Le Livre des Résumés

16es

Rencontres
KAP OUEST
22 & 23 MARS 2018

LORIENT

De l'homme réparé à l'homme augmenté

INNOVATIONS ET MPR – SPORT POUR TOUS

©Centre de Kerpape

www.kapouest.fr

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

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

Les centres organisateurs

Centre de l'Arche prh

CENTRE MUTALISTE DE KERPAPE
RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION FONCTIONNELLES
DISTRICT DE LORIENT

ŒUVRES DE PEN-BRON

SAINT HÉLIER HOSPITALIÈRE
PÔLE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

melioris Le Grand Feu

Compétences et dévouement au service du patient
LE NORMANDY
MÉDECINE PHYSIQUE - RÉÉDUCATION 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 12

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

LES CENTRES KAP OUEST

pluridisciplinaire (psychologues-neuropsychologues-orthophonistes-psychomotriciens-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

LES CENTRES KAP OUEST

- Polytraumatismes
- Prothèses articulaires (genoux, épaules...)
- Amputés vasculaires et traumatiques
- Syndromes douloureux chroniques fibromyalgiques

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 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 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).

Programme - Jeudi 22 Mars 2018

08h00 **Accueil des participants**

08h45 **Mot de bienvenue**

- *Dr Pierre VERSCHOORE - Président de KAP Ouest*
- *M. Olivier BONAVENTUR - Directeur général de la Mutualité 29/56*
- *Mme Anne-Briac BILLY - Directrice ARS Bretagne Innovation*

MATIN - Innovations et MPR

Modérateurs : *Dr Pauline COIGNARD - Médecin MPR, CMRRF Kerpape et Dr Benoit NICOLAS - Médecin MPR, Pôle St-Hélier*

09h00 **Evaluation des usages : implication dans la conception des solutions innovantes**

- *M. Bastien FRAUDET - Cadre de santé, Pôle St-Hélier*

09h30 **La réalité virtuelle dans la rééducation**

- *Mme Evelyne KLINGER - Directrice de recherche «Intéractions numériques santé handicap», ESIEA Paris, Laval*

10h05 **Apports de la réalité virtuelle sur la compréhension, l'évaluation et la prise en charge de la désorientation topographique**

- *Dr Eric SORITA - Docteur en sciences cognitives, Chercheur associé EA4136 - Université de Bordeaux, Institut de Formation en Ergothérapie*

10h30 **Utilisation de la Réalité Virtuelle en pratique courante (étude de cas)**

- *Mme Emmanuelle GUILLAUME - Ergothérapeute, Service M.P.R. Neurologie Adultes, CMRRF Kerpape*

10h45 **Pause café et visite des stands**

11h15 **Appartements Tremplins : Living Lab et Innovations en Domotique**

- *M. Jean-Paul DEPARTE - Ingénieur, laboratoire du CMRRF Kerpape et Mme Florence GARREC - Ergothérapeute, CMRRF Kerpape*

11h30 **ISAR : l'approche de la co-conception centrée sur l'usager**

- *Dr Emilie LEBLONG - MPR et Mme Amélie COLIN - Coordinatrice Réseau Breizh PC, Pôle St-Hélier*

11h50 **REHAB-LAB : Aides techniques et impression 3D, de patient à acteur**

- *M. Willy ALLEGRE, Ingénieur et Mme Soazig DAVID - Ergothérapeute, CMRRF Kerpape*

12h05 **Démarche d'Open Innovation pour le développement d'assistances technologiques en centre MPR**

- *M. Willy ALLEGRE et M. Jean-Paul DEPARTE - Ingénieurs, CMRRF Kerpape*

12h30 **Déjeuner et visite des stands**

Programme - Jeudi 22 Mars 2018

APRÈS-MIDI - Innovations et MPR

Modérateurs : *Pr Olivier REMY-NERIS - CHU de Brest et Dr Denis COLIN - Médecin MPR, CRRF L'Arche*

14h00 **Analyse quantifiée de la marche**

- *M. Mathieu LEMPEREUR - Ingénieur, CHU Brest et M. Yannick DELPIERRE - Ingénieur, CRRF L'Arche*

14h30 **Les nouvelles technologies de rééducation**

- **14h30** - Enquête sur les usages des dispositifs innovants en médecine physique et de réadaptation
  - *Dr Pauline COIGNARD - Présidente de l'association Approche*

1/pour les aides à la marche

- **14h45** - Analyse rétrospective des bénéfices d'une prise en charge combinée, isocinétisme et marche robotisée
  - *Mme Soizic INJEYAN - CDS MKDE, CRRF Le Normandy*
- **15h00** - Exosquelette : Rewalk...
  - *Dr Jacques KERDRAON - Médecin MPR, CMRRF Kerpape*

2/pour les membres supérieurs

- **15h15** - Effets et avantages de la rééducation du membre supérieur avec manipulateur robotisé en phase sub-aiguë d'un AVC
  - *Dr Christophe DURET - Médecin MPR, CRRF Les Trois Soleils*
- **15h30** - Dispositif de rééducation neuromotrice associée à un exosquelette
  - *Dr Claire LE MEUR - Médecin MPR, Pôle Saint-Hélier*
  - *Mme Julie BOSSARD et Mme Flora JOUAN - Ergothérapeutes, CRRF Le Normandy*
- **15h50** - Aide à la manipulation : Rééducation robotisée du membre supérieur : Résultat Rem AVC
  - *Pr Olivier REMY-NERIS - CHU de Brest*

16h20 **Pause café et visite des stands**

16h50 **Sessions Hypnose**

Modérateurs :
- *Dr Claude VIROT - Médecin Psychiatre, Président de la Société Internationale d'Hypnose et Directeur d'Emergences, Institut de Recherche et de Formation*
- *Dr Joseph BOU LAHDOU - MPR, CRRF Perharidy*

Introduction : Les ressources de l'hypnose en stratégie thérapeutique, *par le Dr Claude VIROT*

- **17h00** - **Communication thérapeutique**
  - *Mme Edwige LEBREIL - IDE ICO Gauducheau, Nantes*
- **17h20** - **Hypnose et rééducation**
  - *Mme Christine VERVAEKE - Kinésithérapeute et Hypnothérapeute, Pôle St-Hélier*
- **17h40** - **Retour d'expérience sur l'introduction de l'hypnose à Kerpape**
  - *Dr Hélène LE TALLEC - Médecin MPR, CLUD , Mme Kathy LE MEIL - Kinésithérapeute, Mme Sophie BELLOT - Kinésithérapeute et Mme Morgane COLLIN - Aide-Soignante, équipe hypnose, CMRRF Kerpape*
- **18h00** - **Auto-hypnose et prévention du burn-out**
  - *Dr Claude VIROT - Médecin Psychiatre, Président de la Société Internationale d'Hypnose et Directeur d'Emergences, Institut de Recherche et de Formation*

18h30 **Fin de journée**

19h30 **Soirée conviviale au CMRRF Kerpape – animation musicale**
1ère partie : Groupe Otala / **2ème partie :** Anne Sorques et Yvan Guillevic

Programme - Vendredi 23 Mars 2018

08h30 **Accueil des participants**

MATIN - Sport pour tous

Modérateurs : *Dr Vincent DETAILLE - Médecin MPR, CMRRF Kerpape, et M. Serge BESSEICHE - Président du Comité Régional de Bretagne FFH*

09h00 **Présentation Handi Sports**

- *M. Serge BESSEICHE - Président du Comité Régional de Bretagne FFH*

09h20 **La Lame en athlétisme, jusqu'où va-t-elle nous propulser ?**

- *Dr Jean-Claude DRUVERT - Médecin FFH*

09h40 **Les disciplines «aquatiques»**

- **09h40 - Handiplongée - en pratique**
  - *Dr Thierry CHARLAND - Médecin hyperbare, CMRRF Kerpape et CMS Lorient*
  - *M. Laurent LE FLOC'H - Président Vagdespoir Bretagne*
- **09h55 - Handivoile - en pratique**
  - *Dr Yves LAMBERT - Médecin du sport, FFV Lorient*
- **10h10 - Cap Handi, pratique de la voile hauturière**
  - *M. Jean-Michel BERNARD - Président Cap Handi*

10h30 **Pause café et visite des stands**

11h00 **Tous les sports**

- **11h00 - Association Vagdespoir Bretagne**
  - *M. Laurent LE FLOC'H - Président Vagdespoir Bretagne*
- **11h15 - Aides techniques personnalisées pour la pratique des sports : tir à l'arc, vélo...**
  - *M. Gaël COLLE - Orthoprothésiste, CMRRF Kerpape*
- **11h30 - De l'hippothérapie à l'équitation adaptée**
  - *Mme Stéphanie FLEURY et Mme Elena BREBAN - Kinésithérapeutes et Mme Anne-Sophie ESNAULT - Enseignante en équitation adaptée, CMRRF Kerpape*
- **11h45 - Handiparapente**
  - *Mme Laëtitia SEUGNET - Enseignante APA, CRRF Le Grand Feu*
- **12h00 - Santiago accessible**
  - *M. Edouard BRAINE - Conseiller diplomatique du gouvernement et Président de Santiago accessible*
  - *Mme Thérèse LEMOINE - Ex-éducatrice sportive, médaillée escrime JO*
- **12h15 - Escalade**
  - *Mme Julie TERRIEN, Enseignante A.P.A. - CMRRF Kerpape*

12h30 **Table Ronde - Handisports et valides, les mêmes attentes.**
Animée par le Dr Frédéric RUSAKIEWICZ - Médecin fédéral FFH, Dr Vincent DETAILLE - Médecin MPR, CMRRF Kerpape, M. Jean-Marc TANGUY - Vice-président du Conseil Départemental 29 délégué au sport et M. Stéphane HEUSSAFF - Coordonnateur projets «sport pour tou.te.s» au conseil départemental du Finistère

En présence de :

- *M. Jean-Baptiste SOUCHE - Entraîneur de l'équipe de France Handisport d'Athlétisme*
- *Mme Nantenin KEITA - Championne paralympique du 400 m en 2016*

13h15 **Déjeuner et visite des stands**

Programme - Vendredi 23 Mars 2018

APRÈS-MIDI - Ateliers

14h30 **Ateliers**

1ER ATELIER AU CHOIX :

Atelier 1 Télémédecine et retours d'expérience (plaie et expertise en rééducation)
- *Dr Sandrine ROBINEAU - Médecin MPR, Pôle St-Hélier*
- *Dr Christophe CHARBONNIER - Médecin MPR coordonnateur, Pôle HAD de l'Aven à Etel*

OU

Atelier 2 Reprise de la conduite automobile après lésion cérébrale acquise non évolutive : des recommandations HAS à la pratique clinique et présentation des aides techniques
- *Dr Jean-Luc LE GUIET - Médecin M.P.R., Comète France, CMRRF Kerpape*
- *Mme Tifenn BODIC - Ergothérapeute, CMRRF Kerpape*
- *M. Christian ALLAIN et Mme Nathalie PENVERN - Moniteurs Auto-Ecole, CMRRF Kerpape*

15h30 **Ateliers**

2E ATELIER AU CHOIX :

Atelier 3 Evolution des métiers paramédicaux : kiné - ergo - IDE
- *Mme Servane MARIVAIN - Cadre de Santé, Directrice des plateaux de rééducation, CMRRF Kerpape*
- *M. Pierre-Yves MORCET - DSSI, CMRRF Kerpape*
- *M. Jean-Michel PASQUET - Directeur de l'IFSI, Lorient*

OU

Atelier 4 Actualité 2018 sur la DMA en MPR
- *M. Olivier BONAVENTUR - Directeur général de la Mutualité 29/56*
- *Mme Mari LE COSSEC-CORBEL - Directrice financière Mutualité 29/56*
- *Mme Hélène BLAISE - Directrice Générale, CRRF Pérharidy - Fondation Ildys*
- *Dr Fabienne LENA - DIM, CMRRF Kerpape et Pérharidy*

16h30 **Fin de journée**

INNOVATIONS ET MPR

Evaluation des usages : implication dans la conception des solutions innovantes

↳ B. FRAUDET, E. LEBLONG, A. COLIN, B. NICOLAS, J. HARDI, P. GALLIEN
Living lab ISAR, Pôle Saint Hélier, Rennes

▶ **Mots clés :** usage, innovation, besoin, acceptabilité, acceptation, appropriation

Dans le champ de la recherche clinique biomédicale, le bénéfice d'une solution innovante est la plupart du temps évalué en termes d'amélioration et d'efficacité.
Dans ce paradigme, l'essai contrôlé randomisé incarne le gold standard : son objectif est de mesurer le bénéfice, la plus-value de l'objet de l'étude, le plus souvent par rapport à une autre solution considérée comme la référence dans le contexte, en réduisant au possible le risque de biais.
Mais l'efficacité ou l'amélioration mesurée ne présume pas de l'utilisation future de la solution. Dans le contexte d'une 'innovation destinée au marché, l'objectif est également que la solution atteigne sa cible, que la population à qui elle est destinée s'en saisisse.
Dans ce contexte, le concept d'*usage* prend tout son sens et propose un paradigme complémentaire, à savoir celui de l'efficacité.
La définition des usages, notamment dans le champ des technologies de l'information et de la communication, est complexe. « Les usages ne sont pas réductibles à un simple acte de consommation mais renvoient à une trajectoire » (George 2012). Au cours du développement d'une solution innovante, le processus de son adoption s'inscrit dans un continuum (Bobillier-Chaumont, 2009) qui regroupe diverses notions incluses dans le concept d'usage : *le besoin*, c'est à dire la problématique émergente à laquelle peut répondre la solution, *l'acceptabilité*, ou la capacité de usager à se projeter à priori dans l'utilisation future de la solution, *l'acceptation*, ou la capacité à se projeter après test de la solution, et *l'appropriation*, qui renvoie à la notion d'intégration (Proulx 2005). Ce sont autant de marqueurs dans la projection de l'usage que dans l'intégration des solutions.
Ces notions renvoient à des considérations à la fois collectives et individuelles, et mêlent des champs divers tels que les sciences sociales, la sociologie et psychologie sociale, l'ergonomie, voire le marketing.
Aborder l'évaluation des usages, et de fait intégrer l'usager, tout au long du processus d'évaluation des solutions innovantes peut amener à interroger les facteurs qui vont influencer l'intention d'usage et faire émerger précocement les forces et les freins éventuels. Considérer l'usage dans la trajectoire de développement peut concourir à la mise sur le marché de solutions plus en phase avec les attentes des usagers et favoriser leur déploiement et leur intégration.

(suite)

Références :

- George E, L'étude des usages des TIC au prisme de la recherche critique en communication, in Vidal, G. la sociologie des usages, continuités et transformations, éd. Lavoisier, Cachan, 2012
- Bobillier-Chaumon ME, Dubois M, L'adoption des technologies en situation professionnelle : quelles articulations possibles entre acceptabilité et acceptation ? », Le travail humain 2009/4 (Vol. 72)
- Proulx S, Penser les usages des TIC aujourd'hui : enjeux, modèles, tendances in Vieira L. et Pinède N., éd, Enjeux et usages des TIC : aspects sociaux et culturels, t. 1 , Presses universitaires de Bordeaux, Bordeaux, 2005

INNOVATIONS ET MPR
La réalité virtuelle dans la rééducation

↳ **E. KLINGER,**
Directrice de Recherche « Interactions Numériques Santé Handicap »
ESIEA, Laval

La rééducation après traumatisme du système nerveux central est un processus long et ardu, au cours duquel les thérapeutes doivent relever le défi de proposer aux patients des interventions efficaces et motivantes pour la récupération de leur autonomie, notamment dans les Activités de la Vie Quotidienne (AVQ). Les approches fondées sur la Réalité Virtuelle (RV) semblent apporter une réponse à ce défi, avec des environnements virtuels fonctionnels offrant des moyens de surmonter les limites des approches de rééducation traditionnelles.
En effet, depuis une vingtaine d'années, ces approches pénètrent petit à petit le monde de la Santé et du Handicap dans des objectifs variés tels que comprendre l'humain, le soigner, lui permettre de développer ou de recouvrer des capacités, l'aider, ou encore le former. L'intérêt qui est porté à ces outils émergents résulte des paradigmes innovants et efficaces qu'ils permettent de mettre en œuvre, de l'impact que les expériences virtuelles ont sur l'Homme, de l'attrait qu'elles suscitent pour les usagers (patients, thérapeutes, apprenants, formateurs, ...), mais aussi de la facilitation actuelle de leur accès avec la mise sur le marché de certains jeux ou interfaces.
Les applications développées concernent tous les âges de la vie et tous les champs de la rééducation, en particulier celui de la rééducation cognitive. Certaines visent des fonctions cognitives spécifiques (attention, mémoire, cognition spatiale, capacités visuo spatiales, fonctions exécutives, ...). D'autres se situent dans une approche de rééducation plus globale via des AVQ simulées. Mais ces approches peuvent aussi être combinées selon les thérapeutes usagers et selon le moment de la rééducation puisque ces outils peuvent être utilisés dans toutes les phases de la rééducation.
Parmi les AVQ simulées pertinentes en rééducation, « faire ses courses » constitue une activité vitale qui implique à la fois complexité et intégration de différentes fonctions cognitives. L'évaluation du comportement des personnes dans cette tâche en situation réelle pose des difficultés pratiques, alors que l'usage d'un supermarché virtuel la facilite considérablement. Ainsi, l'exemple du Virtual Action Planning-Supermarket (VAP-S) sera développé tant pour montrer l'intérêt de l'approche dans le contexte du dysfonctionnement exécutif que pour illustrer le parcours de validations cliniques que de tels outils doivent vivre.
En conclusion, des perspectives sur l'usage de ces outils en rééducation seront présentées.

INNOVATIONS ET MPR

Apport de la réalité virtuelle sur la compréhension, l'évaluation et la prise en charge de la désorientation topographique

↳ **E. SORITA,** Docteur en sciences cognitives, Chercheur associé EA4136
Université de Bordeaux, Institut de Formation en Ergothérapie

L'autonomie dans l'orientation spatiale en vie ordinaire est un facteur clé de la participation sociale. La littérature rapporte une fréquence élevée de troubles de l'orientation spatiale, ou désorientation topographique, chez les patients ayant des lésions cérébrales acquises. Ces troubles sont cependant difficiles à évaluer à partir des batteries de tests traditionnels centrés sur une forme différente de cognition spatiale. Depuis le début des années 90, l'utilisation de la réalité virtuelle simulant des environnements réels offre une voie d'investigation novatrice et écologique pour ce type de troubles. De nombreux travaux utilisant la réalité virtuelle permettent désormais de mieux comprendre les processus et stratégies cognitives impliqués dans l'orientation spatiale. Elle offre en outre la possibilité d'évaluer la présence de troubles et d'intervenir plus directement dans la réadaptation de la désorientation topographique. Nous présenterons ici les apports de la réalité virtuelle dans ce domaine.

INNOVATIONS ET MPR

Utilisation de la Réalité Virtuelle en pratique courante (étude de cas)

E. GUILLAUME, Ergothérapeute
Service de neurologie adultes, CMRRF Kerpape, Plœmeur

L'ergothérapie est une profession de santé dans laquelle les activités de la vie quotidienne occupent une place centrale. Elles sont utilisées notamment comme moyen de rééducation des patients dans le but d'améliorer leur autonomie et leur indépendance.
La réalité virtuelle, outil de nouvelle technologie, est de plus en plus utilisée en rééducation pour améliorer les déficits moteurs et cognitifs. Le VAP-S (Virtual Action Planning Supermarket) et la TVK (Therapeutic Virtual Kitchen) sont des moyens de rééducation des troubles cognitifs utilisant cette nouvelle technologie. Il s'agit en l'occurrence de réaliser une tâche de courses et de faire un café.
Ils ne sont pas utilisés de manière isolée mais s'intègrent dans l'ensemble de la prise en charge en ergothérapie et sont pertinents au regard des objectifs de rééducation fixés avec le patient. Au travers d'études de cas nous verrons comment ils s'articulent avec les autres outils proposés au patient et comment ils permettent de contribuer à l'atteinte des objectifs d'autonomie et d'indépendance de vie quotidienne.

INNOVATIONS ET MPR

Appartements Tremplins : Living Lab et Innovations en Domotique

↳ **J.P. DEPARTE**, Ingénieur
↳ **Mme Florence GARREC**, Ergothérapeute
CMRRF Kerpape, Plœmeur

Appartements Tremplins : Living Lab et Innovations en Domotique
Les appartements tremplins sont labellisés Living'Lab Santé & Autonomie. Constitué de deux appartements de 35 et 77 m2 ils ont pour objectifs :

1- **Mise en situation de vie autonome lors de séjours d'une semaine**
2- **Démonstrations/adaptations/essais** d'aides techniques et la mise en situation avant séjour
3- **Formation** auprès d'artisans du bâtiment sur l'aménagement, l'accessibilité, la domotique
4- **Recherche appliquée** pour le développement et la validation en situation réelle de nou veaux matériels en lien avec des entreprises et des chercheurs.

INNOVATIONS ET MPR

ISAR : l'approche de la co-conception centrée sur l'usager

E. LEBLONG, Médecin MPR [1,2] - **A. COLIN**, Coordinatrice [2,3]

[1]Pôle MPR St Hélier, Rennes

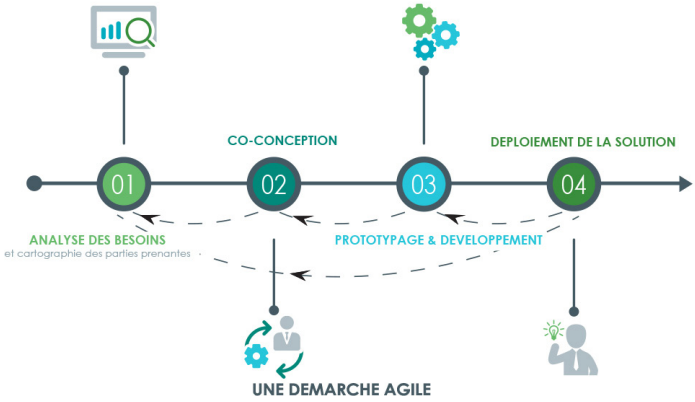
[2]Living Lab du Pôle St Hélier Innovation Santé et Autonomie, Rennes

[3]Réseau Breizh PC, Rennes

La démarche d'un Living Lab part des constats suivants :
L'initiation et l'exécution des projets d'innovation technologique se fait traditionnellement dans des environnements de laboratoires fermés ou artificiels, où les interactions avec les usagers sont trop peu fréquentes, biaisées ou arrivent trop tard dans le processus d'innovation
A l'heure où tout va plus vite, 7 à 9 innovations technologiques sur 10 sont des échecs commerciaux...
La finalité d'un Living lab est de concourir à la mise sur le marché de solutions conçues aux côtés des utilisateurs finaux patients et professionnels, plus en phase avec leurs besoins. Cette démarche est susceptible de réduire le temps de développement de ces solutions et de mieux préparer à atteindre leur cible et à faire leur place dans l'écosystème actuel.
ISAR, Innovation Santé Robotique Rennes, est le living lab porté par le Pôle Saint Hélier. C'est un dispositif de concertation regroupant des acteurs publics, privés, des entreprises, des professionnels, des financeurs, des associations et des usagers afin de concevoir collectivement des solutions innovantes en technologie, organisation et service porteuses de nouvelles réponses pour les collectivités et la société . Cette démarche s'appuie sur une méthodologie d'évaluation des usages tout au long du processus, a priori, au cours et à posteriori.

LES ACTEURS DU LIVING LAB
UNE PLATEFORME D'ÉCHANGES CENTRÉE SUR L'USAGER

(suite)



ISAR accompagne des projets d'innovation dans les champs du handicap et de la santé, en s'assurant de l'implication des utilisateurs finaux dans l'ensemble du processus de développement.
Au sein de cette démarche collaborative, l'activité d'ISAR s'organise autour de 3 axes :

- **L'identification et l'évaluation des besoins** des usagers du champ du Handicap - personnes en situation de handicap, les aidants et professionnels - pour faire émerger des solutions innovantes,
- **La participation à la co-conception de solutions dans une démarche centrée sur les utilisateurs** en collaboration/associant avec les différents acteurs du développement
- **L'évaluation de la solution** sur un double modèle s'appuyant sur les sciences biomédicales (recherché clinique) et les sciences humaines (évaluation des usages, de l'acceptabilité et appropriation).

(suite)

Cette approche permet de s'assurer à la fois de la pertinence clinique des solutions en termes d'efficacité et de favoriser l'intégration des solutions dans le quotidien de l'utilisateur.
Cette approche de co-conception centrée sur les usagers sera illustrée par l'exemple de projets dans le domaine de l'assistance à la conduite de fauteuil roulant électrique pour les patients présentant un handicap neurologique. Comment cette méthodologie participe-t-elle actuellement au projet interreg ADAPT[1] réunissant des partenaires internationaux publics et privés, académiques et cliniques, des acteurs de développement économique au sein en vue de co concevoir un simulateur de fauteuil roulant électrique et un fauteuil roulant intelligent ? En réponse à quels objectifs ? Par quels moyens ?

Références :
http://www.montreal-invivo.com/wp-content/uploads/2014/12/livre-blanc-LL-Umvelt-Final-mai-2014.pdf
http://www.forumllsa.org/
http://www.adapt-project.com/

[1]Ce travail est financé dans le cadre du projet INTERREG VA FMA ADAPT « Assistive Devices for empowering disAbled People through robotic Technologies » http://adapt-project.com/index.php. Le Programme FMA est un programme de Coopération Territoriale Européenne qui vise à financer des projets de coopération ambitieux dans la région frontalière entre la France et l'Angleterre. Le Programme est financé par le Fonds Européen de Développement Régional (FEDER)

INNOVATIONS ET MPR

REHAB-LAB : Aides techniques et impression 3D, de patient à acteur

↳ **W. ALLEGRE**, Ingénieur
↳ **S. DAVID**, Ergothérapeute
CMRRF Kerpape, Plœmeur

Au Rehab-Lab, Fab-Lab intégré dans un centre de rééducation, les patients de Kerpape deviennent acteurs du développement de leurs propres aides techniques en utilisant les technologies innovantes de l'impression 3D.
Au-delà de l'innovation technologique que peut représenter ce nouvel outil pour la création d'aides techniques en ergothérapie, ce projet de Rehab-Lab met en avant l'innovation sociale liée à l'implication de patients dans leur processus de réadaptation.
C'est un lieu d'expérimentation, de partage de connaissances et de compétences, de collaboration entre le patient, l'ergothérapeute et l'ingénieur (ou le référent technologique).

INNOVATIONS ET MPR

Démarche d'Open Innovation pour le développement d'assistances technologiques en centre MPR

↳ **W. ALLEGRE** et **MJ.P. DEPARTE**, Ingénieurs
CMRRF Kerpape, Plœmeur

L'innovation a longtemps été synonyme dans le milieu industriel/entrepreneurial de compétition, de concurrence et donc de propriété intellectuelle à défendre.
Une autre démarche, particulièrement adaptée aux Centres de Rééducation, se développe actuellement en privilégiant d'avantage le partage et la collaboration : on parle d'innovation ouverte. «Living-Lab», «Fab-Lab», «Hackathon», «Open-source», «Libre»... sont autant de concepts qui gravitent autour de cette démarche : ils seront illustrés dans cette présentation à travers différents projets dans lesquels le laboratoire d'électronique de Kerpape est impliqué avec les équipes.

INNOVATIONS ET MPR
Les derniers apports et gains de l'analyse quantifiée du mouvement

↳ **M. LEMPEREUR**[1] et **Y. DELPIERRE**[2], Ingénieurs
[1]CHU Brest - [2]CRRF L'Arche

▶ **Mots clés :** analyse du mouvement, cinématique, électromyographie, lombalgie chronique

Première partie : Analyse Quantifiée de la Marche

L'Analyse Quantifiée de la Marche (AQM) est de nos jours un examen devenu indispensable pour la prise en charge des patients présentant des troubles complexes de la marche tels que la paralysie cérébrale. L'objectif de cet examen est de mesurer, en laboratoire, la marche d'un patient. Le mouvement en trois dimensions des articulations, l'activité électromyographique des muscles ainsi que les forces qui s'appliquent aux articulations sont l'ensemble des données associées au bilan clinique que possède le clinicien lors de son interprétation. Il peut alors identifier les défauts de marche, déduire les causes et proposer les traitements nécessaires pour améliorer la marche des patients.
Après avoir présenté brièvement l'AQM, nous verrons également quel est l'impact de l'AQM dans la décision thérapeutique et dans les résultats d'une chirurgie neuro-orthopédique chez l'enfant. Bien que l'AQM soit utilisée en routine clinique, elle est aussi utilisée à des fins de recherche tels que : la simulation d'un équin (Houx et al., 2014), la simulation des rétractions musculaires (Attias et al., 2017), la prédiction de résultats de chirurgie (Galarraga et al., 2017), système d'aide à la décision thérapeutique utilisant des méthodes d'apprentissage automatique (deep learning), ...

Références
Galarraga et al., (2017). Predicting posoperative gait in cerebral palsy. Gait & Posture, 52, 45-51.
Attias et al., (2017). Influence of different degrees of bilateral emulated contractures at the triceps surae on gait kinematics: The difference between gastrocnemius and soleus. Gait & Posture, 58, 176-182.
Houx et al. (2014). Changes in muscle activity in typically developing children walking with unilaterally induced equinus. Clinical Biomechanics, 29(10), 1116-1124.

(suite)

Seconde partie : Dans le cadre de la lombalgie chronique

Classiquement, lorsqu'on aborde la lombalgie chronique, ça sonne souvent avec un même refrain : symptôme douloureux du dos, qui toucherait un peu moins de la moitié des salariés, se caractérise notamment par un déconditionnement à l'effort, associé à une réduction des mobilités, de l'endurance, de la force musculaire (Verbunt et al. 2010). Ce symptôme se complique par l'existence de facteurs de risque qui prédisposent plus facilement certains individus par rapport à d'autres. Des aspects psycho-sociaux peuvent influer sur ce symptôme avec, notamment, une dégradation de l'image que le patient perçoit de lui-même et du système de santé qui peine à l'aider durablement.
Sans être une baguette magique, les outils d'analyse du mouvement et statistiques seront abordés quant à leurs apports pour mieux comprendre les incidences et relations entre le mouvement et la lombalgie chronique (Sadeghisani et al., 2015), à évaluer finement les gains d'une ou plusieurs thérapeutiques (Cho et al., 2014), à analyser et comprendre les classifications de patients susceptibles d'orienter un choix thérapeutique.

<u>Références</u>

Sadeghisani M, Namnik N, Karimi MT, Rafiei AR, Manshadi FD, Eivazi M, Abdoli A. 2015. Evaluation of differences between two groups of low back pain patients with and without rotational demand activities based on hip and lumbopelvic movement patterns. Ortop Traumatol Rehabil. 17(1):51-7.
Verbunt JA, Smeets RJ, Wittink HM. 2010. Cause or effect? Deconditioning and chronic low back pain. Pain. 149(3):428-30.
Cho HY, Kim EH, Kim J. 2014. Effects of the CORE Exercise Program on Pain and Active Range of Motion in Patients with Chronic Low Back Pain. J Phys Ther Sci. 26(8):1237-40.

LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE RÉÉDUCATION

Retour de questionnaires inter-établissement sur l'état des lieux de l'utilisation d'outils innovants de rééducation

N. MORISSET[1], N. PICHOT[1], P. VERSCHOORE[2], F. BEURET-BLANQUART[3], P. COIGNARD[4]

[1]Laboratoire LP3C , Université de Rennes 2

[2]Association KAP OUEST

[3]Association COMETE France

[4]Association APPROCHE

Dans le contexte du développement des nouvelles technologies en santé l'objectif de cette enquête est de dresser un état des lieux sur les nouveaux usages thérapeutiques en MPR et d'évaluer leur impact psychosocial et organisationnel dans les centres de MPR.
La méthodologie est élaborée en collaboration avec le laboratoire en sciences sociales du LP3C et doit être déployée dans les centres participants aux rencontres KAP OUEST, au réseau COMETE France et association APPROCHE.
L'enquête doit permettre de recenser les types d'outils innovants de médecine physique et de réadaptation disponibles au sein des centres dédiés à cette activité et déterminer leurs modalités d'usage ainsi que les représentations qu'ils suscitent auprès des professionnels de la santé (e.g., apport(s), limite(s), effet(s) réel(s) ou supposé(s) sur les pratiques de soin...). Les premiers éléments liés à la mise en œuvre de cette enquête comme aux premiers résultats observés, seront présentés.

LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE RÉÉDUCATION

Les nouvelles technologies de rééducation pour les aides à la marche

1 - Analyse rétrospective des bénéfices d'une prise en charge combinée, isocinétisme et marche robotisée

↳ **S. INJEYAN,** CDS MKDE
CRRF Le Normandy, Granville

(suite)

2 - Homme suppléé, Homme réadapté ? Perspectives actuelles des exosquelettes de marche

↳ **J. KERDRAON**, Médecin MPR
CMRRF Kerpape, Plœmeur

En dépit des évolutions technologiques dans les aides à la locomotion , la perte de la marche pour le patient paraplégique constitue toujours la fonction ressentie comme la plus difficile à compenser. Les exosquelettes ouvrent de nouvelles perspectives de suppléance de la marche en levant des verrous technologiques majeurs par rapport aux dispositifs de marche appareillée classique: d'une part l'allègement du contrôle visuel permanent des membres inférieurs jusqu'alors requis pour limiter l'accrochage des pieds , d'autre part leur coût énergétique réduit pour les niveaux métamériques les plus hauts. Si la sûreté de ces dispositifs a fait l'objet de quelques études, leurs bénéfices en terme de suppléance à la locomotion par rapport au classique fauteuil roulant ainsi que leur place dans les programmes de reeducation sont toujours à préciser. Comme toute avancée technologique, l'analyse des bénéfices attendus doit aussi prendre en compte ceux des déterminants à leur usage et acceptabilité sociale. Les études en cours sont présentées.

Despite new developments in walking aids , the loss of walking for the spinal cord injured patient is still the most difficult task to compensate for. Walking exoskeletons open new perspectives for assisting walking and upstanding in daily life conditions of complete spinal cord injured patients by way of solving major technological barriers compared to the conventional walking devices, that is a reduction of the permanent visual control of the lower limbs and their reduced energy cost for the highest metameric levels. While the safety of these devices has been the subject of some studies, their benefits on locomotion compared to the traditional wheelchair as well as their place in rehabilitation programs are still to be clarified. Like any technological breakthrough, the analysis of the expected benefits must also take into account those of the determinants to their use and social acceptability. Current studies are presented.

LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE RÉÉDUCATION

Les nouvelles technologies de rééducation pour les membres supérieurs

1 - Effets et avantages de la rééducation du membre supérieur avec manipulateur robotisé en phase subaiguë d'un AVC

C. DURET[1], **A.G. GROSMAIRE**[2], **O. PILA**[1-2], **E. HUTIN**[2]

[1]Centre de Rééducation Fonctionnelle Les Trois Soleils, Médecine Physique et de Réadaptation, Unité de Neurorééducation, Boissise-Le-Roi

[2]EA 7377 BIOTN, Laboratoire Analyse et Restauration du Mouvement (ARM), Université Paris-Est Créteil, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, APHA, Créteil

Mots clés : AVC, Cinématique, Interactions homme-machine, Parésie du membre supérieur, Robots de rééducation

La rééducation motrice après un AVC bénéficie des avancées scientifiques des trois dernières décennies par la mise en œuvre de nouvelles approches thérapeutiques répondant plus efficacement aux défis des modifications plastiques qui s'opèrent après une lésion cérébrale en phase aigüe et plus tardivement tout au long de la vie. Après un AVC, les thérapies du membre supérieur parétique utilisant l'assistance robotique sont depuis près de vingt ans à la pointe de ces nouvelles approches.

Les caractéristiques de cette technique innovante telles que la répétition de mouvements, l'intensité du travail rééducatif, l'interactivité et l'objectivité des mesures de performance, difficiles à mettre en œuvre en thérapie manuelle, ont permis d'optimiser les connaissances en rééducation de l'AVC et probablement d'améliorer le pronostic des patients.

Après une description du manipulateur In Motion, les résultats d'études cliniques montrant l'éligibilité à cette technique, l'évolution des interactions patient-robot et ses effets cliniques et cinématiques seront présentés.

(suite)

2 - Dispositif de rééducation neuromotrice associée à un exosquelette

↳ **C. LE MEUR**[1], Médecin MPR - **T. HERAUVILLE**[2]
[1]Pôle Saint-Hélier, Rennes
[2]CRRF Le Normandy, Granville

(suite)

3 - Aide à la manipulation : Rééducation robotisée du membre supérieur : Résultat Rem AVC

↳ O. REMY-NERIS - CHU de Brest

HYPNOSE
Les ressources de l'hypnose en stratégie thérapeutique

C. VIROT, Médecin Psychiatre, Président de la Société Internationale d'Hypnose et Directeur d'Emergences
Institut de Recherche et de Formation

HYPNOSE
Communication thérapeutique

↳ **E. LEBREIL**, IDE
ICO Gauducheau, Nantes

La communication thérapeutique, qu'est-ce que c'est ?

En quoi est-ce différent ? Elle apporte un bien être autant au patient qu'au soignant, appliquez-la au quotidien dans votre vie et observez les changements. La porte est ouverte à la créativité des soignants, cette richesse, les liens humains sont les meilleurs médicaments. Je vous expliquerai mon évolution dans ma pratique depuis ce changement et ce à plusieurs niveaux.

HYPNOSE
Hypnose et rééducation

↳ **C. VERVAEKE**, Kinésithérapeute et Hypnothérapeute
Pôle St-Hélier, Rennes

L'hypnose au pôle St-Hélier est une thérapeutique utilisée depuis 2005.
Depuis 12 ans, nous pratiquons l'hypnose ericksonienne, non directive, médicale.
Cet outil non médicamenteux est depuis le début un apport dans les soins quotidiens de St-Hélier. Pour optimiser le confort du patient, il est effectué sur prescription médicale.

Initialement, l'hypnose a trouvé sa place en douleurs aigüe et chronique.
Progressivement, les indications ont évolué :

- moindre utilisation en douleur aigüe (la première intention étant le MEOPA)
- l'indication principale reste la douleur chronique que ce soit dans les pathologies orthopédique et vasculaire mais aussi neurologique.
- d'autres axes se sont développés : les troubles du sommeil avec des réveils nocturnes entre autre par les douleurs ; la mentalisation du mouvement ; le stress lié intimement à la pathologie.

Depuis 2005, 1293 patients ont bénéficié de l'hypnose, ce qui correspond à 5952 actes, soit 4 à 5 séances par patient.
Pour les patients douloureux chroniques, l'échelle numérique a diminué en moyenne de 3.
L'évaluation de satisfaction cotée de 0 pas satisfait à 10 très satisfait a une moyenne de 8,3.
A travers l'alliance thérapeutique si primordiale, notre but est l'apprentissage de l'autohypnose pour que le patient puisse activer ses ressources, se remettre en mouvement si important pour la santé ; et se gérer lui-même.
Lors de cette communication, nous présenterons donc notre expérience de façon plus précise, en nous appuyant sur des cas cliniques, pour ensuite échanger.

HYPNOSE

Retour d'expérience sur l'introduction de l'hypnose à Kerpape

↳ **H. LE TALLEC**, Médecin MPR, CLUD et équipe hypnose
CMRRF Kerpape, Plœmeur

Les débuts de prise en charge en Hypnose au centre de Kerpape datent de mi 2015.
Progressivement une équipe de 4 hypnothérapeutes s'est formée, 2 kinésithérapeutes, 1 aide-soignante et 1 médecin MPR.
133 patients ont été pris en charge depuis mi 2015, le nombre de séances allant de 1 à 4, l'indication majeure étant la douleur, chronique ou induite par les soins, même si d'autres indications existent.
Notre présentation va donc décrire notre organisation actuelle, son évolution et ses aspirations pour le futur. Les indications et les résultats et seront illustrés par un/des cas cliniques.

HYPNOSE
Auto-hypnose et prévention du burn-out

↳ **C. VIROT**, Médecin Psychiatre, Président de la Société Internationale d'Hypnose et Directeur d'Emergences
Institut de Recherche et de Formation

SPORT POUR TOUS
Présentation Handi Sports

↳ **S. BESSEICHE** - Président du Comité Régional de Bretagne FFH

SPORT POUR TOUS
La Lame en athlétisme, jusqu'où va-t-elle nous propulser ?

↳ **J.C. DRUVERT** - Médecin FFH

Mots clés : lame, double amputés transtibiaux, biomécanique, cinématique saut en longueur, jambe biologique, décret IAAF, MASH

Les lames à restitution d'énergie on permit une progression spectaculaire des performances en course et en en saut en longueur en trois décennies. Les progrès des emboitures et les manchons en silicone ont permis également une meilleure tolérance du moignon à l'entrainement. Il faut distinguer sur le plan biomécanique les simples et les doubles amputés transtibiaux à la course plus symétrique et dont les performances se rapprochent à haut niveau des performances en sprint des sportifs valides.
L'étude cinématique du saut en longueur pour un amputé transtibial unilatéral montre clairement l'avantage de l'impulsion avec la jambe appareillée par rapport à la jambe biologique. Le record handisport a progressé de plus d' 1 mètre en quelques années alors que le record du monde valide n'a connu que 5 recordmen depuis 1935... les deux derniers records datant de 1968 et 1991 !
Depuis novembre 2015, la compétition des athlètes avec prothèses est interdite par l'IAAF[1] lors des championnats valides. Oscar Pistorius restera donc le seul sportif détenteur d'une médaille (Relais 4 x 400 mètres avec l'Afrique du sud) lors des championnats du monde d'athlétisme valide à Daegu en 2011. La réglementation de l'IPC[2] concernant les compétiteurs amputés concerne uniquement la longueur de la prothèse pour les doubles amputés par l'intermédiaire d'un coefficient appelé MASH[3]. Il n'existe pas de réglementation spécifique concernant la fabrication des lames.
En 2012, un double amputé fémoral a révolutionné la course en utilisant des prothèses rigides (sans genou mécanique). Les prothèses de course ou de saut sont des prothèses essentiellement mécaniques. Les prothèses bioniques qui ont révolutionné la vie au quotidien des amputés fémoraux, ne sont pas autorisées dans les compétitions sportives. Elles restent pour l'instant inadaptées à la haute compétition mais sont bien sûr susceptibles de progrès dans le futur.
Le coût financier des lames à restitution d'énergie reste un frein à l'élargissement du nombre de pratiquant dans le monde excluant en particulier une grande partie du continent africain. Les records mondiaux féminins devraient rapidement progresser dans le futur.

[1]IAAF : Fédération Internationale d'Athlétisme
[2]IPC : Comité international Paralympique
[3]MASH : taille maximale autorisée en position debout

SPORT POUR TOUS
Les disciplines «aquatiques»

1 - Handiplongée - en pratique

↳ **T. CHARLAND**, Médecin hyperbare
CMRRF Kerpape et CMS Lorient
↳ **LE FLOC'H**
Président Vagdespoir Bretagne

Le terme de Plongée HANDISUB est né du rapprochement de la Fédération Française de plongée sous marine (FFESSM) et des deux fédérations délégataires, Fédération Handisport (FFH) et Fédération du sport adapté (FFSA)
C'est en 1970 que les premières plongées ont été offertes pour ces publics. Une étape importante a été en 2005 la loi sur l'accueil des personnes en situation de handicap, et enfin en 2011 les fusions entre les différentes fédérations.

Les intérêts de l'Handisub sont multiples :
- Psychologiques , pour le dépassement de l'estime personnelle, le dépassement du handicap, et la gestion du stress.
- Physiques et médicaux : Déplacements sans les contraintes « terrestres », renforcement cardio-respiratoire et musculaire.
- Sportifs : Sortir du fauteuil, bienfaits de l'immersion,
- Sociaux : Rencontres de publics différents, échanges, voyages.

En l'absence d'une contre-indication formelle à la plongée, toute personne en situation de handicap peut plonger. Les contraintes sont bien entendu différentes s'il s'agit d'un handicap sensoriel, moteur, ou mental.
Bien entendu, l'Handisub est encadré par des moniteurs formés au handicap. Comme dans la plongée valide, il existe des niveaux de plongée avec une profondeur maximale autorisée.
Enfin, le certificat d'absence de contre-indication est obligatoire, et dès le baptême.

(suite)

2 - Handivoile - en pratique

↳ **Y. LAMBERT**, Médecin du sport
FFV - Lorient

(suite)

3 - Cap Handi, pratique de la voile hauturière

↳ **J-M. BERNARD**, Président
Association Cap Handi

Autant il possible de pratiquer la voile légère en loisir ou en compétition, autant la voile habitable et hauturière est presque inexistante.

C'est une pratique engageante, sur le plan physique et moral, on part pour plusieurs jours sur un support instable , sur un milieu à risque et changeant, la mer, où l'on doit se gérer soi et aussi gérer le bateau en participant aux manœuvres.

C'est un dépassement de soi complet qui après coup nous permet une bien meilleure adaptabilité à notre environnement. C'est aussi une aventure partagée entre handi et valides où le handicap reste sur le quai.

Il n'existe pas de bateau adapté, il faut prendre un bateau standard et y faire les aménagements nécessaires pour faire en sorte que les personnes en situation de handicap soient le plus autonomes possibles et puissent prendre part aux manœuvres.

Il faut aussi des skippers prêt à s'engager dans une telle aventure, ce qui n'est pas aussi évident.

En deux ans d'existence, nous avons monter deux programmes, le premier d'une durée de quatre mois nous a conduit jusqu'à Dakar et la Casamance, le second, en cours, d'une durée de près de 8 mois nous a conduit aux Antilles et jusqu'à la Colombie.

SPORT POUR TOUS
Tous les sports

1 - Association Vagdespoir Bretagne

↳ **L. LE FLOC'H** - Président Vagdespoir Bretagne

(suite)

2 - Aides techniques personnalisées pour la pratique des sports : tir à l'arc, vélo...

↳ **G. COLLE**, Orthoprothésiste
CMRRF Kerpape et CMS Lorient

Au-delà du culte de la performance et loin des paillettes de la compétition du sport de haut niveau, l'activité physique constitue avant tout un bienfait pour la santé et est utile dans la rééducation des personnes en situation de handicap.
Les activités de loisirs contribuent à notre équilibre et notre épanouissement en tant qu'individu.
En fonction des activités pratiquées, les orthèses ou prothèses nécessitent des réglages et du matériel spécifique.
Ces appareillages doivent répondre à différents critères et doivent être adaptés avec une grande minutie. Il faut donc pouvoir tester avec le patient l'appareil pour l'adapter au mieux.
Ces appareillages n'ayant souvent aucune prise en charge financière, nous les réalisons au sein du CMRRF de Kerpape.
Le service orthoprothèse du centre conçoit donc des orthèses et prothèses de sports et loisirs pour permettre aux patients d'accéder ou de retrouver un niveau d'autonomie nécessaire à la pratique sportive.
Nous verrons à travers ce document vidéo l'expérience de patients découvrant grâce à l'appareillage l'activité qu'ils souhaitaient réaliser.

(suite)

3 - De l'hippothérapie à l'équitation adaptée

↳ **S. FLEURY** et **E. BREBAN**, Kinésithérapeutes
↳ **A.S. ESNAULT**, Enseignante en équitation adaptée
CMRRF Kerpape, Plœmeur

Le cheval est une formidable ressource dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Sollicité dans différentes structures, on recherche par son biais le développement de capacités relationnelles, d'expressions émotionnelles, de capacités motrices ou simplement un compagnon dans une pratique sportive.
L'expérience d'hippothérapie a débuté il y a des années au centre de rééducation de Kerpape et a évolué au rythme de l'amélioration de nos connaissances sur la biomécanique du mouvement du cheval, et sur l'extraordinaire potentiel de rééducation motrice.
Au jour d'aujourd'hui, notre structure et nos cinq chevaux permettent de proposer des séances de rééducation motrice encadrées par des rééducateurs, kinés, psychomotriciens et ergothérapeutes. L'intérêt principal de ce mode de rééducation est la transmission des mouvements du cheval au bassin du patient ; le simple travail au pas provoque dix-mille stimulations neuro motrices par heure. Pour varier le mouvement transmis et la réponse motrice du patient, nous utilisons des variations d'allure, différentes figures de manège et des positions alternatives du patient sur le cheval.
Actuellement ving-cinq enfants et cinq adultes bénéficient de séances hebdomadaires avec comme objectifs, l'amélioration du tonus du tronc, de l'équilibre assis et des réactions parachutes, la dissociation des ceintures, la mobilisation du bassin dans différents plans, le renforcement des membres inférieurs et l'amélioration du schéma de marche qui sera objectivée par des bilans vidéos.
En parallèle, une monitrice d'équitation propose des séances d'équitation adaptée où l'objectif est alors plutôt orienté vers le plaisir et la pratique d'une activité physique. Du matériel adapté est utilisé pour atteindre une autonomie maximale dans la pratique équestre.
Cette activité s'adresse à toutes les personnes désireuses de vivre une complicité, de mener un travail avec le cheval pour repousser les limites imposées par leurs difficultés.
Cette intervention est l'occasion pour nous de partager notre expérience de prise en charge avec le cheval, d'enfants et d'adultes atteints de handicaps très variés.

(suite)

4 - Handiparapente

↳ **L. SEUGNET**, Enseignante APA
CRRF Le Grand Feu, Niort

L'activité Parapente a commencé en 2015 grâce à un projet commun et surtout à l'envie d'un ancien patient du Grand Feu. Notre objectif est l'accompagnement des patients vers la découverte d'une activité physique en situation écologique. Nous verrons comment ce projet a éclot, comment cela se passe sur le terrain et les attraits de l'activité, notamment psycho sociaux.

(suite)

5 - Santiago accessible

↳ **T. LEMOINE**, Ex-éductrice sportive et médaillée escrime JO

Le Mobile Dream est un quadricycle électrique, tout-terrain pour personnes en situation de handicap. Idéal pour faire des balades sur les routes, les chemins, terrains sablonneux , en montagne. Il passe partout.

Sa caractéristique est qu'il est de fabrication française et l'on peut obtenir un remboursement partiel par l'Assurance Maladie . (inscrit sur la LPPR)

Avec Edouard Braine nous l'avons testé lors de deux raids : 2013 sur une portion des chemins de Compostelle et en 2015 sur un circuit le long de la Loire avec une arrivée au Château de Chambord.

Ces raids auront permis de faire évoluer le Mobile Dream dans sa version actuelle avec plusieurs options possibles.

(suite)

6 - Escalade

↳ **J. TERRIEN**, Enseignante A.P.A.
CMRRF Kerpape, Plœmeur

En 2016, le CMRRF de Kerpape a choisi de développer l'activité escalade pour ses patients Après une présentation de la SAE (Structure Artificielle d'Escalade) et des modalités d'organisation, nous nous attacherons à détailler grâce à un support vidéo le traitement pédagogique et didactique de cette activité chez un adolescent de 12 ans amputé fémoral :

- Découverte de l'activité et des règles de sécurité
- Précision dans les appuis + apprendre à utiliser davantage les membres inférieurs
- Transferts d'appuis
-Travail de proprioception
- Travail d'adhérence
- Grimpe en « moulitette »
- Apprentissage de la chute
- Grimpe en tête
- Apprendre à assurer un grimpeur

(suite)

7 - Un Finistère connecté et ouvert : favorisons l'accès à la culture et aux sports pour tous

↳ **J-M. TANGUY**, Vice-président[1] et Délégué aux sports[2]

[1]Pays de Cornouaille

[2]Conseil départemental du Finistère

« La culture et le sport sont indispensables à l'épanouissement de tous, au maintien du lien et de la cohésion sociale, à l'ouverture aux autres et au partage. Ils sont des fondements de notre société et permettent de lutter contre le repli sur soi.
Directement ou par l'intermédiaire de nos structures de développement, nous favorisons prioritairement l'émergence sur les territoires de projets collectifs, culturels ou sportifs, portés par les associations et soutenus par les intercommunalités dans une stratégie et une politique publique coordonnées à l'échelle des bassins de vie. »

La pratique du sport permet à chacun.e.s de s'inscrire dans une dynamique positive, de développer le goût de l'effort, de réaliser un défi personnel quel que soit son âge ou sa situation sociale.
Cet engagement n'est pas simplement physique il est aussi social et citoyen. Aussi regardons le sport comme vecteur de mixité sociale, porteur de valeurs que sont le goût de l'effort, l'entraide, le partage, le respect des un.e.s et des autres.

Dans son projet départemental 2016-2021*, le Conseil départemental affirme le sport comme facteur d'insertion des plus fragiles et d'inclusion sociale.*

A ce titre, il a engagé une réflexion sur sa politique sportive départementale autour de la cohésion sociale dans l'objectif de mieux prendre en compte ses publics prioritaires.
L'année 2016 a permis une large concertation avec le mouvement sportif qui a pris la forme de deux soirées et d'une matinée conférence-débats organisées en mai et juin.
Plus de 150 participant.e.s issu.e.s du mouvement sportif, du secteur social et de l'éducation populaire ont participé aux débats et contribué à des pistes de réflexions.

Cette concertation a été menée dans un contexte financier contraint et dans une volonté de recentrer les politiques sportives du département vers les publics éloignés de l'accès à la pratique sportive.
En 2017*, des actions en faveur de l'insertion par le sport, ont été expérimentées dans le cadre d'appel à projets « sport et insertion ». Ce travail a été mené en étroite collaboration entre*

(suite)

les politiques sportives et d'insertion du Département à l'origine de cet appel à projet.
Le Conseil départemental souhaite organiser en novembre prochain, une rencontre intégrant un temps de débat et des ateliers participatifs à l'attention des acteur.rice.s cité.e.s afin de susciter des envies de coopération entre les acteur.ices sociaux.ales et les acteur.rice.s du mouvement sportif.

Huit clubs et associations sportives, sur le Pays de Cornouaille et deux sur le Pays de Brest Ouest Cornouaille, ont alors répondu à cet appel à projet. Quatre propositions ont été retenues. **L'expérimentation qui a débuté en juin 2017**, un bilan de mi-parcours très positif a été réalisé récemment janvier (Pays de Brest) et **février** (Ouest Cornouaille) **2018**.

La qualité des propositions des différentes associations sportives et l'investissement des clubs amènent la Direction de la Culture du Sport et de la Jeunesse, dans le cadre d'appels à projets souhaite poursuivre et étendre ses actions en faveur des publics prioritaires du département, (personnes en insertion, bénéficiaires des minimas sociaux, parents isolés, personnes en situation de handicap, mineur.e.s confié.e.s, Mineur.e.s Non Accompagné.e.s (MNA), jeunes majeur.e.s, personnes âgées du département) et structures d'accueil(Foyers de l'enfance, SAEA, IME, EHPAD), de même qu'en direction des femmes et de la jeunesse.

Il s'agira :

• d'amener les publics concernés à pratiquer des activités physiques et sportives adaptées auprès des associations sportives, mais également de permettre aux bénévoles, éducateur.ice sportif.ve.s, des clubs de se déplacer et de proposer des activités au sein de différentes structures accueillantes (plateau multiactivités par exemple) Un partenariat ou parrainage entre ces structures, clubs et/ou comités départementaux pourra être proposé.

• de favoriser les rencontres et les échanges avec des sportif.ve.s de haut niveau, qu'il.elle.s soient valides ou en situation de handicap, et ainsi par l'exemplarité susciter de l'appétence aux pratiques sportives.
Les activités intergénérationnelles, et pratiques en mixité seront à encourager dans le but de favoriser l'inclusion.

(suite)

8 - Projet ERASMUS+ SANA : financement du projet par des fonds Européens dans le cadre des Petits partenariats collaboratifs ERASMUS+ sport

↳ **S. HEUSSAFF**, Coordonnateur des projets sport pour tou.te.s et ERASMUS+ sport
Conseil départemental du Finistère

Chef de file :
Conseil départemental du Finistère

Partenaires :
- **Comité départemental Handisport du Finistère**
- **Comunidade Intermunicipal do Alto Minho (CIM Alto Minho) : Portugal**
- **Asociacion Galiga de Actividades Nauticas : Espagne (Galice)**

"Sporto Adaptita Naturo nAŭtika" signifie "Sport Adapté Nature Nautisme", et a été choisi pour exprimer de manière claire l'objectif général du projet: Améliorer l'offre de sports de pleine nature pour les personnes en situation de handicap, tous handicaps pris en compte, dans l'optique de favoriser leur inclusion sociale.

L'acronyme SANA a été choisi en référence à l'expression "Mens SANA in Corpore Sano" et fait référence au caractère fondamental du sport pour la santé physique et mentale de tous.

RÉSUME DU PROJET

L'objectif du projet SANA est d'améliorer l'offre sportive de pleine nature (sports nautiques [surf, kayak, voile, aviron], randonnée, vélo) pour les personnes en situation de handicap (tous les types de handicap sont pris en compte [moteur/physique, psychique, auditif/visuel).
Cela dans l'optique d'améliorer leur inclusion sociale en soulignant également le rôle fondamental du sport comme enjeu de santé physique et mentale.

Cet objectif commun visant à améliorer l'offre de sport de pleine nature à destination des personnes en situation de handicap est décliné en 5 objectifs spécifiques :

1/ Favoriser la mise en réseau transnationale des acteurs du sport adapté et handisport
2/ Encourager l'inclusion sociale par la mixité dans la pratique du sport et promouvoir l'égalité d'accès au sport pour tous

(suite)

3/ Sensibiliser à l'importance de l'activité physique pour la santé (physique et mentale) , en permettant une plus grande participation dans le sport des personnes en situation de handicap
4/ Développer des actions de sensibilisation transnationales adaptées à destination des professionnels (animateurs, guides natures) mais aussi des bénévoles (bases)
5/ Améliorer la visibilité de l'offre sportive, en l'organisant et en la structurant, favorisant ainsi l'attractivité du territoire pour les publics spécifiques.

Il innove également par la **mise en place d'actions concrètes de sensibilisation**, pour lesquelles une **mallette pédagogique** aura été créée, **et de partage d'expériences** concernant l'inclusion de la pratique du handisport et sport adapté aux activités de pleine nature tant auprès des professionnels que des bénévoles, favorisant l'émergence du sport pour tous sur l'ensemble des territoires et dans un ensemble élargi d'activités.

L'étude, la mise en place d'un cahier des charges, d'une mallette pédagogique seront construits en collaboration avec nos partenaires : la CIM Alto Minho (Portugal), l'association AGAN (Galice) ainsi que le Comité départemental handisport du Finistère.

Ce projet se terminera en **septembre 2019** par l'organisation un **raid sportif Européen** du nord (Roscoff) au sud Finistère (Concarneau-Trégunc).

NOS PARTENAIRES

Comité Départemental Handisport du Finistère (CDH29) :

Le Comité Départemental Handisport du Finistère existe depuis 1990 et est affilié au comité Régional Handisport Bretagne et à la Fédération Française Handisport. Il compte aujourd'hui 420 licenciés.

Il a pour objet de favoriser la pratique sportive et son expansion au sein des populations concernées, que celles-ci soient autonomes ou en établissements spécialisés, à travers un maillage d'associations Handisport sur l'ensemble du territoire.

Le territoire du Département du Finistère compte ainsi 6 associations handisport, dont 3 multisports, qui proposent en tout 17 activités différentes sous forme ludique et compétitive : Foot Fauteuil Electrique - Basket Fauteuil - Voile - Natation - Plongée - Sarbacane - Boccia

(suite)

- Pétanque - Escrime - Tennis de Table - Tennis Fauteuil - Athlétisme - Tir à l'arc - Handbike - Escalade - torball - cyclisme.

Ses activités principales sont la sensibilisation et la formation pour encourager la pratique sportive au sein des populations en situation de handicap (moteur, auditif ou visuel), la mixité valides/non-valides dans le sport, l'organisation du handisport sur tout le territoire ainsi que l'organisation de compétitions et d'actions de promotion du handisport.
Le CDH29 a pour but d'encourager la mixité valides/non-valides dans le sport, le CDH29.
Sa participation au projet SANA est motivée par le souhait d'étendre son action à des échanges avec des associations sportives valides et d'atteindre cet objectif de mixité. Son action est centrée sur l'inclusion sociale et le bien-être par le sport.

Comunidade Intermunicipal do Alto Minho (CIM Alto Minho) - Communauté Intermunicipale de l'Alto Minho

La Communauté Intermunicipale de l'Alto Minho est située au Nord de la Région NUT II Norte du Portugal, et possède une frontière commune avec la Galice en Espagne, avec laquelle elle partage des ressources et donc des enjeux communs (fleuve Minho, Parc Transfrontalier de la Peneda-Gerês/Xurés...). Il s'agit d'une personne morale de droit public fondée le 15 octobre 2008 basée à Viana do Castelo, chef-lieu de la région Alto Minho, qui comprend les municipalités correspondant à l'Unité Territoriale Statistique de Niveau III (NUT III) Minho-Lima (Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo et Vila Nova de Cerveira). Ce territoire compte 250 000 habitants.

Cette organisation emploie 25 personnes environ, et ses principales compétences sont
la promotion de la planification et de la gestion de la stratégie de développement économique, social et environnemental du territoire ; la coordination des investissements municipaux d'intérêt intercommunautaire; la contribution à la gestion des programmes de soutien
au développement régional, notamment dans le cadre des périodes de programmation Nationales de l'UE; la planification des actions d'entités publiques à caractère supra-municipal.

Au niveau géographique, la CIM Alto Minho est décrite comme un territoire d'excellence environnementale, concentrant une diversité d'espaces protégés et classifiés de montagne, plaine, fleuve, estuaire et littoral. Sa façade littorale s'étend sur 60 km, et la région compte

(suite)

deux fleuves, le Minho au Nord et le Lima au Sud, et sa politique de développement est centrée sur le maritime, notamment le développement des sports nautiques. Elle a ainsi lancé l'initiative "Nautisme à l'École" (intégration des sports nautiques dans le cursus scolaire) qui a eu un effet multiplicateur sur l'émergence d'actions d'initiation aux sports nautiques auprès de personnes en situation de handicap.
La coopération de la CIM Alto Minho avec le Département du Finistère est ancienne, et a été formalisée en 2016 par la signature d'un protocole de coopération qui a conduit au recrutement d'un agent du département expatrié trilingue (français, portugais, espagnol) travaillant in situ au sein de la CIM à Viana do Castelo, et assurera un rôle d'interface dans la mise en œuvre de ce projet, ainsi qu'un rôle de chargée de communication sociale, à travers l'alimentation des réseaux sociaux.
La coopération de la CIM Alto Minho avec la AGAN PLUS est elle aussi ancrée depuis longtemps dans la politique de coopération de la CIM. Les deux structures ont actuellement une candidature commune en cours pour un projet Interreg Transfrontalier (POCTEP).
De par leur situation géographique, l'Alto Minho et la Galice travaillent naturellement ensemble sur plusieurs thématiques dont le nautisme.

En Alto Minho, ce projet a reçu des lettres de soutien de la part des principaux clubs d'activités nautiques (aviron, voile, kayak, surf) et de deux associations de personnes en situation de handicap.

AGAN PLUS

AGAN PLUS Asociacion Galiga de Actividades Nauticas est l'association nautique de référence en Galice, et la plus ancienne. Elle a été créée en 1999 avec le soutien du Tourisme de la Xunta (autorité régionale) de Galice, région située au Nord-Ouest de l'Espagne, transfrontalière avec la CIM Alto Minho.

Elle compte 66 structures adhérentes. Parmi celles-ci, 29 sont des entreprises ou clubs nautiques, 13 sont des industries nautiques et 4 appartiennent au secteur du tourisme.
Ses domaines d'action sont le tourisme nautique, le sport et l'éducation, les nouvelles technologies, la formation et l'internationalisation.

(suite)

Elle a de l'expérience en valorisation du patrimoine naturel (Inventaire des Fleuves de Galices et eaux intérieures), éducation /cours d'activités nautiques), itinéraires côtiers (Raid Route Maritime Lisbonne/Saint-Jacques de Compostelle) et évènements internationaux (Open Nations Aviron).
Elle a à sa disposition du personnel possédant 20 ans d'expérience dans le montage de projets européens. L'association a de l'expérience en gestion de projets cofinancés par l'UE ou d'autres projets internationaux. Elle a géré des projets de coopération territoriale (2000-2006 et 2007-2013, Espace Atlantique avec NEA et NEA2), de FSE (Nouvelle Qualification ATAN) et FEADER. Elle est actuellement chef de file sur un projet INTERREG VA Espagne-Portugal (POCTEP).
AGAN PLUS a pour objectifs :

- développer le nautisme à travers des entreprises,
- soutenir la conversion des municipalités en destinations nautiques,
- favoriser le développement durable
- intégrer des activités complémentaires aux activités nautiques
- promouvoir la compétitivité et l'innovation
- améliorer l'accès de collectifs au nautisme
- promouvoir et soutenir la commercialisation de produits touristiques de qualité.

Au-delà de la volonté de favoriser l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap sur son territoire, la AGAN PLUS entend faire du secteur nautique un élément essentiel de spécialisation et de différenciation territoriale internationale. L'Agence Régionale du Tourisme de Galice considère qu'il est stratégique de développer ce projet pour mener sa stratégie de spécialisation touristique et signera un protocole avec la AGAN PLUS afin de mener cette stratégie à terme à travers ce projet.

ATELIERS

Télémédecine et retours d'expérience (plaie et expertise en rééducation)

- **S. ROBINEAU**[1], Médecin MPR coordonnateur Télémédecine plaies chroniques
- **C. CHARBONNIER**[2], Médecin MPR coordonnateur spécialiste MPR
- **S. HERVE**[2], Infirmière de coordination, diplômée en plaie et cicatrisation

[1]Pôle St-Hélier

[2]Pôle HAD de l'Aven à Etel

Les expériences de prise en charge par télémédecine de l'HAD 56 et du Pôle MPR Saint hélier seront présentées dans cet atelier interactif.
Le pôle MPR Saint Hélier a signé un contrat de télémédecine avec l'ARS Bretagne depuis 2014 pour la prise en charge des plaies chroniques à domicile. En 2017, l'activité de télé rééducation a également été validée. La plateforme régionale de télémédecine STERENN est utilisée.
En 4 ans d ' activité, TLM pl@ies chroniques a réalisé plus de 600 actes à DOMICILE ou en EHPAD. Plus de 30000 km de déplacement ont été évités. Il s'agit de patients porteurs de handicap, souffrant de plaies chroniques, dont l'accès aux soins est réduit du fait de déplacement difficiles et dont l'équipe soignante est en difficulté dans la prise en charge de la plaie (soins locaux mais aussi prise en charge globale liée au handicap, nutrition...)
La téléconsultation est réalisée en visioconférence entre l'équipe plaie du Pôle Saint Helier et le patient et son infirmier de proximité directement sur le lieu de vie. L'infirmier est si besoin assisté dans son geste technique directement pendant son soin à domicile : téléassistance. L'équipe experte est constituée de médecins MPR et d'infirmiers DU plaies. En fonction des demandes l'ergothérapeute ou la diététicienne sont présents. Les téléconsultations durent en moyenne 25 minutes. Dans 30 % des cas elles se poursuivent par une téléassistance du geste par infirmier DU plaies ce qui permet une formation en direct pour le professionnel.
La télémédecine s'inscrit pleinement dans le déploiement d'offre de soins d'expertise hors es murs proposée par le Pôle Saint Hélier dans une logique de parcours de soin. Le secrétariat et l'encadrement sont d'ailleurs mutualisés avec les autres activités hors les murs : équipe mobile et HAD SSR.
Depuis fin 2017 plus de 30 actes de télé rééducation ont été réalisés par le Pôle Saint Hélier. L'organisation de ces deux types de prises en charge seront présentés au cours de l'atelier (film, débat interactif).
L'HAD 56 a également signé un contrat de télémédecine avec l'ARS de Bretagne en 2016 dans le cadre du Projet de télé expertise des plaies chroniques et/ou complexes de l'HAD Lorient/Quimperlé. Il prévoit 2 phases successives : d'abord une phase expérimentale de télé expertise des plaies chroniques et/ou complexes en collaboration avec les chirurgiens vasculaires de la clinique mutualiste de Lorient, puis une phase de généralisation concernant le circuit du médicament, la télésurveillance des paramètres vitaux et des pompes programmables.

(suite)

La télé expertise des plaies vise à permettre au chirurgien vasculaire de voir le patient en télé consultation à son domicile en présence de l'infirmière de l'HAD spécialisée en plaies et équipée d'un matériel spécifique : des lunettes connectées qui permettent de partager la vision, les gestes et la voix grâce à une interaction audio et vidéo instantanée, tout en gardant les mains libres pour la réalisation des soins de la plaie. Des difficultés techniques (fiabilité de connection) et organisationnelles (ponctualité des rendez-vous) seront à résoudre pour pouvoir proposer aux patients pris en charge en HAD, une téléconsultation à leur domicile plutôt qu'une consultation à la clinique. Une téléconsultation en direct, depuis la salle du congrès, sera présentée avec une infirmière d'HAD 56 se trouvant au domicile d'un patient.

ATELIERS

Reprise de la conduite automobile après lésion cérébrale acquise non évolutive : des recommandations HAS à la pratique clinique et présentation des aides techniques

- **J.L. LE GUIET**, Médecin M.P.R.
- **T. BODIC**, Ergothérapeute
- **C. ALLAIN**, Moniteur Auto-Ecole
- **N. PENVERN**, Moniteur Auto-Ecole

CMRRF Kerpape, Plœmeur

ATELIERS
Evolution des métiers paramédicaux : kiné - ergo - IDE

↳ **S. MARIVAIN**, Cadre de Santé - Directrice des plateaux de rééducation
↳ **PY MORCET**, DSSI
CMRRF Kerpape, Plœmeur

Les métiers paramédicaux sont des métiers d'avenir au regard des besoins de la population, de son vieillissement mais aussi de la demande sociétale de soin et de la raréfaction de la compétence médicale.
Trois axes principaux semblent émerger : le thérapeutique, la prévention et l'éducation, le bien-être et la santé. Ils ne sont pas nouveaux, sont pleinement intégrés dans la définition de ces professions mais ils se professionnalisent, suscitent des vocations, des tournants de carrières, des réalisations professionnelles nouvelles, alimentent de nouveaux secteurs économiques, répondent à un besoin.
Dans le secteur de la MPR, certains champs d'activité interrogent des chevauchements de compétences entre métiers paramédicaux soumis à décrets de compétences (Ex: Réflexologie ; touchers massages relaxants ; hypnose ; communication thérapeutique ; Aide aux expectorations etc....)
La raréfaction du temps médical génère un besoin de pratiques avancées dans certains domaines.
De plus, l'émergence de nouveaux outils et de nouvelles technologies (objets connectés, serious game, réalité virtuelle, robotique de soins/rééducation) vient questionner les pratiques, nous oblige à repenser notre travail de soignant. Comment les professionnels vivent-ils l'utilisation de nouvelles technologies dans leur quotidien ?
Autant de sujets à discussion, autant de pistes d'évolutions professionnelles qu'il reste à débroussailler...
Ces différents axes d'exercice impactent les parcours professionnels qui nécessairement doivent s'enrichir de formations complémentaires et continuent au-delà des formations historiques et statutairement reconnues afin de s'adapter et restructurer nos modes de fonctionnement.
Citons pour exemple en ce qui concerne la MPR : DU plaies et cicatrisation ou de pathologies neuro-vasculaire ; DU addictologie, sexologie; DU ETP ; DU Hypnose etc....)
Parallèlement la formation initiale s'est universitarisée et cette valeur ajoutée à la formation a sans doute ouvert de nouveaux horizons professionnels tout en transformant la culture soignante telle qu'elle a pu se concevoir ces 30 dernières années.
La posture réflexive recherchée par l'intégration dans le cursus Licence-Master-Doctorat est-elle pleinement adoptée par les étudiants, leur permet-elle de s'adapter aux évolutions de pratiques ?
Au décours de ces ateliers, il pourra être débattu de ces thématiques.
M. Pasquet directeur de l'IFSI de Lorient fera un point sur l'universitarisation des études

(suite)

et dressera son bilan après quelques années de recul. Il présentera également les possibilités considérables offertes par la formation par la simulation dans tous les champs du soin précédemment évoqués.
Un retour d'expérience sur la simulation de l'annonce d'un handicap illustrera parfaitement l'utilisation de cet outil de formation dans le cadre de la pratique en MPR.
et organisationnelles (ponctualité des rendez-vous) seront à résoudre pour pouvoir proposer aux patients pris en charge en HAD, une téléconsultation à leur domicile plutôt qu'une consultation à la clinique. Une téléconsultation en direct, depuis la salle du congrès, sera présentée avec une infirmière d'HAD 56 se trouvant au domicile d'un patient.

ATELIERS
Actualité 2018 sur la DMA en MPR

- **M. LE COSSEC-CORBEL**[1], Directeur financier
- **H. BLAISE**[2], Directrice Générale
- **F. LENA**[3], DIM

[1]Mutualité 29/56

[2]CRRF Pérharidy - Fondation Ildys

[3]CMRRF Kerpape et Pérharidy

LE LIVRE DES RÉSUMÉS