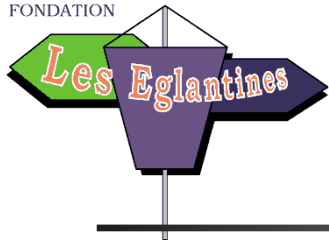




Personnes cérébro-lésées et comportements gênants



Contexte institutionnel:

- Historique : maison créée pour des personnes autonomes mais dépendantes
- Environnement physique : situé en ville (insertion + pas croissance + bruit)
- Maison ouverte : possibilités de sortir sans contrôle.
- Contre-indications à l'accueil, liées à ce qui précède : comportements autodestructeurs, danger pour autres usagers, toxicomanies, errance...

Mais ces difficultés apparaissent régulièrement, il faut alors adapter, l'accompagnement et l'environnement.



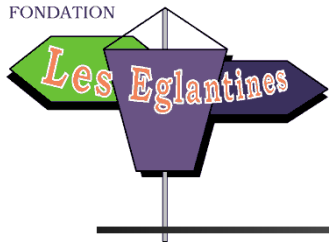
Services aux usagers:

- Hébergement:
 - Jaman 24 (2 groupes de 7 chambres)
 - Jaman 26 (17 studios)
 - Léman (4 appartements de 4 résidents et un externe)
- Thérapies
- Ateliers
 - Ateliers productifs dont 3 ateliers intégrés (30 places)
 - Ateliers de développement personnel (usagers du Home et 4 places de centre de jour)
- Accompagnement à Domicile
(14 places)



Services aux usagers:

- Ateliers de développement personnel:
 - Sport en salle
 - Bassin thérapeutique
 - Cuisine
 - Tea-room
 - Pédagogique
 - Informatique / multimédias
 - Peinture sur soie
 - Créatif
 - Décoratif
 - Journal



Organisation

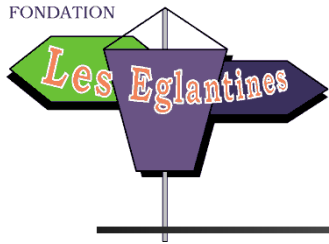
- Ressources humaines:
 - 130 collaborateurs
 - Dont 116 sous contrat à durée indéterminée
 - 82 accompagnants
 - 12 MSP ou assimilés
 - 70 accompagnants de vie (Home):
 - 34 éducateurs diplômés (ES, HES)
 - 22 soignants diplômés (ASSC, IA, HES)
 - 14 accompagnants de vie non diplômés.



les personnes cérébro-lésées

- Les difficultés :
 - Handicaps visibles
 - Handicaps invisibles
 - Les difficultés quotidiennes

- Les possibilités de progrès
 - La récupération
 - Les stratégies de contournement
 - La suppléance



Handicaps visibles

- Troubles moteurs et sensoriels :
 - Hémianopsie (1/2 champs visuel affaibli ou perdu)
 - Hémiplégie /hémiparésie
 - Héminégligence (liés, et composante cognitive)



Handicaps invisibles

- Troubles de l'attention :
 - Temps de réaction accru
 - Attention sélective ou divisée
 - Attention soutenue



Handicaps invisibles

■ Mémoire :

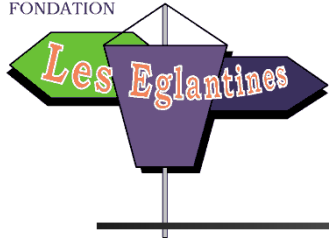
- Immédiate (1sec)
- A court terme (qqes sec à 1 min)
- A long terme (plus d'1 min)
 - Amnésie avant la lésion ?
 - autour de l'évènement?
 - depuis ?



Handicaps invisibles

- Persévérance :

Difficulté de passer d'une attitude à une autre, de changer de règle du jeu, de s'adapter à un contexte.



Handicaps invisibles

- Anosognosie :

la personne n'est pas consciente de ses difficultés, semble être dans le déni, sous-estime des difficultés, n'a pas conscience de ses limites.



Handicaps invisibles

- Ce qui implique :
 - de sérieux troubles des apprentissages
 - Difficultés d'adaptation aux contextes sociaux
 - Confiance et sentiment de compétences réduits



Handicaps invisibles

■ Troubles du comportement qui en découlent:

- Manque d'initiative, ne parvient pas à commencer des tâches qu'elle sait pourtant faire , n'arrive pas à faire des choix
- Manque d'empathie, ne mesure pas toujours la portée de ses paroles, ne semble pas capable de se mettre à la place de l'autre.
- Désinhibé, comportement inadéquat en société



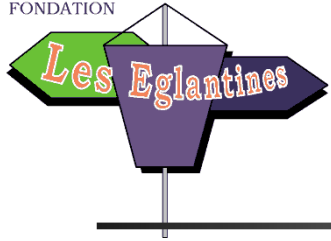
Handicaps invisibles

- Troubles du comportement qui en découlent:
(suite)
 - Facilement irritable, en particulier avec son entourage proche
 - Faible résistance aux frustration
 - Manque de contrôle des émotions, agit avec impulsivité, passe du rire aux larmes sans raison
 - Agressivité, envers soi, autrui ou les objets



La rééducation précoce

- Interventions médicales et paramédicales spécialisées pour réduire les effets de l'accident
- Reprise du fonctionnement de zones temporairement inhibées par le choc
- Possible exploitation de la plasticité cérébrale (des zones préservées se trouvant réaffectées aux fonctions de zones lésées)
- Évolution significative durant la première année



Les stratégies de contournement

Les progrès ultérieurs sont essentiellement fonctionnels :

- Stratégies acquises pour contourner l'incapacité (motricité ou fonctions supérieures)
- Adaptation de l'environnement physique
- Adaptation de l'environnement humain



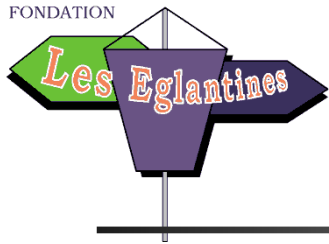
La suppléance

- **Suppléance pratique:**
Moyens auxiliaires, aide humaine
- **Aide à la prise d'informations, à la compréhension des contextes:**
En situation, échanges a posteriori
- **Aide à la prise de décision, aux choix:**
soutien ou suppléance



La suppléance

- La confiance en soi est fragilisée
- Un accord de collaboration est indispensable
- Quels que soient les troubles mnésiques, la confiance se construit sur l'expérience, et sur la durée.

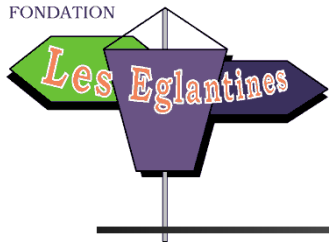


Quelques ressources utiles:

- Fragile Suisse, <http://www.fragile.ch/>
- Le traumatisme cranio-cérébral (Guide à l'usage des personnes cérébro-lésées et de leurs proches),
http://www.saaq.gouv.qc.ca/documents/documents_pdf/victime/trauma_cranio.php
- Jacques Robitaille, PREM–TGC, Montréal
- Les traumatisés crâniens, F. Conadon et al., Editions Arnette

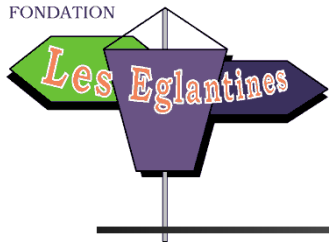


Présentation de la situation de travail



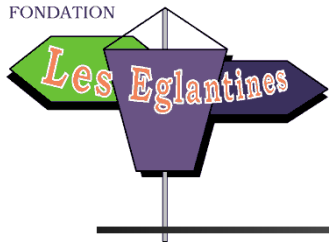
PERSONNALITE GENERALE / ASPECT PHYSIQUE

- Née le 16.11.1965 à Orbe, vivait à Romainmotier
- Formation élémentaire de repasseuse (Seedorf), rentière AI 100%
- Arrivée aux Eglantines à mi janvier 2010
- Grands yeux noirs expressifs, joli visage, forte corpulence
- Se déplace difficilement et lentement avec rolator, se tient voûtée (porte la misère du monde sur les épaules.
- Quelques moments d'apaisement dans la journée ou elle sourit !



FAMILLE ET ELEMENTS SIGNIFICATIFS DE SA VIE

- Enfance difficile : Pas connu son père et mère dépressive qui n'a pas pu s'occuper d'elle
- 1-4 ans : chez une tante (dépressive elle aussi) / 5-16 ans : chez un oncle perçu comme maltraitant / Internat à Seedorf formation de « repasseuse » / Depuis 1986, vit à Romainmotier et travaille comme aide-ménagère à l'EMS Comtesse / Depuis 2002 n'arrive plus à assurer un 50%, mise en arrêt de travail à 100%./ 2003 bénéficie d'une rente AI à 100%
- Elle est actuellement sous tutelle (deuxième)



PROBLEMES PSYCHIATRIQUES + DIAGNOSTIC

En raison de troubles dépressifs récurrents et de problèmes de comportement, hospitalisée 4 fois en milieu psychiatrique avant son accident

- **Diagnostics :**
 - F84.8 séquelle de psychose infantile
 - F71 retard mental (léger)
 - F33.2 troubles dégressifs récurrents
 - F07.0 troubles organiques de la personnalité



L'ACCIDENT

Le 30 janvier 2008, elle a un grave accident de voiture. Collision frontale contre un arbre à 100km/h. La bénévole âgée qui la conduisait à un RDV médical s'est endormie au volant.
Diagnostic : Fracture embarrée droite avec plaie craniocérébrale.

SUITES DE L'ACCIDENT :

Séquelles neurologiques, montre des difficultés touchant l'ensemble des domaines :

- Langage
- Praxies
- Gnosies
- Fonctions exécutives
- Bilan QI moyen de 50 (échelle WAIS-III)



COMPORTEMENTS MARQUANTS

- Mauvaise estime de soi, sentiment de dévalorisation et idées de persécution
- Attitude de replis sur soi avec manifestations dépressives
- Plaintes fréquentes de douleurs (réelles et surestimées)
- Rapport difficile à la nourriture (boulimie en alternance avec refus de manger)
- Changement fréquent de l'humeur
- Angoisses expliquées ou non-verbalisées
- Discours répétitif



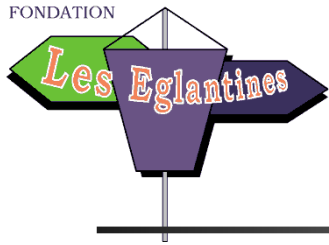
RELATION AVEC LES AUTRES

- Sensible aux commentaires de ses camarades
- Retrait social, vit à l'écart de la société
- Troubles du comportement envers le personnel ou les résidents
- Agressives parfois verbalement et dans la gestuelle (doigts d'honneur)
- Auto-agressivité (se donne des claques)



SITUATION DE TRAVAIL :

- **Lieu** : salle du déjeuner
- **Quand ?** le matin, après la douche
- **Qui participe à la situation ?** une résidante avec troubles bi-polaire et un autre avec problème de schizophrénie
- **Élément déclencheur** : le croisement du regard entre Martha et la résidante en face
- **Conséquences** : doigt d'honneur, insulte, escalade entre les 2 femmes et désarroi du 3^{ème} convive



Et maintenant, au travail :

- On peut appréhender la situation sous l'angle psychiatrique ou neurologique,
Quelles conséquences pour l'accompagnement, l'action éducative ou thérapeutique?
- Et vous, concrètement, que feriez-vous dans cette situation?



QUELQUES ATTITUDES POSSIBLES :

- Exclusion, déjeuner en chambre. Solution immédiate avec l'inconvénient de revivre la situation dans un autre moment social.
- Gronder/ attitude normative. Mettre l'accent sur la composante du groupe. Règles à respecter... Aspect négatif : on ne tient pas compte des conséquences de sa maladie (TCC)
- Anticipation : **on la coach** ! Contenance douce en prévision des difficultés (rappel verbal, poser sa main sur la sienne...L'éducateur devient « attelle psychique ». Si la surveillance est trop rapprochée, risque d'étouffement. Au contraire, si l'éducateur n'est pas assez présent, La personne TCC est livrée à ses pulsions sans contrôle.