

# Comment favoriser le développement du jeune enfant Infirmes Moteur Cérébral

Guide pour  
les agents de réadaptation  
de niveau intermédiaire



Confédération Mondiale  
de Kinésithérapie



Réadaptation  
Organisation Mondiale de la Santé



Fédération Mondiale  
des Ergothérapeutes

© Organisation Mondiale de la Santé

Ce document n'est pas une publication formelle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et tous les droits sont réservés par cette organisation. Cependant, le document peut être librement revu, anoté, reproduit et traduit, en partie ou en entier, à condition que ce ne soit pas dans le but de le vendre ou de l'utiliser à des fins commerciales.

Les points de vue exprimés dans ce document par des auteurs cités relèvent de la seule responsabilité de leurs auteurs.

# Comment favoriser le développement du jeune enfant Infirme Moteur Cérébral

Guide pour  
les agents de réadaptation  
de niveau intermédiaire



Traduit de l'anglais par  
Handicap International

Organisation Mondiale de la Santé  
Genève  
1993

Confédération Mondiale  
de Kinésithérapie

Fédération Mondiale  
des Ergothérapeutes

### **Abrégé**

Ce manuel est destiné aux agents de réadaptation de niveau intermédiaire pour les aider dans la prise en charge des enfants IMC et de leur famille, ainsi que pour leur travail avec d'autres agents de réadaptation ou de santé. Le manuel présente des éléments permettant le dépistage précoce de l'Infirmité Motrice Cérébrale ainsi que l'évaluation du niveau de développement de l'enfant. Des idées pour favoriser la mobilité, l'autonomie et la communication sont proposées ainsi que des exemples d'attelles et de petit équipement pouvant être réalisés avec des matériaux locaux pour la prévention des déformations. Quelques adaptations seront cependant nécessaires pour certains pays.

# TABLE DES MATIERES

<b>Avant-propos</b>		iii
<b>1. Introduction</b>	Qu'est-ce que l'Infirmité Motrice Cérébrale ?	1
	Qu'est-ce que ce Guide ?	2
<b>2. L'enfant IMC</b>	Les différents types d'Infirmité Motrice Cérébrale	3
	Questions posées par les familles sur l'Infirmité Motrice Cérébrale	5
	Les problèmes rencontrés avec l'Infirmité Motrice Cérébrale	7
	La prévention de l'Infirmité Motrice Cérébrale	9
<b>3. Reconnaître l'Infirmité Motrice Cérébrale</b>	Le développement normal de l'enfant	11
	Utilisation des tableaux sur les étapes du développement	11
	Tableaux des étapes du développement	12
	Les signes précoces d'Infirmité Motrice Cérébrale	15
<b>4. Organisation de la prise en charge de l'enfant</b>	Les principes	17
	Evaluation et fiche de progression	18
	Buts généraux de la prise en charge	20
	Travail pratique avec l'enfant et sa famille	21
	Guide de formation des parents et de la famille	22
<b>5. La communication</b>	Qu'est-ce que la communication ?	23
	Communication et Infirmité Motrice Cérébrale	23
	Principes de traitement	23
	Suggestions de traitement	24
	Moyens alternatifs de communication	26

<b>6. La manipulation de l'enfant</b>	Soulever et porter l'enfant	29
	Manipulation	30
	Manipulation de la tête	30
	Manipulation du corps	31
	Manipulation des bras et des mains	32
	Manipulation des jambes	33
<b>7. La prévention des déformations</b>	Positionnement correct	35
	La position couchée	35
	La position assise	36
	La position debout	39
	Rétractions et déformations	40
	Prévention des rétractions	41
	Etirement passif des muscles	42
	Attelles	43
	Evaluation et traitement des rétractions	44
<b>8. Suggestions de traitement</b>	A propos de ces suggestions	47
	Stade 1	49
	Stade 2	55
	Stade 3	63
	Stade 4	71
<b>9. Prise en compte des problèmes rencontrés avec l'enfant IMC</b>		75
	Enfants présentant des difficultés majeures	76
<b>10. Résumé : Quand demander une aide plus conséquente</b>		77
<b>11. Bibliographie</b>		79

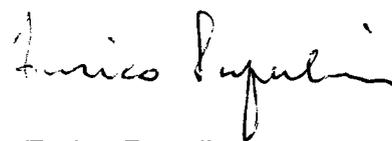
# AVANT-PROPOS

Ce manuel a vu le jour en réponse à un besoin exprimé dans les programmes de réadaptation à base communautaire de disposer d'un ouvrage sur l'Infirmité Motrice Cérébrale pouvant être utilisé par les agents de réadaptation de niveau intermédiaire (ARNI)\*. Cet ouvrage est donc destiné aux agents de réadaptation de niveau intermédiaire comme référence dans leur travail ainsi qu'aux formateurs de ces ARNI.

Un besoin pour ce manuel s'est fait sentir malgré la quantité de textes consacrés uniquement ou en grande partie au traitement de l'enfant IMC. Après avoir consulté des représentants de la Confédération mondiale de Kinésithérapie (WCPT) et de la Fédération mondiale des Ergothérapeutes (WFOT), nous en avons conclu qu'il n'existait pas d'ouvrage sur l'Infirmité Motrice Cérébrale à l'usage des agents de réadaptation de niveau intermédiaire. Par conséquent, en collaboration avec le WCPT et le WFOT nous avons préparé ce manuel.

Nous aimerions exprimer ici notre reconnaissance aux deux personnes qui ont été à l'origine de cet ouvrage : Mlle Liz Carrington, désignée par le WCPT et Mr Michael Curtin désigné par le WFOT. Les deux auteurs ont d'abord procédé à une ébauche de document envoyé à des Kinésithérapeutes et Ergothérapeutes dans les six régions de l'OMS pour avoir leurs commentaires. Ces thérapeutes ont été choisis pour leur expérience de travail avec les enfants IMC ainsi que pour leur travail avec les agents de réadaptation de niveau intermédiaire. Nous avons également apprécié leur réponse enthousiaste à ce projet et leurs commentaires judicieux. C'est à la lumière de ces commentaires que les auteurs ont finalisé cet ouvrage. Nous aimerions également remercier Mlle Shona Grant, qui a préparé les illustrations.

Nous renouvelons nos remerciements à Handicap International pour la traduction de ce manuel en français.



Dr Enrico Pupulin  
Chef, Unité de Réadaptation  
Organisation Mondiale de la Santé  
Genève  
Suisse

\* Selon les pays il existe différentes appellations pour ces agents de réadaptation de niveau intermédiaire par exemple : assistants ou techniciens en réadaptation ; assistants en Kinésithérapie ou en Ergothérapie.



# 1. INTRODUCTION

## Qu'est-ce que l'Infirmité Motrice Cérébrale ?

L'Infirmité Motrice Cérébrale est une pathologie qui handicape l'enfant. C'est une anomalie du contrôle musculaire qui entraîne des difficultés à mouvoir et positionner son corps dans l'espace. Une petite partie du cerveau qui contrôle le mouvement a été endommagée très tôt dans la vie, avant ou après la naissance, lorsque l'enfant était encore un nourrisson. Les muscles reçoivent de fausses instructions de la partie lésée du cerveau, ce qui les rend soit rigides soit hypotoniques. Les muscles ne sont pas pour autant paralysés.

Parfois d'autres parties du cerveau sont endommagées, ce qui peut entraîner des difficultés pour entendre, voir, communiquer ou apprendre.

L'Infirmité Motrice Cérébrale affecte l'enfant de manière définitive. La lésion du cerveau ne s'accroît pas, mais au fur et à mesure que l'enfant grandit, les conséquences deviennent plus perceptibles. Par exemple, des déformations peuvent apparaître.

L'Infirmité Motrice Cérébrale atteint chaque enfant de manière différente. Un enfant légèrement atteint pourra apprendre à marcher malgré un équilibre instable. D'autres enfants peuvent avoir des difficultés à utiliser leurs mains. Un enfant plus sévèrement atteint aura besoin d'apprendre à s'asseoir et ne sera peut-être pas indépendant dans les activités de la vie quotidienne.

L'Infirmité Motrice Cérébrale existe dans tous les pays et dans n'importe quel type de famille. Environ 1 bébé sur 300 naîtra avec ou développera une Infirmité Motrice Cérébrale. Tout enfant IMC pouvant bénéficier d'un apprentissage et d'un traitement précoce sera aidé dans son développement. Même s'il n'existe pas de traitement définitif, les conséquences de son atteinte peuvent être réduites, selon la précocité de la prise en charge et de l'importance de la lésion cérébrale. Plus la prise en charge sera précoce, plus les progrès seront importants.

## Qu'est-ce que ce guide ?

Ce guide est un outil pour les agents de réadaptation de niveau intermédiaire (ARNI) qui assistent les agents communautaires et les familles dans la prise en charge des enfants IMC. Ce manuel donne des informations telles que : comment identifier un jeune enfant atteint d'Infirmité Motrice Cérébrale et quand demander l'aide d'un thérapeute ou d'un médecin ? L'ARNI peut également former d'autres personnels comme les agents de santé primaire qui pourront ainsi identifier ces enfants dans la communauté.

Sont incluses également des informations sur la pathologie utiles aux agents de réadaptation comme à la famille afin d'identifier les problèmes et d'organiser des activités qui permettront à l'enfant d'exécuter des tâches plus facilement. Des suggestions sont proposées pour aider l'enfant à se développer dans les meilleures conditions.

Le guide explique comment appliquer ces exercices à la vie quotidienne de la famille, comme par exemple lors de la toilette de l'enfant ou du jeu. Ensemble, les agents de réadaptation et la famille peuvent encourager l'enfant à se mouvoir, à communiquer, à jouer et à apprendre à devenir le plus indépendant possible.

Ce manuel devrait être traduit dans la langue utilisée par le rééducateur et la famille, et des modifications seront peut-être nécessaires afin de l'adapter à une communauté spécifique : par exemple le petit équipement montré dans les illustrations pourront être avantageusement remplacé par des objets existant déjà et utilisés dans la communauté.

Ainsi, nous vous invitons à insérer dans votre traduction du guide des illustrations de votre équipement local.

Tout au long de ce manuel vous trouverez des références aux kits de formation provenant de l'ouvrage intitulé : "Aider les personnes handicapées là où elles vivent" -OMS 1991-(voir réf. P. 79). Ces kits de formation fourniront de plus amples informations sur certains sujets traités dans ce guide. Cependant, ce guide a été élaboré parce que les kits de formation ne contenaient pas d'information spécifique à l'Infirmité Motrice Cérébrale.

En utilisant ce manuel et le kit de formation adapté, les agents de réadaptation ainsi que les familles concernées sauront comment prendre en charge les enfants atteints d'Infirmité Motrice Cérébrale.

## 2. L'ENFANT INFIRME MOTEUR CEREBRAL

### Les différents types d'Infirmi  Motrice Cérébrale

**Spastique** La spasticité qualifie des muscles rigides ou tendus. La rigidité musculaire entraîne des mouvements lents et maladroits. Des informations  ronn es venant de la partie lésée du cerveau entraînent des positions vicieuses typiques dont l'enfant a du mal à se d shabituer. Ceci entraîne également une variété restreinte de mouvements et des déformations peuvent apparaître graduellement.

La spasticité s'aggrave lorsque l'enfant est  mu, lorsqu'il effectue un effort ou lorsqu'il est bougé trop brusquement. La rigidité peut se déplacer d'un groupe musculaire à un autre lorsque l'on change sa tête de position.

Le type spastique est le plus fréquent des types de l'Infirmi  Motrice Cérébrale. Un enfant spastique est décrit selon les parties du corps qui sont atteintes :

#### Hémiplégie

Bras, tronc et membre inférieur du même côté sont atteints



Bras tourné vers l'intérieur et fléchi, main fermée.  
Membre inférieur tourné vers l'intérieur et fléchi.  
Pied en équin.

#### Diplégie

Membres inférieurs plus atteints que les membres supérieurs.



Membres supérieurs légèrement maladroits.  
Membres inférieurs serrés et tournés vers l'intérieur.  
Pieds en équin.

#### Quadriplégie

Tout le corps est atteint.



Contrôle de tête faible.  
Bras tournés vers l'intérieur et fléchis. Mains fermées.  
Membres inférieurs serrés et tournés vers l'intérieur.  
Pieds en équin.

**Athétosique** L'athétose désigne des mouvements incontrôlés qui sont soit saccadés, en spasmes, soit lents et ondulants. Ces mouvements apparaissent aux membres supérieurs et inférieurs, aux mains et au visage de manière quasi incessante. Ils peuvent empirer lorsque l'enfant est énervé ou ému ou au contraire diminuer lorsqu'il est calme.

Les positions vicieuses du corps changent selon que les muscles sont spastiques ou hypotoniques. Ce changement constant dans le tonus fait qu'il est difficile pour l'enfant de rester immobile, et de ce fait son équilibre est très faible. Généralement pour ce type d'enfant, moins de déformations s'installent. Si le visage est atteint, cela rend plus difficile encore la parole et l'enfant aura du mal à se faire comprendre.

Les enfants athétosiques sont des **bébés hypotoniques** ; généralement ils développent des mouvements incontrôlés vers l'âge de 2-3 ans : ceci est progressif. Quelques-uns de ces enfants **restent hypotoniques**.

**Ataxique** L'ataxie désigne des tremblements qui entraînent une instabilité dans le mouvement. Ceci n'apparaît que lorsque l'enfant fait un effort : rester en équilibre, marcher ou exécuter quelque chose avec les mains. Par exemple si l'enfant veut prendre un objet, il ratera sa cible à la première tentative.

Le manque d'équilibre rend l'apprentissage de la mise debout et de la marche plus difficile.

**Syndrome mixte** Beaucoup d'enfants montrent des caractéristiques de plusieurs types d'Infirmité Motrice Cérébrale en même temps : par exemple des enfants spastiques présentent aussi des mouvements athétosiques.

Athétose



Mouvements involontaires, incoordonnés de grande amplitude, lents et ondulants, siégeant aux membres inférieurs, aux bras, aux mains et au visage. Manque d'équilibre.

Ataxie



Tremblements et incoordination des mouvements. Marche instable et irrégulière. Equilibre instable.

## Questions posées par les familles sur l'Infirmité Motrice Cérébrale

Ces informations devraient aider les agents de réadaptation à répondre aux questions que les familles posent fréquemment.

### Quelles en sont les causes ?

- Avant la naissance**
- . Infection de la mère lors des premiers mois de la grossesse, par exemple Rubéole ou Zona ;
  - . Diabète non traité et tension artérielle élevée chez la mère durant la grossesse.
- Au moment de la naissance**
- . Lésion du cerveau du bébé prématuré
  - . Accouchement difficile entraînant un traumatisme de la tête
  - . Respiration anormale du bébé
  - . Jaunisse du nouveau-né.
- Après la naissance**
- . Infection cérébrale telle que la méningite
  - . Accidents causant un traumatisme crânien
  - . Fièvre élevée due à une infection ou une déshydratation importante causée par une diarrhée.

**Dans de nombreux cas, la cause n'est pas connue.**

**Peut-on prévenir cette infirmité ?** Pas entièrement, quelque soit le pays où l'on vit. Il est possible d'en diminuer les risques en s'assurant que les femmes enceintes se rendent régulièrement à des contrôles de santé (voir page 9).

**Est-ce infectieux ?** Non. Personne ne peut être "contaminé" par un enfant IMC. Ce n'est pas une maladie contagieuse.

**Est-ce que cela peut se reproduire ?** Il est très rare qu'un deuxième enfant soit atteint également au sein d'une même famille.

**Est-ce qu'il existe des médicaments ?** Habituellement pas, sauf si l'enfant présente des convulsions (voir p. 8).

**Est-ce qu'une intervention chirurgicale peut être utile ?**

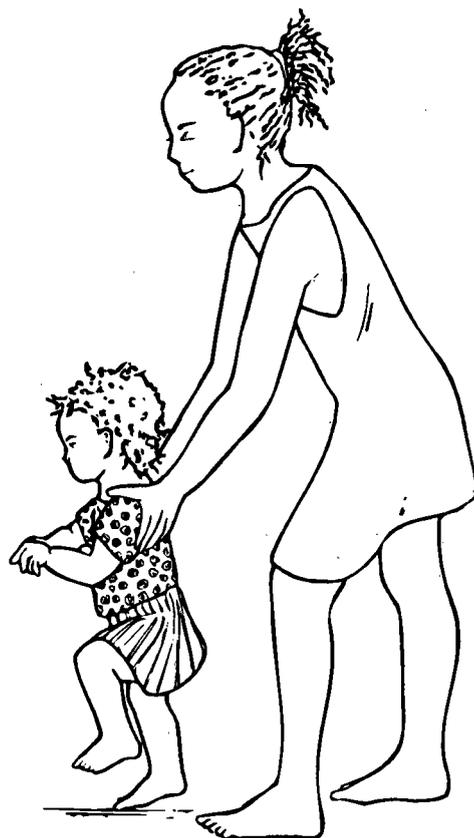
Les opérations chirurgicales ne peuvent traiter l'Infirmité Motrice Cérébrale. Cependant on peut y avoir recours parfois pour corriger des rétractions (des muscles "raccourcis") ou pour diminuer la traction des muscles spastiques et éviter aux déformations de s'installer. Mais ces opérations ont pour conséquence d'augmenter les difficultés de mouvement. Seuls les enfants marchant déjà pourront en bénéficier. Le meilleur moyen d'empêcher ces rétractions de s'installer reste d'encourager l'enfant à exécuter des mouvements actifs dans des positionnements corrects qui étirent les muscles rigides (voir parties 6 et 7).

**Mon enfant marchera-t-il ?**

Même si beaucoup de parents sont anxieux à ce sujet, la réponse n'apparaît que lorsque l'enfant est plus âgé. Beaucoup d'enfants IMC ne commencent à marcher qu'à 7 ans ou plus. Certains enfants moins atteints débiteront la marche plus tôt.

L'équilibre debout doit se développer avant que l'enfant ne soit prêt à marcher.

Les enfants qui se tiennent raides sur la pointe des pieds lorsqu'ils sont soutenus ne sont pas prêts à marcher. Leurs pas saccadés sont dus à un réflexe du nouveau-né appelé "la marche réflexe" qui doit disparaître avant que la marche proprement dite se développe.

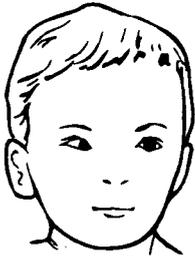


**Les enfants IMC n'apprendront pas tous à marcher.**

**Il est important de se concentrer sur d'autres éléments du développement. Apprendre à manger, se laver, s'habiller, jouer et communiquer les intégrerons à la vie familiale.**

## Problèmes rencontrés avec l'Infirmité Motrice Cérébrale

### La vue



Le plus fréquent des problèmes est le strabisme. De nombreux bébés louchent de temps en temps mais cela disparaît quand ils grandissent. Les enfants de plus de 6 mois présentant encore un strabisme devraient être amenés chez un ophtalmologiste car la négligence de ce problème peut amener l'enfant à n'utiliser qu'un œil.

Certains enfants nécessiteront peut-être une opération ; d'autres pourraient être corrigés par le port de lunettes prescrites par le médecin.

**Voir kits de formation de l'OMS n°1 et 2.**

### L'ouïe

Certains enfants, surtout les enfants athétosiques peuvent présenter des troubles de l'ouïe. Ceci rend l'apprentissage de la parole plus difficile. Si vous pensez qu'il a des difficultés à entendre, consultez un médecin. Certains enfants pourront porter un appareil auditif.

**Voir kits de formation de l'OMS n°4et5.**

### Manger et parler

Le fait de manger ainsi que la parole dépendent de la possibilité de contrôler les muscles de la langue, des lèvres et de la gorge. Lorsque le contrôle musculaire est faible, il est possible que des problèmes pour mâcher ou avaler surviennent. De même, l'apprentissage de la parole sera retardé. Si l'on aide l'enfant à manger correctement, cela l'aidera également à le préparer au langage. Il faut s'assurer qu'il ait assez à manger et il faut essayer de lui donner de la nourriture solide pour qu'il apprenne à mâcher.

Avec beaucoup d'encouragement et de la persévérance la plupart des enfants IMC pourront apprendre à parler, même s'ils ne prononcent peut-être pas assez clairement pour que d'autres personnes que leur entourage ne comprennent. Si c'est le cas, ils pourront apprendre à pointer du doigt ce dont ils ont besoin (voir partie 5).

### Croissance

Les bébés qui ont des difficultés à s'alimenter peuvent prendre du poids très lentement. Les enfants plus âgés sont aussi plus frêles que la normale car ils bougent moins et leurs muscles se développent moins. Les enfants hémiplésiques ont le bras et la jambe du côté hémiplésique beaucoup plus minces et plus courts que du côté sain.

### Apprentissage lent

On pense souvent que les enfants qui ne peuvent parler clairement ou contrôler correctement leur visage ont un retard mental. Or ce n'est pas toujours le cas. Environ la moitié des enfants IMC ont des problèmes d'apprentissage. Les autres, surtout les athétosiques, ont une intelligence moyenne ou bonne.

### Personnalité et comportement

L'Infirmité Motrice Cérébrale peut affecter le développement de la personnalité de l'enfant. A cause de ses problèmes à se mouvoir et à communiquer, il peut être soit facilement frustré ou enervé lors d'une activité, soit il abandonnera ou refusera d'essayer de le faire. Il est important de montrer toujours de la patience, de l'encourager, et d'essayer de le comprendre.

## **Convulsions (Epilepsie)**

Les convulsions peuvent commencer à n'importe quel âge, mais elles n'affectent pas tous les enfants. Les convulsions non-contrôlées peuvent léser le cerveau de manière plus importante et diminuer les capacités d'apprentissage de l'enfant. Ces convulsions peuvent généralement être traitées par des médicaments, c'est pourquoi il est important de consulter un médecin.

Les médicaments devront peut-être être pris régulièrement pendant quelques années et ne devront pas être arrêtés sans l'avis du médecin.

Les convulsions bénignes : l'enfant s'arrête tout d'un coup dans son activité, a un regard fixe et ne cligne plus des yeux. Vous ne pourrez pas, à ce moment précis, capter son attention. Parfois l'enfant présente à ce moment-là des petits mouvements répétés des lèvres ou des mains.

Convulsions plus sévères : si l'enfant est capable de se tenir debout il tombera soudainement lors de ces crises. S'il est assis sur une chaise il se peut qu'il en tombe ; puis de violents mouvements saccadés agitent ses jambes et ses bras et il perd connaissance. De la salive sort de sa bouche, et ses yeux se révulsent.

Longueur des crises : généralement elles sont de courte durée ; les convulsions bénignes durent seulement quelques secondes alors que les convulsions sévères peuvent durer entre 10 et 15 minutes.

Soins à l'enfant qui fait une crise grave : l'éloigner de toute source de danger (feu, ou objet coupant ou blessant) ; ouvrir un vêtement trop serré ; le tourner sur le côté de façon à ce que la salive puisse s'écouler de sa bouche et pour faciliter la respiration (voir l'image pour la position correcte à adopter) ; rester près de l'enfant jusqu'à la fin de la crise. Lorsque la crise de convulsions est terminée, l'enfant sera somnolent, fatigué : le laisser dormir.

**Lors d'une crise d'épilepsie,  
ne jamais mettre quoi que ce soit dans la bouche de l'enfant.**



**Voir kit de formation de l'OMS n°21.**

## Mesures préventives de l'Infirmité Motrice Cérébrale

L'enfant aura moins de risque d'être atteint d'Infirmité Motrice Cérébrale si les précautions suivantes sont prises :

### **Pendant la grossesse**

Vacciner la femme contre la Rubéole avant la grossesse.

Eviter les grossesses avant l'âge de 18 ans, et si la femme n'est pas en assez bonne santé pour avoir un enfant.

Se rendre à un centre de soins pour des contrôles réguliers durant toute la grossesse, ainsi un problème qui risquerait de rendre l'accouchement difficile et dangereux pourra être identifié assez tôt.

Contrôler la tension artérielle et suivre un traitement si nécessaire.

Assurer une alimentation correcte à la femme : ceci réduira les risques d'accoucher prématurément (ce qui est un risque supplémentaire d'Infirmité Motrice Cérébrale).

Eviter de prendre des médicaments qui ne sont pas nécessaires.

Prévoir l'accouchement dans un endroit où on peut s'assurer de la présence d'une personne compétente.

### **Soins du bébé après la naissance**

Nourrir le bébé au sein (voir p. 52) car le lait maternel protège le bébé de certaines infections.

Encourager les visites régulières au centre de soins pour que la nutrition, la croissance et le développement général du bébé soient contrôlés régulièrement. Tout retard de développement peut être décelé à temps pour prendre les mesures nécessaires (voir p. 15 et 16).

S'assurer que l'enfant a reçu les vaccinations élémentaires, surtout contre la diphtérie, la poliomyélite, la coqueluche, le tétanos, la rougeole et la tuberculose.

### **Soins à l'enfant malade**

Apprendre à la famille à reconnaître les signes de méningite, qui sont : fièvre, raideur de nuque et somnolence persistante ; de plus, un renflement de la partie molle du dessus de la tête du bébé apparaît. L'enfant peut également présenter des vomissements et même perdre connaissance : dans ce cas-là il faut l'amener rapidement consulter un médecin.

Apprendre à la famille quoi faire en cas de fièvre : mettre l'enfant dans un endroit frais, lui retirer ses vêtements, lui passer une éponge d'eau fraîche sur le corps, et lui donner à boire abondamment. L'amener dans un dispensaire si la fièvre ne tombe pas après un jour et une nuit.

Apprendre à la famille comment procéder pour la réhydratation du bébé en cas de diarrhée ; leur conseiller de continuer à l'allaiter ou à le nourrir de bouillies. Dès que l'enfant élimine des selles aqueuses il faut lui donner à boire un verre de solution de réhydratation. L'amener au dispensaire si la diarrhée persiste au delà de deux jours.

**Voir "L'Agent de Santé Communautaire" OMS, modules 15, 16, 20 et 21.**



# 3. RECONNAITRE L'INFIRMITÉ MOTRICE CÉRÉBRALE

## Le développement normal de l'enfant

Il est important de connaître les étapes du développement de l'enfant normal pour identifier les enfants qui présentent des anomalies de développement ; cela vous aidera également à organiser le traitement de l'enfant et à contrôler ses progrès. Les stades du développement normal sont atteints selon un ordre particulier : ainsi, le contrôle du corps se développe progressivement de la tête aux pieds. Les mouvements globaux apparaissent avant les mouvements fins et précis.

Les différents stades du développement moteur de l'enfant comme s'asseoir ou se mettre debout sont atteints plus ou moins au même âge chez tous les enfants. On peut dire si un enfant se développe de manière satisfaisante en comparant avec d'autres enfants du même âge. Quand les progrès effectués sont plus lents qu'à l'habitude on appelle cela un **retard de développement**.

Les enfants IMC ont un retard de développement. Ils mettent plus de temps que d'autres enfants à apprendre à contrôler leur corps. L'Infirmité Motrice Cérébrale est une des nombreuses pathologies qui entraînent des retards de développement.

**N'importe quel enfant qui montre des anomalies de développement devrait consulter un médecin.**

## Comment utiliser les tableaux des stades de développement ?

Bien que l'enfant IMC ne progresse pas de la même manière que les autres enfants, les stades du développement normal sont utiles comme référence pour l'évaluation et la prise en charge de l'enfant. Les tableaux des stades du développement se trouvent sur les 3 pages suivantes ; ils sont différents de ceux que vous trouverez dans le kit de formation de l'OMS n°26 : ceux-ci donnent plus de détails sur le développement moteur.

Ces tableaux montrent l'ordre dans lequel se développent certaines activités et l'âge auquel la plupart des enfants les exécutent.

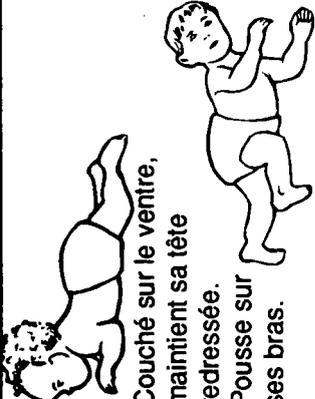
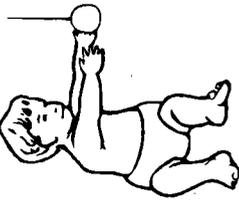
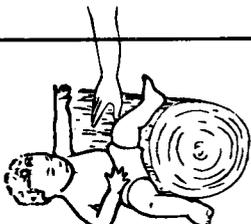
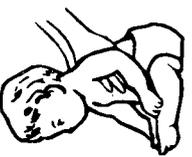
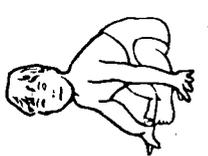
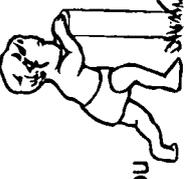
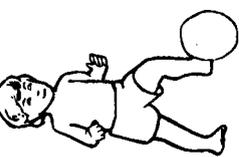
Pour utiliser les tableaux :

1. Noter l'âge de l'enfant (s'il est connu).
2. Observer ce qu'il est capable de faire.
3. Cocher ou entourer ce qu'il peut faire sur le tableau correspondant.
4. Tenter d'élucider la raison de ses difficultés particulières.

Cela permettra d'identifier ce que l'enfant peut faire, ce qu'il ne peut pas faire et ce qu'il a besoin d'apprendre à faire.

Un enfant peut être, pour différentes activités à plusieurs stades en même temps : par exemple, un enfant diplégique sera au stade 3 pour la position assise, au stade 2 pour passer à la position assise et au stade 1 pour se mettre debout ; le traitement devra prendre en compte cela et inclure des exercices des 3 stades.

# TABLEAU DES STADES DU DÉVELOPPEMENT : le mouvement

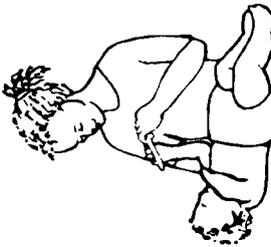
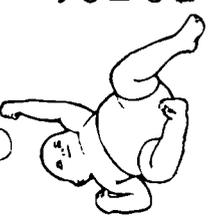
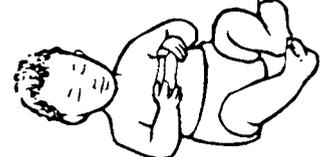
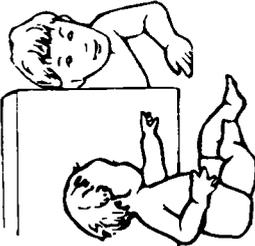
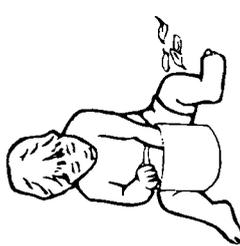
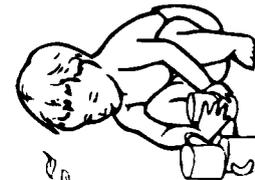
Stade 1 : de la naissance à 6 mois	Stade 2 : de 6 à 12 mois	Stade 3 : 12 à 24 mois	Stade 4 : 2 à 3 ans
 <p>Couché sur le ventre, maintient sa tête redressée. Pousse sur ses bras. et se retourne sur le dos.</p>	 <p>Se retourne de la position dorsale à la position ventrale, roule sur le côté et s'assoit.</p>	 <p>s'assied seul, peut se tourner et attrapper un objet</p>  <p>peut se rattrapper si on le déséquilibre</p>	 <p>Peut passer d'une position à la position assise et vice-versa</p>  <p>Se rattrape si on le déséquilibre</p>
 <p>Ne s'assied qu'avec une aide ;</p>  <p>peut rester assis en appui sur les mains.</p>	 <p>Rampe ou se traîne sur les fesses</p>  <p>S'agrippe pour se lever</p>	 <p>Reste debout avec un soutien</p>  <p>S'accroupit pour jouer</p> <p>Marche seul ou tenu par une main</p>	 <p>Frappe dans un ballon</p>  <p>Reste en équilibre sur un pied. Saute.</p>

Contrôle de la tête et du corps

Position assise

Se déplacer d'un endroit à l'autre

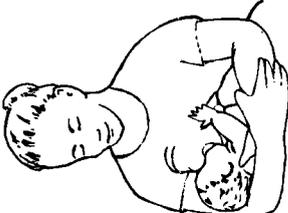
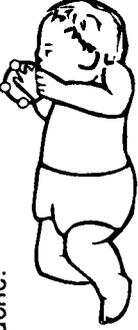
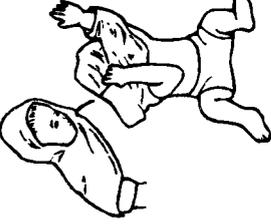
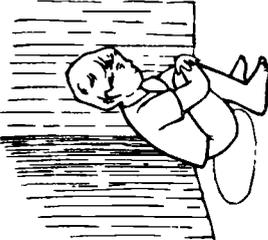
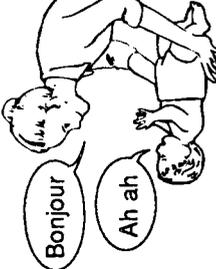
# STADES DU DÉVELOPPEMENT : Communication et comportement

Stade 1 : de la naissance à 6 mois	Stade 2 : de 6 à 12 mois	Stade 3 : 12 à 24 mois	Stade 4 : 2 à 3 ans
 <p>Tient en main brièvement de petits objets</p>  <p>Préhension globale avec toute la main</p>	 <p>Peut tenir un objet dans chaque main</p>	 <p>Préhension fine entre le pouce et le doigt</p>	
 <p>Regarde des objets.</p>  <p>Ramène les mains ensemble</p>  <p>Joue avec son corps. Frappe des objets avec tout son bras.</p>	 <p>Passé un objet d'une main à l'autre. Frappe deux objets l'un contre l'autre.</p>  <p>Joue à cache-cache.</p>	 <p>Met des objets dans un récipient et les en retire.</p>  <p>Apprécie les jeux de construction.</p>	 <p>Jette un ballon.</p>  <p>Trié des objets différents.</p>

Utilisation des mains

Le jeu et la socialisation

# STADES DU DÉVELOPPEMENT : Communication et comportement

Stade 1 : de la naissance à 6 mois	Stade 2 : de 6 à 12 mois	Stade 3 : 12 à 24 mois	Stade 4 : 2 à 3 ans
<p>Tête</p>  <p>Porte les objets à la bouche.</p> 	 <p>Mâche des aliments solides. Peut manger seul un biscuit.</p>	 <p>Boit dans un verre et mange seul presque tous les aliments sans aide.</p>  <p>Aide à se déshabiller.</p> <p>Manifeste son envie d'aller aux toilettes.</p>	 <p>S'habille avec de l'aide.</p>  <p>Utilise les latrines sans aide.</p>
<p>Sursaute au bruit.</p>  <p>Bonjour</p> <p>Ah ah</p> <p>Se retourne quand entend des voix.</p>  <p>Shathani</p> <p>Na na</p>	<p>Aime qu'on lui parle et qu'on lui chante des chansons.</p> <p>Imite des gestes et des sons émis par d'autres personnes.</p> <p>Au revoir</p> <p>Balle</p> <p>Répond à des ordres simples.</p> <p>Prononce des mots simples : "Mama, Dada, Baba".</p>	<p>S'appelle par son nom.</p> <p>Norme des objets ou des choses familières : chien, oiseau.</p> <p>Beaucoup de babillage.</p> <p>Demande des choses en utilisant des mots et des gestes.</p> <p>Commence à mettre des mots ensemble.</p> <p>Quand on le lui demande, il montre les différentes parties de son corps.</p> <p>Boire</p> <p>Ou est ton nez ?</p>	<p>Parle de ce qu'il fait.</p> <p>Commence à dessiner.</p> <p>Pose des questions.</p> <p>Aide les membres de sa famille dans certaines activités.</p>

Autonomie

Communication

## Les signes précoces d'Infirmité Motrice Cérébrale

Les signes précoces de rigidité ou d'hypotonie peuvent être perceptibles peu après la naissance. D'autres signes peuvent prendre plus de temps avant d'être évidents. **Pour être sûr que l'enfant est atteint d'Infirmité Motrice Cérébrale, l'amener chez un médecin.**

Les signes suivants sont à prendre en considération s'ils sont observés souvent. Tous les enfants ne présentent pas tous ces signes en même temps.

### Les choses que la famille observe

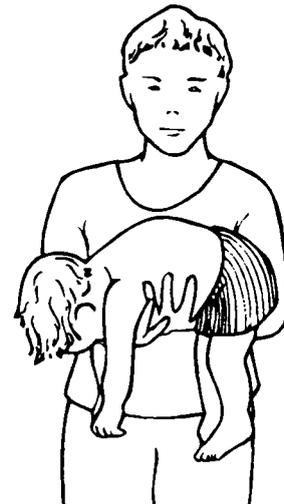
#### Rigidité soudaine

Dans certaines positions, comme couché sur le dos, il devient difficile de fléchir le corps du bébé, de l'habiller ou même de le prendre dans les bras.



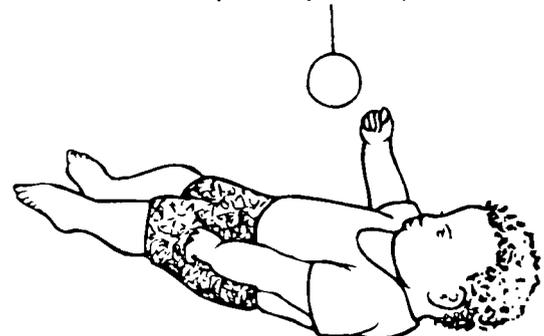
#### Hypotonie

La tête du bébé retombe et il est incapable de la redresser. Ses bras et ses jambes restent ballants quand on le soulève. Le bébé bouge trop peu.



#### Développement lent

Il met plus de temps que d'ordinaire à apprendre à redresser la tête, s'asseoir et utiliser ses mains. Il peut avoir tendance à utiliser plus une partie de son corps qu'une autre : par exemple, certains bébés n'utilisent qu'une main plutôt que les deux.



#### S'alimente peu

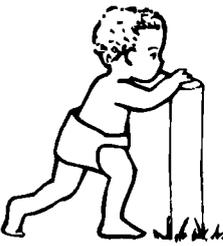
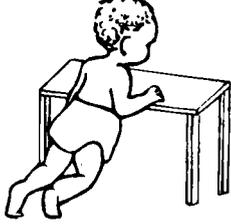
Tête et avale avec difficulté ; sa langue repousse le lait ou la nourriture. Il a du mal à fermer la bouche.

#### Comportement anormal

Il se peut que ce soit un enfant qui pleure, qui soit irritable et qui dorme mal ou bien au contraire qui soit très calme et qui dorme trop. Il se peut qu'il ne sourit pas à 3 mois.

## D'autres signes à observer

Les dessins sur la gauche du tableau montrent les mouvements exécutés par l'enfant normal à certains stades importants du développement. Les dessins de droite montrent le même mouvement exécuté par un enfant IMC. **Pour s'assurer que l'enfant est atteint d'Infirmité Motrice Cérébrale, consulter un médecin.**

Age	Développement normal	Infirmité Motrice Cérébrale
Vers 3 mois	 <p>Couché sur le ventre, maintient sa tête redressée ; pousse sur ses bras ; couché sur le dos, amène ses mains ensemble.</p>	 <p>Les jambes sont raides ; il ne peut pas redresser la tête ; ne peut pas pousser sur ses bras.</p>  <p>Couché sur le dos, il pousse en arrière, la tête tournée d'un côté, un bras et une jambe fléchis, l'autre bras et l'autre jambe tendus ; ne peut pas amener les 2 mains ensemble.</p>
Vers 6 mois	 <p>S'assoit avec appui sur les mains ; pèse sur ses pieds lorsqu'on le tient debout.</p>	 <p>Ne peut pas redresser la tête ; garde le dos courbé ; ses bras sont rigides et il garde les poings fermés.</p>  <p>La tête part en arrière ou il pousse vers l'arrière quand on le tire pour s'asseoir.</p>  <p>Quand on le tient debout : se met sur la pointe des pieds ; tire ses bras en arrière ; ses jambes sont rigides et croisées en ciseaux.</p>
Vers 9 mois	 <p>S'assoit seul ; peut attraper un objet ; peut se tenir seul quand on le met debout.</p>	 <p>Dos courbé ; utilise peu ses mains pour jouer ; ses jambes sont raides et ses pointes de pieds tendues.</p>  <p>Ne met pas de poids sur les pieds lorsqu'on le tient debout ; peu de contrôle de tête.</p>
Vers 12 mois	 <p>S'agrippe pour se mettre debout ; rampe bien.</p>	 <p>A des difficultés à se tirer debout ; ses jambes sont raides, et les pointes de pieds tendues.</p>  <p>Il ne peut pas ramper ; il n'utilise qu'un côté du corps ou se traîne en n'utilisant que les bras.</p>
Vers 18 mois	<p>Se met debout et marche seul. Passe de la position assise à la position debout. Utilise ses 2 mains.</p> 	<p>Un bras est raide et fléchi ; il marche sur la pointe du pied d'un côté ; il a un mauvais équilibre debout.</p>  <p>Il utilise surtout une main pour jouer ; une jambe peut être raide ; s'assoit en mettant le poids d'un côté seulement.</p> 

## 4-ORGANISATION DU TRAITEMENT :

### Les principes de traitement

#### Evaluation

Evaluer le niveau de l'enfant selon les tableaux des stades de développement ainsi que selon vos connaissances sur les différents types d'Infirmité Motrice Cérébrale. Prendre en compte la personnalité de l'enfant et son comportement.

Après votre évaluation, noter ce que l'enfant est capable de faire, quels sont ses besoins et quel est votre plan d'action.

Choisir des activités par rapport à ses besoins et aux stades de développement qu'il a atteint.

Prendre toujours note des progrès effectués, ainsi le traitement de l'enfant peut évoluer au fur et à mesure de ses progrès (voir p. 18 et 19).

#### Manipulation et techniques de prise en charge

Toujours parler avec l'enfant et sa famille. Se mettre d'accord sur les priorités. Expliquez ce que vous faites et pourquoi vous le faites. Expliquez aussi à l'enfant ce que vous voulez qu'il fasse (voir p. 21 et 22).

Laissez-lui toujours assez de temps pour exécuter les activités que vous lui demandez. Récompensez chaque effort par des éloges.

Utilisez des techniques de manipulation pour le positionner correctement. Cela lui permettra de se mouvoir plus facilement.

Quand c'est nécessaire, lui fournir une aide, mais la retirer dès qu'il se débrouille seul.

N'utiliser de petit équipement que si nécessaire et seulement le temps nécessaire.

Les manipulations et le traitement ne doivent pas accentuer les mouvements involontaires : un enfant spastique ne doit pas le devenir plus, les mouvements d'un enfant athétosique ne doivent pas devenir plus incontrôlables encore.

#### Les progrès

Les progrès effectués sont fonction de chaque enfant. Si les progrès de l'enfant sont lents cela peut être dû à plusieurs facteurs :

- la famille ne sait pas prendre en charge l'enfant
- les exercices sont trop difficiles à exécuter
- la famille attend trop de l'enfant et trop rapidement
- l'enfant est trop sévèrement atteint pour progresser rapidement
- la famille est inapte à effectuer le traitement.

Lorsque l'enfant ne fait pas de progrès, voici quelques suggestions :

- expliquer de nouveau les buts du traitement et les activités
- faire remarquer les plus petites améliorations à l'enfant et à la famille
- diviser les activités en des séquences plus courtes
- choisir des exercices plus faciles
- demander le conseil d'un thérapeute sur ce qu'on peut attendre de l'enfant
- évaluer la situation de la famille et organiser éventuellement une aide de la communauté.

## Evaluation et fiche de progression

Toujours prendre note des aptitudes et des difficultés de l'enfant lors de la première visite puis à intervalles réguliers. Ceci vous aidera à établir un plan de traitement et à savoir à quel moment tenter d'introduire de nouvelles activités. Noter quel équipement est fourni.

Ceci est une des fiches de progression suggérée pour suivre et enregistrer les progrès de l'enfant. Elle résume les informations recueillies lors de son évaluation. Toutefois, si vous disposez déjà d'une fiche qui répond à vos besoins, utilisez-la. Souvenez-vous que peu importe la fiche que vous utilisez, le tout est d'enregistrer les progrès de l'enfant afin de pouvoir juger de l'efficacité du traitement. La fiche de progression qui suit montre l'exemple d'un enfant présentant une hémiplégié droite.

### FICHE D'ÉVALUATION ET DE SUIVI

Nom : Lumba M

Date de naissance : Novembre 91

Age : 18 mois

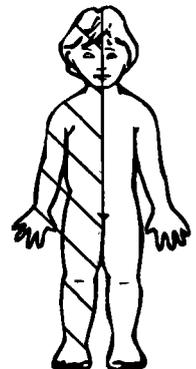
Adresse : village de Tsebebe

Date de la 1ère visite : 28. 5. 93

Diagnostic : ne bouge pas normalement

Parties du corps atteintes :

son bras droit et sa jambe droite ; possibilité d'Infirmité Motrice Cérébrale.



Observations des parents (inclure les signes précoces) : du côté droit, le bras et la jambe sont plus rigides qu'à gauche ; l'enfant n'a pas appris à utiliser ses 2 mains ; n'utilise pas sa main droite ; n'arrive pas à se mettre assise, n'arrive pas à se tirer pour se mettre debout et ne parvient pas à marcher ; quand elle est tenue debout, ne parvient pas à mettre son pied droit à plat.

Autres difficultés (cocher le problème) :

Voir,

entendre,

parler,

sentir,

comportement  
bizarre,

convulsions,

apprendre,

autres  
(les mentionner)

Médicaments : aucun.

Rétractions : aucune jusqu'à présent ; amplitude de mouvement correcte sauf une résistance modérée à l'extension du genou et du pied droits ainsi qu'une légère résistance à l'extension du coude et de la main du côté droit. Présente un risque de rigidité du pied droit.

#### Résumé du tableau des stades du développement

**Coucher ventral** : Se repousse uniquement sur la main gauche.

**Rouler** : Roule des 2 côtés mais préfère rouler sur le côté droit.

**Assis** : Ne peut pas passer à la position assise ; quand elle est assise, a tendance à pencher vers la gauche ; équilibre moyen ; tombe quand on la déséquilibre.

**Ramper** : Ne rampe ni ne se traîne sur ses fesses ; se déplace en roulant sur elle-même ou en se tirant avec son bras gauche.

**Debout** : Incapable de se tirer pour se mettre debout, ou se tenir debout ou marcher, quand on la met debout, ne peut pas garder son pied droit à plat.

**Utilisation des mains et jeu** : N'utilise que la main gauche ; joue avec son corps et connaît le nom de plusieurs parties du corps.

**Alimentation** : Mâche des aliments solides ; mange seule, avec sa main gauche.

**Habillage** : Ne lève que son bras gauche pour aider à l'habillage et au déshabillage.

**Parole** : Essaie de prononcer des mots et émet des sons appropriés ; montre un intérêt à ce qui l'entoure. Ne réagit pas toujours aux sons.

<u>Liste des problèmes</u> (par ordre de priorité)	<u>Programme de traitement</u>	<u>Date</u> <u>du début</u> <u>du traitement</u>	<u>Date</u> <u>de la fin</u> <u>du traitement</u>
Ne se met pas debout ; incapable de garder le pied droit à plat ; résistance modérée à l'étirement.	Exercer le passage à la position debout à partir des genoux d'un adulte avec de l'aide. Discuter les moyens d'exécuter cet exercice pendant les activités d'autonomie pour l'intégrer aux activités de la vie quotidienne.	28. 5. 93	
	Activités en position debout soutenue pour étirer et redresser la jambe. Si le pied ne repose pas à plat au sol, confectionner une attelle plâtrée.	28. 5. 93	
N'utilise pas son bras droit ; résistance modérée à l'étirement.	Choisir des activités en position assise et debout qui favorisent l'appui sur les deux bras tendus ; encourager l'inclinaison vers la droite ; discuter de la manière d'exécuter cela pendant les activités d'autonomie pour l'intégrer aux activités de la vie quotidienne ; apprendre à l'enfant à saisir les jouets des deux mains.	28. 5. 93	
Difficultés dans la position assise.	Proposer des activités travaillant le passage de la position couchée à assise ; travailler l'équilibre assis ; lui présenter des jouets à droite ; confectionner une chaise munie d'une tablette pour lui permettre de s'asseoir en rectitude ; chercher un artisan local pour la confectionner ; prendre les mesures et l'amener lors de la prochaine visite.	28. 5. 93	
		28. 5. 93	
<u>Autre assistance</u>			
Possibilité de problèmes d'ouïe.	Référer à l'agent de soins de santé primaire pour un test d'audition.	29. 5. 93	
Diagnostic.	Référer à un médecin pour confirmer le diagnostic.	29. 5. 93	
<u>Equipement fourni</u>	Chaise avec tablette ; attelle plâtrée de pied.		

Visite suivante : 9 juillet 93.

## Buts généraux de traitement pour tous les types d'enfants IMC

### Enfant spastique

Relâcher les muscles rigides ; encourager les mouvements qui inhibent la spasticité ; prévenir les déformations.

### Enfant hypotonique

Lui assurer un support dans une position correcte ; encourager les mouvements qui tonifient les muscles.

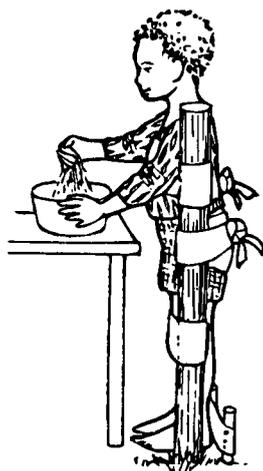
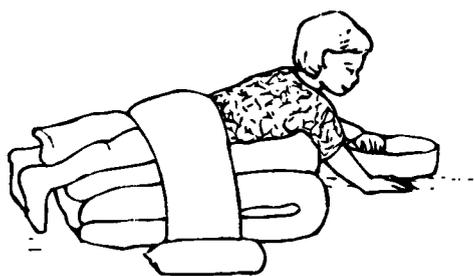
### Enfant athétosique

Lui apprendre à se tenir avec les mains pour ne pas être déséquilibré par les mouvements incontrôlés ; si des positions anormales du corps surviennent, suivre le même conseil qu'avec l'enfant spastique.

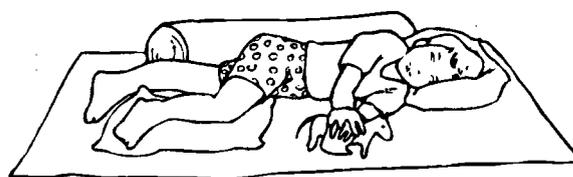
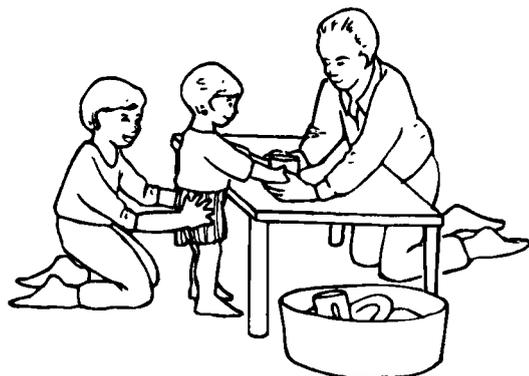
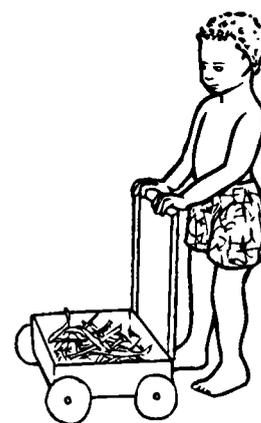
### Enfant ataxique

Travailler l'équilibre en position agenouillée, debout et pendant la marche ; se mettre debout et marcher d'un pas ferme ; contrôler les mouvements spasmodiques, surtout ceux des mains.

### Pour tous les enfants IMC



- Encourager le mouvement se rapprochant le plus de la normale.
- Utiliser les deux côtés du corps.
- Suivre les stades de développement
- Encourager l'enfant à se développer en effectuant des activités de la vie quotidienne.
- Positionner l'enfant en rectitude, qu'il soit couché, assis, agenouillé ou debout.
- Prévenir les déformations.



## **Travail pratique avec l'enfant et sa famille**

Tous les enfants ont besoin qu'on leur parle et ont besoin d'être écoutés ; ils ont besoin qu'on joue avec eux, et qu'on les encourage et les récompense quand ils ont appris quelque chose de nouveau. Ceci les aide à se développer.

Un enfant IMC prend plus de temps à apprendre. Par exemple, il peut être plus lent pour apprendre à sourire ou attrapper des objets. Ceci peut amener sa famille à être moins attentive à lui. Il se peut qu'elle ne le récompense pas pour ses progrès. Parce qu'il n'est pas encouragé, il se peut que l'enfant arrête de faire des efforts, et cela accentuera encore plus son retard de développement.

Certaines familles sur-protègent leur enfant IMC : ils font beaucoup trop pour lui. Ainsi, il n'apprendra pas à faire les choses tout seul. D'autres familles veulent apprendre à leur enfant à faire des choses qu'il n'est pas prêt à faire. Ceci risque d'accentuer les mouvements anormaux. L'agent de réadaptation peut aider les familles à savoir où commencer avec leur enfant. Il est mieux de commencer avec des activités qu'il peut déjà exécuter. Construire sur ses succès et suivre les stades de développement (voir p. 12, 13 et 14).

Les familles et les agents de réadaptation doivent mettre en commun leurs connaissances : la famille connaît mieux l'enfant ; ainsi, s'il a des difficultés à s'exprimer, un membre de la famille peut aider l'agent de réadaptation à le comprendre. L'agent de réadaptation, quant à lui, peut suggérer une manière de rendre les soins quotidiens à l'enfant plus faciles pour la famille.

### **Les agents de réadaptation doivent :**

- Ecouter la famille et observer l'enfant dans différentes situations. Par exemple, lorsqu'il mange ou pendant qu'on le lave ou l'habille.
- Observer ce qu'il est déjà capable de faire.
- Il est important d'identifier le problème majeur.
- Respecter et encourager les choses utiles que la famille fait déjà pour aider l'enfant.
- Prodiguer des éloges à l'enfant pour ce qu'il fait déjà et pour les tentatives qu'il fait, même minimales.
- Les suggestions de traitement doivent être pratiques et être en rapport avec la vie familiale.
- Rendre le traitement distrayant pour l'enfant, ainsi, il aura envie de faire les exercices.
- S'assurer de ne pas charger trop la famille de choses qu'elle n'aura pas le temps d'effectuer.
- Montrer à tous les membres de la famille comment aider, ainsi ils pourront tous s'impliquer dans la prise en charge de l'enfant.

## Guide de formation des parents et de la famille

Montrez et expliquez l'activité que vous enseignez à la famille.

Guidez et encouragez les membres de la famille qui le font.

Montrez comment l'activité peut être pratiquée dans la vie de tous les jours.

Répondez à toutes les questions posées par la famille à propos de l'activité.

Laissez quelques instructions.



## 5. LA COMMUNICATION

### Qu'est-ce que la communication ?

La communication est le moyen dont on dispose pour comprendre les messages venant d'autres personnes, et le moyen d'exprimer nos pensées, nos besoins et nos sentiments vis à vis d'elles.

Les enfants qui entendent communiquent généralement avec la parole.

D'autres moyens de communication existent, dont :

- La voix (pleurs, gémissements, rires).
- Les mouvements du corps (hochement de tête).
- Expressions du visage comme le sourire.
- Les gestes (faire un signe de la main pour dire au revoir).
- Montrer du doigt ou des yeux.
- Ecrire ou dessiner.

### Communication et Infirmité Motrice Cérébrale

La plupart des enfants IMC peuvent entendre, donc ils écoutent les mots que vous prononcez et à la longue commencent à utiliser des mots eux-même. Ecouter et comprendre viennent **avant** la parole.

Les enfants qui ont des problèmes à contrôler les mouvements de la tête, du visage, de la bouche et de la langue auront du mal à prononcer les mots clairement. Si d'autres personnes ne comprennent pas lorsque l'enfant tente de s'exprimer, il risque d'être frustré et d'abandonner toute tentative.

Il est important de l'encourager à communiquer de quelque manière que ce soit. Apprendre à la famille à reconnaître tous les moyens de communication qu'il utilise.

### Principes de traitement

- Positionnez l'enfant de sorte que son corps soit relâché. La position assise se prête à l'apprentissage de la parole.
- Aidez l'enfant à s'asseoir droit et à garder sa tête redressée : ainsi, il pourra mieux se concentrer en regardant et en écoutant.
- L'encourager à boire et à manger dans une position correcte comme moyen de préparer à l'apprentissage de la parole (voir p. 7, 52, 59 et 66).
- Mettez-vous en face de l'enfant, parler-lui en vous mettant au niveau de ses yeux pour qu'il puisse vous voir et qu'il garde la tête en avant. Captez son attention.
- Quand vous parlez à l'enfant, utilisez des mots simples ou des phrases courtes et simples. Joignez des gestes à la parole pour l'aider à comprendre plus aisément ce que vous dites.
- Laissez-lui du temps pour réagir.
- Acceptez tous les moyens de communication qu'il utilise et récompensez-le pour ses efforts, afin qu'il continue.
- Encouragez la famille à lui donner l'occasion de communiquer. Donner-lui des choix, tels que : "veux-tu de l'eau ou du jus ?" Attendez qu'il montre ce qu'il veut ou qu'il tente de répondre.
- Laissez à l'enfant un moyen d'attirer votre attention. S'il ne peut pas vous appeler, donnez lui une clochette ou un hochet.
- Utilisez des méthodes alternatives de communication s'il lui est toujours difficile de parler après quelques mois de traitement (voir p. 26).

## Suggestions de traitement

### Stade 1

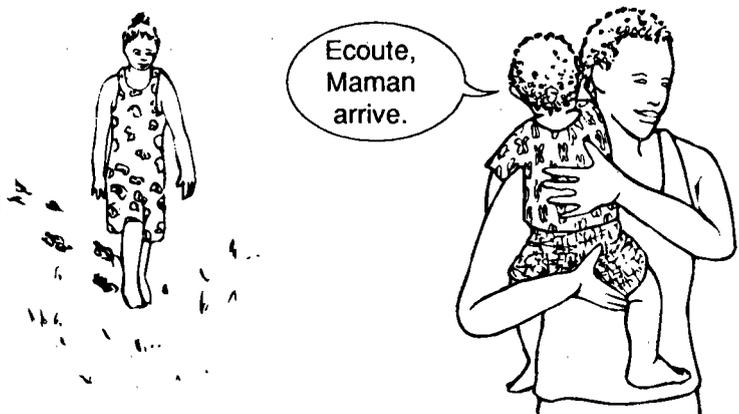
L'enfant commence à s'intéresser à ce qui l'entoure mais ne comprend pas encore de mots. Il sait qu'il peut agir sur ce que font d'autres personnes autour de lui : ainsi, lorsqu'il pleure, quelqu'un vient. Il communique en utilisant des expressions et des sons.

Appellez-le par son nom ; lorsqu'il vous regarde, récompensez-le en souriant et en le félicitant. Utilisez beaucoup d'expressions du visage.

Quand il émet un son, l'imiter puis passer au langage.



Attirer l'attention de l'enfant sur les bruits quotidiens et lui expliquer leur signification : par exemple, un bruit de pas annonce la venue de quelqu'un, ou bien le bruit de casseroles signifie que c'est le moment du repas.



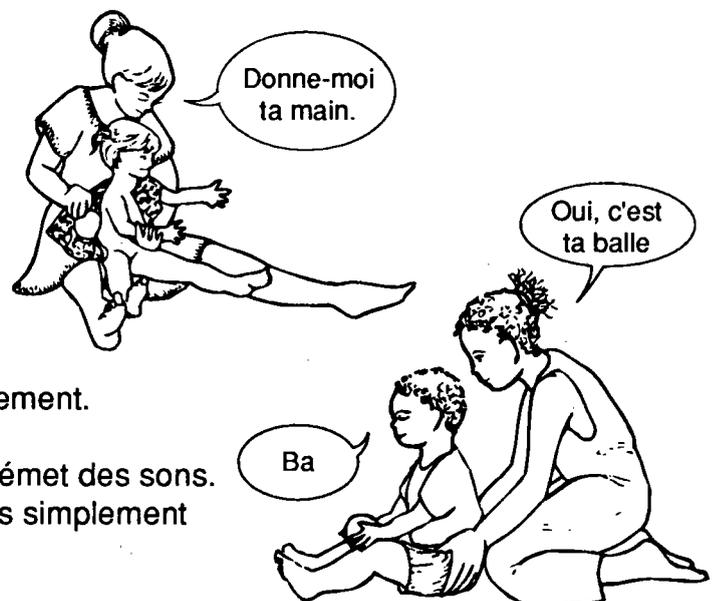
### Stade 2

Même s'il n'utilise pas ses propres mots, il comprend et imite certains mots que d'autres personnes prononcent. Il comprend les gestes également. L'enfant communique en utilisant ses propres gestes et une variété de sons qui ressemblent à des mots.

Laissez-le jouer avec des objets de la vie quotidienne qui font différents bruits. Laissez l'enfant vous regarder travailler, parlez de ce que vous faites, chantez-lui des chansons, il appréciera la mélodie.

Demandez à l'enfant de faire des choses simples ; faites des gestes quand vous parlez : par exemple "Donne-moi ta main" "fais au-revoir avec la main" ou "tiens la balle" ; attendez qu'il fasse le mouvement.

Essayez de comprendre ce qu'il dit quand il émet des sons. S'il dit "ba" quand il joue avec une balle, dites simplement "oui, c'est ta balle".



**Ne pas** essayer, à ce stade, de le corriger dans sa manière de s'exprimer.

### Stade 3

L'enfant prononce des mots simples. Il utilise des sons et des gestes particuliers qui ont une signification.

Construisez une tour ; montrer-lui comment la détruire, puis la reconstruire. Faites le attendre jusqu'à ce que vous disiez "allez" avant qu'il puisse la détruire de nouveau.

Lorsque vous le lavez ou l'habillez, nommez les parties de son corps et les vêtements. Jouez à "montre-moi ton nez, montre-moi ton pied".



Donnez-lui un choix de jouets et de choses à manger ; montrez-lui les différentes choses bien espacées les unes des autres, et placées de manière à ce qu'il les voit bien. Demandez-lui alors : "Tu veux de l'eau ou du lait ?" "Tu veux la balle ou la poupée ?" Observez comment il indique son choix : par un mot, un son, en pointant du doigt ou des yeux.



### Stade 4

L'enfant emploie des phrases simples constituées de 2 ou 3 mots pour donner une information ou poser une question.

Racontez des histoires à l'enfant et posez-lui des questions à ce propos. Encouragez-le à pointer du doigt les images et à nommer les personnages ou les choses. Répondez à ses questions.

Aidez-le à assembler des mots ; utilisez des mots qu'il connaît bien par le biais du jeu ou des situations quotidiennes, par exemple "c'est mon tour, bonjour Maria, encore du riz, ou mettre la chemise".

Dites où se trouvent les gens ou les objets : "je suis à côté de toi, la balle est **sur** la table".

Ecoutez-le quand il explique ce qu'il fait. Les mots qu'utilise l'enfant peuvent ne pas être très compréhensibles pour des personnes qui ne le connaissent pas bien. A ce stade, l'enfant commence à se sentir frustré s'il ne parvient pas à se faire comprendre. Si l'enfant tente pendant quelques mois de prononcer de nouveaux mots mais n'y arrive pas, essayer alors une autre méthode de communication.



## Moyens alternatifs de communication

Si l'enfant a des difficultés à apprendre à parler, l'encourager à utiliser d'autres modes de communication pour exprimer ses pensées, ses besoins et ses sentiments. Observer s'il utilise déjà d'autres moyens de s'exprimer, comme en désignant les choses avec son doigt ou ses yeux ; il peut également faire un mouvement de la tête ou des mains pour exprimer quelque chose.

S'assurer que sa famille le récompense pour **tous** les moyens qu'il utilise pour communiquer. Au fur et à mesure que l'enfant réussit à mieux exprimer ses besoins, il aura plus envie de communiquer et tentera peut être de formuler des mots.

### Poser des questions

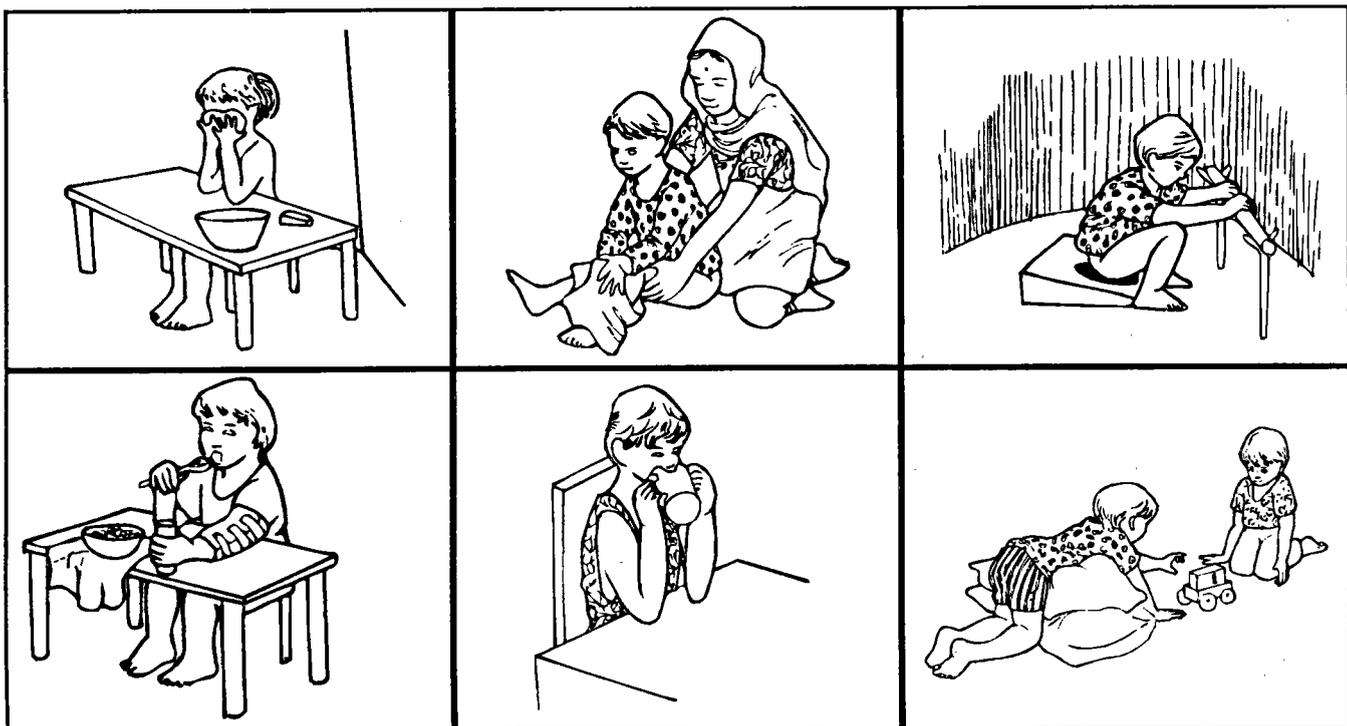
Si vous êtes sûr que l'enfant vous comprend, essayez d'établir un code logique de "oui et non". S'il a des difficultés à apprendre à parler, l'encourager à employer un son ou un mouvement pour exprimer le "oui" et un autre son ou mouvement pour "non". Par exemple, il pourra cligner des yeux pour dire oui et lever la main pour dire non.

S'il parvient à communiquer correctement avec "oui et non", des méthodes alternatives de communication peuvent être développées. Trouver ce dont il a besoin ou envie en lui posant des questions "oui ou non", telles que : "tu veux boire ?"

### Tableau d'images

Si l'enfant ne peut pas utiliser suffisamment ses mains pour utiliser un langage de signes, mais qu'il peut indiquer "oui ou non", essayer de mettre au point un tableau d'images : rassembler des images de journaux ou calendriers qui illustrent ce que l'enfant et sa famille font. Coller les illustrations les plus utiles sur un morceau de carton ou un tableau en bois. Ou bien, dans le cas où l'enfant utilise beaucoup d'images, fabriquer un livre en rassemblant ces images.

### Exemples d'illustrations



## Désigner des images

Positionnez l'enfant de sorte qu'il puisse se relâcher et se concentrer pour montrer du doigt les images. Assurez-vous qu'il voit bien les illustrations et expliquez les lui. Demandez-lui de désigner l'illustration qui correspond à ce qu'il veut avoir ou ce qu'il veut faire. Donnez-lui alors ce qu'il a montré du doigt.

### Réponse aux problèmes qui se présentent

- Si l'enfant est capable de tendre son bras pour toucher une image mais ne peut pas ouvrir la main, laissez-le utiliser son poing fermé pour désigner l'image. Assurez-vous que les illustrations sont suffisamment espacées sur le tableau.
- Si l'enfant ne peut pas atteindre les images car son coude reste fléchi, utiliser une gouttière plâtrée ou une attelle en forme de gouttière pour maintenir son coude droit (voir p. 43).
- Si l'enfant ne peut pas employer son bras ou sa main pour désigner les images, faites-le à sa place. Encouragez-le à utiliser un son ou un mouvement quand vous désignez quelque chose qu'il veut, ou voir s'il est capable de désigner de ses yeux l'image voulue.



### Langage des signes

Certains enfants IMC ont assez de contrôle des mains pour être capable d'utiliser le langage des signes. S'il existe un système de signes en vigueur dans votre pays pour les malentendants et les muets, essayez-le avec votre enfant.

L'enfant qui a des difficultés à bouger ses mains peut inventer ses propres signes : assurez-vous que tous ceux qui le connaissent comprennent son code.

**Voir kit de formation de l'OMS n°7**



## 6. LA MANIPULATION DE L'ENFANT

### Soulever et porter l'enfant



#### Soulever

Pour soulever plus facilement et pour éviter les positions vicieuses :

- Le faire rouler sur un côté en supportant sa tête.
- Fléchir ses genoux ; le soulever en le rapprochant de votre corps.
- Le déposer de la même manière.

#### Porter

Le porter de manière à corriger les attitudes vicieuses et à ramener ses bras vers l'avant. Une position plus verticale l'aidera à apprendre à maintenir sa tête redressée et à regarder autour de lui.



Tous les enfants très jeunes peuvent être portés ainsi.



Une bonne position pour redresser un enfant spastique.



Une bonne position pour porter un enfant spastique dont les jambes sont croisées en ciseaux, ou pour un enfant hypotonique.

Une bonne position pour porter un enfant spastique dont les jambes se croisent en ciseaux ou pour un enfant athétosique ; utiliser cette manoeuvre pour de courtes distances ; vous pouvez, dans cette même position, le tourner d'un côté ou de l'autre.



Vous pouvez porter l'enfant sur le dos ; si toutefois il a besoin de plus de soutien, ou que sa tête est hypotonique, portez-le sur le côté.



## La manipulation

La manipulation est la manière d'aider ou de guider les mouvements d'un enfant pour qu'ils deviennent plus normaux.

Une manipulation correcte relâche un enfant rigide, maintient un enfant hypotonique ou athétosique, et permet à un enfant ataxique ou athétosique de mieux contrôler ses mouvements.

**La manipulation correcte est la base pour toutes les propositions de traitement qui suivent. Cela facilitera la prise en charge de votre enfant.**

### Manipulation de la tête

#### Manoeuvres à éviter



#### Manoeuvres à encourager



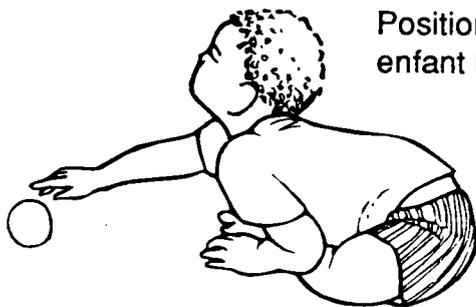
# Manipulation du corps

## Manoeuvres à éviter

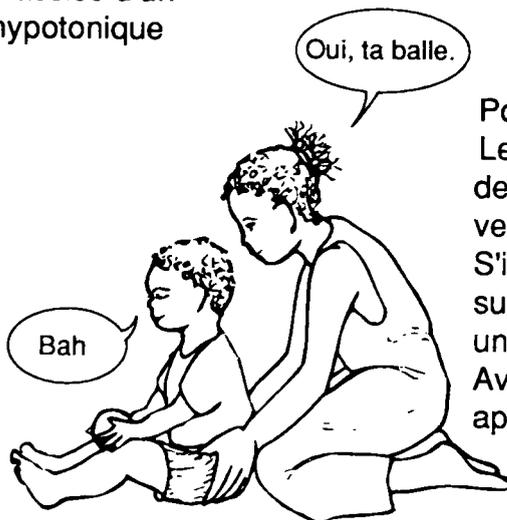
## Manoeuvres à encourager



Pour relâcher un enfant spastique :  
Tourner son corps d'un côté puis de l'autre. Cette torsion peut être également effectuée couché (voir p. 50).  
Si c'est un enfant plus grand, pour étendre ses jambes, mettre les vôtres sur ses genoux.



Position assise d'un enfant hypotonique



Pour redresser son dos :  
Le maintenir au niveau des hanches et appuyer vers le bas.  
S'il est très hypotonique, supporter sa poitrine avec une main.  
Avec votre autre main, appuyer sur le bas du dos.



S'il n'est pas maintenu, les mouvements de bras et de jambes d'un enfant athétosique peuvent être incontrôlés. Il aura tendance à repousser son corps vers l'arrière



Pour le maintenir en position assise :  
le tenir par les épaules ; les pousser vers le bas et l'intérieur pour amener ses bras vers l'avant ;  
quand il est bien calé en position assise, il est plus facile pour lui de regarder autour de lui ou écouter.

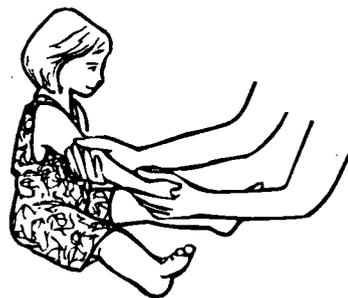
# Manipulation des bras et des mains

## Manoeuvres à éviter

Les bras d'un enfant spastique peuvent être fléchis et ramenés en arrière ; ses mains peuvent être fermées.



**Si ses muscles sont spastiques, ne jamais tirer ses doigts ou son pouce par leurs extrémités pour ouvrir la main, car cela aura l'effet contraire : la main se refermera encore plus hermétiquement.**



Pour l'aider à tenir des objets.  
voir p. 66 et 70.

## Manoeuvres à encourager

Pour étendre ses bras : Tenir ses avant-bras par les coudes, tourner ses bras vers l'extérieur en l'amenant vers l'avant.

Si les bras sont difficiles à étendre : Le maintenir par les coudes, et tourner ses bras vers l'intérieur.

Pour ouvrir sa main : D'abord tendre son bras. Maintenir sa main de manière à ce que le pouce soit écarté de la paume. Fléchir son poignet vers l'arrière tout en ouvrant délicatement la main.

Pour prendre appui sur ses mains : étendre ses bras comme sur l'illustration ci-dessus, fléchir un poignet vers l'arrière tout en ouvrant délicatement la main. Poser la paume à plat. Procédez de la même manière avec l'autre main.

Autres suggestions pour lui ouvrir la main  
Secouer son bras en cadence en soutenant l'épaule et le coude. Caresser le dos de la main du côté de son petit doigt. Quand la main est ouverte, frotter la paume avec différentes matières telles que : laine, coton ou peau de mouton. Il s'habitue ainsi à toucher différentes choses.

## Manipulation des jambes

### Manoeuvres à éviter



Un enfant hypotonique couché sur le dos a les jambes écartées.



Le corps d'un enfant spastique quand il est couché sur le dos est droit et ses jambes serrées et croisées.

**Si les muscles sont spastiques, ne jamais tirer pour écarter les jambes, cela entraîne l'effet inverse : les jambes se serreront encore plus.**



Il se peut qu'il soit debout en appui sur l'intérieur des pieds et avec les genoux qui se touchent.

### Manoeuvres à encourager

Pour les ramener ensemble voir p. 35.



Pour écarter les jambes :

Mettre quelque chose sous sa tête et ses épaules pour les maintenir vers l'avant. Tenir ses genoux et fléchir ses jambes sur le ventre : lorsque ses hanches sont fléchies, ses jambes se décroisent.



Ensuite :

Le maintenir autour des genoux. Maintenir ses jambes écartées alors que vous les étendez : ceci facilitera la flexion des pieds vers le haut.



Pour l'aider à se tenir debout avec les pieds à plat au sol : Le tenir autour des genoux et les tourner vers l'extérieur. Si vous lui donnez un bâton à tenir dans les 2 mains, cela l'aidera à mieux contrôler ses bras quand il est debout.



## 7. PRÉVENIR LES DÉFORMATIONS

### Positionnement correct

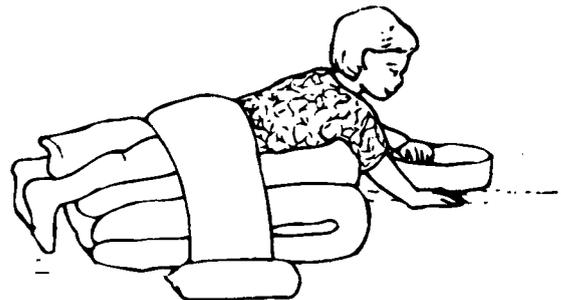
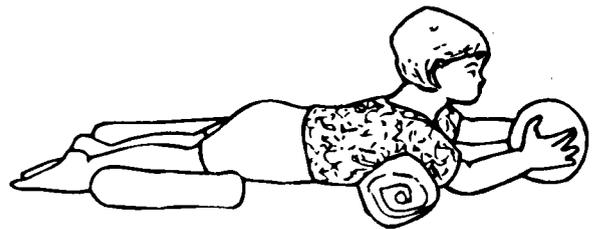
Une bonne position permet à l'enfant d'être plus autonome. Permettez-lui de faire quelques mouvements plutôt que de l'immobiliser totalement avec un équipement trop important. Trop de soutien ne lui permettra pas d'apprendre à bouger. Le changer de position régulièrement.

### La position couchée

Choisissez la position dans laquelle les attitudes vicieuses de votre enfant sont le mieux corrigées.

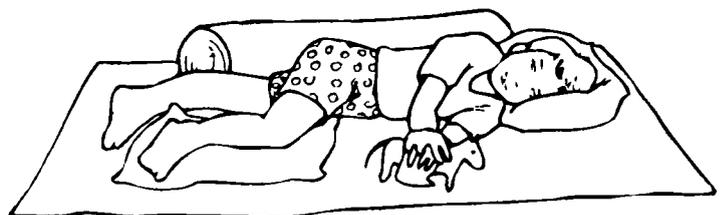
#### Couché ventral :

- . Mettez-le sur un rouleau, un coussin ou une cale de forme triangulaire.
- . Ceci lui maintient les bras en avant et l'aide à redresser la tête.
- . Vous pouvez maintenir jointes des jambes hypotoniques à l'aide de coussins ou de petits sacs de sable.
- . Au contraire, vous pourrez maintenir écartées des jambes rigides à l'aide d'un rouleau placé entre les jambes.
- . Pour étendre des hanches fléchies, posez 2 sacs de sable entourées d'une bande de tissu.



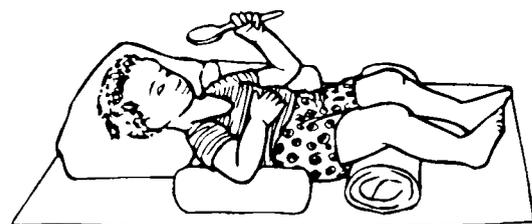
#### Couché latéral :

- . Laisser les 2 bras en avant pour qu'il puisse joindre les 2 mains.
- . Fléchir la hanche et le genou d'un côté : ceci évite la pression d'une jambe sur l'autre et relâche son corps.



#### Couché dorsal :

- . Amener sa tête et ses épaules vers l'avant.
- . Fléchir ses hanches et ses genoux. Ceci empêche son corps de devenir rigide et raide.

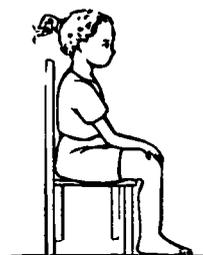


## La position assise

L'enfant qui a un retard à s'asseoir aura besoin de plus de soutien. Il aura aussi besoin de ce soutien plus longtemps qu'un autre enfant et peut-être même d'une chaise spéciale pour l'aider à se tenir de manière à pouvoir mieux utiliser ses mains ; mâcher et avaler plus facilement. L'enfant qui apprend à s'asseoir devrait aussi s'exercer à des activités debout.

### Position assise correcte

La tête légèrement vers l'avant.  
Le dos droit, et sans inclinaison d'un côté ou de l'autre.  
Le bas du dos contre le dossier de la chaise.



Genoux à l'aplomb des pieds.  
Pieds légèrement écartés.  
Les pieds à plat au sol ou reposant sur un petit cale-pied.

### Positions à éviter

Hanches trop en extension car il se repousse en arrière et glisse de sa chaise.



Au contraire, les hanches trop fléchies, il tomberait en avant.

### Comment prendre les mesures de la chaise

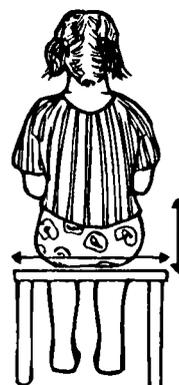
Dossier du siège : mesure des aisselles aux fesses.

Hauteur de la chaise : mesure du creux des genoux aux talons.



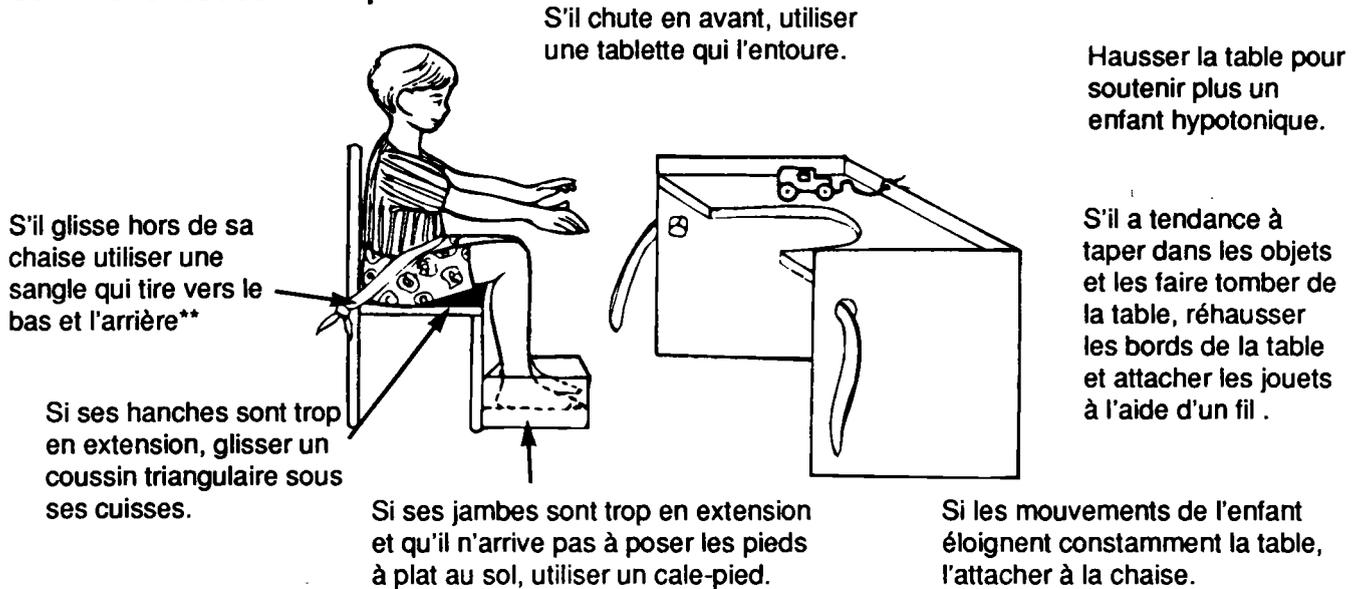
Profondeur de la chaise : mesure de l'arrière des fesses au creux des genoux moins la largeur de 2 doigts.

Hauteur des accoudoirs : mesure du siège aux coudes.



Largeur du siège : largeur des fesses plus la largeur de 2 doigts.

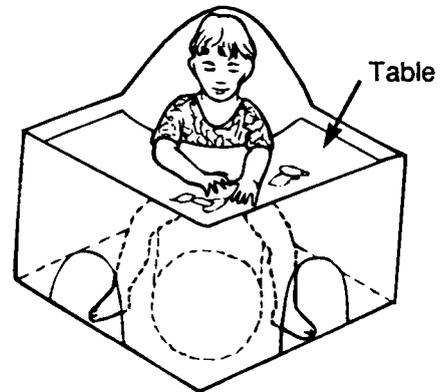
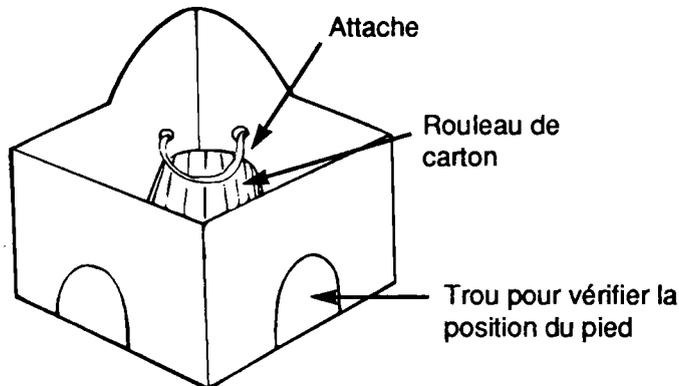
## Comment résoudre les problèmes



## Comment résoudre les problèmes

Si les jambes de l'enfant sont serrées l'une contre l'autre, utiliser un siège où l'enfant sera assis à califourchon : ce siège est réalisé à partir d'une boîte en carton.

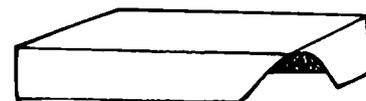
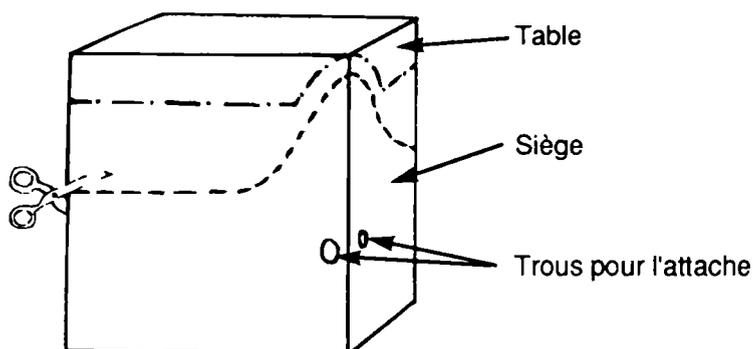
Asseoir l'enfant à califourchon sur un rouleau de carton ou un sac rempli couvert d'une serviette.



## Comment confectionner le siège

Rabattre les battants à une extrémité de la caisse et les coller fermés. Poser la caisse sur ce fond ; la découper en 2 morceaux pour faire le siège et la table.

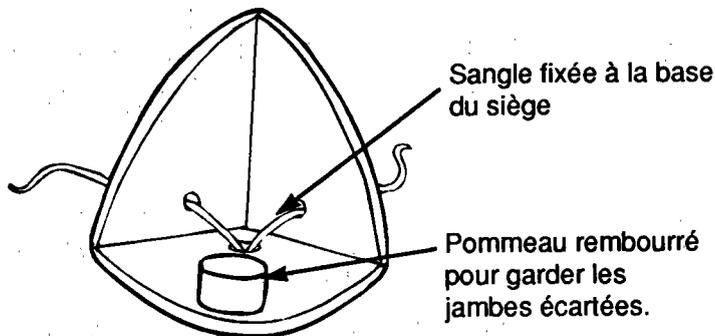
Découper la table de manière à l'adapter autour de l'enfant.



S'il a besoin d'une chaise plus solide, coller ensemble 3 épaisseurs de carton et en renforcer les coins avec du papier craft. Vernir le siège pour le rendre imperméable.

## Comment résoudre les problèmes

Si les muscles fléchisseurs des genoux menacent de se raccourcir, asseyez-le les jambes tendues ; s'il nécessite un soutien, utiliser un siège en coin : Encourager également la position debout.

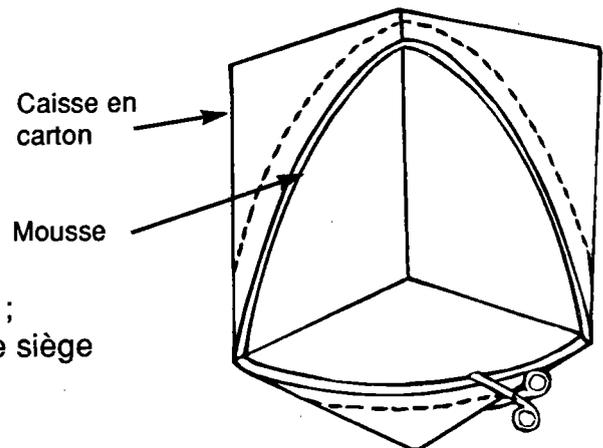


Ce siège peut être fait en bois, mousse ou carton.



## Comment fabriquer le siège

**Mousse :** utiliser de la grosse mousse ferme. Coller les morceaux ensemble. Renforcer le siège en le collant à l'intérieur d'un coin d'une caisse en carton. Couper les bords de la caisse pour égaliser le tout.

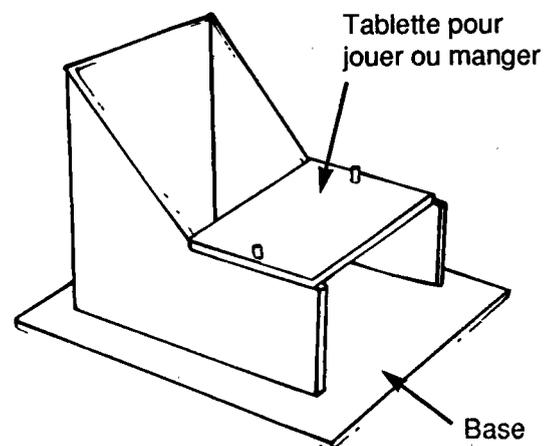


**Carton :** coller 3 épaisseurs de carton ensemble ; renforcer les bords ; passer du vernis sur le siège afin de le rendre imperméable.

## Comment résoudre les problèmes

Si l'enfant se repousse en arrière, ajouter une base pour éviter au siège de basculer.

S'il ne peut pas s'asseoir avec le dos droit et les genoux tendus (même à l'aide d'une attelle de genou), réhausser la chaise du sol de manière à ce que les genoux puissent se fléchir (voir p. 73).



## La position debout

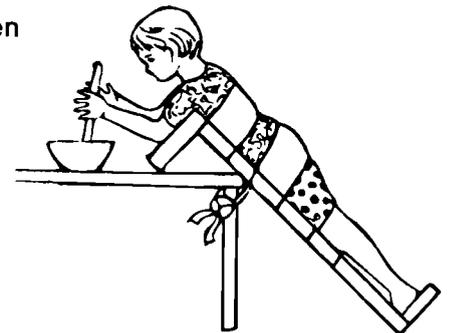
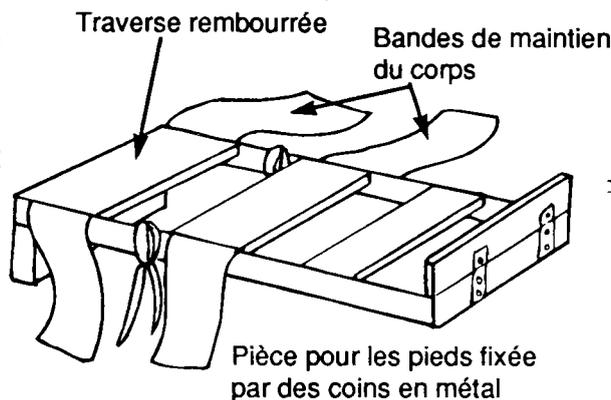
Les enfants qui ont un retard à se mettre debout peuvent avoir besoin d'une aide à la station debout. La position debout favorise le travail des muscles qui maintiennent le corps vertical. Cette position prévient les rétractions et renforce les os des jambes. L'enfant a les mains libres pour jouer, il peut mieux voir autour de lui et mieux communiquer avec les autres.

### Position debout correcte

Le corps est droit, les 2 pieds sont à plat et supportent chacun le même poids. Les hanches sont tendues.

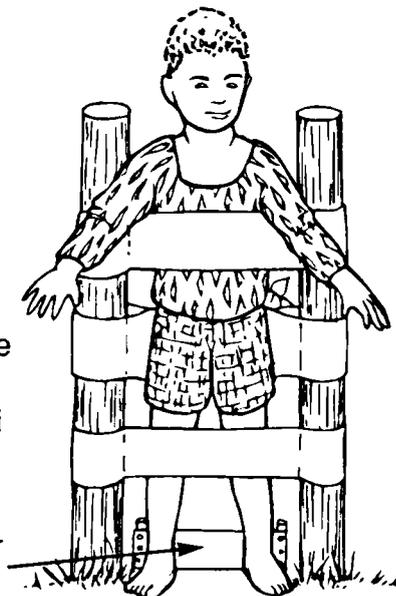
### Comment résoudre les problèmes

S'il nécessite un support pour rester debout et que son corps est fléchi ou qu'il n'arrive pas à garder ses talons au sol, utiliser une table de verticalisation.



S'il a besoin de moins de soutien pour son corps, utiliser un support de verticalisation. Vous assurer que les poutres latérales sont bien enfoncées dans le sol ou bien vous servir d'une large base carrée dans laquelle vous les amarrerez et ainsi vous pourrez utiliser cet équipement à l'intérieur de la maison.

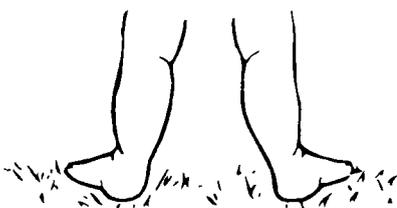
Plaquette pour les talons



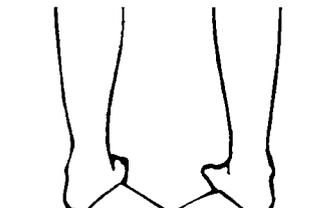
Pour les enfants qui se penchent en arrière, fermer les bandes autour du thorax ; faites un noeud dans le dos.

Serrer bien fort les bandes autour des fesses pour amener les hanches en extension ; nouer fermement les bandes sur les fesses.

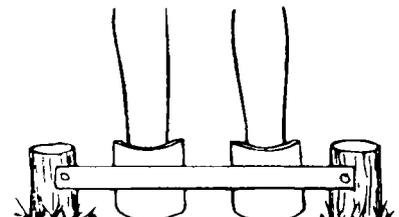
### Moyens de corriger la position des pieds



Les pieds sont tournés vers l'extérieur.



Utiliser des coins, de la mousse ou des briques enfoncées dans le sol pour corriger la position des pieds.



Utiliser des gouttières de maintien des talons en carton à partir de 3 épaisseurs de carton collées ensemble ou à partir d'un morceau de gouttière en plastique pour garder les pieds droits.

## Rétractions et déformations

La **rétraction** est un raccourcissement du muscle qui empêche l'amplitude de mouvement totale d'une articulation. L'articulation s'enraidit.

La **déformation** est une position anormale d'une articulation. Il se peut que l'articulation soit totalement immobilisée.

### Les causes

Trop peu de mouvement.

Quand l'enfant est hypotonique, il bouge moins que la normale et garde la même position.

Un déséquilibre musculaire.

Ceci arrive lorsque certains muscles sont plus forts que d'autres. Par exemple, un enfant spastique prend des positions anormales à cause de l'hyperactivité de muscles spastiques.

### Evaluation

Observez-le bouger

Quelles sont les positions qu'il utilise le plus ? Faut-il encourager ou décourager ces positions ? Y a-t-il des muscles qui risquent de se raccourcir ?



Par exemple, cet enfant s'assoit toujours avec les jambes pliées. Les muscles qui fléchissent les hanches et les genoux auront tendance à se raccourcir. Il sera alors difficile à l'enfant de se tenir debout.

**Ces positions ne sont néfastes que si elles sont utilisées tout le temps. Encourager les autres positions assises également, comme s'asseoir sur un tabouret bas.**

Vérifier l'amplitude de mouvement de chaque articulation.

Quels muscles sont déjà rigides à cause de rétractions ? Les muscles s'étireront-ils ? Jusqu'où s'étireront-ils (amplitude de mouvement) ? Sont-ils faciles ou difficiles à étirer (résistance à l'étirement) ? Notez les résultats en utilisant la méthode qu'on vous a apprise.

Organiser le traitement.

## Prévenir les rétractions

- **Utiliser les conseils de manipulation et de positionnement corrects** pour aider à relâcher les muscles spastiques (voir p. 29 à 33).
- Encourager **les mouvements actifs** (où l'enfant bouge tout seul) dans une position correcte, ce qui étirera ses muscles rétractés. Faites en sorte que cela s'adapte à sa vie quotidienne jusqu'à en faire partie intégrante (voir p. 47 à 74).

Par exemple s'habiller ainsi aidera à étirer des hanches en flexion.



- Si la résistance à l'étirement augmente, les muscles rétractés devront être positionnés de façon à les **étirer de manière constante** et pendant de longues périodes. Ceci sera plus efficace. Utiliser à cet effet un petit **équipement pour le positionnement** (voir p. 35 à 39 et 76) ou une attelle (voir p. 43). Choisir des positions qui seront utiles dans la vie quotidienne de l'enfant. Par exemple, un support de verticalisation aura l'avantage d'étendre ses jambes fléchies et de lui permettre d'avoir les mains libres pour jouer. Il ne devrait pas être laissé dans une certaine position trop longtemps sinon il pourrait développer une rigidité et se sentir inconfortable. Dans les moments où il n'est pas maintenu par un équipement quelconque, encourager une variété de mouvements actifs de sa part.
- **Ajouter de manière journalière des étirements passifs** (c'est vous qui positionnez l'enfant) des muscles qui menacent le plus de se raccourcir, ainsi que pour des muscles déjà rétractés. Ceci permettra de conserver l'amplitude de mouvement la plus complète possible. Utiliser également ces postures lorsque des attelles ont été fabriquées pour l'enfant. Les postures d'étirement ne suffisent pas à elles seules à éviter les rétractions. Utiliser d'abord les autres méthodes décrites.

## Progrès

Contrôler l'amplitude de mouvement de ses articulations. Si la rétraction et la résistance à l'étirement augmentent, amener l'enfant consulter un Kinésithérapeute, un Ergothérapeute ou un médecin. Des plâtres de corrections ou des orthèses seront peut-être nécessaires pour corriger la rétraction. Il ne devrait pas être nécessaire pour le jeune enfant de subir une chirurgie pour corriger des rétractions (voir p. 6). **Il est maintenant impératif de travailler sur la prévention des rétractions.**

## Résumé de l'évaluation et de l'action

Evaluation de la résistance à l'étirement des muscles	Evaluation de l'amplitude de mouvement	Traitement
Légère	Complète	Utiliser positionnement et manipulations correctes Encourager les mouvements actifs dans des positions corrigées.
Modérée	Complète	Ajouter un étirement constant grâce à un petit équipement ou une attelle
Forte	Limitée-rétraction débutante	Ajouter un étirement passif journalier
Très forte	Se dégrade-rétraction augmente	Consulter un thérapeute ou un médecin. Besoin probable de plâtre correctif ou d'orthèse pour corriger la rétraction.

## Comment étirer les muscles passivement ?

- Expliquez ce que vous voulez faire et assurez-vous de la coopération de l'enfant avant toute chose.
- Positionnez l'enfant de manière à réduire toute rigidité ou mouvement anormal (voir p. 35 à 39).
- Gardez le membre en position d'étirement, **étirez très lentement et en douceur** en comptant jusqu'à 20.
- Dès que les muscles se relâchent, les étirer encore un peu plus.
- Répétez l'opération pendant 5 minutes. Faites cet exercice 2 fois par jour, une fois le matin et une fois le soir.

Un exemple d'étirement des muscles du pied :

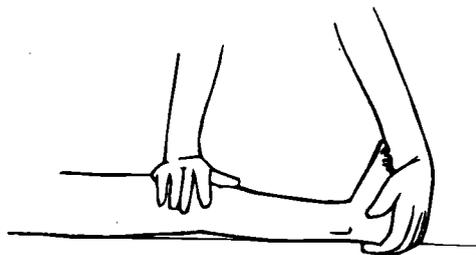
Soutenez sa jambe derrière le genou.

Tirez le talon vers le bas plutôt que de fléchir le pied vers le haut, pour protéger les articulations du pied.

Pendant que vous étirez la cheville, ne permettez pas au talon de pencher d'un côté.



Il existe certains muscles qui sont à cheval sur 2 articulations : par exemple, les muscles du mollet croisent l'arrière du genou et la cheville. Si les muscles sont rigides, l'étirement d'une articulation entraînera la rigidité de l'autre articulation. L'extension du genou rendra peut-être plus difficile l'abaissement du talon. Dans ce cas, il est conseillé d'étendre le genou et d'abaisser le talon en même temps, pour que les muscles soient étirés complètement. Cela aidera l'enfant à se tenir debout avec les 2 pieds à plat au sol.



**Faire attention à :**

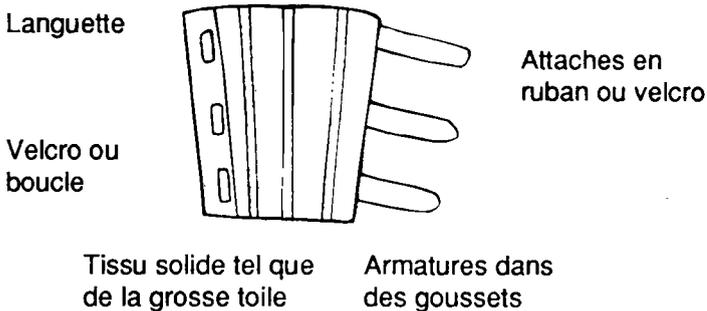
- Ne pas créer de douleur ou de crainte en utilisant la force. **Etirez très lentement et avec douceur.**
- Ne pas mobiliser les articulations avec un mouvement de "pompage". Ceci donne un étirement brusque qui augmente la rigidité des muscles spastiques : attendre plutôt que le corps de l'enfant s'adapte à l'étirement.
- Ne pas étirer pendant un spasme de rigidité ou un mouvement involontaire soudain. Attendez d'abord que le muscle soit relâché.
- Faire attention de ne pas étirer les articulations de manière exagérée. Ne jamais étirer les muscles hypotoniques.
- Faites ces postures d'étirement lors des activités d'autonomie.

## Les attelles

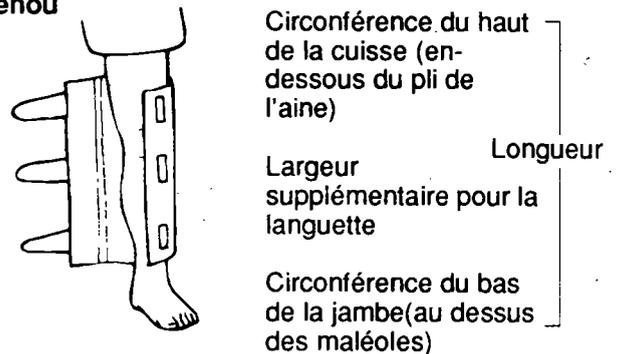
### Les gouttières

Elles sont utilisées pour un étirement constant de façon à mettre en rectitude un membre. Ces attelles légères sont faites de tissu solide et renforcées par des armatures. Les armatures peuvent être constituées de tiges de métal, de plastique ou de bois. Les gouttières entourent le bras ou la jambe pour les tenir droits. **Ne pas** placer une des armatures juste au niveau de la rotule ou de l'os du coude. Les attaches se nouent à l'extérieur. Pour commencer, essayer avec des journaux ou des magazines entourant le membre ; si cela a de l'effet, alors confectionner une gouttière.

#### Modèle de gouttière



#### Comment prendre les mesures pour une attelle de genou

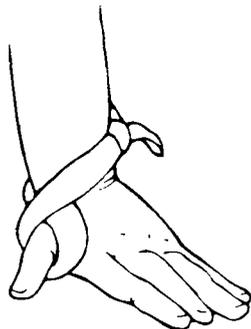


**Comment prendre les mesures pour une attelle de coude ?** Procéder comme pour l'attelle de genou. Mesurer la circonférence du haut du bras (en-dessous de l'aisselle) et du poignet (au-dessus des deux os du poignet) La longueur est celle entre ces 2 mesures. Utiliser une gouttière si l'enfant est capable d'étendre la hanche et le genou ou le coude avec cette aide. **Ne pas** utiliser d'attelle en cas de rétraction grave : l'attelle sera très inconfortable et risquera de blesser le bras ou la jambe.

**Des attelles de genou** peuvent être utilisées en couché ventral, en assis sur le sol ou en position debout.

**Les attelles de coude** peuvent être utilisées pour garder un bras en avant et au repos sur la table alors que l'enfant utilise son autre bras. Elles peuvent être également utilisées pour lui permettre de s'appuyer sur un bras tendu ou pour attrapper ou tenir quelque chose (voir p. 72 et 74).

#### Attelle de pouce



Enrouler un mouchoir autour de la base du pouce pour aider à l'écarter de la paume de la main. L'attacher de l'autre côté du poignet, mais pas trop serré. Il lui sera plus facile ainsi de tenir des objets ou de s'appuyer sur ses mains.

#### Attelles de pied



Celles-ci sont utilisées pour corriger la mise debout sur pointe des pieds (voir p. 65) Utiliser des coquilles plâtrées pour les jeunes enfants. Si des attelles plus conséquentes sont nécessaires, s'adresser à un thérapeute ou un médecin. Si vous en avez à portée de main, des attelles légères en plastique peuvent être glissées dans la chaussure ou la sandale ; on peut aussi y adapter une semelle en caoutchouc pour la marche.

## Evaluation et traitement des rétractions

Si l'enfant adopte une position vicieuse, lui demander d'abord d'essayer de la corriger lui-même. S'il n'y arrive pas, voir jusqu'où vous pouvez corriger sa position pour lui. Si les muscles enraidis empêchent de corriger tout à fait la position, c'est qu'il existe une rétraction.

**Est-ce qu'il arrivera à fléchir ses hanches et à tendre ses genoux ?**

**Position vicieuse**

- Dos rond et genoux fléchis.
- L'enfant est penché en arrière et est assis sur le bout de sa colonne vertébrale.



**Position de test**

- Essayez de redresser son dos et ses genoux en même temps.
- Asseyez-le droit sur ses fesses.

Si cette position n'est pas possible, c'est qu'il y a rétraction.



**Que faire ?**

- **Mouvement actif**

S'asseoir (voir p. 22, 51, 67 et 70) ; debout en appui sur les mains et les pieds (voir p. 63 et 64) ; debout (voir p. 58, 63, 65 et 71).

- **Positionnement**

L'asseoir avec le dos et les genoux droits ; utiliser le mur ou un siège en coin pour un soutien du dos. (voir p. 38, 60 et 73).

- **Etirement constant**

Ajouter des attelles de genou en position assise (voir p. 73)

Si son dos est très arrondi dans cette position, asseyez-le sur une chaise afin que ses genoux puissent être fléchis.

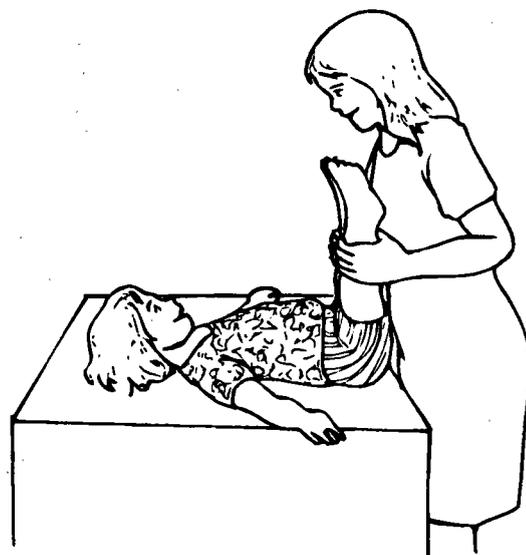
L'encourager à se mettre debout.

Utiliser un cadre de verticalisation ou des attelles, selon qu'il a besoin de beaucoup ou peu de soutien (voir p. 39 et 74).

- **Etirement passif**

Posez les pieds de l'enfant contre vous. Tenir ses genoux et les étendre autant que possible. Penchez-vous légèrement en avant pour fléchir ses hanches.

Gardez ses fesses à plat en contact avec le sol.



**Intégrez ces activités à la toilette, l'habillage et le jeu.**

## Est-ce qu'il pourra étendre ses hanches ?

### Position vicieuse

L'enfant est en couché sur le dos, avec le dos cambré et ses pieds sont en contact avec le sol.

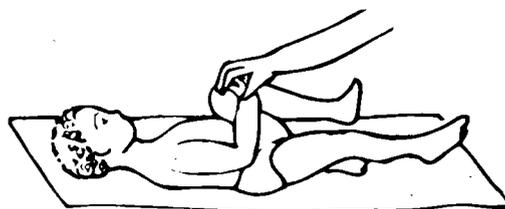
Il se peut qu'il se tienne également debout avec le dos cambré.



### Position de test

- Pliez une jambe sur la poitrine pour que son dos devienne droit.

Si la jambe libre ne reste pas à plat, il existe une rétraction de hanche.



### Que faire ?

- Mouvement actif

Le tirer pour le mettre debout (voir p. 58 et 63).

Marcher (voir p. 65 et 71).

- Positionnement

Couché sur le ventre (voir p. 35).

- Etirement constant

L'encourager à se tenir debout à l'aide d'un cadre de verticalisation (voir p. 39).

## Pourra-t-il écarter les jambes ?

### Position vicieuse

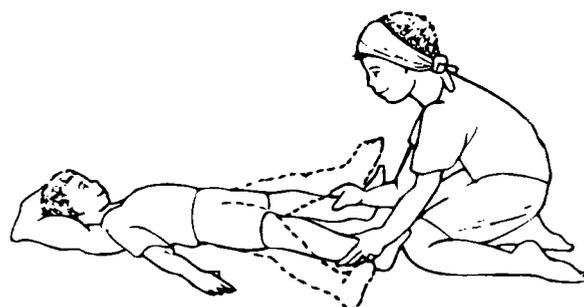
- L'enfant, qu'il soit debout, assis ou couché a les jambes serrées l'une contre l'autre et qui se croisent en ciseaux.

### Position de test

- Ecarter doucement les jambes (voir p. 33).

Les lignes en pointillés sur l'illustration montrent jusqu'où les jambes peuvent s'écarter normalement.

Si ce n'est pas le cas, alors il y a rétraction.



### Que faire ?

- Mouvement actif

L'asseoir avec les jambes écartées et droites (voir p. 62, 67 et 70).

L'asseoir également avec les jambes écartées mais fléchies (voir p. 57).

Marcher latéralement (voir p. 65).

- Positionnement

Coucher (voir p. 35).

- Etirement constant

Assis à califourchon sur un siège (voir p. 37).

Cadre de verticalisation (voir p. 39).

Chaise avec une barre de maintien des genoux (voir p. 76).

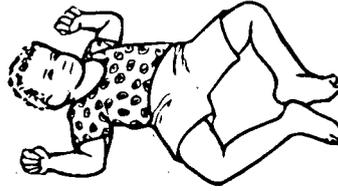
Couché sur le côté grâce à une planche spéciale et avec le genou posé sur une tablette (voir p. 76).

**Intégrez ces activités à la toilette, à l'habillage et au jeu.**

## Pourra-t-il serrer les jambes ?

### Position vicieuse

- L'enfant est couché les jambes écartées (c'est généralement le cas de l'hypotonique).



### Position de test

- Ramener les jambes ensemble et tendre les genoux.

Si les jambes ne se joignent pas, il y a rétraction.



### Que faire ?

- Mouvement actif  
Lui demander d'agiter ses jambes assis sur une chaise ou couché.
- Positionnement  
Garder ses jambes ensemble en position couchée ou assise à l'aide de sacs de sable ou de coussins (voir p. 35).
- Etirement constant  
Utiliser des attelles de genou en position assise (voir p. 73).  
Le mettre debout à l'aide d'attelles de genou ou d'un cadre de verticalisation, selon l'importance du soutien nécessaire. (voir p. 39 et 74)

## Est-ce que ses talons tiennent à plat au sol ?

### Position vicieuse

- Il se tient sur la pointe des pieds (voir p. 3).

### Position de test

- Selon description p. 42.

Si ses talons ne peuvent pas être en contact avec le sol, c'est qu'il y a rétraction.

### Que faire ?

- Mouvement actif  
Encourager assez tôt la mise debout dans une position corrigée. Exercer l'équilibre pour la marche (voir p. 58, 63 et 65).
- Etirement constant  
S'il continue de se tenir sur la pointe des pieds, utiliser des attelles de pied (voir p. 43) pour la mise debout. S'il essaye de marcher sur la pointe des pieds, continuer à exercer l'équilibre, mais consulter un thérapeute ou un médecin pour un avis à propos de l'utilisation d'attelles ou d'orthèses.  
Si elles sont disponibles, utiliser des attelles légères en plastique qui rendent souvent service (voir p. 43, 65 et 71).  
S'il a besoin du support d'un cadre de verticalisation, vérifier la position de ses pieds (voir p. 39).



**Intégrez ces activités à la toilette, à l'habillage et au jeu.**

## 8. SUGGESTIONS DE TRAITEMENT

### A propos de ces suggestions

Ce qui suit sont des propositions de traitement pour l'enfant IMC. Elles sont organisées en 4 stades qui sont les mêmes que les 4 stades des tableaux sur l'évolution du développement. Se référer à ces tableaux de l'évolution du développement afin de déterminer à quel(s) stade(s) se trouve l'enfant. Puis utiliser les activités de ce stade et du stade suivant (voir suggestions de traitement) pour prendre en charge l'enfant. Il se peut que vous travailliez sur différents niveaux d'habileté à la fois : par exemple un enfant qui apprend à s'asseoir aura aussi besoin d'être mis debout avec un soutien.

Certaines des activités d'autonomie devront être décomposées en plus petites séquences dans la pratique : apprendre à l'enfant à exécuter l'activité par paliers, et lorsqu'il est capable d'atteindre un palier, passer au suivant.

La meilleure manière d'encourager le développement de l'enfant est d'intégrer les activités du traitement à la vie de tous les jours.

Expliquer toujours à l'enfant ce que l'on fait et ce qu'on attend de lui. Encourager la famille à faire de même. Encouragez aussi l'enfant à vous aider, à parler ou communiquer avec vous. Parlez à l'enfant, chantez-lui des chansons, racontez-lui des histoires et imaginez des jeux pour rendre le traitement amusant et pour que l'enfant ait envie de le faire.

Faites participer tous les membres de sa famille si cela est possible. Montrez-leur à tous comment faire les activités correctement. Ils devraient tous savoir comment manipuler l'enfant et comment éviter les déformations. Faites en sorte que la responsabilité du traitement soit partagée : ceci sera plus amusant pour l'enfant et soulagera le membre de la famille seul responsable.

Si l'enfant présente des difficultés à atteindre un but, vérifiez si les activités qui lui sont proposées ne sont pas trop difficiles pour lui. Sinon, essayez d'atteindre ce but par des activités alternatives. Par exemple, si l'enfant a des difficultés à redresser la tête lorsqu'il est couché, il parviendra peut-être à le faire plus facilement assis ou debout. De même, l'enfant qui a du mal à rester en équilibre quand il s'assoit, peut acquérir plus d'équilibre en position debout avec un soutien.

Il se peut que l'enfant IMC grave ne progresse pas d'un stade à un autre et qu'il ne montre aucun signe d'amélioration même après une longue période de prise en charge. Pour lui, il faudra viser à encourager la communication, la manipulation correcte, et la prévention des déformations. Un petit équipement sera peut-être nécessaire pour le maintenir en position corrigée et ainsi éviter les déformations. Par ailleurs, cela facilitera sa prise en charge à la famille.

Enfin, ce ne sont que des suggestions de traitement. Encouragez la famille à imaginer d'autres activités pour leur enfant.

**Les "kits de formation" de l'OMS n°23 et 26** fournissent d'autres informations et exemples d'activités qui complètent les suggestions de cette partie du guide.



# STADE 1

## Stade 1 : contrôle de la tête et du corps : Maintien de la tête

Si l'enfant n'a pas appris à redresser la tête, il lui sera difficile de développer des activités telles que la position assise par exemple. De même, couché sur le dos, il aura tendance à se repousser en arrière ce qui a pour conséquence d'augmenter la rigidité du corps. Les positions redressées l'aideront à maintenir sa tête droite et à regarder autour de lui et apprendre.

Commencer en position assise soutenue, car il lui sera plus facile de maintenir sa tête ainsi.

- Abaisser doucement ses épaules.
- Le pencher peu à peu vers l'arrière pour lui apprendre à maintenir sa tête en avant.
- Au fur et à mesure que son maintien de tête s'améliore, le pencher plus en arrière.
- Essayer également de l'incliner d'un côté puis de l'autre.



- Apportez-lui moins de soutien au fur et à mesure qu'il apprend à mieux maintenir sa tête en avant.
- Penchez vos genoux pour l'incliner lentement d'un côté et de l'autre.



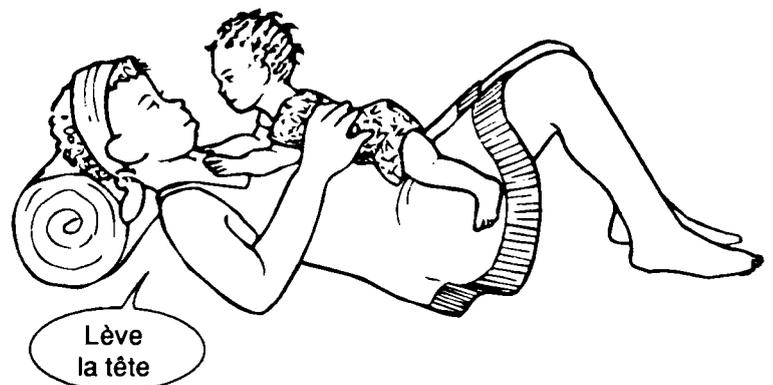
A présent, exercez-le à redresser la tête quand il est penché en avant :

- Penchez-le vers l'avant en le soutenant contre votre corps.
- Inclinez-le d'un côté puis de l'autre doucement.



Enfin, encouragez-le à relever la tête quand il est couché sur le ventre :

- Soutenez-le sur votre torse, et inclinez-le lentement d'un côté et de l'autre.



**Choisir des positions redressées pour le nourrir, le porter et jouer avec lui.**

## Stade 1 : Contrôle de la tête et du corps : retournement

La torsion entre le haut et le bas du corps fait partie intégrante du retournement et plus tard est nécessaire à la position assise ainsi qu'à la marche. Lors du retournement, la tête tourne d'un côté, les épaules suivent puis les jambes.

Relâcher bien son corps avant de l'exercer au retournement :

- Lever ses fesses du sol, le mettre en boule puis le faire rouler d'un côté et de l'autre.



Commencer à l'exercer au retournement à partir de la position couché latéral :

- L'aider à rouler en avant et en arrière.
- Aidez-le en tenant sa jambe et en lui imprimant un mouvement.
- Maintenir son bras du dessous.



- Utiliser ses jambes pour entraîner une torsion de son corps.
- L'encourager à se retourner et attendre qu'il tourne sa tête puis son bras.



Encouragez-le à se retourner de la position dorsale à la position ventrale et vice-versa. Exercer les retournements dans les 2 sens.

- Encouragez-le à se retourner sans aide en lui faisant suivre et attraper un jouet.



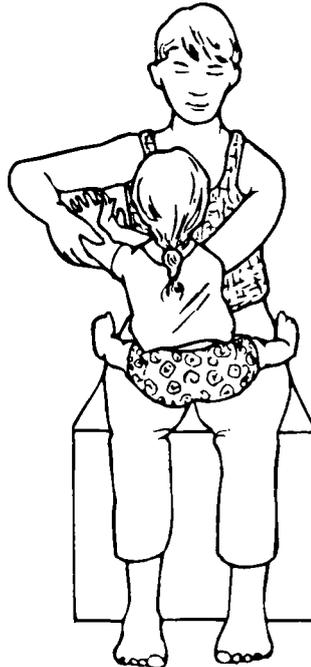
Utiliser le retournement pendant la toilette, l'habillage, le jeu et pour le mettre au lit.

## Stade 1 : position assise : assis en appui sur ses mains

Apprendre à l'enfant à maintenir son corps quand on le bouge et à utiliser ses mains pour se tenir. La position assise lui permettra de voir ses 2 mains et de les utiliser plus.

- Lui amener les 2 bras devant.
- Tourner son corps d'un côté et de l'autre pour qu'il touche ses pieds.
- Montez un genou pendant que vous le faites tourner. ainsi, cela l'exerce à l'équilibre en même temps.
- Parlez-lui quand vous le bougez : "à droite, à gauche".

- Pour redresser son dos, lever ses bras en haut et en avant tout en le faisant tourner d'un côté et de l'autre.



- Maintenir ses mains et ses pieds ensemble et penchez-le tout doucement d'avant en arrière puis d'un côté et de l'autre pour exercer l'équilibre de la tête et du corps.
- Adressez-vous à lui quand vous le faites bouger.
- Dites "en haut, en bas" ; "en arrière, en avant".
- Des mots rythmés sur le mouvement rendront l'exercice plus amusant.



- Tenez ses genoux pour le maintenir en équilibre.
- Penchez-le vers l'avant pour qu'il puisse se rattrapper lui-même et s'appuyer sur les mains pour se tenir.



Pratiquer ces activités également assis sur une chaise (voir p. 36 à 38 et 66).

L'asseoir en appui sur ses mains pendant la toilette, l'habillage et le jeu.

Aider un enfant à s'alimenter correctement est une importante préparation à l'apprentissage de la parole (voir p. 7).

Position à éviter



- L'enfant est couché à plat, sa tête part en arrière.

**Ceci rend la tétée et la déglutition plus difficiles pour l'enfant.**

S'il a besoin de plus d'aide :

S'il ne peut pas fermer sa bouche, aidez-le en poussant sur ses joues et en les tirant en avant.

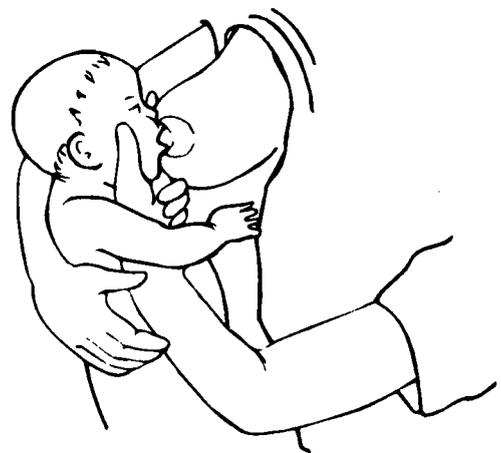
S'il a tendance à se raidir en se repoussant en arrière, appuyer légèrement sur sa poitrine avec le dos de votre main pour amener sa tête en avant.

**Ceci rend la tétée et la déglutition plus faciles.**

Position à encourager



- Tourner son corps vers vous le plus possible.
- Le tenir un peu plus redressé.
- Maintenir ses 2 bras devant lui.
- Appuyer légèrement sur sa poitrine pour l'aider à pencher sa tête en avant.
- Garder ses hanches fléchies sur vos genoux.



S'il ne peut ni têter ni boire un biberon, utiliser une petite cuillère pour lui donner du lait.

## Stade 1 : autonomie : la toilette

Choisir la position que maîtrise le mieux l'enfant.



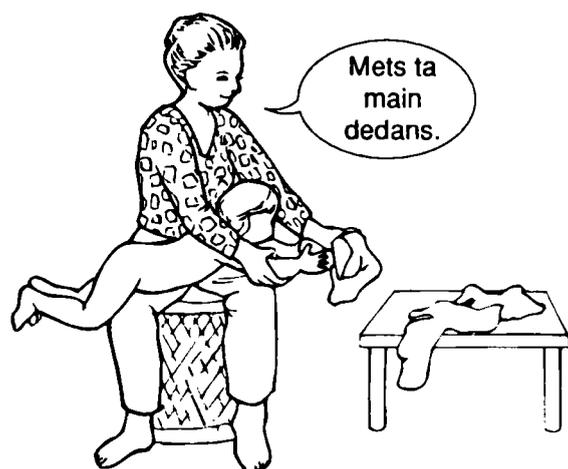
Etendre ses hanches, maintenir sa tête plus haut que ses hanches en levant un de vos genoux. Il lui sera plus facile ainsi de garder la tête en haut.



Plier ses hanches en montant un de vos genoux : cela détend son corps.

## Stade 1 : autonomie : l'habillement

Choisir la position que maîtrise le mieux l'enfant.



Etendre ses hanches. Maintenir sa tête plus haut que ses hanches en montant un de vos genoux : il tiendra plus facilement sa tête relevée.

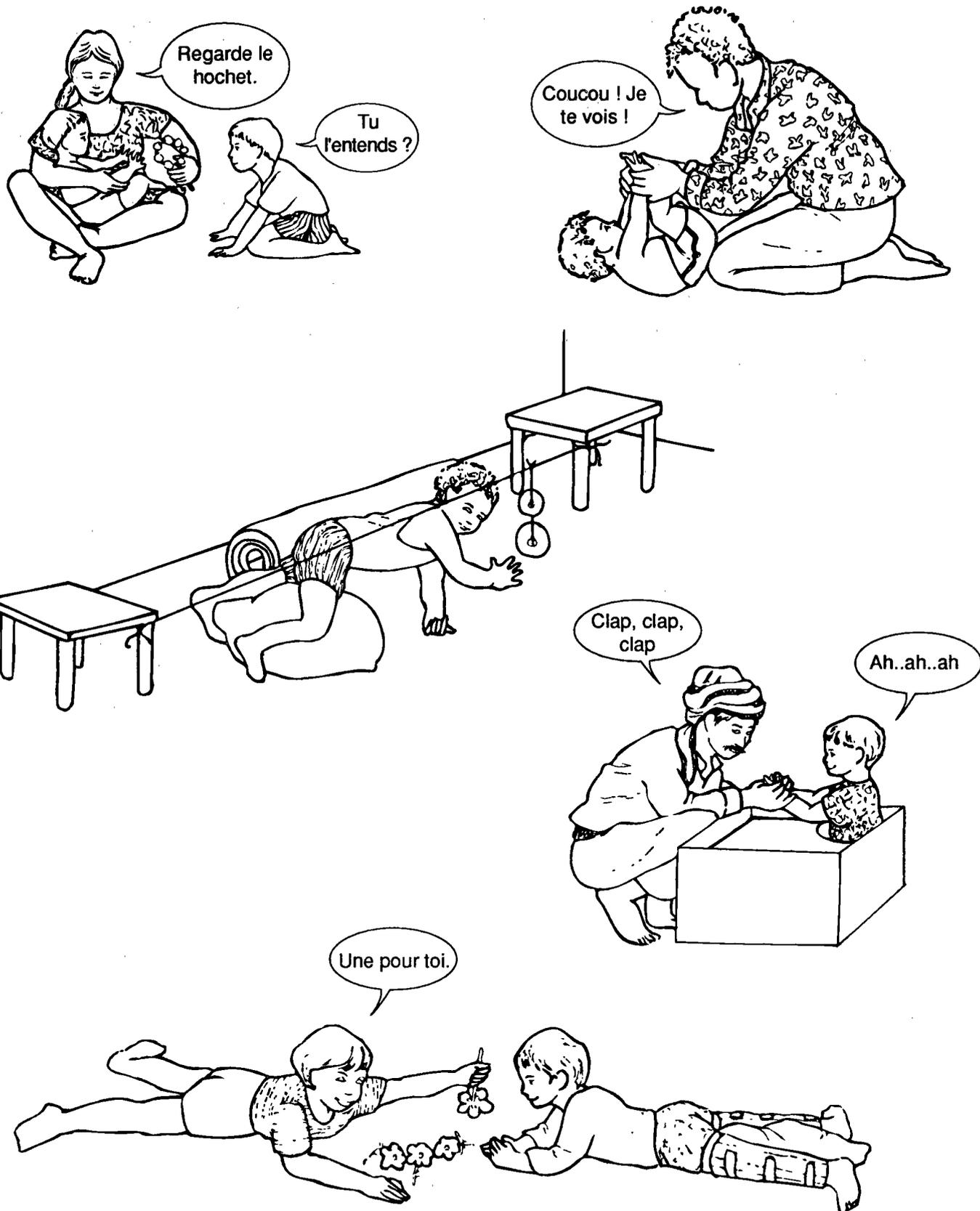
Habillez le côté le plus atteint d'abord, et le déshabiller en dernier.

**Toujours placer l'eau et les vêtements où il peut les voir. Dites-lui ce que vous faites et parlez-lui de son corps, pour qu'il apprenne.**

## Stade 1 : Utilisation des mains et jeu

Encourager l'enfant à amener ses mains devant et à les regarder.

Faites ceci dans une variété de positions correctes pour l'aider à exercer son retournement et sa position assise.



## STADE 2

### Stade 2 : S'asseoir : préparation pour s'asseoir seul

Le pousser doucement vers l'avant et sur les côtés pour lui apprendre à se rééquilibrer seul. Lorsque l'équilibre s'améliore, l'enfant n'aura plus à s'appuyer sur ses mains pour se tenir et pourra les lever du sol. Apprenez-lui à se tourner et à attrapper des objets dans toutes les directions.

- Maintenir ses hanches.
- Basculez-le doucement d'un côté pour qu'il se rattrape.
- Basculez-le de l'autre côté.



- Asseyez-le d'un côté.
- Encouragez-le à attrapper des objets d'une main dans toutes les directions.
- Tenir son autre bras bien droit pour qu'il puisse s'appuyer dessus.



- Posez-le sur quelque chose qui roule, comme un seau ou un bidon.
- Le tenir par les hanches et le basculer doucement vers l'avant pour qu'il apprenne à se rattrapper.



- L'asseoir à califourchon sur vos genoux.
- Le faire basculer d'un côté, avec votre genou, pendant que vous lui soutenez le corps et l'encouragez à se rattrapper.
- Pour le rasseoir droit, abaisser doucement la hanche qui est en hauteur.
- Le basculer de l'autre côté.



**Les enfants qui ont un retard à s'asseoir utiliseront une chaise pour les soutenir (voir p. 36 et 38).**

**L'exercer à s'asseoir pendant qu'il mange, boit, fait sa toilette et joue.**

## Stade 2 : S'asseoir : s'asseoir depuis la position couchée

Quand l'enfant peut s'asseoir seul, apprenez-lui à le faire depuis la position couchée.



- Soutenir sa poitrine, tourner ses hanches vers vous.



- Puis appuyer les hanches vers le bas et l'arrière.
- Soutenir son corps alors qu'il se repousse avec un bras.

Quand il a besoin de moins d'aide, lui tenir juste la main alors qu'il se redresse.

**Faites cet exercice chaque fois que l'enfant doit s'asseoir pour manger, boire, se laver et jouer.**

## Stade 2 : se déplacer : se déplacer sur les mains et les genoux

Quand l'enfant peut s'asseoir seul, apprenez-lui à se tenir lui-même sur ses mains et ses genoux. S'il rampe avec les jambes très fléchies, il risque de développer des rétractions. Au lieu de cela, l'encourager à s'asseoir et à se lever avec les hanches et les jambes bien droites.

Apprenez-lui à se tenir en équilibre sur ses mains et ses genoux, cela l'aidera pour s'agenouiller puis se mettre debout.



- Soulever une hanche et fléchir son genou vers l'avant.
- Déplacer son poids sur ce genou placé en avant, puis fléchir son autre jambe de la même façon.



- Puis pousser les 2 hanches vers le bas pour l'encourager à lever sa tête et à se tenir sur ses 2 mains.
- Basculez-le doucement d'un côté et de l'autre et d'avant en arrière pour exercer son équilibre.

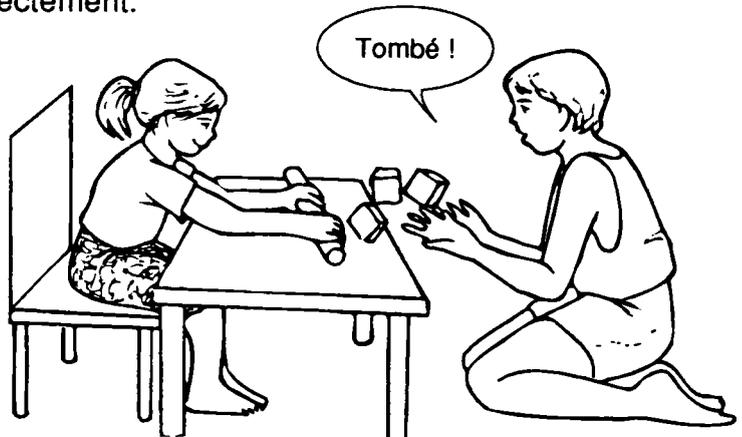
S'il a besoin d'aide pour se lever du sol, laissez-le d'abord passer sur ses genoux et ses mains avant de le lever.

**Faites ces exercices pendant la toilette, l'habillage et le jeu.**

## Stade 2 : s'asseoir : s'asseoir seul

Pour une position assise correcte sur une chaise, l'enfant doit apprendre à garder les pieds à plat au sol, à écarter légèrement les jambes et à se pencher en avant en s'appuyant sur ses 2 mains. Félicitez-le lorsqu'il s'assoit correctement.

Choisir des jeux où il peut resté assis en position corrigée, et où il devra exercer son équilibre. L'encourager à garder les coudes tendus. S'il a des difficultés à le faire, commencer en utilisant des attelles de coude (voir p. 43).



Au fur et à mesure que son équilibre s'améliore, l'encourager à lâcher une main puis l'autre.



Lorsqu'il n'aura plus besoin de se tenir du tout, l'assoir sur un tabouret et l'aider à attraper des objets. Chantez-lui des chansons avec des mouvements à copier. L'aider à battre la mesure avec les pieds ou à se pencher en avant pour toucher ses orteils.



Mettre des coussins  
autour au cas où il tomberait.

**Pratiquer ces exercices pendant le repas, la toilette, l'habillage et le jeu.**

## Stade 2 : le déplacement : se tirer pour se mettre debout

Lorsque vous tirez l'enfant pour qu'il se mette debout, il devra se pencher bien en avant. Souvent, il aura tendance à se repousser en arrière et cela rendra plus difficile la mise debout.

Pour le faire passer correctement d'une position assise à une position debout.



- Placez ses pieds à plat et sous ses genoux.
- Pendant qu'il se penche en avant, appuyez sur ses genoux vers le bas.

- Quand il est debout, le maintenir au niveau des genoux et de la poitrine.

**Ne pas le laisser se pencher en arrière.**

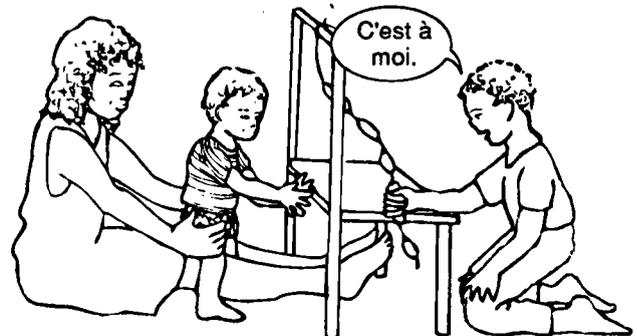
Pour se lever de la position à genoux à debout :

- Appuyer vers la bas sur un genou.
- Maintenir le deuxième genou bien en arrière pendant qu'il se penche bien en avant.
- Lorsqu'il se lève, le soutenir au niveau de la poitrine.



Une fois debout :

- Le maintenir avec votre jambe.
- Garder ses hanches droites et bien à l'aplomb de ses pieds.
- Balancer son poids d'un côté puis de l'autre.



**Beaucoup d'enfants nécessiteront un petit équipement pour les aider à rester debout (voir p. 39).**

**L'exercer à la position debout pendant la toilette, l'habillage et le jeu.**

## Stade 2 : autonomie : Boire et manger

L' enfant peut manger ou boire assis sur vos genoux ou sur une chaise. S'il a besoin de beaucoup de soutien en position assise et d'aide pour mâcher et avaler, Il vous sera plus facile de lui donner à manger assis dans une chaise. Amener sa tête et ses bras en avant. Présenter toujours la nourriture et la boisson bien en face, pour qu'il puisse tenir sa tête en avant.

Quand il mange :

- Utilisez une cuillère pour les aliments mous.
- Quand vous utilisez une cuillère, placez la nourriture au milieu de la langue.
- Utilisez une cuillère peu profonde et qui ne peut pas se casser facilement.
  
- Pour l'aider à mâcher, lui donner de petites quantités de nourriture solide.
- Placez les aliments dans la partie latérale de la bouche ainsi qu'à l'arrière de la bouche, entre les dents.
- S'il a besoin d'aide pour fermer la bouche quand il mâche, appliquer une pression sur le côté de la joue comme sur l'illustration ci-dessous.



Siège fabriqué à partir d'une bassine en plastique et rembourré.

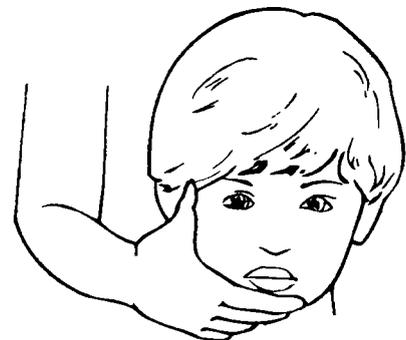
Quand il boit :

- S'il ne peut pas fermer la bouche, appuyer fermement sur la joue comme sur les illustrations ci-dessous : ceci l'aidera aussi à avaler plus facilement.
- Découper un morceau de la tasse de manière à l'adapter autour de son nez. Ainsi il n'aura pas à pencher sa tête en arrière quand il boit.



Contrôle de la joue s'il vous fait face.

Contrôle de la joue si vous êtes assis à côté de lui.



Evitez que la langue ne repousse la nourriture en l'abaissant fermement avec le dos de la cuillère pendant que vous l'alimentez.

**Ne pas pencher sa tête en arrière.**

## Stade 2 : autonomie : la toilette

Choisir une position correcte pour laver l'enfant.



Pour garder sa tête plus haute que ses hanches, levez un de vos genoux, il lui sera plus facile de maintenir sa tête redressée.

S'il apprend à s'asseoir, alors faites-lui sa toilette dans cette position.



- L'encourager à garder ses mains ensemble.



- L'encourager à se tenir à la baignoire.

S'il apprend à se tenir debout, lavez-le dans cette position.



**Placez toujours l'eau de manière à ce qu'il la voit. Dites-lui ce que vous faites et ce qu'il doit faire, pour qu'il apprenne.**

## Stade 2 : autonomie : l'habillement

Choisir une bonne position pour l'habiller.

S'il apprend à s'asseoir, habillez-le dans cette position.



- L'asseoir proche de vous et plier son corps vers l'avant le bras bien droit.



- S'il ne peut pas garder le dos droit ni les jambes tendues, le placer face à vous (voir p. 22).



- Quand son équilibre s'améliore, soutenez-le moins.

S'il apprend à se mettre debout, habillez-le dans cette position.



**Placez toujours les vêtements où il peut les voir. Dites-lui ce que vous faites et ce qu'il doit faire pour qu'il apprenne. Habillez d'abord le côté le plus atteint et déshabillez-le en dernier.**

## Stade 2 : l'utilisation des mains et le jeu

Encourager l'enfant à attrapper des objets dans toutes les directions et à s'appuyer sur ses mains.

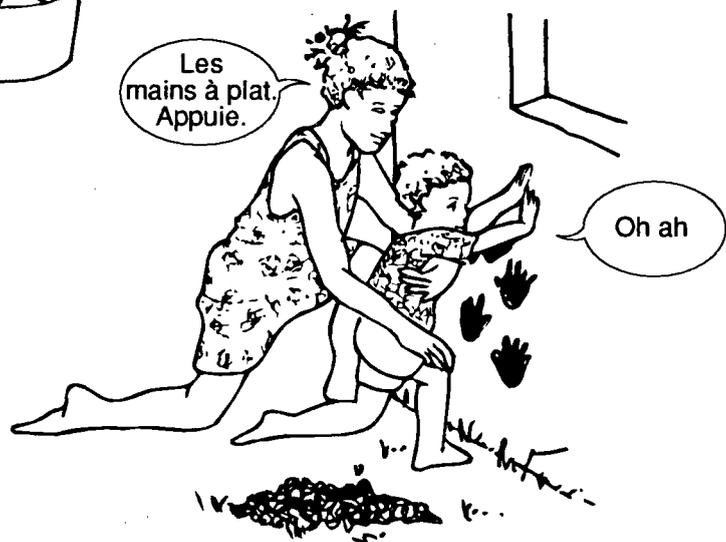
Faites cela dans des positions correctes et variées pour l'exercer à s'asseoir, s'agenouiller et se mettre en charge sur ses mains et ses genoux.



Un drap ou une serviette enroulé autour de lui l'aidera dans son équilibre assis et pour garder ses bras en avant.



Ne pas utiliser cette position pour un enfant avec les jambes très fléchies. Mettez-le plutôt debout.



## STADE 3

### Stade 3 : S'asseoir : Se lever depuis une chaise

Après qu'il ait appris à se tirer pour se mettre debout avec de l'aide, lui apprendre à le faire seul. Il est généralement plus facile pour un enfant IMC de se mettre debout à partir d'une chaise plutôt qu'à partir du sol. Aidez-le à apprendre les mouvements corrects.

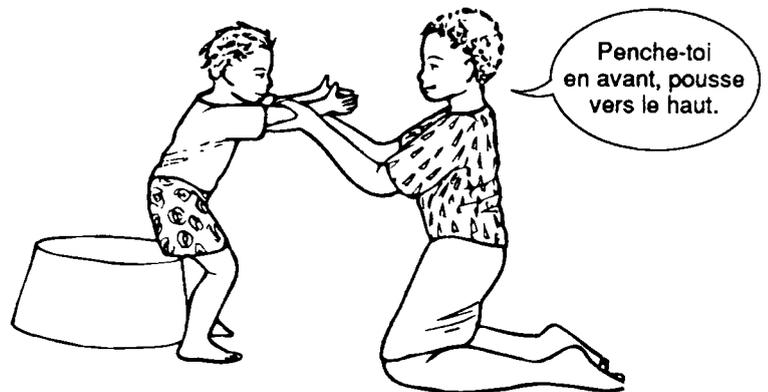
Pour passer de la position assise à debout correctement :

- Placez ses pieds à plat au sol et bien à l'aplomb de ses genoux.
- Il doit se pencher bien en avant pour que ses fesses se lèvent du siège.
- Le soutenir sous les bras.
- L'exercer à lever et à baisser ses fesses du siège.



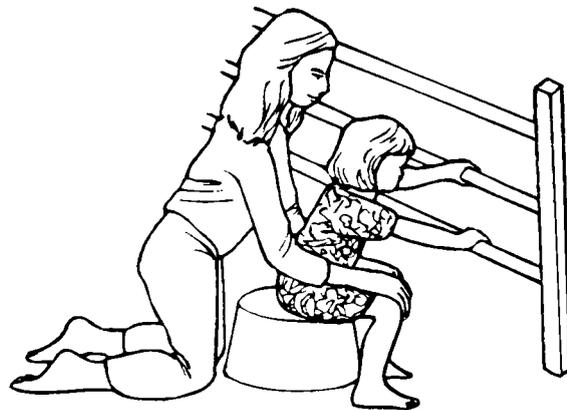
Quand il peut lever ses fesses de la chaise, il est prêt à apprendre à se mettre debout.

- Lorsqu'il est debout, glissez vos mains jusqu'à ses coudes et maintenir son corps en avant.
- Il peut alors se mettre debout avec les hanches tendues.



Ensuite, le laisser se tirer lui-même pour se mettre debout.

- S'il a besoin d'aide, pousser ses genoux vers le bas pendant qu'il se penche en avant pour se mettre debout.



- Maintenant, qu'il essaye de se mettre debout tout seul.
- Si ses bras ont tendance à tirer vers l'arrière, donnez-lui un bâton à tenir pour qu'ils restent en avant.
- Se mettre debout avec les hanches bien tendues.



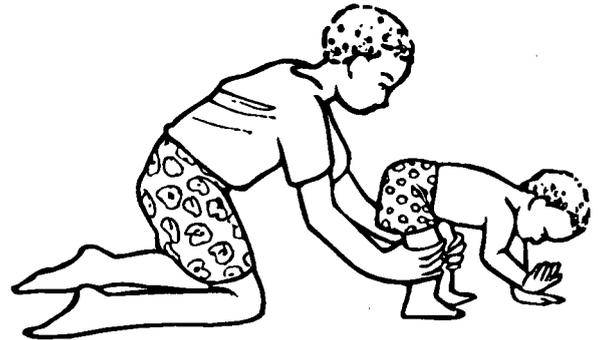
**Entraînez l'enfant à se lever pendant la toilette, l'habillage, le jeu et quand il se relève des toilettes.**

### Stade 3 : le déplacement : la position accroupie et la position agenouillée

La position accroupie est une bonne position pour étirer des chevilles raides. Beaucoup d'enfants nécessitent un soutien pour tenir en équilibre dans cette position. C'est une position importante pour la toilette et le jeu.

Pour l'exercer à la position accroupie :

- L'aider à s'équilibrer sur ses mains et ses pieds.
- Tenir ses genoux.
- Le basculer doucement dans toutes les directions.
- L'encourager à lever une main puis l'autre.

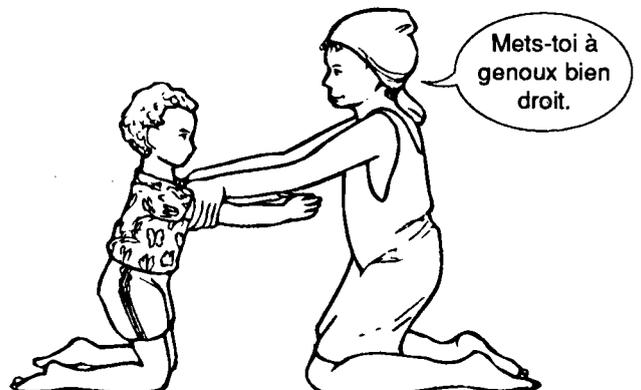


- Pousser sur ses genoux vers le bas quand il attrape quelque chose en avant, garder ses pieds bien à plat, et le basculer doucement dans toutes les directions.
- L'encourager à se mettre debout à partir de la position accroupie.



Un bon équilibre en position agenouillée facilite la mise debout.  
Pour améliorer son équilibre dans cette position :

- Commencer par le faire asseoir sur ses talons.
- Le tenir autour des épaules.
- L'aider à se pencher en avant et se redresser en position à genoux jusqu'à ce que ses hanches soient tendues.
- Puis l'aider à se rasseoir sur ses talons.
- Faites cela doucement.



- Quand il arrive à rester en position agenouillée redressée, le pousser doucement d'un côté et de l'autre.



**Exercez cela pendant la toilette, l'habillement, le jeu et quand il se relève des toilettes.**

### Stade 3 : le déplacement : la marche

Pour faire un pas, il doit pouvoir charger le poids de son corps sur un pied alors qu'il lève l'autre. Beaucoup d'enfants mettront longtemps à apprendre à marcher seuls. Il se peut qu'ils aient besoin d'attelles ou de petit équipement pour les aider.

L'encourager d'abord à faire des pas de côté.



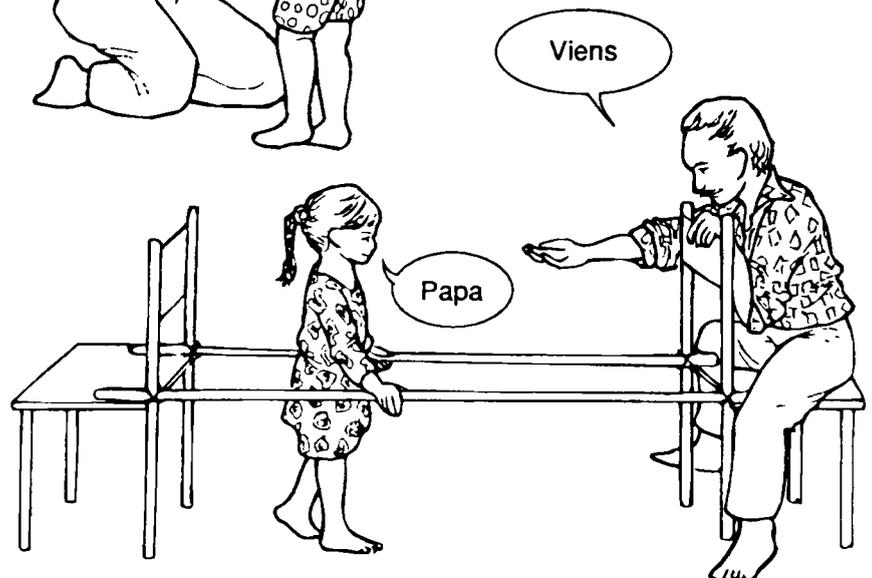
Puis l'encourager à faire des pas en avant.

- Le soutenir contre votre jambe et l'aider à passer le poids du corps d'un pied sur l'autre.



Quand il s'améliore :

- Le maintenir par les hanches ou les coudes.
- L'aider à passer le poids du corps d'un côté et de l'autre pour faire des pas.
- Lui donner graduellement de moins en moins de soutien.



- Pour la stabilité nécessaire, un adulte devrait s'asseoir sur l'une des chaises.

**Exercez la marche pendant le jeu et les activités d'autonomie.**

### Stade 3 : autonomie : manger et boire

Réduire le soutien que vous lui donniez pour manger et boire, mais conserver une position assise correcte (voir p. 36 à 38). Apprenez à l'enfant à se nourrir seul et à tenir une tasse. Il aura peut-être encore besoin d'aide pour garder sa mâchoire fermée (voir p. 59). Toujours lui présenter les aliments ou la boisson en face pour qu'il puisse garder sa tête en avant.

En mangeant :



- L'aider à garder ses 2 bras en avant avec ses mains à plat sur la table pendant qu'on l'alimente.
- Ses pieds devraient être à plat au sol.



- L'aider à tenir la cuillère en pliant son poignet en arrière.
- L'aider à garder son autre bras en avant et sa main à plat sur la table.
- Utiliser une cuillère peu profonde et solide.

En buvant :



- Maintenir ses bras en avant.



- Il tient sa tasse avec les 2 mains et s'appuie sur ses coudes.

**Si l'enfant est très hypotonique et a tendance à tomber en avant, soutenez-le dans une position plus redressée.**

### Stade 3 : autonomie : la toilette

Apprendre à l'enfant à commencer à se laver seul. Choisir des positions qui l'exerceront à la position assise ou debout. Il peut apprendre à se laver seul plus facilement assis, puisque c'est une position plus stable.



Ces positions sont utilisées pour étirer les jambes.

S'il ne peut pas étendre ses genoux, il devrait s'asseoir sur un tabouret ou une chaise basse.



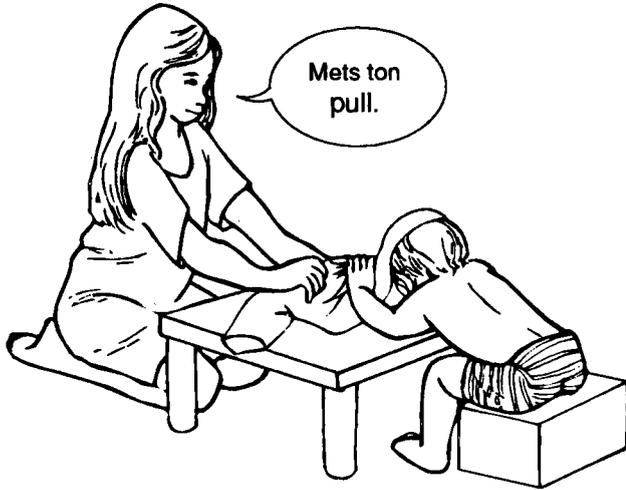
S'il apprend à se mettre debout, le laver dans cette position.



### Stade 3 : autonomie : l'habillement

Apprendre à l'enfant à aider lors de l'habillement. Encouragez-le à lever ses bras et ses jambes ou à mettre ou retirer ses vêtements.

Choisissez des positions qui l'encouragerons à le faire assis, à genoux ou debout.



**Habillez d'abord le côté le plus atteint et le déshabiller en dernier.**

### Stade 3 : autonomie : la toilette

**Ne pas** commencer à lui apprendre à se laver seul avant 18 mois.

Avant de commencer à lui apprendre à faire sa toilette, il est important que vous sachiez quand il fait pipi et va à la selle pendant la journée. Noter cela pendant quelques jours.

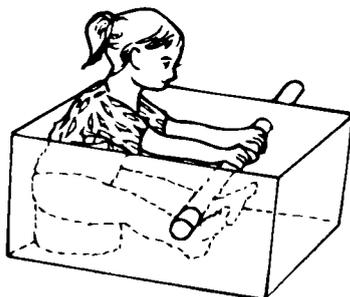
Une fois que vous connaissez son rythme, vous pouvez le mettre sur le pot à ces horaires-là tous les jours. S'il fait pipi ou va à la selle dans le pot, le féliciter. Dans le cas contraire, ne le grondez pas mais ne le félicitez pas non plus. Cela lui fera comprendre que vous vouliez qu'il utilise le pot.

Vous ne devriez pas le laisser sur le pot plus de 10 minutes. Au début, vous devrez peut-être rester avec lui. Expliquez-lui ce que vous voulez qu'il fasse.

Par la suite, il indiquera d'une manière ou d'une autre quand il aura besoin d'aller aux toilettes. Il aura encore besoin d'aide pour se déshabiller et se nettoyer. Il aura peut-être aussi besoin d'aide pour tenir en équilibre. Il aura peut-être besoin d'un siège spécial pour s'asseoir dans une position correcte.

Quelques enfants ne pourront pas apprendre à utiliser le pot.

Au début, le soutenir entre vos jambes.



Au fur et à mesure que son équilibre s'améliore, donnez-lui moins de support. Vous pouvez placer le pot dans une caisse ou sur un tabouret ; il peut se tenir à une barre.

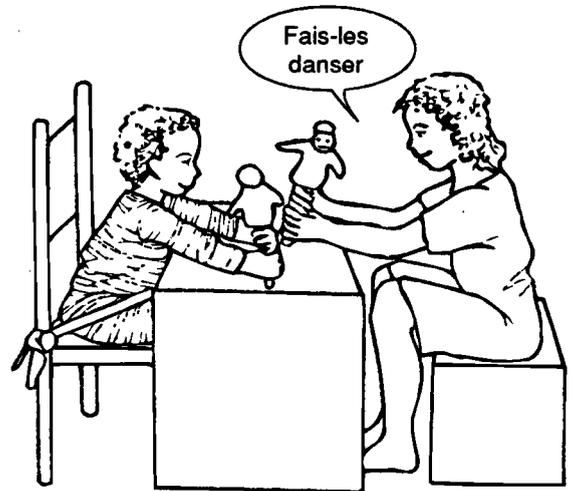


Encouragez-le à se mettre debout depuis la position accroupie sur les toilettes.



### Stade 3 : utilisation des mains et jeu

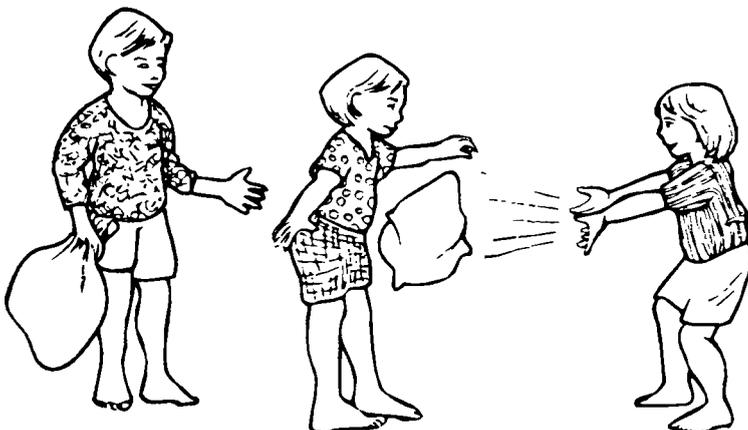
Encouragez l'enfant à bouger ses 2 mains ensemble et séparément. Il doit s'appuyer pour tenir des jouets et les relâcher. Jouez avec lui en position assise, agenouillée, et debout.



# STADE 4

## Stade 4 : déplacement : la marche

Apprenez à l'enfant à marcher de façon plus stable en améliorant son équilibre. Il devra aussi apprendre à monter et descendre les escaliers. Des aides de marche seront peut-être nécessaires. Des attelles seront peut-être utiles pour garder le pied à plat (voir p. 43).



**Exercez la marche pendant le jeu ou les activités d'autonomie.**

#### Stade 4 : autonomie : manger et boire

Si l'enfant a appris à se nourrir seul, il aura peut-être encore besoin de tenir un bâton attaché à la table pour éviter que son bras ne tire en arrière. Il devrait être capable de se tenir assis dans une position correcte tout seul ou sur une chaise ou sur un tabouret.

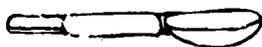


Une serviette ou un linge humide posé sous l'assiette l'évitera de glisser sur la table.

L'attelle maintient son bras tendu.

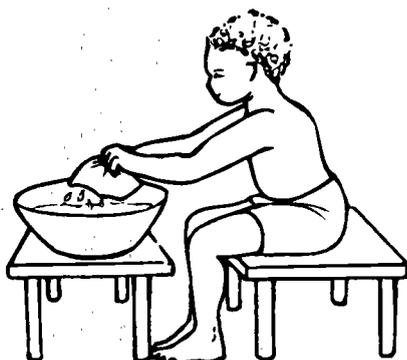
Tenir le bâton lui permet de garder son bras en avant.

Il aura besoin d'une cuillère avec un gros manche pour être plus facile à tenir. Utiliser du bambou, un morceau d'intérieur de pneu ou du tissu pour épaissir le manche d'une cuillère.



#### Stade 4 : autonomie : la toilette

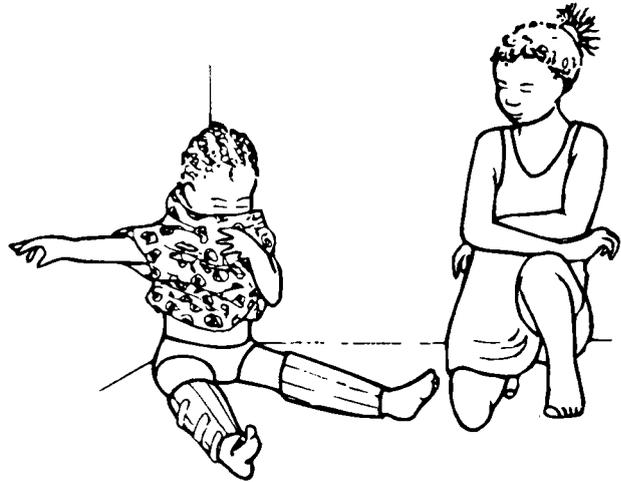
S'il a appris à se laver seul, il aura peut-être besoin de s'agripper à des objets pour se tenir. Il devrait se laver seul en position assise et debout.



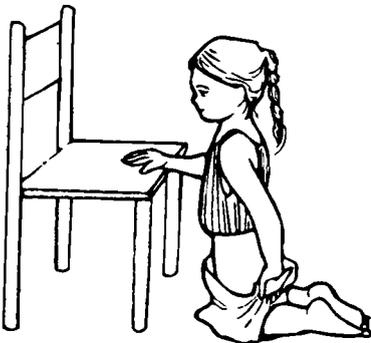
Un gant de toilette lui facilitera la tâche. Un gant est fait d'un morceau de serviette éponge.

#### Stade 4 : autonomie : l'habillement

S'il a appris à s'habiller seul il aura peut-être besoin de s'agripper à des objets ou s'appuyer contre le mur pour se tenir. Choisir la position dans laquelle il est le plus à l'aise pour faire le plus de choses lui-même.



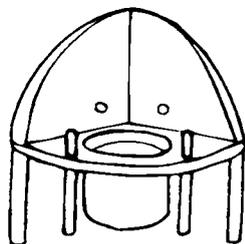
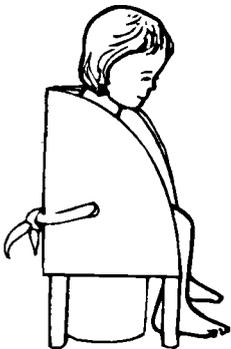
Appuyé contre le mur ou assis dans un coin comme soutien.



**Habillez d'abord le côté le plus atteint et le déshabiller en dernier.**

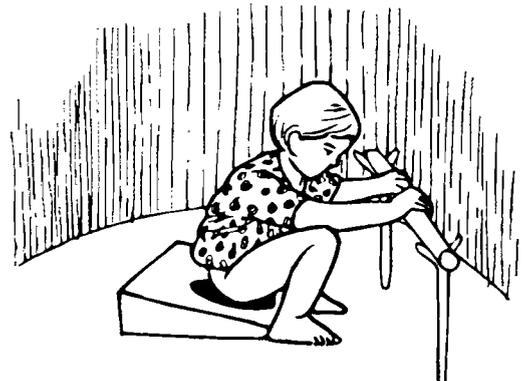
#### Stade 4 : autonomie : la toilette

Au fur et à mesure que l'équilibre de l'enfant s'améliore, lui donner moins de soutien. Encouragez-le à aider le plus possible lors de l'habillement et du déshabillage et pour aller aux toilettes. S'il arrive à aller sur le pot ou les latrines et à se lever seul, l'encourager à le faire aussi.



Les barres sont utilisées pour maintenir ses jambes écartées.

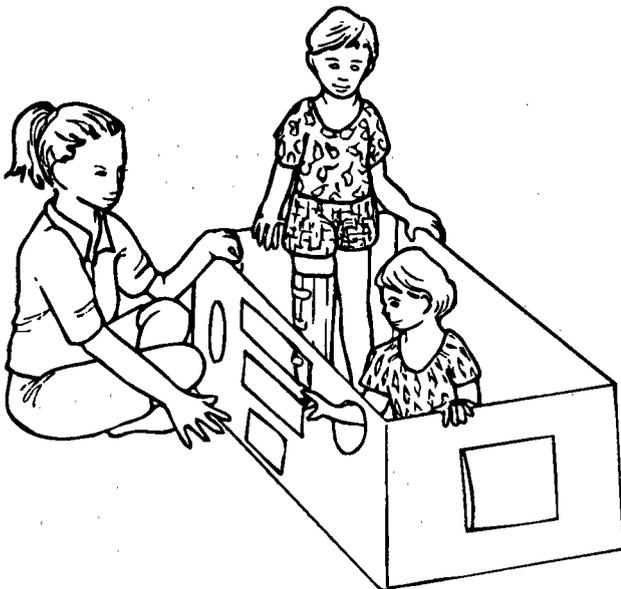
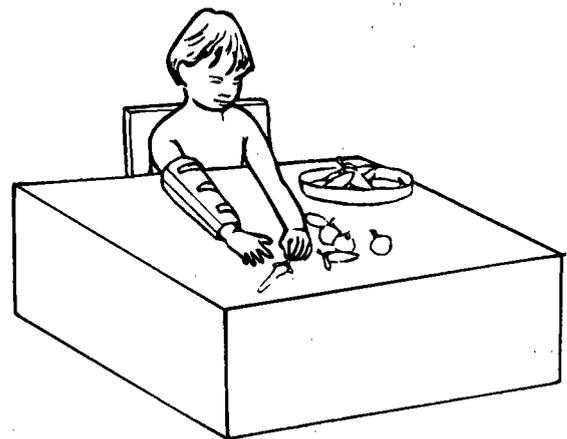
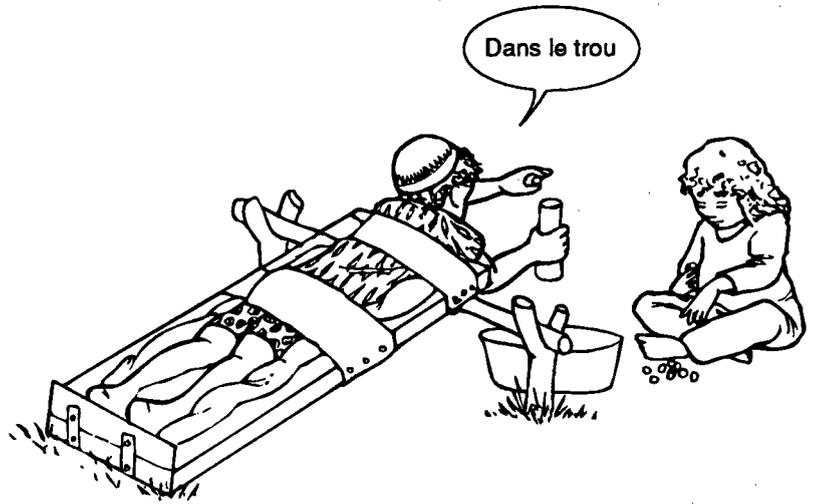
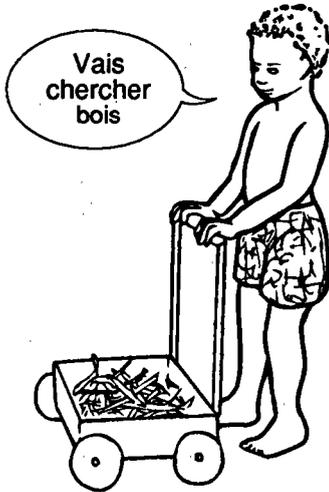
Un trou en forme de poire est plus adapté aux garçons.



Si l'équilibre en position accroupie est faible, lui donner une barre à tenir ainsi qu'une cale en bois ou 2 briques pour s'asseoir dessus.

#### Stade 4 : l'utilisation des mains et le jeu

Encouragez-l'enfant à jouer dans plusieurs positions différentes. Il devrait ouvrir et fermer les mains et être capable de saisir de plus petits objets. Essayer de l'encourager à aider dans la maison. Il aura peut-être besoin d'un équipement de soutien.



## 9. PRISE EN COMPTE DES PROBLEMES RENCONTRÉS AVEC L'ENFANT IMC

### **Vue très faible**

Si à 3 mois un enfant ne suit pas une lumière qui bouge ou n'essaye pas d'attrapper des objets, consulter un médecin pour un test de la vue. Une très mauvaise vue ralentit le développement du mouvement et l'apprentissage.

**L'encourager à utiliser n'importe quel autre de ses sens.**

**Voir kit de formation de l'OMS n°1 et 2.**

### Suggestions de traitement

#### **Le lever**

- Il se peut qu'il sursaute et se raidisse s'il ne vous voit pas venir. Pour éviter cela, parlez-lui et touchez-le d'abord.

#### **Mouvement**

- Laissez-le sentir le mouvement. Maintenez-le dans une bonne position et balancez-le ou inclinez-le pour augmenter sa confiance. Commencer en bougeant tout doucement.  
- L'encourager à explorer le sol en roulant et en sentant tout autour de lui quand il est assis.  
- L'encourager à s'équilibrer seul quand il est poussé, en position assise (voir p. 55). Ceci prend plus longtemps à apprendre si la vue est faible.

#### **L'utilisation des mains**

- Guider ses bras et ses mains (voir p. 32). L'encourager à explorer le visage de sa mère et son propre corps. Toucher le dos de sa main avec un jouet. Attendez qu'il le trouve et l'attrape.

#### **Faites en sorte que les choses soient plus faciles à voir**

- Rapprocher l'objet de l'enfant ou rapprocher l'enfant de l'objet.  
- Choisir un jouet plus grand ou un jouet de couleur vive ou brillant.  
- Assurez-vous que l'objet bouge lentement pour qu'il puisse le suivre.

**Jouez avec des objets qui sont amusants à toucher et à sentir.**

#### **Problèmes d'ouïe**

- L'aider à mieux vous comprendre quand vous parlez.  
- Touchez son visage pour capter son attention.  
- Se tenir en face de lui avec la lumière sur votre visage.  
- Parlez fort et clairement, sans crier.  
- Utiliser des mots et des gestes en même temps.  
- Placez-le de manière à ce qu'il puisse se concentrer pour écouter.

**Voir kit de formation de l'OMS n°4 et 5.**

## Enfants présentant des atteintes sévères

Les déformations se développent surtout chez l'enfant dont tout le corps est atteint, qui bouge très peu et qui a d'autres difficultés, comme voir ou apprendre. Une déformation fréquente est la "déformation en coup de vent" qui se produit quand :

L'enfant tourne sa tête d'un côté seulement ; si l'on tourne sa tête à droite, ses genoux vont aussi tomber à droite ; un genou a l'air d'être plus en avant que l'autre parce que les hanches sont vrillées.

### Position assise :

Si l'enfant a un très mauvais équilibre et s'il glisse tout le temps de sa chaise, essayer de poser une cale de genou qui corrige la position de ses genoux et de ses hanches. Cela permettra également à l'enfant d'avoir un meilleur contrôle de la tête et des mains.

Fabriquer la cale de genoux avec des plaques de cartons collées et rembourrées de toile ou de mousse.

N'essayer cela que si sa position peut être doucement corrigée et s'il peut être assis confortablement ainsi.

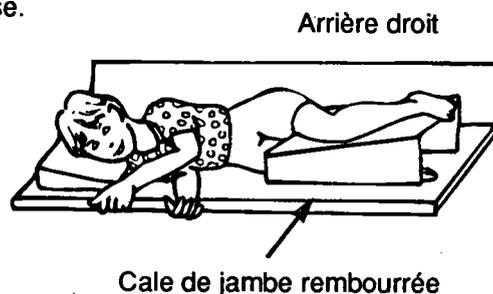
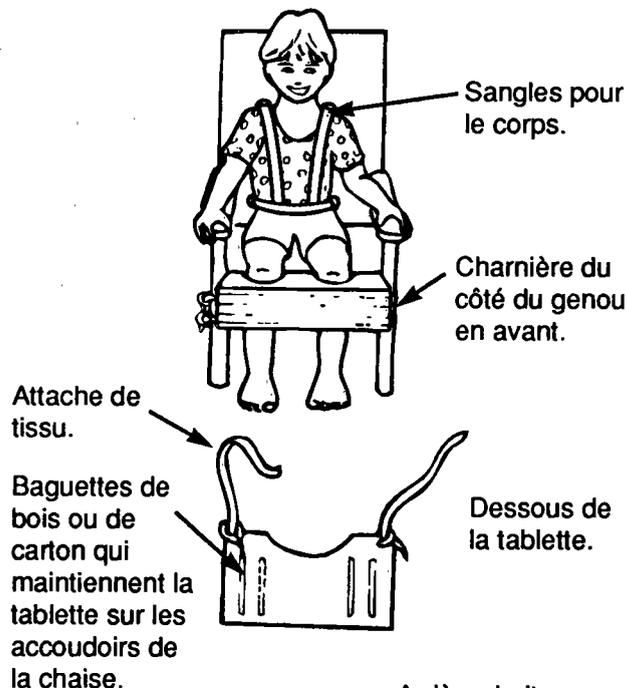
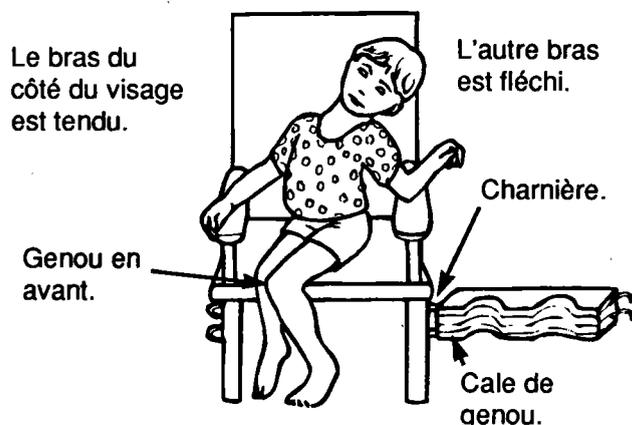
Il aura besoin d'une tablette pour le maintenir et pour déposer les jouets. Des sangles pour le corps seront peut-être nécessaires. Faites des trous à l'arrière de la chaise pour les sangles.

### Couché sur le côté :

Pour certains enfants, couché sur le côté est plus confortable. Si un enfant ne peut pas rester couché sur le côté, le soutenir avec une planche de maintien latéral. Si ses jambes sont trop serrées l'une contre l'autre, utiliser une cale de bois rembourrée ou une cale de carton pour séparer les jambes et éviter que la jambe du dessous soit comprimée.

Encourager la famille à le coucher des 2 côtés, si possible et pas seulement du côté où il tourne sa tête.

**Le meilleur moyen d'éviter les déformations, ou de ralentir leur progression, est de mettre l'enfant dans différentes positions correctes tout au long de la journée.**



## **10. RÉSUMÉ : QUAND DEMANDER UNE AIDE PLUS CONSÉQUENTE ?**

L'agent de réadaptation de niveau intermédiaire doit demander de l'aide si :

### **1. L'enfant présente les signes précoces d'Infirmité Motrice Cérébrale suivants**

- L'enfant est rigide ou hypotonique la plupart du temps (voir p. 15).
- Son développement est plus lent que la normale (voir p. 15).
- Ses mouvements ont l'air différents de ceux des autres enfants (voir p. 16).

Pour être sûr que l'enfant est atteint d'Infirmité Motrice Cérébrale, consultez un Ergothérapeute, un Kinésithérapeute ou un médecin.

### **2. L'enfant a un ou plusieurs des problèmes rencontrés avec l'Infirmité Motrice Cérébrale**

- Il a des problèmes de vue, il ne suit pas des objets qui bougent à l'âge de 3 mois (voir p. 75).
- Il louche toujours après l'âge de 6 mois (voir p. 7).
- Il a des problèmes d'ouïe, il ne se retourne pas quand on prononce son nom à l'âge de 6 mois (voir p. 7 et 75).
- Il a des convulsions (voir p. 8).

Le référer à un agent de santé primaire pour un test de la vue ou un test de l'ouïe.

Si un problème de vue ou d'ouïe est confirmé, l'agent de santé primaire peut référer l'enfant à un médecin.

L'agent de réadaptation devrait s'assurer que la famille suit bien les recommandations de l'agent de santé primaire ou du médecin.

Amener l'enfant chez un médecin pour qu'il conseille des médicaments pour traiter ses convulsions.

### **3. Les progrès dans le traitement de l'enfant sont minces**

- Les buts de traitement sont peut-être trop ambitieux (voir p. 17).
- Il se peut qu'il soit trop sévèrement atteint pour progresser rapidement (voir p. 17).
- Il se peut que la famille soit incapable de faire le traitement correctement.

Amener l'enfant chez un thérapeute pour un avis sur les buts de traitement que vous avez fixés et ce qu'on peut attendre de l'enfant.

Discuter de la situation familiale avec les responsables de la communauté. Organiser un soutien à la famille par la communauté.

### **4. Les rétractions augmentent**

Des mouvements actifs, un positionnement correct et des étirements passifs ont été entrepris, mais les rétractions empirent (voir p. 40 et 41).

Amener l'enfant chez un thérapeute. Des plâtres correctifs, des orthèses ou un avis sur le petit équipement de maintien peuvent être nécessaires.



## 11. BIBLIOGRAPHIE

L'agent de santé communautaire.  
OMS, 1987 (réédité en 1993).  
Distribution et vente, 1211 Genève 27, Suisse.

La formation de rééducateurs de niveau intermédiaire.  
OMS, 1992.  
Réadaptation Q. G, OMS, 1211 Genève 27, Suisse.

Finnie N. (1978)  
Education à domicile de l'Enfant Infirmes Moteur Cérébral.  
Masson, 120 Boulevard Saint-Germain 75280 Paris cedex 06 France

Helander E, Mendis P, Nelson G, Goerdts A. (1991).  
Aider les personnes handicapées là où elle vivent..  
OMS, distribution et vente, 1211 Genève 27, Suisse.

Ce manuel fait référence aux kits de formation suivants :  
Pour la famille des personnes qui ont des difficultés à voir - 1 et 2.  
Pour la famille des personnes qui ont des difficultés à parler et à entendre ou à parler et à bouger - 4, 5 et 7.  
Pour la famille des personnes qui ont des difficultés à bouger - 8, 9 et 14.  
Pour la famille des personnes qui ont des crises convulsives - 21.  
Pour la famille des personnes qui ont des difficultés à apprendre - 23.  
Allaitement d'un bébé handicapé - 25.  
Jeux pour un enfant handicapé - 26.

Levitt S(1987)  
We can play and move.  
Appropriate Health and Technologies Action Group,  
1, London Bridge street, London SE1 9SG - Angleterre.

Packer B. (1986).  
IRED Series VI Tools for Africa : Appropriate paper-based Technology.  
IRED East and Southern Africa office, Box 8242, Hararé - Zimbabwe.

Werner D. (1991).  
L'enfant handicapé au village.  
The Hesperian Foundation, P. O. Box 1692, Palo Alto, California - USA 94302.  
Handicap International, 14 avenue Berthelot 69361 LYON Cedex 07 - FRANCE

Wirtz S, Winyard S. (1993).  
Hearing and Communication for Community Based Rehabilitation Workers.  
Mac Millan : Teaching Aids at Low Cost, P. O Box 49, St Albans, Herts, AL1 4AX,  
Angleterre.

## **Remerciements**

Le tableau p. 16 est adapté d'un feuillet pour les parents : "If You See Any of These Warning Signs" Publié par Pathways Awareness Foundation, 123 North Wacker Drive, Chicago, Illinois - USA 60606.

**VEUILLEZ NOUS RENVOYER LA COPIE JAUNE DÈS QUE VOUS AUREZ PARCOURU LE DOCUMENT A: ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, SERVICE DE LA RÉADAPTATION, 20 AVENUE APPIA, 1211 GENÈVE 27, SUISSE, OU TÉLÉCOPIE : + 41 22 – 791 4874**

**QUESTIONNAIRE RELATIF AUX DOCUMENTS- OMS/RHB**

Nom :

Adresse :

Nous vous remercions de votre commande de la publication, "*Comment favoriser le développement du jeune enfant infirme moteur cérébral*" (réf: WHO/RHB/93.1. Nous vous saurions gré de bien vouloir remplir et nous renvoyer les questionnaires ci-joints. Cela nous aidera à améliorer le contenu de la publication. Veuillez nous renvoyer la copie jaune dès que vous aurez parcouru le document, et la copie blue trois mois plus tard.

.....

Veillez cocher la réponse qui convient.

1. Comment allez-vous utiliser ce document ?

- |                                   |                          |                                      |                          |                      |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| utilisation personnelle           | <input type="checkbox"/> | bibliothèque/centre de documentation | <input type="checkbox"/> | gestion              | <input type="checkbox"/> |
| enseignement - s'adressant:       |                          | à des professionnels                 | <input type="checkbox"/> | à base communautaire | <input type="checkbox"/> |
|                                   |                          | à des agents de réadaptation         | <input type="checkbox"/> | aux familles         | <input type="checkbox"/> |
| autres - veuillez préciser: ..... |                          |                                      |                          |                      |                          |

2. Combien de personnes, selon vous, utiliseront ce document ou une copie de celui-ci ?

- |   |                          |       |                          |              |                          |
|---|--------------------------|-------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 2 à 5 | <input type="checkbox"/> | plus de cinq | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|-------|--------------------------|--------------|--------------------------|

3. Jugez-vous cette publication utile ?

- |            |                          |             |                          |         |                          |
|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------|--------------------------|
| très utile | <input type="checkbox"/> | assez utile | <input type="checkbox"/> | inutile | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------|--------------------------|

4. Comment pourrait-on améliorer le contenu du document ?

.....  
.....  
.....

5. Autres observations :

.....  
.....  
.....

Signature :

Date : Merci de votre coopération.



**VEUILLEZ NOUS RENVOYER LA COPIE BLUE TROIS MOIS PLUS TARD A:  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, SERVICE DE LA  
RÉADAPTATION, 20 AVENUE APPIA, 1211 GENÈVE 27, SUISSE, OU  
TÉLÉCOPIE : + 41 22 – 791 4874**

**QUESTIONNAIRE RELATIF AUX DOCUMENTS- OMS/RHB**

Nom :

Adresse :

Nous vous remercions de votre commande de la publication, "*Comment favoriser le développement du jeune enfant infirme moteur cérébral*" (réf: WHO/RHB/93.1). Nous vous saurions gré de bien vouloir remplir et nous renvoyer les questionnaires ci-joints. Cela nous aidera à améliorer le contenu de la publication. Veuillez nous renvoyer la copie jaune dès que vous aurez parcouru le document, et la copie blue trois mois plus tard.

.....  
Veuillez cocher la réponse qui convient.

1. Comment allez-vous utiliser ce document ?

- |                                   |                          |                                      |                          |                      |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| utilisation personnelle           | <input type="checkbox"/> | bibliothèque/centre de documentation | <input type="checkbox"/> | gestion              | <input type="checkbox"/> |
| enseignement - s'adressant:       |                          | à des professionnels                 | <input type="checkbox"/> | à base communautaire | <input type="checkbox"/> |
|                                   |                          | à des agents de réadaptation         | <input type="checkbox"/> | aux familles         | <input type="checkbox"/> |
| autres - veuillez préciser: ..... |                          |                                      |                          |                      |                          |

2. Combien de personnes, selon vous, utiliseront ce document ou une copie de celui-ci ?

- |   |                          |       |                          |              |                          |
|---|--------------------------|-------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 2 à 5 | <input type="checkbox"/> | plus de cinq | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|-------|--------------------------|--------------|--------------------------|

3. Jugez-vous cette publication utile ?

- |            |                          |             |                          |         |                          |
|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------|--------------------------|
| très utile | <input type="checkbox"/> | assez utile | <input type="checkbox"/> | inutile | <input type="checkbox"/> |
|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------|--------------------------|

4. Comment pourrait-on améliorer le contenu du document ?

.....  
.....  
.....  
.....

5. Autres observations :

.....  
.....  
.....

Signature :

Date :

Merci de votre coopération.

