

Résidence Le Chemin

3 rue du Grenier à Blé • 77240 Cesson • Tél. : 01 64 10 40 20 • residencelechemin@aede.fr • www.aede.fr

LA RESIDENCE LE CHEMIN : UN FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE

- Destiné aux personnes de moins de 60 ans atteintes de maladies neuro-évolutives ou de lésions cérébrales acquises.
- Accueil en hébergement permanent temporaire ou en journée.
- Le projet d'établissement:
 - l'accompagnement des personnes par une approche privilégiant:
 - **les thérapies non médicamenteuses**
 - **la stimulation cognitive et sensorielle**
 - Maintien du lien extérieur (familles, amis, environnement...)
 - Accompagnement à la vie quotidienne, sociale et culturelle
- Admission :
 - Avoir une notification de la CDAPH:
 - FAM avec accueil permanent en hébergement
 - FAM avec accueil temporaire en hébergement (90j/an)
 - FAM avec accueil permanent sans hébergement
 - Avoir un accord de financement du Conseil Départemental du domicile de secours ou d'un assureur



Le
Département

4 UNITES ET 1 SERVICE SPECIALISE

- 3 unités accueillant des personnes atteintes de maladies neurodégénératives :
 - 25 lits en accueil permanent
 - 3 lit en accueil temporaire
- 1 unité accueillant des personnes atteintes des lésions cérébrales acquises :
 - 13 lits en accueil permanent
 - 1 lit en accueil temporaire
- 1 accueil de jour médicalisé :
 - 8 places en accueil permanent
- 1 service d'Education Thérapeutique du Patient

ETP : SERVICE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT

- Le service d'Education Thérapeutique du Patient aide les personnes atteintes de Maladie Alzheimer et Maladie apparentées et leurs aidants à acquérir les compétences nécessaires pour mieux vivre avec la maladie

- **CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE**

- MMS > à 11
- Etre accompagné par un aidant

- **EQUIPE**

- COORDINATRICE DE SOINS
- NEUROPSYCHOLOGUE
- PSYCHOLOGUE
- IDE
- PSYCHOMOTRICIENNE
- MUSICOTHERAPEUTE
- ASSISTANTE SOCIALE

LES ATELIERS



- La communication
- Les troubles du comportement
- Les démarches administratives
- La médiation musicale
- Les représentations de la maladie
- La prise des médicaments
- L'aménagement du domicile
- La prévention du risque de chute

- Le public accueilli
 - Alzheimer
 - Dégénérescence Fronto-Temporale
 - Maladie de Huntington
 - Maladie de Picq...
- Les personnes atteintes de lésions cérébrales acquises
 - Accident Vasculaire Cérébral
 - Traumatisme Crânien
 - Encéphalopathie...

• Constats

- les personnes atteintes de maladies neurodégénératives présentent des stades d'avancée dans la maladie très différentes
 - Un accueil gradué
- Des aidants jeunes et des familles en activité
- Une maladie imprévisible et inattendue
- un déni et un rejet de la maladie
- Une communication difficile et des familles qui se heurtent aux troubles du comportement

LA PRISE EN CHARGE PROPOSEE

- UN PROJET D'ACCUEIL PERSONNALISE (PAP) POUR MAINTENIR UNE QUALITE DE VIE
- DES SOINS DE NURSING POUR PERSONNES DEPENDANTES
- DES ACTIVITES THERAPEUTIQUES
- DES ACTIVITES DE VIE SOCIALE
- UN ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE
- UN ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLE ET DES PROCHES
 - journée des familles et des amis
 - café des familles et des aidants

UNE PRISE EN CHARGE	MULTI-DISCIPLINAIRE
<ul style="list-style-type: none"> • MEDICAL ET PARAMEDICAL <ul style="list-style-type: none"> • COORDINATRICE DE SOINS • INFIRMIERES • MEDECIN • PSYCHOLOQUE • NEUROPSYCHOLOGUE • ART-THERAPEUTE • MUSICOTHERAPEUTE • ERGOTHERAPEUTE • ORTHOPHONISTE • PSYCHOMOTRICIENNE • PSYCHO-SOCIO-ESTHETICIENNE • KINESITHERAPEUTE 	<ul style="list-style-type: none"> • ACCOMPAGNEMENT QUOTIDIEN <ul style="list-style-type: none"> • AIDES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES • AIDES SOIGNANTS • ACCOMPAGNEMENT SOCIO-EDUCATIF <ul style="list-style-type: none"> • EDUCATEURS SPECIALISES • ASSISTANTE SOCIALE • EDUCATEURS SPORTIF • PARTENAIRES EXTERIEURS <ul style="list-style-type: none"> • ZOOTHERAPIE • TRAGER • LA MAISON DE QUARTIER • CLUB DE SPORT

LA STIMULATION COGNITIVE ET SENSORIELLE

- Atelier mémoire



- Soins esthétique et modelage

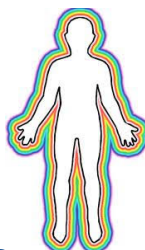
- Toucher thérapeutique

- La médiation par l'eau

- Toilette sensorielle

- Travail sur l'estime de soi

- La musicothérapie



- Atelier corps et mouvement

- Trager

- Gymnastique douce

- Atelier équilibre

- Snoezelen

- L'Art-Thérapie

- Relaxation

- La médiation animale





Présentation d'une situation

- ❖ Mr N. né le 13/02/1958
- ❖ Père inconnu
- ❖ Mère ne présentant aucun trouble neurologique
 - **Impossibilité de retracer une histoire génétique**
- ❖ A un fils de 22 ans qui ne souhaite plus le voir. Sa demi-sœur et son ex compagne sont encore très proches de lui
 - **Cassure dans la relation père /fils**
- ❖ Ancien cheminot, il a terminé sa carrière comme cadre en charge d'une équipe. Retraité depuis 2014.

Histoire de la maladie

- En 2007, Mr N présente un épisode dépressif associé à un début d'addiction à l'alcool.
- De 2011 à 2014, son entourage personnel note:
 - des troubles du comportement d'aggravation progressive
 - des difficultés mnésiques
 - des conflits avec ses collègues de travail apparaissent
- En 2013:
 - isolement dans une communauté eurasienne dans l'Allier
 - Il se montre menaçant avec son nouveau voisinage

➤ En avril 2014:

- appel de la police pour tapage nocturne
- ébriété, conduit aux urgences où une IRM sera effectuée
→ une image suspecte
- transfert dans un service de psychiatrie en secteur fermé puis réorienté en secteur ouvert il restera 1 an ½
→ **Mise en place d'un traitement psychiatrique lourd**

➤ Troubles neuropsychiatriques évoluant:

- Impulsivité
- Désinhibition verbale
- Appétence inhabituelle pour les produits sucrés au point de refuser le reste
- Nombreuses persévérations idéiques et motrices
- Difficultés de compréhension, troubles du langage
- Apathie sévère

➤ Novembre: décision d'investigation neurologique

→ **Baisse des psychotropes**

- Le diagnostic de Dégénérescence Lobaire Fronto-Temporale comportementale et sémantique est alors posé grâce à:
 - IRM
 - TEP-FDG
 - Présence d'un syndrome frontal comportemental et d'un déficit sémantique

- Orientation en établissement adapté en septembre 2015
 - ✓ 1^{er} étape : stabilisation de son accueil
 - ✓ 2^{eme} étape : repérage des habitudes de vie et des comportements
 - ✓ 3^{eme} étape : mise en place d'un dispositif d'accompagnement
 - ✓ Baisse des traitements

Comportement dans la structure

- Des repères et des rituels qui rythment sa journée :

- 3 serviettes doivent être disposées dans sa salle de bain
- la toilette dès son lever à 4 ou 5h après sa 1ere déambulation
- Il est très attaché à ses médicaments et son petit déjeuner
- il vient déjeuner à 12h35
- Mise a disposition d'une collation sucrée dans sa chambre
- Il passe à l'infirmerie à 18h pour demander que ses traitements du soir ne soient pas oubliés
- il vient dîner à 19h05
- il demande une banane tous les soirs
- son lien avec sa sœur est très important et il l'appelle quotidiennement
- il déambule de manière systématique, de jour comme de nuit, en fumant et en effectuant toujours le même trajet



Tout bouleversement et/ou changement génère :

- ➔ de l'anxiété
- ➔ une inversion du rythme jour/nuit
- ➔ des troubles du comportement

- Il communique:
 - avec l'équipe mais unilatéralement : formule une demande
 - l'IDE a un rôle précis (médicament)
 - il repère la voix de sa sœur
- Contact physique
 - très réfractaire et peut se montrer agressif s'il a l'impression qu'on pénètre trop son périmètre intime
- Un repère physique et verbale (par téléphone) : sa sœur
- Il présente un ensemble de symptômes récurrents
 - regard sombre
 - agitation physique non agressive
 - déambulation (nombreux tours du petit jardin)
 - attitudes répétitives et ritualisées
 - anxiété sans signe de dépression constaté
 - apathie
 - irritabilité, instabilité de l'humeur en lien avec la stimulation à la toilette

Constats et évolution de son état

- ❖ Problème d'incurie depuis son arrivée
 - refuse de l'aide pour la douche mais ne se lave pas seul
 - se contente de mouiller le sol
 - superpose les couches de vêtements







- ❖ Il ne participe à aucune activité
 - Il peut lire mais n'a pas toujours accès au sens des mots
 - ➔ **Il est donc important d'avoir recours à des images**

- ❖ Il ne présente aucun risque de fugue, la résidence étant un repère rassurant pour lui

- ❖ Sorties extérieures envisageables
 - ➔ **doivent être programmées et la date répétée**
 - ➔ **il prend note sur un post-it qu'il consulte automatiquement**

Essais éducatifs et thérapeutiques

- L'équipe a tenté d'instaurer des supports visuels pour l'aider dans le quotidien

Ma journée	
8h45	Petit-déjeuner (à préparer) 
9h30	Toilette 
12h30	Déjeuner  Sieste 
16h30	Goûter
19h	Dîner 
Fin de la journée 	

Lundi	Mardi	Mercredi
Judi	Vendredi	Samedi
	Rendez-vous	Dimanche

Janvier	Février	Mars
Juin	Mai	Avril
Juillet	Août	Septembre
Octobre	Novembre	Décembre

1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31					

Famille	Bowling	Marche
Maison de Quartier	Infirmière disponible	Rendez-vous extérieur

Sara	France-Aimée	Abel
Tatiana	Natacha	Lucie-Flore
Aude	Sophie	Pauline
Laurène	Julie	Pauline
Céline	Sylvie	Agnès
Anne-Laure	Marine	Claudine
Docteur DELUZE	Sabine MUNSCH	Docteur BURHAN



- L'ensemble des prises en charges tentées par les thérapeutes ont abouti à un échec:
 - la musicothérapeute n'a jamais réussi à établir un contact avec lui
 - la neuropsychologue a juste pu effectuer une évaluation comportementale le 31/05
 - l'orthophoniste n'a réussi qu'à évaluer ses capacités de communication
 - Mr N a refusé pratiquement toutes les séances avec la psychomotricienne, l'atelier étant basé sur des échanges de ballon
- ➔ **Des demandes récurrentes de l'équipe de TTT pour gérer les troubles du comportement par crainte**
- ➔ **Aucune traçabilité de passage à l'acte violent**

Prise en charge médicale

- Traitement à l'arrivée
 - 1) Escitalopram 10 → antidépresseur
 - 2) Oxazepam → anxiolytique
- apparition de troubles du comportement
 - Introduction de risperdal par le psychiatre
 - Augmentation progressive des psychotropes
 - Ajout d'un antiépileptique à visée thymorégulatrice
 - ➔ **aggravation de la cognition**
 - ➔ **disparition des repères temporo-spaciaux**
 - ➔ **aggravation de l'incurie et des troubles du comportement**

- Décision collégiale

- Préservation de la cognition

- Mise en place d'une stratégie d'adaptation comportementale

- Traitement actuel

- 1) tegretol → thymoregulateur sédatif

- 2) laroxyll → anxiolytique non benzodiazépine

- 3) quelques gouttes de tercian pour le sommeil

Prise en charge éducative aboutie

- ✓ Formation des équipes aux comportements/rituels et à la compréhension des apparences physiques
- ✓ L'équipe s'appuie sur ses rituels et les habitudes incontournables pour stabiliser son accompagnement
 - Limiter l'incurie en instaurant une ritualisation autour de la toilette
 - Les accompagnants lui expliquent par exemple qu'il n'aura son petit-déjeuner et ses médicaments que s'il prend sa douche avec une aide. 3 serviettes de douche sont disposées préalablement dans la salle de bain.
- ✓ Les soins potentiellement sensibles, comme les prises de sang, sont organisés pour que sa sœur puisse être présente et le rassurer
- ✓ Préparation des événements changeant en amont par répétition de la part des équipes et par rappel de sa sœur

L'ETABLISSEMENT



NOS PARTENAIRES

