

Le Livre des Résumés

15^{es}

Rencontres
KAP OUEST

ROSCOFF

LE KERISNEL - ST POL DE LÉON

www.kapouest.fr

JEUDI / VENDREDI

30 et 31

MARS

2017

TROUBLES
**neuro
visuels**



GROUPES et
rééducation



KERPAPÉ ■ ARCHE ■ PEN BRON ■ ST HELIER
LE NORMANDY ■ LE GRAND FEU ■ PERHARIDY

KERPAPÉ ■ ARCHE ■ PEN BRON ■ ST HELIER ■ LE NORMANDY
■ LE GRAND FEU ■ PERHARIDY

Remerciements aux Partenaires KAP OUEST

Centre de l'Arche
prh

CENTRE MUTUALISTE DE

KERPAPÉ

REÉDUCATION
ET RÉADAPTATION
FONCTIONNELLES
DISTRICT DE LORENT


ŒUVRES DE PEN-BRÔN


PÔLE DE
MÉDECINE
PHYSIQUE
ET DE
RÉADAPTATION
SAINT
HÉLIER


• melioris
Le Grand Feu

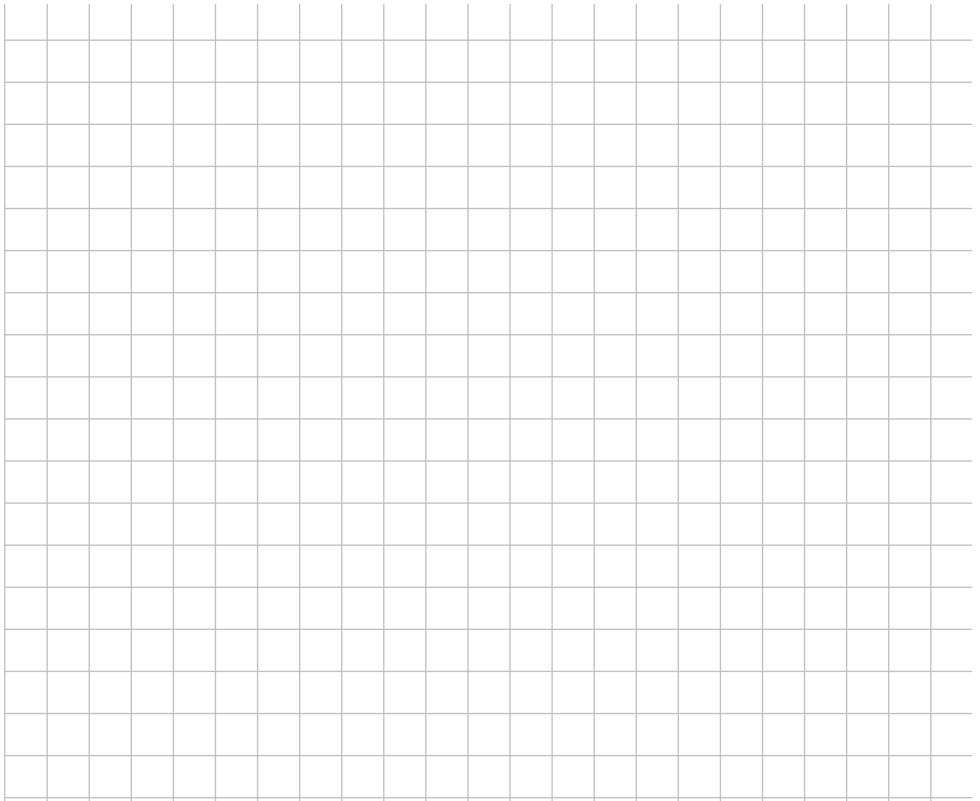
Compétences et dévouement au service du patient
LE NORMANDY
MEDECINE PHYSIQUE - REEDUCATION
ET RÉADAPTATION EN MILIEU MARIN


Centre de
Perharidy
Soins de suite et réadaptation spécialisés


KAP Ouest
KERPAPE ■ ARCHE ■ PEN BRON ■ ST HELIER
LE NORMANDY ■ LE GRAND FEU ■ PERHARIDY

Sommaire

- ▶ Les Centres KAP OUEST 4
- ▶ Le programme KAP OUEST 9
- ▶ Les résumés KAP OUEST 11



LES CENTRES KAP OUEST



► CENTRE DE L'ARCHE

Etablissement de MPR de 116 lits d'hospitalisation complète et de 70 places d'hospitalisation à temps partiel, géré par le Pôle Régional du Handicap. Il est spécialisé notamment, dans l'accueil de blessés médullaires, de traumatisés crâniens, de polytraumatisés, d'amputés et de victimes d'AVC.

Il prend en charge également les enfants pour la rééducation des pathologies du système nerveux et de l'appareil locomoteur, mais aussi des troubles nutritionnels (obésité). Une école est intégrée au Centre.

Le Centre de l'ARCHE dispose d'une équipe d'insertion professionnelle COMETE et d'une équipe mobile de rééducation et de réadaptation. Un SESSAD de 40 places, un SAMSAH de 22 places et une Maison d'Accueil Spécialisée de 53 places sont intégrés au Pôle Régional du Handicap et travaillent en étroite collaboration avec le Centre de l'ARCHE.



► CENTRE DE KERPAPE

Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif géré par la Mutualité Française Finistère-Morbihan le Centre Mutualiste de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelles de Kerpape dispose de 207 lits et 81 places en secteur sanitaire. Dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins de Bretagne, le Centre de Kerpape développe une double réponse de soins de rééducation spécialisés à vocation régionale (affections neurologiques, brûlés, cardiaques, pédiatrie) et soins de rééducation spécialisés à vocation de proximité (orthopédie/traumatologie, amputés, vasculaires, MPR respiratoire).

L'établissement regroupe sur un même lieu géographique, pour une prise en charge globale :

- d'un plateau Hospitalier composé de 4 unités de soins et 1 hôpital de jour adultes et de 2 unités de soins et 1 hôpital de jour enfants/ adolescents ;
- d'un plateau de Rééducation/Réadaptation composé de 5 plateaux de kinésithérapie, 3 plateaux d'ergothérapie, 1 service des sports avec un gymnase et une piscine d'eau de mer chauffée et 1 équipe pluridisciplinaire (psychologues-neuropsychologues-orthophonistes-psychomotriciens-

LES CENTRES KAP OUEST

- MNS-éducateurs...);
- d'un service transversal de Réadaptation Sociale et Professionnelle ;
- d'un plateau Pédagogique et Scolaire (maternelle, primaire, collège) ;
- d'un Atelier d'Orthoprothèse ;
- d'un Laboratoire d'Electronique (domotique, aides techniques, partenariat avec université et industries) ;
- d'une auto-école.

L'établissement conduit également de nombreux projets de recherches avec les CHU et les universités.



► CENTRE MPR CÔTE D'AMOUR

ex Centre Marin de PEN-BRON, ESPIC de l'Association Œuvres de Pen-Bron (44)

Le Centre MPR Côte d'Amour, exerce désormais à Saint-Nazaire ses activités de Médecine Physique et de Réadaptation, au plus près des structures de MCO et des professionnels de santé de ville de Loire-Atlantique.

En hospitalisation à temps partiel :

- Rééducation des affections du système nerveux central et périphérique
- Protocoles thérapeutiques et de rééducation contre la spasticité
- Rééducation de l'appareil locomoteur (polytrauma, prothèses articulaires, amputés)
- Bilans et rééducation des syndromes douloureux chroniques (lombalgies, SDRC...)
- Bilans urodynamiques
- Evaluation musculaire en isocinétisme
- Bilan de conduite automobile

En hospitalisation complète :

- 2 unités de rééducation des affections neurologiques
- Affections neurologiques d'origine traumatique (Traumas crâniens, paraplégie, tétraplégie, EVC-EPR...)
- Affections neurologiques d'origine vasculaire (Hémiplégies)
- Maladies neuro-dégénératives (SEP, SLA, Parkinson...)
- Affections neurologiques d'origine tumorale
- Affections du système nerveux périphérique
- 1 unité de rééducation de l'appareil locomoteur
- Polytraumatismes
- Prothèses articulaires (genoux, épaules...)
- Amputés vasculaires et traumatiques
- Syndromes douloureux chroniques fibromyalgiques



LES CENTRES KAP OUEST

Par des consultations externes MPR, adulte et enfant

- Affections du système nerveux
- Affections de l'appareil locomoteur
- Amputés
- Douleurs chroniques
- Déformations de la colonne vertébrale
- Plaies et lésions cutanées chroniques

Par des Consultations externes pluridisciplinaires

- Spasticité
- Troubles neuro-orthopédiques
- Atteintes neuro-vésicales
- Déformations de la colonne vertébrale

Le centre participation au développement de nouvelles technologies comme aides à la compensation du handicap (Réseau APPROCHE). Il propose aux patients la démarche d'insertion socioprofessionnelle du réseau COMETE.



► POLE MPR ST HELIER

Le Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation Saint-Hélier (Pôle M.P.R. Saint-Hélier), fruit du regroupement en juillet 2008 des C.M.P.R. Notre Dame de Lourdes à Rennes et La Vallée à Betton, est un établissement privé à but non lucratif, participant au service public hospitalier, géré par une Association de Loi 1901, l'Association Hospitalière Saint-Hélier.

Le Pôle M.P.R. Saint-Hélier accueille des patients adultes nécessitant une consultation médicale ou des soins de rééducation et réadaptation dans le cadre d'une hospitalisation à temps plein, à temps partiel de jour, ou de traitements ambulatoires.

Dans la prise en charge des affections neurologiques (lésés cérébraux, blessés médullaires, scléroses en plaques, infirmes moteurs cérébraux, post-éveils de coma...) et des pathologies vasculaires et de l'appareil locomoteur (amputés, orthopédie, traumatologie...), il développe une double réponse en offrant des soins de rééducation à la fois spécialisés et polyvalents.

Chaque jour, plus de 200 patients bénéficient du savoir-faire et de l'expertise

LES CENTRES KAP OUEST

reconnue de ses professionnels, ainsi que d'un plateau technique de qualité (balnéothérapie, isocinétisme, Lokomat...), dans une optique de réinsertion familiale, professionnelle et sociale.



► MELIORIS - LE GRAND FEU

Adhérent de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la personne Privés à but non lucratif (FEHAP), le CRRF Melioris Le Grand Feu est un établissement de santé privé d'intérêt collectif de l'Association MELIORIS qui comprend 4 structures (2 sanitaires et 2 médico-sociales).

Spécialisé dans la prise en charge des affections du système nerveux, des affections de l'appareil locomoteur, et des brûlés, ce centre de soins de suite et de réadaptation situé en Niort (79000) accueille aussi bien des patients adultes que des enfants et des adolescents :

- soit en hospitalisation complète (100 lits),
- soit en hospitalisation de jour (23 places)

Son Centre de Santé dispense des consultations externes spécialisées en médecine physique et de réadaptation, des consultations infirmières ainsi que des séances de kinésithérapie.

Doté d'une équipe Comète France dont la mission est la réinsertion professionnelle précoce, d'une maison Trait d'Union bénéficiant des dernières technologies en domotique et d'une auto-école associative équipée d'un véhicule adapté pour des patients en situation de grand handicap, le CRRF Melioris Le Grand Feu propose une offre de soins pluriprofessionnelle, permet une réadaptation et une réinsertion sociale, familiale et professionnelle par des moyens internes et des partenariats locaux, régionaux et inter-régionaux.



► LE NORMANDY

LE NORMANDY est un Centre Régional de Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle en Milieu Marin (CRRRF) où plus de 500 professionnels mettent toutes leurs compétences au service des patients.

Par sa situation géographique, il utilise des éléments du milieu marin au service de la santé. L'établissement disposant d'un matériel de haute technologie, utilise



LES CENTRES KAP OUEST

des méthodes de pointe et a pour vocation la prise en charge de pathologies neurologiques, traumatiques, orthopédiques et rhumatologiques avec une action de réadaptation visant à réinsérer les patients dans le milieu socio-familial et professionnel.



► LE CENTRE PERHARIDY - ILDYS

Le pôle sanitaire de la Fondation ILDYS se déploie sur trois entités distinctes et complémentaires :

- Le site de PERHARIDY, à Roscoff
- Le site de TY YANN à Brest
- Le site de MATHIEU DONNART A Brest

Situés à Roscoff et à Brest ces services de soins de suite et de réadaptation (SSR) assurent la rééducation et la réadaptation des pathologies suivantes :

- Affections du système nerveux (42 lits, 7 places),
- Affections de l'appareil locomoteur complexe (29 lits, 20 places),
- Affections respiratoires (14 lits, 4 places),
- Affections cardiovasculaires (30 lits, 15 places),
- Affections du système digestif, endocrinien et métabolique (25 lits, 3 places),
- Affections onco-hématologiques (3 lits par délégation du CHRU de Brest),
- Affections liées aux conduites addictives (45 lits),
- La Fondation dispose également d'un SSR polyvalent de 72 lits,
- La prise en charge de l'enfant s'organise sur les trois sites d'activité de la fondation pour un total de 65 lits et 28 places.

La Fondation gère également un Centre lourd d'hémodialyse à Roscoff. Le Centre de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose (CRCM) et le Centre de Référence en Mucoviscidose complètent ce dispositif. La Fondation est également Centre de référence régional pour l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.

Une cellule de Recherche Clinique promeut la recherche et l'innovation, en collaboration avec la Fédération RIMBO (Recherche et Innovation en Bretagne Occidentale).

MATIN - Travail de groupe en MPR : principes, intérêts et limites

- ▶ **08h30 Accueil des participants**
- ▶ **09h00 Introduction**
 - ▶ Pr O Remy Nérés, PU-PH MPR - CHU de Brest (29)
- ▶ **09h15 Le lien affinitaire : une ressource thérapeutique ?**
 - ▶ M^{me} MH Jacques, Sociologue, Maître de Conférences - Université de Poitiers (86)
- ▶ **09h30 Dynamique de groupe ou "comment comprendre les lois qui régissent la vie d'un groupe pour en améliorer le fonctionnement et la cohésion".**
 - ▶ M^{me} K Thépot-Caudan, Pr de communication - UBO Brest (29)
- ▶ **10h00 Sport et groupe**
 - ▶ M. C Gourcuff, Entraîneur de football ligue 1 - Rennes (35)
- ▶ **10h45 Pause café et Visite des Stands**
- ▶ **11h15 Groupe et pathologies neurologiques**
 - ▶ Pr PA Joseph, PU-PH MPR - CHU de Bordeaux (33)
- ▶ **12h00 Pairémulation**
 - ▶ M^{me} E Gardien, Maître de conférences - Université Rennes 2 (35)
- ▶ **12h45 Déjeuner et visite des stands**





APRÈS-MIDI - Retour d'expériences sur les groupes en rééducation

- ▶ **14h00 Rééducation de groupe et lombalgies**
 - ▶ Dr E Elje, M^e G Robic, M. R Français - Centre de Kerpape (56)
- ▶ **14h30 Groupe de parole de blessés médullaires**
 - ▶ M^{me} S Richard, psychologue et M. Ronan Helguen, éducateur spécialisé - Centre de Kerpape (56)
- ▶ **15h00 Rééducation de groupe et Sclérose en plaques**
 - ▶ Dr L Mesnard-Lecompte, Médecin MPR - Centre de l'Arche (72)
- ▶ **15h30 Pause café et Visite des Stands**
- ▶ **16h00 Groupe et troubles cognitifs**
 - ▶ M Bouton et RM Le Roux - Pôle St Hélier (35)
- ▶ **16h30 Café des aidants**
 - ▶ M. L Feron, Directeur et Mme Ordonneau, Psychologue - Centre Le Grand Feu, Niort (79)
- ▶ **16h50 Table ronde : Valorisation du travail de groupe et évaluation médico-économique**
 - ▶ M. L Bernard-Michel, Directeur - Centre de Pen Bron (44), Dr P Le Gac, Médecin DIM - Chantepie Rennes (35)
M^{me} Marie-Pierre Rouxel, cadre de santé - Perharidy (29)
- ▶ **17h30 Fin de journée**



MATIN - Troubles oculomoteurs chez le patient cérébro-lésé

- ▶ **08h30** **Accueil des participants**
- ▶ **09h00** **Le bilan orthoptiste du patient cérébrolé**
 - ▶ *M^{me} A. Kostas, Orthoptiste CHNO des 15-20 et libérale - Paris (75)*
- ▶ **09h30** **L'analyse clinique des troubles oculomoteurs du patient cérébrolé**
 - ▶ *Dr N Gravier, Ophtalmologue - Polyclinique de l'Atlantique à Nantes (44)*
- ▶ **10h00** **Pause café et Visite des Stands** 
- ▶ **10h30** **La prise en charge par l'orthoptiste**
 - ▶ *M^{me} A. Kostas, Orthoptiste CHNO des 15-20 et libérale - Paris (75)*
- ▶ **11h00** **La prise en charge chirurgicale**
 - ▶ *Dr N Gravier, Ophtalmologue, Polyclinique de l'Atlantique - Nantes (44)*
- ▶ **11h30** **Prise en charge précoce et pluridisciplinaire d'une cécité corticale** 
 - ▶ *M^{me} D. Julienne, Orthoptiste et Dr T. Berthier, MPR - Pôle St Hélier (35)*
- ▶ **12h00** **Déjeuner et visite des stands**

APRÈS-MIDI - Ateliers

▶ **13h30** **Ateliers**

1^{ER} ATELIER AU CHOIX :

- ▶ **Atelier 1** **Sexo et SEP : comment aborder la sexualité ?**
 - Dr K Hubeaux, Médecin MPR au Centre de Perharidy (29)*
 - Dr P Gallien, Médecin MPR au Pôle Saint Hélier (35)*
 - Dr J Kerdraon, Médecin MPR au centre de kerpape (56)*

OU

- ▶ **Atelier 2** **Transmissions croisées (infectiologie) et récapitulatif de la conférence de consensus**
 - Drs B Nicolas et ABriand, Médecins MPR au Pôle St Hélier (35)*

▶ **14h45** **Ateliers**

2^E ATELIER AU CHOIX :

- ▶ **Atelier 3** **Thérapie en miroir et SDRC**
 - J Philip, Centre de Perharidy (29) - Dr B Quinio, Anesthésiste au CHU de Brest (29)*
 - Dr J Houedakor, Médecin MPR au Pôle St Hélier (35)*
 - M^{me} H Caratis - Ergothérapeute au Centre de Perharidy (29)*

OU

- ▶ **Atelier 4** **Retour sur les mains bioniques**
 - M^{me} F Garrec, Centre de Kerpape (56) et M^{me} V Brandily, Pôle St Hélier (35)*

▶ **16h00** **Fin de journée**

Le lien affinitaire : une ressource thérapeutique ?

→ Marie-Hélène JACQUES

Maître de Conférences à l'université de Poitiers

Chercheur au GRESCO – EA 3815

(Groupe de REcherches Sociologiques sur les Sociétés COntemporaines)

► **Mots clés** : identité sociale, groupe d'appartenance, affinités, autrui significatifs, stigmates

L'identité sociale (Dubar, 1991) d'un individu se construit dans les sphères initiales de la socialisation primaire (famille, école...) et dans les sphères secondaires telles que la vie professionnelle, le réseau de sociabilité (Darmon, 2006). Ces groupes d'appartenance sont unis par des valeurs et des normes qui en unifient les pratiques et les représentations du monde (Bourdieu, 1980). Notamment, les liens affinitaires (amitié, fréquentations) sont induits par cette unité sociale et morale qui rassemble des individus qui présentent des caractéristiques semblables (Anzieu et Martin, 1990 ; Pan Ke Shon, 1998). Tout écart perçu à ces normes génère un stigmate (Goffman, 1975), c'est-à-dire une caractéristique identifiable (corporelle, culturelle, ethnique, comportementale) qui discrédite socialement la personne et, en la réduisant à cette différence préjudiciable, attise son exclusion (Becker, 1985).

La survenue d'un handicap, d'une perte fonctionnelle, en ce qu'elle présente le risque de totaliser l'identité de la personne à ce nouvel état, peut être assimilée à un stigmate : la diminution des capacités, l'exclusion, même partielle ou temporaire, des sphères ordinaires de l'activité humaine (travail, parentalité,...) génèrent des représentations sociales discriminantes. Lors de la prise en charge en services de soins de suite et de réadaptation, la personne va côtoyer d'autres patients qui partagent ce même stigmate. Cette expérience commune du handicap génère l'affiliation à un nouveau groupe de référence (détenteur des mêmes caractéristiques, porteur des mêmes questionnements) qui, dans la durée de la cure et de ses étapes, peut constituer un nouveau groupe d'appartenance: ces autrui significatifs (ces autres auxquels la personne peut s'identifier, se comparer) peuvent alors devenir des soutiens sociaux, voire constituer une ressource dans le processus transitionnel de reconstruction de soi, corporelle et identitaire.

La dynamique de groupe

↳ **Karine THEPOT-CAUDAN,**

Enseignante de l'Université de Brest (Faculté des Sciences et Techniques)

Docteur en littérature française.

Chargée de mission au SIAME, Service universitaire de pédagogie.

Comment fonctionne un groupe ? Composé d'individus aux personnalités différentes, il s'articule sur les axes fondamentaux de recherche d'objectif commun et d'interactions entre les participants. Mais une fois cela posé, comment animer un groupe et motiver ses participants à adhérer au projet que l'animateur propose ?

Pour bien comprendre la dynamique du collectif, il est nécessaire tout d'abord de bien identifier les caractéristiques et phénomènes de groupe (comportement individuel et comportement de groupe, constitution d'une équipe, rapport au leadership), ainsi que les processus de communication et d'interactions.

L'animation d'un groupe ne s'improvise pas, et pour la préparer, l'animateur ou le responsable d'équipe doit avoir conscience des enjeux. Il est important qu'il maîtrise plusieurs outils, tels que la définition claire des objectifs, des méthodes de facilitation de la parole ou de cadrage, l'analyse objective des situations et des comportements difficiles ou conflictuels, ou encore la synthèse et le suivi du travail collectif.

C'est ce que nous tenterons de distinguer lors de cette présentation, en recherchant ensemble des exemples précis de gestion de groupe et de stratégies d'interactivité.

Sport et groupe

↳ **Christian Gourcuff,**

Entraîneur de football Ligue 1 - Rennes

1. Le football professionnel

- contexte
- enjeux
- complexité

2. Le football : sport «collectif»

- stratégie collective
- méthodologie
- l'individu dans le collectif : la créativité / le plaisir, moteur de l'activité
- cadre relationnel

3. Le management

- le groupe
- les personnalités
- les conflits



L'accompagnement par les pairs

→ Eve GARDIEN,

Maître de conférence

Département de Sociologie

Université Rennes 2

ESO (UMR 6590)

► **Mots clés :** pair, accompagnement, soutien, conseil, entraide, faire face, aller mieux

De tout temps, l'entraide entre pairs a été spontanément mise en œuvre pour assurer la survie de collectifs, pour faire face aux situations difficiles. Ceux soumis aux mêmes conditions d'existence ou vivant les mêmes événements, les pairs (au sens de faisant l'expérience des mêmes situations) ont tendance à être solidaires face à l'épreuve commune, à l'instar des liens unissant une fratrie, des relations de bon voisinage ou encore des rapports entre professionnels de même statut, etc., face à l'adversité.

Cette solidarité spontanée n'est pourtant pas sans faille, et c'est la raison pour laquelle notre société s'est organisée pour pallier à ces manquements. Différentes institutions ont émergé de cette prise en charge de la solidarité, par exemple : les secteurs du travail social et de la santé, la sécurité sociale, etc. Paradoxalement, toutes les situations de nécessité n'ont pour autant pas disparu.

En effet, faire face aux effets d'un accident grave, à des états séquellaires importants ou encore à une dépendance pour la plupart des actes de la vie quotidienne, suppose des soins, de la rééducation et du soutien. Celui des pairs est à ce moment-là très apprécié, d'autant plus si ce pair peut permettre de retrouver l'espoir en une vie qui a du sens malgré le handicap, s'il peut permettre de penser son autonomie.

La pairémulation, ou encore le pair-accompagnement, consiste en une relation de soutien de pair à pair(s), à la demande de l'individualité qui cherche des solutions à un problème inscrit dans sa vie quotidienne, dans la perspective d'être plus autodéterminé et d'acquérir davantage de capacité d'agir. Autrement-dit, il s'agit d'une relation allant au-delà de la simple entraide.

En France, cette pratique a commencé à diffuser au début des années 1990 pour les personnes ayant des incapacités physiques et sensorielles. Depuis les années 2010, la pair-aidance a également été introduite en France dans le champ de la santé mentale.

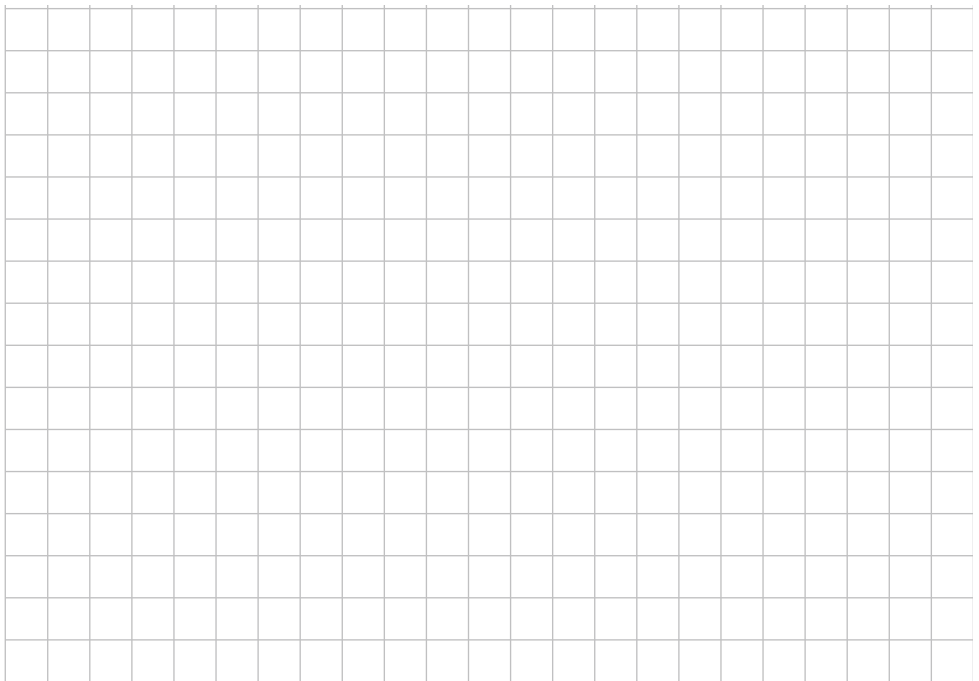
Cette fonction d'accompagnement assumée par les pairs tient sa principale légitimité dans les savoirs expérientiels, autrement-dit les savoirs issus de l'expérience des situations de handicap ou des troubles de la santé mentale, etc. Aujourd'hui ces pratiques commencent à intéresser plus largement.

Groupe et lombalgie

- ↳ **Estelle ELIE**, Médecin
- ↳ **Gwenola ROBIC**, Enseignante en Activités Physiques Adaptées
- ↳ **Régis FRANÇAIS**, Kinésithérapeute
Centre de Kerpape - Ploemeur

Restauration fonctionnelle du rachis : état des lieux sur les pratiques des établissements «KAP Ouest». Prise en charge en individuel et/ou en groupe? Les ressources et les contraintes d'un groupe?

Suivi d'un débat sur l'évolution des pratiques liée au profil des patients, aux évolutions des plateaux techniques, et aux modèles DMA proposé...



Rééducation de groupe et sclérose en plaques

- Laurence MESNARD –LECOMPTE, Médecin MPR
- Isabelle CHEVALIER FOUCAUD, kinésithérapeute
- Aurélie GALBRUN, Professeur d'APA
- Fabienne JAMOIS, IDE, DU d'éducation thérapeutique
- Agathe PULIDO, ergothérapeute

Centre de l'Arche, Pôle Régional du Handicap,
72650 SAINT SATURNIN

► Mots clés : SEP, rééducation collective, éducation thérapeutique.

Au sein de Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de l'Arche, nous proposons depuis des années des prises en charge rééducatives individuelles pour des patients atteints de sclérose en plaques.

Depuis 2013, une réflexion entre professionnels d'hospitalisation à temps partiel a été menée sur la volonté de proposer une nouvelle modalité d'accompagnement de ces patients en restant attentifs à leurs demandes notamment celle de rencontrer d'autres patients atteints de la même pathologie, d'échanger autour de la maladie, de mieux comprendre leur pathologie et de faire face aux différents symptômes.

Après l'élaboration d'un programme qui tient compte des techniques d'éducation thérapeutique du patient, mais aussi des souhaits évoqués régulièrement par les patients et les possibilités thérapeutiques offertes par le Centre, nous proposons depuis janvier 2014 une prise en charge collective. Ce programme a été labellisé par l'ARS en juin 2015.

Le groupe de patients :

Il est composé usuellement de 4 voire 5 patients. Afin de réaliser des groupes homogènes, nous tenons compte du stade d'évolution de la pathologie grâce à l'EDSS.

Critères d'exclusion :

La présence de troubles neuropsychologiques majeurs ne permettant pas au patient les échanges ou de s'approprier les techniques de rééducation dans leur quotidien.

La durée :

Le programme s'établit sur 5 semaines, 3 fois par semaine en hospitalisation à temps partiel avec des séances organisées sur des petites journées (10h00 / 16h30).

Les professionnels :

A chaque session, des thérapeutes référents sont définis pour les 5 semaines. Un médecin, un ergothérapeute, 2 kinésithérapeutes, un professeur d'activités physiques adaptées, un psychologue clinicien, une infirmière avec un DU en éducation thérapeutique du patient, un neuropsychologue, une orthophoniste.

Le programme :

Le programme comprend une prise en charge rééducatrice collective et parallèlement des ateliers d'éducation thérapeutique.

- Prise en charge rééducatrice et réadaptative en kinésithérapie, activités physiques adaptées,

(suite)

ergothérapie et groupe de paroles avec le psychologue.

- Des ateliers d'éducation thérapeutique dont les thèmes portent sur la connaissance de la sclérose en plaques, la gestion de la fatigue, les troubles périnéaux, les démarches administratives.
- Des séances d'information collective sur la pathologie (troubles de la déglutition et troubles neuropsychologiques).
- Des interventions extérieures avec des associations.

Les séances d'éducation thérapeutique sont mixtes, individuelles et collectives et réparties de la façon suivante :

- Un diagnostic éducatif individuel ou bilan éducatif personnalisé pour recenser les connaissances et les besoins du patient (= alliance thérapeutique)
- Une participation aux différents ateliers selon les besoins et objectifs recensés au moment du diagnostic éducatif
- Une évaluation éducative individuelle en fin de programme.

De façon plus ponctuelle et selon les besoins de chaque patient, nous pouvons associer à ce programme des rencontres individuelles avec l'assistante sociale, la diététicienne, des bilans urodynamiques, etc.

Le suivi :

Les patients d'un même groupe sont reconvoqués à 6 mois et à 1 an sur une journée afin de réaliser à nouveau un point sur

l'évolution de la maladie, sur le bénéfice du programme à distance ainsi que l'impact sur le quotidien du patient.

Au cours de ces journées, chaque patient bénéficie d'une consultation médicale, d'une évaluation individuelle en ergothérapie et en kinésithérapie ainsi qu'une séance collective en activités physiques adaptées.

Conclusion :

Depuis 2014, 9 groupes de 4 à 5 patients ont bénéficié de ce programme soit un total de 37 patients, âgés de 32 à 71 ans. Nous avons pu alterner des groupes de patients à EDSS élevé compris entre 6 et 7, à EDSS modérément élevé et à EDSS faible inférieur à 4. L'expérience de ces 3 années est plutôt concluante. D'ores et déjà, il est possible de voir les retours positifs de cette modalité de prise en charge, notamment en termes d'acceptation du handicap et d'impact sur la vie quotidienne. Nous observons également dans de nombreux groupes une pérennité des liens au sein des membres des groupes, de nombreux patients continuent à se côtoyer en dehors du Centre et bon nombre ont investi des associations sportives ou de patients jusqu' alors non entrepris personnellement.

Le programme Cognition SEP. Un exemple de rééducation en groupe dans la Sclérose en plaques

- ↳ **Mélanie BOUTON**, Neuropsychologue
 - ↳ **Florian CHAPELAIN**, Neuropsychologue
 - ↳ **Rosemary LE ROUX**, Neuropsychologue
 - ↳ **Philippe GALLIEN**, Médecin MPR
- Pole St Hélier - Rennes

Les connaissances relatives aux anomalies cognitives consécutives à la Sclérose En Plaques (SEP) se sont largement développées ces dernières années permettant ainsi de caractériser ces troubles et d'en mesurer leur fréquence d'apparition (Chiaravalloti et De Luca, 2008). Parallèlement à ces données, différentes observations auprès de cette population ont mis en évidence des dysfonctionnements du traitement des informations sociales et émotionnelles (Bora et al., 2016). Ces perturbations sont tout à fait susceptibles de fragiliser ces patients dans de nombreux domaines (social, familial et professionnel). Pourtant, leur prise en charge reste encore peu développée (Brissart, et al., 2011 ; Magalhães et al., 2014).

Afin de répondre aux difficultés auxquelles sont confrontés certains patients SEP, nous avons mis en place un programme de rééducation en groupe : le programme Cognition SEP. Ce programme a pour objectif principal d'accompagner les patients vers une meilleure conscience des modifications cognitives et socio-émotionnelles en identifiant les situations problématiques de la vie quotidienne.

Afin d'évaluer l'efficacité de ce programme rééducatif, nous avons analysé les données portant sur deux dimensions principales : la qualité de vie et les plaintes cognitives de 16 participants. Ainsi, cette analyse a été réalisée à partir des réponses fournies à trois échelles : la SEP-59, le MSNQ et un questionnaire portant sur les bénéfices du programme dans la vie

quotidienne. Ces différentes échelles ont été remplies par les participants, et pour certaines d'entre elles par leur proche, au début et à la fin du programme de rééducation.

Concernant les résultats, le programme Cognition SEP semble influencer de manière positive le niveau de fonctionnement des patients SEP dans leur quotidien, montrant ainsi l'intérêt de ce type de prise en charge dans une perspective de pratique clinique.

Références bibliographiques :

Bora, E., Özakbaş, S., Velakoulis, D., & Walterfang, M. (2016). *Social Cognition in Multiple Sclerosis: a Meta-Analysis. Neuropsychology review, 1-13*

Brissart, H., Daniel, F., Morele, E., Leroy, M., Debouverie, M., & Defer, G. L. (2011). *Remédiation cognitive dans la sclérose en plaques: revue de la littérature. Revue Neurologique, 167(4), 280-290*

Chiaravalloti, N. D., & DeLuca, J. (2008). *Cognitive impairment in multiple sclerosis. The Lancet Neurology, 7(12), 1139-1151.*

Magalhães, R., Alves, J., Thomas, R. E., Chiaravalloti, N., Gonçalves, Ó. F., Petrosyan, A., & Sampaio, A. (2014). *Are cognitive interventions for Multiple Sclerosis effective and feasible?. Restorative neurology and neuroscience, 32(5), 623-638.*

Café des aidants

→ **Laurent Féron**, Directeur de l'établissement Melioris Le Grand Feu - Niort

Pour améliorer le soutien et l'information apportés à l'entourage du patient, Melioris Le Grand Feu a souhaité développer ses actions pour les proches aidants par la mise en place d'un café des aidants qui s'appuie sur une dynamique de groupe.

Les aidants accompagnent un proche en difficulté du fait d'une maladie ou d'un handicap, de la petite enfance au grand âge. En France, les aidants représentent 8,3 millions de personnes. On parle désormais de proches aidants car l'aidant sur 5 n'a pas de lien familial avec la personne qu'il accompagne.

La philosophie du café des aidants

Qu'est-ce qu'un Café des Aidants ?

- Le Café des Aidants est un label associatif organisé en réseau national par l'Association Française des Aidants
- Le Café des Aidants est un lieu, un temps et un espace d'information, de rencontres et d'échanges ouvert à tous les aidants, quels que soient l'âge et la pathologie de la personne accompagnée
- Dans un cadre convivial et débutant par une conférence courte autour d'un thème prédéterminé, la rencontre est suivie d'un débat et d'échanges entre les participants
- Le Café des Aidants est co-animé par un travailleur social et un psychologue

Le Café s'adresse aux aidants :

- Pour qu'ils s'accordent un espace de temps personnel
- Pour rompre leur isolement social lors de ces

rencontres conviviales

- Pour qu'ils puissent échanger avec des personnes qui vivent des situations similaires au quotidien
- Pour qu'ils puissent se confier
- Pour qu'ils trouvent de l'information

Déroulement de notre action :

- Des rencontres chaque 1er jeudi de chaque mois
- Animées par une assistante sociale et une psychologue
- Thèmes divers et prédéfinis par l'équipe de professionnels animateurs
- Lieu : le Columbus, un café situé en centre ville.
- Horaires : de 17h30 à 19h
- Notre premier café des aidants a eu lieu le 6 octobre, « journée nationale des aidants » : 21 aidants présents
- Des aidants de personnes âgées et de personnes en situation de handicap

Le succès de ce premier café du 6 octobre a été tel que nous avons organisé, à l'essai, la mise en place d'un second café dès le mois de novembre (même lieu, mêmes horaires, mêmes thèmes) pour lequel nous sommes désormais soutenus par un partenaire supplémentaire.

Constats des professionnels animateurs de ces cafés :

- Des moments forts
- Réelle émulation de groupe
- Des retours très positifs des participants
- La création d'échanges riches au sein du groupe

- Un groupe solide s'est constitué qui se pérennise dans le temps
- De véritables apports grâce aux partages d'expériences : les participants se donnent des outils, élaborent en commun des pistes de réflexion
- Des liens se sont créés au sein du groupe: conversations plus personnelles qui se prolongent après le café
- Le groupe s'auto-alimente en terme d'échanges : les animatrices adoptent une position de retrait
- Aspect thérapeutique du groupe : les personnes évoluent et les autres membres du groupe soulignent positivement ces changements

Ces groupes d'aidants acquièrent une dynamique qui leur est propre. Ces temps permettent de libérer et faire passer des émotions, avec une complicité très particulière qui se développe au sein des participants de ces groupes où l'on se comprend, où l'on partage et où l'on s'entraide pour prévenir la dégradation de la situation d'aidant et celle de la relation aidé/aidant.

Perspectives :

- Pérenniser notre action sur le long terme
- Fédérer des partenaires autour de ces actions de groupe
- Diversifier les solutions de répit proposées aux groupes d'aidants comme la formation des aidants.

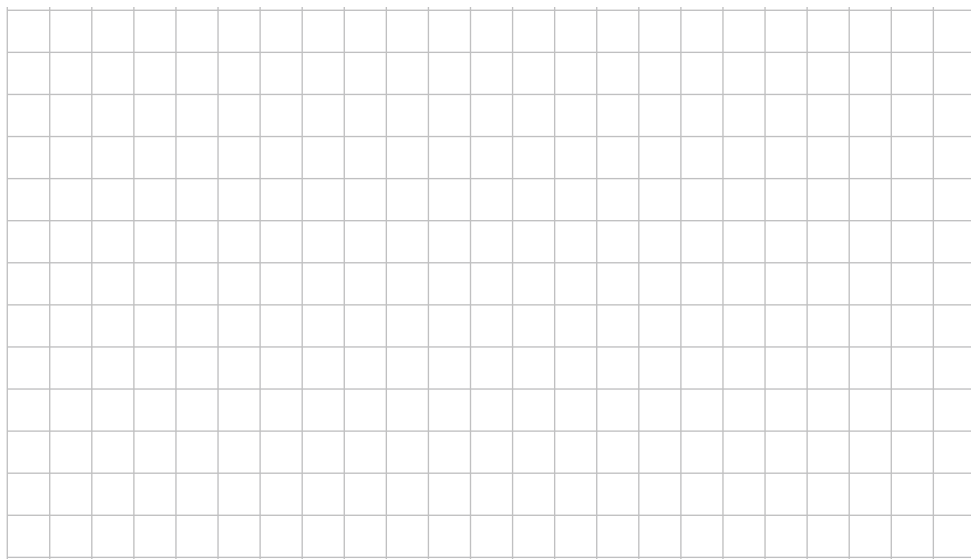
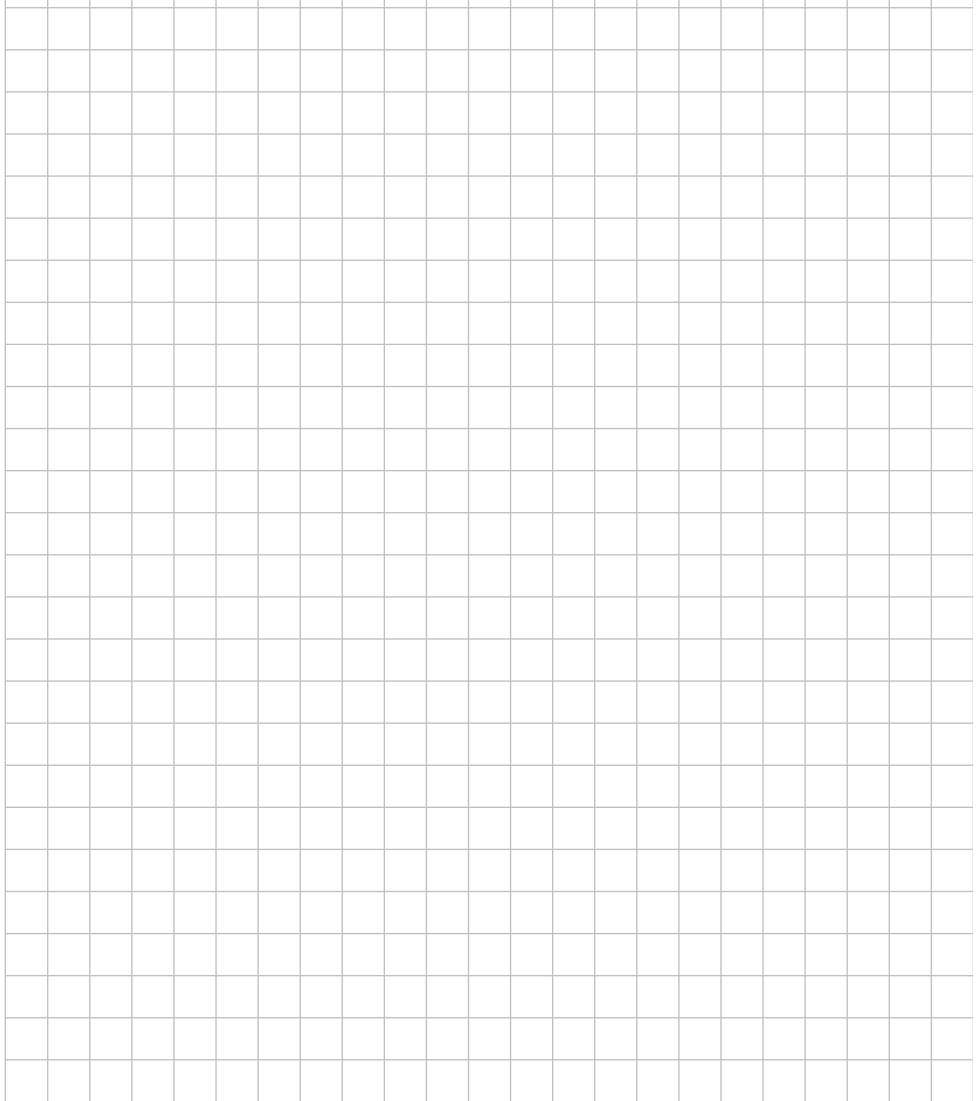


Table ronde : Valorisation du travail de groupe et évaluation médico-économique



La prise en charge orthoptique chez le patient cérébro-lésé

→ **Aline Kostas**, Orthoptiste, CHNO des 15-20 et libérale - Paris

Par définition, un patient cérébro-lésé présente une atteinte cérébrale. Cette atteinte peut se situer au niveau des voies optiques cheminant les informations visuelles à travers le cerveau, au niveau des aires visuelles corticales, des voies dorsale et ventrale, responsables de l'analyse du signal visuel reçu par la rétine, et au niveau des nerfs et/ou noyaux oculomoteurs issus du tronc cérébral permettant le bon fonctionnement des muscles oculomoteurs. Ces lésions entraînent des troubles neurovisuels, c'est-à-dire des troubles de l'information et de l'analyse visuelles. Le rôle de l'orthoptiste est de mettre en évidence ces pathologies par un bilan orthoptique initial. Ce bilan comprend l'étude du champ visuel, de la motilité et de la motricité oculaires et des troubles oculomoteurs.

L'examen du champ visuel détermine la portion de l'espace que perçoit un œil immobile fixant droit devant un point de fixation. L'étude du champ visuel permet d'explorer la fonction du nerf optique, de la rétine jusqu'au cortex visuel occipital et permet d'orienter la topographie des lésions des voies visuelles. Effectivement nous verrons sous tableau la corrélation entre l'aspect du déficit du champ visuel et la localisation lésionnelle des voies visuelles. Chez le patient cérébro-lésé, les déficits du champ visuel sont divers dus aux causes vasculaires et/ou tumorales. Il est également important de faire le diagnostic différentiel de l'hémianopsie latérale homonyme (HLH) et de la négligence spatiale unilatérale (NSU) fréquemment retrouvées, pour proposer une prise en charge orthoptique adaptée. Le champ visuel permet aussi de suivre l'évolution du déficit visuel utile à la prise en charge orthoptique du patient ; c'est aussi un

examen médico-légal...

Le bilan orthoptique consiste à la recherche des déséquilibres oculomoteurs :

- *à noter les hyperactions et hypoactions des muscles oculomoteurs dans les 9 positions du regard, champ d'action de chaque muscle : la motilité en versions et ductions.

- *à évaluer la motricité les mouvements oculaires: fixation, saccades, poursuite, nystagmus, réflexe oculocéphalique (ROC), réflexe de convergence (RDC) et les réactions pupillaires et palpébrales pour orienter la localisation d'un déficit des différentes paralysies.

- *à qualifier et mesurer les déviations horizontales, verticales et torsionnelles induites par ces déséquilibres. Seules les déviations horizontales et verticales sont compensées par des prismes. Les torsions, très handicapantes et mal décrites par le patient, provoquent une inclinaison des objets Elles sont mises en évidence par une ou des fixations linéaires et non plus par une fixation de points et sont difficilement compensées ; parfois par attitude de tête très inconfortable et donnant des douleurs au niveau du cou.

- *à décrire et rechercher les positions compensatrices de la tête : sont-elles dues à une diplopie, à un problème de champ visuel ou de paralysie oculomotrice ou encore du à un problème lié à un nystagmus retrouvé dans les atteintes spécifiques du tronc cérébral et du cervelet d'un patient cérébro-lésé (cf topo du Dr Nicolas Gravier)

* à pratiquer une coordimétrie, examen médico-légal, qui permet de visualiser le trouble oculomoteur du patient. Toutes les déviations (H,V,T) sont reportées sur les schémas, OD et OG respectivement localisateur; le schéma le plus petit correspondant à l'œil paralysé.

En tenant compte des altérations du champ visuel, la prise en charge de ces troubles oculomoteurs est avant tout la prise en charge de la diplopie, trouble fonctionnel le plus fréquent et le plus handicapant.

*Première intention : l'occlusion de l'œil paralysé suivie d'une prismaticion dès que possible. Il est fondamental de cacher l'œil paralysé et non l'œil sain. Pourquoi ? : selon les lois de l'oculomotricité, cacher l'œil dit «sain», déclenche des hyperactions secondaires sur cet œil et l'œil paralysé devenu fixateur provoque de fausses localisations appelées «past-pointing» ; le sujet est totalement déstabilisé. (cf vidéo Dr N. Gravier). Dans de rares cas, très exceptionnels, l'œil paralysé est l'œil fixateur et le sujet se cache l'œil dit sain mais au prix d'une attitude de tête conséquente.

*les occlusions de l'œil paralysé peuvent être partielles, sectorielles selon la gêne du patient

*la prismaticion est le traitement de choix pour soulager le patient et corriger l'attitude de tête :
- en prismes press-on tout d'abord, est à placer devant l'œil atteint ; à répartir si déviation verticale ou proposer prismes obliques, à voir cas par cas. Il peut parfois être important de l'ordre de 20 à 30 Δ au tout début, à partir du moment où le sujet est soulagé, malgré les

inconvenients du prisme press-on : baisse d'acuité visuelle proportionnelle à sa valeur et la diffraction de la lumière. Le suivi est capital pour diminuer très rapidement les press-on -prismes incorporés dont la valeur est limitée à 10Δ maximum sur chaque œil.

*le suivi coordimétrique est indispensable pour connaître l'évolution et permet pour certains un accompagnement psychologique.

Après 6 mois à 1 an de stabilisation de la déviation, une éventuelle thérapeutique chirurgicale peut être envisagée si nécessaire. Le but de cette prise en charge est d'obtenir le meilleur confort possible, donc la meilleure acuité visuelle possible sans diplopie avec une diminution du torticolis, en prévenant les patients du risque de la persistance des limitations oculomotrices et d'un résultat incomplet, malgré le bon suivi.

Les troubles oculo-moteurs chez le patient cérébro-lésé

→ Nicolas GRAVIER, Ophthalmologue - Polyclinique de l'Atlantique à Nantes

Nous aborderons les troubles oculo-moteurs chez le patient cérébro lésé de façon topographique en insistant de façon pratique sur certains troubles spécifiques.

1 - Atteinte tronculaire

Nous ne détaillerons pas les atteintes des nerfs oculo-moteurs périphériques III, IV, VI qui sont les atteintes assez classiques. Nous insisterons uniquement sur une entité malheureusement souvent méconnue, passant inaperçue et pouvant conduire à des retards de diagnostic atteignant généralement plusieurs années mais créant un handicap pour le patient durant toute cette période. Il s'agit de la paralysie acquise des deux nerfs IV.

Cliniquement il s'agit d'un diagnostic d'interrogatoire, le patient se plaint en effet d'une gêne visuelle survenant électivement dans la partie basse du regard et qui va donc le gêner pour la lecture, la descente des escaliers, la marche...

La gêne est mal décrite, le patient parle rarement d'une diplopie. Dans un contexte de traumatisme crânio-encéphalique et/ou de chirurgie de la fosse postérieure, une gêne dans le regard en bas alors que l'examen clinique est considéré comme normal, doit faire impérativement évoquer la double paralysie du IV. La certitude diagnostique est donnée par l'examen des torsions ainsi que l'a expliqué l'orthoptiste. La présence d'une extorsion supérieure à 12° dans le regard en bas signe l'atteinte paralytique des IV. Le traitement est purement chirurgical en retendant les muscles obliques supérieurs hypoactifs avec d'excellents résultats.

2 - Atteinte nucléaire

a- le noyau du VI est le centre du regard latéral, une atteinte nucléaire du VI se traduira donc pas une paralysie de la latéralité avec impotence d'adduction d'un œil et d'abduction de l'autre œil. L'association syndromique entre paralysie oculo-motrice et paralysie faciale peut conduire à un diagnostic topographique très précis, l'analyse sémiologique des atteintes oculo-motrices associées aux atteintes motrices permettent donc le diagnostic topographique exact.

b- atteinte nucléaire du III. Le noyau du III innerve de façon homolatérale le droit médial, le droit inférieur et l'oblique inférieur et de façon contro latérale le droit supérieur (décussation des fibres destinées au droit supérieur). L'atteinte typique du noyau du III donne donc une paralysie du III incomplète homolatérale avec strabisme divergent et hypertropie de l'œil atteint par déficit d'abaissement, associée à un déficit d'élévation de l'œil contro-latéral entraînant donc un important décalage vertical. Le diagnostic topographique de la lésion causale est donc donné par l'étude clinique.

3 - Atteintes supra nucléaires

a- atteintes des voies de contrôle supra nucléaires au niveau bulbo-protubérantielle : syndrome de la formation réticulée parapontique PPRF par abolition des mouvements volontaires et persistance des mouvements réflexes horizontaux. Le syndrome un et demi de Fischer consiste en l'association d'un syndrome nucléaire et d'un syndrome de PPRF bilatéral entraînant une persistance uniquement d'un mouvement d'abduction d'un œil du côté opposé à la lésion.

(suite)

b- atteintes mésencéphaliques. On peut schématiser la localisation lésionnelle préférentielle en fonction de l'atteinte verticale :

- en cas de paralysie de regard en bas et lorsqu'il y a une atteinte sélective des saccades on pensera à une lésion bilatérale des riFLM.

- en cas de paralysie de l'élévation atteignant tout type de mouvements (volontaire, réflexe, poursuite, saccade) on évoquera une lésion de la commissure postérieure.

- en cas de paralysie du regard en haut et/ou en bas pour tout type de mouvement on évoquera plutôt une lésion bilatérale des noyaux interstitiels de Cajal.

- le syndrome de Parinaud ou syndrome mésencéphalique dorsal signe une lésion de la commissure postérieure. On y retrouvera une atteinte des mouvements vers le haut, les saccades vers le bas et la poursuite vers le bas sont atteintes de façon inconstante et il y a une perte du maintien de la fixation dans les regards excentrés verticaux par contre les réflexes vestibulo-oculaires sont préservés. On peut retrouver un nystagmus retractorius (mouvements de convergence dans les essais de regard en haut) et une rétraction des paupières (signe de collier).

c- atteintes des voies de communication du tronc cérébral :

- atteintes des voies graviceptives : skew deviation et ocular tilt deviation (syndrome d'Hertwig-Magendie). Les voies graviceptives sont étagées sur toute la hauteur du tronc cérébral et relient les différents noyaux oculo-moteurs jusqu'au noyau vestibulaire en passant par les connexions cérébelleuses. Par ces voies transitent les informations qui permettent la compensation physiologique adaptative à la position du corps ainsi que les voies du réflexe vestibulo-oculaire. En cas d'atteinte de

ces voies graviceptives il y a déséquilibre entre les afférences bilatérales nécessaires pour maintenir la verticale subjective, il y a donc une distorsion de la verticale subjective, le patient va chercher à rétablir cette verticale subjective au prix d'un torticolis, d'une déviation oblique des yeux (skew deviation) et d'une cyclotorsion des deux yeux allant toutes dans le même sens de compensation.

Le traitement est d'abord attentiste puisque dans la majorité des cas les phénomènes d'adaptation se produisent et la verticale subjective se redresse toute seule avec disparition du torticolis, dans quelques rares cas il persiste une position de torticolis adaptative qui peut nécessiter une correction chirurgicale par action sur les muscles oculo-moteurs.

Le tremor oculo-palatin est caractérisé cliniquement par l'apparition, plusieurs semaines après le traumatisme ou l'accident vasculaire initial ayant touché le tronc cérébral, de mouvements nystagmiques verticaux de type pendulaire avec une fréquence de 2 hertz concomitant à des mouvements synchrones du pharynx, de la face parfois étendus jusqu'aux cordes vocales, aux épaules et aux muscles respiratoires.

La pathogénie résulte d'une altération du triangle de Guillain Mollaret. Le triangle de Guillain Mollaret consiste en une boucle de rétrocontrôle des mouvements oculo-moteurs entre le noyau dentelé du cervelet, le noyau de l'olive bulbaire inférieure et le noyau rouge. Une lésion du cervelet dans sa partie rostrale ou une lésion du tronc cérébral entraîne une dénervation de l'olive bulbaire, qui aboutit à une dégénérescence hypertrophique de l'olive bulbaire, avec couplage électronique anormal entre les neurones et

(suite)

création de décharges synchrones. Le diagnostic est confirmé par la présence sur l'IRM d'une hypertrophie de l'olive bulbaire.

5- L'atteinte cérébelleuse est très fréquente, entraînant des troubles oculo-moteurs complexes au premier rang desquels on retrouve un certain nombre de nystagmus dont il faudra bien distinguer les caractéristiques sémiologiques non seulement pour avoir un diagnostic topographique lésionnelle mais également pour orienter vers la prise en charge thérapeutique la plus adaptée possible.

a- le syndrome flocculo paraflocculaire caractérisé par :

- des micro saccades de refixation (rebound nystagmus). Cliniquement cela se manifeste par une micro saccade lors de la reprise de fixation
- des altérations de la poursuite oculaire.
- nystagmus du regard excentré (Gaze Evoked nystagmus ou nystagmus multi directionnel) très caractéristique de ces atteintes, il s'agit d'un nystagmus qui bat à droite dans le regard à droite qui bat à gauche dans le regard à gauche, qui bat en haut dans le regard en haut et parfois bat en bas dans le regard en bas mais la composante dans le regard en bas manque parfois.

On rappelle que la présence d'un nystagmus vertical est d'origine neurologique jusqu'à preuve du contraire et la présence d'un nystagmus multi directionnel est a priori d'origine cérébelleuse.

Tout traumatisme crânio-encéphalique pour lequel apparaît un tel nystagmus doit obligatoirement faire rechercher une atteinte cérébelleuse.

b - le syndrome vermien :

- association ésoptropie de loin, exoptropie de près
- perte des capacités adaptatives = perte de fusion

centrale entraînant des diplopies incoercibles extrêmement invalidantes pour lesquelles il n'y a aucun moyen thérapeutique en dehors de l'occlusion.

c- atteinte nodulaire

le nodulus est le lieu de stockage du signal de vitesse du réflexe vestibulo-oculaire. En cas de lésion du nodulus on peut avoir deux types de nystagmus :

- le nystagmus alternant périodique
- le nystagmus battant vers le bas

TRAITEMENTS

Traitement médicamenteux : Certains nystagmus d'origine cérébelleuse peuvent relever d'un traitement médicamenteux, notamment le nystagmus alternant périodique qui réagit remarquablement bien au traitement par baclofène. Le tremor oculo-palatin peut être amélioré par la gabapantine ou un anticholinergique.

La chirurgie des muscles oculo-moteurs peut être proposée dans 2 types d'indication :

- lutte contre la diplopie en cas de déviation des axes (paralysie oculomotrice)
- corriger un torticolis, lié soit à un déficit oculomoteur (paralysie de fonction), soit à une position de blocage d'un nystagmus, l'objectif étant de remettre la tête droite de façon à assurer au patient une position la plus correcte possible l'aidant dans sa prise en charge rééducative globale.

Prise en charge précoce et multidisciplinaire d'une cécité corticale : regards croisés orthoptiste/ neuropsychologue/psychologue

↳ Delphine JULIENNE, Orthoptiste

↳ Tiphaine BERTHIER, Médecin MPR - Pôle St Héliér, Rennes

► **Mots clés** : neurovisuel ; neuropsychologie ; réhabilitation ; cécité corticale

La cécité corticale est un trouble neuro-visuel complexe, invalidant du point de vue fonctionnel, se caractérisant par une perte de sensation visuelle liée à des lésions des voies optiques situées en arrière du corps genouillé latéral, et plus particulièrement du cortex visuel primaire, avec préservation de la fonction oculaire. Des troubles neuropsychologiques y sont associés (anosognosie, hallucinations visuelles, troubles mnésiques).

Les patients atteints de cécité corticale présentent un ensemble de capacités visuelles résiduelles parfois implicites, et la cécité corticale n'est pas un déficit forcément irréversible. La prise en charge rééducative pour réhabilitation visuelle nous apparaît tout à fait essentielle.

La réhabilitation visuelle est un champ en plein essor, à la frontière entre plusieurs disciplines : neuropsychologie, neuro-ophtalmologie, psychologie cognitive, orthoptie.

Nous proposons d'aborder, au travers de la présentation d'un cas clinique, les aspects pratiques d'une prise en charge pluridisciplinaire d'un patient lésé cérébral atteint de cécité corticale.

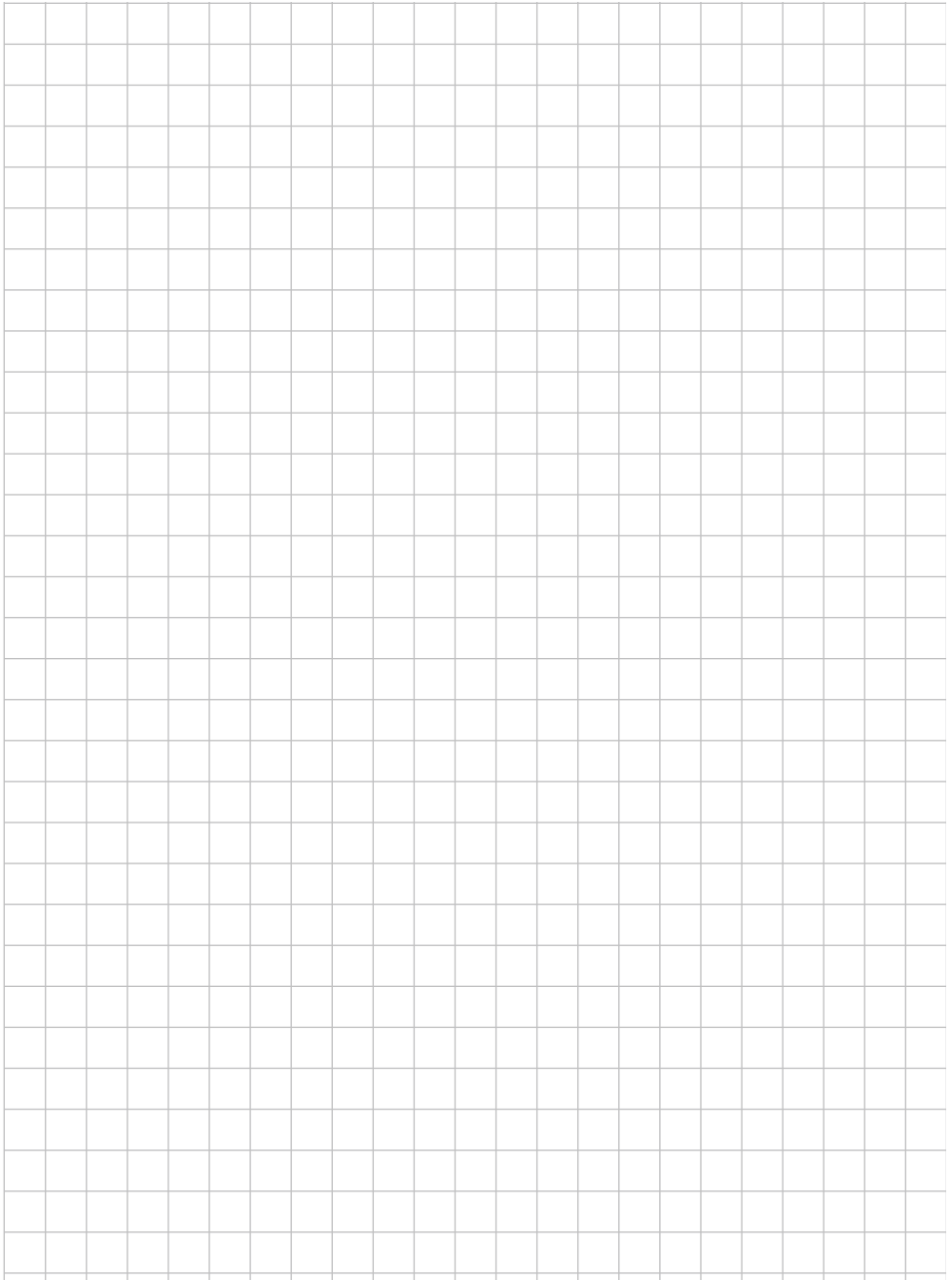
Nous aborderons l'évaluation initiale effectuée, les axes rééducatifs proposés, les évolutions et adaptations de la prise en charge. Cette présentation sera complétée par une interview du patient, relatant son vécu psycho-cognitivo-visuel lors des différentes étapes de la prise en charge de réhabilitation.

Bibliographie :

Chokron S : Cécité corticale ; EMC ophtalmologie 2006 ; 21-545-A-10

M-C Pouget et coll : acquired visual field defects rehabilitation : critical review and perspectives ; Annals of physical and rehabilitation medicine 55 (2012) 53-74

C. Vignal-Clermont, C. Tilikete, D. Milea: troubles neuro-visuels d'origine centrale; in Neuro-ophtalmologie Elsevier Masson 2016



LE LIVRE DES RÉSUMÉS

