



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**RECOMMANDER**  
LES BONNES PRATIQUES

---

**RECOMMANDATION**

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

---

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

## Grade des recommandations

<b>A</b>	<b>Preuve scientifique établie</b> 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>B</b>	<b>Présomption scientifique</b> 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.
<b>C</b>	<b>Faible niveau de preuve</b> 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).
<b>AE</b>	<b>Accord d'experts</b> 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.

# Descriptif de la publication

<b>Titre</b>	<b>Rééducation et réadaptation de la fonction motrice de l'appareil locomoteur des personnes diagnostiquées de paralysie cérébrale</b>
<b>Méthode de travail</b>	Recommandation pour la pratique clinique (RPC)
<b>Objectif(s)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>— Guider les indications et les modalités de la rééducation ainsi que la réadaptation de la fonction motrice de l'appareil locomoteur</li><li>— Identifier des populations de personnes nécessitant des prises en charge spécifiques de rééducation et de réadaptation de la fonction motrice de l'appareil locomoteur</li><li>— Préciser l'intérêt de prises en charge novatrices de rééducation et de réadaptation de la fonction motrice de l'appareil locomoteur</li><li>— Harmoniser et optimiser les pratiques, en termes de modalités d'organisation et de coordination de la rééducation et de la réadaptation de la fonction motrice de l'appareil locomoteur</li></ul>
<b>Cibles concernées</b>	<p>Ces recommandations sont destinées à tous les professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, ainsi qu'aux non-professionnels de santé, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>— assistants sociaux ;</li><li>— auxiliaires de vie ;</li><li>— éducateurs spécialisés, éducateurs sportifs ;</li><li>— enseignants ;</li><li>— enseignants en activité physique adaptée ;</li><li>— ergothérapeutes ;</li><li>— chirurgiens orthopédiques et chirurgiens infantiles ;</li><li>— diététiciens ;</li><li>— infirmiers ;</li><li>— masseurs-kinésithérapeutes ;</li><li>— médecins de médecine physique et de réadaptation ;</li><li>— médecins généralistes ;</li><li>— médecins pédiatres, neuropédiatres et neurologues ;</li><li>— ophtalmologistes ;</li><li>— orthophonistes ;</li><li>— orthoprothésistes ;</li><li>— orthoptistes ;</li><li>— pédopsychiatres ;</li><li>— podo-orthésistes ;</li><li>— psychologues ;</li><li>— psychomotriciens.</li></ul>
<b>Demandeur</b>	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 :

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'Association Hémiparésie ;</li> <li>- le Cercle de documentation et d'information pour la rééducation des infirmes moteurs cérébraux (CDI) ;</li> <li>- le Collège de la masso-kinésithérapie (CMK) ;</li> <li>- le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK) ;</li> <li>- la Société d'études et de soins pour les enfants paralysés et polymalformés (SESEP) ;</li> <li>- la Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER) ;</li> <li>- la Société française de neuropédiatrie (SFNP) ;</li> <li>- la Société francophone d'étude et de recherche sur les handicaps de l'enfance (SFERHE).</li> </ul>
<b>Promoteur(s)</b>	Haute Autorité de santé (HAS)
<b>Pilotage du projet</b>	<p>Coordination : M. Michel Gedda, chef de projet, service des bonnes pratiques de la HAS (chef de service : Dr Pierre Gabach)</p> <p>Assistante du projet : Mme Laetitia Gourbail</p>
<b>Recherche documentaire</b>	<p>Emmanuelle Blondet, documentaliste, service documentation de la HAS</p> <p>Sylvie Lascols, aide-documentaliste, service documentation de la HAS (chef du service documentation – veille : Mme Frédérique Pagès)</p>
<b>Auteurs</b>	Anthony Demont, Michel Gedda
<b>Conflits d'intérêts</b>	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site <a href="https://dpi.sante.gouv.fr">https://dpi.sante.gouv.fr</a> . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
<b>Validation</b>	Version du 21 octobre 2021
<b>Autres formats</b>	Synthèse et arguminaire disponibles sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a>

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) 

Haute Autorité de santé – Service communication information  
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – octobre 2021

# Sommaire

---

<b>1. Paralyse cérébrale et troubles de la fonction motrice</b>	<b>7</b>
<b>2. Évaluation des troubles de la fonction motrice</b>	<b>8</b>
2.1. Préalables pour la réalisation de l'évaluation initiale ou de suivi	8
2.2. Outils standardisés d'évaluation de la motricité	8
<b>3. Rééducation et réadaptation de la fonction motrice</b>	<b>9</b>
3.1. Rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle	9
3.1.1. Mobilisations passives : étirements et postures	9
3.1.2. Mobilisations actives	10
3.1.2.1. Exercices basés sur les niveaux d'évolution motrice	10
3.1.2.2. Thérapies neurodéveloppementales	10
3.1.2.3. Renforcement musculaire	10
3.1.2.4. Exercices aérobie ou entraînement cardio-respiratoire à l'effort	11
3.1.2.5. Rééducation de la fonction d'équilibration	11
3.1.2.6. Exercices basés sur le biofeedback	11
3.1.2.7. Intégration de la double ou multiple tâche en rééducation et réadaptation	12
3.1.2.8. Entraînement à la marche	12
3.1.2.9. Appareillages orthopédiques	12
3.1.2.10. Aides techniques aux activités de la vie quotidienne	13
3.2. Programmes de rééducation et réadaptation intensive dirigés vers des objectifs de la vie quotidienne	13
3.3. Activités physiques et sportives et activité physique adaptée	14
3.3.1. Balnéothérapie	14
3.3.2. Hippothérapie	15
3.4. Rééducation robotisée et/ou informatisée	15
3.4.1. Tapis roulant avec soutien du poids du corps à l'aide d'un exosquelette	15
3.4.2. Jeux informatiques interactifs	15
3.4.3. Thérapie par réalité virtuelle	16
3.5. Rééducation basée sur d'autres entrées sensorielles	16
3.5.1. Thérapie miroir	16
3.5.2. Musicothérapie	16
3.5.3. Art-thérapie	16
3.6. Éducation thérapeutique du patient et de la famille	17
3.7. Rééducation et réadaptation des adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale	17
<b>4. Méthodes thérapeutiques dites « alternatives »</b>	<b>18</b>

4.1. Ostéopathie crânienne	18
4.2. Acupuncture	18
4.3. Méthode Feldenkrais	18
4.4. Bandage adhésif thérapeutique	18
4.5. Exercices Cuevas Medek (CME Medek)	19
4.6. Ondes de choc extracorporelles	19
4.7. Oxygénothérapie hyperbare	19
4.8. Électrostimulation neuromusculaire	19
4.9. Thérapie vibratoire	19
4.10. Yoga	20
4.11. Vêtements compressifs à visée thérapeutique	20
<b>5. Organisation générale de la rééducation de la fonction motrice</b>	<b>21</b>
5.1. Conseils et éducation du patient et de son entourage	21
5.2. Prescription de la rééducation et réadaptation	21
5.3. Fréquence et durée des séances d'évaluation et de traitement	22
5.4. Poursuite de la rééducation et réadaptation	22
5.5. Formation des professionnels de la rééducation et de la réadaptation	22
5.6. Considérations pour établir un partenariat thérapeutique et accompagner le patient	23
<b>Participants</b>	<b>25</b>

# 1. Paralyse cérébrale et troubles de la fonction motrice

La plupart des personnes diagnostiquées de paralysie cérébrale présentent des troubles de la fonction motrice de divers types : dyskinésique, ataxique, spastique et mixte.

Ces troubles peuvent être :

1. primaires, liés à la lésion cérébrale précoce : faiblesse musculaire, défaut de sélectivité de la commande, spasticité, dystonie, mouvements anormaux ;
2. secondaires : conséquences de la lésion cérébrale précoce sur le système musculo-squelettique en croissance, telles que des rétractions musculaires, déformations architecturales, troubles de la statique rachidienne, etc. ;
3. tertiaires : compensations pour maintenir au mieux les capacités et l'indépendance malgré les troubles primaires et secondaires.

Ces troubles nécessitent un programme de rééducation et réadaptation adapté et suivi.

## 2. Évaluation des troubles de la fonction motrice

### 2.1. Préalables pour la réalisation de l'évaluation initiale ou de suivi

AE	Il est recommandé que les professionnels de santé procédant à l'évaluation des enfants diagnostiqués ou à risque de paralysie cérébrale proposent un environnement confortable et avec le minimum de perturbations sensorielles possible.
AE	Une communication adaptée à la singularité de l'enfant, de sa famille et de son entourage requiert de la bienveillance, du tact, du temps, de la disponibilité et un environnement adapté.

### 2.2. Outils standardisés d'évaluation de la motricité

A	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.
A	Il est recommandé de suivre l'évolution des capacités fonctionnelles de l'enfant à l'aide du <i>Gross Motor Function Measure – 66</i> .
AE	Il est recommandé d'évaluer les capacités fonctionnelles de la main atteinte chez l'enfant diagnostiqué de paralysie cérébrale unilatérale à l'aide du <i>Assisting Hand Assessment</i> .
A	Il est recommandé d'évaluer les capacités fonctionnelles bimanuelles chez un enfant diagnostiqué de paralysie cérébrale bilatérale à l'aide du <i>Both Hands Assessment</i> et la fonction manuelle correspondant aux niveaux I à III sur la <i>Manual Ability Classification System</i> .
C	Dans le cadre de l'évaluation de la fonction motrice de l'enfant diagnostiqué de paralysie cérébrale, il est recommandé d'utiliser le <i>Manual Ability Classification System</i> pour l'évaluation de l'habileté manuelle et le <i>Communication Function Classification System</i> pour l'évaluation de la communication.
AE	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.



## 3. Rééducation et réadaptation de la fonction motrice

AE	<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– rééducation et réadaptation fondées sur une approche fonctionnelle orientée vers la tâche ;</li><li>– 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 ;</li><li>– 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.</li></ul>
AE	<p>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'autoévaluation, en fonction des capacités cognitives et de communication de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte diagnostiqué de paralysie cérébrale.</p>
AE	<p>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.</p>
AE	<p>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.</p>

### 3.1. Rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle

#### 3.1.1. Mobilisations passives : étirements et postures

B	<p>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.</p>
C	<p>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.</p>
AE	<p>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.</p>

<b>AE</b>	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.
<b>AE</b>	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.

### 3.1.2. Mobilisations actives

#### 3.1.2.1. Exercices basés sur les niveaux d'évolution motrice

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.

#### 3.1.2.2. Thérapies neurodéveloppementales

<b>B</b>	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.
<b>B</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.

#### 3.1.2.3. Renforcement musculaire

<b>B</b>	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.
<b>B</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.

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.

<b>B</b>	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.
<b>C</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.

**B**

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.

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.

**AE**

Le renforcement musculaire proposé en rééducation doit être constitué de mouvements orientés vers la tâche afin de pouvoir être transféré sur l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne.

#### 3.1.2.4. Exercices aérobie ou entraînement cardio-respiratoire à l'effort

**C**

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.

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.

**AE**

Il est recommandé de proposer à toute personne diagnostiquée de paralysie cérébrale, quels que soient son âge et l'importance des limitations physiques, un matériel adapté lui permettant d'accéder à un effort en endurance cardio-respiratoire.

#### 3.1.2.5. 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.

**AE**

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.

#### 3.1.2.6. Exercices basés sur le biofeedback

**C**

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 motrice.

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.

### 3.1.2.7. Intégration de la double ou multiple tâche en rééducation et réadaptation

<b>B</b>	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.
----------	--

### 3.1.2.8. Entraînement à la marche

<b>A</b>	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.
<b>B</b>	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.

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.

<b>AE</b>	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.
<b>B</b>	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.

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.

### 3.1.2.9. Appareillages orthopédiques

<b>B</b>	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.
----------	--

A	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.
AE	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.

### 3.1.2.10. Aides techniques aux activités de la vie quotidienne

AE	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.

## 3.2. Programmes de rééducation et réadaptation intensive dirigés vers des objectifs de la vie quotidienne

C	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.
B	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.

<b>C</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.
<b>A</b>	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.
<b>B</b>	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.
<b>B</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.
<b>AE</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.

### 3.3. Activités physiques et sportives et activité physique adaptée

<b>A</b>	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.
<b>B</b>	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. 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.
<b>AE</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.

#### 3.3.1. Balnéothérapie

<b>C</b>	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.
----------	---

**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.

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.

### 3.3.2. Hippothérapie

**C**

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.

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.

**AE**

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.

## 3.4. Rééducation robotisée et/ou informatisée

### 3.4.1. 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 présentant un 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.

### 3.4.2. Jeux informatiques interactifs

**C**

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.

**AE**

Les jeux informatiques interactifs et à mouvements contrôlés 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.
<b>AE</b>	L'utilisation de jeux informatiques interactifs et à mouvements contrôlés peut aider à motiver ou remobiliser certains enfants et adolescents diagnostiqués de paralysie cérébrale dans leur rééducation.

### 3.4.3. Thérapie par réalité virtuelle

<b>B</b>	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.
----------	---

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.

<b>AE</b>	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.
-----------	--

## 3.5. Rééducation basée sur d'autres entrées sensorielles

### 3.5.1. Thérapie miroir

<b>C</b>	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.
----------	---

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.

### 3.5.2. Musicothérapie

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

### 3.5.3. Art-thérapie

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.



### 3.6. Éducation thérapeutique du patient et de la famille

<b>B</b>	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.
----------	--

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.

<b>AE</b>	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.
-----------	--

### 3.7. Rééducation et réadaptation des adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale

<b>B</b>	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.
<b>C</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.
<b>C</b>	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.
<b>B</b>	Il est recommandé de proposer des exercices contre résistance dans le but d'améliorer la force musculaire des adultes athlètes diagnostiqués de paralysie cérébrale.
<b>AE</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.
<b>AE</b>	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.
<b>AE</b>	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.
<b>AE</b>	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.

## 4. Méthodes thérapeutiques dites « alternatives »

### 4.1. Ostéopathie crânienne

<b>B</b>	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.
<b>AE</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.

### 4.2. Acupuncture

<b>C</b>	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.
----------	---

L'état des connaissances est insuffisant pour recommander l'acupuncture pour améliorer la fonction motrice globale des adultes diagnostiqués de paralysie cérébrale.

### 4.3. Méthode Feldenkrais

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.

### 4.4. Bandage adhésif thérapeutique

<b>B</b>	Il est recommandé de recourir au bandage adhésif thérapeutique en complément de la rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle aux 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.
----------	--

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.

## 4.5. Exercices Cuevas Medek (CME Medek)

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.

## 4.6. Ondes de choc extracorporelles

C

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.

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.

## 4.7. Oxygénothérapie hyperbare

C

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.

## 4.8. Électrostimulation neuromusculaire

C

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.

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.

## 4.9. Thérapie vibratoire

C

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.

## 4.10. Yoga

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.

## 4.11. Vêtements compressifs à visée thérapeutique

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.

# 5. Organisation générale de la rééducation de la fonction motrice

## 5.1. Conseils et éducation du patient et de son entourage

AE	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. 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.
AE	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'adaptation.

## 5.2. Prescription de la rééducation et réadaptation

AE	<p>Il est recommandé que la prescription médicale initiale ou de suivi du programme de rééducation et réadaptation respecte les principes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– 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 ;</li><li>– 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 ;</li><li>– elle est l'aboutissement d'une écoute et d'une réflexion commune avec la personne, et répond à des objectifs co-déterminés. 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 ;</li><li>– elle est multidisciplinaire et doit intégrer la coordination des actes de rééducation et de réadaptation réalisés par les professionnels ;</li><li>– 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 ;</li><li>– 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.</li></ul>
----	--

### 5.3. Fréquence et durée des séances d'évaluation et de traitement

<b>AE</b>	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.
<b>AE</b>	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.
<b>AE</b>	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.
<b>AE</b>	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.

### 5.4. Poursuite de la rééducation et réadaptation

<b>AE</b>	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.
-----------	---

### 5.5. Formation des professionnels de la rééducation et de la réadaptation

<b>AE</b>	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.
<b>AE</b>	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.
<b>AE</b>	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 GMFCS de la paralysie cérébrale.

## 5.6. Considérations pour établir un partenariat thérapeutique et accompagner le patient

AE	Il est recommandé de donner le temps et la possibilité de s'exprimer à l'enfant, l'adolescent et l'adulte, en fonction de ses habiletés à communiquer et à saisir les informations, dans le but d'évoquer ce qu'il pense des objectifs visés et des exercices travaillés.
AE	Il est recommandé, en termes de bénéfices-risques, de s'assurer que le suivi du patient paralysé cérébral s'intègre au maximum dans son emploi du temps, sans détriment de ses autres activités et de sa participation sociale.
AE	Il est recommandé que la rééducation et réadaptation des troubles de la fonction motrice de l'appareil locomoteur soit utile pour faciliter le quotidien de la personne en lui permettant davantage d'indépendance (pouvoir faire seul, pouvoir demander de l'aide matérielle ou humaine). La rééducation et réadaptation des troubles de la fonction motrice de l'appareil locomoteur n'est pas une fin en soi.
AE	Il est recommandé de varier les rythmes (avec des pauses épisodiques et/ou prolongées, correspondant ou non aux vacances scolaires), les projets et les objectifs durant toute la durée du suivi de la rééducation et réadaptation de la fonction motrice.
AE	Il est recommandé de recourir à des outils d'autoévaluation effectués par les parents, proches et/ou aidants de la personne diagnostiquée de paralysie cérébrale, si celle-ci n'est pas en mesure d'autoévaluer son autonomie, sa qualité de vie et/ou ses progrès réalisés, ou en complément de l'autoévaluation effectuée.
AE	Il est recommandé de poursuivre la rééducation et réadaptation des troubles de la fonction motrice de l'appareil locomoteur lorsque la personne vit à domicile pour répondre à une modification particulière d'environnement et à des objectifs préalablement définis.
AE	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 <i>Goal Assessment Scale</i> 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.

<b>AE</b>	Le rééducateur s'assure systématiquement de la bonne compréhension des informations et explications qu'il délivre concernant le traitement.
<b>AE</b>	Le rééducateur respecte l'intégrité et la pudeur, en toute circonstance, de la personne avec paralysie cérébrale.
<b>AE</b>	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.
<b>AE</b>	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.
<b>AE</b>	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.



# Participants

---

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Association Hémiparésie	Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique*
Collège de la médecine générale (CMG)*	Société française de neurologie pédiatrique (SFNP)
Conseil national professionnel gériatrie	Société française des professionnels en activité physique adaptée*
Conseil national professionnel pédiatrie*	Société francophone d'étude et de recherche sur les handicaps de l'enfance (SFERHE)*
Conseil national professionnel des psychomotriciens*	Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER)
Fédération Française des infirmes moteurs cérébraux (FFAIMC)	Union française des orthoprothésistes (UFOP)*
Fédération française des psychologues et de psychologie (FFPP)	Fondation Paralysie Cérébrale*
Fédération nationale des orthophonistes (FNO)*	Paralysie Cérébrale France*
Le Collège de la masso-kinésithérapie*	Institut Motricité Cérébrale*
Le Conseil national professionnel de l'ergothérapie	Comité d'études, d'éducation et de soins auprès des personnes polyhandicapées (CESAP)
Ordre des masseurs-kinésithérapeutes*	
Société d'études et de soins pour les enfants paralysés et polymalformés (SESEP)*	

\* Organismes ayant proposé des noms d'experts

## Groupe de travail

M. Xavier de Boissezon, président, médecin de médecine physique et de réadaptation, Toulouse

M. Anthony Demont, chargé de projet, masseur-kinésithérapeute, Paris

M. Michel Gedda, chef de projet HAS, Saint-Denis

Dr Dominique Bohu, pédopsychiatre, Paris

Mme Julia Boivin, consultante/formatrice, patiente experte, Lyon

Pr Sylvain Brochard, médecin de médecine physique et de réadaptation pédiatrique, Brest

M. Hervé Caudan, orthoprothésiste, Vern-sur-Seiche

M. Matthieu Chatelin, patient expert, Saint-Georges-d'Orques

Dr Capucine de Lattre, médecin de médecine physique et de réadaptation, Nantes

Mme Brigitte Feuillerat, psychomotricienne, Saint-Maurice

Mme Audrey Fontaine, kinésithérapeute, Paris

M. Yann Gary, enseignant en activité physique adaptée, Montpellier

Dr Nathalie Gènes, direction scientifique Fondation Paralysie Cérébrale, Paris

Mme Marianne Hochard, assistante de vie, Montpellier

Dr Arnaud Isapof, neuropédiatre, Paris

Dr Élisabeth Keroulle, kinésithérapeute, Ris-Orangis

Mme Céline Lager, ergothérapeute, Grasse

Mme Zoe Sancelme, kinésithérapeute, Orléans

Pr Heide Elke, Viehweger, chirurgie orthopédique pédiatrique, Marseille et Bâle

Dr Pascale Vurpillat, pédiatre, Besançon

## Groupe de lecture

Dr Constance Amelon-Petit, médecin de médecine physique et de réadaptation, Saint-Fargeau-Ponthierry

Pr Stéphane Auvin, neuropédiatre, Paris

Mme Adeline Avril, ergothérapeute, Rennes

Mme Rose Beloussovitch, kinésithérapeute, Paris

Dr Éric Berard, parent, médecin de médecine physique et réadaptation, Secrétaire général et président de la commission éthique d'Odynéo, Lyon

M. Guillaume Bertrand, kinésithérapeute, Lyon

Dr Julien Bévalot, médecin de médecine physique et de réadaptation, Besançon

Mme Sophie Blanchot, kinésithérapeute, Nice

M. Laurent Bonnotte, psychomotricien, Paris

Mme Laurence Boutry, psychomotricienne, cadre de santé, Corbie

Mme Gaëlle Bouvier de Novais Antonio, cadre en rééducation pédiatrique, Ploëmeur

Dr Jeanne-Charlotte Carlier, pédiatre, Sèvres

Dr Stéphane Chabrier, neuropédiatre, Saint-Étienne

Mme Delphine Chantelot, ergothérapeute, Marseille

Mme Amélie Chauvat, ergothérapeute, Vern-sur-Seiche

M. Guillaume Chopin, psychomotricien, Bry-sur-Marne

Dr Thibault Dabudyk, pédiatre réanimateur, Besançon

Dr Javier de la Cruz, médecin épidémiologiste, Madrid

Dr Michel Delcey, médecin de médecine physique et de réadaptation, Paris

M. Éric Desailly, directeur recherche et innovation, fondation Ellen Poidatz, Saint-Fargeau-Ponthierry

Pr Isabelle Desguerre, neuropédiatre, Paris

Pr Mickaël Dinomais, médecin de médecine physique et de réadaptation, Angers

Dr Catherine Donskoff, médecin de médecine physique et de réadaptation, Ramonville-Saint-Agne

Mme Stéphanie Fauré, patiente, association de patients, Nice

Dr Floriane Feuvrier, médecin de médecine physique et de réadaptation, Frotey-lès-Vesoul

M. Sébastien Gaspard, enseignant en activités physiques adaptées, Frotey-lès-Vesoul

Dr Laurence Gottrand, médecin de médecine physique et de réadaptation, Villeneuve-d'Ascq

M. David Guedin, kinésithérapeute, Dijon

Mme Anne Catherine Guenier, représentante d'usagers, La Belliole

Mme Anne-Laure Guinet, kinésithérapeute, Grenoble

Dr Lucie Hertz-Pannier, radiologie pédiatrique, parent, Paris

Mme Alexine Himbert, enseignante en activités physiques adaptées, Nancy

Mme Virginie Hoche, kinésithérapeute, Montreuil

Dr Laetitia Houx, médecin de médecine physique et de réadaptation, Brest

Dr Marie Hully, neuropédiatre, Paris

Mme Sylvie Janody, kinésithérapeute, Hermonville

Dr Catherine Jeannin, neuropédiatre, L'Hay-les-Roses

M. Alain Jouve, kinésithérapie pédiatrique, Villerest

Mme Christèle Kandalaf Cabrol, représentant d'usagers, Paris

M. Bernard Kerdraon, représentant d'usagers, Plougastel

Dr Aurélie Keslick, pédiatre, Saint-Maurice

Dr Fabienne Kochert, pédiatre, Orléans

Mme Caroline Larrousé, kinésithérapeute libérale, Noisy-le-Grand

M. Arnaud Le Calvez, enseignant activité physique adaptée, Antrain

Dr Véronique Leroy-Malherbe, médecin de médecine physique et de réadaptation, neuropédiatre, Orsay

Dr Aurélie Lucet, médecin de médecine physique et de réadaptation, Lamorlaye

Dr Arnaud Manet, pédiatre, Lorient

Mme Pascale Mathieu, kinésithérapeute, Le Chesnay

Dr Julien Metrot, chercheur et enseignant en activités physiques adaptées, Montpellier

Dr Claire Mietton, médecin de médecine physique et de réadaptation, Bron

Mme Florence Moncousin, ergothérapeute, Frotey-lès-Vesoul

Dr Lionel Pautot, enseignant en activités physiques adaptées, Frotey-lès-Vesoul

Mme Claire Polette, orthophoniste, Strasbourg

Dr Mélanie Porte, médecin de médecine physique et de réadaptation, Nîmes

Dr Ana Presedo, chirurgie orthopédique, Paris

Dr Véronique Quentin, médecin de médecine physique et de réadaptation, pédiatrique, Paris

M. François Revol, kinésithérapeute, Directeur d'association, Annecy

Dr Fabienne Roumenoff, pédiatre, Lyon

Mme Isabelle Rousseaux, orthophoniste, Ramonville

Mme Régine Scelles, psychologue, Nanterre

Mme Elsa Thevenon, ergothérapeute, Saint-Genis-Laval

M. Philippe Toullet, kinésithérapeute, Paris

M. Jacky Vagnoni, représentant d'usagers, Annecy

Mme Gwenaëlle Vasseur-Benidir, ergothérapeute, Choisy-le-Roi

Mme Barbara Vauvillé-Chagnard, ergothérapeute, Paris

Dr Carole Vuillerot, médecin de médecine physique et de réadaptation, neuropédiatre, Bron

## Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

