

Faire ensemble , Faire en vrai: Les actualités

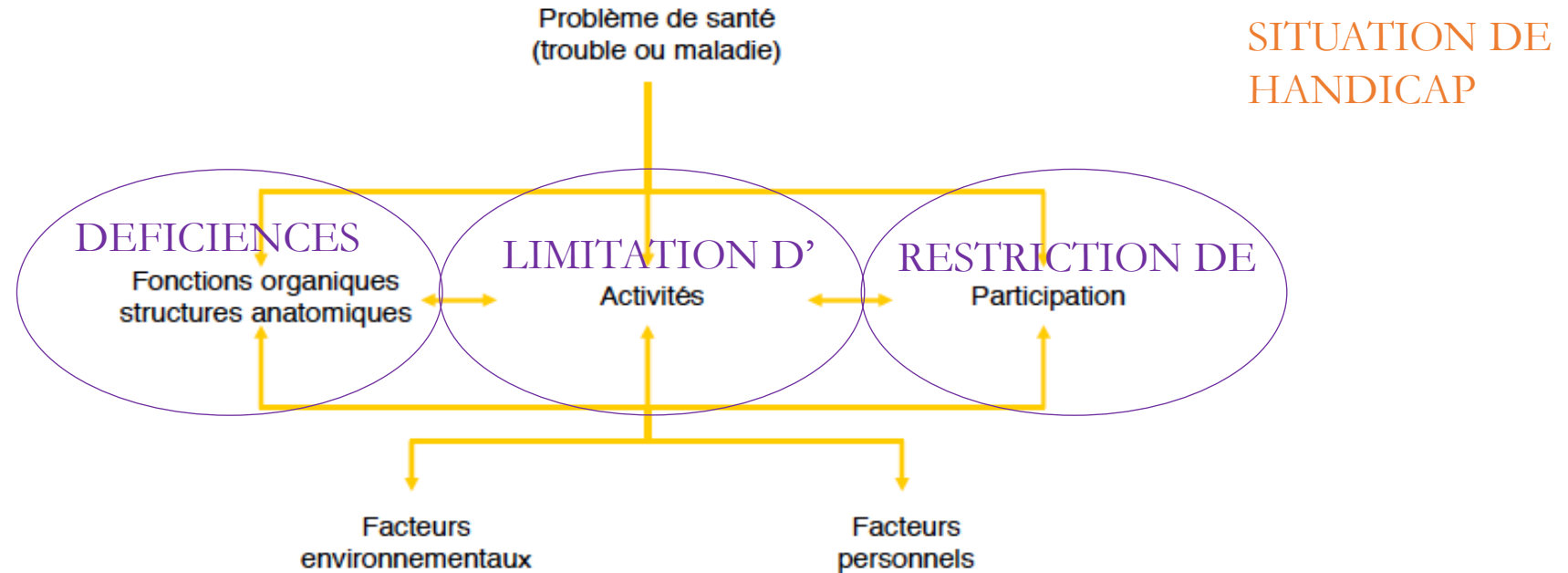


Colloque ADIMC 16

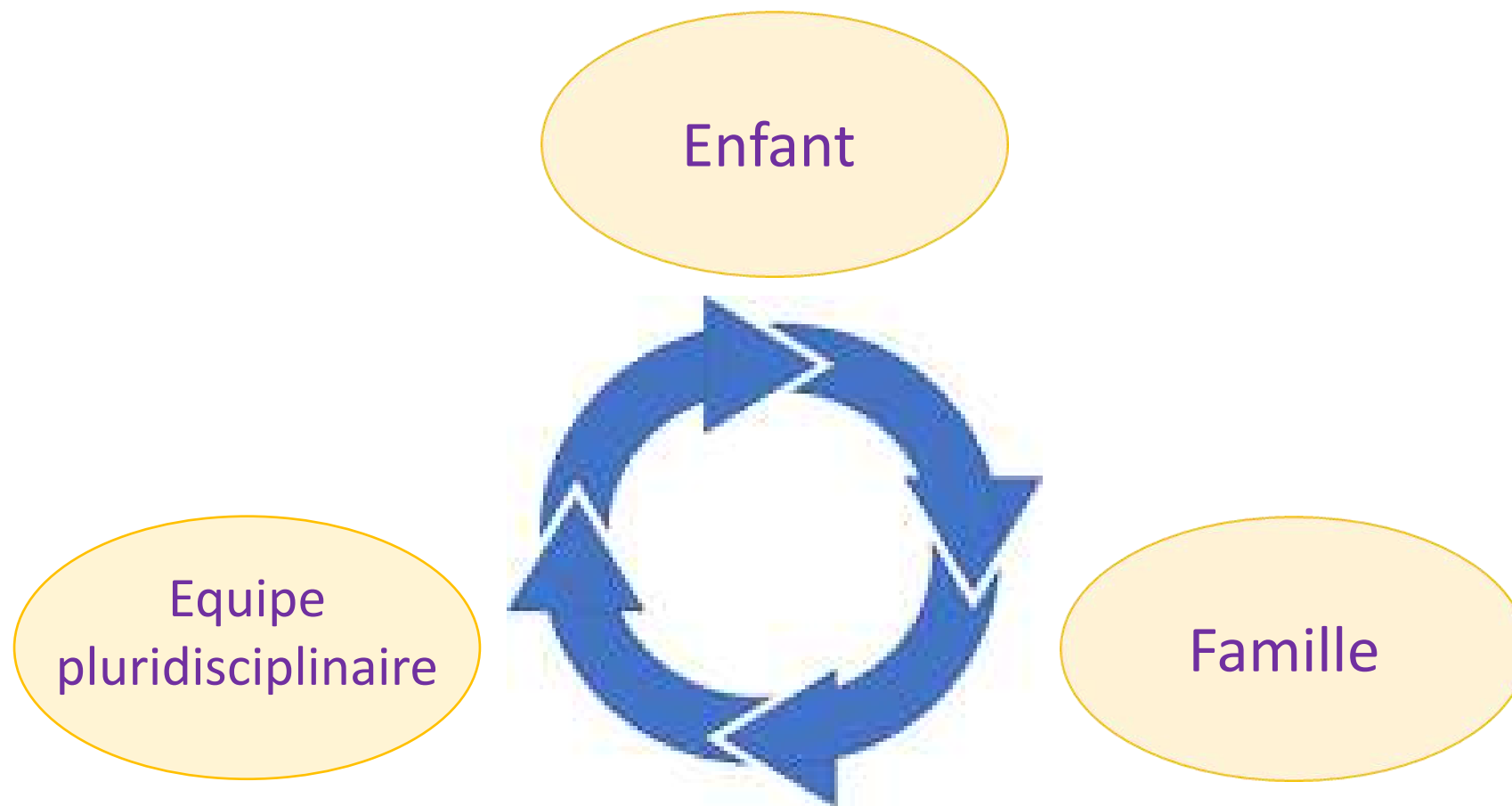
Samedi
14/10/2023

Dr SAVELLI Marion

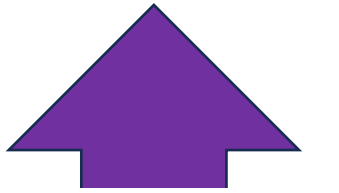
Classification Internationale du fonctionnement: CIF



FAIRE ENSEMBLE! La force du collectif

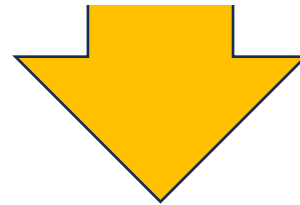


Faire en vrai!

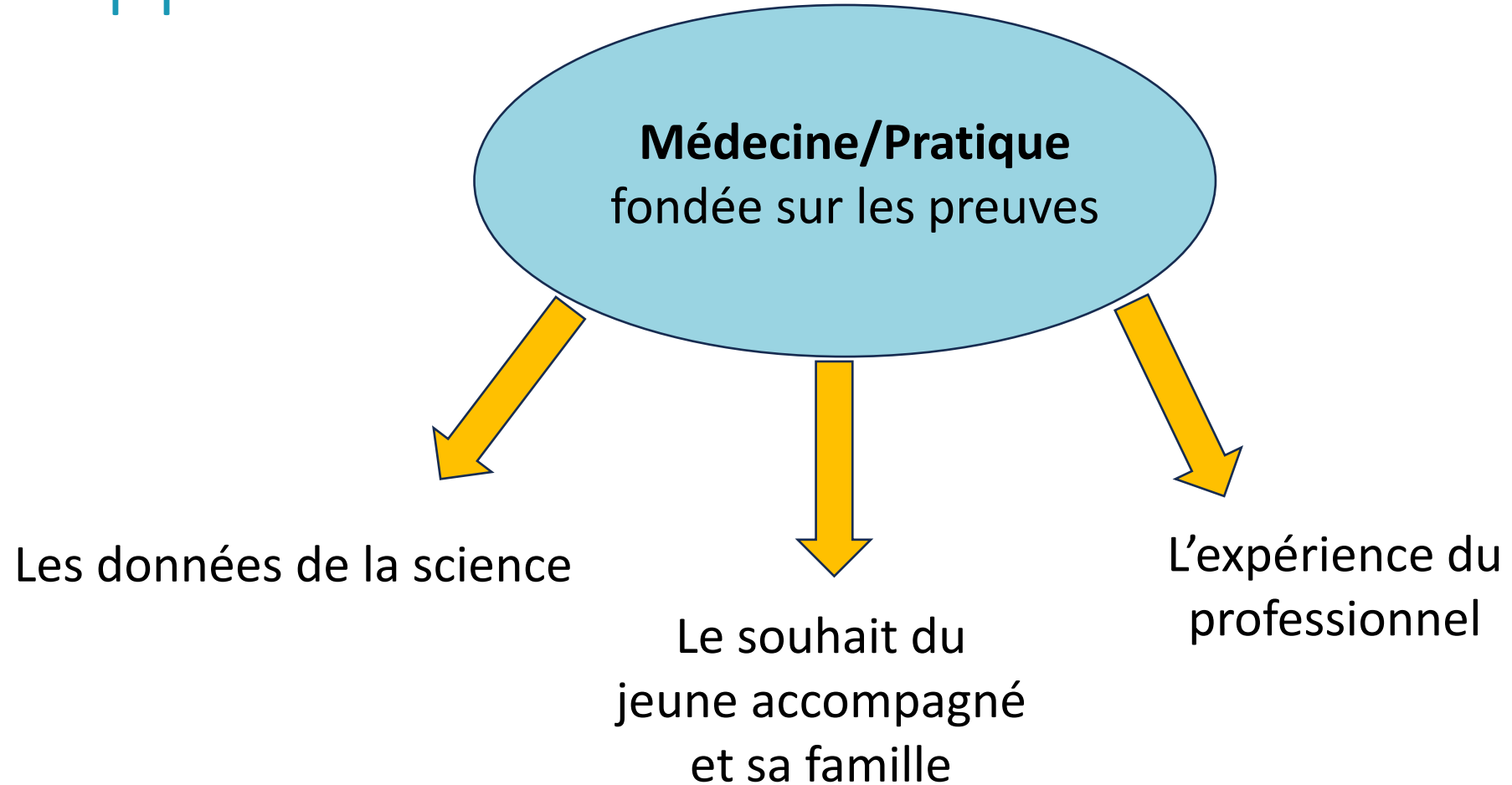


BOTTOM UP

TOP DOWN



Quels appuis?



→ Construction ensemble de proposition auprès des jeunes

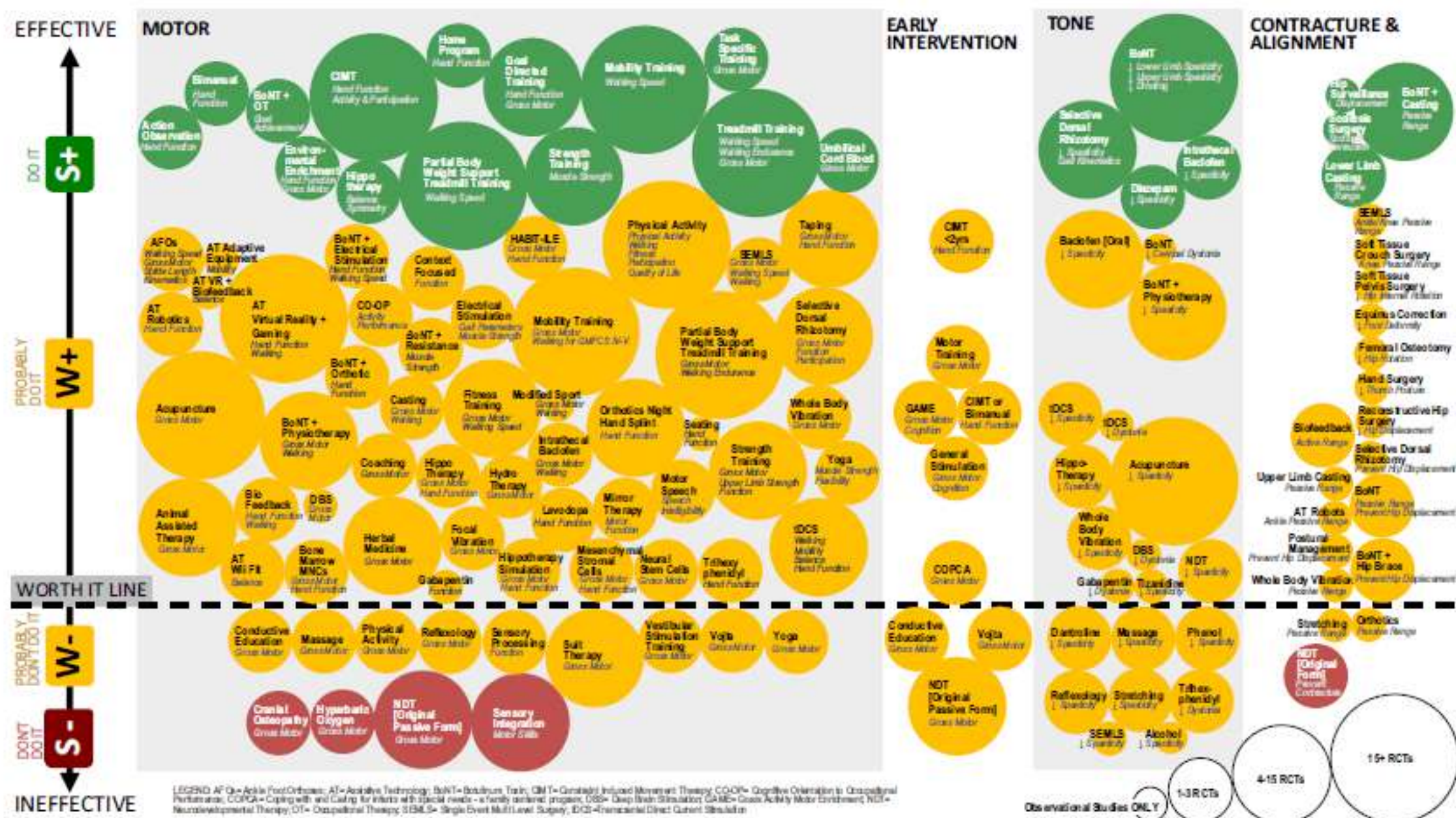


State of the Evidence Traffic Lights 2019: Systematic Review of Interventions for Preventing and Treating Children with Cerebral Palsy

Iona Novak¹ · Catherine Morgan¹ · Michael Fahey^{2,3} · Megan Finch-Edmondson¹ · Claire Galea^{1,4} · Ashleigh Hines¹ · Katherine Langdon⁵ · Maria Mc Namara¹ · Madison CB Paton¹ · Himanshu Popat^{1,4} · Benjamin Shore⁶ · Amanda Khamis¹ · Emma Stanton¹ · Olivia P Finemore¹ · Alice Tricks¹ · Anna te Velde¹ · Leigha Dark⁷ · Natalie Morton^{8,9} · Nadia Badawi^{1,4}

Published online: 21 February 2020

© The Author(s) 2020



SYNTHÈSE

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

Validée par le Collège le 21 octobre 2021

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.

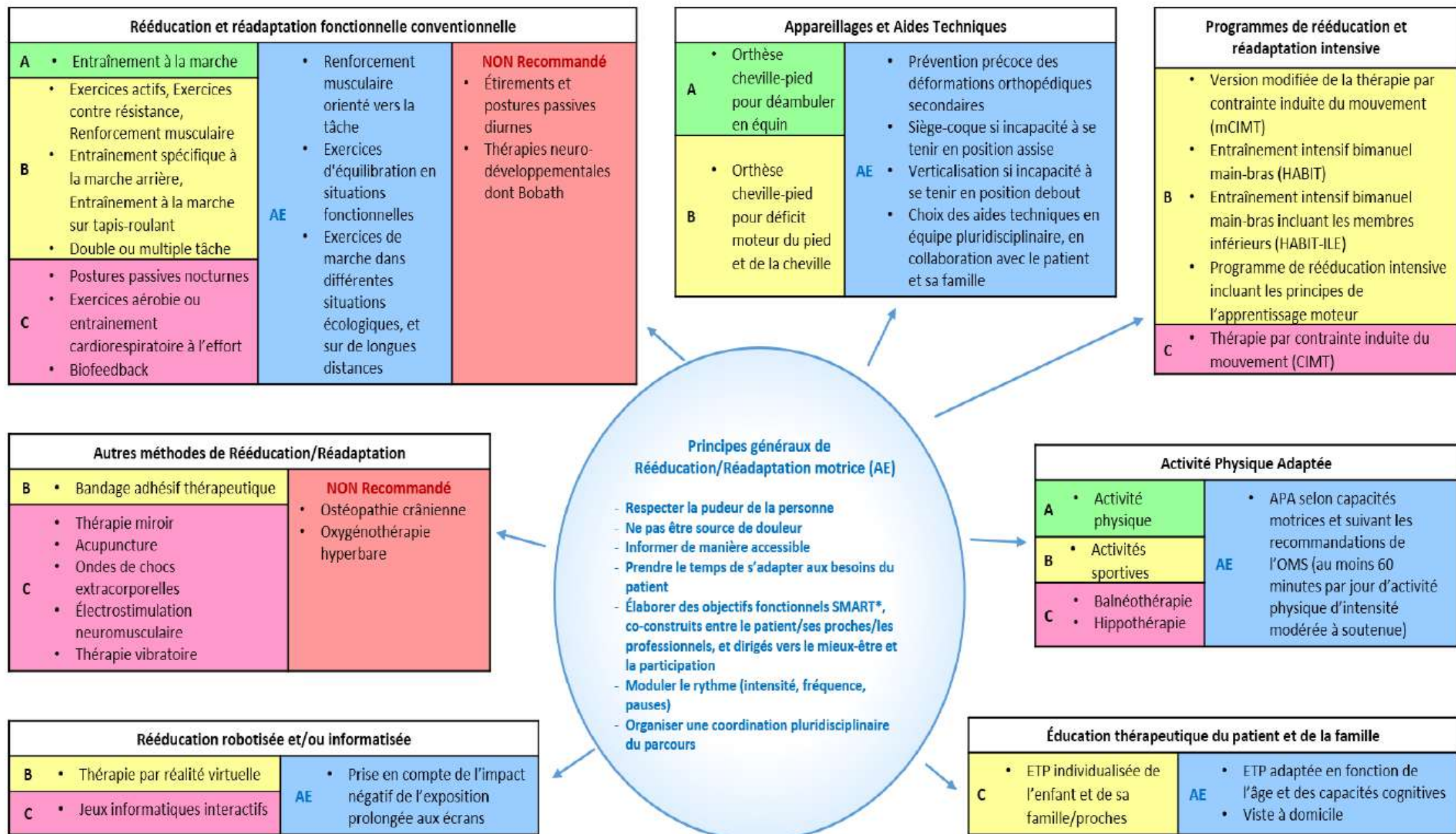
Priorisation des interventions en rééducation et en réadaptation

Interventions en rééducation et en réadaptation	Priorité		
	Enfants de 2 à 12 ans	Adolescents de 12 à 18 ans	Adultes de plus de 18 ans
Rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle			
Mobilisations passives : postures passives nocturnes	2	2	3
Renforcement musculaire	1	1	2
Exercices aérobie ou entraînement cardiorespiratoire à l'effort	1	1	1
Exercices basés sur le biofeedback	3	3	3
Entraînement à la marche	1	1	1
Entraînement spécifique à la marche arrière	2	2	3
Entraînement à la marche sur tapis roulant	2	2	2
Orthèse cheville-pied pour déficit moteur du pied et de la cheville	2	2	2
Orthèse cheville-pied pour déambulation avec équin	1	1	2

1= prioritaire, 2= secondairement prioritaires, 3= non prioritaires

Programmes de rééducation et réadaptation intensive			
Thérapie par contrainte induite du mouvement (CIMT)	3	3	3
Version modifiée de la thérapie par contrainte induite du mouvement (mCIMT)	3	3	3
Entraînement intensif bimanuel main-bras (HABIT)	1	1	3
Entraînement intensif bimanuel main-bras incluant les membres inférieurs (HABIT-ILE)	1	1	3
Activité physique adaptée			
Activité physique	1	1	1
Activités sportives	1	1	1
Balnéothérapie	1	1	1
Hippothérapie	2	2	2
Rééducation robotisée et/ou informatisée			
Jeux informatiques interactifs	2	2	2
Thérapie par réalité virtuelle	2	2	2
Rééducation basée sur d'autres approches			
Thérapie miroir	3	3	3
Éducation thérapeutique du patient et de la famille	1	1	1

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



PARALLELE →

Recommandations internationales Trouble de Développement de la Coordination (2019)

DEVELOPMENTAL MEDICINE & CHILD NEUROLOGY

EACD RECOMMENDATIONS



International clinical practice recommendations on the definition, diagnosis, assessment, intervention, and psychosocial aspects of developmental coordination disorder

RAINER BLANK^{1,2} | ANNA L BARNETT³ | JOHN CAIRNEY^{4,5} | DIDO GREEN⁶ |
AMANDA KIRBY⁷ | HELENE POLATAJKO⁸ | SARA ROSENBLUM⁹ |
BOUWIEN SMITS-ENGELSMAN¹⁰ | DAVID SUGDEN¹¹ | PETER WILSON¹² | SABINE VINÇON¹



European Academy of
Childhood Disability



1 Clinic for Child Neurology and Social Pediatrics, Child Centre Maulbronn, Maulbronn; **2** Heidelberg University, Heidelberg, Germany; **3** Department of Psychology, Health & Professional Development, Oxford Brookes University, Oxford, UK; **4** Faculty of Kinesiology and Physical Education, University of Toronto, Toronto, ON; **5** Department of Family Medicine, McMaster University, Hamilton, ON, Canada; **6** Department of Rehabilitation, School of Health and Welfare, Jönköping University, Jönköping, Sweden; **7** Dyscovery Centre, University of South Wales, Newport, UK; **8** Department of Occupational Science and Occupational Therapy, Rehabilitation Sciences Institute, University of Toronto, Toronto, ON, Canada; **9** Laboratory of Complex Human Activity and Participation, Department of Occupational Therapy, University of Haifa, Haifa, Israel; **10** Department of Health and Rehabilitation Services, University of Cape Town, Cape Town, South Africa; **11** School of Special Needs Education, University of Leeds, Leeds, UK; **12** School of Psychology and Centre for Disability and Development Research, Australian Catholic University, Melbourne, Vic., Australia

Correspondence to Sabine Vinçon, Clinic for Child Neurology and Social Pediatrics, Child Centre Maulbronn, Knittlinger Straße 21, 71439 Maulbronn, Germany. E-mail: svincon@klinik.de

Recommendation 22

LOE

LOE 1,
level A

If an intervention is to be provided then we recommend that activity-oriented and participation-oriented approaches be used as a means to improve general, fundamental, and specific motor skills in individuals with DCD.

Comment:

Activity-oriented or participation-oriented approaches are interventions that focus on ADL (including personal care, play, leisure/sports, arts and crafts, and academic, prevocational, and vocational tasks) within the intervention process.

Intervention must also aim to generalize to daily function, activity, and participation across environmental contexts in which the child needs to perform.

Activity-oriented or participation-oriented approaches should involve family, teacher, significant others, and/or environmental support to cascade and promote essential opportunities for practice and generalization. This is necessary to give enough opportunity for motor learning and consolidation of skills.

Formally investigated activity-oriented or participation-oriented approaches, based on this and the previous review, include but are not limited to task-specific training, NTT, and cognitive orientation to daily occupational performance approach (CO-OP).

RECOMMANDATIONS TDC: INSERM 2019

- Les interventions visant fonction, activités + participation paraissent prometteuses
 - Ergothérapie, psychomotricité, COOP (Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance), compensation du handicap
 - Objectif: changer l'environnement de l'enfant
 - Objectif: meilleure qualité de vie

De nouvelles pistes mais quelle mise en œuvre?



Pour aller plus loin...



Charte de la rééducation/réadaptation des personnes avec paralysie cérébrale

Cette charte s'inscrit dans les dispositifs de la Convention de l'ONU « Les droits des personnes handicapées » (2006 ; ratification française 2010) et prolonge la charte Romain Jacob pour l'accès au soin des personnes en situation de handicap en France (2014).

La personne avec paralysie cérébrale, en lien avec ses parents s'il s'agit d'un mineur et/ou avec un tiers de confiance si elle ne peut s'exprimer, a droit :

- à l'accès à une rééducation/réadaptation quels que soient ses capacités, son âge et son lieu de vie ;
- à l'information sur les soins adaptés à ses besoins ;
- au respect de sa personne, son intimité, ses choix et son propre savoir ;
- au dialogue avec le rééducateur et le médecin prescripteur pour définir les buts de la rééducation. Ceux-ci sont centrés sur son bien-être et sa participation sociale. Les objectifs sont spécifiques, mesurables, atteignables et révisés régulièrement ;
- à l'adaptation du rythme de rééducation en fonction de ses besoins. Choisir des périodes d'interruption peut être nécessaire.

Le professionnel responsable de la rééducation/réadaptation reconnaît les droits ci-dessus et dans le cadre du projet thérapeutique global s'engage à :

- adapter sa pratique professionnelle aux spécificités de la paralysie cérébrale en s'appuyant sur les bonnes pratiques et les données actualisées de la recherche ;
- tenir compte de la vie familiale, scolaire ou professionnelle de la personne pour le choix des objectifs, des modalités et du rythme de sa rééducation ;
- se coordonner avec les autres professionnels, médecins et rééducateurs, investis auprès de la personne en rééducation ;
- évaluer, prévenir et atténuer la douleur liée aux soins, en accord avec la personne et le médecin prescripteur ;
- encourager les activités physiques et de loisirs.

LE LIVRE BLANC DE LA PARALYSIE CÉRÉBRALE

Une stratégie nationale d'action
ne peut plus être ni éludée, ni différée



Recommandations internationales paralysie cérébrale

Traduction française 2023

Interventions visant à l'amélioration de la fonction motrice chez la personne avec paralysie cérébrale

Principes des interventions recommandées

Information pour les enfants ou les jeunes personnes avec paralysie cérébrale et leurs familles



Les recommandations suivantes ont été élaborées par un groupe international de cliniciens afin de mettre en évidence les principes des interventions recommandées pour les enfants ou les jeunes personnes avec paralysie cérébrale ayant des objectifs fonctionnels. Cette fiche d'information a pour but de vous donner des idées basées sur la recherche actuelle. Ces idées peuvent être discutées avec les cliniciens qui vous aident, vous ou votre enfant, à atteindre vos objectifs.



FIXER DES OBJECTIFS IMPORTANTS POUR VOUS

L'intervention devrait toujours commencer par le fait que les cliniciens vous demandent (ou à votre enfant) ce qui est le plus important pour vous/votre enfant, afin que vous co-déterminiez des objectifs thérapeutiques basés sur ces priorités.

Les objectifs fonctionnels sont liés à des tâches et à des activités de la vie réelle (comme s'habiller et faire du vélo), plutôt que centrés sur des mouvements ou des déficiences sous-jacentes (comme augmenter l'amplitude des mouvements du coude).

Des objectifs réalistes et atteignables devraient être co-déterminés avec vous/votre enfant. Tous les membres de l'équipe devraient en avoir une copie afin que chacun travaille à la réalisation de ces objectifs communs. Il est recommandé de ne pas dépasser trois objectifs à la fois, afin que la pratique soit réalisable et que vous/votre enfant ne soyez pas débordés en essayant de tout faire en même temps.

PRATIQUER L'OBJECTIF EN TOTALITE DANS L'ENVIRONNEMENT DE L'ENFANT

Lorsqu'un enfant ou un jeune a un objectif fonctionnel, la recherche montre que la manière la plus efficace d'atteindre cet objectif est d'avoir une pratique complète de l'activité concernée, plutôt que de travailler sur des mouvements ou des compétences sous-jacents. Pour les objectifs à long terme, cela peut signifier qu'il faut fixer des objectifs plus réalistes et atteignables qui permettent d'atteindre l'objectif à long terme.

La pratique des objectifs dans des contextes réels, comme à la maison ou à l'école, et l'utilisation d'équipements ou d'objets que l'enfant utilise tous les jours permettent d'obtenir de meilleurs résultats.

La pratique en dehors de la thérapie est un travail difficile pour les familles, mais pour que les objectifs soient atteints, la pratique doit se faire plus régulièrement que pendant les séances de thérapie.

Discutez avec votre équipe de la quantité de pratique nécessaire. Ensemble, élaborer un plan d'intervention pour déterminer quand et où cette pratique peut se dérouler de manière réaliste pour votre famille. Pensez aux soutiens qui pourraient vous aider dans ce plan, comme les amis, les frères et sœurs, l'école, les membres de la famille élargie ou les éducateurs.



TRAVAILLER ENSEMBLE DANS UNE ÉQUIPE

Les cliniciens devraient partager leurs connaissances sur les options d'interventions recommandées et appropriées pour vous/votre enfant en fonction de ses capacités et de ses objectifs. Cela vous permettra de prendre des décisions éclairées quant à l'intervention qui convient le mieux à votre enfant. Certaines interventions peuvent ne pas être appropriées pour vous/votre enfant à ce moment-là, les thérapeutes peuvent vous aider à comprendre pourquoi.

Les familles et les enfants devraient bénéficier de choix et de flexibilité en ce qui concerne les services supports.

Les cliniciens qui travaillent avec vous/votre enfant doivent collaborer au sein d'une équipe dont votre famille fait partie intégrante.

Les cliniciens qui communiquent efficacement sur les priorités actuelles et les plans d'intervention, peuvent s'assurer que tout le monde travaille vers des objectifs communs et réduire ainsi la charge des familles en ce qui concerne la coordination des services.



Interventions visant à l'amélioration de la fonction motrice chez la personne avec paralysie cérébrale

Principes des interventions recommandées

Recommandations pour les cliniciens travaillant auprès d'enfants et de jeunes personnes avec paralysie cérébrale



Lorsque l'on travaille avec des enfants et des jeunes avec une paralysie cérébrale qui ont des objectifs fonctionnels, les principes des interventions recommandées suivants sont préconisés, dans le but d'améliorer la fonction motrice.

Interventions visant à l'amélioration de la fonction motrice chez la personne avec paralysie cérébrale

Co-déterminer des objectifs fonctionnels

Recommandations pour les cliniciens travaillant auprès d'enfants et de jeunes personnes avec paralysie cérébrale



La co-détermination d'objectifs signifiants apparaît comme nécessaire dans le cadre du travail avec les enfants et les jeunes personnes atteintes de paralysie cérébrale. L'intervention devrait commencer par la définition d'objectifs fonctionnels centrés sur l'enfant, qui seront au centre de l'intervention.

Interventions visant à l'amélioration de la fonction motrice chez la personne avec paralysie cérébrale

Renforcer l'autonomisation des enfants et des familles

Recommandations pour les cliniciens travaillant auprès d'enfants et de jeunes personnes avec paralysie cérébrale



Lorsqu'on travaille avec des enfants et des jeunes personnes avec paralysie cérébrale, il est important pour les cliniciens de collaborer avec les familles, de prendre en compte les besoins et les préférences individuels, et de renforcer auprès des familles le sentiment qu'elles ont les compétences et les connaissances nécessaires pour aider leur enfant.

Interventions visant à l'amélioration de la fonction motrice chez la personne avec paralysie cérébrale

Étapes clés d'une intervention efficace

Recommandations pour les cliniciens travaillant auprès d'enfants et de jeunes personnes avec paralysie cérébrale



Lorsqu'un enfant ou une jeune personne avec une paralysie cérébrale a un objectif fonctionnel, il est recommandé aux cliniciens de suivre un certain nombre d'étapes afin de maximiser les résultats de l'intervention

