

# UE5.2 – Handicap d'origine cognitive

## Equipe multidisciplinaire

### Ergothérapie

- **Sollicite les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles** des personnes traitées
- Pour leur permettre de **maintenir, récupérer** ou **acquérir** la meilleure **autonomie** dans son environnement quotidien, individuelle, sociale et professionnelle
- Champ de la **rééducation** et de la **réadaptation**
- **PEC globale de la personne**
- Secteurs d'activité :
  - Services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)
  - Services hospitaliers
  - Dispensaires d'hygiène mentale
  - Maisons de retraite
  - Collectivités locales et territoriales
  - Mutuelles
  - Services médico-sociaux de suite et d'accompagnement, au domicile : SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale), SAMSAH (service d'accompagnement médicalisés pour adulte handicapé)
- Formation : 3 ans, concours ou après la PACES
- Activité essentiellement **salariée, pas de nomenclature** de la Sécu
- Début de PEC libérale : financement par les **MDPH, ESA** (équipe soin Alzheimer) plan maladies neurodégénératives
- Favoriser l'autonomie personnelle, au domicile et en dehors du domicile :
  - **Evaluation des déficiences, limitations d'activités dans des situations de vie quotidienne** (ex : tâche de cuisine)
  - **Rééducation** : des déficiences motrices, sensorielles MS et fonctions cognitives dans un univers de vie quotidienne
  - **Réadaptation** : compensation des déficiences, choix des aides techniques : transferts assis-deout, déplacement avec cannes, fauteuil roulant, aides pour les repas...
  - **Aménagement de l'environnement** : évaluation des contraintes architecturales du domicile en fonction des difficultés présentées par le patient : Evaluations au domicile Equipes mobiles AVC-Handicap

### Orthophonie

- Formation : études universitaires, concours d'entrée, numérus clausus
- Exercice **salarié** ou **libéral**
- Troubles pris en charge : voix, phonation, articulation, déglutition, surdité appareillée ou non, langage oral, langage écrit (dyslexie, dysorthographe), aphasies, dysarthries, calcul, communication ...
- Prescription de l'orthophonie :
  - Médicale, **nomenclature de la Sécu**, soins soumis à entente préalable, **cotation en AMO**
  - Prescription des séances directement par le médecin
  - Ou prescription médicale du bilan et prescription des séances par l'orthophoniste
  - Bilan orthophonique, bilan orthophonique + rééducation, bilan de renouvellement

### Psychologues

- Master de psychologie
- **Pas de nomenclature Sécu, pas de prescription médicale**
- Ne sont pas des paramédicaux

## UE5.2 – Handicap d’origine cognitive

- Plusieurs spécialités : psychologie clinique et pathologique, neuropsychologie, psychologues du travail...
- Psychothérapeutes
- Bilan neuropsychologique : des **déficits cognitifs** (mémoire, attention, fonctions exécutives, fonctions intellectuelles « globales »), des **capacités préservées**, utilisation d’**outils psychométriques** normalisés et protégé pour le diagnostic des pathologiques, **évaluation des déficiences**, bilan **avant rééducation et suivi, bilan dans un projet de réadaptation**
- Diagnostic et PEC des troubles psychopathologiques : associés au handicap (dépression, intégration du handicap au projet de vie), préalables, secondaires, intriqués, du patient, de sa famille, de l’équipe

## Aphasie et handicap de communication

### Définition de l’aphasie :

- **Trouble du langage oral et écrit, touchant de façon +/- sévère la compréhension et l’expression et entraînant un trouble de la communication**, du fait d’une lésion de l’hémisphère gauche
- Aphasie et CIF
  - Pathologie AVC
  - Déficience : trouble du langage oral et écrit, touchant de façon +/- sévère la compréhension et l’expression
  - Lésion anatomique : hémisphère gauche
  - Incapacité ou limitation d’activité : trouble de la communication, limitation pour les déplacements, les courses, la gestion des papiers administratifs
  - Participation et restriction : conséquences sur la vie familiale, sociale, professionnelle

A la phase précoce (USINV)	<b>Évaluation</b>	- 3 questions : comment parle le patient est-il informatif ? Comment comprend-il ? Quel accès au langage écrit ? - Score <b>NIHSS</b> - Test <b>LAST</b> : teste expression orale et compréhension orale
	<b>Rééducation</b>	- <b>Orthophonie</b> - <b>Expliquer</b> au patient / famille / soignant - <b>Conseiller</b> en pluriprofessionnel sur la suite de la rééducation
Suite de la PEC si aphasie reste sévère (SSR spécialisé en Neuro ou orthophonie en ville)	<b>Évaluation</b>	- <b>Bilans de langage standardisés</b> (orthophonistes) => décrire, classer évaluer la sévérité : langage spontané, compréhension simple et complexe, répétition, lecture compréhension, lecture à haute voix, écriture, langage élaboré - <b>Echelle de gravité de l’aphasie : BDAE</b> - <b>Bilan de l’incapacité de communication</b> ; étude de la communication verbale ou non verbale (gestes, dessins, écrit), échelle de communication verbale de Bordeaux (questions sur des situation de vie quotidienne : répondre au téléphone, prise de paroles avec des familiers ou des inconnus, sujets proches ou abstraits) - <b>Troubles cognitifs associés</b> : troubles du calcul, trb de la mémoire de travail
	<b>Rééducation</b>	- <b>Restauration /réorganisation</b> : exemple : <b>Thérapie du manque du mot</b> : 1. Verbalisation d’une phrase induisant le nom de l’image, prononcé avec un effet de saillance 2. Dénomination orale du patient sur contexte inducteur 3. Copie 4. Lecture 5. Copie 6. Dénomination - <b>Compensation</b> : utilisation de l’écrit, dessin, gestes visuelle (carnets de communication par désignation d’images, logiciels informatisés)

## UE5.2 – Handicap d'origine cognitive

- CAT en fonction de l'incapacité de communication :
  - Ne pas crier
  - Le style télégraphique n'aide pas à la communication
  - Souvent le patient ne peut pas écrire ce qu'il ne peut pas dire
  - Parler avec les patients et leur laisser le temps de parler
  - Parler normalement, assez lentement
  - Ne pas parler à plusieurs à la fois

### Evolution et pronostic de l'aphasie après AVC :

- 2 temps d'évolution : **évolution initiale spontanée** (1 mois -> 1an), **évolution secondaire liée à la rééducation**
- Facteurs pronostiques : **sévérité** de l'aphasie/AVC, **troubles** de la **compréhension**, troubles **associés** (polypathologie, trb sensoriels, trb cognitifs, dépression), **critères anatomiques** (localisation et taille de AVC)
- 1/3 troubles sévères de la communication, 1/3 communiquent en vie quotidienne, 1/3 langage normal ou presque
- Modalités de récupération cérébrale : **reprise de fonction des cellules après un dysfonctionnement transitoire** (levée de pénombre), **modification du fonctionnement cellulaire ou d'une région cérébrale** (rôle de l'hémisphère gauche, les zones déjà impliquées dans le langage autour de la zone détruite reprendraient une fonction plus large)

### Démarches sociales :

- **Assistante sociale** : rencontre la famille, évaluation sociale avant et après le pb de santé, préparation « sociale » avant la sortie d'hospitalisation
- Prise en charge des soins / revenus / aides pour les frais liés au handicap
- **CPAM** :
  - Prise en charge des soins, ALD pour AVC
  - Indemnités journalières (3 ans max)
  - Invalidité (au-delà de 3 ans en l'absence de reprise du travail)
- **MDPH** :
  - Carte invalidité
  - Prestation compensatrice du handicap (PCH) : tierce personne, AAH
  - Professionnel : évaluation des compétences, formations adaptées, RQTH
- **Sauvegarde de justice**, mise sous curatelle si nécessaire
- **Associations d'aphasiques**

### Suivi de rééducation et réadaptation

- **Insertion familiale**
- **Reprise de l'activité professionnelle** ? Contact médecin du travail, structures dédiées à la reprise du travail (UEROS)
- Lien avec le **médecin traitant**
- **Kiné + orthophonie**
- **Ergothérapie** si possible
- Démarches MDPH à poursuivre : aide tierce personne, services d'accompagnement au domicile

## UE5.2 – Handicap d'origine cognitive

### Négligence visuo-spatiale

#### Définition

- **Incapacité à prendre en compte, à réagir dans un hémiespace contro-latéral à la lésion cérébrale.**
- Le plus souvent : **négligence gauche** par lésion hémisphérique droite, 2aire à des troubles attentionnels, associé souvent à hémiparésie gauche

#### Évaluation

- **Des déficiences** : Quantification des oublis sur la gauche : tests de barrage, de lecture, de dessins, bissection de ligne
- **Des incapacités** : Echelle Catherine Bergrgo (10 situations de la vie quotidienne) : toilette, habillage, repas, orientation du regard, conscience de hémicorps gauche, attention auditive, déplacements, orientation, recherche d'objets courants

#### Rééducation :

- Stimulations du fonctionnement de l'hémisphère
- Contrôle volontaire de l'attention vers la gauche
- Travail visuel
- Travail sur le corps
- En ergothérapie, kiné, orthophonie

### Troubles des fonctions cognitives

- Concernent : **fonctions exécutives, attention, mémoire de travail, mémoire**
- Evaluation clinique par **interrogatoire, MMS, MoCA, BREF, évaluation neuropsychologique**

#### Rééducation

- De l'attention et de la mémoire de travail :
  - Restauration : augmentation des capacités préservées
  - Psycho-éducation : mieux comprendre les difficultés et les possibilités
  - Adaptation du poste de travail +/-
- De la mémoire :
  - Restauration / réorganisation : favorise l'utilisation des capacités préservées pour reprendre une fonction mnésique : facilitation, analyse systématique d'un texte pour mieux le retenir
  - Méthode palliative (compensation) : carnet mémoire, utilisation systématisée d'un agenda
  - Utilisation de capacités de mémoire « implicite »