BULLETIN ARIBa

Association francophone des professionnels de basse vision

N° 26 MARS 2011

Éditorial

Quinze ans déjà !

15 ans, 2 présidences, 8 grands congrès, 7 « petits » congrès (que nous appelions au départ « ateliers pratiques »). 15 ans, 2 sièges sociaux et toujours le même acronyme : ARIBa.

Tout avait commencé en mai 1995, à l'initiative de Salomon-Yves Cohen. Les états généraux de la malvoyance nous réunissaient, pendant la SFO, dans le salon d'un hôtel parisien. À la fin de la journée était décidée la création de notre association et son nom choisi : ARIBa ! Peut-être pour nous donner chaud au cœur devant l'ampleur de la tâche qui nous attendait : harmoniser, développer et structurer le domaine de la basse vision en France.

À l'automne 1995, nous nous réunissions au Val de Grâce, pour rédiger et déposer les statuts de notre association, et, en janvier 1996 à Nîmes, se tenait le congrès fondateur sur le thème *DMLA et basse vision*, et sous la présidence des Professeurs Hamard et Coscas. Le premier conseil d'administration (CA) officiel se tint à la fin du congrès dans la salle de conférence de l'Institut ARAMAV.

Vinrent alors les « années Christian Corbé ». Sous sa présidence, nous apprîmes à nous connaître, avec nos différences, nous qui venions d'horizons si différents. Peu à peu, les contours et les limites de nos divers champs de compétences professionnelles se dessinèrent, base de la pluridisciplinarité de nos actions.

Les premiers congrès se succédaient avec un succès qui étonna et encouragea les plus inquiets et les plus sceptiques d'entre nous.

Suite de l'éditorial en page 2

Sommaire

- **2** Bien connaître la personne âgée avant de l'accueillir en EHPAD
  S. Connangle
- **5** Déficience Visuelle et troubles cognitifs
  C. Roux, C. Sonnet, A. Piver
- **11** Chutes et déficience visuelle chez le sujet âgé
  F. Mourey

Conseil d'Administration ARIBa

BUREAU

Bernard Arnaud
Président

Christian Corbé
Président d'honneur

Christine Aktouche
Georges Challe
Françoise Gerin-Roig
Vice-Présidents

Béatrice Le Bail
Secrétaire générale

Marie-Cécile Geeraert
Secrétaire Adjointe

Hugues Paulet
Trésorier

Vincent Brouard
Trésorier adjoint

MEMBRES

Bernard Bridier
Marie-Christine Darieu-Panoff
Bruno Delhoste
Gérard Dupeyron
Daniel Dupleix
Laurence Orveillon-Prigent
Marie-Odile Pataut-Renard
Anne-Françoise Rens
Pierre-Yves Robert
Martine Routon
Anne-Catherine Scherlen
François Vital-Durand

Programme et inscription
15e Rendez-vous scientifique
de mai ARIBa
Paris, 9 mai 2011, *voir page 15.*

Inscription avant le 15 avril

Pré-programme et inscription
11e Colloque d'automne ARIBa
Limoges, 4 novembre 2011, *voir page 14.*

Nos remerciements à IPSEN pour son soutien institutionnel et à ESSILOR pour son aide dans la réalisation de ce bulletin.

Directeur de la Publication :
Jean Mergier

12 chemin du Belvédère - 30900 Nîmes
Tél. 04 66 68 00 30 - Fax 04 66 68 00 31
mail : ariba.30@wanadoo.fr
www.ariba-vision.org

Les CA se réunissaient dans les sous-sols du cabinet d'angio-laser qu'Yves Cohen mettait à notre disposition rue Antoine Bourdelle.

En 2002, changement de Président : Bernard Arnaud prit la tête de notre association. Pour sortir d'un petit passage à vide (crise de croissance ?), nous étions amenés à relocaliser le secrétariat administratif à Nîmes, et l'association mettait ses bureaux dans les mains de Véronique, qui, en quelques mois, restructurait les fichiers, les comptes, et préparait le congrès sur la vision artificielle parrainé par Jean-Pierre Haigneré.

L'ARIBa était de nouveau sur les rails, et en quelques années, grâce à la gestion rigoureuse de son Président, les comptes revenaient à l'équilibre. Merci aux responsables locaux qui organisèrent des congrès bénéficiaires !

Au terme de ces 15 ans, de ces 2 présidences, quel bilan pouvons-nous aujourd'hui tirer de nos actions ?

Sur le plan intérieur le travail a été considérable. Les incompréhensions d'hier, les différences et les rivalités ont fait place à la richesse de nos projets multiples et variés, richesse dont témoignent les thèmes de nos réunions lors de nos congrès et des assemblées du mois de mai.

Force est par contre de constater que sur le plan de nos relations extérieures, le bilan n'est pas à la hauteur. L'ARIBa se voudrait l'interlocuteur privilégié de nos Ministères et tutelles dans le domaine de la déficience visuelle. Nous pouvons sincèrement prétendre être le meilleur représentant des professionnels et acteurs de la basse vision, ce qui nous a d'ailleurs conduits à redéfinir notre association sous le sous-titre : Société francophone de basse vision.

Mais à côté de nous existent de nombreuses autres organisations, associations de patients, groupes de recherches, souvent plus anciens que nous et qui ont eu le mérite de répondre aux besoins des patients que les professionnels de la vision avaient à l'époque abandonnés et négligés.

Ces organismes sont souvent mieux introduits que nous dans les Ministères. C'est ainsi que le rapport Montagné sur la déficience visuelle a été rédigé sans que nous en soyons directement informés.

Il semble donc qu'un lourd travail nous attende : apprendre à connaître ces autres forces de pression, nous faire reconnaître par elles, peut-être en développant encore plus notre soutien par la SFO et par les universitaires de l'ophtalmologie française. Mais nous ne ferons pas l'économie de quelques opérations de lobbying aujourd'hui essentielles.

Ce sera peut-être le travail de la 3e présidence qui pourra s'appuyer sur le cœur de notre métier, en définissant nos guides de bonnes pratiques dans des conférences de consensus. Le travail ne manque donc pas, mais le dynamisme est toujours là, avec la force de nouvelles équipes qui ont rejoint les pionnières.

Longue vie à notre association, ¡ Arriba ARIBa* !!!

Dr G. Dupeyron[2]

Chef du service Ophtalmologie CHU Nîmes, médecin chef clinique ARAMAV, vice-président fondateur ARIBa

** « vive l'ARIBa » en espagnol*

Bien connaître la personne âgée avant de l'accueillir en EHPAD

S. Connangle

Directeur de la maison de retraite de La Madeleine, *Bergerac*

L'EHPAD de La Madeleine *et la MAIA*

L'EHPAD (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) *La Madeleine* a une capacité d'accueil de 237 personnes réparties dans les 10 services existants. La Madeleine propose trois services annexes dont la consultation mémoire, l'accueil temporaire et l'accueil de jour pour les personnes Alzheimer.

De plus, M. Sylvain Connangle, Directeur de *La Madeleine*, est le chef de projet de la MAIA (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) du Grand Bergeracois. La MAIA a pour but de donner plus de cohérence entre les soins des différents intervenants sani-

taires, une articulation avec les acteurs sociaux ainsi qu'une continuité des services autour du malade. Elle prend en charge uniquement les cas dit « complexes ».

Rénovation de l'action sociale et médico-sociale

L'évaluation continue des besoins et des attentes des personnes accueillies permet d'accéder à quatre voies par le biais de la loi de 2002-2 concernant la rénovation de l'action sociale et médico-sociale : D'une part la protection des personnes et l'exercice de la citoyenneté, et d'autre part la cohésion sociale et la prévention des exclusions ainsi que la correction de ses effets.

Mise en place d'une démarche globale

À la recherche d'un outil multidimensionnel...

Le SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) permet d'évaluer les capacités ou incapacités de la personne âgée.

Si la personne âgée n'a pas d'incapacité, elle sera évaluée par le SMAF pour aller vers une autonomie fonctionnelle, sinon il y aura une évaluation des ressources pour pallier cette incapacité. Si la personne présente suffisamment de ressources elle atteindra une autonomie fonctionnelle. Si des incapacités persistent, la personne présentera un handicap.

Deux types de moyens seront évalués pour atténuer le handicap d'un personne :

- Diminuer l'incapacité par le biais de traitements médicaux (médicaments ou chirurgie) ;
- Augmenter ses ressources pour qu'elle atteigne une autonomie fonctionnelle.

Le rapport Colvez

Le rapport du comité scientifique des outils d'évaluation de l'autonomie présidé par le Dr Alain Colvez, du 17 avril 2002, nous confirme bien que l'outil AGGIR est limitatif, car cet outil ne rend pas suffisamment compte des conséquences psychiques et qu'il y a une forte variabilité du besoin d'aide dans chaque niveau d'incapacité. Les trois valeurs possibles (A, B, C) pour chaque indicateur limitent l'objectivité et la réalité : la collecte de données est insuffisante pour bien connaître la personne âgée.

Parmi les sept recommandations du rapport trois sont à noter :

- Mettre en place une procédure d'évaluation multidimensionnelle ;
- L'établissement du plan d'aide et l'ouverture du droit à l'APA doivent s'appuyer sur deux outils différents ;
- La grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) doit être intégrée à un instrument d'évaluation multidimensionnelle (et non être utilisée seule).

Il faut donc rechercher un nouvel outil.

Le SMAF : La logique de l'autonomie

Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) est un instrument de mesure de l'autonomie, conçu en Français par une équipe québecquoise en 1988.

Les cinq dimensions du SMAF sont :

A. Activités de la vie quotidienne (AVQ), B. Mobilité, C. Communication, D. Fonctions mentales, E. Activités de la vie domestique (AVD) (cf. Figure 1).

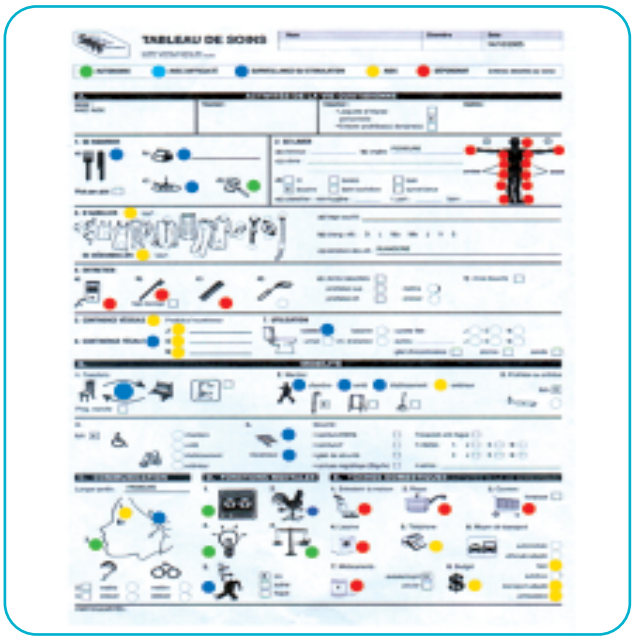
Les items du SMAF sont utilisés sous forme de

Figure 1 : Les 5 dimensions du SMAF

Dimensions et items du SMAF	Classification des incapacités de l'OMS
A. Activités de la vie quotidienne (AVQ) 1. Se nourrir 2. Se laver 3. S'habiller 4. Entretenir sa personne 5. Fonction vésicale 6. Fonction intestinale 7. Utiliser les toilettes	SECTION 30 : Personal disabilities SECTION 60 : Dexterity disabilities
B. Mobilité 1. Transferts 2. Marcher à l'intérieur 3. Installer prothèse ou orthèse 4. Se déplacer en fauteuil roulant à l'intérieur 5. Utiliser les escaliers 6. Circuler à l'extérieur	SECTION 40 : Locomotor disabilities
C. Communication 1. Voir 2. Entendre 3. Parler	SECTION 20 : Communication disabilities
D. Fonctions mentales 1. Mémoire 2. Orientation 3. Compréhension 4. Jugement 5. Comportement	SECTION 10 : Behavior disabilities
E. Activités de la vie domestique (AVD) 1. Entretenir la maison 2. Préparer les repas 3. Faire les courses 4. Faire la lessive 5. Utiliser le téléphone 6. Utiliser les moyens de transport 7. Prendre ses médicaments 8. Gérer son budget	SECTION 50 : Body disposition disabilities

Grille d'évaluation de l'autonomie ou de *Tableau d'aide individualisée* (TAI, Figure 2).

Figure 2 : Tableau d'aide individualisée



Un nouveau contexte organisationnel :

Les activités du service pour répondre aux besoins et aux attentes de la personne âgée et de sa famille sont les suivantes :

- Capacité d'observation au quotidien ;
- Capacité de créativité ;
- Compétences techniques ;
- Collecte d'informations SMAF.

Ces activités amènent à la satisfaction de la personne âgée et de sa famille. La mise en place de cette démarche nous emmène vers un nouveau paradigme qui demande aux professionnels une capacité d'analyse au quotidien.

Qualité du service rendu

Le but de l'introduction d'un nouveau contexte organisationnel est d'améliorer la qualité du service rendu à la personne. Il consiste à mettre en place un projet individualisé et une interaction entre le projet institutionnel, l'évaluation clinique et les compétences professionnelles.

La réalisation effective du projet individualisé nécessite la mise en place de plusieurs composantes :

- Le projet d'établissement est proposé ;
- Les intervenants adhèrent au projet d'établissement ;
- La personne âgée se retrouve dans le projet d'établissement ;
- Les compétences et les ressources humaines sont en adéquation avec le projet d'établissement et les besoins et attentes de la personne âgée.

Le projet individualisé peut ne pas être satisfait, si le projet d'établissement, les compétences ou les moyens ne sont pas adaptés. Il se peut néanmoins que le projet individuel soit satisfait par les intervenants en dehors du projet d'établissement.

Vers une hétérogénéité de la population accueillie

L'évolution de la population demande de faire évoluer l'offre de service de façon harmonieuse selon trois objectifs :

- Connaître la personne accueillie : Diagnostiquer, informer, assurer le suivi de la personne.
- Aménager les lieux de sommeil, collectifs, de déambulation à l'intérieur, de promenade à l'extérieur.
- Ménager l'équipe : Recruter selon le profil de poste, former selon la spécialisation, évaluer les compétences, prévoir le plan de carrière.

Situation de la population

Entre 2005 et 2010, les différentes incapacités recensées à l'EHPAD *La Madeleine* et les moyens mis en place pour y pallier ont été :

- Le déficient moteur (42 %) : L'aménagement des locaux est conforme à la loi 2005.
  L'adaptation de l'équipe nécessite des formations professionnelles (liées au transfert) et le recrutement de professionnels spécialistes de la rééducation (ergothérapeute, psychomotricien...).
- Le déficient cognitif (64 %) : L'aménagement est conforme au cahier des charges UHR. Les pratiques professionnelles ont été adaptées par la formation professionnelle (assistante de soins en gérontologie...) et l'adoption d'une méthodologie des soins.
- La déficience visuelle (35 %) : L'institution a été aménagée ; les pratiques professionnelles ont été adaptées par la formation professionnelle (communication tactile, travail de deuil...), et le recrutement de professionnels spécialisés dans la rééducation (ergothérapeute, psychomotricien...).

- La déficience auditive (36 %) : L'aménagement est institutionnel ; les pratiques professionnelles ont été adaptées par la formation professionnelle (acceptation du handicap, travail de deuil...), et le recrutement de professionnels (orthophoniste...).
- Le déficient visuel et auditif (6 %) : L'aménagement est institutionnel, les pratiques professionnelles sont la communication des pratiques propres à chaque déficit.

Bien plus qu'une accessibilité architecturale...

Il est nécessaire de ne pas se fixer uniquement sur l'accessibilité architecturale, mais aussi prendre en compte d'autres composantes de l'accessibilité :

- La possibilité financière, pour la personne âgée ou l'ayant droit (prix de journée abordable).
- L'accessibilité environnementale, les chambres et les lieux de vie ;
- L'accessibilité aux soins : équité territoriale ;
- L'accessibilité sociale, le concept, l'ensemble ;
- L'accessibilité à l'information, pouvoir être informé des animations...

Déficience Visuelle et troubles cognitifs

D'après la communication de C. Roux[1], C. Sonnet[1], A. Piver[2].

1 - Orthoptistes. 2 - Psychologue-neuropsychologue Institution Nationale des Invalides

Prise en charge du patient de plus de 60 ans à l'Institution Nationale des Invalides

Nous avons constaté que la prise en charge des patients déficients visuels était parfois inadaptée, incomplète ou encore arrêtée subitement en raison de difficultés cognitives. L'Unité sensori-cognitive de l'Institut National des Invalides a donc élaboré et protocolisé un parcours de prise en charge type permettant de proposer aux patients un projet de réadaptation ajusté à leurs ressources cognitives et visuelles.

La particularité de ce parcours est de prendre en compte l'état cognitif à l'issue du bilan pluridisciplinaire initial. En cas de suspicion de trouble cognitif, et après discussion avec l'équipe du projet de réadaptation, l'ophtalmologiste proposera au patient un bilan neuropsychologique, et éventuellement une imagerie cérébrale, et/ou une consultation neurologique et/ou psychiatrique.

La réalisation de l'évaluation cognitive ne se fera qu'avec l'accord du patient. Les équipes basse vision et cognitive partageront alors les résultats et hiérarchiseront les priorités pour élaborer un projet de réadaptation ajusté.

Le patient sera informé des diagnostics gériatriques et ophtalmologiques, et de la prise en charge proposée.

L'intérêt de ce parcours spécifique est une prise en charge globale à la fois sensorielle et cognitive, avec une hiérarchisation des priorités respectant le rythme du patient.

Les troubles cognitifs

Un bilan neuropsychologique peut être proposé lorsque certains signes d'appels sont constatés lors de l'évaluation visuelle ou gériatrique standardisée.

Il est indispensable de clairement expliquer au patient l'intérêt du bilan neuropsychologique dans le parcours de la rééducation visuelle. Si la démarche est vécue comme imposée, sans lien avec le motif initial de consultation, cela peut aboutir à une rupture du lien thérapeutique. Le bilan neuropsychologique est donc généralement proposé à un moment précis, après la restitution de l'évaluation et avant le début du projet réadaptatif.

Signes d'appel

Différents signes d'appel de troubles cognitifs sont recherchés au cours de l'évaluation initiale.

Lors des entretiens

Le discours du patient est peu précis, fluctuant, digressif, sans élément concret : la quantification de la vision est approximative, les besoins mal exprimés, les activités quotidiennes difficilement exprimées. Le présent est peu accessible et le discours peut être centré sur le passé.

L'opinion des accompagnants est importante à prendre en compte.

Une plainte mnésique exprimée par le patient ou ses proches est un signe d'appel important.

Dans le comportement

Les activités du quotidien sont plus perturbées que ne l'explique l'acuité visuelle. Le patient est apathique, ralenti, peu spontané, utilise peu sa vision et les aides optiques. Le patient se répète, repose les mêmes questions, confond les rendez-vous, présente une fatigabilité importante.

Lors des examens

Il existe un décalage entre les éléments objectifs et subjectifs. Les consignes ne sont pas bien comprises.

C'est surtout la fréquence et l'importance des troubles, la modification par rapport au fonctionnement antérieur et l'absence d'adaptation qui vont alerter.

Rappel sur la cognition

Le bilan neuropsychologique mesure l'efficience des fonctions cognitives, et les possibilités du patient à les mobiliser. La cognition est l'ensemble des processus de traitement de l'information, du plus simple (perception) au plus complexe (raisonnement abstrait) ; elle est modulée par de nombreux facteurs tels que les fonctions sensorielles, l'intérêt, la vigilance et les émotions. Le bilan neuropsychologique doit donc prendre en compte l'état affectif (anxiété, dépression) et la personnalité.

Le bilan neuropsychologique évalue de nombreuses fonctions dont les principales sont :

La mémoire épisodique

Mémoire des épisodes personnellement vécus (visite, réunion de famille, discussion...) : elle est constitutive de l'identité, assure la continuité, l'échange...

Conséquence de l'altération : Oubli à mesure, répétitions, questions itératives, oubli de ce que la personne a fait, vu, entendu, perte des souvenirs anciens, personnels, désorientation spatio-temporelle, troubles de l'apprentissage.

La mémoire sémantique

Mémoire des connaissances abstraites et concrètes sur le monde sans contexte spatio-temporel (langage, communication non verbale, signification des gestes, codes référentiels communs, culture). Elle permet de réfléchir et agir sur le monde extérieur.

Conséquence de l'altération : Discours « creux », mots valises, troubles de la compréhension, perte des gestes symboliques et de communication, difficulté à reconnaître les objets, à savoir comment les utiliser...

La mémoire de travail

Système permettant le maintien actif (temporaire) et le traitement de l'information relatives au bon déroulement d'une action cognitive plus ou moins complexe.

Elle permet de maintenir et manipuler une information avant le passage en mémoire à long terme, elle est nécéssaire pour la conversation, le calcul, le raisonnement...

L'attention

Les fonctions exécutives

Les fonctions exécutives sont un ensemble de processus dont la fonction principale est de faciliter l'adaptation du sujet à des situations nouvelles, planifier un projet, prendre des décisions...

Conséquence de l'altération : Difficulté à mener une action à bout, à s'organiser, à changer de stratégie, à inhiber des réponses, à prendre des décisions (manque d'anticipation). Modifications comportementales associées au syndrome dysexécutif.

Le langage

Conséquence de l'altération : Difficulté d'expression ou de compréhension.

Les praxies

Exécution des mouvements appris, de manière volontaire et dirigés vers un but.

Ces fonctions sont très sollicitées dans la vie courante et de manière accrue en cas de déficit sensoriel.

Le bilan neuropsychologique des patients malvoyants

Particularités

Les tests à présentation auditivo-verbale sont privilégiés, mais ils sont rares : quand c'est possible les épreuves visuelles sont utilisées avec l'aide des orthoptistes et d'aides adaptées (téléagrandisseur, loupes...).

Les outils spécifiques manquent et c'est le regard croisé des professionnels, leur sensibilisation mutuelle qui permet une approche globale, au plus près de la réalité du patient.

Objectifs

Le but du bilan est d'objectiver les troubles, et différencier un déficit cognitif lié au vieillissement, à une pathologie cérébrale ou à un syndrome dépressif.

Soit le bilan neuropsychologique objective des troubles cognitifs (dont le bilan donnera lieu à un diagnostic) ; soit aucun trouble objectif n'est retrouvé : la plainte mnésique peut être due à une dépression, ou à une crainte de perdre cette mémoire qui sert de béquille maintenant que la malvoyance est installée...

Le diagnostic conditionne le projet réadaptatif qui sera différent selon que les troubles sont évolutifs (maladie neurodégénérative) ou stables (séquelles d'accident vasculaire cérébral...).

L'entretien avec l'entourage est privilégié, avec pour objectifs : l'évocation des troubles cognitifs au quotidien, détecter une éventuelle souffrance de l'aidant, expliquer les troubles et leurs répercussions.

À l'issue de ce bilan, le psychologue réfléchit avec l'équipe :

- La présence de troubles cognitifs peut-elle expliquer la majoration du handicap visuel ?
- La rééducation est-elle envisageable ? Doit-elle être adaptée ? Le patient doit-il être réorienté ?
- Les capacités de mémorisation, de flexibilité, de compréhension sont-elles suffisantes pour soutenir le projet ?
- Qu'en est-il de l'impact et du frein éventuel occasionnés par des troubles dépressifs ?

La réflexion pluridisciplinaire établit les priorités de prise en charge en fonction des demandes du patient et de ses capacités. Les domaines préservés permettent de ne pas envisager les sujets comme uniquement déficitaires, mais aussi de les voir comme porteurs de potentialités.

Spécificité de la réadaptation

Les changements notables sont : le rythme, la fréquence, la durée totale prévisible, la progression, les exercices, la consigne.

L'entourage du patient doit également être associé à la réadaptation, car il aura à répéter les informations en s'adaptant aux capacité cognitives du patient et à les transposer dans son environnement.

Processus cognitifs sollicités

La technique de compensation du handicap visuel (développée à l'unité sensori-cognitive de l'Institution Nationale des Invalides) repose sur l'exploitation d'un modèle de prise et de traitement de l'information. Chaque action demande simultanément la prise et l'analyse de l'information pour contrôler et anticiper la situation. La rééducation d'un patient présentant une basse vision vise à obtenir un changement dans la prise et le traitement de l'information.

Prise d'informations sensorielles

La prise d'informations sensorielles (visuelles + autres) est améliorée en :

- Sollicitant le port des lunettes et de filtres colorés,
- Adaptant l'environnement en éclairage, contraste et taille des objets,
- Ajoutant et apprenant à utiliser des aides grossissantes,
- Sollicitant l'utilisation de stratégies motrices du corps et de la tête, et des stratégies oculomotrices d'excentration et d'exploration visuelle,
- Sollicitant les autres capteurs sensoriels,
- Enfin, en ayant l'attention sélective sur les éléments pertinents de l'environnement.

Toutes les actions sollicitent l'attention, l'apprentissage, la mise en mémoire (étapes), la mémoire de travail... Le bilan neuropsychologique permet d'identifier les fonctions cognitives sur lesquelles on pourra s'appuyer, ou qui devront être évitées, ou qui devront être aidées.

Traitement de l'information

Dès qu'une tâche complexe doit être exécutée, l'analyse cognitive de l'information visuelle est fondée sur des représentations mentales et des

connaissances procédurales. La rééducation doit modifier ces procédures pour les adapter au handicap. Par exemple, la reconnaissance d'un magasin, par des éléments de la vitrine, plutôt que la lecture du nom de l'enseigne.

La réadaptation utilisant des connaissances sémantiques et procédurales, il faudra déterminer l'état de ses connaissances.

La manière : quels sont les processus cognitifs sollicités ?

La réadaptation du handicap visuel utilise la mise en situation qui est l'occasion de confronter les informations nouvelles avec des représentations mentales enregistrées lors de situations identiques et en intervenant pour obtenir leur modification.

La modification des connaissances procédurales suppose un raisonnement et une mémoire de travail opérationnels.

La rééducation va utiliser la verbalisation par le patient qui renseigne le rééducateur sur le niveau de compréhension et lui permet de corriger les erreurs. Le bilan neuropsychologique renseigne sur le niveau de raisonnement, sur la mémoire de travail et sur la verbalisation, et, ainsi, oriente le choix d'une mise en situation de contexte judicieux pour un patient présentant une basse vision et qui soit adaptée à ses capacités cognitives.

Utilisation des éléments du bilan neuropsychologique

L'orthoptiste ne maîtrisant pas les concepts neuropsychologiques, le dialogue avec le neuropsychologue est plus efficace pour trouver des pistes pour la réadaptation. Voici quelques exemples :

- Troubles de l'encodage : le patient ne peut pas mémoriser des choses nouvelles, les possibilités de rééducation sont compromises.
- Le rappel indicé améliore la récupération même sans la normaliser : le rappel est amélioré si on utilise des indices (éléments qui caractérisent l'objet, comme sa taille, sa couleur, le type d'objet etc.). La mémorisation sera améliorée par des moyens mnémotechniques, la répétition des mêmes exercices, l'augmentation du nombre de séances.
- Si la mémoire sémantique est bonne, le rééducateur pourra expliquer ce qu'est l'excentration, sinon il devra l'apprendre comme un nouveau savoir-faire, sans explication théorique.
- S'il existe des troubles de l'attention, le rééducateur favorisera l'attention (curiosité, dynamiser..), diminuera les interférences (bruit, conversations, souci du prochain rendez-vous..), raccourcira les séances.
- S'il existe un défaut de maintien en mémoire de travail, le rééducateur rappelera régulièrement les consignes et évitera les doubles tâches dans les exercices et dans la consigne (verbalisation en dehors de l'exercice).
- Troubles du langage. Le rééducateur doit s'adapter à la fluence verbale du patient (laisser le temps, utiliser des moyens non verbaux). Si la compréhension est altérée, il faut simplifier le vocabulaire, la grammaire et la syntaxe (phrases indépendantes évitant les subordonnées).

La fatigue, parfois majeure, est à prendre à compte.

Conclusion

La participation commune des équipes cognitive et du handicap visuel permet :

- Une réadaptation du handicap visuel incluse dans un projet global ;
- Une hiérarchisation des priorités avec le patient ;
- Un diagnostic, un suivi, un accompagnement des troubles cognitifs ;
- Une limitation des situations de mises en échec lors de la réadaptation du handicap visuel ;
- L'inclusion de l'entourage quand c'est possible.

En parallèle avec la basse vision, devant un patient qui présente une dégénérescence cérébrale, cela :

- Ne signifie pas qu'il a perdu toutes ses capacités,
- Ne signifie pas qu'il n'y a plus rien à faire.

Bibliographie

De La Porte Des Vaux Ch, Holzschuch Ch et Menu JP. Une méthode d'évaluation et de rééducation de la vision fonctionnelle. LYNX, 1993.
Menu JP, De La Porte Des Vaux Ch, Corbé Ch, Griffon P. Le malvoyant. Paris, Doin, 1996.
Gil R. Neuropsychologie. Paris, Masson, 2003.
Miyake A et Shawn P. Models of working memory: mechanisms of active maintenance and executive control. New York, Cambridge university press, 1999.
Tulving E et Schacter DL. Les systèmes de mémoire chez l'animal et chez l'homme (Trad. B. Deweer). Marseille, Solal, 1996.

Afin d'améliorer le confort des personnes malvoyantes, Essilor enrichit sa gamme de filtres sélectifs.

face relevable

sur-lunette BIOCOVER

coffret d'essai

ML FILTER Gamme de filtres sélectifs

Au delà du grossissement, **l'amélioration de la perception des contrastes** reste fondamentale pour optimiser le confort et la vision des personnes malvoyantes.

Intégrés aux verres correcteurs, en simples faces relevables ou en sur-lunettes, les filtres sélectifs de la gamme Multilens permettent de répondre à l'ensemble des besoins des personnes déficientes visuelles. De 400 à 585 nm, ils sont également disponibles en verres polarisants ou photochromiques afin de diminuer l'éblouissement en extérieur.

Pour plus d'information, contactez-nous au **01 72 70 77 41**

www.essilorpro.fr

***ESSILOR** Basse Vision*

→ ÉDITIONS ARIBa 2011

LIVRES DES ACTES DES CONGRÈS ARIBa :

NANTES 2002 - 4e congrès
"abc basse vision"
400 pages, format A5

NÎMES 2004 - 5e congrès
"La vue, la vision, le regard"
52 pages, format A4

LYON 2006 - 6e congrès
"Revoir la vision"
244 pages, format A4

BIARRITZ 2008 - 7e congrès
"La malvoyance pas à pas"
28 pages, format A4

MARSEILLE 2010 - 8e congrès
"Prendre conscience des enjeux de la réadaptation des personnes déficientes visuelles"
64 pages, format A4

BILAN ORTHOPTIQUE DE L'ADULTE MALVOYANT

Lot de 30 ex.

Format A4.
8 pages :
2 pages "bilan initial",
4 pages "bilan évaluation",
1 page "synthèse".

GAAT • version 5
Guide ARIBa des Aides Techniques

→ RÉUNIONS ARIBa 2011

- Lundi 09 mai 2011
  LES RENDEZ-VOUS DE MAI - 15e ÉDITION (dans le cadre du congrès de la SFO)
  PARIS, Palais des Congrès Porte Maillot
  → pré-programme et inscription en page 15 de ce Bulletin
- Vendredi 04 novembre 2011
  LES COLLOQUES D'AUTOMNE - 11e ÉDITION
  LIMOGES, Faculté de Médecine
  → pré-programme et inscription en page 14 de ce Bulletin

→ MODALITÉS DE RÈGLEMENT

PAR VIREMENT BANCAIRE *sans frais pour le destinataire*
CRCA DU LANGUEDOC
code IBAN : FR76 1350 6100 0091 0254 5100 144
BIC : AGRIFRPP835

ou PAR CHÈQUE À L'ORDRE DE : ARIBa
Formulaire Adhésion et/ou formulaire Éditions à nous retourner complété(s) et accompagné(s) du règlement correspondant à :
ARIBa : 12 chemin du Belvédère - 30900 Nîmes

BON DE COMMANDE ÉDITIONS 2011

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M. ☐ Dr ☐ Pr

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse (inscrire "idem" si vous remplissez également le formulaire adhésion) :

_____

_____

ÉDITIONS ARIBa	Membre 2011	Non Membre 2011	Quantité	Montant TTC
Livres des Actes de congrès (prix unitaire) :				
4e congrès - Nantes 2002	☐ 10 €	☐ 15 €		
5e congrès - Nîmes 2004	☐ 10 €	☐ 15 €		
6e congrès - Lyon 2006	☐ 10 €	☐ 15 €		
7e congrès - Biarritz 2008	☐ 10 €	☐ 15 €		
8e congrès - Marseille 2010	☐ 10 €	☐ 15 €		
CD Guide Ariba des Aides Techniques - version 5 :				
à l'unité	☐ 8 €	☐ 10 €		
x 10 personnalisés	☐ 73 €	☐ 91 €		
Bilan orthoptique de l'adulte malvoyant :				
lot de 30 ex. :	☐ 18 €	☐ 25 €		
Annuaire des Membres ARIBa :				
Édition 2010-2011 :	☐ envoi gratuit	☐ joindre 1 enveloppe affranchie à 2,30 €		
			Montant total TTC	_____
			pour les envois HORS MÉTROPOLE UNIQUEMENT Participation aux frais de port : + 8 €	_____
			TOTAL TTC	_____

BULLETIN D'ADHÉSION 2011

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M. ☐ Dr ☐ Pr

Nom : _____

Prénom : _____

Profession (obligatoire) : _____

Société, association : _____

Adresse : _____

_____

CP - Ville : _____

Pays : _____

Tél. fixe : _____

Mobile : _____

mail : _____

Les données ci-dessus peuvent être communiquées à des personnes recherchant des professionnels spécialisés en basse vision dans leur ville. Hormis ce cas bien précis, elles sont réservées à un usage strictement interne à l'ARIBa et ne peuvent en aucun cas faire l'objet d'un échange commercial. Sur simple demande de votre part, ARIBa supprimera ou modifiera les données personnelles transmises.

- 40 € : Professionnels en activité
- 20 € : Professionnels à la retraite ou en recherche d'emploi - Étudiants *

* étudiants en cours d'étude pour l'obtention d'un diplôme d'état et n'exerçant pas d'activité professionnelle en parallèle aux études. Joindre obligatoirement un justificatif d'études en cours de validité.

Adhésion 2011 valable jusqu'au 15 février 2012
Une facture acquittée vous parviendra à réception de votre règlement.

Chutes et déficience visuelle chez le sujet âgé

Mme F. Mourey

Maître de conférence, Université de Bourgogne, Gérontopôle, Dijon

La morbidité des chutes ne peut en aucun cas se résumer aux conséquences traumatiques : seules 6 à 8 % des chutes sont responsables de fractures, dont 1 fois sur 3 de l'extrémité supérieure du fémur. Le risque dominant est consécutif au retentissement psychomoteur et à l'impact psychologique de la chute qui aboutissent souvent à une perte de confiance avec réduction des aptitudes physiques et conduites de retrait social, le risque essentiel étant la perte d'autonomie de la personne âgée. Le syndrome de désadaptation psychomotrice ou syndrome post-chute constitue la forme la plus sévère de ces complications avec une véritable sidération des automatismes posturaux entraînant une perte des réactions d'adaptation posturale, avec difficulté ou parfois même impossibilité totale pour le sujet à se maintenir debout [1]. Le trouble d'équilibre est très caractéristique, avec tendance à la chute arrière dite *rétropulsion*. Ce syndrome survient habituellement dans les heures suivant la chute et s'ajoute parfois aux conséquences traumatiques. Il constitue une urgence gériatrique car, en l'absence de prise en charge, il peut évoluer vers une perte définitive des possibilités de mobilité et de marche.

Mécanismes de la déficience posturale chez le sujet âgé

Fréquente et grave chez le sujet âgé, la chute est une maladie gériatrique complexe. Elle s'inscrit le plus souvent dans un processus de fragilisation insidieux que la chute révèle brutalement [2]. Cette fragilisation de la fonction d'équilibration avec l'âge est liée tout à la fois à des modifications périphériques des récepteurs sensoriels sensibles aux modifications de la verticalité, mais aussi à des modifications centrales du traitement de l'information. La déficience visuelle intervient de manière plus ou moins importante dans cette dégradation de l'efficacité de la régulation posturale et donc dans le risque de chute [3]. La détérioration de l'information sensorielle a des répercussions sur l'action, mais, secondairement, la diminution de l'action constitue chez le sujet âgé une cause de perte d'autonomie et d'appauvrissement sensoriel. Ce mécanisme circulaire montre toute l'importance des liens entre perception et action.

La vision joue un rôle essentiel dans la capacité à se représenter l'espace et à se mouvoir. Elle apparaît comme un analyseur privilégié pour extraire les différentes caractéristiques des formes extérieures (fixes ou en mouvement) ainsi que les positionnements du corps par rapport à l'espace environnant. Ces informations particulièrement importantes pour l'équilibration proviennent essentiellement de la vision périphérique. Elles sont en étroite relation avec celles provenant du système vestibulaire. La vision, et tout particulièrement la stabilisation du regard, sont indispensables dans la détermination de la verticalité. Malheureusement, la vision périphérique est largement modifiée avec l'âge et la rigidité cervicale modifie la dynamique œil/tête compromettant la stabilisation du regard.

Par ailleurs, les travaux de Z. Kapoula sur la mobilité du regard montre, chez des sujets chuteurs, des altérations des saccades volontaires susceptibles de compromettre les mécanismes visuels attentionnels. Si ces résultats sont à prendre avec précaution, compte tenu de la petite série étudiée, ils nous amènent cependant à réfléchir à l'impact de l'attention visuelle dans le mécanisme des chutes [4,5].

Les effets du vieillissement et des maladies sur la qualité des différents messages sensoriels aboutissent parfois à un véritable processus de désafférentation. En ce qui concerne l'organisation de la posture et du mouvement, l'impact du vieillissement est difficile à préciser, en raison des connexions entre les différentes entrées, des variations individuelles dans l'utilisation des afférences, du vieillissement différentiel et de l'intrication avec la pathologie [6]. Cependant, il est légitime de penser que la pauvreté progressive des messages afférents, ainsi que l'accumulation d'afférences erronées (vestibulaires, visuelles et

ARIBa
Association francophone des professionnels de basse vision

Dans notre prochain numéro :
Compte rendu du 15e Rendez-vous scientifique de mai de l'ARIBa
Paris, 9 mai 2011

somesthésiques) amènent une détérioration de la mémoire spatiale et des référentiels construits par le système nerveux central. À cela s'ajoutent les effets propres à la non utilisation qui privent le cerveau d'informations essentielles.

L'observation clinique nous donne des exemples très fréquents du phénomène de sommation et des difficultés de compensation chez le sujet très âgé. Ainsi, nombre de sujets très âgés présentent plusieurs déficits sensoriels ayant contribué à fragiliser la programmation et le contrôle posturo-cinétique. Une fragilité s'installe alors de manière très insidieuse qui ne sera révélée que lorsqu'une altération sensorielle supplémentaire, sans gravité apparente, viendra s'ajouter aux déficiences déjà existantes. À ce moment, aucune source afférentielle ne pouvant compenser cette nouvelle perte, la sommation des pertes rend brutalement impossible le contrôle harmonieux de la posture et du mouvement. C'est un processus de décompensation.

Par contre, dans le vieillissement normal, des processus de compensation s'installent de manière progressive amenant à modifier le recrutement sensoriel et la charge attentionnelle, c'est-à-dire l'attention volontaire portée au mouvement et à la posture. Selon les individus, la vision, la proprioception ou le système vestibulaire peut, à un âge donné, avoir subi des pertes importantes. C'est donc insensiblement que les autres afférences auront compensé la source manquante. Cet équilibre persiste tant que le sujet garde suffisamment de réserves dans les autres secteurs pour compenser les manques. C'est la raison pour laquelle la rééducation gériatrique s'appuie sur la stimulation des capacités restantes [7].

Modifications de l'équilibre et processus cognitifs

Indépendamment des processus afférentiels, les altérations de l'équilibre avec l'âge sont à mettre en lien avec les processus cognitifs et en particulier les processus d'anticipation. En permanence, le système nerveux s'appuie sur la connaissance préalable qu'il a du monde extérieur pour programmer le mouvement. Ce processus dit proactif, permet d'anticiper les situations et de diminuer les délais de l'action. Les sens ne seraient là que pour vérifier des hypothèses que le cerveau pose *a priori*. Ainsi, avant le début du mouvement, le cerveau programme chacune des composantes de l'acte moteur selon un processus d'anticipation. Mais, si le mouvement est anticipé sur les plans moteur et sensoriel, il l'est aussi sur le plan postural. Longtemps considérés séparément, équilibre et mouvement sont en réalité indissociables : élever les deux bras en avant provoquerait un déséquilibre du corps sous l'effet du

poids des segments si le mouvement n'était pas précédé d'un ajustement postural. Le contrôle de l'équilibre précède et accompagne le mouvement évitant ainsi que tout déplacement d'un segment de membre soit source de déséquilibre. Ainsi, chez le sujet âgé, la tendance à la désafférentation, et en particulier visuelle, associée parfois à une sous-utilisation, participe à la réduction des possibilités d'anticipation favorisant l'instabilité.

Enfin, les capacités attentionnelles sont utilisées différemment chez le sujet âgé. La mauvaise qualité des automatismes impose un contrôle volontaire plus important. On observe ainsi des difficultés en situation de double tâche. Marcher et parler simultanément devient difficile et source de déséquilibre.

Si les pertes et les mécanismes physiopathologiques sont importants à identifier, il est parallèlement prioritaire pour la réadaptation de raisonner en termes de capacités restantes et de compensations sensorielles et cognitives. Ce principe est à la base à la fois de la rééducation basse vision appliquée à la personne âgée et à la rééducation gériatrique en général [8].

Ces deux versants ont tout à apprendre l'un de l'autre pour la prévention de la chute chez le sujet âgé [9,10].

En synthèse

Au sein même de la multifactorialité des mécanismes de la chute, les effets de l'âge et des maladies sur la vision agissent à différents niveaux : diminution de l'acuité (perception de l'environnement), diminution de la vision périphérique, diminution de la stabilisation de la tête et du regard avec fragilisation des repères spatiaux et modifications des capacités attentionnelles.

Bibliographie

1- Manckoundia P, Mourey F, Tavenier-Vidal B, Pfitzenmeyer P. Syndrome de désadaptation psychomotrice. Rev Med Int. 28; 2006: 79-85.
2- Puisieux F. Troubles de la marche et de l'équilibre. Chutes chez le sujet âgé. Rev Prat 2002; 52: 1695-702.
3- Harwood RH. Visual problems and falls. Age and ageing 2001; 30-S4: 13-18.
4- Kapoula Z, Yang Q. Voir mieux pour ne pas tomber. Cerveau et Psycho. 2007; 19: 73-77.
5- Yang Q, Kapoula Z. The control of vertical saccades in aged subjects. Experimental brain research. 2006; 171: 67-77.
6- Sturnieks DL, St George R, Lord SR. Balance disorders in the elderly. Neurophysiol Clin. 2008; 38(6): 467-78.
7- Mourey F. Rééducation en gériatrie. Encycl Med Chir. 2009, 26-590-A-10.
8- Holzschuch Ch, Mourey F, Thomas M, Paulin M, Manière D, Lepoivre JP, Christiaen MP. Gériatrie et Basse Vision Ed. Masson, Paris, 2002.
9- Gillepsie LD, Robertson MC, Gillepsie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in older people living in the community (review). Cochrane Library. 2009, Vol. Issue 4.
10- Watson GR. Low vision in the geriatric population: rehabilitation and management. J Am Ger Soc. 2001; 40: 317-330.

→ 11e COLLOQUE d'AUTOMNE • Limoges 2011

Vendredi 04 novembre 2011

ÉQUIPE ORGANISATRICE :

Isabelle Travade, Hervé Mazeaud, Jean-Michel Wirotius, Sandrine Mallet-Guy, Annick Gillibert, Isabelle Decourteix.

Sous la coordination de **Pierre-Yves Robert**

ARIBa

Association francophone des professionnels de basse vision

12 chemin du Belvédère - 30900 Nimes
tél. 04 66 68 00 30
ariba.30@wanadoo.fr

pré-programme

VISION & SENSORIALITÉ

ACTUALITÉS

- Progrès médicaux dans les pathologies cécitantes
chef de clinique ophtalmologie CHU Limoges

- Progrès en aide technique visuelle
sous la coordination de **Hervé Mazeaud**, opticien

DÉFICIT VISUEL ET SENSORIEL

- Neurosciences : acquisition sensorielle et plasticité cérébrale
Chantal Milleret, chercheur

- Rééducation : en quoi les sens interviennent sur une fonction
Jean-Michel Wirotius, médecin rééducateur

- Psychologie : sensorialité, perception du monde et construction de la personnalité
psychologue

LA SENSORIALITÉ EN RÉADAPTATION

- Prise en charge rééducative des patients atteints de syndrome de Usher
Gérard Dupeyron, ophtalmologiste

- Prise en charge d'un déficient visuel en réadaptation : c'est quoi le problème ?
Jean-Michel Wirotius, médecin rééducateur
Sandrine Mallet-Guy, médecin rééducateur

APPLICATIONS TECHNIQUES

- Stimuli sensoriels en aérospatiale
Christian Corbé, ophtalmologiste

- Stimuli sensoriels en aviation
Hervé Mazeaud, opticien
les Mirauds volants, Saint-Étienne

- Stimuli sensoriels en voile
Pierre-Yves Robert, ophtalmologiste
Défi Intégration, La Rochelle

- Simulateur de locomotion
Isabelle Travade, orthoptiste
Ludivine Gauthier, instructeur en locomotion

- Conduite automobile
Annick Gillibert, ophtalmologiste

LIMOGES

Faculté de Médecine

2 rue du Docteur Marcland

bulletin d'INSCRIPTION

à retourner accompagné de votre règlement **avant le 07/10/11**

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M. ☐ Dr ☐ Pr

Nom : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Adresse : _____

_____

CP - Ville : _____

tél.: _____

mail : _____

TARIFS D'INSCRIPTION - DÉJEUNER DE TRAVAIL INCLUS

→ Inscription seule 11e colloque d'automne :

☐ Membre ARIBa à jour de cotisation 2011 ..... 70 €
☐ Non membre ARIBa 2011 ..... 85 €
☐ Professionnel à la retraite, en recherche d'emploi, étudiant ..... 45 €

→ Je ne suis pas encore membre ARIBa et je souhaite régler la cotisation 2011 en m'inscrivant à ce colloque :

☐ Professionnel en activité :
cotisation 40 € + inscription journée 70 € ..... 110 €
☐ Professionnel à la retraite, en recherche d'emploi, étudiant :
cotisation 20 € + inscription journée 45 € ..... 65 €

Conditions d'annulation :
toute annulation devra être signifiée par écrit. Les remboursements seront effectués après la journée, aux conditions ci-dessous :
- jusqu'au 15/10/11 : retenue de 20 %
- à partir du 16/10/11 : retenue de 50 %

Formulaire à nous retourner complété et accompagné du chèque de règlement correspondant libellé à l'ordre de : ARIBa. Une facture acquittée et un fichet de réduction SNCF (-20% sur le trajet A/R) vous parviendront à réception de votre règlement.

→ 15e RENDEZ-VOUS SCIENTIFIQUE DE MAI

dans le cadre du congrès de la SFO Société Française d'Ophtalmologie

Lundi 09 mai 2011

PARIS, Palais des Congrès

Salle 251 • niveau 2

ARIBa

Association francophone des professionnels de basse vision
12 chemin du Belvédère - 30900 Nimes
tél. 04 66 68 00 30
ariba.30@wanadoo.fr

ORGANISÉ PAR :
Marie-Odile Pataut-Renard, orthoptiste
Marie-Cécile Geeraert, opticienne - **Béatrice Le Bail**, ophtalmologiste

09h00 ▪ Mot du Président
Bernard Arnaud

09h15 ▪ "Bons ou mauvais" répondeurs aux traitements par IVT
Éric Souied, ophtalmologiste

09h45 ÉCLAIRAGE ET VISION :

▪ Éclairage d'intérieur et ambiance visuelle
Christian Corbé, ophtalmologiste,
Véronique Valbin, psychologue

▪ Gestion de l'éclairage et utilisation des filtres chromatiques pour améliorer le quotidien des personnes malvoyantes
Arnaud Massenet, opticien

11h15 → **Pause**

11h30 ▪ Golf et malvoyance, ce sport est-il adapté ?
Sylvain Marcati, opticien

11h45 ▪ Les troubles visuels chez les patients atteints de Locked In Syndrome
Marie-Françoise Alexandre, orthoptiste,
George Challe, ophtalmologiste

12h00 ▪ Perception des scènes naturelles et des objets dans la dégénérescence maculaire liée à l'âge
Thi Ha Chau Tran, ophtalmologiste
Muriel Boucart, chercheur

12h15 Questions / Réponses

▪ Présentation du 11e colloque d'automne ARIBa
(Limoges, 04 novembre 2011)
Pierre-Yves Robert, ophtalmologiste

12h30 → **Pause**

14h15 LES APRÈS-MIDI LIBRES DE L'ARIBA :
Animés par **Christine Aktouche**, orthoptiste

▪ Patients en résistance !!
Les résistances à l'utilisation des aides techniques ou optiques, chez la personne malvoyante

avec la participation de :
Pierre Griffon, psychologue,
Geneviève Prevost, opticienne,
Anne-Françoise Rens, ergothérapeute,
Martine Routon, orthoptiste.

17h00 fin

Bulletin d'inscription 15e rendez-vous scientifique de mai - 09 mai 2011

À retourner à l'ARIBa complété et accompagné du règlement correspondant **AVANT le 15 avril 2011**

Inscription seule 15e rendez-vous scientifique de mai :

❑ 22 € ▸ Membre ARIBa à jour de cotisation 2011 - professionnel à la retraite - en recherche d'emploi ou étudiant

❑ 45 € ▸ Non membres ARIBa 2011

OU

Inscription 15e rendez-vous scientifique de mai + Adhésion ARIBa 2011 :

❑ 62 € ▸ Professionnel en activité (dont adhésion : 40 €)

❑ 42 € ▸ Professionnel à la retraite - en recherche d'emploi ou étudiant (dont adhésion : 20 €)

NOM, PRÉNOM : .....

Vous n'êtes pas adhérent 2011 ou vous adhérez en vous inscrivant à ce colloque, renseignements complémentaires :

Profession : .....

Téléphone : .....

Adresse : .....

mail : .....

.....

.....

À NOTER :
l'inscription à cette journée n'inclut pas le droit d'entrée à l'exposition et aux communications du congrès de la SFO.

Traitement à visée symptomatique du déficit pathologique cognitif et neurosensoriel chronique du sujet âgé (à l'exclusion de la maladie d'Alzheimer et des autres démences)

tanakan 40 mg

Extrait de Ginkgo biloba standardisé - EGb 761®

1 remboursement à 15% pour toutes ses indications

2 formes galéniques

3 comprimés ou doses par jour

4 présentations**

5 indications thérapeutiques

TANAKAN 40 mg, comprimé enrobé.
TANAKAN 40 mg/ml, solution buvable.

*** Boîtes de 30 et 90 comprimés.*
Flacons de solution buvable de 30 et 90 ml.

COMPOSITION: Comprimé: Extrait de Ginkgo biloba standardisé (EGb761®) titré à 24% d'hétérosides de Ginkgo et 6% de Ginkgolides-bilobalide 40,00 mg. **Excipient à effet notoire:** lactose monohydraté: 82,5 mg (cf. mises en garde), pour un comprimé enrobé. **Solution buvable:** Extrait de Ginkgo biloba standardisé (EGb 761®) titré à 24% d'hétérosides de Ginkgo et 6% de Ginkgolides-bilobalide 4,00 g. Excipients: saccharine sodique, huile essentielle d'orange soluble, huile essentielle de citron soluble, alcool (cf. mises en garde), eau purifiée. Pour 100,00 ml. **INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES:** Traitement à visée symptomatique du déficit pathologique cognitif et neurosensoriel chronique du sujet âgé (à l'exclusion de la maladie d'Alzheimer et des autres démences). Traitement symptomatique de la claudication intermittente des artériopathies chroniques oblitérantes des membres inférieurs (au stade 2). N.B.: Cette indication repose sur des essais cliniques en double aveugle par rapport à un placebo qui montrent une augmentation du périmètre de marche d'au moins 50% chez 50 à 60% des malades traités contre 20 à 40% des malades suivant uniquement des règles hygiénodiététiques. Traitement d'appoint des baisses d'acuité et troubles du champ visuel présumés d'origine vasculaire. Traitement d'appoint des baisses d'acuité auditive et de certains syndromes vertigineux et/ou acouphènes présumés d'origine vasculaire. Amélioration du phénomène de Raynaud. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION: Comprimé:** Voie orale. 3 comprimés par jour à prendre au moment des repas. CTJ: 0,52 à 0,54 €. **Solution buvable:** Utiliser la mesurette graduée: 1 dose = 1 ml de solution buvable = 40 mg d'extrait pur. 3 doses (3 ml) par jour, à répartir dans la journée. Les doses sont à diluer dans un demi-verre d'eau et à prendre au moment des repas. CTJ: 0,51 à 0,53 €. **CONTRE-INDICATIONS:** Hypersensibilité à l'un des constituants du comprimé ou à l'un des constituants de la solution buvable. **MISES EN GARDE:** Galactosémie congénitale, syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou déficit en lactase, en raison de la présence de lactose. **Solution buvable:** ATTENTION: LE TITRE ALCOOLIQUE DE CE MÉDICAMENT EST DE 57%V/V, SOIT 0,45 g D'ALCOOL PAR UNITÉ DE PRISE (POUR 1 DOSE). **GROSSESSE ET ALLAITEMENT:** Utilisation déconseillée pendant la grossesse ou l'allaitement. **EFFETS INDÉSIRABLES:** Rarement troubles digestifs, troubles cutanés, céphalées. **PHARMACODYNAMIE:** VASODILATATEUR PÉRIPHÉRIQUE. **AMM-DONNÉES ADMINISTRATIVES:** 34009 **329 904 0** 5: 30 comprimés sous plaquettes thermoformées (aluminium-PVC). 34009 **329 906 3** 4: 90 comprimés sous plaquettes thermoformées (aluminium-PVC). 34009 **316 324 0** 5: 30 ml en flacon avec mesurette graduée (verre brun). 34009 **330 279 9** 5: 90 ml en flacon (verre brun) avec mesurette graduée. Remb. Séc. Soc. à 15 %. Agr. Coll. Prix public, boîte de 30 comprimés: 5,44 €. Prix public, boîte de 90 comprimés: 15,69 €. Prix public, flacon de 30 ml: 5,36 €. Prix public, flacon de 90 ml: 15,46 €. **DATE DE MISE A JOUR:** avril 2010. **REF:** TK(cp-sb)R-V06. **EXPLOITANT: IPSEN PHARMA** - 65 quai Georges Gorse - 92100 Boulogne-Billancourt. Tél: 01.58.33.50.00. Information médicale: 01.58.33.58.20.

Pour une information complète, consulter le RCP disponible sur le site internet de l'AFSSAPS ou sur demande auprès de notre Laboratoire.
Les avis de la Transparence de ces spécialités sont disponibles à l'adresse www.has-sante.fr

IMPULSION NATURELLE *Innover pour mieux soigner 2TK0365/Octobre 2010

IPSEN
Innovation for patient care*