

Les troubles visuels sont fréquemment observés à la suite d'une lésion cérébrale et malheureusement peu diagnostiqués et très peu pris en charge. Tandis que les prises en charge rééducative concernant la parole, le langage et les troubles moteurs sont considérées comme nécessaires et efficaces voir même comme systématiques, l'impact des troubles visuels d'origine centrale en revanche est toujours sous-estimé. Ceci peut être expliqué par le fait qu'il est fréquent de considérer la récupération à la suite d'une amputation du champ visuel comme quasi nulle. De plus, les patients souffrant de troubles neurovisuels peuvent présenter à degrés diverses des troubles associés telle que l'anosognosie (absence de conscience du trouble) ou pensent à tort que leurs difficultés visuelles sont la conséquence d'un déficit ophtalmologique. Par conséquent, soit ils nient totalement leur déficit visuel et ne s'en plaignent pas, comme il est souvent observé dans les cas de cécité corticale (Chokron, 2006) soit ils consultent à répétition auprès d'ophtalmologistes qui ne sont pas formés à la prise en charge des troubles visuels d'origine centrale et donc ne leur apportent pas de solution. Heureusement la réhabilitation neurovisuelle est un champ en plein essor, à la frontière entre plusieurs disciplines : la psychologie cognitive, la neuropsychologie, la neuro-imagerie et la neuro-ophtalmologie. Le système visuel représente une part importante au niveau cortical par conséquent la probabilité pour que ces aires soient touchées par une lésion cérébrale est assez importante (Zang, 2006; Rowe et al., 2009). Différents modèles théoriques tentent d'expliquer les déficits et les mécanismes sous-jacents à la fois aux troubles et à la fonction cognitive elle-même (perception visuelle, attention visuo-spatiale et reconnaissance visuelle). Cette diversité d'approches théoriques (dans la description, la définition et la compréhension des troubles) explique pourquoi une vaste gamme de techniques existe concernant la prise en charge des troubles visuels d'origine centrale. Kerkhoff (2000) a proposé de regrouper ces approches rééducatives en 3 catégories :

1) *la compensation* : habituellement les troubles neurovisuels sont considérés comme une perte de vision qu'il est impossible de restaurer. Issues de cette pensée, des techniques de prises en charge utilisent les fonctions intactes pour compenser la fonction perdue (Pambakian, Mannan, Hodgson, and Kennard 2004),

(2) *la substitution*: cette approche implique une adaptation de l'environnement en fonction du trouble présenté par le patient (par exemple : une adaptation prismatique Perlin, Dziadul, 1991),

(3) *la Restauration*: contrairement aux deux précédentes celle-ci est plus optimiste comme approche, et formule l'hypothèse qu'il est possible de récupérer d'un trouble visuel d'origine centrale et de restaurer objectivement la partie aveugle du champ visuel et d'entraîner les patients dans le but de réduire la gêne (Chokron et al., 2008, Bergsma & Van der Wildt, 2008). Malheureusement, cette approche à visée restaurative s'est heurtée aux études évoquant les limites de la plasticité corticale et des capacités de récupération à la suite d'une

lésion cérébrale. Cependant, le développement récent de techniques en neuro-imagerie telle que l'imagerie fonctionnelle, l'imagerie par tenseurs de diffusion et la Stimulation magnétique transcranienne ont mis en évidence que la plasticité corticale à la suite d'un entraînement cognitif soutenu, est possible (Johansson, 2004). Ces techniques permettent également de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents à cette réhabilitation cognitive.

Programme CONCARNEAU : vendredi 31 mars et samedi 1<sup>er</sup> avril 2017 :

### **Vendredi 31 mars**

9h00 – 10h30 : rappels : sémiologie des troubles visuels d'origine centrale

les troubles visuels d'origine centrale et leur répercussion sur la perception et les activités de la vie quotidienne

10h30 – 12h30 : dépistage : quels outils utiliser?

= évaluation des troubles visuels d'origine centrale (comment les mettre en évidence, les pièges à éviter...)

13h30 -15h00 : les techniques de rééducation

Approches théoriques : de la compensation à la restauration.

15h00 – 17h00 : prise en charge rééducative des troubles visuels d'origine centrale : Etudes de CAS et Vidéos

*+ si le temps le permet : seront abordés les mécanismes de réorganisation corticale qui sous-tendent très probablement cette capacité de récupération.*

### **Samedi 1 er avril**

9h00 – 12h00 : prise en charge rééducative des troubles visuels d'origine centrale : études de cas, vidéos et ateliers : création de supports personnalisés, de matériel de rééducation...