

tats ne permettaient pas de reconnaître un intérêt pour l'utilisation de la crème anesthésique pour diminuer le vécu douloureux des injections de toxine botulinique chez les enfants et adolescents paralysés cérébraux. Le nombre de patients de cette étude était insuffisant pour être significatif sur le plan statistique.

Conclusion.— Ce travail ne permet pas de justifier l'utilité de l'application d'une crème anesthésique avant d'effectuer des injections de toxine botulinique chez l'enfant et l'adolescent paralysé cérébral afin de diminuer la douleur induite.

Pour en savoir plus

Gambart G, Mette F, Pellot AS, Richard I. *Ann Read Med Phys* 2007 50;5:275–279.

Fritos S, Tasseel-Ponche S, Artz H, Verhaeghe M, Cuvelier C. *Hôpital Trousseau*, Paris 2010.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.416

CO29-005–FR

Prise en charge médico-sociale des enfants paralysés cérébraux bretons : résultats préliminaires

E. Sacaze*, S. Brochard, R. Garlandezec, O. Rémy-Néris
MPR, CHU de Brest, 5, avenue Foch, 29609 Brest, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Paralyse cérébrale ; Enfants ; Prise en charge médicale ; Sociale ; Observatoire

L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux de la prise en charge médicale et sociale des enfants avec paralysés cérébraux (PC) bretons.

Matériel et méthodes.— Un questionnaire a été construit pour recenser les prises en charge sociales, les lieux de rééducation, les traitements médicamenteux, les appareillages, la fréquence du suivi médical et paramédical. Les questionnaires ont été distribués pendant 1 an aux parents d'enfants PC par l'intermédiaire d'un réseau de professionnels bretons impliqués dans la prise en charge de ces enfants. Une stratification des résultats selon l'âge et la classification *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS) a été réalisée.

Résultats.— Quatre-vingt douze questionnaires sur 450 distribués ont été analysés. Les enfants inclus étaient 41,4 % de type I, 18,5 % II, 14,1 % III, 13 % IV et 13 % V et présentaient un âge moyen de 8,2 ans (2–18 ans). Les enfants GMFCS I et II étaient principalement en milieu ordinaire alors que les enfants III et IV étaient, soit en milieu ordinaire, soit sont en IEM. Cinquante pour cent des parents d'enfants GMFCS V ne travaillaient pas alors que 20 % des parents d'enfants GMFCS I travaillaient. Soixante-trois pour cent des enfants ne prenaient aucun médicament. La première classe médicamenteuse représentée était la classe des antiépileptiques (16 % des enfants). Les enfants bénéficiant d'injections de toxine botulinique étaient principalement les classes III et IV. Les deux types de médecins les plus représentés étaient les médecins traitants (70 à 100 % des enfants en fonction des classes de GMFCS) et les médecins de médecine physique et réadaptation (75 % à 100 %). Les paramédicaux les plus représentés étaient les kinésithérapeutes (95 à 100 %), les ergothérapeutes (30 à 75 %) et les psychomotriciens (19 à 50 %). 86,8 % des parents considéraient que la prise en charge correspondait aux problèmes qui se posaient à eux.

Discussion-conclusion.— Une des difficultés de l'étude était d'obtenir la prise en charge des enfants GMFCS IV et V d'un âge plus important ce qui constitue un biais de recrutement. Ces données originales fournissent un retour sur les pratiques et ont une valeur prédictive de la prise en charge en fonction du GMFCS.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.417

CO29-006–FR

Prise en charge de la paralyse cérébrale et filière de soins

V. Bourg

CRF Paul Dottin, 26, avenue Tolosane, 31520 Ramonville, France

Mots clés : Paralyse cérébrale ; Filière de soins ; Prise en charge pluridisciplinaire

Objectif.— La paralyse cérébrale (PC) est une pathologie secondaire à une atteinte du système nerveux central. Son expression clinique est donc multiple

et nécessite une prise en charge multidisciplinaire que ce soit au niveau médical comme paramédical en lien avec le suivi psychopédagogique et éducatif. Le groupe pédiatrique du coter technique rééducation, réadaptation, réhabilitation et handicap physique de l'ARS Midi-Pyrénées a travaillé la filière de soins prenant en charge la paralyse cérébrale (PC). Les inégalités d'accès aux soins et leurs causes seront pointées et analysées.

État de lieux.— Le dépistage et la prise en charge précoce de la paralyse cérébrale relève comme tous les handicaps de l'enfant des CAMSP. Cependant, le tableau clinique initial à prédominance pédopsychiatrique conduit parfois à un suivi en CMP ou CMPP, dont les compétences sont beaucoup plus orientées. L'analyse des implantations et des contraintes légales fait déjà apparaître des inégalités géographiques et/ou techniques d'accès aux soins.

À partir de 6 ans, une orientation est faite fonction des possibilités existantes. Le développement de la scolarité en milieu ordinaire conduit à utiliser en premier les structures de proximité et pointe leurs inégalités de répartition et de personnels techniques. Il n'existe pas de centre de recours officiellement reconnu. Les prises en charges ambulatoires sont un choix ou une obligation. Le caractère multidisciplinaire des soins nécessite une coordination dont le temps n'est pas reconnu pour les thérapeutes libéraux.

Les structures médico-sociales n'ont pas d'obligation de moyens ni de norme de fonctionnement conduisant à des disparités sévères d'équipement. Leur objectif initial est une scolarité en milieu spécialisé avec une place variable laissée aux soins de rééducation. Leur financement à la journée peut amener une perversion des objectifs.

Conclusion.— La PC est une maladie non rare dont la prise en charge médicale a beaucoup évolué au cours des dernières années. Une réflexion sur la dichotomie de prise en charge entre sanitaire et médico-social paraît indispensable pour faire bénéficier à tous des mêmes chances. Des recommandations de bonnes pratiques médicales seraient à définir sans doute par les sociétés savantes.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.418

CO29-007–FR

Transition du jeune en situation de handicap moteur : de la pédiatrie au monde des adultes, enjeux sanitaires et médico-sociaux

C. De Latte^{a,*}, V. Gautheron^b, V. Tiffreau^c, A. Yelnik^d

^a HFME, l'escalier, service de MPR pédiatrique, hospices civils de Lyon, 59, boulevard Pinel, 69677 Lyon, France

^b Service de MPR pédiatrique, CHU de Saint-Étienne, Saint-Étienne, France

^c Service de MPR adulte, CHRU de Lille, Lille, France

^d Service de MPR, hôpital Fernand-Vidal, Paris, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Transition ; Enfant ; Adulte ; Handicap moteur

Au cours des vingt dernières années la prévalence du handicap moteur chez l'enfant est restée globalement stable, concernant essentiellement les paralysies cérébrales (PC), les maladies neuromusculaires (MNM), et les cérébrolésés. Parallèlement l'amélioration de la prise en charge médicale au cours de la croissance fait qu'aujourd'hui près de 90 % de ces enfants vont passer le cap des 20 ans. Se pose donc la problématique de la continuité du suivi de ces jeunes adultes ; il existe certains nombres de freins, de manques ne permettant pas un relais efficace et adapté de la pédiatrie au monde adulte, que ce soit dans le domaine du soin ou dans celui de la participation à la vie sociale.

Ces questionnements ont amené la SOFMER (Société française de médecine physique et réadaptation) à proposer l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques selon une méthodologie rigoureuse se déroulant en trois étapes : une revue de la littérature visant à répondre à un certains nombres de question préalablement établies ; une conférence publique où les commentaires du public professionnel vont enrichir les recommandations découlant de la revue de la littérature ; et enfin une relecture pluridisciplinaire des textes définitifs.

La première étape dite de synthèse de la littérature s'est déroulée de février à octobre 2010. Elle s'est intéressée à l'épidémiologie des handicaps moteurs de l'enfance ; aux critères médicaux, administratifs, juridiques et psychoaffectifs conditionnant le passage du secteur pédiatrique au secteur adulte ; aux besoins attendus par le secteur sanitaire et médico-social adulte ainsi que les actions déjà existantes, élaborées pour améliorer cette transition.