

Présentation par Dr Chantal TESSIOT
Médecin de Médecine physique et Réadaptation
Handicap Anjou
Centre des Capucins



RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

ARGUMENTAIRE

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

Validé par le Collège le 21 octobre 2021

19/11/2022

Webinaire HAS 25 janvier 2022

- <https://www.youtube.com/watch?v=TdmObA0gV5Q>
- Anthony DEMONT HAS
- A partir de la 42^{ème} min

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.

Evaluations

-Il est recommandé d'utiliser la version étendue et révisée du système de classification de la fonction motrice globale (GMFCS) pour évaluer et classer le niveau de fonction motrice globale des enfants âgés de 2 à 18 ans diagnostiqués de paralysie cérébrale (grade A).

Il est recommandé de suivre l'évolution des capacités fonctionnelles de l'enfant à l'aide du

Gross Motor Function Measure – 66 (grade A).

-Il est recommandé d'évaluer les capacités fonctionnelles de la main atteinte chez l'enfant diagnostiqué de paralysie cérébrale unilatérale à l'aide de **l'Assisting Hand Assessment** (AE).

-Il est recommandé d'évaluer les capacités fonctionnelles bimanuelles chez un enfant diagnostiqué de paralysie cérébrale bilatérale à l'aide du **Both Hands Assessment** et la fonction manuelle correspondant aux niveaux I à III sur le **Manual Ability Classification System** (grade A).

-Dans le cadre de l'évaluation de la fonction motrice de l'enfant diagnostiqué de paralysie cérébrale, il est recommandé d'utiliser le **Manual Ability Classification System** pour l'évaluation de l'habileté manuelle et le Communication Function Classification System pour l'évaluation de la communication (grade C).

-Il est recommandé d'évaluer l'efficacité des techniques de rééducation et réadaptation au regard de l'évolution de la fonction motrice mesurée par au moins un outil portant sur **l'activité et un sur la participation** selon l'objectif de la personne diagnostiquée de paralysie cérébrale (AE).

Principes de la rééducation neuro-motrice

Il est recommandé que toute technique de rééducation et réadaptation de la fonction motrice proposée à la personne diagnostiquée de paralysie cérébrale implique les principes suivants (AE):

→rééducation et réadaptation **fondées sur une approche fonctionnelle orientée vers la tâche**

→ 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 dont le rythme est à co-définir entre le professionnel de santé et le patient

→ 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.**

→ **La douleur** doit être systématiquement évaluée par l'équipe médicale, de rééducation, la famille et les aidants, à l'aide d'outils validés et standardisés d'hétéroévaluation et/ou d'auto-évaluation, en fonction des capacités cognitives et de communication de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte diagnostiqué de paralysie cérébrale (AE).

Il est recommandé que toute personne amenée, dans le cadre des soins ou des actes de la vie quotidienne, à mobiliser physiquement une personne diagnostiquée avec une paralysie cérébrale évalue systématiquement la douleur potentiellement induite par cette intervention (AE).

La douleur doit être évaluée, et par conséquent prise en charge, au cours des activités de la vie quotidienne telles que les transferts, les déplacements et les soins d'hygiène (AE).

Mobilisations passives

→ Il est recommandé de **ne pas proposer des étirements passifs** et des postures passives diurnes dans le but de réduire les rétractions musculaires et la spasticité des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale (grade B).

→ Il est recommandé de **proposer des postures passives nocturnes** dans le but de réduire les troubles musculo-squelettiques secondaires des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale (grade C).

Une attention particulière doit être accordée à l'utilisation de postures passives nocturnes qui peuvent impacter le confort et la qualité du sommeil des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale et de leur entourage (AE).

Un appareillage de posture ne doit en aucun cas être source d'inconfort ou de douleurs. Si tel est le cas, il doit être réévalué en équipe pluridisciplinaire incluant le médecin référent et les rééducateurs impliqués (AE).

→ Une guidance parentale visant à **l'apprentissage des manœuvres de décontraction automatique** de leur enfant doit être réalisée afin de faciliter les activités de la vie quotidienne telles que les changes et la toilette (AE).

Mobilisations actives

- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander l'utilisation isolée de la technique de rééducation selon Le Métayer chez les enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale. Il est recommandé de ne pas proposer, en tant qu'intervention principale ou en monothérapie, une thérapie neurodéveloppementale aux enfants diagnostiqués de paralysie cérébrale pour améliorer la fonction motrice (grade B).
- Il est recommandé de ne pas proposer, en tant qu'intervention principale ou en monothérapie, la thérapie neurodéveloppementale selon le cadre conceptuel proposé par Bobath chez les enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale de type spastique pour améliorer la fonction motrice (grade B).

Renforcement musculaire

→ Il est **recommandé de proposer des exercices actifs de type renforcement musculaire** tout au long de la vie et de manière pluri-hebdomadaire aux enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale dans le but de réduire la morbidité générale (métabolique, cardio-vasculaire, etc.) et la mortalité (grade B).

→ Il est recommandé de proposer des **exercices contre résistance** combinés à la rééducation fonctionnelle conventionnelle dans le but d'améliorer la vitesse de marche des enfants diagnostiqués de paralysie cérébrale (grade B).

→ L'état des connaissances est insuffisant pour recommander les exercices contre résistance dans le but d'améliorer la fonction motrice globale des adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale.

→ Il est recommandé de **ne pas proposer de manière isolée des exercices de renforcement musculaire** dans le but d'améliorer la vitesse de marche des enfants diagnostiqués de paralysie cérébrale (grade B).

→ Il est recommandé de proposer des exercices de renforcement musculaire dans le but d'améliorer l'endurance et la force musculaire des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale de type spastique (grade C).

→ Il est **recommandé de proposer des exercices de mise en charge** dans le but d'améliorer la densité minérale osseuse des fémurs des enfants diagnostiqués de paralysie cérébrale présentant une faible densité minérale osseuse (grade B).

→ L'état des connaissances est insuffisant pour recommander une posologie précise de la durée et de l'intensité des exercices de renforcement musculaire à proposer aux enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale.

→ Le renforcement musculaire proposé en rééducation doit être constitué de **mouvements orientés vers la tâche** afin de pouvoir être transférés sur l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (AE).

Exercices aérobie ou entraînement à l'effort

- Il est recommandé de proposer des exercices aérobie dans le but d'améliorer la fonction motrice globale et les capacités cardio-vasculaires, à court et moyen termes, des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale (grade C).
- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander une posologie précise de la durée et de l'intensité des exercices aérobie à proposer aux enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale.
- Il est recommandé de proposer à toute personne diagnostiquée de paralysie cérébrale, quelque soient son âge et l'importance des limitations physiques, un matériel adapté lui permettant d'accéder à un effort en endurance cardio-respiratoire (AE).

Rééducation de la fonction d'équilibration

L'état des connaissances est insuffisant pour recommander la rééducation de la fonction d'équilibration dans le but d'améliorer la fonction motrice globale des enfants, des adolescents et des adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale.

Il est recommandé d'inclure des activités d'équilibration en situations fonctionnelles aux séances de rééducation et réadaptation motrice dans le but d'assurer l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne (AE).

Biofeedback

- ❖ Il est recommandé d'intégrer un biofeedback à la rééducation proposée aux enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale dans le but d'améliorer à court terme leur fonction.
- ❖ L'état des connaissances est insuffisant pour recommander un dosage précis de l'utilisation des interventions de biofeedback en matière de durée et d'intensité à proposer aux enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale. motrice (grade C).

Intégration de la double ou multiple tâche en rééducation ou réadaptation

- ❑ Les données étayant les effets de l'âge sur la capacité de coordination de deux tâches simultanées soulignent que les coûts de double ou multiple tâche sont plus élevés chez les enfants et adolescents que chez les personnes âgées et les adultes. Cependant, les études sont encore trop peu nombreuses pour expliquer l'influence de l'âge sur la performance de la double ou multiple tâche chez les enfants et adolescents présentant des troubles de la fonction motrice.
- ❑ Il est recommandé **d'intégrer la double ou multiple tâche** à la rééducation et réadaptation proposée aux enfants diagnostiqués de paralysie cérébrale unilatérale dans le but d'améliorer leur fonction motrice (grade B).

Entrainement à la marche

→ Il est recommandé de **proposer des exercices de marche** dans le but d'améliorer la fonction motrice globale des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale en capacité de les réaliser (grade A).

→ Il est recommandé de proposer des exercices de marche arrière dans le but d'améliorer l'équilibre, les paramètres de la marche et la fonction motrice globale des enfants diagnostiqués de paralysie cérébrale en capacité de les réaliser (grade B).

→ L'état des connaissances est insuffisant pour recommander les exercices de marche arrière chez des adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale en capacité de les réaliser.

→ L'état des connaissances est insuffisant pour recommander une posologie précise de la durée et de l'intensité des exercices de marche arrière à proposer aux enfants diagnostiqués de paralysie cérébrale.

→ Il est recommandé d'**inclure dans la rééducation motrice des exercices de marche durant des trajets aussi longs que possible** pour le patient, afin de développer son périmètre de marche, son endurance et de diminuer la fatigabilité en situation de marche écologique (AE).

Marche sur tapis

→ Il est recommandé de proposer des exercices de marche sur tapis roulant dans le but d'améliorer la vitesse de marche, la longueur de la foulée et la fonction motrice globale des enfants marchants diagnostiqués de paralysie cérébrale (grade B).

→ L'état des connaissances est insuffisant pour recommander les exercices de marche sur tapis roulant chez des adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale.

→ L'état des connaissances est insuffisant pour recommander une posologie précise de la durée et de l'intensité des exercices de marche sur tapis roulant à proposer aux enfants diagnostiqués de paralysie cérébrale.

Appareillages

- En cas de déficit moteur du pied et de la cheville, il est recommandé d'**utiliser une orthèse cheville-pied** de fonction dans le but d'améliorer la vitesse de marche et la dorsiflexion de la cheville des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale spastique (grade B).
- En cas de déambulation avec équin dû à une spasticité, il est recommandé d'utiliser **une orthèse cheville-pied de fonction dans le but d'améliorer la cinématique** des membres inférieurs des enfants diagnostiqués de paralysie cérébrale (grade A).
- Il est suggéré de prévenir les **déformations orthopédiques en proposant des orthèses légères** à plus conséquentes, de façon précoce, et cela même en dehors de l'acquisition de la marche (AE).
- Il est recommandé de proposer **un siège coque** à un enfant diagnostiqué de paralysie cérébrale avec une incapacité à se tenir en position assise (AE).
- Il est recommandé de proposer une **verticalisation avec un chaussage** adapté à un enfant diagnostiqué de paralysie cérébrale avec une incapacité à se tenir en position debout (AE).
- Il est recommandé de ne pas recourir à des attelles de posture pour la marche d'un enfant ou d'un adolescent diagnostiqué de paralysie cérébrale (AE).
- Les besoins de déplacement indépendant et l'environnement peuvent imposer le recours aux **fauteuils roulants manuels et/ou électriques** pour des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale ayant des capacités motrices qui permettent des déplacements avec des aides techniques plus légères (AE).

Aides techniques

- Il est recommandé d'**encourager** l'entourage des enfants diagnostiqués de paralysie cérébrale à se procurer une ou plusieurs aides techniques à des fins thérapeutiques des troubles de la fonction motrice de l'appareil locomoteur (AE).
- Il est recommandé que chaque personne diagnostiquée de paralysie cérébrale puisse garder ses aides techniques en cas de changement de pays (AE). Le choix des aides techniques de transfert ou de déambulation doit être fait en équipe pluridisciplinaire de rééducation et réadaptation, en collaboration avec le patient et ses proches et aidants. Une **évaluation fonctionnelle** de l'efficacité de l'utilisation de ces aides techniques doit être systématiquement effectuée en utilisant des outils fiables et objectifs tels que le test de 10 mètres de marche, le test de 6 minutes de marche, le test assis-debout pendant 30 secondes ou la mesure des paramètres spatio-temporels de la marche (AE).

Thérapie par contrainte induite du mouvement (CIMT) et sa version modifiée (mCIMT), HABIT et HABIT-ILE

- Il est recommandé de proposer la thérapie par contrainte induite du mouvement (CIMT) dans le but d'améliorer les capacités bimanuelles des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale unilatérale (grade C).
- Il est recommandé de proposer la version modifiée de la thérapie par contrainte induite du mouvement (mCIMT) dans le but d'améliorer les capacités bimanuelles des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale unilatérale (grade B).
- Il est recommandé de proposer la version modifiée de la thérapie par contrainte induite du mouvement (mCIMT) à une intensité élevée comparativement à une intensité faible pour les enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale unilatérale dans le but d'améliorer la fonction motrice des membres supérieurs (grade C).
- Il est recommandé de proposer un entraînement intensif bimanuel main-bras (HABIT) dans le but d'améliorer la fonction motrice des membres supérieurs, les capacités bimanuelles et la fonction d'autosoins des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale bilatérale (grade A).
- Il est recommandé de proposer un entraînement intensif bimanuel main-bras incluant les membres inférieurs (HABIT-ILE) dans le but d'améliorer la fonction motrice des membres supérieurs, les capacités bimanuelles et la fonction d'autosoins des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale unilatérale et bilatérale (grade B).
- Il est recommandé de proposer un programme de rééducation et réadaptation intensive incluant les principes de l'apprentissage moteur de 60 à 90 heures intégrant des interventions rééducatives ciblant spécifiquement des objectifs fonctionnels de la vie quotidienne en lien avec les troubles fonctionnels du membre supérieur des enfants de plus de 6 ans diagnostiqués de paralysie cérébrale unilatérale de type spastique (grade B).
- Il est recommandé que l'ensemble de ces programmes de rééducation et réadaptation intensive soit intégré au projet global de l'enfant ou de l'adolescent et de sa famille et son entourage (AE).

Activités physiques et sportives et activité physique adaptée

- Il est recommandé de proposer des **activités physiques** dans le but d'améliorer la fonction motrice globale des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale (grade A).
- Il est recommandé de proposer des activités physiques associées à de la rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle dans le but d'améliorer la fonction motrice globale des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale (grade B).
- Il est recommandé de proposer des **activités sportives** dans le but d'améliorer la fonction motrice globale des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale (grade B).
- Il est recommandé que les enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale pratiquent au **moins 2 à 3 sessions de 45 minutes par semaine d'activité physique** adaptée à leurs capacités motrices d'intensité modérée à soutenue et en fonction des autres activités déjà réalisées (AE).

Balnéothérapie

- Il est recommandé de proposer la balnéothérapie aux enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale et présentant un niveau 1 à 2 au GMFCS dans le but d'améliorer leur fonction motrice globale (grade C).
- Il est recommandé de proposer la balnéothérapie aux enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale et présentant un **niveau 3 à 5 au GMFCS** dans le but d'améliorer leur fonction motrice globale (grade C).
- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander un dosage précis de balnéothérapie en matière de nombre de séances et de durée à proposer aux enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale.

Hippothérapie

- Il est recommandé de proposer l'hippothérapie aux enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale dans le but d'améliorer le contrôle postural et l'équilibre (grade C).
- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander un nombre et une durée des séances d'hippothérapie à proposer aux enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale.
- Il est recommandé d'étudier les possibilités d'accompagnement par des aidants, auxiliaires de vie ou masseurs-kinésithérapeutes lors des activités avec un cheval de loisir pour les personnes nécessitant cet accompagnement (AE)

Tapis roulant avec soutien du poids du corps à l'aide d'un exosquelette

- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander des exercices de marche avec un système robotisé d'entraînement à la marche sur tapis roulant par un exosquelette, comparativement à des exercices de marche sans système robotisé, dans le but d'améliorer la vitesse de marche et la longueur de la foulée des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale avec niveau 1, 2 ou 3 au GMFCS.
- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander les exercices de marche avec un système robotisé d'entraînement à la marche sur tapis roulant par un exosquelette dans le but d'améliorer la fonction motrice globale des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale.
- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander une durée et l'intensité des exercices de marche avec un système robotisé d'entraînement à la marche sur tapis roulant par un exosquelette à proposer aux enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale

Jeux informatiques interactifs

- Il est recommandé d'utiliser des jeux informatiques interactifs et à mouvement contrôlé pour les enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale dans le but d'améliorer la motricité globale en complément de la rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle (grade C).
- Les jeux informatiques interactifs et à mouvement contrôlé peuvent être proposés en complément d'autres interventions de rééducation et réadaptation visant les mêmes objectifs, en tenant compte de l'impact négatif de l'exposition prolongée aux écrans chez les enfants et adolescents (AE).
- L'utilisation de jeux informatiques interactifs et à mouvement contrôlé peut aider à motiver ou remobiliser certains enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale dans leur rééducation (AE).

Thérapie par réalité virtuelle

- Il est recommandé de proposer une thérapie par réalité virtuelle en complément de la rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle aux enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale dans le but d'améliorer la fonction motrice globale comme la déambulation, l'équilibre et la qualité gestuelle des membres supérieurs (grade B).
- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander une durée et l'intensité de la thérapie par réalité virtuelle à proposer aux enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale.
- La thérapie par réalité virtuelle peut être proposée en complément d'autres interventions en rééducation et réadaptation visant les mêmes objectifs en tenant compte de l'impact négatif de l'exposition prolongée aux écrans chez les enfants et adolescents (AE).

Thérapie miroir

- La thérapie miroir peut être proposée de manière associée à de la rééducation conventionnelle aux enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale unilatérale dans le but d'améliorer la fonction bimanuelle (grade C).
- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander le recours isolé à la thérapie miroir pour les enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale.
- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander une durée et l'intensité de la thérapie miroir à proposer aux enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale unilatérale

Musicothérapie

L'état des connaissances est insuffisant pour recommander l'art-thérapie pour améliorer la fonction motrice globale des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale.

Education thérapeutique du patient et de la famille

- Il est recommandé de proposer **l'éducation thérapeutique individualisée** auprès d'un enfant diagnostiqué de paralysie cérébrale et de sa famille pour améliorer la fonction motrice globale (grade B).
- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander le recours à l'éducation pour améliorer la fonction motrice globale chez les adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale.
- Il est recommandé de faciliter la mise en place d'éducation adaptée aux capacités de la personne et à son âge concernant les enfants, les adolescents et leurs parents, pour les personnes qui le souhaitent, et de leur fournir tous les moyens humains, matériels, technologiques et pédagogiques permettant sa participation (AE).

Rééducation et réadaptation des adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale 1/2

- Il est recommandé de proposer des jeux informatiques interactifs et des stimulations rythmiques auditives en complément de la rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle dans le but d'améliorer l'équilibre des adultes marchants diagnostiqués de paralysie cérébrale (grade B).
- Il est recommandé de proposer la thérapie vibratoire, l'entraînement à la marche sur tapis roulant sans soutien du poids du corps et les exercices contre résistance dans le but d'améliorer l'équilibre des adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale (grade C).
- Il est recommandé de pratiquer la course dans le but d'améliorer la vitesse de marche des adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale avec un GMFCS 1 ou 2 (grade C).
- Il est recommandé de proposer des exercices contre résistance dans le but d'améliorer la force musculaire des adultes athlètes diagnostiqués de paralysie cérébrale (grade B).
- Il est recommandé **d'inclure des exercices de marche** dans différentes situations écologiques telles que la marche avant, arrière, sur les côtés, à différentes cadences et allures, pieds nus ou chaussés, avec différentes aides techniques, sur différents types de sols et en terrain accidenté afin d'améliorer la fonction motrice globale des adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale (AE).

Rééducation et réadaptation des adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale 2/2

- Il est recommandé de maintenir la rééducation des adultes avec paralysie cérébrale qui souhaitent la poursuivre. Cette rééducation peut permettre d'entretenir des capacités et des acquis, et de prévenir d'éventuelles détériorations, notamment des systèmes musculo-squelettique, cardio-vasculaire et respiratoire (AE).
- Il est recommandé de maintenir les **sollicitations physiques appropriées et les changements de position réguliers**, lorsque cela est possible, pour les adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale (AE).
- Il est recommandé **d'associer les aidants**, les auxiliaires de vie et/ou les professionnels du sport dans le but de maintenir une activité physique quotidienne (AE).

Méthodes thérapeutiques dites « alternatives » 1/4

- Ostéopathie crânienne ;
- Acupuncture ;
- Méthode Feldenkrais ;
- Bandage adhésif thérapeutique ;
- Exercices Cuevas Medek (CME Medek) ;
- Ondes de choc extracorporelles ;
- Oxygénothérapie hyperbare ;
- Electro-stimulation neuromusculaire ;
- Thérapie vibratoire ;
- Yoga ;
- Vêtements compressifs à visée thérapeutique (Therasuit)

Méthodes thérapeutiques dites « alternatives » 2/4

- Il est recommandé de ne pas pratiquer l'ostéopathie crânienne sur les enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale dans le but d'améliorer la fonction motrice globale (grade B).
- Il est recommandé de ne pas recourir à l'ostéopathie crânienne pour améliorer la fonction motrice de l'appareil locomoteur d'un adulte diagnostiqué de paralysie cérébrale (AE).
- L'acupuncture, comparativement à l'utilisation d'un plâtre pour le membre inférieur ou la thérapie neurodéveloppementale selon le cadre conceptuel de Bobath, peut être proposée aux enfants et aux adolescents marchants diagnostiqués de paralysie cérébrale dans le but d'améliorer la fonction motrice globale et le tonus musculaire des gastrocnémiens (grade C).
- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander l'acupuncture pour améliorer la fonction motrice globale des adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale
- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander la méthode Feldenkrais en tant que monothérapie ou en complément de la rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle dans le but d'améliorer la fonction motrice globale des enfants, adolescents et adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale.

Méthodes thérapeutiques dites « alternatives » 3/4

- Il est recommandé de recourir au **bandage adhésif thérapeutique** en complément de la rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle pour les enfants diagnostiqués de paralysie cérébrale avec un score de 1 ou de 2 au GMFCS dans le but d'améliorer le maintien de la position assise (grade B).
- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander le bandage adhésif thérapeutique en complément de la rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle pour améliorer la fonction motrice globale des adolescents et des adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale dans le but d'améliorer la fonction motrice globale.
- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander la durée et l'intensité du bandage adhésif thérapeutique à proposer pour améliorer la fonction motrice globale des enfants, adolescents et adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale.
- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander la **méthode Medek** pour améliorer la fonction motrice globale des enfants, adolescents et adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale.
- La thérapie par **ondes de choc extracorporelles** peut être proposée en complément de la rééducation conventionnelle dans le but de réduire la spasticité des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale (grade C).
- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander la thérapie par ondes de choc extracorporelles en complément de la rééducation conventionnelle pour améliorer la fonction motrice globale des enfants, adolescents et adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale.
- Il est recommandé de ne pas utiliser **l'oxygénothérapie hyperbare** pour améliorer la fonction motrice globale des enfants, adolescents et adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale (grade C).

Méthodes thérapeutiques dites « alternatives » 4/4

- **L'électrostimulation neuromusculaire** peut être proposée en complément de la rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle dans le but d'améliorer la force des muscles gastrocnémiens des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale spastique (grade C).
- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander l'électrostimulation neuromusculaire en complément de la rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle pour améliorer la fonction motrice globale des adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale spastique.
- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander une durée et l'intensité de l'électrostimulation neuromusculaire pour l'amélioration de la fonction motrice globale des enfants, adolescents et adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale spastique.
- Il est recommandé de proposer la **thérapie vibratoire** en complément de la rééducation fonctionnelle conventionnelle dans le but d'améliorer le contrôle moteur des genoux et des chevilles des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale spastique (grade C).
- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander **le yoga** en tant que monothérapie ou en complément de la rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle pour améliorer la fonction motrice globale des enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale.
- L'état des connaissances est insuffisant pour recommander **l'utilisation de vêtements compressifs** à visée thérapeutique pour améliorer la fonction motrice globale des enfants, adolescents et adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale.

Organisation générale de la rééducation de la fonction motrice

- Il est recommandé que les professionnels de santé délivrent des informations sur leur rééducation, de manière claire, adaptée, complète, compréhensible et appropriée à la situation de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte diagnostiqués de paralysie cérébrale, de son entourage, des auxiliaires de vie et des proches aidants (AE). Tous les moyens sont mis en œuvre pour que les personnes diagnostiquées de paralysie cérébrale et leurs proches aidants puissent faire un choix libre et éclairé.
- Il est recommandé que les professionnels de santé participant au traitement des enfants, adolescents et adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale tiennent compte de leur vie familiale, scolaire ou professionnelle afin de définir le choix des objectifs, des modalités et du rythme de la rééducation et réadaptation (AE).
- Il est recommandé qu'une visite à domicile soit réalisée au minimum une fois par an par un rééducateur pour suivre les besoins au domicile de la personne diagnostiquée de paralysie cérébrale dans le but d'affiner la rééducation et la réadaptation en lien avec ses occupations et ses besoins d'adaptations (AE).

Prescription de la rééducation et réadaptation 1/2

Il est recommandé que la prescription médicale initiale ou de suivi du programme de rééducation et réadaptation respecte les principes suivants (AE)

- Elle est adaptée aux spécificités de la paralysie cérébrale en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques et les données actualisées de la science ;
- Elle tient compte de la vie familiale, scolaire ou professionnelle de la personne pour le choix des objectifs, des modalités et du rythme de sa rééducation ;
- Elle est l'aboutissement d'une écoute et d'une réflexion commune avec la personne, et répond à des objectifs **codéterminés**. Lorsque nécessaire, elle est issue d'une synthèse multidisciplinaire réalisée en présence de la personne et de sa famille. Sa finalité est la participation ou le bien-être de la personne bénéficiant de la prescription ;
- Elle est **multidisciplinaire** et doit intégrer la coordination des actes de rééducation et de réadaptation réalisés par les professionnels ;
- Elle s'adapte au mieux aux ressources du territoire disponibles autour de la personne dans son environnement de proximité, qu'elles soient hospitalières, médico-sociales ou libérales ;
- Elle peut être suivie par une « **personne référente** » qui assiste la personne en situation de handicap pour regrouper et suivre les bilans, les prescriptions, et qui aide au suivi avec les rééducateurs, mais aussi, par exemple, à la transition et au suivi à l'âge adulte.

Prescription de la rééducation et réadaptation 2/2

- Il est recommandé de réaliser au moins deux consultations d'au minimum 60 minutes annuelles pour un enfant ou un adolescent, et une consultation annuelle pour un adulte diagnostiqué de paralysie cérébrale afin de suivre l'évolution clinique et fonctionnelle et adapter le traitement (AE). Il est recommandé que les professionnels de santé proposent au minimum 2 à 3 consultations de suivi par an pendant les 6 premières années de vie, puis 1 ou 2 consultations de suivi par an par la suite (AE).
- Il est recommandé que les rééducateurs se coordonnent avec les autres professionnels de santé, du médico-social, du social et du domaine éducatif investis auprès de la personne prise en charge (AE).
- Le choix des aides au déplacement et à la mobilité doit être réévalué chaque année, tout au long de la vie de la personne diagnostiquée de paralysie cérébrale, au vu de bilans fonctionnels standardisés, en collaboration avec le patient et sa famille et l'équipe pluridisciplinaire (AE).
- La non-poursuite de la rééducation doit systématiquement faire l'objet de la recherche d'un consentement éclairé, y compris sur les conséquences à moyen et long termes d'un arrêt de cette rééducation pour la personne concernée. Elle doit être envisagée à chaque consultation (AE).

Formation des professionnels de la rééducation et de la réadaptation

- Il est recommandé que les rééducateurs adaptent leur traitement aux spécificités de la personne concernée en s'appuyant sur les recommandations de pratique clinique et les connaissances médicales avérées (AE).
- Il est recommandé de réaliser des études cliniques pour évaluer l'efficacité et l'innocuité des interventions en rééducation et réadaptation des troubles de la fonction motrice de l'appareil locomoteur chez les personnes diagnostiquées de paralysie cérébrale (AE).
- Il est recommandé que ces études différencient l'efficacité des interventions de rééducation et de réadaptation selon l'âge de la personne, le type et le stade d'atteinte au GMcs de la paralysie cérébrale (AE).

Considérations pour établir un partenariat thérapeutique

Concernant les enjeux du suivi pluri disciplinaire

- Il est recommandé que les professionnels formés à la coordination de parcours disposent d'une base de connaissances sur la pathologie des personnes qu'ils accompagnent, pour repérer les éventuels besoins et attentes en lien avec leur état de santé (AE). Il est recommandé que les objectifs de rééducation et réadaptation motrices soient revus régulièrement à l'aide de l'échelle Goal Assessment Scale pour vérifier leur adéquation avec l'environnement de vie du patient, ses aspirations, son projet, et que la rééducation ait un sens et une utilité au quotidien (AE).
- Il est recommandé que certains objectifs rééducatifs, selon les souhaits et besoins de la personne, traduits en actions précises, puissent être travaillés avec précaution avec les professionnels de l'aide à domicile, du médico-social, les parents et proches aidants, sur des temps donnés (AE).
- Il est recommandé de sensibiliser et de former les professionnels des secteurs social et médico social (aides de vie, auxiliaires de vie, etc.) lors des consultations de rééducation et réadaptation concernant les gestes de base, les conséquences de la paralysie cérébrale et leurs impacts sur leur accompagnement au quotidien (AE).
- Il est recommandé de développer des approches transdisciplinaires en associant rééducation/réadaptation et éducation afin que les professionnels des deux champs travaillent ensemble et puissent se coordonner (AE).

Considérations pour établir un partenariat thérapeutique

Concernant l'intégrité de la personne et respect de la dignité

- Le rééducateur s'assure systématiquement de la bonne compréhension des informations et explications qu'il délivre, concernant le traitement (AE).
- Le rééducateur respecte l'intégrité et la pudeur, en toute circonstance, de la personne avec paralysie cérébrale (AE).
- Il est recommandé de sensibiliser très tôt l'enfant à la liberté d'accepter ou de refuser un soin, et de toujours s'assurer (même dans les gestes simples – se déshabiller, être touché, etc.) que son choix soit respecté (AE).
- Il est recommandé que le patient, enfant, adolescent ou adulte, soit prévenu si des bilans seront faits et dans quelles tenues ils seront effectués, afin qu'il puisse se préparer en conséquence (AE).
- Il est recommandé que le bien-être soit garanti tout au long de la rééducation et réadaptation des troubles de la fonction motrice de l'appareil locomoteur (AE).

Conclusion

Principes à respecter:

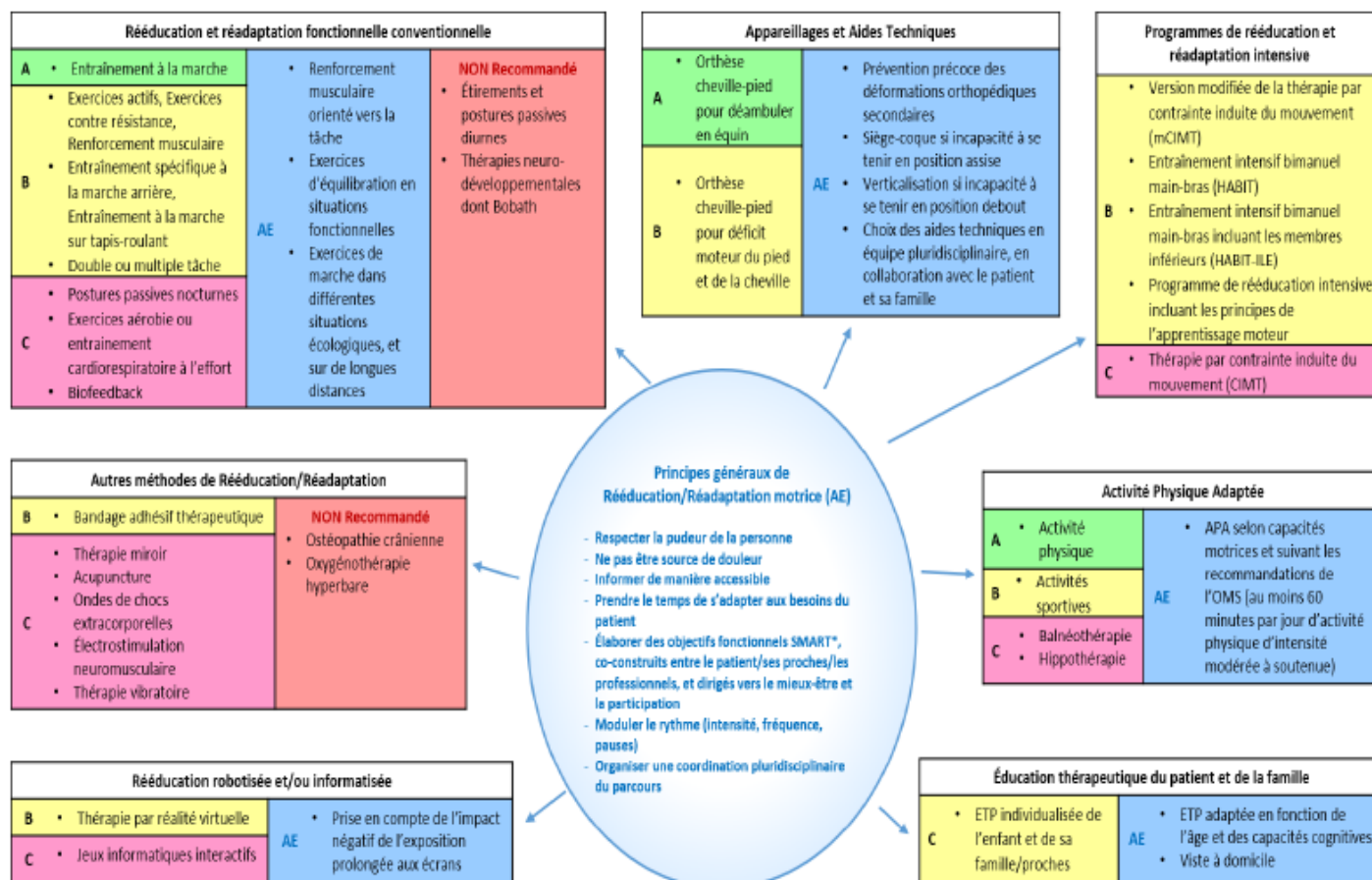
- **La détection précoce des premiers signes de déficiences**, en matière d'acquisitions motrices, et les éléments cliniques péjoratifs chez les enfants de moins de 2 ans, par les professionnels de santé ;
- **L'évaluation de la fonction motrice** de l'appareil locomoteur doit reposer sur l'utilisation d'outils standardisés tels que la version étendue et révisée du système de classification de la fonction motrice globale (GMFCS-E&R) pour classer la fonction motrice de l'enfant diagnostiqué de paralysie cérébrale ;
- L'importance de proposer un **accompagnement à la parentalité** pour réassurer les parents et les sensibiliser/former au fait que leur enfant reste leur enfant, présentant un handicap ou non, et que la situation de handicap dépendra en grande partie de l'environnement et de l'étayage extérieur (« *on ne sait pas, laissons-nous surprendre* ») ;
- L'évaluation de la fonction motrice, tout au long de la croissance et du vieillissement, à l'aide du GMFM et du AHA afin d'aider à la décision du choix des techniques rééducatives, et surtout pour évaluer leur efficacité à titre individuel et éviter toute fracture dans le parcours de soin au passage d'enfant à adulte, puis lors du vieillissement ;
- **L'élaboration du plan de traitement** incluant diverses interventions de rééducation et réadaptation doit être adaptée au stade de développement de l'enfant et aux connaissances médicales avérées.
- **Le projet thérapeutique est spécifique** à chaque patient, établi à partir d'un consensus pluridisciplinaire auquel la participation active du patient et de ses parents est indispensable. Ce projet est réévalué régulièrement selon une approche biopsychosociale.

Annexe 8. Synthèse des interventions en rééducation et en réadaptation pour les enfants de 2 à 12 ans

Interventions en rééducation et en réadaptation	Enfants ²⁷			
	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	Grade B (contre)			
Mobilisations passives : postures passives nocturnes	Grade C			
Thérapies neurodéveloppementales et celles selon Bobath				
Renforcement musculaire	Grade B (contre)			
Exercices aérobie ou entraînement cardio-respiratoire à l'effort	Grade B			
Exercices basés sur le biofeedback	Grade C			
Entraînement à la marche	Grade C			
Entraînement spécifique à la marche arrière	Grade A			
Entraînement à la marche sur tapis roulant	Grade B			
Orthèse cheville-pied pour déficit moteur du pied et de la cheville	Grade B			
Orthèse cheville-pied pour déambulation avec équin	Grade A			
Programmes de rééducation et réadaptation intensive				
Thérapie par contrainte induite du mouvement (CIMT)	Grade C			
Version modifiée de la thérapie par contrainte induite du mouvement (mCIMT)	Grade B			
Entraînement intensif bimanuel main-bras (HABIT)	Grade A			
Entraînement intensif bimanuel main-bras incluant les membres inférieurs (HABIT-ILE)	Grade B			
Activité physique adaptée				
Activité physique	Grade A			
Activités sportives	Grade B			
Balnéothérapie	Grade C			
Hippothérapie	Grade C			
Rééducation robotisée et/ou informatisée				
Jeux informatiques interactifs	Grade C			
Thérapie par réalité virtuelle	Grade B			
Rééducation basée sur d'autres entrées sensorielles				
Thérapie miroir associée à des exercices de renforcement musculaire	Grade C			
Éducation thérapeutique du patient et de la famille	AE			

²⁷ Vert : grade A ; jaune : grade B ; rose : grade C ; bleu : avis d'experts ; gris : absence de recommandation.

Annexe 9. Synthèse complète des interventions en rééducation et en réadaptation pour les enfants de 2 à 12 ans

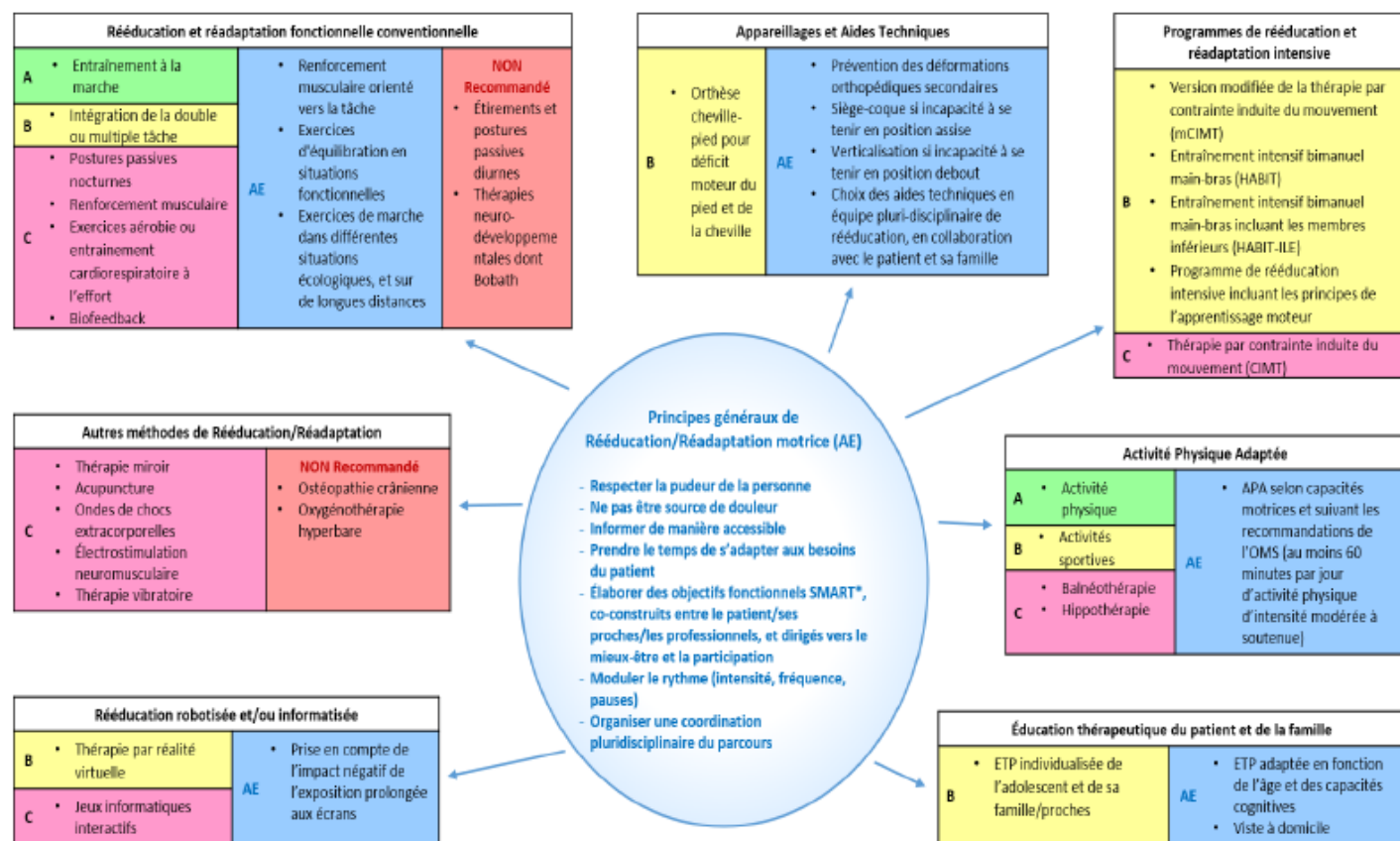


Annexe 10. Synthèse des interventions en rééducation et en réadaptation pour les adolescents de 12 à 18 ans

Interventions en rééducation et en réadaptation	Adolescents ²⁸			
	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	Grade B (contre)			
Mobilisations passives : postures passives nocturnes	Grade C			
Thérapies neurodéveloppementales et celles selon Bobath				
Renforcement musculaire	Grade C			
Exercices aérobie ou entraînement cardio-respiratoire à l'effort	Grade C			
Exercices basés sur le biofeedback	Grade C			
Entraînement à la marche	Grade A			
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	Grade B			
Orthèse cheville-pied pour déambulation avec équien				
Programmes de rééducation et réadaptation intensive				
Thérapie par contrainte induite du mouvement (CIMT)	Grade C		Grade C	
Version modifiée de la thérapie par contrainte induite du mouvement (mCIMT)	Grade B		Grade B	
Entraînement intensif bimanuel main-bras (HABIT)	Grade A			
Entraînement intensif bimanuel main-bras incluant les membres inférieurs (HABIT-ILE)	Grade B			
Activité physique adaptée				
Activité physique	Grade A			
Activités sportives	Grade B			
Balnéothérapie	Grade C			
Hippothérapie	Grade B			
Rééducation robotisée et/ou informatisée				
Jeux informatiques interactifs	Grade C			
Thérapie par réalité virtuelle	Grade B			
Rééducation basée sur d'autres entrées sensorielles				
Thérapie miroir associée à des exercices de renforcement musculaire	Grade C		Grade C	
Éducation thérapeutique du patient et de la famille	AE			

²⁸ Vert : grade A ; jaune : grade B ; rose : grade C ; bleu : avis d'experts ; gris : absence de recommandation.

Annexe 11. Synthèse complète des interventions en rééducation et en réadaptation pour les adolescents de 12 à 18 ans

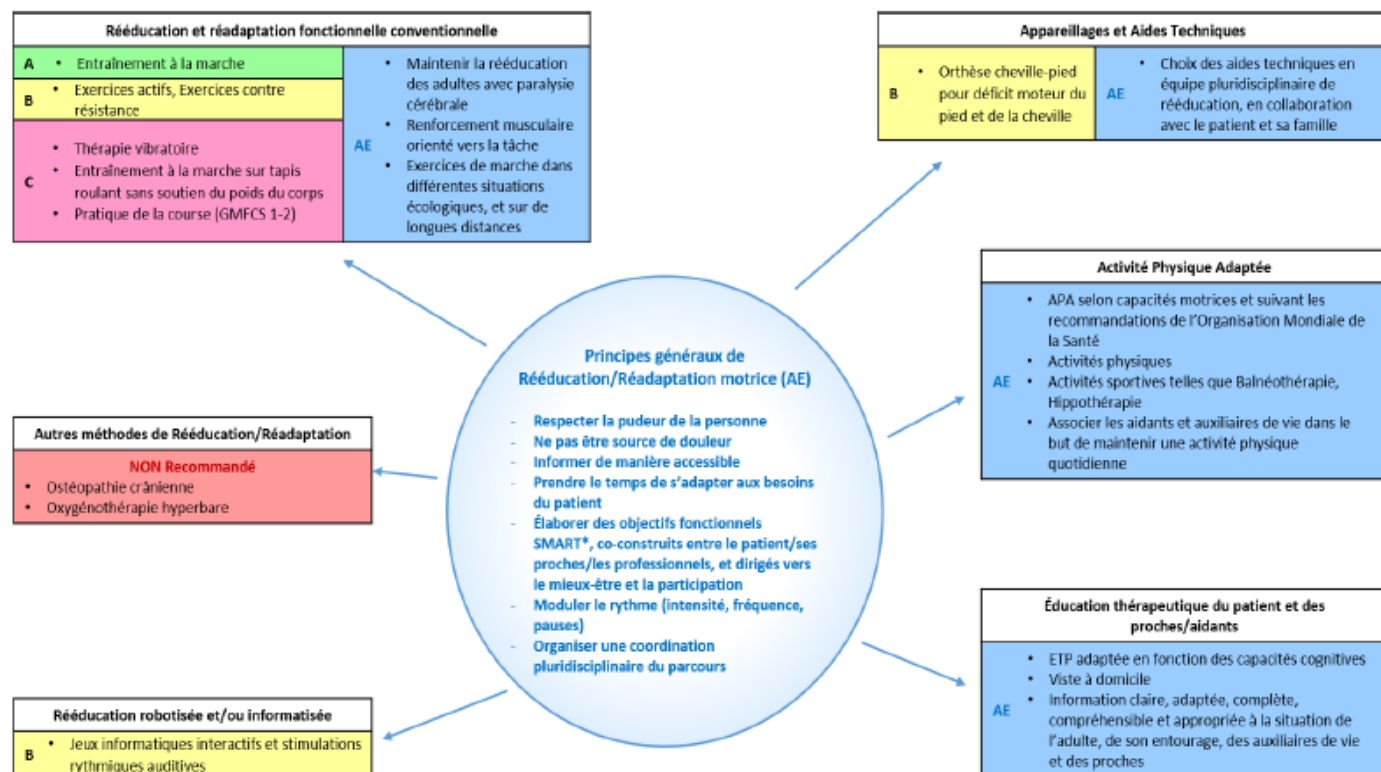


Annexe 12. Synthèse des interventions en rééducation et en réadaptation pour les adultes de plus de 18 ans

Interventions en rééducation et en réadaptation	Adultes ²⁹			
	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				
Mobilisations passives : postures passives nocturnes				
Thérapies neurodéveloppementales et celles selon Bobath				
Renforcement musculaire			Grade B	
Exercices aérobie ou entraînement cardio-respiratoire à l'effort				
Exercices basés sur le biofeedback				
Entraînement à la marche		Grade A		
Entraînement spécifique à la marche arrière				
Entraînement à la marche sur tapis roulant			Grade C	
Orthèse cheville-pied pour déficit moteur du pied et de la cheville			Grade B	
Orthèse cheville-pied pour déambulation avec équin				
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)				
Activité physique adaptée				
Activité physique			AE	
Activités sportives			AE	
Balnéothérapie			AE	
Hippothérapie			AE	
Rééducation robotisée et/ou informatisée				
Jeux informatiques interactifs			Grade B	
Thérapie par réalité virtuelle				
Rééducation basée sur d'autres entrées sensorielles				
Thérapie miroir				
Education thérapeutique du patient et de la famille			AE	

²⁹ Vert : grade A ; jaune : grade B ; rose : grade C ; bleu : avis d'experts ; gris : absence de recommandation.

Annexe 13. Synthèse complète des interventions en rééducation et en réadaptation pour les adultes de plus de 18 ans



Que retenir concernant les interventions évaluées pour les e de 2 à 12 ans?

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 aérobies 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 équin	1	Grade A			

A DEMONT

<https://www.youtube.com/watch?v=TdmObA0gV5Q>

Que retenir concernant les interventions évaluées pour les e de 2 à 12 ans?

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 équin	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			

A DEMONT

<https://www.youtube.com/watch?v=TdmObA0gV5Q>

Que retenir concernant les interventions évaluées pour les e de 2 à 12 ans?

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			

A DEMONT

<https://www.youtube.com/watch?v=TdmObA0gV5Q>

Que retenir concernant les interventions évaluées pour les e de 12 à 18 ans?

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			
Bainéothérapie	1	Grade C			
Hippothérapie	2	Grade B			
Rééducation basée sur d'autres entrées sensorielles					
Éducation thérapeutique du patient et de la famille	1	AE			

A DEMONT

<https://www.youtube.com/watch?v=TdmObA0gV5Q>

Que retenir concernant les interventions évaluées pour les adultes de plus de 18 ans?

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 aérobies 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 équien	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			

A DEMONT

<https://www.youtube.com/watch?v=TdmObA0gV5Q>



Ce que vous devez savoir pour utiliser MACS?

L'habilité 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'habillement.

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 complétée 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.

Distinction entre les Niveaux I et II

Les enfants dans le Niveau 1 peuvent avoir des limitations lors de la manipulation d'objets très petits, lourds ou des objets fragiles qui demandent un contrôle moteur fin détaillé, ou une coordination efficace entre les deux mains. Les limitations peuvent aussi être impliquées lors de situations nouvelles et non familières. Les enfants dans le Niveau II réussissent presque les mêmes activités que les enfants du Niveau I, mais la qualité de la performance est diminuée ou la performance est plus lente. Les différences fonctionnelles entre les mains peuvent limiter l'efficacité de la performance. Les enfants dans le Niveau II essaient fréquemment de simplifier la manipulation d'objets, par exemple en utilisant une surface pour le support plutôt que de manipuler les objets avec les deux mains.

Distinction entre les Niveaux II et III

Les enfants dans le Niveau II manipulent la plupart des objets, toutefois plus lentement ou avec une performance réduite en qualité. Les enfants du Niveau III ont régulièrement besoin d'aide pour préparer l'activité et/ou requièrent que des ajustements soient faits dans l'environnement vu que leur habileté à rejoindre ou à manipuler les objets est limitée. Ils ne peuvent pas compléter certaines activités et leur degré d'autonomie est relié au support du contexte environnemental.

Distinction entre les Niveaux III et IV

Les enfants du Niveau III peuvent exécuter des activités sélectionnées si la situation est pré-arrangée et si ils reçoivent de la supervision et beaucoup de temps. Les enfants du Niveau IV ont besoin d'aide continue pendant l'activité et peuvent au mieux participer de façon significative dans uniquement certaines parties de l'activité.

Distinction entre les Niveaux IV et V

Les enfants du Niveau IV exécutent une partie de l'activité, par contre, ils ont besoin d'aide continuellement. Les enfants du Niveau V peuvent au mieux participer avec un mouvement simple dans des situations spéciales, ex : en poussant un bouton ou occasionnellement en tenant des objets peu exigeants.

Objectif personnalisé partagé:
permet de rendre le patient plus acteur de son soin et
renforce l'effet thérapeutique

Siebert 2004 = Théorie de l'autorégulation

Un objectif → Emotion → Focalise l'attention → Augmente l'efficacité

Oien 2009 = étude descriptive qualitative

Les objectifs, selon les familles,

→ Améliorent les compétences

→ Orientent l'attention

→ Engagent chaque jour du quotidien

Gaol Attainment Scaling

*Une méthodologie d'aide
à l'élaboration d'objectifs individualisés
dont l'atteinte est mesurable et quantifiable*



Cela implique

- 1/ de bien connaître la personne et son potentiel d'évolution
- 2/ de bien connaître le soin proposé

Gaol Attainment Scaling

*Une méthodologie d'aide
à l'élaboration d'objectifs individualisés
dont l'atteinte est mesurable et quantifiable*

Critères d'élaboration: **SMART**

Spécifiques

Mesurables

Acceptables

Réalistes

Définis dans le **T**emps