Les traumatisés crâniens

Du traumatisme à la déficience

Professeur Pascale Pradat-Diehl
Département de Médecine Physique et de Réadaptation
HxU Pitié-Salpêtrière- Charles Foix
GRC UPMC n° 18 Handicap Cognitif et Réadaptation
LIB
pascale.pradat@aphp.fr

Maladies neurologiques dégénératives et traumatiques
Mieux connaître pour mieux accompagner
Paris 14 Décembre 2017

Un traumatisme

Une population particulière

Une temporalité: évolution des besoins et des réponses

Dans la vie de la personne et de la famille

Des connaissances médicales

traumatisme crânien/ traumatisme cérébral

Des réponses sanitaires

Un Handicap invisible

Des conséquences sur le parcours de vie et sur l’insertion, nécessité d’un suivi tout au long de la vie

Traumatisme crânien/ cérébral

Phase aigue

Une pathologie fréquente

On estime en France l'incidence :

- des TCC à 150 000 par an, 30 000 en IDF/an
  - 20% de TC graves ou modérés (coma et réanimation initiale)
  - 80% de TC légers (une perte de connaissance, pas de coma, pas de réanimation)
    - Troubles initiaux
    - Récupération 80% des cas
    - Persistance de troubles 20% des cas
    -
- Prévalence mal connue

  0,7% de la population déclare avoir des **séquelles** d'unTraumatisme crânien = 340 000 en France/ 68 000 en IDF (Jourdan et al 2015 enquête INSEE)

- Une connaissance médicale sur la phase aigue des formes graves/ Des séquelles invalidantes sous estimées

Un traumatisme/ un accident

quelques secondes qui font basculer la vie

- Un accident brutal, dans un contexte souvent violent
- Accidents de la voie publique (cf étude ESPARR région lyonnaise)
- Sport
- Agressions violences interpersonnelles
- Chutes (enfant, sujet âgé, contexte d’alcoolisation, défenestrations…)

Une population particulière Hommes/ jeunes

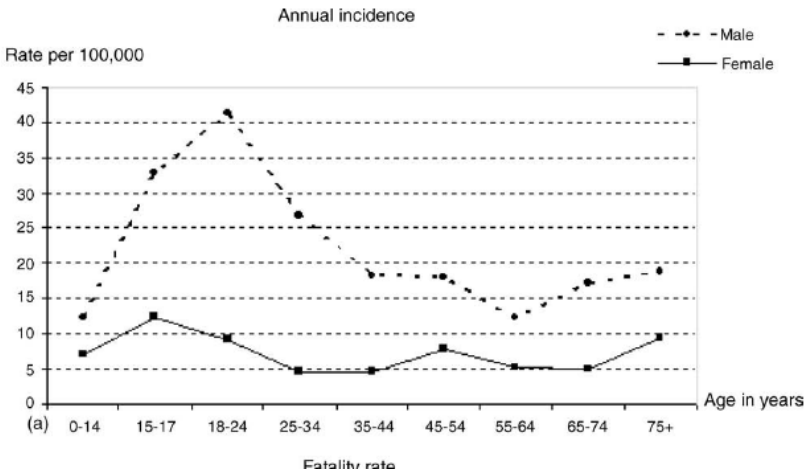
- Sujets jeunes
- Hommes 15- 35 ans
- 2 populations particulières

  - enfant

  - sujet âgé

- Jeunes … au moment de l'accident

Incidence des TC par AVP âge et sexe (Javouhey et al 2006)



Classification de sévérité du TCC

intérêt médical et connaissances ciblées sur la phase aigue

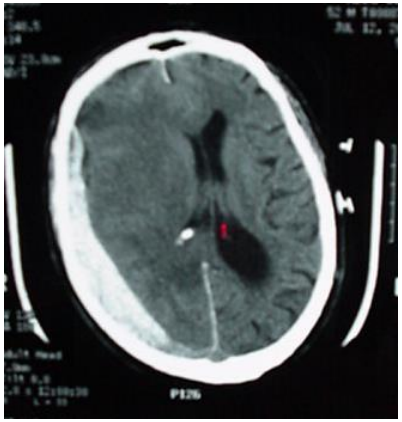
Basée sur la sévérité initiale

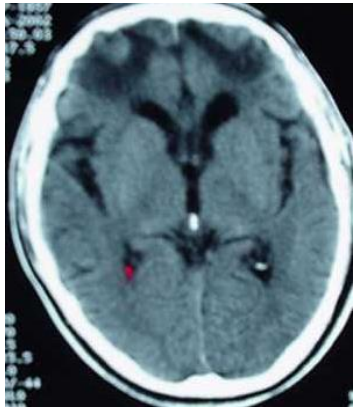
- Sur le score de Glasgow (score de coma), créé pour évaluer le risque vital à court terme
  - TC Grave = GCS<= 8 = Coma = Réanimation
  - TC Léger = GCS >= 13 (max 15)
- Sur la durée de l’amnésie post traumatique (APT)

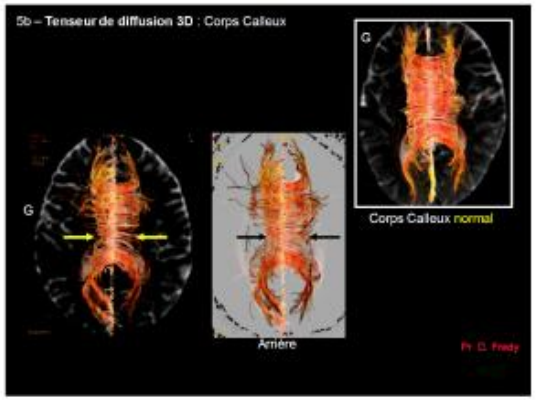
Lésions cérébrales traumatiques initiales

- Lésions extracérébrales: Hématome extra Dural/ hématome sous dural
- Lésions intracérébrales Focales
  - Contusions ou hématomes intracérébraux
  - Souvent multiples (coup/ contrecoup)
  - Diffuses
- Lésions diffuses « lésions axonales diffuses »
  - Aspect d'œdème diffus initial
  - Séquelles : atrophie sous-corticale / amincissement du corps calleux
- Souvent, pas de lésion visible en « imagerie clinique »

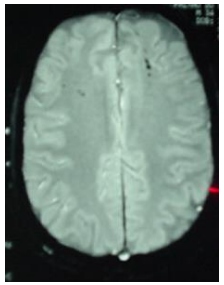
Structures anatomiques







Lesions axonales diffuses T2*



Discussion de la spécificité des lésions
de leur corrélation aux fonctions cognitives
de leur corrélation au « handicap »

Parcours sanitaire, hospitalier, des TCC graves

- Accident / SAMU-SMUR
- Réanimation :

  - Risque vital (Paris TBI 50% de décès précoces pour les TC graves)

  - Coma

  - Amélioration sortie du coma
- Amélioration / rééducation

  - hospitalisation en rééducation (MPR)

  - retour direct au domicile (30%)= pb de suivi et d'organisation des soins
-

Une population particulière en neurologie
les traumatisés crâniens

- Jeunes

- Décours temporel
  - Accident brutal: rupture brutale du cours de la vie
  - Amélioration initiale: parcours de soin
  - Stabilité, handicap tout au long de la vie : parcours de vie

- Handicap invisible cognitivo-comportemental

Les séquelles neurologiques

- Somatiques
- **Cognitives et comportementales** : « handicap invisible »
- Composante psychopathologique
- Troubles psychiatriques
- Impact sur les personnes et leur famille

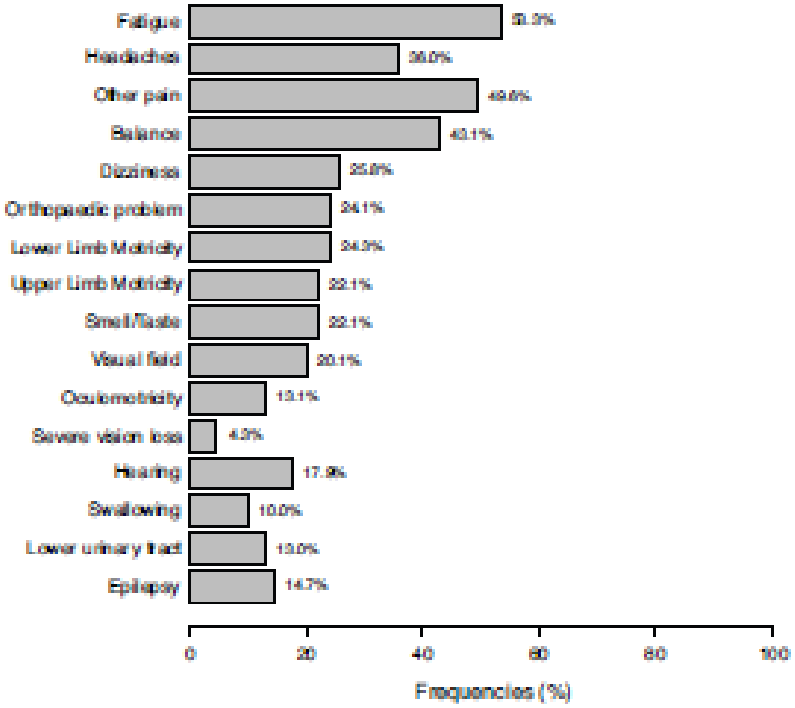
Les séquelles neurologiques Somatiques

- Fatigue
- Douleurs

- Motrices
  - Equilibre
  - Pb orthopédiques
  - Déficits membres inf ou sup

- Sensorielles (vue, audition, olfaction)

- Epilepsie



A comprehensive picture of 4-year outcome of severe brain injuries. Results from the PariS-TBI study

C. Jourdan [a,b,*], E. Bayen [c,d,e], P. Pradat-Diehl [d,e], I. Ghout [f], E. Darnoux [f], S. Azerad [f], C. Vallat-Azouvi [a,d,g], J. Charanton [h], P. Aegerter [f,i], A. Ruet [a], P. Azouvi [a,b]

Les séquelles Cognitives et Comportementales : « Handicap Invisible »

Troubles de l'Attention

Troubles de la mémoire de travail

Troubles des fonctions exécutives

Ralentissement

Anosognosie

Troubles de la mémoire

Troubles de la cognition sociale

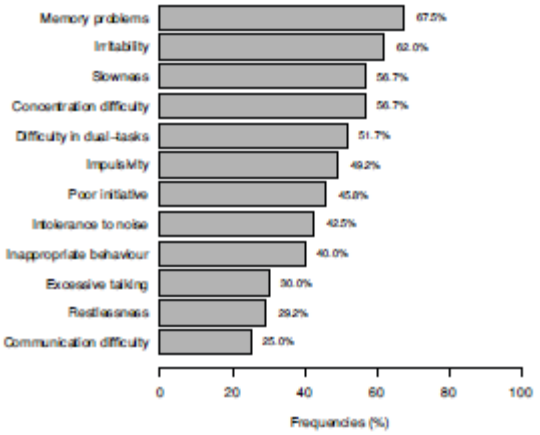


Fig. 2. Rates of cognitive complaints ($n = 120$).

Les séquelles Cognitives et Comportementales : « Handicap Invisible »

Troubles de l'Attention

Sélective : se concentrer, faire attention à une seule chose

Divisée : faire plusieurs choses à la fois

Soutenue : maintenir son attention de façon prolongée (plusieurs heures, la journée de travail, au domicile…)

Les séquelles Cognitives et Comportementales : « handicap invisible »

Troubles de l'Attention

Troubles de la mémoire de travail

Maintien à très court terme et traitement online de l'information

Troubles des fonctions exécutives,

Troubles de la mémoire

Ralentissement

Troubles de la cognition sociale

Les séquelles Cognitives et Comportementales : « handicap invisible »

Troubles des fonctions exécutives+++

du contrôle de l'action :apragmatisme- défaut de prise d'initiative/ désinhibition

initiative/ planification/ mise en route de l'action/ contrôle

de la flexibilité mentale (passer d'une chose à une autre)

Anosognosie :

méconnaissance des déficits et de leur conséquences « tout va bien »

plaintes du patient < plaintes de la famille (Chesnel et al 2017)

Ralentissement

Les séquelles Cognitives et Comportementales : « handicap invisible »

Troubles de l'Attention,

Troubles de la mémoire de travail

Troubles des fonctions exécutives

Troubles de la mémoire

rétrograde : connaissances didactiques/ autobiographiques

antérograde:

- difficultés d'apprentissages de nouvelles informations;
- troubles de la mémoire prospective: ce que je dois faire (RV, consignes)

3 étapes de la mise en mémoire

prendre l'information : déficitaire

la stocker : relativement préservée

Les séquelles Cognitives et Comportementales : « handicap invisible »

Troubles de la cognition sociale

émotions, prise de décision, comprendre les émotions des autres

interaction avec les autres

Les séquelles neurologiques

Somatiques

Cognitives et comportementales : « handicap invisible »

Composante psychopathologique : confrontation au handicap

Troubles psychiatriques

dépression, anxiété

un élément de risque de détérioration ? D'aggravation secondaire?

Impact sur les personnes et leur famille

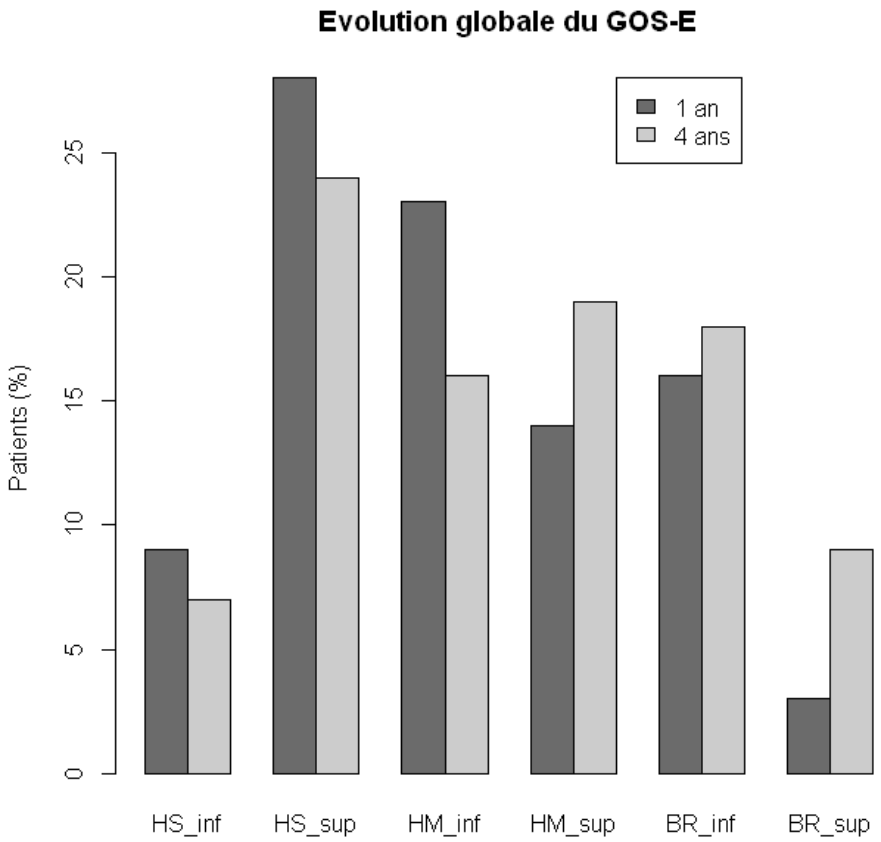
un handicap invisible

Des conséquences en terme d’activité et de participation mal identifiées

Mises en évidence par des outils « écologiques »

Par les mises en situation « évaluations situationnelles

GOSE : évolution globale entre 1 et 4ans (n = 93) vers une relative amélioration



$p < 0.001$

Ruptures de parcours et « perdus de vue »

À la sortie de l'hospitalisation aigue

Tout au long du parcours

Une population particulière?

alcool/ niveau socio-culturel

Une population objectif de la coordination?

J Head Trauma Rehabil
Copyright © 2015 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

Loss to Follow-Up and Social Background in an Inception Cohort of Patients With Severe Traumatic Brain Injury: Results From the PariS-TBI Study

Claire Jourdan, MD, PhD; Eleonore Bayen, MD; Stephane Bahrami, MD, PhD; Idir Ghout, MS; Emmanuelle Darnoux, MA; Sylvie Azerad, PharmD; Alexis Ruet, MD; Claire Vallat-Azouvi, PhD; Jean-Jacques Weiss, MD; Philippe Aegerter, MD; Joaquim Mateo, MD; Bernard Vigue, MD; Karim Tazarourte, MD; Pascale Pradat-Diehl, MD; Philippe Azouvi, MD, PhD

International Journal of Integrated Care
ISSN 1568-4156
Volume 13, 4 November 2013
Publisher: Igitur publishing
URL:http://www.ijic.org
Cite this as: Int J Integr Care 2013; Oct–Dec; URN:NBN:NL:UI:10-1-114746
Copyright: [redacted]
Submitted: 19 September 2012, revised 6 June 2013, accepted 4 July 2013

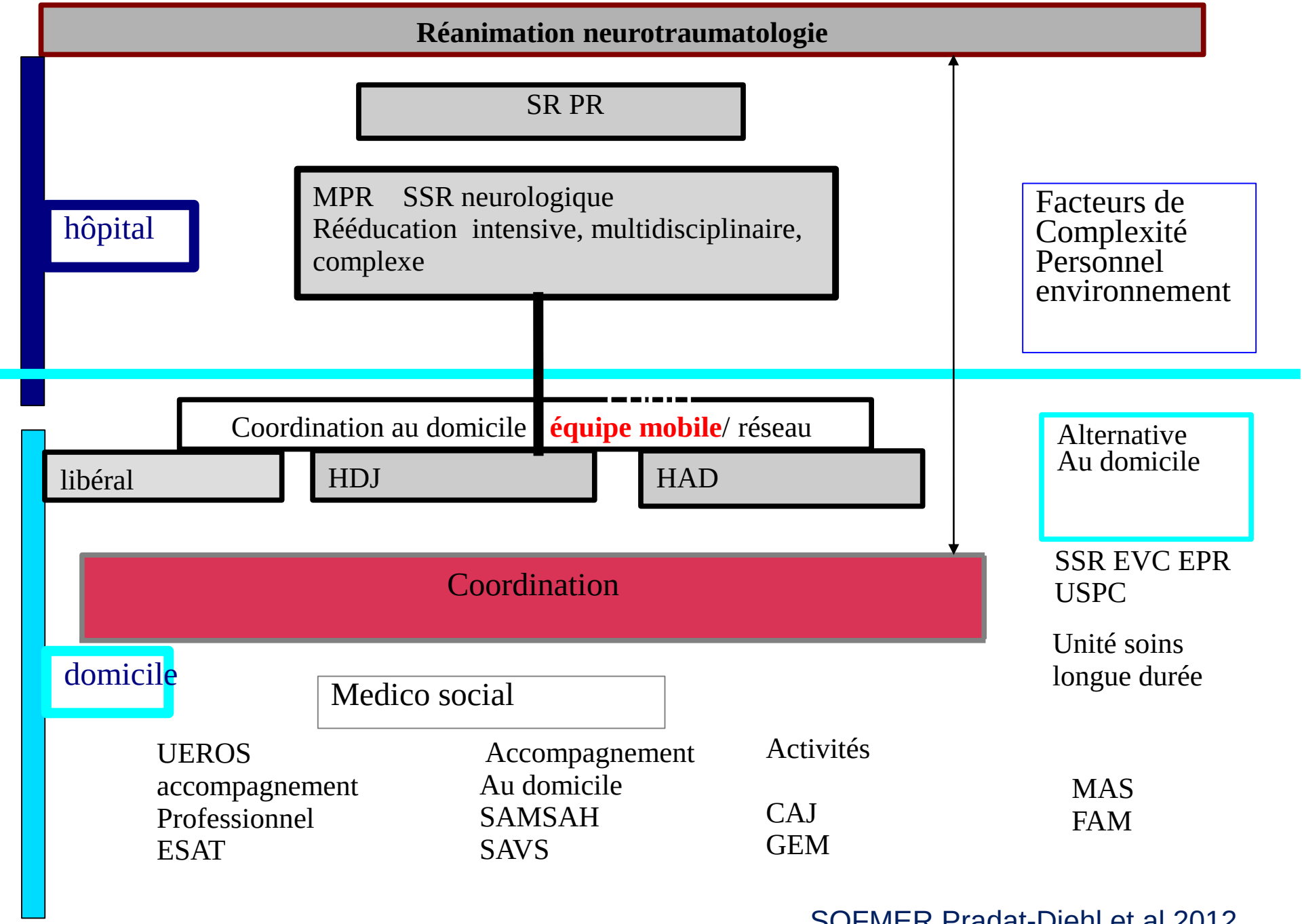
Research and Theory

Exploration of the integration of care for persons with a traumatic brain injury using social network analysis methodology

Marie-Eve Lamontagne, erg, PhD, Assistant Professor, Department of Rehabilitation, Université Laval, 2325 Rue de l'Université, Quebec City, QC G1V 0A6, Canada

Devenir au long terme

- Besoin de refaire le point, de reprendre les projets
- Ruptures
  - À la sortie des structures sanitaires
  - Familiales, professionnelles, sociales
- Suivi tout au long de la vie
- Réponses différentes, complémentaires coordonnées



SOFMER Pradat-Diehl et al 2012

Conclusion

- Une pathologie fréquente
- Aux conséquences mal connues
- Justifiant un accompagnement tout au long de la vie
- Interventions sanitaires et médico-sociales,coordonnées, évolutives
- En IDF CRFTC : crftc.fr
- Un relais pour les libéraux : les équipes mobiles SSR

Mise en évidence des conséquences des troubles des fonctions exécutives en vie quotidienne

Place de l'évaluation écologique situationnelle

NEUROPSYCHOLOGICAL REHABILITATION, 2017
http://dx.doi.org/10.1080/09602011.2016.1268171

Routledge
Taylor & Francis Group

How do assessments of activities of daily living address executive functions: A scoping review

Frédérique Poncet[a,b,c,d], Bonnie Swaine[c,d], Elisabeth Dutil[c,d], Mathilde Chevignard[b,e] and Pascale Pradat-Diehl[a,b]

Guide à la pratique de l'évaluation de la situation de handicap des personnes cérébrolésées

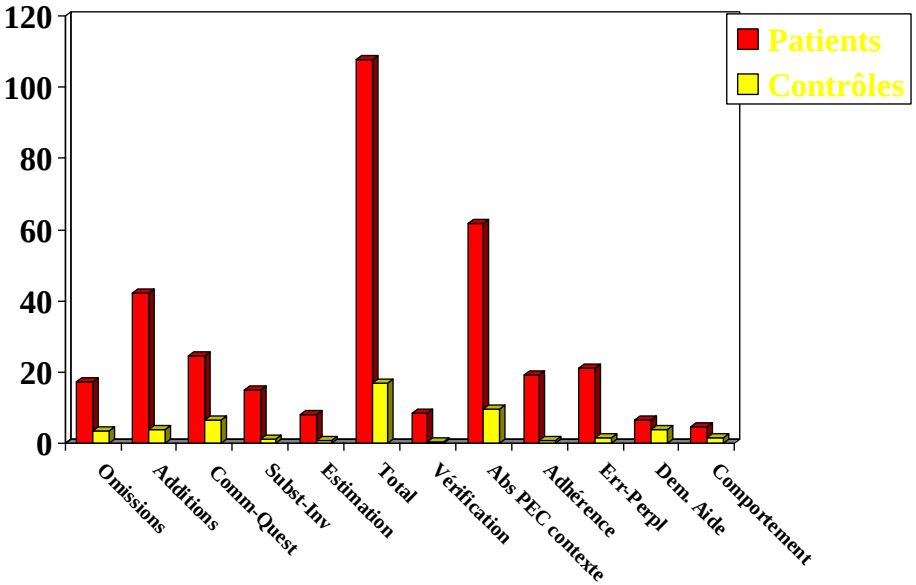
http://www.crftc.org/index.php/le-paac

Conséquences en vie quotidienne

(Chevignard et al 2000, 2008)

- Dans une **tâche complexe** de cuisine en ergothérapie
- Les contrôles font tous des erreurs de tous les types (m 18,3 sd 7,8).
- Les patients font de nombreuses erreurs de tous les types (m 107,5 sd 74,3).
- Significativement plus que les contrôles.
- Difficulté d'interaction avec l'environnement

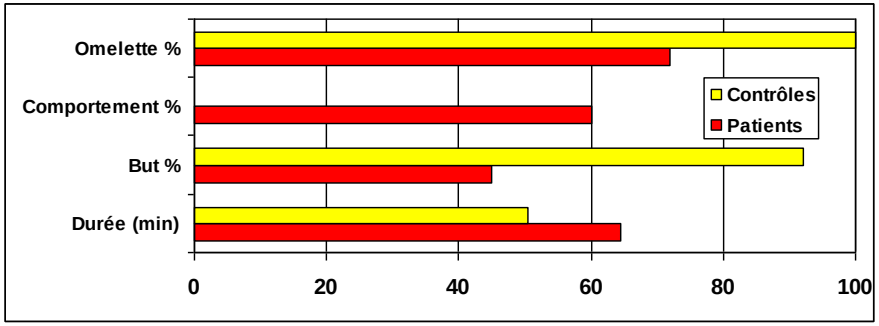
Cotation quantitative des erreurs



Conséquences en vie quotidienne

(Chevignard et al 2000, 2008)

- 60% des patients ont eu des comportements dangereux
- 55% des patients n'ont pas atteint le but
- Augmentation de la durée de la tâche



Cotation qualitative

Place de la rééducation des fonctions cognitives/ réadaptation

- En hospitalisation conventionnelle
- En ambulatoire: HDJ; HAD; libéral
- Rééducation pluri-professionnelle, coordonnée, complexe, spécialisée
- Augmenter ces capacités de fonctions déficitaires
- Utiliser les capacités préservées
- Compenser les fonctions déficitaires

Des séquelles à long terme

Etude Paris TBI

Inclusion des TCG coma GCS <= 8

Suivi à 1, 4, 8 ans

BRAIN INJURY

http://informahealthcare.com/bij
ISSN: 0269-9052 (print), 1362-301X (electronic)

Brain Inj, Early Online: 1–8
© 2013 Informa UK Ltd. DOI: 10.3109/02699052.2013.794971

informa healthcare

ORIGINAL ARTICLE

Predictive factors for 1-year outcome of a cohort of patients with severe traumatic brain injury (TBI): Results from the PariS-TBI study

C. Jourdan[1,2,3], V. Bosserelle[4,5], S. Azerad[4,5], I. Ghout[5], E. Bayen[3,6,7], P. Aegerter[2,5], J. J. Weiss[4], J. Mateo[8], T. Lescot[9], B. Vigué[10], K. Tazarourte[11], P. Pradat-Diehl[3,6,7], P. Azouvi[1,2,3], & the members of the steering committee of the PariS-TBI study

Devenir et facteurs prédictifs à un an

Jourdan et al. Brain Injury, 2013

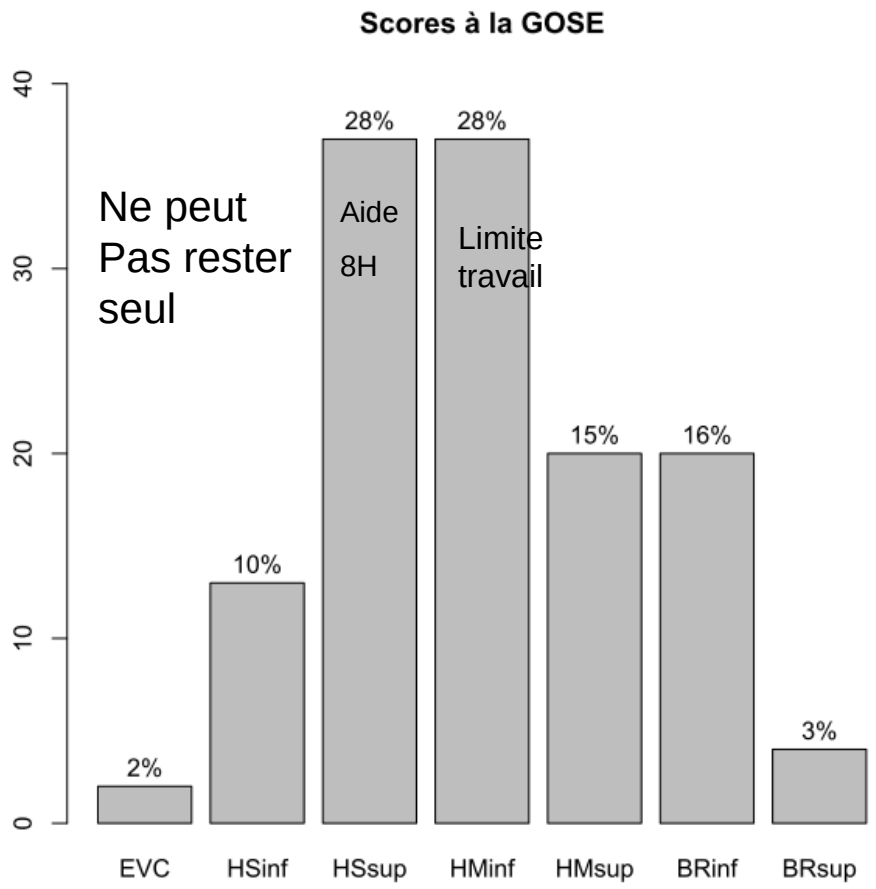
Neurorehabilitation and Neural Repair
http://nnr.sagepub.com/

Referral to Rehabilitation After Severe Traumatic Brain Injury: Results From the PariS-TBI Study

Claire Jourdan, Eleonore Bayen, Vanessa Bosserelle, Sylvie Azerad, François Genet, Christophe Fermanian, Philippe Aegerter, Pascale Pradat-Diehl, Jean-Jacques Weiss, Philippe Azouvi and Members of the Steering Committee of the PariS-TBI Study

Neurorehabil Neural Repair published online 28 March 2012

Devenir global à 1 an



Retour au travail (travaillant avant) = 42% (dont ½ avec adaptation)

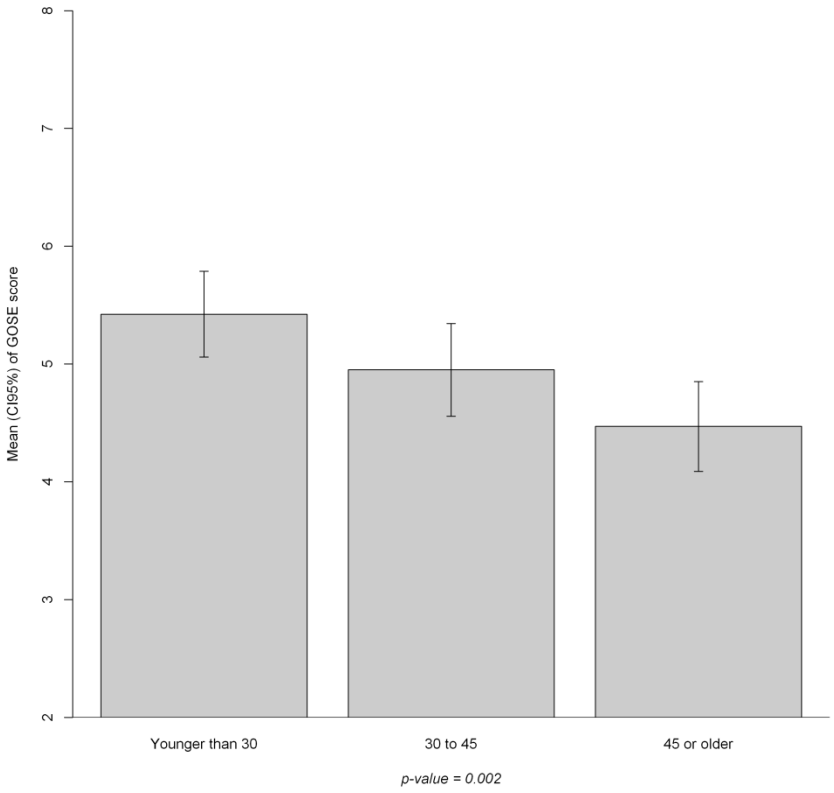
Jourdan et al., Brain Injury, 2013

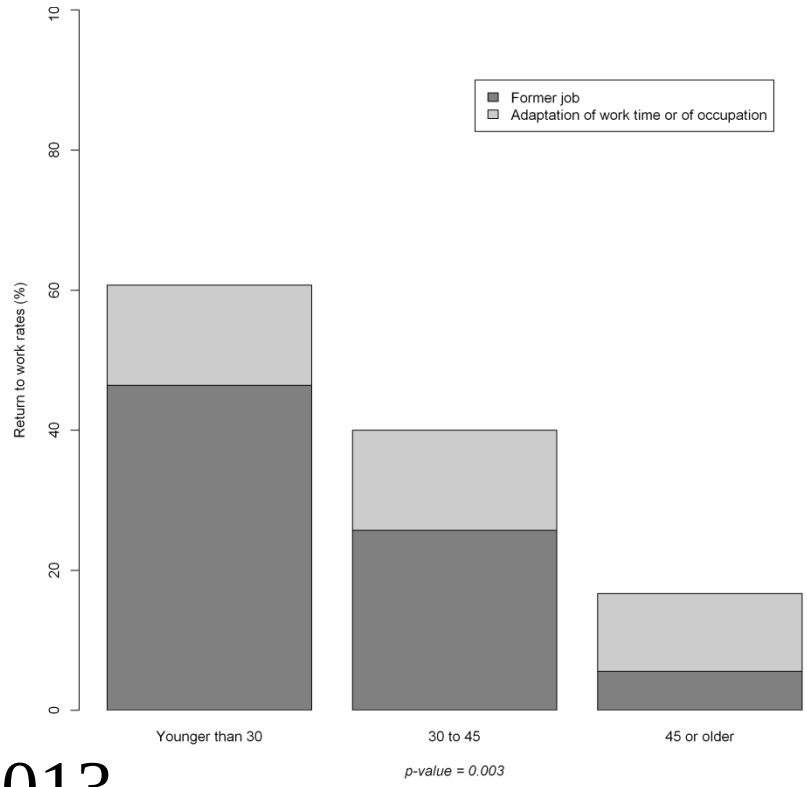
Facteurs pronostiques

Facteurs prédictifs de la GOSE (n = 128)		
	OR (95% CI)	*p*-value
Age (3 groupes)	0.62 (0.41-0.95)	0.03
Années d'étude	1.14 (1.02-1.28)	0.02
Score pronostique initial (IMPACT)	0.38 (0.06-2.47)	0.4
Durée de séjour en réanimation	0.96 (0.95-0.98)	< 0.0001
Facteurs prédictifs du retour au travail (n = 81 travaillant avant le TC)		
	OR (95% CI)	*p*-value
Age (3 groupes)	0.42 (0.21-0.85)	0.02
Durée de séjour en réanimation	0.96 (0.93-1)	0.02

Jourdan et al., Brain Injury, 2013

Age et GOSE / retour au travail



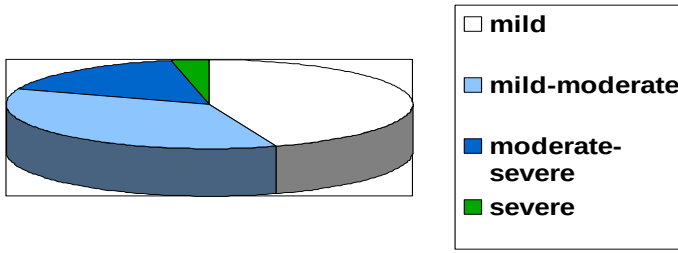


Jourdan et al., Brain Injury, 2013

Fardeau des aidants (Bayen et al 2012)

- **Caregiver's Zarit score:** de 0 à 68
  Moyenne score Zarit = 24.8 (±17)

- **Burden sévérité :**
  - *Mild burden* (0-20) : 44.8%
  - *Mild to moderate burden* (21-40) : 35.8%
  - *Moderate to severe burden* (41-60) : *16.4%*
  - *Severe burden* (61-88) : 3%

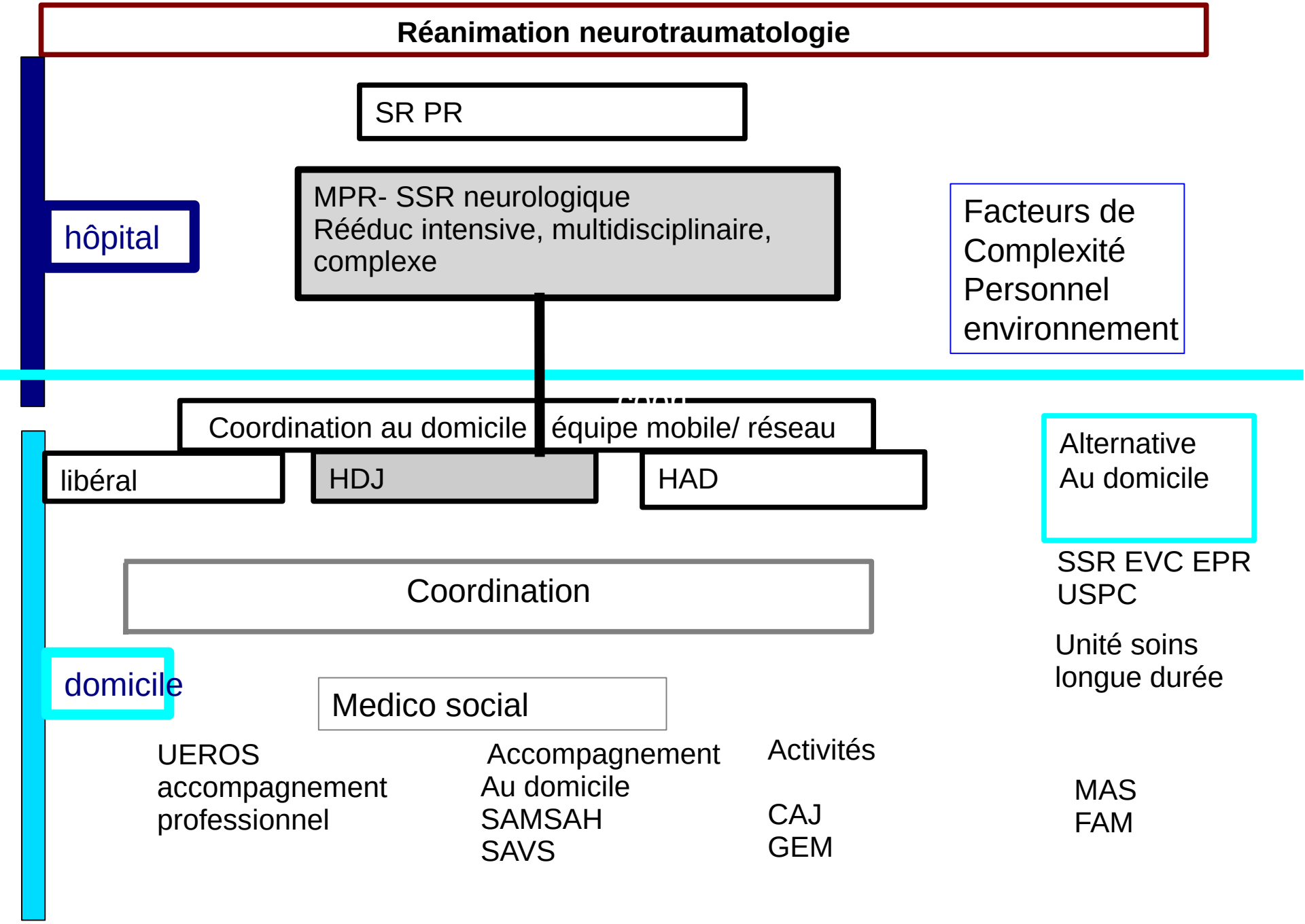


- Zarit score > 24 : Cut-off predictif de **depression** (Schreiner, 2006) : **43.3% des aidants**

- Corrélation du score de Zarit

GOS E	p <0.0001
DEX	p <0.0001

Quel parcours de soin parcours sanitaire et médico-social


Réanimation neurotraumatologie
SR PR
hôpital
MPR- SSR neurologique
Rééduc intensive, multidisciplinaire, complexe
Facteurs de
Complexité
Personnel
environnement
Coordination au domicile
équipe mobile/ réseau
libéral
HDJ
HAD
Alternative
Au domicile
Coordination
SSR EVC EPR
USPC
Unité soins
longue durée
domicile
Medico social
UEROS
accompagnement
professionnel
Accompagnement
Au domicile
SAMSAH
SAVS
Activités
CAJ
GEM
MAS
FAM

La coordination Handicap Cognitif de la Pitié Salpêtrière

Un dispositif expérimental de coordination.

La coordination handicap cognitif

Objectif :

Identifier et prévenir les difficultés de parcours liées aux conséquences de la LCA.

Accompagner les patients dans la résolution de ces difficultés de parcours.

Public

Pour qui ?

Patients atteints de LCA.

Résidant sur l ’lle de France

Comment ?

Suivi systématique d’une cohorte de patients de neurochirurgie rentrant directement au domicile.

Sur demande pour des personnes rencontrant des difficultés de parcours.

Interventions en neurochirurgie et réanimation de la Pitié-Salpêtrière

30 % des patients de MCO sortent sans suivi. (Paris TBI)

Intervention hebdomadaire d'un médecin MPR et de la coordinatrice : identification et suivi des patients de réanimation.

Avis du médecin MPR : évaluation et orientation des patients remontés en neurochirurgie.

Suivi systématique des patients sortants directement au domicile, sans rééducation.

Travail en lien avec les AS et les ergothérapeutes des services.

MISSIONS

Evaluer les besoins avec le patient et/ou son entourage

- Entretiens téléphoniques (systématique à 1/3/6 mois et 1 an de la sortie d'hospitalisation).
- Rendez vous sur site.

Conseiller et accompagner

- Prévention des troubles cognitifs, de la douleur, de la reprise de la conduite, du retour à l'emploi.
- Orientation vers des consultations médicales.
- Accompagnement à la mise en place de rééducation.
- Aide ponctuelle dans la réalisation de certaines démarches.

Coordonner

- Le parcours de soin.
- La rééducation en libéral.

Transmettre

- Faire le lien entre les différents intervenants.
- Alimenter une base de données.
- Identifier les points de ruptures du parcours de soin du patient et identifier les besoins de cette population.

Coordination filière neurochirurgie

Identification RAD direct : rencontre ou signalement

Inclusion : information du patient

Entretien téléphonique à 1 mois

Entretien téléphonique à 3 mois

Entretien téléphonique à 6 mois

Entretien téléphonique à 1 an : si pas de difficultés arrêt du suivi.

Identification des difficultés, et des besoins. Prévention.

Orientation et accompagnement, coordination du projet de santé.

SUIVI

Identification RAD direct : rencontre ou signalement

Inclusion : information du patient

Coordination filière neurochirurgie

Auprès du patient :
- Recueil informations
- Présentation coordination
- Conseils et prévention

Back office :
- Inclusion dans la base de données + transmissions
- Programmation des rappels

Coordination filière neurochirurgie

Identification RAD direct : rencontre ou signalement

Inclusion : information du patient

Entretien téléphonique à 1 mois

Entretien téléphonique à 3 mois

Entretien téléphonique à 6 mois

Entretien téléphonique à 1 an : si pas de difficultés arrêt du suivi.

Auprès du patient :
- Entretien systématisé avec fiche de suivi.
- Conseils, prévention.
- Ecoute, réassurance.

Identification des difficultés, et des besoins. Prévention.

Back office :
- Transmissions sur la base de données.
- Actions de coordinations

Unité de coordination handicap cognitif - pathologies neurologiques acquises : Questionnaire téléphonique d'évaluation

Date de l'appel : 30/09/2017 Interlocuteur : Choisissez un élément.

Contexte social	Contexte médical
Identité Patient : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. DDN : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Mode de vie : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Aidant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Mode d'entrée : Choisissez un élément. Rappel : 1 mois ☐ 6 mois ☐ 3 mois ☐ Rappel annuel ☐ Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date de rappel prévu : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Nombre de tentatives : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date dernier rappel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.	Date accident : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Pathologie : Choisissez un élément. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. ATCD : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Traitements en cours : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Date RAD : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Rééducation : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Evénements médicaux : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Médecin traitant : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Neurochirurgien : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Prochain RDV : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Examens : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Autres suivis : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS
HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PITIÉ SALPÊTRIÈRE - CHARLES FOIX

Unité de coordination handicap cognitif - pathologies neurologiques acquises : Questionnaire téléphonique d'évaluation

Evaluation

Reprise des activités quotidiennes : (repas, courses, utilisation des transports, loisirs…)
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Conduite : Choisissez un élément. Précisions : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Activité professionnelle :
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Score DRS : Choisissez un élément.

Plaintes : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Echelle Rivermead Score : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Difficultés, troubles : (non exprimés spontanément) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Demande : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Actions réalisées :
Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Coordination filière neurochirurgie

Identification RAD direct : rencontre ou signalement

Inclusion : information du patient

Entretien téléphonique à 1 mois

Entretien téléphonique à 3 mois

Entretien téléphonique à 6 mois

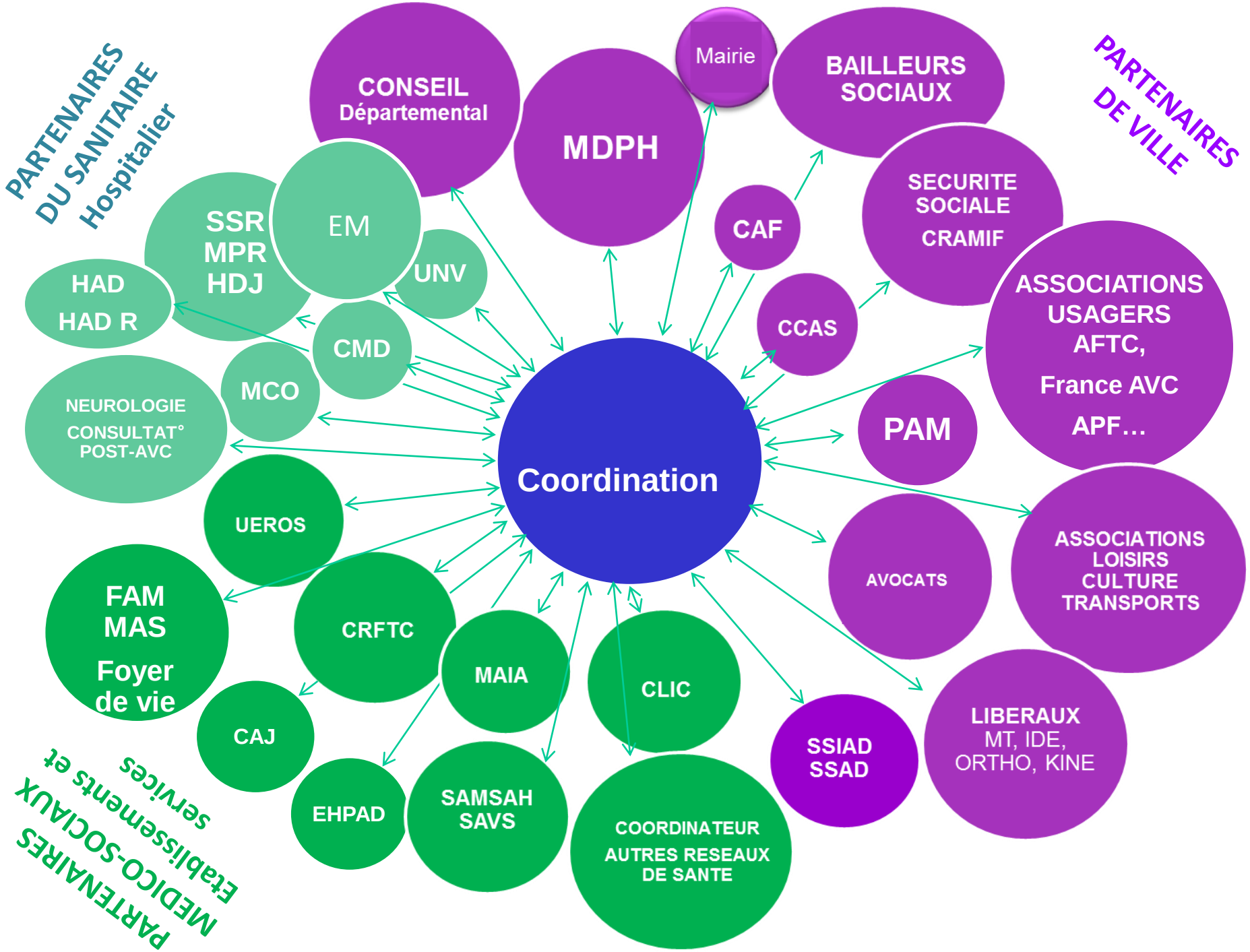
Entretien téléphonique à 1 an : si pas de difficultés arrêt du suivi.

Auprès du patient :
- Réponse à une demande ou besoin identifié.
- Transmission de coordonnées
- Explication des démarches et accompagnement à la réalisation.

Identification des difficultés et des besoi Prévention

Orientation et accompagnement, coordination du projet de santé.

Back office :
- Lien avec les intervenants.
- Rédaction compte rendus.
- Recherche et création d'un partenariat.
- Transmissions sur la base de données.


PARTENAIRES DU SANITAIRE Hospitalier
CONSEIL Départemental
MDPH
Mairie
BAILLEURS SOCIAUX
PARTENAIRES DE VILLE
SSR MPR HDJ
EM
UNV
HAD
HAD R
CMD
MCO
NEUROLOGIE CONSULTAT° POST-AVC
CAF
SECURITE SOCIALE CRAMIF
CCAS
ASSOCIATIONS USAGERS AFTC, France AVC APF…
PAM
Coordination
UEROS
FAM MAS Foyer de vie
CRFTC
MAIA
CLIC
AVOCATS
ASSOCIATIONS LOISIRS CULTURE TRANSPORTS
CAJ
EHPAD
SAMSAH SAVS
COORDINATEUR AUTRES RESEAUX DE SANTE
SSIAD SSAD
LIBERAUX MT, IDE, ORTHO, KINE
PARTENAIRES MEDICO-SOCIAUX Etablissements et services

Coordination filière neurochirurgie

Identification RAD direct : rencontre ou signalement

Inclusion : information du patient

Entretien téléphonique à 1 mois

Entretien téléphonique à 3 mois

Entretien téléphonique à 6 mois

Entretien téléphonique à 1 an : si pas de difficultés arrêt du suivi.

Identification des difficultés,

Orientation et

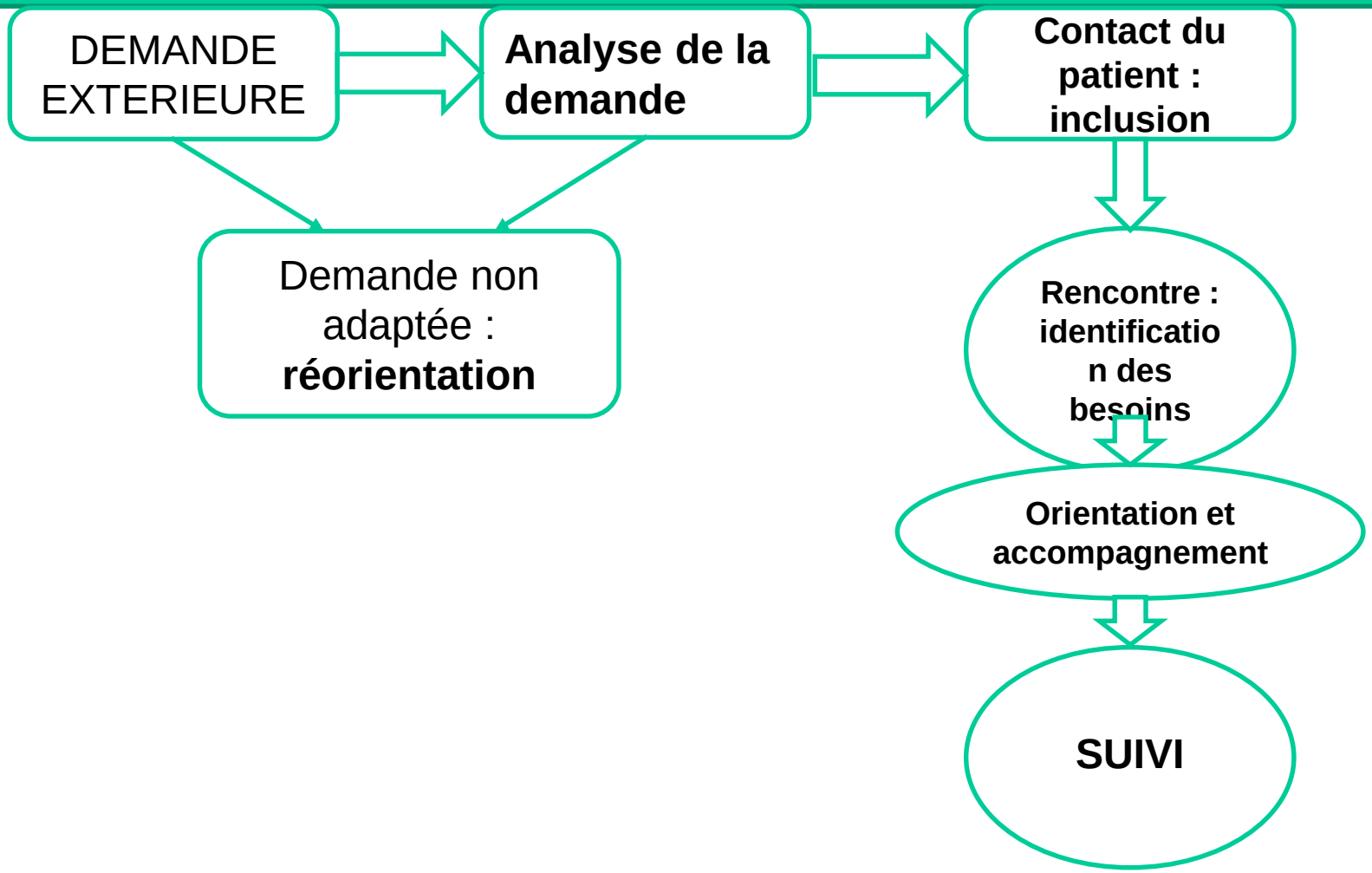
Auprès du patient :
- Personne ressource
- Fil rouge tout au long du parcours

Back office :
- Inscription dans la base de tous les actes.
- Programmer les différents rappels
- Programmer les actions et avoir un planning de suivi.

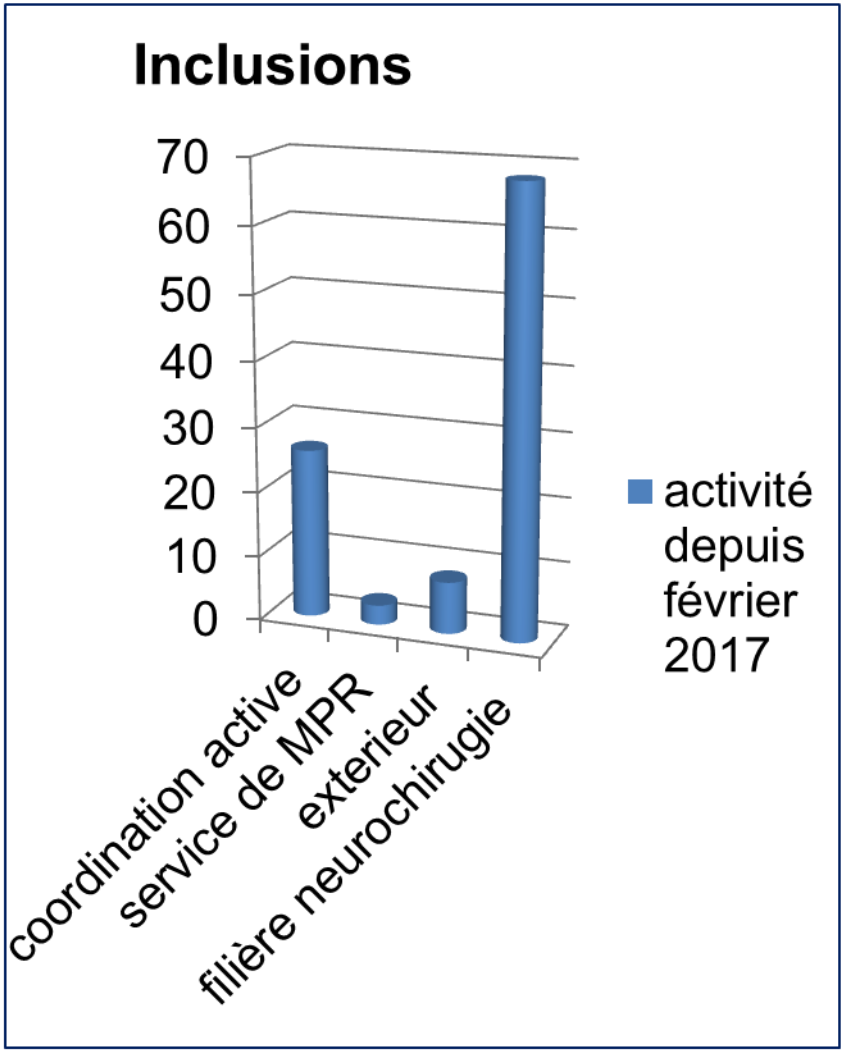
SUIVI

Pour les demandes extérieures

Demande d'un professionnel



Activité depuis Février 2017



Actions majoritaires :

- Prévention troubles, conseil reprise conduite et emploi.
- Orientation vers consultations de MPR, autres consultations ou partenaires de secteur.
- Accompagnement mise en place de rééducation.
- Accompagnement mise en place structure médico-sociale.
- Lien avec les intervenants.

CAS CONCRET

Présentation :

Monsieur B. a 54 ans et vit seul à Paris. Il est père de 2 enfants, dont il n'a pas la charge. Il a une compagne qui vit actuellement en Italie.

Avant son accident, il était en arrêt maladie (gérant d'une société de ravalement de façade), dans l'attente d'une reconnaissance de maladie professionnelle et gérait seul ses démarches administratives et sociales, sans difficultés.

Histoire de la Maladie :

En Novembre 2016 : **traumatisme crânien grave**.

6 jours d'hospitalisation en réanimation et neurochirurgie avec RAD direct sans rééducation.

Vu par médecin MPR : signalé à la coordinatrice.

Consultation neurochirurgicale 6 semaines après la sortie :plaintes de douleurs, de vertiges, de troubles mnésiques. Réassurance, pas de suivi systématique.

Intervention de la coordination (à 4 mois) :

Entretien téléphonique à 4 mois du RAD: patient logorrhéique, passe du coq à l'âne, pleure plusieurs fois lors de l'entretien. Il dit vivre seul, que tout va bien et qu'il a le passage d'amis.

→ **Proposition d'une CMD** : le patient ne se présente pas malgré les rappels.

Les contacts téléphoniques ne sont pas informatifs, il n'est pas en mesure d'expliquer ce qu'il fait de ses journées et il y a des inquiétudes quant à la mise en danger à son domicile.

→**Proposition de l'intervention de l'équipe mobile**.

Intervention de l'EM (à 6 mois) :

Visite au domicile du patient (assistante sociale et ergothérapeute) : Evaluation de la situation.

Patient très émotif et difficile à canaliser, domicile encombré par les papiers. Risque d'isolement car épuisement et incompréhension de l'entourage. Pas de danger notoire au domicile, mais de grosses difficultés sociales et administratives auxquelles s'ajoutent des troubles mnésiques et de l'organisation.

Préconisations :

Mise en place d'un suivi MPR.

Mise en place d'un suivi social.

CMD (7 mois):

A la suite de l'évaluation du patient, il lui est demandé de réaliser un bilan neuropsychologique, un bilan psychologique et un bilan orthophonique.

Objectif du travail conjoint coordination/EM :

Clarifier la situation sociale et organiser un relais sur le secteur.

Mettre en place un suivi psychologique (évaluation dans le service et relais CMP).

Aider à la compréhension des troubles (patient, entourage et professionnels).

Accompagner la mise en place de la rééducation.

Moyens :

Plusieurs RDV sur site et contacts téléphoniques fréquents.

Contact des proches et des professionnels.

Transmission d'écrits.

A ce jour (10 mois) :

Arrêt du suivi de l'équipe mobile après relais sur secteur.

Bilan neuropsychologique prévu le mois prochain.

Mise en place d'un suivi au CMP en cours.

Prochain RDV MPR en Janvier.

Poursuite de l'accompagnement par la coordinatrice.

Conclusion

Patient au centre de l’accompagnement.

Connaissance de la pathologie et de ses conséquences dans le quotidien.

Travailler en réseau et entretenir le partenariat.

Troubles cognitifs et du comportement

Classer les troubles du comportement (Godefroy 2004)

- Hypoactivité (aboulie, apathie, apragmatisme…)
- Hyperactivité (desinhibition, déambulation, boulimie, logorrhée)
  - Hyper et hypo activité peuvent être associées chez un même patient
- Persévérations (perte de flexibilité)
- Dépendance à l'environnement (cpt d'utilisation, d'imitation …)

Décrire les Symptômes

A Stepan, J Luauté et groupe HAS

- Perturbation des comportement par excès
  - Agitation/ agressivité/ desinhibition/ addiction/ criminalité
- Perturbation des comportement par défaut
  - Apathie/ alexie thymie/ fatigue/ tr du sommeil
- Troubles affectifs, anxiété psychose
  - Dépression/ Suicide/ Anxiéte/ Troubles obsessionnels compulsifs
  - Manie et troubles bipolaires
  - Psychose

3 composants des troubles du comportement

- Cognitive
  - Troubles des fonctions exécutives, attention, de la mémoire
  - Troubles de la cognition sociale
- Psychologique et psychiatrique
  - Précédent la pathologie neurologique
  - Depuis la pathologie neurologique
- Environnementale
  - Famille, groupe social, attitudes,

Approche cognitive
Troubles de fonctions exécutives et comportement

- Fonctions exécutives « frontales »
- Contrôle : activation/ inhibition
- Plusieurs modèles théoriques
- Organisation de l’action (Luria et Lesak)
- Organisation actions routinières/ actions complexes (Shallice et Burgess)
- Miyake: attention divisée, flexibilité
- Contrôle et connaissance de soi (Stuss et Benson)

Troubles des fonctions exécutives

- Luria puis Lezak : contrôle des activités complexes dirigées vers un but
  - Formulation d’un but: Initiative
  - Planification
  - Exécution : Mise route et déroulement de l’action
  - Vérification : Contrôle que le but est atteint
- Shallice et Norman 1981
  - Schémas d’action déjà connues
  - Gestionnaire des priorités
  - Superviseur attentionnel

Troubles des fonctions exécutives

- Shallice et Norman 1981
- Actions routinières/ inhabituelles
  - Schémas d’action déjà connues
  - Gestionnaire des priorités
  - Superviseur attentionnel
    - Actions inhabituelles, complexes, dangereuses

- Tests “errances” multiples

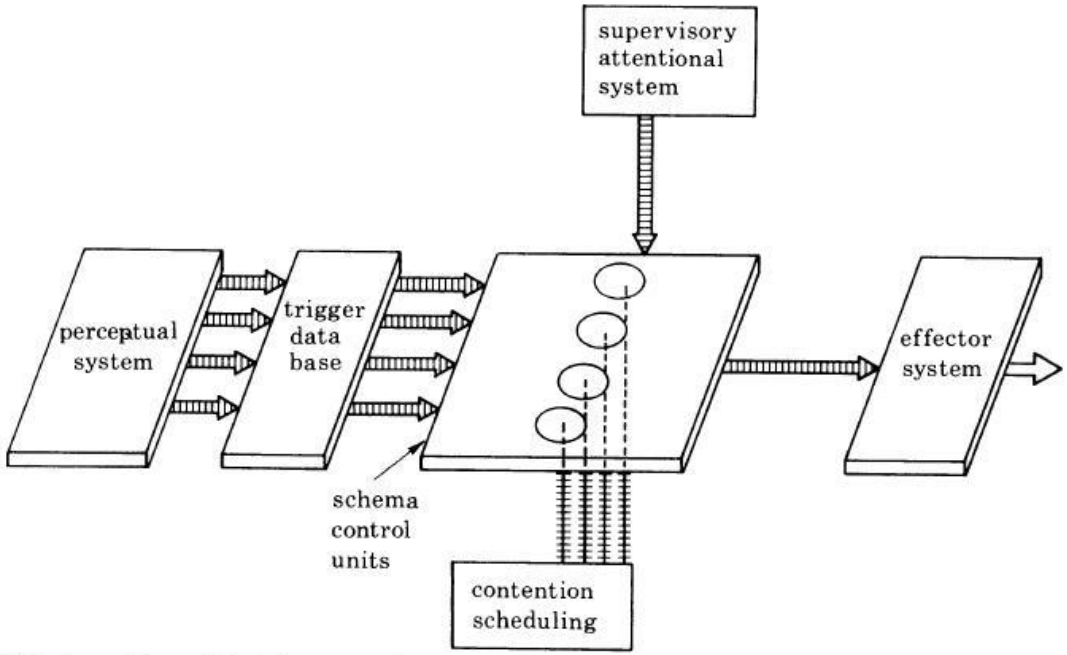


FIGURE 1. A simplified version of the Norman & Shallice (1980) model representing the flow of control information. The lines with arrows represent activating input, the crossed lines represent the primarily mutually inhibitory function of contention scheduling. The term 'effector system' refers to specific purpose-processing units involved in schema operation for both action and thought schemas. In the latter case schema operation involves placing information in short-term stores that can activate the trigger data base.

Modèle de Stuss et Benson

- **Connaissance de soi** (Self awareness , anosognosie)

- **Fonctions exécutives** (plannification, résolution de problèmes, raisonnement)

- **Fonctions instrumentales**(mémoire, compréhension, attention)

- Repris en modélisation de la rééducation par Kennedy et al, 2008
- Rééducation métacognitive

Anosognosie

- Trouble de la conscience de soi
- Capacité à reconnaître les déficits
- Comprendre leur conséquence fonctionnelle
- Établir des objectifs réalistes
- En lien avec les fonctions exécutives
- Notion de régulation des erreurs et capacité d'actualiser les connaissances sur les déficits

Place des troubles de la mémoire

- Des mémoires
- Mémoire épisodique
  - Antérograde récente
  - Autobiographique
- Mémoire prospective

- Oublis
- Confabulations

Les autres troubles des fonctions cognitives

- Troubles du langage et troubles de la compréhension « aphasie de Wernicke »
- Troubles de l’attention spatiale du côté gauche, troubles de l’habillage
- Troubles spatial, orientation spatiale et temporelle
- Troubles de la reconnaissance visuelle
  - Voit mais ne reconnaît pas

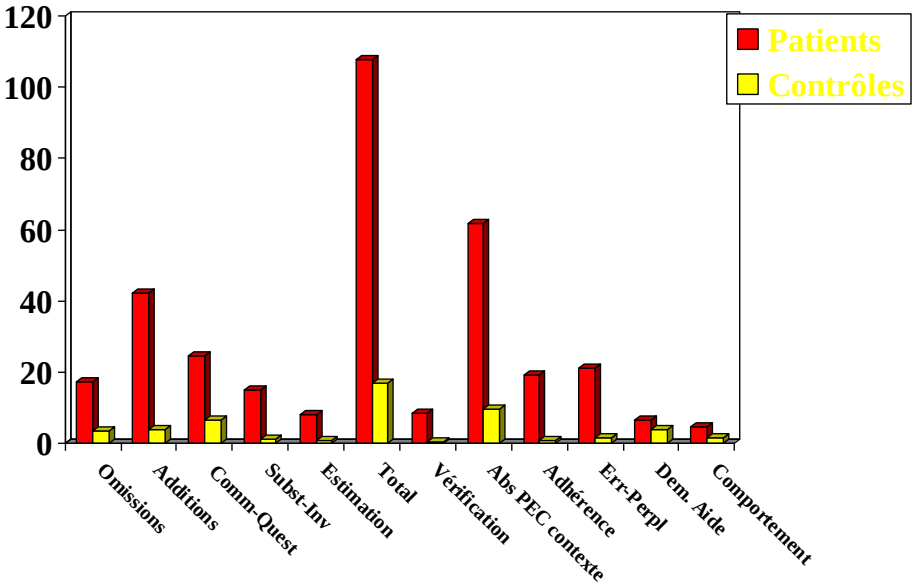
Mise en évidence des conséquences des troubles des fonctions exécutives en vie quotidienne

Conséquences en vie quotidienne

(Chevignard et al 2000, 2008)

- Dans une tâche complexe de cuisine en ergothérapie
- Les **contrôles** font tous des erreurs de tous les types (m 18,3 sd 7,8).
- Les patients font de nombreuses erreurs de tous les types (m 107,5 sd 74,3).
- Significativement plus que les contrôles.
- Interaction avec l'environnement

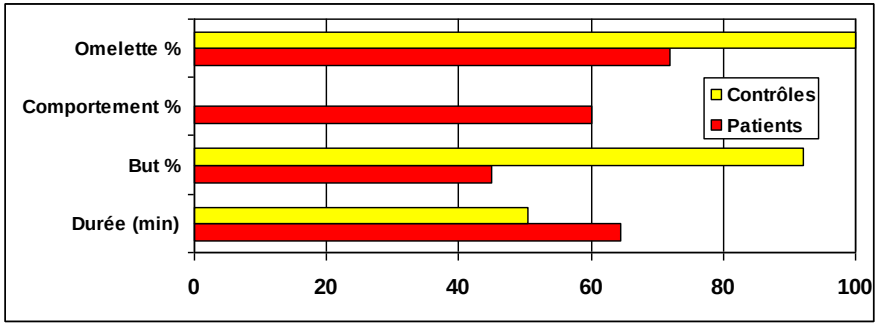
Cotation quantitative des erreurs



Conséquences en vie quotidienne

(Chevignard et al 2000, 2008)

- 60% des patients ont eu des comportements dangereux
- 55% des patients n'ont pas atteint le but
- Augmentation de la durée de la tâche



Cotation qualitative

Fonctions exécutives et émotions

Émotions et prise de décision vers la cognition sociale

- Damasio et Eslinger (1985)
- Patient EVR après une tumeur cérébrale opérée, pas de troubles cognitifs sévères en tests classiques, mais une inadaptation comportementale sociale
- Discussion du rôle des émotions dans l'adaptation comportementale
- Marqueurs somatiques
- Les expériences entraînant une émotion créent des marqueurs somatiques qui permettent d'adapter le comportement ultérieur
- Perte de ces marqueurs somatiques en cas de lésion frontale

Jeu de Poker
(Bechara et al., 1994)

A et B
Gros gains
Grosses pertes

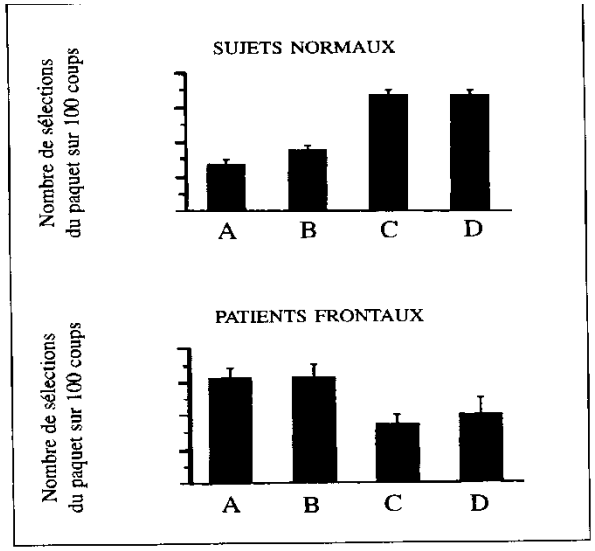


Figure 9-2. Diagramme montrant les résultats des différents types de sujets au « test du jeu de poker », en termes de fréquence de choix des paquets respectifs. Les sujets normaux préfèrent globalement retourner les cartes des paquets C et D, tandis que les patients souffrant de lésions frontales font les choix opposés. Cette différence de comportement est statistiquement significative.

C et D
Peu de gains
Peu de pertes

Adaptation progressive du comportement des sujets normaux, mais paschez les patients à lésion frontale
Augmentation de la conductance cutanée (émotion) en cas de perte ou gain
Anticipe le choix chez les sujets normaux, mais pas chez les patients frontaux

Cognition sociale

- Empathie capacite de comprendre les émotions d'autrui (neurones miroir)

- Théorie de l'esprit: comprendre les intentions de l'autre
- Echanges de signaux spécifiques Compréhension des émotions, des expressions faciales, intonation
- Observation des règles sociales universelles ou d'un groupe social
- Troubles de la pragmatique du langage

- Se construire des représentations mentales à partir des relations avec autrui + flexibilité à utiliser ces relations pour s'adapter dans l'environnement social

Alexia Potet 2012

Théorie de l’esprit

- Capacité d ’un individu à **attribuer des états mentaux** à lui-même et aux autres. (Premack et Woodruff,1978, Bibi & Mc Donald, 2005)
- Expliquer et prédire ses propres actions et celles d’autrui,
- Pouvoir **inférer** que ces actions sont induites par des états mentaux.

Tâche de fausse croyance

- Tâche de 1er ordre (Réussi à 4 ans; Winner & Perner, 1983)

  « Dans une pièce Jacques place un objet à un endroit visible par Alice. Puis Jacques quitte la pièce. A ce moment-là, Alice change l ’objet de place, à l ’insu de Jacques ».

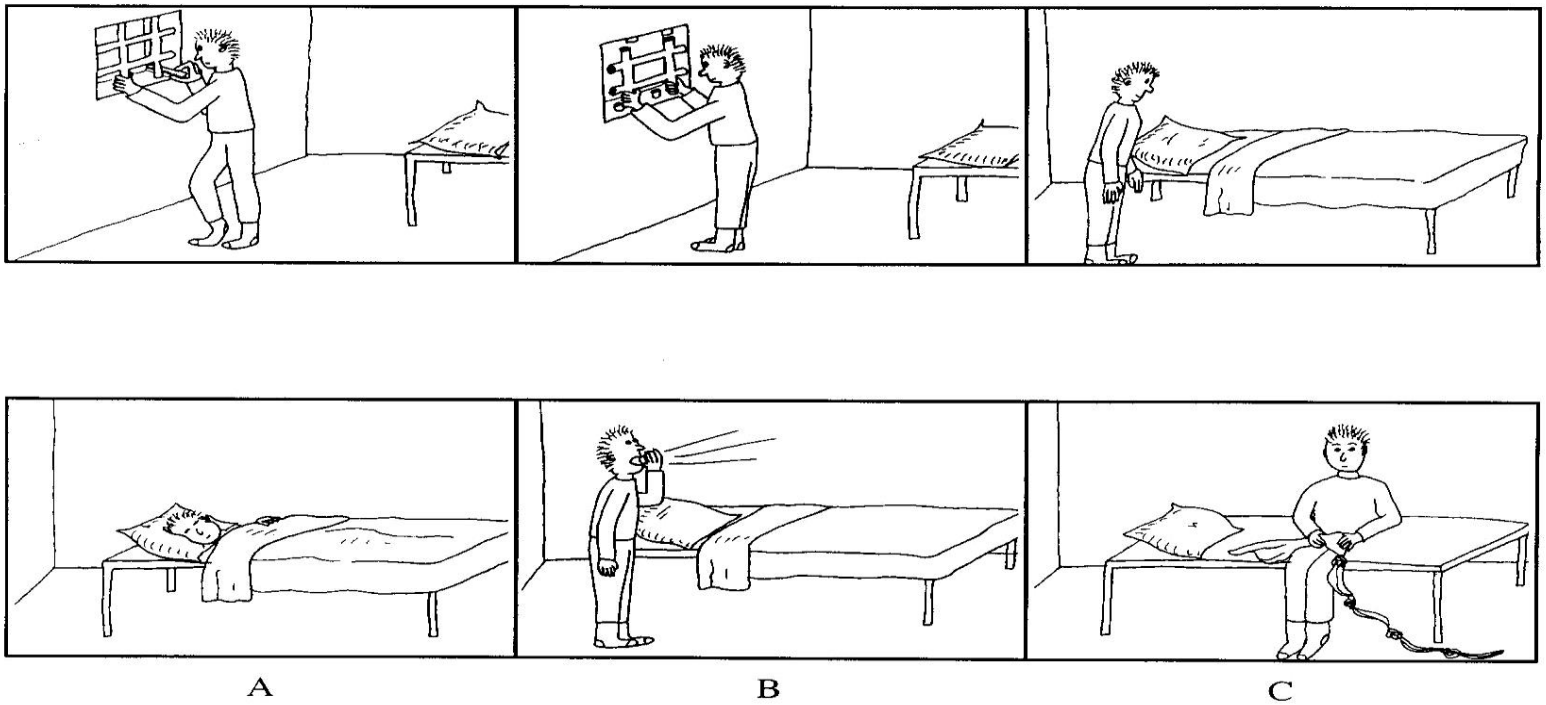
  «Quand Jacques reviendra, où cherchera -t-il l ’objet ?»

- Tâche de 2eme ordre

«Jacques place un objet quelque part puis quitte la pièce. Pendant qu’il est dehors, Alice change l ’objet de place. Mais sans qu’Alice le sache, Jacques jette un coup d’œil dans la pièce et voit que l ’objet a bougé. »

« Du point de vue d’Alice, où se trouve l ’objet pour Jacques ? »

Tâche d’attribution d’intentions à autrui (Sarfati)



- Bonne réponse : C
- Distracteur désignant une action plus fréquente : A
- Distracteur perceptif : B

Cortex préfrontal et théorie de l'esprit

- Déficit de la théorie de l 'esprit
  - après lésions frontales focales
- Résultats discutés après Trauma Crânien (Bibby & McDonald, 2005)
  - PA Joseph (2006)
  - 15 sujets TC et 15 contrôles sur 4 tâches de TOM
  - Difficulté pour les TC pour la tâche d'attribution d'intention à autrui
- Lien discuté avec les déficits des fonctions exécutives

3 composants des troubles du comportement

- Cognitive
  - Troubles des fonctions exécutives, attention, de la mémoire
  - Troubles de la cognition sociale
- Psychologique et psychiatrique
  - Précédent la pathologie neurologique
  - Depuis la pathologie neurologique
- Environnementale
  - Famille, groupe social, attitudes,

Approche psychologique

- Anxiété
  - Troubles anxieux généralisés 2,5 à 25% chez TC (pop 3%)
  - Troubles phobiques – troubles phobiques
- Dépression chez 30% des traumatisés (12 à 77%) (population générale 8 à 10%)
- Psychose? Post traumatique place discutée
  - En pratique clinique éléments persécutifs
- Etat de stress post traumatique (cauchemars, évitements, phobies, reviviscence)

- Expérience du coma et du réveil
- Deuil
- Confrontation après / avant
- Approche systémique (Destaillats) le sujet dans le groupe familial, le groupe soignant

Rééducation et réadaptation

- Rééducation des troubles des fonctions exécutives
  - Utiliser et développer les routines en cas sévère
  - Entrainement à la résolution de tâches complexes
  - Reprendre un contrôle « metacognitif » à partir de la connaissance des difficulté

Nécessité d’un accompagnement psychologique et psychiatrique Circulaire TC, parcours de soins

- Dès la réa et tout au long de la vie
- Psychiatre
- Approche psychanalytique, systémique, cognitivà-comportementale

- De la psychiatrie en neurologie ou l’inverse?

CAT en cas d'agressivité et agitation

- Agressivité / agitation
  - Cause environnementale? Modification?
  - Douleur ?
  - Anxiété dépression
  - Troubles cognitifs
- CAT
  - Adapter l'environnement, accompagner
  - tt des douleurs
  - Tt de l'anxiété / dépression
  - Thymorégulateur
  - Recours limité au Neuroleptiques

Un tabou : la sexualité

questions sur la sexualité / troubles de la sexualité

- Cerveau et sexualité
- Inhibition et dés-inhibition sexuelle
- Solitude
- Fonder une famille
- Droit à la sexualité?

SOFMER
Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation

Recommandations de bonne pratique

Troubles du Comportement chez les Traumatisés Crâniens : Quelles options thérapeutiques ?

Recommandations

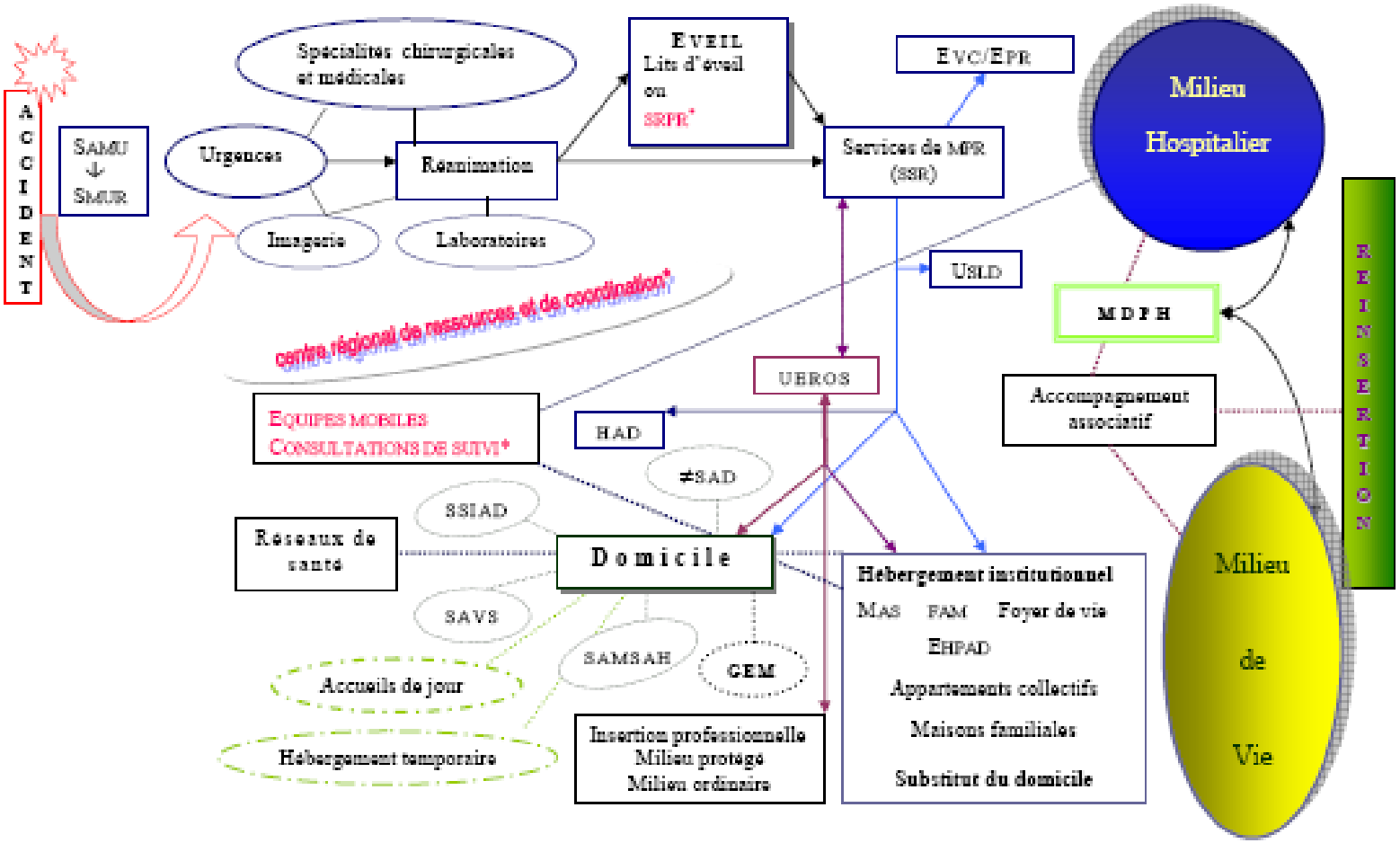
Cette recommandation de bonne pratique a reçu le label de la HAS. Ce label signifie que cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon les règles méthodologiques et les cédures préconisées par la HAS. Toute contestation sur le fond doit être portée directement auprès du promoteur.

Ce travail a bénéficié du soutien de l'association France Traumatisme Crânien

http://www.sofmer.com

Parcours de soin
parcours médico-social

Tableau de correspondance Atteinte crânio-cérébrale ou vertébro-médullaire/Evolution/Structures de prise en charge et d'accompagnement



* créations recommandées ; structures existantes dans certaines régions

Rapport TC et BM oct 2010 A Aoun; P Pradat-Diehl

ELSEVIER MASSON

Available online at
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Annals of Physical and Rehabilitation Medicine 55 (2012) 546–556

ANNALS OF PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE

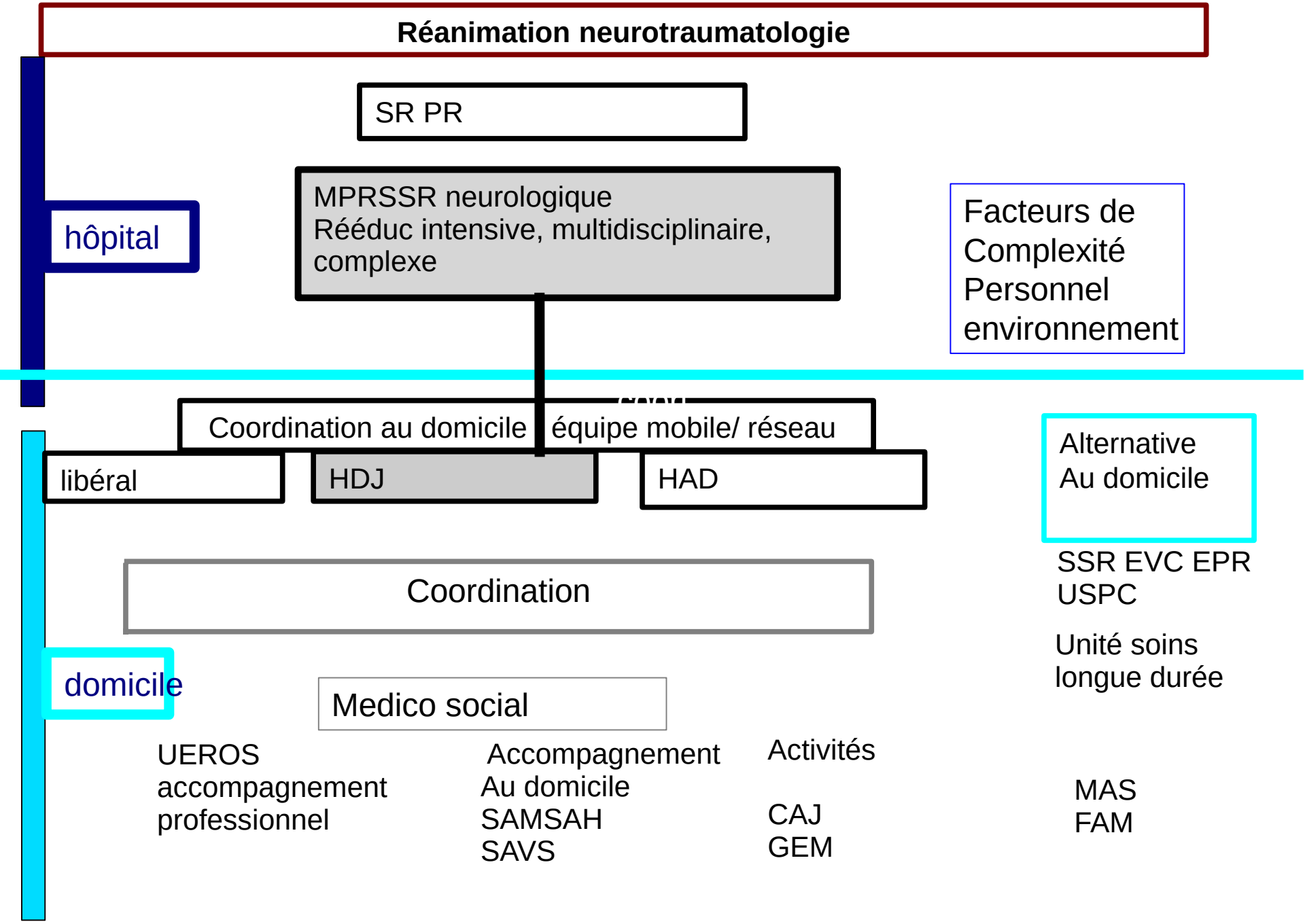
Professional practices and recommendations / Pratiques professionnelles et recommandations

Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: Adults with severe traumatic brain injury

Parcours de soins en MPR : « L'adulte après traumatisme crânien grave »

P. Pradat-Diehl [a,*], P.-A. Joseph [b], F. Beuret-Blanquart [c], J. Luauté [d], F. Tasseau [e], O. Remy-Neris [f], P. Azouvi [g], J. Sengler [h], É. Bayen [a], A. Yelnik [i], J.-M. Mazaux [b]

[a] *ER 06, UPMC, service de MPR, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP–HP, 75013 Paris, France*
[b] *Service de MPR, université Bordeaux Segalen, CHU de Bordeaux, 33076 Bordeaux, France*
[c] *CRMPR Les Herbiers, 76230 Bois-Guillaume, France*
[d] *Service de MPR, université Lyon, CHU H.-Gabrielle, 69230 St-Genis-Laval, France*
[e] *Service de rééducation en post-réanimation, centre médical de l'Argentière, 69610 Aveiz, France*
[f] *Service de MPR, hôpital Morvan, CHRU de Brest, 29609 Brest, France*
[g] *UVSQ, ER06 UPMC, service de MPR, hôpital Raymond-Poincaré, AP–HP, 92380 Garches, France*
[h] *Service de MPR, centre hospitalier de Mulhouse, 68070 Mulhouse, France*
[i] *UMR 8194, service de MPR, université Paris Diderot, groupe hospitalier St-Louis Lariboisière F.-Widal, AP–HP, 200, rue du Faubourg-Saint-Denis 75010 Paris, France*


Réanimation neurotraumatologie
SR PR
hôpital
MPRSSR neurologique
Rééduc intensive, multidisciplinaire, complexe
Facteurs de
Complexité
Personnel
environnement
Coordination au domicile
équipe mobile/ réseau
libéral
HDJ
HAD
Alternative
Au domicile
Coordination
SSR EVC EPR
USPC
Unité soins
longue durée
domicile
Medico social
UEROS
accompagnement
professionnel
Accompagnement
Au domicile
SAMSAH
SAVS
Activités
CAJ
GEM
MAS
FAM

Intensive care unit / **PMR in ICU assessment, early rehabilitation, coordination**

Post ICU PMR department

Neurologic
PMR inpatient hospitalisation
Specialised intensive
Multidisciplinary
rehabilitation

Home coordination/ TBI network

Private sector

Out patient rehab

Home based rehab

Home placement institution

SSRdedicated to persistent VS and MCS

Long term nursing Care unit

Follow up specialised PMR consultation
Coordination

Medico social facilities

UEROS
Social and professional reintregration

Home support
SAMSAH
SAVS

Occupational Activities
CAJ
GEM

MAS
FAM

Après la rééducation

- Suivi tout au long de la vie
- Suivi sanitaire

- Alternatives du domicile
  - MAS, FAM, foyers
- Vie au domicile
  - Structures de jour
  - Intervention au domicile
  - Insertion sociale et professionnelles : UEROS

Conclusion

- Les troubles cognitifs et du comportment des sujets jeunes est un handicap invisible
- Peu de prise en compte
- Travail de l’HAS, recommandation

Disability Rating Scale (DRS)			
Catégorie	Item	Instructions	Score
Eveil et réponse	Ouverture des yeux	0 = spontanné ; 1 = à la parole ; 2 = à la douleur ; 3 = jamais	
	Communication	0 = orientée ; 1 = confuse ; 2 = inappropriée ; 3 = incomprehensible ; 4 = aucune	
	Motricité	0 = à l'ordre simple ; 1 = localisée ; 2 = en retrait 3 = flexing 4 = en extension 5 = aucune	
Capacités cognitives pour les activités quotidiennes	Alimentation	0 = complète ; 1 = partielle ; 2 = minimale ; 3 = aucune	
	Toilette	0 = complète ; 1 = partielle ; 2 = minimale ; 3 = aucune	
	Orientation	0 = complète ; 1 = partielle ; 2 = minimale ; 3 = aucune	
Dépendance des autres	Niveau d'autonomie	0 = completement indépendant ; 1 = indépendant dans certains lieux ; 2 = peu dépendant ; 3 = moderément dépendant 4 = plutôt dépendent 5 = totalement dépendent	
Adaptation psychosociale	Travail en collectivité	0 = sans restriction ; 1 = emplois particuliers 2 = emplois amménagés (non-competitif) 3 = incapacité	

Catégories de handicap	
Total	Niveau de handicap
0	Aucun
1	faible
2-3	partiel
4-6	modéré
7-11	modérément sévère
12-16	sévère
17-21	extrèmement sévère
22-24	Etat végétatif
25-29	Etat végétatif majeur

Echelle Rivermead

Symptomes	A 1 mois	A 3 mois	A 6 mois		A 1 an	A 18 mois	A 2 ans		
Date									
Maux de têtes									
Etourdissements									
Nausées / vomissements									
Sensibilité au bruit									
Sensibilité à la lumiere									
Troubles du sommeil									
Fatigabilité									
Irritabilité									
Sentiment d'être déprimé ou au bord des larmes									
Sentiment de frustration ou impatience									
Oublis, troubles de la mémoire									
Troubles de la concentration									
ralentissement de la pensée									
Vision floue									
Vision double									
Agitation									
Autre :									
Total	0	0	0		0	0	0	0	0

Score :
0 = jamais éprouvé
1= pas plus problématique qu'avant
2=Problème léger
3=Problème modéré
4=Problème sévère

outil d'évaluation des conséquences en vie quotidienne des troubles cognitifs des personnes cérébrolésées, compatible avec le GEVA

PAAC: Profil d'Autonomie pour Adulte Cérébrolésé

http://www.crftc.org/index.php/le-paac

L Devos, C Taillefer, P Pradat-Diehl, J-J Weiss, F Poncet, J Charanton

Avec le soutien de la CNSA Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

PAAC

- Objectif : outil « GEVA compatible » sensible aux conséquences des troubles cognitivo-comportementaux des cérébrolésés
- Méthodologie
- Recherche action participation
- Recueil des observations des cliniciens et des MDPH
- COPIL incluant CNSA et UNAFTC
- 1ere grille à partir du GEVA et analyse des insuffisances du GEVA pour les cérébrolésés: 37 dossiers remplis, 17 fiches d'évaluation
- choix de critères qualitatifs et non quantitatifs

- Proposition du PAAC
- Identification des facteurs généraux, facteurs environnementaux, facteurs sociaux
- 9 grilles/ 1 domaine fonction organique (cognitif) et 8 domaines d'activité : 53 activités
- Une synthèse
- Un guide

. MOBILITE EXTERIEURE - MANIPULATION.

MISE EN DANGER ☐ Oui ☐ Non

DATE : NOM de la personne : INTERVENANT:

RS : réalise seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision - Activité non altérée

RP : réalise + aide humaine ou stimulation ou supervision- Activité altérée sans aide

RC : réalise seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision + lenteur ou stratégie ou compensations techniques ou conditions particulières- Activité non altérée

AR : ne réalise pas du tout l'activité, dans toutes ses composantes

NA : non applicable

☐	SE DEPLACER A L'EXTERIEUR Aide à la mobilité ☐ Oui ☐ Non
☐	UTILISER LES TRANSPORTS EN COMMUN
☐	APTITUDE A CONDUIRE
☐	PREHENSION DE LA MAIN DOMINANTE : D ☐ G ☐
☐	PREHENSION DE LA MAIN NON DOMINANTE : D ☐ G ☐
☐	ACTIVITES DE MOTRICITE FINE

FACILITATEURS

OBSTACLES

- ☐ PB ORIENTATION DANS ESPACE
- ☐ PB PLANIFICATION DU TRAJET
- ☐ PB GESTION TEMPS- HORAIRES
- ☐ PB GESTION STRESS-IMPREVU
- ☐ ADHERENCE ENVIRONNEMENT
- ☐ FATIGABILITE
- ☐ PB EFFICACITE –REGULARITE
- ☐ PB CONDUITES SOCIALES

- ☐ PB SENSORI – MOTEUR
- ☐ SOUS UTILISATION HEMICORPS
- ☐ PB POUR APPROCHER OBJET
- ☐ PB POUR SAISIR OBJET
- ☐ PB POUR PORTER-LACHER OBJET
- ☐ PB GESTION D'ACTIVITES BILATERALES
- ☐ APRAXIE
- ☐ COMPORTEMENT PREHENSION
- ☐ PB RELATERALISATION
- ☐ PB SOULEVER-PORTER CHARGES

ILLUSTRER par des situations descriptives détaillées - TESTS utilisés (s'il y a lieu)

MOYENS A METTRE EN PLACE :

AVIS DE LA PERSONNE :

AVIS DE L'ENTOURAGE :

SYNTHESE DES BESOINS

Fiche complétée par :

Nom d'usage / d'épouse :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse :

N° téléphone fixe :

N° téléphone portable :

Email :

La personne concernée est sous :

- ☐ Tutelle
- ☐ Curatelle
- ☐ Pas de mesure
- ☐ Autre :

- ☐ Hospitalisé
- ☐ En établissement médico-social
- ☐ A domicile
- ☐ Autre :

NATURE DE LA DEMANDE

Dossier MDPH connu

☐ OUI ☐ NON

Numéro de dossier :

Département :

- ☐ RQTH
- ☐ Carte invalidité ☐ Carte de priorité
- ☐ Carte européenne de stationnement
- ☐ AAH
- ☐ Complément ressource AAH
- ☐ AEEH
- ☐ Allocation compensatrice (ACTP)
- ☐ PCH urgence

- ☐ PCH aide humaine :
- ☐ PCH aides techniques
  Préciser:
- ☐ PCH aménagement logement
  Préciser :
- ☐ Autre élément de PCH
  Préciser :

- ☐ Orientation professionnelle-milieu ordinaire
- ☐ Orientation professionnelle-milieu protégé :
  - ☐ ESAT ☐ AUTRE :
- ☐ Orientation vers formation
- ☐ Orientation vers service d'accompagnement :
  - ☐ SAVS ☐ SAMSAH ☐ UEROS
- ☐ Orientation établissement ou service spécialisé, précisez quelle catégorie :

POINTS SAILLANTS A PORTER A LA CONNAISSANCE DE LA MDPH

SYNTHESE DES FACILITATEURS :

SYNTHESE DES OBSTACLES:

MISE EN DANGER : ☐ Oui ☐ Non

RECAPITULATIF DES AIDANTS PROFESSIONNELS ET FAMILIAUX ACTUELS INTERVENANTS REGULIEREMENT (préciser les jours- les horaires- le lieu)

- ☐ Auxiliaire de vie:
- ☐ Infirmier :
- ☐ Aidants familiaux:

- ☐ Ergothérapeute :
- ☐ Kinésithérapeute :
- ☐ Psychomotricien :
- ☐ Orthophoniste :

- ☐ Psychologue :
- ☐ Educateur :
- ☐ Assistant social :
- ☐ Autre:

Projet de vie-Souhaits de la personne	*Avis de la personne sur la totalité des données de la synthèse*	*Avis de l'entourage, du représentant légal* (Identité -Qualité des répondants)
Date et signature :	☐ En accord ☐ En désaccord : *Domaines de désaccord :* Date et signature :	Date et signature :

. RELATIONS AVEC AUTRUI.

MISE EN DANGER ☑ Oui ☐ Non

DATE :

NOM de la personne: [redacted]

INTERVENANT: *EDUCATRICE SPECIALISEE DU FOYER*

RS : réalise seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision - Activité non altérée

RP : réalise + aide humaine ou stimulation ou supervision- Activité altérée sans aide

RC : réalise seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision + lenteur ou stratégie ou compensations techniques ou conditions particulières- Activité non altérée

AR : ne réalise pas du tout l'activité, dans toutes ses composantes

NA : non applicable

		FACILITATEURS		ILLUSTRER par des situations descriptives détaillées - TESTS utilisés (s'il y a lieu)
RP	MAITRISER SON COMPORTEMENT	Personnel du foyer	☐ COMPORTEMENTS INHIBES ☑ COMPORTEMENTS EXACERBES ☑ ATTITUDES CONFLICTUELLES ☑ NON RESPECT DES AUTRES ☑ ACTES-PROPOS INAPPROPRIES ☑ INTOLERANCE-IRRITABILITE ☑ IMPULSIVITE ☑ VIOLENCE MAL CONTROLEE ☑ OPPOSITION A L'ACTIVITE	Il se met dans des situations de conflit. Il est réactif aux frustrations, gère mal ses émotions, pulsions non canalisées, violence verbale, difficulté relationnelle avec la hiérarchie, est dans la revendication. Non prise en compte de ses propos ou actes inappropriés sur autrui. Relations compliquées et conflictuelles avec ses amis ou petite amie, se met en position de victime. Pas de remise en question, se dit non compris S'identifie aux croyances de ses compagnes : croyances changeantes qui s'adaptent à son vécu émotif, intérêt du moment ou interlocuteur du moment, est influençable. Il a une désinhibition dans ses actes, dans la parole et dans les relations aux personnes connues ou inconnues. En groupe il peut faire des réflexions à voix haute ou utiliser un langage très familier sans s'adapter à son interlocuteur. Il ne participe plus aux activités de groupe en raison de ses problèmes relationnels. Il a de nombreux projets suivis de multiples abandons, le maintien des activités est difficile (difficulté de planification, de contrôle et d'aboutissement des projets) Difficulté de confrontation avec le handicap
NA	S'OCCUPER DE SA FAMILLE			
RP	CREER ET MAINTENIR DES RELATIONS AFFECTIVES ET SEXUELLES	OBSTACLES Eloignement géographique de la mère. Attitude : humeur changeante	☑ PB ENGAGER RELATIONS ☑ PB MAINTENIR RELATIONS ☑ PB METTRE FIN RELATIONS ☑ PB A ETRE EN GROUPE ☑ PB RESPECT REGLES SOCIALES ☑ PB ASSUMER RESPONSABILITES	
RP	CREER ET MAINTENIR DES RELATIONS AVEC AUTRUI (avec ses amis, collectivité)			
RP	PARTICIPER A LA VIE SOCIALE (loisirs-partir en vacances-bénévolat)		☑ PB CHOIX ACTIVITES SOCIALES ☑ PB PARTICIPATION-MOTIVATION ☑ PB ORGANISATION HORAIRE OCCUPATIONNEL ☑ PB POUR MAINTENIR ACTIVITES	

MOYENS A METTRE EN PLACE : Nécessité d'une aide humaine pour canaliser ses débordements comportementaux, ses problèmes relationnels avec autrui et pour le choix, le maintien et l'aboutissement de ses activités ainsi que pour la régulation des situations relationnelles à risques.

AVIS DE L'ENTOURAGE :	AVIS DE LA PERSONNE :

P

MISE EN DANGER ☑ Oui ☐ Non

DATE :

NOM de la personne : [redacted]

INTERVENANT : *EDUCATRICE SPECIALISEE DU FOYER*

RS : réalise seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision - Activité non altérée

RC : réalise seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision + lenteur ou stratégie ou compensations techniques ou conditions particulières- Activité non altérée

RP : réalise + aide humaine ou stimulation ou supervision- Activité altérée sans aide

AR : ne réalise pas du tout l'activité, dans toutes ses composantes

NA : non applicable

RP	FAIRE SES COURSES
RC	PREPARER UN REPAS
RC	ENTRETENIR SA MAISON /SON LINGE
RP	GERER SON BUDGET
RP	GERER DEMARCHES ADMINISTRATIVES
RP	VIVRE SEUL

FACILITATEURS

Personnel du foyer

Attitude : Impliquée et motivé

Stratégies mises place : choix de plats simples, et plats préparés ou routines familières

OBSTACLES

Attitude : humeur labile

Absence du personnel encadrant dans le futur LOGIS

- ☑ PB POUR PREVOIR SES ACHATS
- ☑ PB CHOIX APPROPRIE
- ☑ PB POUR PLANIFIER TACHES
- ☐ PB SOULEVER-PORTER OBJETS
- ☑ PB GESTION-MAINTENANCE DES APPAREILS ELECTROMENAGERS

- ☑ PB GESTION ARGENT
- ☑ DEPENSES INAPPROPRIEES
- ☑ ACHATS IMPULSIFS
- ☑ ACALCULIE
- ☑ PB PLANIFICATION BUDGET
- ☑ PB EFFECTUER DEMARCHES

- ☑ PB ISOLEMENT
- ☐ PB POUR DEMANDER DE L'AIDE
- ☑ PB ASSUMER RESPONSABILITES
- ☑ RISQUES DE CONDUITES DE DEPENDANCE

ILLUSTRER par des situations descriptives détaillées - TESTS utilisés (s'il y a lieu)

Il ne connait pas ou mal la valeur des choses, peut faire des achats impulsifs inappropriés à son budget, est peu conscient de ses difficultés.

Lors des courses, il peut prendre les premiers produits qu'il voit sans respecter sa liste de courses et sans vérifier les prix

Il ne peut réaliser que des plats simples ou chauffer des plats préparés. Il peut oublier les plats sur la plaque de cuisson.

Il a établi un rituel pour entretien du linge et de sa chambre : le fait systématiquement le dimanche

Il a des difficultés de calcul, de lecture et d'écriture qui ne lui permettent pas de gérer un budget ni de réaliser des démarches administratives.

Le classement et le suivi des démarches administratives sont impossibles pour lui ce qui engendre des situations mettant en péril ses ressources.

MOYENS A METTRE EN PLACE : nécessité d'une aide humaine pour organiser et vérifier les courses, pour gérer le budget (mesures de protection indispensable), pour renforcer les mesures de sécurité.
Nécessité d'une aide humaine pour organiser les tâches élaborées et complexes et nouvelles.
Travail avec une conseillère en économie sociale et familiale recommandé

AVIS DE L'ENTOURAGE :	AVIS DE LA PERSONNE :

DATE :

SYNTHESE DES BESOINS

Fiche complétée par :

RS : réalise seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision - Activité non altérée

RC : réalise seul, sans aide humaine, sans stimulation, sans supervision + lenteur ou stratégie ou compensations techniques ou conditions particulières- Activité non altérée

RP : réalise + aide humaine ou stimulation ou supervision- Activité altérée sans aide

AR : ne réalise pas du tout l'activité, dans toutes ses composantes

NA : non applicable

FONCTIONS MENTALES	RS	RC	RP	AR	NA	Type d'aide – de besoins /Temps requis : suggéré - constaté / Exemples / Préciser capacités et déficiences impactant le fonctionnement
S'orienter dans le temps						
S'orienter dans l'espace						
Mémoriser						
Fixer son attention						
Organiser - Planifier						
Vérification-Contrôle qualité de la tâche						
Jugement						
TACHES ET EXIGENCES GENERALES						
Gérer sa sécurité						
Reconnaître ses difficultés						
Gérer la routine quotidienne						
Gérer son niveau d'activité (fatigue, efficacité,régularité)						
S'adapter à la nouveauté, l'imprévu, le stress						
Prendre des initiatives-des décisions						
Acquérir –Appliquer un savoir faire						
MOBILITE, MANIPULATION						
Se mettre debout						
Faire ses transferts						
Marcher						
Se déplacer à l'intérieur						
Utiliser les escaliers						
Se déplacer à l'extérieur						
Utiliser les transports en commun						
Aptitude à conduire						
Préhension de la main dominante						
Préhension de la main non dominante						
Activités de motricité fine						
ENTRETIEN PERSONNEL						
Se laver						
Soins du corps						
Assurer élimination, utiliser toilettes						
S'habiller, se déshabiller						
Prendre ses repas						
Prendre soin de sa santé						

DATE :

SYNTHESE DES BESOINS

Fiche complétée par :

COMMUNICATION	RS	RC	RP	AR	NA	Type d'aide – de besoins /Temps requis : suggéré - constaté / Exemples / Préciser capacités et déficiences impactant le fonctionnement
Parler						
Mener une conversation						
Entendre						
Comprendre						
Voir						
Lire						
Ecrire						
Utiliser appareil-Technique communication						
VIE DOMESTIQUE, VIE COURANTE						
Faire ses courses						
Préparer un repas						
Entretenir sa maison, son linge						
Gérer son budget						
Gérer démarches administratives						
Vivre seul						
SCOLARITE, FORMATION, PROFESSIONNEL						
Suivre un programme de formation-un stage						
Occuper un emploi						
Respecter les règles de base						
Organisation et contrôle de son travail						
Apprentissage-Application des connaissances						
RELATIONS AVEC AUTRUI						
Maîtriser son comportement						
S'occuper de sa famille						
Créer – Maintenir relations affectives						
Créer – Maintenir relations avec autrui						
Participer à la vie sociale						

SITUATION PSYCHOSOCIALE	Problème Oui	Problème Non	OBSERVATIONS (Préciser les retentissements du handicap de la personne sur la vie familiale)
Situation familiale			
Aidants familiaux			
Situation socioprofessionnelle			
Ressources propres à la personne			
ENVIRONNEMENT PHYSIQUE			
Caractéristiques du logement			
Sécurité personnelle et environnementale			
Accessibilité			
Services			
Véhicule personnel ou familial			