



Association de personnes cérébrolésées,  
de leurs familles et des aidants

Réunion à Saint Luc le 12 mai 2007

# **LE PATIENT CEREBROLESE ET L'EPILEPSIE**

**Par le Dr Marianne de Tourtchaninoff**

Neurologue  
Cliniques Universitaires Saint Luc

Publié et distribué gratuitement par l'A.S.B.L. « ReVivre »  
Avec le soutien de la Commission Communautaire Française Région Bruxelles Capitale



*Avec nos remerciements à Marianne de Tourtchaninoff.*



**Association de personnes cérébrolésées, de leurs familles et des aidants**

Adresse de contact :

**ReVivre** asbl

Chez Brigitte et Jacques Ruhl

Rue Bourgmestre Gilisquet 43 à 1457 Walhain-Saint-Paul

Site internet : [revivreasbl.be](http://revivreasbl.be)



## **Définitions**

Crise d'épilepsie : manifestation clinique d'un comportement neuronal transitoire, hypersynchrone et anormal

Épilepsies : groupe de désordres chroniques dans lequel se manifestent des crises d'épilepsie récurrentes et non provoquées

## **Qu'est-ce que la crise d'épilepsie ?**

Le cerveau est constitué d'un très grand nombre de neurones qui sont des cellules nerveuses douées d'activité électrique.

L'influx nerveux (pouvant être assimilé à un courant électrique) se propage le long des prolongements des neurones.

La crise d'épilepsie est due à une décharge électrique excessive, anormale, hyper-synchronisée au niveau d'un certain nombre de neurones. Cette décharge électrique excessive est momentanée. Elle entraîne une onde électrique qui se propage au niveau de toutes les cellules nerveuses de proche en proche et déclenche la crise d'épilepsie.

## **Qu'est-ce que l'épilepsie ?**

Une crise d'épilepsie n'est pas synonyme d'épilepsie.

L'épilepsie est une maladie chronique, récidivante, définie par la répétition de crises spontanées d'origine cérébrale.

Des crises provoquées ne sont pas équivalentes à une épilepsie-maladie. Les crises « provoquées » sont liées à des troubles métaboliques (hypoglycémie, anoxie, hyponatrémie, hypocalcémie), à des intoxications (alcoolisme aigu et chronique, ...), à des médicaments épileptogènes ou à des sevrages.

## **Epilepsie : données épidémiologiques**

L'épilepsie est l'affection neurologique chronique la plus fréquente après la migraine. Elle concerne 1 personne sur 200.

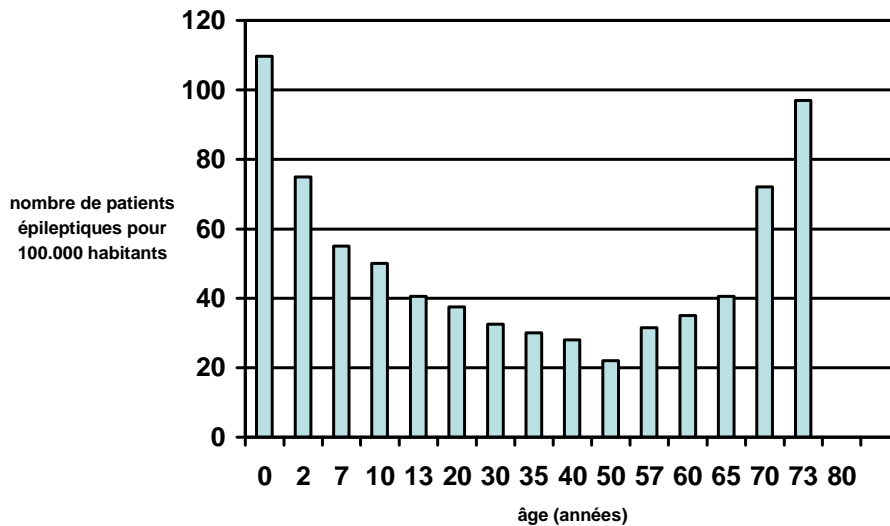
La durée moyenne de l'évolution d'une épilepsie est de 12 à 15 ans, avec guérison spontanée pour certaines mais pas de rémission spontanée pour d'autres.

## **Epilepsie : incidence de l'épilepsie en fonction de l'âge**

L'incidence de l'épilepsie (c'est-à-dire, le nombre de cas apparus pendant une année au sein d'une population) est variable en fonction de

l'âge, avec 2 pics aux 2 extrêmes de la vie : il y a donc plus d'enfants et de personnes âgées épileptiques que d'adultes épileptiques. Bon nombre d'épilepsies de l'enfant disparaissent spontanément à la puberté.

### Incidence de l'épilepsie en fonction de l'âge



### Classification

Il ne faut pas parler de l'épilepsie mais bien des épilepsies, il s'agit donc d'affections variées, avec des pronostics différents et donc des traitements divers.

Il existe plusieurs types de classifications :

- selon la présentation clinique
- selon l'étiologie (= l'origine, la cause)

Selon la présentation clinique, on distingue les :

- crises partielles :
  - o simples
  - o complexes
  - o évoluant secondairement vers des convulsions généralisées tonico-cloniques
- crises généralisées :
  - o absences (typiques, atypiques)
  - o myocloniques, cloniques, toniques
  - o tonico-cloniques
  - o akinétiques

Selon l'étiologie, l'épilepsie peut être :

- soit symptomatique, lésionnelle, secondaire à une lésion du système nerveux central (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, ...)
- soit essentielle, idiopathique (c'est à dire, « une maladie à part entière »), fonctionnelle, le plus souvent à forte détermination génétique

40 % des épilepsies sont symptomatiques et 5 à 10 % sont idiopathiques.

Pour les 50% restants, on parle d'épilepsie cryptogénique, c'est-à-dire, qu'on suspecte une anomalie focale (c'est-à-dire, locale) du cerveau mais qu'elle n'est pas décelée par les moyens d'investigation actuels.

Les épilepsies idiopathiques de l'adulte sont toujours généralisées. Il s'agit essentiellement des épilepsies datant de l'enfance ou de l'adolescence n'ayant pas guéri mais qui sont le plus souvent en rémission durable sous traitement.

Les épilepsies symptomatiques ou cryptogéniques sont le plus souvent partielles, elles concernent près de 80 % des épilepsies de l'adulte. Elles sont soit anciennes (en relation avec une atteinte cérébrale qui s'est produite dans l'enfance) soit récentes (et nécessitent donc un bilan).

Les épilepsies symptomatiques sont liées aux :

- traumatismes crâniens (en général apparition des crises dans l'année qui suit l'accident)
- tumeurs cérébrales
- accidents vasculaires cérébraux
- infections (encéphalites, méningites, abcès du cerveau)
- maladies entraînant des lésions focales : sclérose en plaques, hématorne sous-dural

### **Le diagnostic**

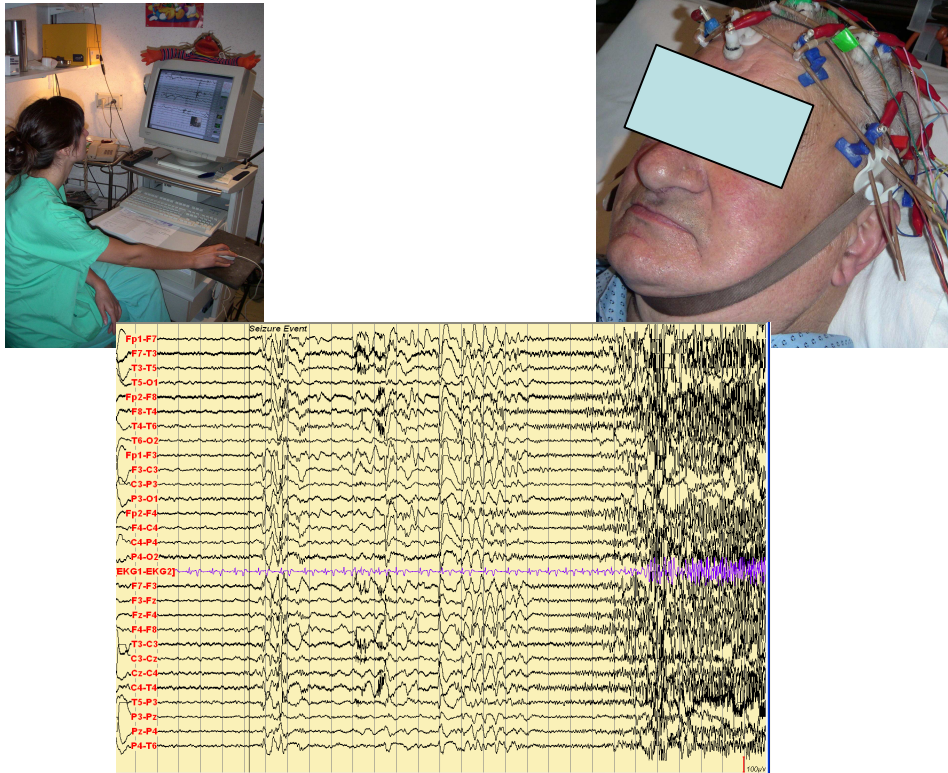
Le diagnostic est avant tout basé sur la description précise du déroulement de la crise (description par le patient et par son entourage).

Les signes évocateurs de la maladie sont :

- des mouvements convulsifs
- une perte de connaissance
- des chutes
- des absences

- un relâchement des sphincters (avec une perte des urines)
- des automatismes gestuels...

Le diagnostic d'épilepsie doit être confirmé par un électroencéphalogramme (EEG) qui enregistre l'activité électrique du cerveau. L'EEG est l'outil principal de suivi de la maladie.



Si l'épilepsie est non idiopathique, on utilise aussi des techniques neuroradiologiques (scanner, imagerie par résonance magnétique nucléaire (IRM)).

### **Le traitement**

Le traitement de base de l'épilepsie est constitué par les médicaments. Il existe de nombreux produits dont les modes d'action sont variés. La recherche pharmacologique est très active dans ce domaine. Les premiers anti-épileptiques datent de 1920.

Les médicaments ne « guérissent » pas la maladie, ils ne suppriment pas la cause des crises mais bloquent les crises et diminuent leur intensité et leur gravité.

Il n'y a pas de prise en charge standardisée, identique à tous les patients.



La prise régulière et quotidienne des médicaments anti-épileptiques est le garant de leur efficacité. **Il est donc crucial de ne jamais arrêter le traitement brutalement, car cela entraîne une recrudescence des crises !**

Le choix du traitement médicamenteux se fait en fonction du syndrome épileptique. Il s'agit si possible d'une monothérapie (c'est-à-dire, un seul médicament). Mais dans certains cas, l'association de deux (ou de plusieurs) médicaments est cependant parfois nécessaire, après échec d'une (ou mieux de deux) tentatives de monothérapie.

La mise en route du médicament est progressive (s'étalant le plus souvent sur 3 à 4 semaines) pour éviter ou minimiser les effets secondaires.

Le médicament est maintenu sur plusieurs années, parfois à vie.

Grâce aux médicaments antiépileptiques, 60 à 70 % des malades peuvent être traités avec succès, c'est-à-dire, avec une maîtrise complète des crises pendant plusieurs années.

Mais il est parfois nécessaire de changer de médicaments si les résultats ne sont pas suffisants. On parle donc de réponse au traitement :

- 47 % des patients sont répondeurs au premier anti-épileptique (donc, le premier anti-épileptique est efficace pour eux)
- 46 % sont répondeurs au second anti-épileptique
- 5 à 6 % sont répondeurs au troisième anti-épileptique
- 2 à 4 % sont répondeurs au quatrième anti-épileptique.

Il reste donc 25 à 30 % des patients qui sont « non-répondeurs », c'est-à-dire, qu'aucune médication ne soulage la fréquence et l'ampleur de leurs crises. On parle alors d'épilepsie « réfractaire » ou résistante aux médicaments.

L'épilepsie réfractaire est un véritable handicap pour les patients. Parmi les différentes épilepsies réfractaires, l'épilepsie temporale est la forme la plus fréquente et la plus grave chez l'adulte. Les neurones atteints se trouvent dans le lobe temporal du cerveau et plus précisément dans la petite région du nom d'hippocampe. Ce dernier joue un rôle très important dans la mémoire et la reconnaissance des visages.

Les médicaments restent souvent inefficaces contre cette forme d'épilepsie, qui peut néanmoins bénéficier d'un traitement chirurgical.

# **Epilepsie et traumatisme crânien**

## **Historique**

Les crises d'épilepsie aiguës secondaires ont déjà été décrites par Hippocrate (environ 400 ans avant Jésus-Christ). Au 16<sup>ième</sup> siècle, Duretus établit, chez un patient, la relation entre l'épilepsie et un traumatisme crânien survenu 6 ans auparavant. Au 19<sup>ième</sup> siècle, le traumatisme crânien est une cause officiellement reconnue d'épilepsie. Lors des guerres du 20<sup>ième</sup> siècle, de nombreuses études ont été réalisées sur des vétérans américains et anglais : c'est ainsi que l'on a retrouvé 7% d'épilepsie chez les civils pour 35-45 % chez les militaires blessés par balles.

## **Traumatisme crânien : épidémiologie et évolution**

Les traumatismes crâniens engendrent 10 % de mortalité. Parmi les survivants, on retrouve à 5-10 % de traumatisme sévère (dont 10 % sont en état végétatif permanent). Les traumatismes crâniens touchent d'avantage les hommes que les femmes, essentiellement entre l'âge de 15-24 ans, puis ils concernent les enfants et les personnes âgées.

## **Traumatisme crânien : degrés de sévérité**

Il existe différents degrés de gravité du traumatisme crânien :

- traumatisme crânien léger en cas de brève perte de connaissance (moins de 30 minutes) sans fracture du crâne, sans pathologie intracrânienne ni neurologique
- traumatisme crânien modéré en cas de perte de connaissance de 30 minutes à 24 heures ou de fracture du crâne
- traumatisme crânien sévère en cas d'anomalies cérébrales (focales ou diffuses) ou de coma ou d'amnésie (de plus de 24 heures).

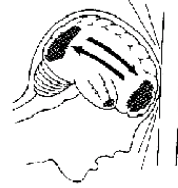
## **Traumatisme crânien : types**

Il existe 2 types de traumatismes crâniens :

- ouverts (avec pénétration) : par exemple, lors d'une fracture du crâne avec pénétration cérébrale (c'est-à-dire, qu'un petit bout d'os du crâne pénètre dans le cerveau) ou lors d'une blessure par arme à feu

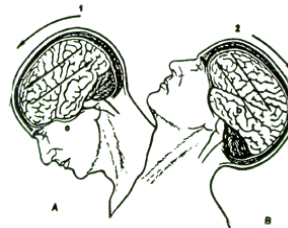
- fermés :

- soit un « effet coup contre-coup » : le cerveau se « cogne » une première fois sur les parois du crâne puis « rebondit » et cogne une seconde fois sur les parois du crâne, à l'opposé.



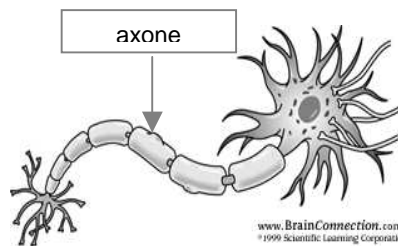
coup contre-coup

- soit un « whiplash » : mouvement d'avant en arrière du crâne et du cerveau

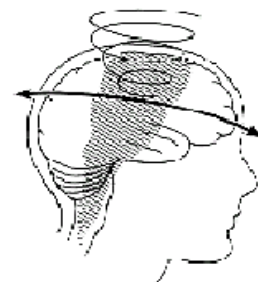


Whiplash

- soit des lésions axonales diffuses. L'axone est le prolongement du neurone (cellule nerveuse du cerveau). Lors des lésions axonales diffuses, ces axones se « tordent » sur eux-mêmes.



Neurone



Lésion axonale diffuse

### Traumatisme crânien : classes

Il existe 2 classes de traumatismes crâniens :

- traumatismes crâniens primaires : la lésion est quasi-complète dès le moment de l'impact. Citons notamment, la fracture du crâne, la contusion cérébrale, l'hématome cérébral, la lésion axonale diffuse.

- traumatismes crâniens secondaires : la lésion évolue durant plusieurs heures ou plusieurs jours après le traumatisme. Citons notamment, l'œdème cérébral, l'hypertension intra-crânienne, l'infection intra-crânienne, l'épilepsie, l'hypoxémie, l'hyper ou hypotension artérielle, l'anoxie ou hypoxie cérébrale.

### **Traumatisme crânien : complications neurologiques**

Les complications d'un traumatisme crânien peuvent être :

- A court terme :
  - o l'hypoxie : manque d'oxygène au niveau du cerveau
  - o l'œdème : accroissement de volume de l'eau contenue dans le cerveau entraînant une augmentation du cerveau lui-même, s'accompagnant d'une pression plus élevée que la normale à l'intérieur du crâne
  - o l'engagement cérébral : refoulement, déplacement du cerveau à travers le trou occipital (trou situé à la base du crâne au travers duquel passe normalement la moelle épinière)
- A long terme :
  - o l'épilepsie post-traumatique
  - o les troubles post-traumatiques de la personnalité

### **L'épilepsie post-traumatique : définition**

Par définition, les crises post-traumatiques sont caractérisées par le fait que :

- le traumatisme doit précéder la crise
- le traumatisme doit être la cause de la crise

Il existe :

- des crises précoces qui surviennent endéans les 2 premières semaines après le traumatisme crânien
- des crises tardives qui surviennent après la phase aiguë.

### **L'épilepsie post-traumatique : épidémiologie**

Le risque d'épilepsie est multiplié par 3 lors d'antécédents de traumatisme crânien. Le traumatisme crânien est responsable de 5 à 6 % des causes d'épilepsie. Mais l'incidence réelle est difficile à établir (pas toujours de différenciation entre crises précoces et tardives, pas de notion si épilepsie antérieure, crises de sevrage ou toxiques en période aiguë, etc.).

## **L'épilepsie post-traumatique : facteurs de risques**

Pour les crises tant précoces que tardives, le risque d'épilepsie est accru en cas de :

- embarrure (enfouissement d'une partie du crâne)
- hématome intracrânien (sous-dural et intracérébral)
- niveau bas à l'échelle de Glasgow (qui est une échelle de mesure de la profondeur du coma)

Pour les crises tardives, le risque d'épilepsie est accru en cas de :

- prédisposition génétique
- présence de dépôts métalliques, d'hémosidérine (stockage de fer dans les cellules)
- déficit neurologique permanent
- perte de substance cérébrale (visible à l'IRM).

## **L'épilepsie post-traumatique : pourcentage de risques**

Après un traumatisme crânien sévère, le risque d'épilepsie est de 7.1 % la 1<sup>ière</sup> année et de 11.5 % à 5 ans.

Après un traumatisme crânien modéré, le risque d'épilepsie est de 0.7 % la 1<sup>ière</sup> année et de 1.6 % à 5 ans.

Après un traumatisme crânien léger, le risque d'épilepsie est de 0.1 % la 1<sup>ière</sup> année et de 0.6 % à 5 ans.

La (ou les) crise(s) précoce(s) est (sont) des crises aiguës provoquées qui surviennent dans 2 à 5 % des traumatismes crâniens. Dans le cas des traumatismes sévères, elles touchent 10-15 % des adultes et 30-35 % des enfants.

L'épilepsie post-traumatique concerne 7.4 % des enfants et 13.3 % des adultes lors de traumatismes sévères. Par contre, le risque n'est pas augmenté après un trauma léger.

## **L'épilepsie post-traumatique : crises aiguës et crises tardives**

Parmi les crises aiguës provoquées, on distingue :

- les crises précoces :
  - o crises immédiates suite au choc = on les appelle « crises d'impact »
  - o crises en réaction aux modifications métaboliques du cerveau suite au traumatisme
- suivies de crises tardives.

Les crises tardives peuvent être :

- uniques
- récurrentes et donc mener à l'épilepsie post-traumatique.

### **L'épilepsie post-traumatique : symptomatologie**

Les crises précoces sont le plus souvent de type tonico-clonique.

Les crises tardives sont des crises partielles, simples ou complexes, avec ou sans généralisation. Plus rarement, on observe une « epilepsia partialis continua » (coexistence de convulsions concernant l'ensemble du corps et de secousses isolées (secousses cloniques localisées) qui se reproduisent à des intervalles variables. Ce syndrome ne s'accompagne pas d'une perte de connaissance) et des myoclonies (contractions musculaires rapides, involontaires, de faible amplitude).

### **L'épilepsie post-traumatique : traitement**

Le traitement consiste en des agents anti-radicaux libres (durant la phase aiguë), en un traitement « préventif » avec des antiépileptiques puis en un traitement chronique.

La médication anti-épileptique a donc un rôle essentiellement « préventif ». Les antiépileptiques sont injectés par voie intra-veineuse pendant 1 à 2 semaines. En cas d'absences de crises, on réalise alors un sevrage progressif des médicaments car ceux-ci n'ont pas de rôle protecteur contre une épilepsie post-traumatique et qu'ils diminuent le risque de récupération neurocognitive.

Le traitement chronique prolongé est indiqué en cas de crises non provoquées. Lors de crise tardive unique, il convient d'évaluer les risques de rechute, souvent élevés (65-90 %).

Lors du traitement chronique, il est utile de choisir un antiépileptique plus en fonction des inconvénients que de l'efficacité. Un dialogue doit donc s'instaurer entre le patient et son neurologue.

### **L'épilepsie post-traumatique : pronostic**

L'épilepsie post-traumatique concerne 50 % traumatismes pénétrants et 5 % des traumatismes fermés.

La chance de stabilisation est supérieure à 70 %.

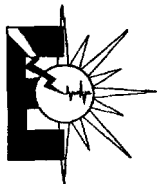
On note une moins bonne évolution si la personne présente :

- un hématome intracrânien
- des crises partielles fréquentes durant la 1<sup>ière</sup> année

## **L'épilepsie post-traumatique : conclusions**

L'épilepsie post-traumatique est fréquente après un traumatisme crânien sévère. Elle est souvent bien stabilisée avec la médication anti-épileptique. Cette médication est indispensable en période aiguë pour prévenir les complications mais est inutile pour prévenir la survenue d'une épilepsie. De plus, elle peut compromettre la récupération cognitive.

## **Que faire en cas de crise épileptique ?**



Ce dernier chapitre est inspiré du site de la Ligue Francophone Belge contre l'Épilepsie et a été rédigé avec l'aide précieuse de Mmes Anne Discart et Claire GILLIS de la Ligue.

Lorsqu'une épilepsie est diagnostiquée chez une personne, il est utile que l'entourage de la personne apprenne à faire face à une crise avec calme, bon sens et efficacité. Les types de crises varient d'une personne à l'autre et les conseils qui suivent sont donc susceptibles d'être modifiés selon la nature des crises.

- Les crises d'épilepsie peuvent se manifester de façon très variable.  
Il peut s'agir d'une simple absence : la personne est inconsciente durant quelques secondes mais ne tombe pas, continue parfois son activité, et cela passe bien souvent inaperçu pour l'entourage.
- Il peut s'agir de crises partielles, de gestes automatiques accompagnés d'une baisse de conscience durant plusieurs minutes, apparaissant à l'entourage comme un "état second". Dans ces cas, il ne faut pas faire grand chose. Si la personne se déplace, on évitera en douceur qu'elle ne s'oriente vers un endroit dangereux. Un mot pour rassurer après la crise peut être utile.
- Mais le type de crise qui nécessite une aide de l'entourage et nous préoccupe donc surtout ici est la crise généralisée tonico-clonique avec chute et convulsions (encore appelée grand mal), la

plus connue du public. Cette forme de crise est la plus spectaculaire et correspond en général à l'idée que les personnes non averties se font de l'épilepsie.

### **Comment se déroule cette crise ?**

Les crises tonico-cloniques sont souvent les crises qui effrayent le plus. Elles sont parfois considérées comme typiques de l'épilepsie et fréquentes, alors qu'elles ne représentent que 20% de l'ensemble des crises épileptiques. Généralement, la crise débute par une phase tonique pendant laquelle la personne se raidit et peut pousser un cri au moment où l'air est expulsé des poumons par la contraction des muscles. Si la personne est debout, elle tombe. Elle peut se mordre la langue quand elle serre les dents et devient ensuite plus ou moins bleue (cyanosée). Après cette phase tonique qui dure de 10 à 30 secondes, des secousses (clonies) vont apparaître, de plus en plus amples et de plus en plus lentes. La phase clonique dure habituellement de 30 à 60 secondes. Quand les clonies s'arrêtent, la personne se détend, elle peut perdre ses urines et respire souvent avec bruit (stertor). La personne peut récupérer une certaine conscience et puis s'endormir ou passer directement dans un sommeil plus ou moins profond et plus ou moins prolongé. Ce type de crises est en effet très fatiguant pour la personne qui, en quelques minutes, déploie (sans le vouloir) une énergie incroyable.

### **Que faut-il faire ?**

- En premier lieu, essayez d'éviter que le patient se blesse lors de la chute, mais celle-ci est souvent brusque et prend l'entourage de court.
- Dégagez un espace autour de la personne. Enlevez les objets durs ou tranchants qui pourraient la blesser. Ensuite, laissez la crise suivre son cours naturellement.
- Protégez sa tête (par exemple : avec un coussin ferme ou une veste roulée en boule).
- Desserrez les vêtements autour du cou et assurez-vous que les voies respiratoires sont dégagées.



- Si la personne porte des lunettes, retirez-les doucement.
- Dès que possible, tournez la personne sur le côté dans une position de sécurité (c'est-à-dire tournée sur le côté et vers le sol ) pour l'aider à respirer.
- Dédramatiser la situation : éloigner les curieux, éviter toute intervention intempestive, surtout si le patient est confus.
- Rassurez la personne durant la période de confusion qui peut suivre la reprise de conscience. Certaines personnes se sentent étourdies quelques minutes seulement mais d'autres prennent plus de temps pour récupérer et peuvent avoir besoin de repos ou de sommeil. Certaines personnes ont fort mal à la tête après une crise. Après la crise : le patient n'est pas toujours capable de se déplacer seul (fatigue, somnolence, troubles d'équilibre, douleurs musculaires). Il vaut donc mieux le reconduire chez lui et prévenir son médecin traitant.
- Notez l'heure. Il peut être important de savoir avec précision quand la crise a débuté et sa durée.

### **A ne pas faire !**

- Ne déplacez pas la personne pendant le déroulement de la crise sauf si elle est en danger (ex. sur une route, dans un escalier, au bord de l'eau, près d'un feu ou d'un chauffage...)
- N'entravez pas ses mouvements
- Ne tentez pas de la soulever
- Ne mettez pas d'objet entre les dents
- Ne donnez pas à boire
- N'importunez pas inutilement la personne dans la période de confusion qui peut suivre la reprise de conscience.

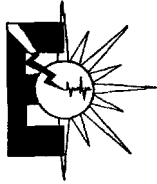
Il persiste dans la mémoire collective la crainte que le patient n'avale sa langue durant une crise. Cette idée est FAUSSE. Il est impossible d'avaler sa langue, par contre la personne qui fait une crise épileptique peut faire une fausse déglutition (avalé de travers), notamment en fin de

phase tonique (raidissement) ou lors de la relaxation générale après la crise. C'est pour éviter celle-ci que la personne doit être couchée sur le côté (en position latérale de sécurité) pour que la salive puisse s'écouler à l'extérieur si la déglutition n'est pas récupérée.

Remarque : habituellement il n'est pas nécessaire d'appeler un médecin ou une ambulance lorsqu'une personne dont on sait qu'elle souffre d'épilepsie présente une crise habituelle pour elle. La personne peut porter sur elle une carte mentionnant la durée habituelle de ses crises, ainsi que d'autres informations utiles dans son cas, comme le n° de téléphone d'une personne à prévenir, le nom de son médecin, etc.

### **Quand faut-il appeler une aide médicale ?**

- Lors de la première crise.
- Lorsque la crise dure plus longtemps que d'habitude chez la personne concernée ou que les convulsions durent plus de 10 minutes.
- Si les crises se suivent sans reprise complète de conscience entre elles. Cet état de mal doit être pris en charge en milieu hospitalier.
- Si la personne s'est cogné la tête durant la crise et qu'elle ne présente pas de signe de reprise de conscience dans les 10 minutes qui suivent la fin des convulsions. L'inconscience pourrait être due à une commotion cérébrale (souvenez-vous que certaines personnes dorment après une crise : une personne endormie réagit lors qu'on la secoue, une personne inconsciente, non !)
- S'il y a une blessure que vous ne pouvez pas soigner (par exemple : en cas d'hémorragie) ou si la personne est tombée lourdement et qu'elle a des hématomes (bleus) ou des douleurs, voire même une fracture.



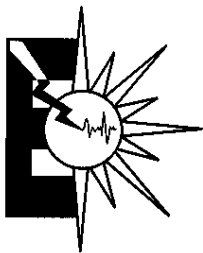
La Ligue contre l'Epilepsie dispose d'un Centre de Documentation et publie des outils d'information. Citons notamment :

- la brochure « Epilepsies, un guide pour tous »
- le folder « Epilepsie, sortir de l'ombre - Questions-Réponses »
- pour les enfants : notamment le leaflet « J'ai une épilepsie, qu'est-ce que cela veut dire ? ».

La ligue propose aussi 2 sortes de « cartes roses », gratuites :

- La carte « Savez-vous ce qu'il faut faire si... » : carte d'information générale sur la conduite à tenir si on est témoin d'une crise, à glisser dans le portefeuille.
- La carte rose d'identification contenant les informations particulières à la personne qui la porte, concernant les secours à lui porter en cas de crise.

La Ligue organise des conférences-débats à thème et de groupes de parole pour les personnes concernées, entourage et professionnels. L'agenda des activités est mis à jour sur le site de la Ligue, sur lequel les principaux outils d'information de la Ligue sont téléchargeables gratuitement.



Ligue francophone belge contre l'Epilepsie  
Avenue Albert 135  
1190 Bruxelles  
☎ : 02 / 344 32 63  
Mail : epilepsie.lfbe@skynet.be  
site internet : **www.ligueepilepsie.be**





## **Association de personnes cérébrolésées, de leurs familles et des aidants**

- Parce que cela n'arrive pas qu'aux autres ...
- Parce que vous souhaitez vous informer ...
- Parce que nous voulons changer les choses ...

## **Nous pouvons faire route ensemble ...**

Quels sont les objectifs de notre association ?

- **Rassembler** les personnes cérébrolésées, leurs familles et leurs aidants.
- **Faire connaître** la problématique particulière de la cérébrolésion.
- **Lutter** pour mettre en place des structures et des outils adaptés.

## **Echanger ... Informer ... Agir ...**

L'association est un lieu d'écoute, d'échanges, de solidarité, d'initiatives, de mobilisation, de revendications.

Nous sommes à votre disposition pour tout renseignement.

**Vous n'êtes plus seul !**

**Contactez-nous aujourd'hui !**

**Adresse de contact :** Brigitte et Jacques Ruhl  
Rue Bourgmestre Gilisquet 43  
1457 Walhain-Saint-Paul

**e-mail :** [revivre@skynet.be](mailto:revivre@skynet.be)

**site internet :** [revivreasbl.be](http://revivreasbl.be)

**Banque :** compte n° 310-1390172-54