



Le SAMSAH, une équipe au service du parcours et de l'inclusion

Vignette clinique

Julie CHAILLEY, Psychologue
spécialisée en neuropsychologie
au SAVS-SAMSAH de Cergy-Pontoise

Mr A. 56 ans, informaticien

- AVC droit
- Rééducation dans la suite pendant 5 mois
- Hémiparésie gauche, est en fauteuil roulant manuel, peu/pas d'utilisation du bras gauche
- Retour au domicile 5 mois après l'AVC
 - Aménagement du domicile : chambre RDCh, douche, rampe d'accès
 - Aides techniques : lit médicalisé, FRM
 - IDE et kiné quotidienne
 - Heures d'aide humaine par des AVS
 - Parcours de soin OK
 - Orthophoniste une fois par semaine
 - Psychologue une fois par mois

- Sociable, à l'aise dans la relation, bavard sans trouble de langage
- Sur le plan cognitif :
 - héminégligence gauche mentionnée dans certains CR médicaux.
 - évaluation ergo/neuropsychologique : « relative préservation des capacités cognitives »
 - CR MDPH « absence de troubles cognitifs » et « préservation des capacités de discernement ».
- => Informations cognitives peu précises

Trois ans après le retour à domicile, orientation vers le SAVS. Pourquoi ?

- Un an après le retour au domicile, MDPH interpellée par les professionnels pour signaler épuisement de l'épouse et vols à domicile.
- Visites de la MDPH préconisant des séjours de répit, une orientation vers FAM ou MAS et une mesure de protection.
- Séjours en rééducation.
- Refus orientation établissement et progrès moteurs notables : maintien au domicile.
- MDPH à nouveau interpellée par les professionnels du quotidien => informations sur groupe pour aidants pour Mme A/ séjours de répit/ orientation SAVS.
- Orientation par la MDPH au SAVS de l'APF FH (handicap moteur) validée

Arrivée dans le service

- Demandes de Mr A : sortir de chez lui/conduire/récupérer
- Le SAVS constate :
 - Épuisement de l'épouse : maltraitance verbale
 - Projet de reprise de la conduite soutenu par le kiné
 - Des besoins non repérés par Mr A : rupture de droits non anticipée
 - Refus d'envisager une mesure de protection
- Proposition d'évaluation cognitive : besoin de comprendre : incohérences des demandes, lésion cérébrale massive.
- L'évaluation réalisée dans le cadre du SAMSAH, possible par l'existence du double service à l'APF FH 95.

Evaluation cognitive : handicap invisible

- Facilités sur les plans verbal et abstrait
- Difficultés attentionnelles et exécutives ponctuelles
- Fatigabilité à l'enchaînement de toute tâche
- Héminégligence corporelle et extracorporelle et difficultés+++ dans toutes les tâches visuelles et visuo-spatiales
- Pas de troubles mnésiques
- Anosognosie (absence de conscience de ses propres troubles et de leur incidence)
- Refus de parler de ses difficultés « vous ne voulez pas qu'en plus du handicap moteur, je parle du reste »

=> Handicap invisible + anosognosie+ souffrance psychique

- 4 RDV bilan / 2 RDV restitution / bilan et lien avec activités quotidiennes pour donner du sens

Quels objectifs du service ?

- Aider Mr A. à réaliser des projets adaptés à ses capacités, en tenant compte des troubles cognitifs
- Faciliter le maintien au domicile avec son épouse en coordination avec les différents intervenants
- **Cohérence entre les projets de Mr A et ses capacités**
 - **Cohérence entre intervenants**

Que fait-on en équipe ?

Objectif : Aider Mr à réaliser des projets adaptés à ses capacités en tenant compte des troubles cognitifs

Objectif : Faciliter le maintien au domicile avec son épouse, en coordination avec les différents intervenants

**Nommer et expliquer les troubles cognitifs
Accompagner la prise de conscience des capacités et incapacités par des mises en situation
Proposer et valider des CR écrits avec MrA
Rencontres avec son épouse et tous les partenaires (service AVS, libéraux médicaux et paramédicaux) pour expliquer le handicap invisible (en présence de MrA)**

**Accompagner la réorganisation du quotidien (gestion administrative, interventions des AVS ...)
Proposition de relais (séjours de répit, groupes d'aidants)**

Tous professionnels du SAMSAH : médecin, ergo, AMP...

RDV en individuel ou en binôme

Nombreuses réunions de coordination en interne

Cheminement de Mr A

- Accepte de parler de ses difficultés
- Avec les sorties hebdomadaires, prise de conscience des étapes pour parvenir à se déplacer (accessibilité, fatigabilité ...)
- Constate erreurs attentionnelles : pas de vols
- Reconnaît qu'avec son problème visuel, il ne peut pas conduire
- Accepte un compromis : scooter électrique utilisé avec tierce personne

Rencontre de Mme A et des partenaires

- Donner des repères sur la situation : Mme A « comprend enfin les situations difficiles vécues avec son mari »
- Soutenir les représentations des aidants : écrits et RDV communs qui mettent des mots sur un fonctionnement cognitif perçu par certains sans être nommé
- Faire tiers entre Mr A et ses aidants
- Harmoniser le discours et proposer
 - un projet cohérent avec les capacités de Mr A
 - et cohérent entre intervenants.

En conclusion, quelques remarques

- **La présence de troubles cognitifs « handicap invisible » rend complexe le retour à domicile avec reprise des activités antérieures**
- Les troubles qui peuvent paraître mineurs au moment des hospitalisations en rééducation, risquent d'être invalidants au domicile. Utile de repérer, nommer et transmettre les informations sur les troubles cognitifs, dès que possible.
- Suite à une LCA, la personne doit faire connaissance avec son nouveau fonctionnement cognitif et moteur et s'y adapter.
- Alors que les outils cognitifs pour faire ce travail cognitif et psychique sont perturbés par les troubles (difficultés d'élaboration, anosognosie ...) : difficultés sur/sous évaluées.
- S'adapter à ses nouvelles capacités et demander une aide ajustée à ses besoins, en contexte écologique, est facilitée par un tiers.
- L'entourage familial ou professionnel peut être en difficulté pour parler des troubles et des capacités : avoir les mots, oser, alors que l'on peut être sidéré, épuisé et ne pas vouloir renvoyer sans arrêt les incapacités
 - ⇒ **Orientation SAMSAH pour être aidé à penser des projets adaptés**

Rôle du SAMSAH

- Apporter des expertises non présentes en libéral : ergo/neuropsychologue/médecin de rééducation ...
- Nommer et rendre visible le « handicap invisible »
- Croiser les regards sur la situation
- Faire tiers
- Proposer un espace psychique contenant qui permet de penser et parler de la situation globalement de façon cohérente
- Avoir du temps : 3 ans et demi dans cette situation
- Aide au cheminement, en parallèle, de la personne et des aidants familiaux et professionnels
- Coordination qui a du sens et s'adapte à chaque personne

Merci pour votre attention