéraires et tout ce qui sollicite l'imaginaire. L'apport de l'outil informatique n'est pas négligeable (stratégie d'exploration, maniement de la souris, liens logiques et déduction, réflexion et analyse, représentations mentales sont suscitées.

En guise d'exemple pour finir, nous évoquerons une activité "universelle" la menuiserie. C'est là l'une des principales techniques utilisées surtout chez l'homme qui l'apprécie particulièrement tels le rabotage, le ponçage, le sciage, le tournage, l'ajustage, accessibles à (presque) tous, car s'accommodant dans le cas très particulier des handicaps moteurs, d'approximations ou de défaut de justesse. Les risques d'accidents sont à considérer, mais faciles à prévenir et bien maîtrisés par notre responsable d'animation.

*Dr Julien TAURAND,
J.-P. YERLES, kinésithérapeute cadre*