

Rééducation et réadaptation de la fonction motrice de l'appareil locomoteur des personnes diagnostiquées de paralysie cérébrale

C de LATTRE (Nantes) et le groupe de travail

Lien d'intérêts

- BIOGEN
- ROCHE
- SAREPTA
- NOVARTIS Gene Thérapies

En tant que conférencier expert.

« Enquête de satisfaction des personnes diagnostiquées de paralysie cérébrale » (ESPaCe)

1. « La prééminence des prises en charge par des kinésithérapeutes libéraux, souvent perçus comme isolés et non formés aux spécificités de la rééducation des personnes diagnostiquées de paralysie cérébrale ;
2. L'absence de modulation de la rééducation selon les besoins, ressentis ou avérés (âge, sévérité du handicap), de la personne ;
3. La trop faible aide aux adultes sévèrement handicapés (non marchants) ;
4. L'existence de douleurs, dans 70 % des cas, non évaluées et non prises en charge ;
5. Une prise en compte insuffisante des troubles associés et des rééducations nécessaires (ergothérapie, orthophonie, psychomotricité) ;
6. Une discontinuité dans les prises en charge au cours de la vie ;
7. Une accessibilité à la rééducation inégale sur le territoire ;
8. L'importance des relations humaines entre rééducateur et patient et d'un projet coordonné de soins. »

Cette saisine de la Haute Autorité de santé (HAS) fait suite à une demande de la Fédération française des associations d'infirmes moteurs cérébraux (FFAIMC) et de la Fondation Paralysie Cérébrale auxquelles se sont associés :

- l'Association Hémiparésie ;
- le Cercle de documentation et d'information pour la rééducation des infirmes moteurs cérébraux (CDI) ;
- le Collège de la masso-kinésithérapie (CMK) ;
- le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK) ;
- la Société d'études et de soins pour les enfants paralysés et polymalformés (SESEP) ;
- la Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER) ;
- la Société française de neuropédiatrie (SFNP) ;
- la Société francophone d'étude et de recherche sur les handicaps de l'enfance (SFERHE).

= Groupe de travail

- ... **des propositions** développées méthodiquement **pour aider le praticien et le patient** à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.
- ... **des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science** à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique
- Méthodologie précise HAS

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Focalisation sur la motricité de l'appareil locomoteur

Pourquoi?

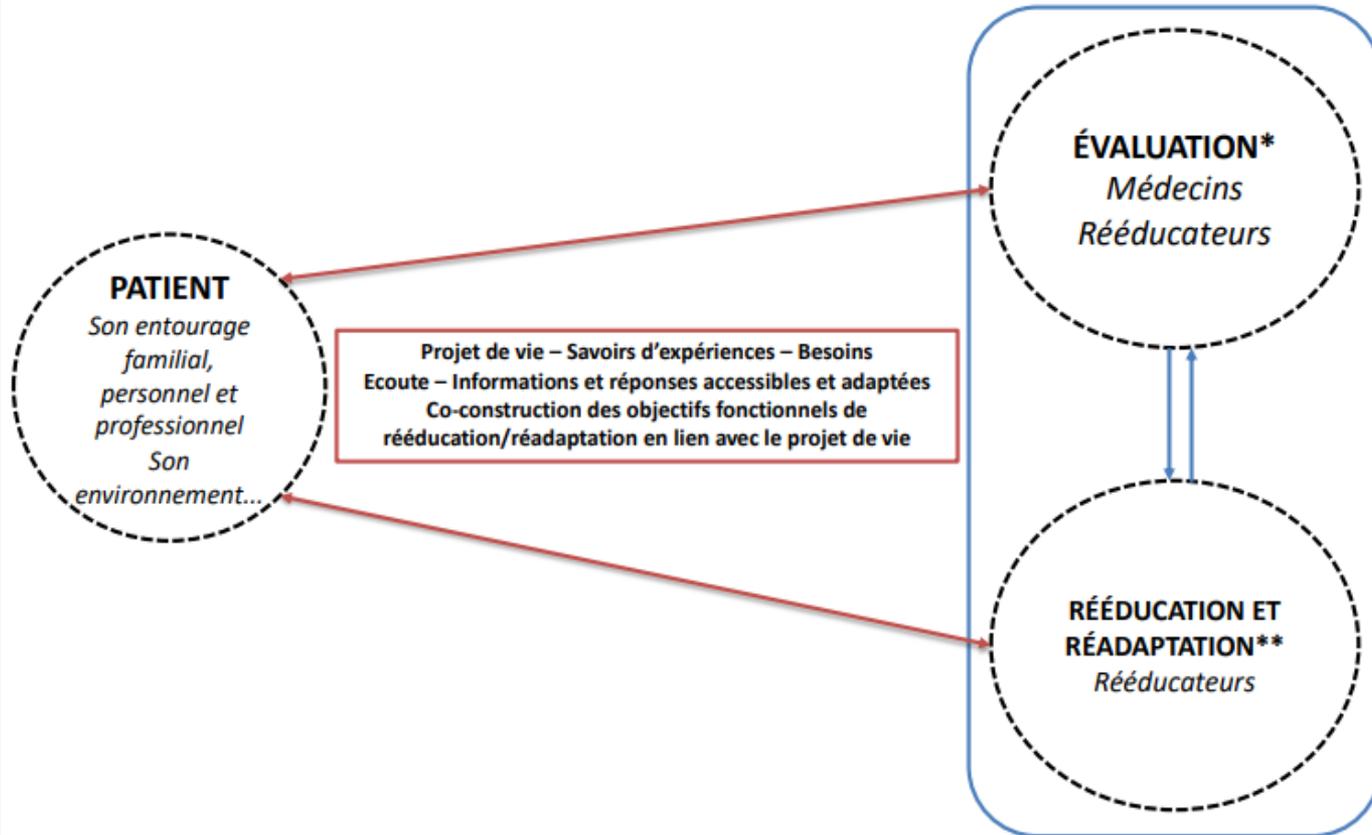
- Large champ que celui de la Paralyse Cérébrale
- Parce qu'il faut un commencer par qq chose
- Riche en littérature
- Sans pour autant nier/oublier tout le reste
- Les autres thèmes seront traités plus tard

Objectifs

1. Préciser l'organisations des soins pour la personne diagnostiquée de paralysie cérébrale
2. Outils d'évaluation de la personne diagnostiquée de paralysie cérébrale
3. Quelles Interventions/indications en rééducation et en réadaptation? modalités, validité,...
4. Méthodes thérapeutiques dites « alternatives:

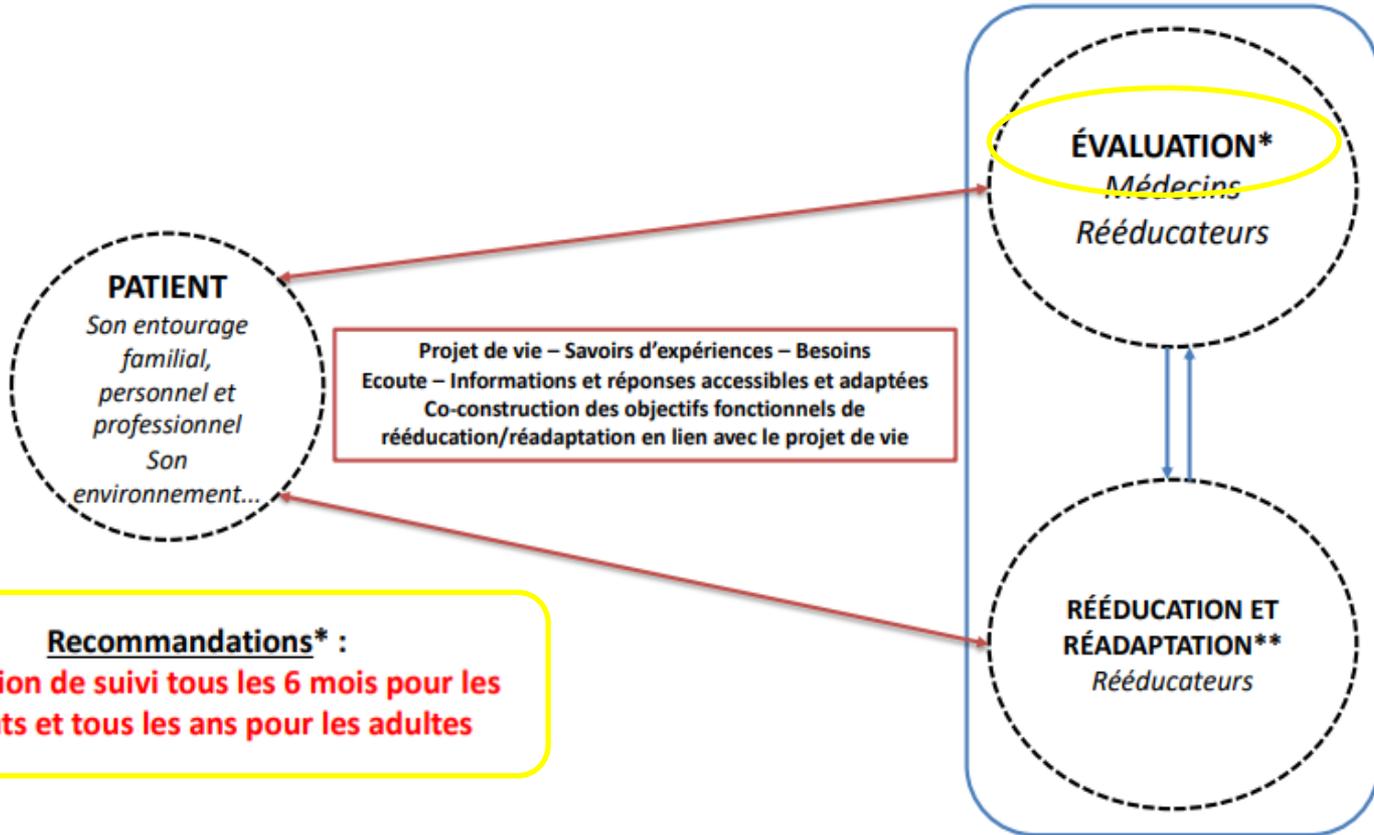
Organisation des soins recommandée aux personnes diagnostiquées de paralysie cérébrale (accord d'experts)

Équipe pluridisciplinaire coordonnée



Organisation des soins recommandée aux personnes diagnostiquées de paralysie cérébrale (accord d'experts)

Équipe pluridisciplinaire coordonnée



Organisation des soins recommandée aux personnes diagnostiquées de paralysie cérébrale (accord d'experts)

GMFCS E & R between 6th and 12th birthday: Descriptors and illustrations

	<p>GMFCS Level I</p> <p>Children walk at home, school, outdoors and in the community. They can climb stairs without the use of a railing. Children perform gross motor skills such as running and jumping, but speed, balance and coordination are limited.</p>
	<p>GMFCS Level II</p> <p>Children walk in most settings, and climb stairs holding onto a railing. They may experience difficulty walking long distances and balancing on uneven terrain, inclines, in crowded areas or confined spaces. Children may walk with physical assistance, a hand-held mobility device or used wheeled mobility over long distances. Children have only minimal ability to perform gross motor skills such as running and jumping.</p>
	<p>GMFCS Level III</p> <p>Children walk using a hand held mobility device in most indoor settings. They may climb stairs holding onto a railing with supervisor or assistance. Children use wheeled mobility when traveling long distances and may self-propel for shorter distances.</p>
	<p>GMFCS Level IV</p> <p>Children use methods of mobility that require physical assistance or powered mobility in most settings. They may walk for short distances at home with physical assistance or use powered mobility or a body support walker when positioned. At school, outdoors and in the community children are transported in a manual wheelchair or use powered mobility.</p>
	<p>GMFCS Level V</p> <p>Children are transported in a manual wheelchair in all settings. Children are limited in their ability to maintain weight on seat and trunk postures and control leg and arm movements.</p>



... linaire coordonnée

MACS

Ce que vous devez savoir pour utiliser MACS?
L'habileté de l'enfant à manipuler les objets dans les activités importantes de la vie quotidienne, par exemple pendant le jeu et les loisirs, l'alimentation et à l'habillage.
Dans lesquelles de ces situations l'enfant est autonome et à quel point a-t-il/elle besoin de support et d'adaptation.

- I. Manipule les objets facilement et avec succès. Au plus, a des limitations dans l'aisance à exécuter des tâches manuelles qui requièrent de la vitesse et de l'exactitude. Par contre, n'importe quelle limitation dans les habiletés manuelles ne restreint pas l'autonomie dans les activités quotidiennes.
- II. Manipule la plupart des objets mais avec une certaine diminution de la qualité et/ou vitesse de complétion. Certaines activités peuvent être évitées ou complétées mais avec une certaine difficulté; des façons alternatives de performance peuvent être utilisées, mais les habiletés manuelles ne restreignent habituellement pas l'autonomie dans les activités quotidiennes.
- III. Manipule les objets avec difficulté; a besoin d'aide pour préparer et/ou modifier les activités. La performance est lente et incomplète avec un succès limité en ce qui concerne la qualité et la quantité. Les activités sont exécutées de façon autonome si elles ont été organisées préalablement ou adaptées.
- IV. Manipule une sélection limitée d'objets faciles à utiliser dans des situations adaptées. Exécute des parties d'activités avec effort et un succès limité. Requiert un support continu et de l'assistance et/ou de l'équipement adapté, même pour une réalisation partielle de l'activité.
- V. Ne manipule pas les objets et a une habileté sévèrement limitée pour performer même des actions simples. Requiert une assistante totale.

EVALUATION*
Médecins
Éducateurs

EVALUATION ET ATATION**
Éducateurs




Recommandations* :
Evaluation de suivi tous les 6 mois pour les enfants et tous les ans pour les adultes

Organisation des soins recommandée aux personnes diagnostiquées de paralysie cérébrale (accord d'experts)

Équipe pluridisciplinaire coordonnée

Recommandations** :

- 1) **Rééducation et réadaptation fondées sur une approche fonctionnelle orientée vers des objectifs co-construits pour intégrer les exercices à réaliser et les adapter aux activités personnelles et sociales**
- 2) **Fréquence à définir en fonction des besoins de rééducation et de réadaptation avec un professionnel de santé formé ainsi qu'en autogestion quotidienne à domicile et/ou à l'école lorsque cela est possible et pertinent pour le patient, ce qui peut inclure un tiers aidant**
- 3) **Rééducation et réadaptation basées sur des exercices ludiques, des activités de la vie quotidienne et des mises en situation définies selon les champs d'intérêt et les objectifs individuels du patient**

ÉVALUATION*

*Médecins
Rééducateurs*

**RÉÉDUCATION ET
RÉADAPTATION****

Rééducateurs

Principes généraux de Rééducation/Réadaptation motrice (AE)

- Respecter la pudeur de la personne
- Ne pas être source de douleur
- Informer de manière accessible
- Prendre le temps de s'adapter aux besoins du patient
- Élaborer des objectifs fonctionnels SMART*, co-construits entre le patient/ses proches/les professionnels, et dirigés vers le mieux-être et la participation
- Moduler le rythme (intensité, fréquence, pauses)
- Organiser une coordination pluridisciplinaire du parcours



Interventions évaluées (classiques, innovantes, alternatives)

Rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle

Mobilisations passives : étirements et postures passives diurnes

Mobilisations passives : postures passives nocturnes

Thérapies neurodéveloppementales et celles selon Bobath

Renforcement musculaire

Exercices aérobie ou entraînement cardio-respiratoire à l'effort

Exercices basés sur le biofeedback

Entraînement à la marche

Entraînement spécifique à la marche arrière

Entraînement à la marche sur tapis roulant

Orthèse cheville-pied pour déficit moteur du pied et de la cheville

Orthèse cheville-pied pour déambulation avec équien

Programmes de rééducation et réadaptation intensive

Thérapie par contrainte induite du mouvement (CIMT)

Version modifiée de la thérapie par contrainte induite du mouvement (mCIMT)

Entraînement intensif bimanuel main-bras (HABIT)

Entraînement intensif bimanuel main-bras incluant les membres inférieurs (HABIT-ILE)

Rééducation robotisée et/ou informatisée

Jeux informatiques interactifs

Thérapie par réalité virtuelle

Activité physique et sportive

Activité physique

Activités sportives

Balnéothérapie

Hippothérapie

Rééducation basée sur d'autres entrées sensorielles

Thérapie miroir

Éducation thérapeutique du patient et de la famille

Méthodes thérapeutiques dites « alternatives »

Ostéopathie crânienne

Acupuncture

Bandage adhésif thérapeutique

Exercices Cuevas Medek

Ondes de choc extracorporelles

Oxygénothérapie hyperbare

Thérapie par stimulation électrique neuromusculaire

Thérapie vibratoire

Vêtements compressifs à visée thérapeutique

Interventions en rééducation et en réadaptation	Niveau de priorité (accord d'experts)	Enfants ¹			
		Topographie unilatérale	Topographie bilatérale	Marchants (GMFCS : 1, 2 ou 3)	Non marchants (GMFCS : 4 ou 5)
Rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle					
Mobilisations passives : étirements et postures passives diurnes	3	Grade B (contre)			
Thérapies neurodéveloppementales et celles selon Bobath	3	Grade B (contre)			
Renforcement musculaire des membres	1	Grade B			
Exercices aérobie ou entraînement cardio-respiratoire à l'effort	1	Grade C			
Entraînement à la marche	1	Grade A			
Entraînement spécifique à la marche arrière	2	Grade B			
Entraînement à la marche sur tapis roulant	2	Grade B			
Orthèse cheville-pied pour déficit moteur du pied et de la cheville	2	Grade B			
Orthèse cheville-pied pour déambulation avec équien	1	Grade A			
Programmes de rééducation et réadaptation intensive					
Version modifiée de la thérapie par contrainte induite du mouvement (mCIMT)	3	Grade B		Grade B	
Entraînement intensif bimanuel main-bras (HABIT)	1	Grade A			
Entraînement intensif bimanuel main-bras incluant les membres inférieurs (HABIT-ILE)	1	Grade B			
Activité physique adaptée					
Activité physique	1	Grade A			
Activités sportives	1	Grade B			
Balnéothérapie	1	Grade C			
Rééducation robotisée et/ou informatisée					
Thérapie par réalité virtuelle	2	Grade B			
Rééducation basée sur d'autres entrées sensorielles					
Éducation thérapeutique du patient et de la famille	1	AE			

Autres méthodes de Rééducation/Réadaptation

B	<ul style="list-style-type: none">• Bandage adhésif thérapeutique	NON Recommandé <ul style="list-style-type: none">• Ostéopathie crânienne• Oxygénothérapie hyperbare
C	<ul style="list-style-type: none">• Thérapie miroir• Acupuncture• Ondes de chocs extracorporelles• Électrostimulation neuromusculaire• Thérapie vibratoire	

Activité Physique Adaptée

A	<ul style="list-style-type: none">• Activité physique	AE <ul style="list-style-type: none">• APA selon capacités motrices et suivant les recommandations de l'OMS (au moins 60 minutes par jour d'activité physique d'intensité modérée à soutenue)
B	<ul style="list-style-type: none">• Activités sportives	
C	<ul style="list-style-type: none">• Balnéothérapie• Hippothérapie	

Interventions en rééducation et en réadaptation	Niveau de priorité (accord d'experts)	Adolescents			
		Topographie unilatérale	Topographie bilatérale	Marchants (GMFCS : 1, 2 ou 3)	Non marchants (GMFCS : 4 ou 5)
Rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle					
Mobilisations passives : étirements et postures passives diurnes	3	Grade B (contre)			
Thérapies neurodéveloppementales et celles selon Bobath	3	Grade B (contre)			
Renforcement musculaire	1	Grade C			
Exercices aérobie ou entraînement cardio-respiratoire à l'effort	1	Grade C			
Entraînement à la marche	1	Grade A			
Orthèse cheville-pied pour déficit moteur du pied et de la cheville	2	Grade B			
Orthèse cheville-pied pour déambulation avec équin	1				
Programmes de rééducation et réadaptation intensive					
Version modifiée de la thérapie par contrainte induite du mouvement (mCIMT)	3	Grade B		Grade B	
Entraînement intensif bimanuel main-bras (HABIT)	1	Grade A			
Entraînement intensif bimanuel main-bras incluant les membres inférieurs (HABIT-ILE)	1	Grade B			
Activité physique adaptée					
Activité physique	1	Grade A			
Activités sportives	1	Grade B			
Balnéothérapie	1	Grade C			
Hippothérapie	2	Grade B			
Rééducation basée sur d'autres entrées sensorielles					
Éducation thérapeutique du patient et de la famille	1	AE			

Interventions en rééducation et en réadaptation	Niveau de priorité (accord d'experts)	Adultes			
		Topographie unilatérale	Topographie bilatérale	Marchants (GMFCS : 1, 2 ou 3)	Non marchants (GMFCS : 4 ou 5)
Rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle					
Renforcement musculaire des membres	2	Grade B			
Exercices aérobie ou entraînement cardio-respiratoire à l'effort	1				
Entraînement à la marche	1	Grade A			
Entraînement à la marche sur tapis roulant	2	Grade C			
Orthèse cheville-pied pour déficit moteur du pied et de la cheville	2	Grade B			
Orthèse cheville-pied pour déambulation avec équin	2				
Activité physique adaptée					
Activité physique	1	AE			
Activités sportives	1	AE			
Balnéothérapie	1	AE			
Hippothérapie	2	AE			
Rééducation robotisée et/ou informatisée					
Jeux informatiques interactifs	2	Grade B			
Thérapie par réalité virtuelle	2				
Rééducation basée sur d'autres entrées sensorielles					
Éducation thérapeutique du patient et de la famille	1	AE			

Constats

Ce sont les toutes premières au niveau internationale

- **Bon nombre de techniques ont été mal évaluées** (groupé hétérogènes, techniques mal définies, pas d'outils d'évaluation validés...) ou peu/pas, de façon scientifique
- **Peu de travaux concernant les adultes et les sujets non marchants**
- Par contre quelques études qui s'intéressent à l'impact des techniques rééducatives sur
 - La construction de l'identité
 - La co-détermination des objectifs

Ce que nous apporte ces RCP

- Des axes prioritaires de **formation** pour les pro.
- **Harmonisation** des pratiques
- Lignes directrices pour l'**organisation** des soins dans les établissements de santé ou en libéral
- Des arguments solides pour discuter la prise en charge des techniques rééducatives validées avec les instances financières/politiques
- Un rappel pour **lancer des études** sur les techniques peu ou pas évaluées, ainsi que chez l'adulte

Merci de votre attention



Kinésithérapeute, Cabinet de rééducation neurologique et pédiat...
1 sem. •

Cet été, nous vous proposons 2 sessions de stages de REEDUCATION INTENSIVE au Cabinet A Pas de Géants
! Une en juillet, une en août

Au programme: 30 heures de rééducation motrice ACTIVE et LUDIQUE, pour atteindre des OBJECTIFS FONCTIONNELS, coconstruits avec les familles

Pour qui? Des enfants de 2 à 12 ans présentant des troubles moteurs neurologiques

Si vous êtes intéressés, nous vous invitons à remplir ce questionnaire:
<https://lnkd.in/eRdtT-mb>

La semaine des petits géants

Qu'est-ce que c'est? ... Un stage de rééducation intensive (10h réparties en 4 jours) pour les enfants âgés de 2 à 12 ans et présentant un trouble du...	Quand? ... 2 sessions en été • En juillet - du 18/07/22 au 23/07/22 • En août - du 22/08/22 au...	Les différents ateliers ... • Motricité globale • Motricité motrice, yoga, équilibre, gym • Manipulation: nombreux matériaux, et ateliers...
---	--	---

Visio-interactive pour les étudiants kiné, étudiants en santé, étudiants en STAPS

JEUDI 28 AVRIL 2022 de 20h à 21h30

RÉÉDUCATION ET PARALYSIE CÉRÉBRALE

:

L'ENGAGEMENT AU LONG COURT ?

ENSEMBLE ? EN GROUPE ?

Visio co-construite avec :

– Laure Delaitre, étudiante kiné en 3ème année, Vichy

– Stéphanie Foué, pédiatre avec paralysie cérébrale, Mios

