



LES NIVEAUX D'ÉVOLUTION MOTRICE

Module 2 : Adaptation à la pathologie, évaluation et démarche thérapeutique

RESUME :

Cette formation fait suite à la session de formation NEM1 (Abord de l'organisation motrice du sujet valide, de l'enfant à l'adulte). Il s'agit d'une formation pratique dont l'objectif principal est d'adapter les techniques de guidage acquises lors de la formation NEM1 à la guidance motrice de sujets paralysés cérébraux qui seront utilisées à la fois dans les situations d'évaluation clinique et d'éducation motrice

INSCRIPTIONS : Les inscriptions sont à envoyer par mail à secretariat@institutmc.org ou par fax au +33 1 44 26 07 89. Merci d'utiliser la fiche d'inscription ci-après sans oublier votre numéro INAMI. Vous recevrez un accusé de réception avec les modalités de paiement et une convocation.

DUREE :

Présentiel en jours : 4 jours en heures : 28h00

Non présentiel : aucun

DATES : 2 sessions de 28 heures sont proposées

Session 1 : 19 et 20 avril et 3 et 4 mai 2018

Session 2 : 27 et 28 septembre et 11 et 12 octobre 2018

LIEU : CIMC du Centre Hospitalier Régional de la Citadelle à Liège, Belgique

PRE-REQUIS : Les participants ont suivi la formation intitulée NEM1, Abord de l'organisation motrice du sujet valide, de l'enfant à l'adulte. Ils ont leur Diplôme d'Etat et travaillent auprès de personnes PC, enfants ou adultes.

PUBLICS :

Kinésithérapeutes

Nombre de participants : 4

OBJECTIFS :

- Savoir utiliser les connaissances sur l'organisation de la motricité du sujet valide pour évaluer les troubles, aider aux mouvements dans la vie quotidienne, et guider les enfants cérébro-lésés dans leur apprentissage moteur.
- Maîtriser les situations pratiques d'évaluation clinique pour qualifier et quantifier les troubles
- Être en capacité de construire des situations d'éducation motrice en lien avec les objectifs thérapeutiques affichés.

Programme :

Apport théorique et démonstrations pratiques :

1. - Introduction à l'examen clinique des sujets infirmes moteurs cérébraux
 - Identification et évaluation des facteurs pathologiques

- Etude de cas cliniques au moyen de film vidéo et de démonstrations avec des sujets IMC
- 2. Etude des techniques de décontraction automatique. Démonstration avec la participation des sujets valides puis IMC.
- 3. Etude des techniques de stimulation et de guidage dans les Niveaux d'Evolution Motrice.
- 4. Techniques d'évaluation des longueurs musculaires.

Travaux pratiques

1. Observation, analyse et mise en œuvre des techniques rééducatives auprès des enfants IMC et polyhandicapés accueillis dans les 3 établissements d'accueil avec le soutien et l'accompagnement des professionnels de ces structures. (Travaux Pratiques)

Analyse de pratiques professionnelles.

1. Régulation et soutien des techniques et interactions lors des travaux pratiques.
2. Analyse approfondie de situations cliniques croisées à partir des dossiers et images vidéo : données à évaluer, priorités thérapeutiques à définir, techniques pertinentes à mettre en œuvre, modulation de celles-ci suivant le profil de l'enfant et son contexte de vie.
3. Analyse des pratiques à partir d'images vidéo réalisées lors de pratiques auprès d'enfants.

Révisions et évaluation des acquis.

Ces 4 jours sont essentiellement consacrés à la pratique auprès de patients IMC ou polyhandicapés, sous l'encadrement d'un formateur.

Les modalités pédagogiques

La formation alterne des temps d'apports théoriques et pratiques. La formation se déroule au sein d'un établissement accueillant des enfants. Les temps pratiques se font entre les stagiaires ou avec les enfants du lieu accueillant après demande d'autorisation aux familles.

Apport de connaissances par exposé et documents

Développement de capacités pratiques par expérimentation et manipulation d'outils

Évaluation des pratiques professionnelles

Les méthodes d'évaluation de l'action proposée

- Questionnaire à partir d'images vidéo
- Questionnaire d'évaluation sur l'animation, le contenu et les moyens pédagogiques
- Auto évaluation des participants proposée dans les temps d'analyse de pratique

Modalité de recueil des éléments de suivi de parcours

Le participant signera une feuille de présence à la demi-journée.

Concepteur : Philippe Toullet, directeur pédagogique de l'Institut motricité cérébrale

Intervenante :

Sophie CESSION, est licenciée en kinésithérapie et réadaptation, ou elle présente un mémoire concernant le traitement de la spasticité chez enfants infirmes moteurs cérébraux. Elle a une expérience de 12 années dans un centre de réadaptation fonctionnelle pour enfants présentant un trouble neuro-moteur, le centre I.M.C., C.H.R. de la Citadelle à Liège. Elle anime en 2017 un cours à l'ULB : Evaluation clinique factorielle de l'enfant IMC, automatismes cérébro-moteurs. Education

thérapeutique : principes, objectifs et techniques. Cours donné dans le cadre du certificat universitaire de spécialisation en kinésithérapie pédiatrique.

Elle est également formatrice pour l'Institut Motricité Cérébrale (Paris) en rééducation cérébro-motrice du jeune enfant.,

Référence bibliographique

- [1] Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, et al. A report :the definition and classification of cerebral palsy.Dev Med Child Neur 2007 ; 49 : 8–14.
- [2] Le Métayer M. Rééducation cérébromotrice dujeune enfant. In : Kinésithérapie pédiatrique. Paris :Masson ; 1999.
- [3] Le Métayer M, Touillet P, Rietz MF. Éducation thérapeutiqueet reeducation des infirmes moteurs cérébraux et sujets polyhandicapés paralysés cérébraux. EMC-Kinésithérapie-Médecine Physique-Réadaptation 2015 ; 11(4) : 1–27 (article 26-480-A-10).
- [4] Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, et al. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol 1997 ; 39(4) : 214–23.
- [5] Berberidès I, Lefeuve V. Le toucher et la paralysie :le rôle du toucher dans la construction du soi et la relation à l'autre. Mot Céréb 2014 ; 35 : 63–8.
- [6] Mazeau M. Déficits visuo-spatiaux et dyspraxies de l'enfant. Paris : Masson ; 1996.
- [7] Bullinger A. Le rôle des flux sensoriels dans le développement tonico-postural du nourrisson. Mot Céréb 1996 ; 17 : 21–32.
- [8] Assaiante C. La construction des stratégies d'équilibre chez l'enfant au cours d'activités posture-cinétiques. Ann Réadaptation Méd Phys 1998 ; 41 : 239–49.
- [9] Lespargot A. La luxation postero-externe de la hanche chez l'enfant IMC ou polyhandicapé. Mot Céréb 1991 ; 12 : 37–61.
- [10] Depardieu JY. Le centrage des hanches déterminé par le diagramme. Mot Céréb 2006 ; 27(2) : 63–7.
- [11] Wiart L, Darrah J, Kembhavi G. Stretching with children with cerebral palsy : what do we know and where are we going ? Pediatr Physical Therapy 2008 ; 173–8.
- [12] Pin T, Dyke P, Chan M. The effectiveness of passive stretching in children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol 2006 ; 48 : 855–62.
- [13] Katalinic OM, Harvey LA, Herbert RD. Effectiveness of stretch for the treatment and prevention of contractures in people with neurological conditions : a systematic review. Phys Ther 2011 ; 91 : 11–24.
- [14] Lespargot A, Renaudin E, Robert M, Khouri N. Les muscles et les tendons de l'IMOC : examen clinique et données expérimentales. Mot Céréb 1999 ; 20 : 69–90.
- [15] Gough M, Shortland A. Early muscle development in children with cerebral palsy : the consequences for further muscle growth, muscle function and long term mobility. In : Shepherd RB (Ed). Cerebral palsy in infancy. Elsevier ; 2014.
- [16] Booth CM, Cortina-Borja MJ, Theologis TN. Collagen accumulation in muscles of children with cerebral palsy and correlation with severity of spasticity. Dev Med Child Neurol 2001 ; 43(5) : 314–20.
- [17] Gracies JM. Coefficients of impairment in deforming spastic paresis. Annals of physical and Rehabilitation Medicine 2015 ; 58 : 173–8.
- [18] Lieber RL, Smith LR. Skeletal muscle changes due to cerebral palsy. In : Shepherd RB (Ed). Cerebral palsy in infancy. Elsevier ; 2014.
- [19] Lieber RL, Friden J. Spasticity causes a fundamental rearrangement of muscle-joint interaction. Muscle Nerve 2002 ; 25(2) : 265–70.
- [20] Shortland AP, Harris CA, Gough M, Robinson RO. Architecture of the medial gastrocnemius in children with spastic diplegia. Dev Med Child Neurol 2001 ; 43(12) : 796–801.

- [21] Achache V, Katz R. Dysfonctionnement de circuits neuronaux impliqués dans la paralysie cérébrale. *Mot Céréb* 2013 ; 34 : 79–86.
- [22] Parkinson KN. Pain in children with cerebral palsy : a cross-sectional multicenter European study. *Acta Paediatr* 2010 ; 99 : 446–51.
- [23] Poirot I. Rehabilitation of 190 non-ambulatory children with cerebral palsy in structures of care or in liberal sector. *Ann Phys Rehabil Med* 2013 ; 56 :551–60.
- [24] Tardieu G, Tardieu C, Colbeau-Justin P, et al. Muscle hypoextensibility in children with cerebral palsy : II. Therapeutic implications. *Arch Phys Med* 1982 ; 63 : 103–7.
- [25] A. Lespargot A, Robert M, Khouri N. Étirement du triceps sural après réchauffement à 40° chez l'IMC. *Rev Chir Orthop* 2000 ; 86 : 712–7.
- [26] Cassardo L. L'allongement des triceps suraux par bottes successives. *Mot Céréb* 2009 ; 30 : 1–6.
- [27] Le Métayer M. Étude comparative de l'évaluation clinique de l'angle poplité en décubitus dorsal versus décubitus latéral asymétrique chez des sujets infirmes moteurs cérébraux et polyhandicapés (paralysés cérébraux). *Mot Céréb* 2012 ; 33 : 111–23