MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

ANNEXES XXIV BIS ET TER

QUELLE KINESITHERAPIE ?

EXPERIENCE AU C.E.M. DE FLAVIGNY

Rapport de travail écrit personnel
présenté par **Claire de ROMEMONT**
étudiante en 3ème année de kinésithérapie
en vue de l'obtention du diplôme d'Etat
de Masseur-kinésithérapeute 2001-2002

SOMMAIRE

RESUME **Page**

1. **INTRODUCTION** 1

2. **NOUVELLE LOI ET PRISE EN CHARGE** 2

2.1. **Résumé des circulaires d'application du 30 octobre 1989** 2

2.1.1. Résumé de la circulaire n°89-18 2

2.1.2. Résumé de la circulaire n°89-19 3

2.2. Le XXIV local 4

2.3. La prise en charge 5

2.3.1. Les différents axes 5

2.3.2. Le projet individuel 5

2.3.3. Le triptyque 7

3. **MOYENS UTILISES EN KINESITHERAPIE** 7

3.1. Rééducation individuelle 8

3.1.1. Bilans réalisés avant chaque prise en charge 9

3.1.1.1. Bilan cutané 9

3.1.1.2. Bilan articulaire 9

3.1.1.3. Bilan de la spasticité 9

3.1.2. La mobilisation passive 10

3.1.3. Travail spécifique lors de risques neuro-orthopédiques 10

3.1.4. Résolution des problèmes rencontrés par l'enfant en groupe 12

3.1.5. L'appareillage 12

3.2. Rééducation de groupe..... 14

3.2.1. Les groupes : qui ? Pourquoi ? Comment ?..... 15

3.2.1.1. Qui ?..... 15

3.2.1.2. Pourquoi ?..... 15

3.2.1.3. Comment ?..... 16

3.2.2. Les différentes activités..... 17

3.2.2.1. Verticalisation-Respiration..... 18

3.2.2.2. Le « stretching » adapté..... 19

3.2.2.3. NEM-Motricité..... 20

3.2.2.4. Apprentissage de la décontraction..... 22

4. DISCUSSION..... 23

5. CONCLUSION..... 25

RESUME

Suite au décret du 27 octobre 1989, le centre de réadaptation de Flavigny s'est restructuré en deux établissements : le centre de réadaptation de l'enfance et le centre d'éducation motrice. Les enfants sont depuis repartis suivant les annexes XXII, XXIV bis et ter dans le CRE ou le CEM.

Les nouvelles annexes XXIV bis et ter insistent entre autres sur le projet individuel de l'enfant qui présente trois axes : pédagogique, thérapeutique et éducatif, ainsi que sur l'intégration de la famille dans la prise en charge.

Au niveau thérapeutique, le changement vient du fait que la rééducation se fait de deux manières : individuelle et en groupe. Son but est que l'enfant prenne conscience de son corps et surtout qu'il acquière une autonomie maximale pour lui.

Les trois unités du projet individuel de l'enfant collaborent activement pour réussir à atteindre l'objectif de donner une autonomie à l'enfant afin qu'il puisse résider dans des foyers ou des MAS lorsqu'il sera plus âgé.

Mots clés : annexes XXIV bis et ter, déficient moteur, rééducation de groupe.

1. INTRODUCTION

En 1989, le 27 octobre, paraissait un décret [3] remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et ter du décret du 9 mars 1956. Ce décret fut établi pour une meilleure prise en charge des enfants et adolescents handicapés. Il impose des conditions techniques pour les établissements et services prenant en charge des enfants et adolescents déficients intellectuels ou inadaptés (**annexe XXIV**), déficients moteurs (**annexe XXIV bis**), polyhandicapés (**annexe XXIV ter**). C'est pour cela qu'en 1997 le Centre de Réadaptation de l'Enfance de Flavigny a fait une demande pour avoir l'autorisation de restructurer son établissement en deux établissements : un centre de réadaptation fonctionnelle (CRE) relevant de l'annexe XXII et un centre d'éducation motrice (CEM) relevant des annexes XXIV bis et ter.

Avant ce décret, tous les enfants étaient pris en charge dans un centre de réadaptation qui accueillait des demi pensionnaires, des externes et des pensionnaires. Les enfants étaient répartis par tranche d'âge dans les différents bâtiments sauf les demi pensionnaires qui se retrouvaient tous dans un bâtiment. Quelques soient les pathologies les enfants étaient tous ensemble.

Maintenant les enfants sont répartis suivant les annexes XXII et XXIV bis et ter (annexe I). Ceux concernés par l'annexe XXII entrent au CRE sur décision médicale. Ils sont pris en charge car ils ont eu un accident (grand brûlé), ou bien ont subi une opération (allongement de membre) qui demande une rééducation intensive. En plus des enfants ayant eu un accident ou une opération, nous trouvons au CRE des enfants déficients moteur. Ils y seront suivis jusqu'à l'âge de huit ans. Ensuite ils rentrent dans le cadre des annexes XXIV

bis et ter et ils sont intégrés dans le CEM jusqu'à l'âge de vingt ans. Cette prise en charge se fait en accord avec la décision de la Commission Départementale d'Education Spécialisée (CDES) et du directeur du CEM. Leur rééducation est moins prédominante que pour les enfants du CRE, mais elle est continue tout au long de leur vie puisqu'elle consiste en un entretien, un confort de vie, une adaptation constante de la vie sociale par rapport au handicap. Pour cela leur prise en charge comporte trois axes : pédagogique, thérapeutique et éducatif.

Nous allons étudier en quoi cette loi change la prise en charge masso kinésithérapique et quels sont les moyens utilisés pour faire face à cette nouvelle rééducation.

Il est à noter que lorsque l'on emploiera le terme d'enfant dans ce travail écrit il sera destiné au patient du CEM qu'il soit enfant proprement dit, adolescent ou encore jeune adulte.

2. NOUVELLE LOI ET PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

2.1. Résumé des circulaires d'application du 30 octobre 1989

2.1.1. Résumé de la circulaire d'application n°89-18 [1]

Cette circulaire fixe la modification des « conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents handicapés moteurs, par les établissements et services d'éducation spéciale. Elle concerne les enfants de l'**annexe XXIV bis**, c'est à dire les enfants et adolescents dont la déficience principale est motrice, quelle qu'en soit la cause (par exemple : congénitale, périnatale ou acquise), associée ou non à d'autre type de déficience (par exemple : déficience visuelle...) ».

Cette circulaire insiste sur plusieurs points essentiels. Tout d'abord, elle précise que la famille doit faire partie intégrante de l'élaboration du projet pédagogique, éducatif et thérapeutique individuel de l'enfant : il faut qu'elle adhère au projet. Ensuite elle porte en avant le fait que c'est une prise en charge d'ensemble pour permettre à l'enfant une intégration scolaire, sociale et lui donner une autonomie maximale. Cette autonomie devra souvent s'associer à l'emploi d'appareillages, d'aides techniques pour la locomotion comme pour la communication. Puis, la circulaire met en avant l'importance des soins et de la rééducation sans oublier les loisirs et sports. Pour finir, elle insiste sur la reconnaissance des besoins des adolescents (lui redonner une maîtrise de son corps, l'aider à traverser des crises émotionnelles, le préparer à sa vie d'adulte).

2.1.2. Résumé de la circulaire d'application n°89-19 [2]

Cette circulaire est destinée à la modification des conditions de prise en charge des enfants et adolescents concernés par l'**annexe XXIV ter**. Ces enfants sont polyhandicapés c'est-à-dire atteints d'un handicap grave à expression multiple où la déficience mentale sévère est associée. Elle entraîne une restriction extrême de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relation.

Cette circulaire a, elle aussi, des points essentiels qui recoupent souvent ceux de la circulaire n°89-18. En effet, elle commence par mettre en avant l'association de la famille dans le projet individuel de l'enfant : la famille doit être informée, associée et soutenue. La prise en charge doit être cohérente et il faut assurer l'éducation et le développement des enfants polyhandicapés :

❖ le champ de l'éducation concerne cinq grandes lignes : la construction de la personnalité, l'autonomie dans la vie quotidienne (même si cette autonomie est très incomplète et partielle), la communication (rarement verbale ou écrite, l'enfant doit cependant pouvoir comprendre et exprimer l'acceptation et le refus), la socialisation, l'éducation cognitive (éducation poly sensorielle et temporo-spatiale)

❖ le projet thérapeutique est très important surtout lors de l'adolescence où il faut suivre la croissance et prévenir des déformations neuro-orthopédiques. De plus, il faut entourer l'adolescent car il traverse une période pouvant entraîner confusions et anxiétés.

2.2. Le XXIV local

Les circulaires 89-18 et 89-19 donnent une définition trop large des enfants concernés par les annexes XXIV bis (déficience motrice quelle qu'en soit la cause) et XXIV ter (handicap grave à expressions multiples associant déficience motrice et déficience mentale sévère.). En effet, ces définitions englobent beaucoup de maladies alors que nous retrouvons la plupart du temps les mêmes pathologies. Au CEM de Flavigny, nous pourrions regrouper ces pathologies en six groupes. En effet sur 72 enfants (du bâtiment A), 26 sont infirmes moteurs cérébraux (IMC), 24 infirmes moteurs d'origine cérébrale (IMOC), 10 sont polyhandicapés, 1 spina bifida, 9 enfants ayant des séquelles de traumatisme crânien et enfin 2 enfants sont atteints d'ataxie télangiectasie.(annexe II)

La majorité des enfants est donc concernée par l'annexe XXIV bis et sont des IMC ou des IMOC de huit à vingt ans.

2.3. La prise en charge

2.3.1. Les différents axes

Le décret insiste bien sur le fait que chaque enfant a une prise en charge qui lui est propre. Ainsi les trois axes (pédagogique, thérapeutique et éducatif) doivent être adaptés en fonction des possibilités de chacun. Pour chaque axe, il y aura un référent différent :

- à l'axe pédagogique correspond le directeur d'école
- à l'axe thérapeutique un médecin de rééducation
- à l'axe éducatif le directeur du CEM.

Ce dernier, préside les réunions de synthèse où il représente les intérêts de l'enfant. Il est le garant de la cohérence de l'ensemble de la prise en charge. Pour ce faire, le médecin coordinateur l'avertit des problèmes rencontrés (administratifs, financiers, matériels...). Le directeur de l'école quant à lui, doit veiller aux mêmes préoccupations.

2.3.2. Le projet individuel

Le projet individuel n'est pas standard mais au contraire, il doit s'adapter aux spécificités de chaque enfant. Il a pour but de lui donner une autonomie dans ses activités quotidiennes et sociales. Pour cela, chaque axe (pédagogique, thérapeutique et éducatif) a des objectifs propres. Ainsi pour l'objectif global thérapeutique nous retrouvons deux types d'approche :

- pour les plus jeunes le but est le plus souvent de prévenir et d'anticiper des déformations ainsi que d'augmenter ses capacités générales

❖ pour les plus grands par contre, nous cherchons d'avantage à entretenir les capacités déjà acquises en continuant à prévenir d'éventuelles déformations de plus nous essayons de leur faire acquérir un maximum d'autonomie par rapport à leur transfert par exemple.

Bien que les différents axes aient des objectifs propres, il est important que le projet individuel soit pluridisciplinaire et qu'il n'y ait pas de clivage. Ainsi la coordination entre les pédagogues, les thérapeutes, les éducateurs et la famille est nécessaire.

Pour cela, depuis novembre 2001, à Flavigny, des ateliers pédagogiques et éducatifs ont été créés. Un exemple est l'atelier de verticalisation. Dans cet atelier travaillent ensemble kinésithérapeutes et éducateurs. Ces ateliers se passent en trois temps :

❖ dans un premier temps et avant chaque atelier le kinésithérapeute référent mobilise l'enfant et l'installe dans son Bofors avec les différentes adaptations nécessaires (mousses, frondes…) et sur le plan de verticalisation.

❖ Dans un deuxième temps les kinésithérapeutes amènent tous les enfants participant à l'atelier (environ quatre à cinq par séances) dans une salle.

❖ Dans un troisième temps les éducateurs leur proposent des activités d'une heure pendant lesquelles ils sont debout.

Les kinésithérapeutes n'assistent pas à ces séances. Ils restent cependant à proximité pour parer à d'éventuels problèmes et pour réaliser la désinstallation des enfants en fin de séance. Cet exemple nous montre de quelle façon s'élabore la collaboration de l'axe éducatif avec l'axe thérapeutique.

Si le travail pluridisciplinaire est maintenant présent au CEM, on y rencontre actuellement un autre problème. En effet, le projet individuel de l'enfant doit pouvoir être suivi et révisable facilement par les acteurs de chaque axe. Or, nous manquons de bilans

détaillant par des items précis les points essentiels pour chaque axe et qui noteraient l'évolution de l'enfant. Certains ont déjà été mis en place. Par exemple au niveau de la kinésithérapie des bilans neuro-articulaires ont été réalisés (annexe III). Si ces bilans étaient plus nombreux, nous pourrions savoir plus facilement si les objectifs du projet individuel de l'enfant sont atteints, s'ils doivent être réévalués et cela de façon plus précise.

2.3.3. Le triptyque

La prise en charge nécessite une relation triangulaire entre l'enfant, le médecin de rééducation et le kinésithérapeute. La fréquence des séances est déterminée par le médecin de rééducation. Le kinésithérapeute est présent pour signaler une fatigabilité de l'enfant. Il recherche ainsi une meilleure adaptation des séances. Il veillera également à tenir compte des attentes et des problèmes de l'enfant.

Deux types de prise en charge vont se compléter :

- La rééducation individuelle.
- La rééducation en groupe.

3. MOYENS UTILISES EN KINESITHERAPIE

La kinésithérapie intervient dans l'axe thérapeutique. Les priorités des kinésithérapeutes du CEM sont de prévenir les déformations, d'entretenir les capacités des enfants et de leur donner une autonomie que ce soit :

- vis à vis d'eux même. Ainsi l'enfant peut se prendre en charge dans certaines activités de la vie quotidienne

❖ vis à vis des personnes qui les aident au quotidien. L'enfant peut être plus coopérant tant sur le plan physique (par exemple il aidera lors des transferts) que sur le plan de la compréhension des gestes effectués en kinésithérapie (par exemple l'utilisation de son hamac).

De plus, il faut inciter l'enfant à se prendre en charge tout en respectant les limites de sa fatigue, de ses douleurs. Il ne peut pas tout attendre de la kinésithérapie. Ainsi, si nous les rendons responsables, ils prendront en main une partie de leur avenir.

Enfin il est important qu'une relation de confiance et de coopération s'installe entre l'enfant et le kinésithérapeute ainsi qu'avec tout le personnel. En effet un grand travail de prise en charge doit être effectué pour les problèmes psychologiques. L'enfant doit pouvoir trouver un interlocuteur à qui se confier dans l'établissement. Il est donc important d'être toujours à l'écoute des enfants.

Nous allons présenter les deux types de rééducation qui sont entreprises au CEM de Flavigny à savoir la rééducation individuelle et celle de groupe.

3.1. **Rééducation individuelle**

La prise en charge individuelle a lieu une à deux fois par semaine pour les enfants participants aux groupes soit environ 10 %. Elle peut devenir quotidienne suite à une intervention chirurgicale ou à une injection de toxine botulique.

Pour les enfants ne participant pas aux groupes la rééducation aura lieu deux à trois fois par semaine voir plus.

3.1.1. Bilans réalisés à chaque prise en charge

3.1.1.1. Bilan cutané

Lors de chaque séance, le bilan cutané est réalisé pour vérifier qu'il n'y ait aucune lésion cutanée, ou rougeur due à des points d'appuis particuliers au niveau des chaussures, d'une attelle ou encore d'un corset. Nous vérifions la bonne installation dans le fauteuil roulant et dans le siège baquet. S'il y a présence de rougeur nous massons par des techniques d'effleurage et modifions le matériel en cause ou le faisons faire par l'orthoprothésiste. De plus nous signalons les lésions à l'infirmerie.

3.1.1.2. Bilan articulaire

Le bilan articulaire est réalisé pour dépister d'éventuelles déformations naissantes. Pour cela, nous réalisons des mobilisations passives lentes et douces de toutes les articulations afin de ne pas réveiller une éventuelle spasticité. Ce bilan doit être recommencé régulièrement afin de noter les aggravations orthopédiques.

3.1.1.3. Bilan de la spasticité

Ce bilan est plus spécifique des IMC. Il est effectué sur tous les muscles. Aux membres inférieurs nous retrouvons souvent les adducteurs de hanche, les fléchisseurs et extenseurs de genou, les fléchisseurs plantaires de la cheville. Au niveau du membre supérieur, les adducteurs d'épaule, les rotateurs internes d'épaule, les fléchisseurs et

extenseurs de coude sont souvent touchés ainsi que les pronateurs, les fléchisseurs de poignet et de doigts. Cette spasticité est évaluée selon la cotation de Ashworth. (annexe IV) [9]

Si la spasticité est augmentée par rapport à d'habitude, il faut rechercher une épine irritative comme une infection urinaire et en référer au médecin de rééducation.

Un bilan neuro-articulaire a été mis en place au CEM de Flavigny ce qui permet d'avoir les valeurs de la spasticité et du bilan articulaire en même temps.(annexe III)

3.1.2. La mobilisation passive

La mobilisation passive nous permet le maintien d'un jeu articulaire confortable pour ne pas perturber l'utilisation fonctionnelle de la motricité active acquise.[7]

Cette mobilisation passive est réalisée quand l'enfant est installé confortablement en décubitus sur une table et en toute sécurité.

En effet, certains enfants ont peur de tomber et leur facteur E est parfois important, il faut donc les maintenir avec une sangle au niveau de l'abdomen pour les rassurer. Elle est lente et s'effectue dans toute l'amplitude du mouvement. Elle concerne prioritairement les articulations à risque de déformations comme la hanche ou le pied par exemple et seront fonction du bilan articulaire de l'enfant

3.1.3. Travail spécifique lors de risques neuro-orthopédiques

Les risques de troubles neuro-orthopédiques sont importants :

- au niveau de la hanche, le risque correspond plus souvent une luxation, surtout chez les enfants ayant une quadriplégie spastique. Pour ce type de risque, il faut effectuer un

travail de relaxation segmentaire pour lutter contre la raideur ainsi qu'une verticalisation en position corrigée, c'est à dire en légère abduction de manière symétrique dans un Bofors. L'installation de l'enfant au fauteuil roulant doit aussi lutter contre ce risque par l'utilisation de plot en abduction ou un moulage en abduction d'un siège baquet.

❖ Au niveau du genou, la déformation la plus fréquente est celle du flexum (déficit d'extension en mobilisation active et passive). Nous réalisons donc une mobilisation passive au maximum des amplitudes. Puis nous demandons à l'enfant un travail actif d'extension du genou en décubitus. Nous pouvons par exemple lui mettre un coussin sous le genou en lui demandant de l'écraser. En progression, un autre exercice peut être réalisé lorsque l'enfant est verticalisé dans un « vivre debout » : nous lui demandons un travail actif d'extension du genou et ceci sans réveiller la spasticité. Cet exercice est plus difficile pour l'enfant car il est en charge et doit donc lutter contre l'action de la pesanteur qui aura tendance à lui faire fléchir les genoux.

❖ Au niveau du pied, nous retrouvons préférentiellement un pied en équin avec parfois un valgus ou un varus associé. De la même manière que pour le genou, nous effectuons un travail passif doux et dans toute l'amplitude du mouvement.

❖ Pour la colonne, il faut veiller à une bonne installation de l'enfant. En effet, une inclinaison du bassin en position assise pourrait augmenter les risques de scoliose surtout si l'enfant reste dans cette position toute la journée.

La chirurgie trouve largement sa place dans ces problèmes neuro-orthopédiques. En effet, même si elle n'agit pas sur les causes des troubles, elle permet de:

❖ supprimer des déséquilibres musculaires par des gestes sur les tendons ou les nerfs. Par exemple l'allongement des muscles trop courts, rétractés comme les adducteurs de hanche ou un allongement d'Achille.

❖ fixer une articulation pour éviter que sa déformation ne continue pas. Par exemple correction d'un valgus par une intervention de Grice bloquant l'articulation sub-talaire.(IMC et déambulation)

Il faut cependant être prudent quant à l'âge de l'enfant lors de l'opération car les conséquences ne sont pas anodines. En effet, un allongement d'Achille chez un très jeune enfant, alors que son triceps est peut être encore hyper-extensible et que le corps musculaire se développe proportionnellement à sa taille, ferait des dégâts. [6]

3.1.4. Résolution des problèmes rencontrés par l'enfant en groupe

Il est important que l'enfant puisse parler des problèmes qu'il rencontre lors des séances de groupe. Or nous savons qu'il lui est parfois difficile de s'exprimer pendant ces séances et de livrer une part de soi, par peur d'être jugé. Certains enfants étant très timides, il est important de les aider à exprimer leurs problèmes lors de la prise en charge individuelle.

On peut même envisager que le kinésithérapeute puisse réprimander l'enfant sur son comportement, sur sa participation ou l'interroger sur sa motivation. Il est bien sûr judicieux de le faire en dehors des séances de groupe la première fois afin de comprendre la réaction de l'enfant pendant le groupe et de ne pas le mettre mal à l'aise.

3.1.5. L'appareillage

L'appareillage est une aide pour une plus grande autonomie et ne doit pas être considéré comme une contrainte puisqu'il doit permettre un meilleur confort orthopédique. Il

fait partie de la rééducation et inclut la participation de la famille puisqu'il doit être porté au quotidien. Il doit être correctement adapté à l'enfant pour que celui-ci l'accepte sans difficultés.

On peut distinguer deux groupes d'appareillages : l'un sert à la prévention et la correction des troubles orthopédiques et l'autre à la déambulation.

L'appareillage pour la prévention et la correction comprend :

- les bottes postérieures à angle droit (si possible) en dorsiflexion pour lutter contre le pied en équin (posture de nuit),
- le Bofors pour limiter l'adduction de hanche et son risque luxant.
- les semelles orthopédiques pour assurer un soutien et un confort du pied
- les chaussures orthopédiques pour les pieds très déformés et douloureux ou pour les enfants utilisant un appareil de marche.
- les sièges baquets sont utilisés pour une installation assise correcte de l'enfant. Cette dernière est capitale car elle permet de préserver les fonctions respiratoire, circulatoire et digestive. Elle doit veiller à préserver un équilibre du bassin et du rachis et doit éviter le croisement des membres inférieurs.
- les sièges en mousse sont utilisés, pour les polyhandicapés car ils facilitent l'adaptation de l'enfant au siège de part la souplesse du matériau qui permet une diminution des contraintes mécaniques et une répartition des appuis. [4]
- l'appareillage du membre supérieur est moins fréquente car il limite l'autonomie des enfants. Chez ceux atteints d'une hémiplégie cérébrale infantile, les orthèses de posture et de fonction sont utilisées pour appareiller une main spastique avec des objectifs orthopédiques et fonctionnels.[10]

L'appareillage pour la déambulation comprend :

- les chaussures et semelles orthopédiques.
- les appareils proprement dit : appareil de Phelps, appareil de Perlstein, le mini appareil de Grenier. Ces appareils sont une aide lors de la rééducation. Ils ont pour but « de faciliter la station érigée perturbée par l'atteinte neuro-motrice globale, et de réaliser passivement une mise en bonne position des membres inférieurs ». [6]
- les aides de marche : la flèche de Gaillot, le cadre de marche ; le rollator ; les cannes anglaises ou les cannes tripodes. Ces aides seront utilisées suivant les possibilités de l'enfant.
- Les aides de déplacement : le tricycle permet à l'enfant d'aller et venir même s'il n'a pas acquis la station debout. Le fauteuil roulant est une aide souvent indispensable pour l'autonomie de l'enfant et son indépendance. Il peut être mécanique mais il est plus souvent électrique toujours dans un but d'autonomisation. Il faut apprendre à l'enfant à se servir des commandes de son fauteuil. Il doit le connaître, savoir le manipuler en toute sécurité et pouvoir apprécier les problèmes techniques principaux tels qu'un pneu dégonflé ou crevé. [6]

3.2. **Rééducation de groupe**

La prise en charge kinésithérapique en groupe se fait à raison de deux à trois séances par semaine pour les enfants. Il y a cinq séances par semaine: une le lundi, une le mardi, deux

le mercredi et une le jeudi. Chaque séance dure une heure trente environ et chacune d'elle nécessite la présence de deux kinésithérapeutes.

3.2.1. Les groupes : qui ? Pourquoi ? Comment ?

3.2.1.1. Qui ?

Les groupes sont ouverts aux adolescents et aux jeunes adultes concernés par l'annexe XXIV bis et qui ont au moins quinze ans. Ils sont scolarisés ou non dans une section d'enseignement général et professionnel adapté (SEGPA).

Les groupes rassemblent des IMC de niveau intellectuel sensiblement équivalent ce qui leur permet de comprendre les consignes. Ils ont une communication verbale ou sinon arrivent à bien se faire comprendre. Nous n'intégrons pas les enfants ayant des séquelles de traumatismes crâniens qui ont des troubles du comportement incompatibles avec le bon fonctionnement des séances.

Ces adolescents en pleine métamorphose physique (croissance) et psychologique (désir d'indépendance) vont apprendre à se connaître, à écouter leur corps et à utiliser leurs capacités physiques.

3.2.1.2. Pourquoi ?

Le but commun aux trois axes du projet individuel est l'autonomie de l'adolescent. En effet, il va quitter le CEM dans quelques mois ou années, il faut l'y préparer en augmentant son autonomie, en lui apprenant à bien se connaître et à être à l'aise dans un groupe.

Il est donc nécessaire que le jeune intègre la notion de temps. Pour les groupes, il doit, à l'aide du planning affiché dans les unités (annexe V), venir de lui même à l'heure et au jour indiqué participer à la séance. On ne va pas le chercher.

De plus, tout en travaillant ensemble l'acceptation du handicap, nous recherchons une prise de conscience du corps. L'adolescent doit connaître les limites de ses possibilités et de ses incapacités. Pendant ces groupes, nous lui demandons d'exploiter au maximum ses capacités physiques articulaires et musculaires, de prendre conscience des zones d'appui et des mouvements de son corps ainsi que de l'état de contraction ou de décontraction de ses muscles. Ceci est fait par du travail actif que l'enfant fait lentement sous le seuil de la spasticité afin de ne pas la réveiller. Nous l'amenons à utiliser ces exercices en dehors des séances de kinésithérapie dans sa vie de chaque jour. Pour vérifier que l'enfant profite de ses acquis, il suffira de discuter avec le personnel de l'internat qui est plus souvent en contact avec lui.

Enfin, la notion de groupe doit être comprise. Il est important que les jeunes sachent se respecter et s'écouter entre eux. C'est pourquoi nous demandons aux plus autonomes d'aider les autres par exemple en leur rapportant leurs chaussures en fin de séance. Le travail en groupe est une stimulation pour tous les adolescents. « Il contribue à dynamiser l'enfant à travers les attitudes d'imitation, de compétition. Il suscite et améliore les motivations, permettant une attitude active de l'enfant. ». [8]

3.2.1.3. Comment ?

Les groupes se limitent à 6-7 individus pour des raisons de place dans les locaux. Chacun participe à deux activités par semaine parmi les groupes de kinésithérapie parfois

trois. Les thèmes des activités proposées sont le stretching, NEM-Motricité, Verticalisation-respiration et relaxation . Ces activités changent chaque semaine pour chaque adolescent. L'idéal serait que tous les jeunes puissent participer en un mois à toutes les activités proposées. Certains adolescents ont cependant un emploi du temps très chargé et il est parfois difficile de contenter tout le monde.

Les kinésithérapeutes animent deux séances par semaine qui n'auront pas le même thème dans un sens de recherche de variété tant pour le jeune que pour le thérapeute.

3.2.2. Les différentes activités

Le choix des activités a été fait de façon précise. En effet pour chaque activité nous retrouvons des buts bien spécifiques.

Par le stretching nous allons prévenir les déformations précitées et faire travailler les muscles antagonistes (faibles) par rapport aux muscles étirés (les plus forts, parfois rétractés).

Lors de l'activité NEM-motricité, le but est de préserver les capacités que l'enfant a acquises pour qu'il puisse être le plus autonome possible. Le travail est actif.

La verticalisation et la respiration vont permettre à l'enfant de savoir contrôler sa respiration (recherche de calme, préparation à la détente) et parfois de préparer aux conséquences respiratoires d'une opération chirurgicale.

L'apprentissage de la décontraction a pour objectifs le contrôle du facteur E et l'écoute de soi.

3.2.2.1. Verticalisation-Respiration

* La verticalisation permet une prévention de l'ostéoporose, une diminution de la spasticité, une prévention des contractures et une meilleure posture. De plus, elle améliore le transit et elle a des bienfaits psychologiques.

Pour permettre une bonne posture de toutes les articulations des membres inférieurs, nous utilisons un Bofors qui a été préalablement moulé sur l'enfant par un orthopédiste et le kinésithérapeute. Le Bofors adapté à l'adolescent présente des frondes et des mousses pour assurer le maintien de l'enfant dans son appareil de verticalisation et le confort.

* La respiration abdomino – diaphragmatique est enseignée aux jeunes pendant le temps de la verticalisation. Il est important d'utiliser des termes simples dans l'explication de cette technique pour que les jeunes comprennent l'intérêt de l'exercice demandé. De plus des stimulations tactiles comme une main au niveau du ventre ou encore la sangle qui le maintient peuvent l'aider à sentir les mouvements du ventre.

Tout d'abord nous demandons à l'enfant de respirer calmement en sifflant par la bouche à peine ouverte. Ainsi l'adolescent respire à bas débit, augmente le temps expiratoire, diminue sa fréquence respiratoire ainsi que le rapport I/E. La respiration est alors lente, profonde et harmonieuse. (Fig.1)

Figure 1 : la respiration

Le temps de verticalisation étant relativement long (environ 45 minutes à une heure), des exercices d'étirement des membres supérieurs et d'autograndissement pourront être associés.

3.2.2.2. Le « stretching » adapté

L'étirement décrit dans les ouvrage théoriques d'Esnault par exemple [5] n'est pas tout à fait celui réalisé dans le travail de groupe. En effet, l'étirement se veut analytique et précis. Le muscle est placé en course externe maximale pour toutes les articulations qu'il ponte sauf une sur laquelle nous agissons. Cependant, la réalisation des étirements dans le cadre de ces groupes de kinésithérapie est plus globale et plus axée sur la dissociation des membres car nous sommes en présence d'adolescents qui n'ont pas encore bien conscience de leur corps, qui sont limités au niveau articulaire et gênés par leur schème et leur spasticité.

Pour une séance de stretching, les jeunes sont allongés sur des tables basses ou des tapis (cela permet de rassurer l'enfant et de pas déclencher un facteur E), avec un coussin sous la tête (pour une question de confort).

La séance se déroule en deux temps :

- Tout d'abord ils reprennent la respiration précédemment décrite.

Nous leur expliquons que pour chaque exercice ils souffleront en même temps que l'étirement :

- Ensuite pour chaque exercice il y aura une position de départ à partir de laquelle l'enfant va réaliser un étirement sur un temps expiratoire d'environ six secondes puis

se relâcher. Par exemple, l'enfant tend les deux bras devant lui (fig2) et sur le temps expiratoire les tire fort vers le plafond (fig3).

Figure 2 : position de départ.

Figure 3 : l'étirement.

Chaque exercice est répété seulement trois fois pour éviter des syncinésies par fatigue musculaire qui pourraient faire travailler des muscles déjà trop forts. En parallèle, entre chaque étirement, l'enfant se relâche en reprenant une respiration de récupération abdomino-diaphragmatique : lente et calme.

3.2.2.3. NEM – Motricité

* Les NEM (niveaux d'évolution motrice) [7] doivent être guidés par le kinésithérapeute par des stimulations verbales, visuelles ou tactiles. Le but est de faire découvrir à l'adolescent ses possibilités dynamiques et leurs applications au quotidien toujours dans le sens de l'autonomisation.

Ces NEM sont travaillés au tapis pour sécuriser l'enfant. Certains sont au stade des retournements et ne progresseront que très peu, les autres niveaux ayants déjà été essayés dans la rééducation qu'ils ont depuis toujours. Les NEM sont pour eux un travail actif, une musculation de ce qu'ils sont capable de faire.

Par exemple nous entraînons les jeunes à pousser sur leur bras en position de procubitus (fig.4). Ainsi, avec un appui antérieur sur les membres supérieurs (MS), ils peuvent « décoller » le tronc de la table (fig.5). Cet exercice peut être adapté dans les AVJ en effet il permet de faire des transferts latéraux par exemple dans leur lit.

Figure 4 : position de départ procubitus.

Figure 5 : décollement du tronc avec appui antérieur sur les MS

* La motricité est travaillée par l'utilisation de flèches ou de déambulateurs. Sur une même séance nous alternons le travail des NEM et celui de la motricité.

3.2.2.4. Apprentissage de la décontraction

Au CEM de Flavigny, la relaxation proposée aux enfants en groupe serait plutôt un apprentissage de la décontraction. La méthode référente est celle de Jacobson qui préconise la tension musculaire puis le relâchement.[11] Les différents exercices consistent à se concentrer sur la différence entre tension musculaire (obtenue par une forte contraction) et la détente lors du relâchement. Le temps entre les contractions doit être suffisamment long pour ressentir l'état de bien être qui s'installe. Cette prise de conscience s'effectue de façon progressive sur toutes les parties du corps. [12]

L'objectif est donc une détente musculaire engendrant une détente psychique. Elle est souvent associée à d'autres techniques telles que l'imagerie mentale (imaginer un paysage) et le contrôle de la respiration (dont l'apprentissage utile a été appris auparavant).

Cette méthode doit être adaptée aux adolescents car il leur est difficile de ne contracter qu'un muscle ou qu'un segment de membre. Nous les guidons par des consignes simples.

La séance se passe en deux temps :

- Le premier est un temps de respiration et de prise de conscience du corps :
  - l'adolescent est allongé en décubitus sur une table avec un coussin sous la tête.
  - la respiration est celle décrite précédemment.
  - Pour la première prise de conscience de tension musculaire nous demandons à l'adolescent de lever son membre supérieur droit (nous sommes souvent obligés de nommer le bras par rapport à son emplacement car les adolescents ont parfois du mal à discerner leur droite de leur gauche), de serrer le poing et d'essayer de contracter tous les muscles du bras pendant quelques secondes puis de relâcher. Ce mouvement est répété trois fois afin de mieux

ressentir le relâchement entre chaque contraction. Puis nous lui demandons d'essayer de ressentir la différence de relâchement qu'il sent entre ses deux membres supérieurs. Nous effectuons le même exercice au niveau de l'autre membre supérieur, puis au niveau des deux membres supérieurs simultanément.

- Les mêmes exercices sont repris au niveau des membres inférieurs ainsi que pour la face (dans ce cas nous demandons à l'enfant de faire une grimace) avec entre chaque une séquence de respiration ample comme au début de la séance.
- Pour finir ce premier temps, l'adolescent fait une contraction globale de tous ses muscles (membres inférieurs, supérieurs et visage) pendant quelques secondes puis relâche et cela trois fois de suite.

❖ Le deuxième temps est un temps de détente :

- l'adolescent se place dans une position qui lui est confortable les yeux fermés
- nous l'amenons à penser à une image, une photo qu'il aime et qui le calme.

Nous continuons à insister sur la respiration en expliquant que lors d'une inspiration ce sont toutes les « bonnes idées qui rentrent », les choses agréables et qu'à chaque expiration ce sont les « idées noires, les soucis »qui s'en vont. L'enfant petit à petit s'extrait du quotidien.

La séance se termine par un retour progressif à la réalité en respectant un réveil doux alliant étirements et bâillements puisque nous avions fait diminuer son niveau de vigilance.

4. DISCUSSION

Tout d'abord présentons les premiers points positifs et négatifs qui découlent de la méthode de rééducation utilisant le travail individuel et de groupe.

Premier point positif : les enfants ont progressé dans leur prise en charge personnelle. En effet, par les activités de stretching ainsi que celles de motricité, ils ont appris à connaître leur corps à l'écouter et à le maîtriser. Cela leur permet de pouvoir participer activement à leur transfert en aidant le personnel ou leurs parents. C'est un « grand pas » pour les enfants en quête d'indépendance.

Autre point positif : les enfants ayant adhéré à la relaxation et à la respiration ont réussi à mieux contrôler leur facteur E dans différentes situations. Nous pouvons aussi constater qu'ils arrivent à se calmer plus facilement. Ces progrès ont été constatés à l'internat aussi bien que dans les familles.

Cependant quelques points négatifs sont à souligner. Le premier est le problème du nombre. En effet nous ne pouvons pas augmenter le nombre de « participants » car le maximum est déjà atteint. Le second est que certains enfants n'adhèrent pas à toutes les activités en particulier la relaxation.

Enfin, nous nous devons d'évoquer la mise en place d'une nouvelle activité depuis le début du mois de novembre 2001 : l'activité piscine. Cette activité ne peut pas accueillir autant d'enfants que les autres groupes. En effet, pour des raisons évidentes de sécurité (un thérapeute pour un enfant), peu d'entre eux peuvent participer à ce groupe. De plus elle n'est pas accessible à tous pour des problèmes d'incontinence urinaire, d'infection, de mycose récidivante ou encore de facteur E trop important, cela sans compter sur la peur de l'eau pour certains d'entre eux.

Cette activité se fait dans une piscine d'environ 20m sur 10 avec une profondeur allant de 50cm à 1m80. la température de l'eau est d'environ 32°.

Le but de cette activité est de permettre une détente de l'enfant et la prise de conscience de mouvements qu'il ne peut pas forcément faire hors de l'eau. En effet, cet

élément permet d'annuler l'effet de la pesanteur et ainsi l'enfant se relâche mieux. Cette activité vient donc bien compléter les autres activités déjà existantes.

5. CONCLUSION

Depuis la mise en place du décret de 1989 à Flavigny, une nouvelle prise en charge des enfants visés par ce décret est apparue et avec elle un projet individuel (à trois axes) de l'enfant. Ce projet regroupe trois unités : pédagogique, thérapeutique et éducative. La collaboration entre ces trois axes est actuellement en train de se consolider.

Au niveau de la kinésithérapie le grand changement a eu lieu lors de la création de groupes de travail pour les adolescents concernés par l'annexe XXIV bis et ayant un niveau suffisant. Les deux grandes réussites de ces groupes sont d'avoir permis à certains jeunes de progresser dans leur quête d'autonomie pour les transferts, dans leur indépendance par rapport à l'adulte, tout en gérant mieux leur facteur E. Une intégration dans un foyer ou une MAS éventuellement devient envisageable dans des conditions plus sereines pour le futur adulte.

La famille qui a, elle aussi, sa place au sein du projet est parfois difficile à associer. Elle est tenue régulièrement informée des progrès de l'enfant (courrier, conversations téléphoniques, rencontres). La relation famille-enfant-thérapeutes est parfois freinée par l'éloignement géographique. Tout est mis en œuvre pour privilégier les rencontres, l'information et parfois même le soutien psychologique sachant que le travail de deuil de l'enfant « normal » et les répercussions du handicap dans l'avenir sont les plus gros problèmes rencontrés.

Dans un but de progression dans l'application des annexes XXIV bis et ter, il serait intéressant de voir comment nous pourrions mieux intégrer la famille.

Bibliographie :

1. **Circulaire n° 89-18 du 30 octobre 1989** relative à la modification des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents handicapés moteurs par les établissements et services d'éducation spéciale.

2. **Circulaire n° 89-19 du 30 octobre 1989** relative à la modification des conditions de la prise en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés par les établissements et services d'éducation spéciale.

3. **Décret n° 89-798 du 27 octobre 1989** remplaçant les annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter au décret du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, par trois annexes concernant, la première, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou des adolescents présentant des déficiences intellectuelles ou inadaptés, la deuxième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenants en charge des enfants ou adolescents présentant une déficience motrice, la troisième, les conditions techniques d'autorisation des établissements et des services prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés.

4. **EDMOND S., BERARD C.** – Sièges et postures de nuit en mousse – J. Ergoter., 1995, 17, 2, p. 73-76.

5. **ESNAULT N.** – Etirements analytiques en kinésithérapie active – Paris : Masson, 1991 – 70 p

6. **HYON-JOMIER M., BLANC G. et LACHENAL** B. – Infirmité motrice cérébrale et déambulatoire : Conduite déambulatoire – Paris : Masson, 1984 – 120 p. – Monographies de Bois-Larris

7. **JEGAT C., BARRAY V., MOREL V., MODAYT DE LAGRERE I., LE METAYER M. et LACERT Ph.** – Rééducation des infirmes moteurs cérébraux. – Editions Techniques – Encyd. Méd. Chir. (Paris-France), Kinésithéraphie – Rééducation fonctionnelle, 26-480-A-10, 1995, 27 p.

8. **Journées d'études internationales** 21, 22, 23 Octobre 1992 Maison de l'UNESCO Paris – Motricité cérébr. 1992 13/3 109-125 ;

9. **RUMEAU F., BRUGEROLLE B., CHELLIG L.** – Evaluation de la spasticité et des contractures – Commission médicale d' établissement – IRR C.R.A.M du Nord-Est : Nancy, 1997, p5.

10. **RUMEAU F., MORAS F., JELEZKOFF C.** – Appareillage du membre supérieur opéré et non opéré chez l'enfant IMC in Rééducation 1999 - Paris : expansion scientifique française. 1999 de l'article. (Entretiens de Bichat)

11. **perso.respublica.fr/relaxation.html**

12. **www.avantagemental.com/techniq2.htm**

ANNEXE I

Mise en parallèle de l'évolution schématique des enfants des annexes XXII et XXIV

ANNEXE II

QUELQUES DEFINITIONS :

- **IMC (Infirme moteur cérébral)** : Tardieu donne cette définition: enfants porteurs de lésions encéphaliques, précoces (entre la conception et la fin de la deuxième année de vie), stabilisées (exclut toutes les maladies évolutives), non héréditaires, responsables de troubles moteurs prédominants, sans déficit intellectuel ni trouble premier de la personnalité.

- **IMOC (infirme moteur d'origine cérébrale)** : l'élément essentiel est le trouble moteur quelques soient les handicaps associés: intellectuels, sensoriels, comitialité.

- **Polyhandicapé** : l'enfant polyhandicapé souffre de graves lésions cérébrales diffuses et massives. Il présente un handicap extrême: déficit moteur grave, déficience intellectuelle sévère (avec troubles de la communication), troubles neuro-végétatifs.

- **Spina bifida** : c'est une malformation qui intéresse, anatomiquement, et de façon variable, le rachis (sous la forme le plus souvent d'une absence de fermeture postérieure) ainsi que, possiblement, les méninges (méningocèle), enfin la moelle et les racines en regard de la malformation osseuse (myéloméningocèle).

- **Ataxie télangiectasie** : C'est une maladie héréditaire transmise selon le mode récessif autosomique, apparaissant dans la petite enfance, caractérisée par l'association: d'un syndrome cérébelleux; de télangiectasie (dilatation des vaisseaux éloignés du cœur) de la conjonctive, des oreilles, du voile du palet, du cou; d'anomalies du développement des glandes sexuelles ; d'infections récidivantes surtout des voies respiratoires

ANNEXE III

BILAN NEURO-ARTICULAIRE
MEMBRE INFÉRIEUR

NOM : Prénom : Age : Date :			DROITE			GAUCHE		
ARTICULATION	FONCTION	POSITIONS	VL (articulaire)	VR (angle d'apparition de la spasticité)	ASHWORTH	VL (articulaire)	VR (angle d'apparition de la spasticité)	ASHWORTH
HANCHE	ABDuction	H T G T (Grands)						
		H T G F (Moyens)						
		H F G F (Petits)						
	ADDuction							
	FLEXion	G F (Fessiers)						
	EXTension	G T						
		G F (Droit ant)						
	R E	H F G F						
	R I	H F G F						
GENOU	FLEXion	H F						
	EXTension	H T (Capsule)						
	Angle poplité	H 90-G 90 (Ischios)						
	Angle mort			X	X		X	X
	Laxités			X	X		X	X
PIED	FLEX Plantaire							
	FLEX Dorsale	G F (Soléaire)						
		G T (Jumeaux)						
	VARus							
	VALGus							
	Orteils	FLEXion						
		EXTension						

Long MI : * EIAS-ME
* EIAS-MI

OBSERVATIONS :

ASHWORTH :
0 : PAS D'AUGMENTATION DU TONUS
1 : LÉGÈRE AUGMENTATION DU TONUS DONNANT UN ARRÊT DE LA MOBILISATION PASSIVE
2 : AUGMENTATION PLUS IMPORTANTE MAIS LA MOBILISATION PASSIVE RESTE FACILE
3 : AUGMENTATION IMPORTANTE, MOBILISATION PASSIVE DIFFICILE
4 : MOBILISATION PASSIVE IMPOSSIBLE

ANNEXE IV

La spasticité est la contraction réflexe qui se voit, se sent et qui s'oppose au mouvement d'étirement qu'il soit passif ou actif. C'est un élément du syndrome pyramidal. La spasticité résulte d'une exagération du réflexe d'étirement (réflexe myotatique) dans ses composantes phasique et tonique.

La cotation selon Ashworth est une cotation qui va de zéro à quatre:

0 : pas d'augmentation du tonus

1: légère augmentation du tonus donnant un arrêt lors de la mobilisation passive

2: augmentation plus importante, mais la mobilisation passive reste facile

3: augmentation importante, la mobilisation passive est difficile

4: mobilisation passive impossible.

Institut Régional de Réadaptation - Nancy

CRAM du Nord-Est

ECHELLE d'ÉVALUATION de la SPASTICITÉ (d'apres ASHWORTH)

Nom du patient : .....

Prénom : .....

Date de naissance : j/m/a .....

N° d'identification : .....

DIAGNOSTIC :

Date de début de l'affection : .....

Date d'examen					
Examinateur					
Médicaments					
Épine irritative					
Vigilance / Coopération	/	/	/	/	/
Autre					

	GROUPES MUSCULAIRES	Position	D	G	D	G	D	G	D	G	D	G
Membre Supérieur	Adducteurs											
	Rotateurs Internes											
	Fléchisseurs Coude											
	Extenseurs Coude											
	Pronateurs											
	Fléchisseurs du poignet											
	Fléchisseurs doigts											
Membre Inférieur	Adducteurs											
	Quadriceps											
	Ischio-Jambiers											
	Fléchisseurs Plantaires											

0 = pas d'augmentation du tonus ;
1 = légère augmentation du tonus donnant arrêt lors de la mobilisation passive ;
2 = augmentation plus importante, mais mobilisation passive reste facile ;
3 = augmentation importante, mobilisation passive difficile ;
4 = mobilisation passive impossible ;

Etat de vigilance: 0 sommeil, 1 éveil, 2 agitation

Niveau de coopération: 0 ne coopère pas, 1 coopère

Position: DD Décubitus dorsal, A Assis

Février 1997

ANNEXE V

MOIS DE MARS

	Lundi	Mardi	Mercredi	Mercredi	Jeudi
Horaires	15H30/17H	9H/10H30	10H30/12H	14H30/16H	15H30/17H
SEMAINE 1	04-Mars	05-Mars	06-Mars	06-Mars	07-Mars
Activité	PISCINE j&n	N/M/V m&a	RELAX v&a	STRECHING m&n	N/M/V v&j
Présence de :					
	Lundi	Mardi	Mercredi	Mercredi	Jeudi
SEMAINE 2	11-Mars	12-Mars	13/03 Matin	13/03 A Midi	14-Mars
Activité	STRECHING j&n	RELAX m&a	N/M/V v&a	PISCINE m&n	RELAX v&j
Présence de :					
	Lundi	Mardi	Mercredi	Mercredi	Jeudi
SEMAINE 3	18-Mars	19-Mars	20/03 Matin	20/03 A-Midi	21-Mars
Activité	PISCINE	STRECHING m&a	N/M/V a&v	RELAX m&n	STRECHING v&j
Présence de :					
	Lundi	Mardi	Mercredi	Mercredi	Jeudi
SEMAINE 4	25-Mars	26-Mars	27/03 Matin	27/03 A-Midi	28-Mars
Activité	RELAX j&n	N/M/V m&a	STRECHING a&v	PISCINE m&n	N/M/V v&j
Présence de :					

RESUME

Suite au décret du 27 octobre 1989, le centre de réadaptation de Flavigny s'est restructuré en deux établissements : le centre de réadaptation de l'enfance et le centre d'éducation motrice. Les enfants sont depuis repartis suivant les annexes XXII, XXIV bis et ter dans le CRE ou le CEM.

Les nouvelles annexes XXIV bis et ter insistent entre autres sur le projet individuel de l'enfant qui présente trois axes : pédagogique, thérapeutique et éducatif, ainsi que sur l'intégration de la famille dans la prise en charge.

Au niveau thérapeutique, le changement vient du fait que la rééducation se fait de deux manières : individuelle et en groupe. Son but est que l'enfant prenne conscience de son corps et surtout qu'il acquière une autonomie maximale pour lui.

Les trois unités du projet individuel de l'enfant collaborent activement pour réussir à atteindre l'objectif de donner une autonomie à l'enfant afin qu'il puisse résider dans des foyers ou des MAS lorsqu'il sera plus âgé.

Mots clés : annexes XXIV bis et ter, déficient moteur, rééducation de groupe.