

patients (19,5) de celui des témoins (13,4). On peut utiliser les scores bruts sans conversion en notes standard, car on n'observe pas d'influence significative de l'âge, du sexe, du niveau d'éducation, et, chez les patients, du score de Glasgow, de la durée du coma et du délai test-traumatisme. La consistance interne du questionnaire est bonne avec un coefficient  $\alpha$  de Cronbach à 0,80. La reproductibilité patient-proche est bonne, mais ces évaluations diffèrent significativement de celle des professionnels, qui ont tendance à coter plus sévèrement les troubles. À la différence des auteurs australiens, nous n'avons pas trouvé de corrélation significative entre le score RSAB des patients et leurs résultats au test de Stroop et au DSST.

**Discussion et conclusion.**— Les propriétés de la version francophone du RASB apparaissent prometteuses à la vue des premiers résultats obtenus, en termes de facilité d'usage, sensibilité, reproductibilité et consistance interne. Mais des recherches supplémentaires sont souhaitables sur la validité concourante afin d'obtenir une validation complète de l'outil.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.370

CO02-006—FR

### Troubles du maniement des données chiffrées chez les traumatisés crâniens

M. Villain<sup>a,\*</sup>, C. Tarabon-Prevost<sup>b</sup>, E. Bayen<sup>b</sup>, P. Pradat-Diehl<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de médecine physique et réadaptation, ER6 UPMC, AP-HP, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

<sup>b</sup> Service de médecine physique et réadaptation, hôpital de la Salpêtrière, Paris, France

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Troubles du calcul ; Évaluation écologique ; Traumatisme crânien

**Introduction.**— Les patients victimes d'un traumatisme crânien souffrent fréquemment de troubles cognitifs. La capacité à manipuler des données chiffrées, indispensable au quotidien et nécessitant l'intervention de multiples fonctions cognitives peut se trouver altérée et compromettre ainsi l'autonomie des patients. Toutefois, ces troubles sont peu évalués et les outils validés souvent peu adaptés manquant de sensibilité pour ces patients.

L'objectif de notre étude est d'évaluer les troubles du maniement des données chiffrées chez les patients traumatisés crâniens et leurs répercussions au quotidien.

**Patients et méthodes.**— L'étude inclut des traumatisés crâniens graves ou modérés à distance de l'accident et rentrés au domicile. Tous les patients ont bénéficié d'un bilan neuropsychologique. La Batterie d'Évaluation des Nombres au Quotidien (BENQ) est une échelle écologique, normalisée, qui comporte 11 épreuves correspondant à des manipulations de nombres dans des situations proches de la vie quotidienne : lecture de l'heure, manipulation de monnaie. Les résultats sont comparés à une batterie d'évaluation du calcul (EC301) et à une épreuve d'estimation extraite du Test Lillois du Calcul (TLC2).

**Résultats.**— Les 8 patients inclus dans l'étude étaient âgés de 29 à 57 ans (moyenne de 44 ans). Le score total moyen à la BENQ est de 35,87 (écart-type : 2,85) sur 41. Trois sujets ont obtenu un score pathologique à la fois à la BENQ et à l'épreuve d'estimation du TLC2. Le patient ayant obtenu le score total le plus faible à la BENQ a également obtenu le score le plus faible à l'EC301. Les épreuves de la BENQ communément chutées chez les patients de notre étude sont celles qui font appel à l'estimation et à la résolution de problèmes.

**Discussion.**— Nous avons mis en évidence des troubles du maniement des données chiffrées chez les patients traumatisés crâniens ayant des répercussions lors de mises en situations écologiques. La BENQ est donc un outil permettant une évaluation des troubles du maniement des données chiffrées chez ces patients. Les difficultés ainsi objectivées pourront être prises en charge de façon adaptée. Cependant, sur la base de nos résultats, ce test est actuellement en cours de modification dans le but d'en améliorer les qualités psychométriques.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.371

CO02-007—FR

### Évaluation neuropsychologique des capacités de reprise de la conduite automobile après lésion cérébrale

Benbouzid<sup>a</sup>, O. Bosch<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centre Bouffard-Vercelli, cap Peyrefite, 66290 Cerbère, France

<sup>b</sup> IFSTTAR, Versailles, France

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Conduite automobile ; Évaluation neuropsychologique ; Lésion cérébrale

**Objectif.**— La recherche a consisté à pré-tester un protocole neuropsychologique destiné à évaluer les capacités de reprise de la conduite automobile après une lésion cérébrale. Les équipes de médecine physique et de réadaptation sont en effet régulièrement confrontées à cette problématique. Or, si la nécessité d'une évaluation pluridisciplinaire (médecin, neuropsychologue, ergothérapeute, moniteur auto-école) semble acquise, un important travail de recherche reste à réaliser afin de permettre une harmonisation des tests à appliquer auprès de cette population pour prédire leur retour à la conduite et, peut-être, une évolution de la réglementation actuelle.

**Matériel/Patients et méthodes.**— Nous avons mis au point une batterie de tests neuropsychologiques suivant le modèle cognitif de la conduite automobile de Michon, en nous appuyant sur les travaux menés au centre Bouffard Vercelli depuis 1994 par le Dr C. Fattal. Il s'agit d'épreuves destinées à évaluer principalement les troubles attentionnels, exécutifs et visuospatiaux. Le protocole a été appliqué à une population de 89 patients ayant subi une lésion cérébrale (TC, AVC, tumeur...). Les participants ont été répartis en deux groupes après qu'un moniteur auto-école agréé et formé à ce type de pathologie les ait évalués sur route durant 5 séances (« aptes » à conduire, ou « inaptes ») et nous avons comparé les résultats des deux groupes.

**Résultats.**— Tous les participants ont globalement obtenu des résultats inférieurs à la moyenne normative à la plupart des épreuves. Mais les différences de performances du groupe « aptes » et du groupe « inaptes » se sont avérées statistiquement significatives. De plus, à partir du 70<sup>e</sup> participant inclus, et bien que les pré-requis statistiques ne soient pas entièrement respectés (effectif du groupe « inaptes » trop faible) nous avons travaillé en double insu et prédit l'aptitude ou l'inaptitude de chaque patient : cette prédiction s'est révélée conforme à la conclusion du moniteur pour les 20 derniers participants.

**Discussion.**— Ces résultats nous autorisent à penser qu'il est possible de contribuer à prédire la capacité ou l'incapacité de retour à la conduite automobile, en améliorant ce protocole de tests neuropsychologiques et en l'associant à une évaluation écologique.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.372

CO08-001—FR

### Comportements conscients après cérébrolésions : support anatomofonctionnel et perspectives thérapeutiques

J.-J. Lemaire<sup>a,\*</sup>, B. Pontier<sup>b</sup>, J. Coste<sup>a</sup>, T. Gillart<sup>c</sup>, L. Sakka<sup>a</sup>, F. Feschet<sup>d</sup>, J. Gabrillargues<sup>e</sup>, E. Coudeyre<sup>f</sup>, J. Luauté<sup>g</sup>

<sup>a</sup> Service de neurochirurgie, IGCNC, université d'Auvergne, CHU de Clermont-Ferrand, 63000 Clermont-Ferrand, France

<sup>b</sup> Service de MPR, IGCNC, université d'Auvergne, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France

<sup>c</sup> IGCNC, département d'anesthésie-réanimation, université d'Auvergne, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France

<sup>d</sup> IGCNC, université d'Auvergne, Clermont-Ferrand, France

<sup>e</sup> Unité de neuroradiologie, IGCNC, université d'Auvergne, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France

<sup>f</sup> Service de MPR, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France

<sup>g</sup> Service de MPR, hospices civils de Lyon, Lyon, France

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Coma ; Conscience ; Tegmentum ; Thalamus ; Ganglion de la base ; Réseau par défaut ; Précunéus

**Objectif.**— Les patients cérébrolésés avec troubles de la conscience chroniques et sévères (TCCS) sont le plus souvent en situation d'impasse thérapeutique. Il s'agit principalement des patients en état végétatif ou neurovégétatif chronique et des patients en état de conscience minimale (état paucirelationnel). Le coma