

## **Avis n°2024.0019/AC/SEAP du 4 avril 2024 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à l'inscription sur la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, de l'acte de rééducation kinésithérapeutique des enfants présentant une paralysie cérébrale ou un polyhandicap**

Le collège de la Haute Autorité de santé ayant valablement délibéré en sa séance du 4 avril 2024,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment son article L. 162-1-7 ;

Vu la demande de la Caisse nationale d'assurance maladie en date du 22 février 2024 ;

Vu la liste des actes et prestations adoptée par la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie du 11 mars 2005, modifiée ;

Vu la recommandation de bonne pratique intitulée « Rééducation et réadaptation de la fonction motrice de l'appareil locomoteur des personnes diagnostiquées de paralysie cérébrale » adoptée par la décision n°2021.0272/DC/SBP du 21 octobre 2021 du collège de la Haute Autorité de santé ;

Vu la recommandation de bonne pratique intitulée « L'accompagnement de la personne polyhandicapée dans sa spécificité » validée par la CSMS le 13 octobre 2020 ;

### ADOpte L'AVIS SUIVANT :

Sur la base de la recommandation susvisée, du rapport intermédiaire sur le forfait de rééducation et de réadaptation des enfants avec paralysie cérébrale ou polyhandicap de la Caisse nationale d'assurance maladie et du recueil des points de vue collectifs des parties prenantes concernées, la Haute Autorité de santé rend un avis favorable à l'inscription sur la liste des actes et prestations, mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, de l'acte de rééducation kinésithérapeutique des enfants présentant une paralysie cérébrale ou un polyhandicap. Le service attendu de cet acte est suffisant pour les interventions indiquées (*cf. infra*) et l'amélioration du service attendu est de niveau II.

La paralysie cérébrale et le polyhandicap sont à l'origine de handicaps moteurs associés ou non à d'autres troubles (cognitifs, comportementaux, sensoriels...). La paralysie cérébrale représente la première cause de handicap moteur durant l'enfance, qui peut varier d'une dépendance légère à totale (de la simple boiterie à la quadriplégie). L'incidence de la paralysie cérébrale a été rapportée de 1,5 à 4 pour 1 000 naissances vivantes.

S'il n'existe pas aujourd'hui d'intervention thérapeutique permettant de guérir une paralysie cérébrale ou un polyhandicap, il est néanmoins essentiel que des soins à but préventif soient mis en œuvre afin de limiter ou d'éviter la survenue de complications (déformations articulaires, ankyloses, rétractions musculaires...). Ces soins doivent également favoriser l'autonomie du patient, ses activités quotidiennes, sa communication et son intégration sociale. Eu égard à la multiplicité des handicaps rencontrés chez les patients présentant une paralysie cérébrale ou un polyhandicap, une prise en charge pluridisciplinaire (médecins, masseurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes...) formalisée dans le cadre d'un parcours spécifique de rééducation réadaptation s'avère indispensable. Dans le cadre de cette prise en charge coordonnée, la présente évaluation s'est focalisée sur les besoins de rééducation réadaptation kinésithérapeutique chez les enfants et adolescents jusqu'à 18 ans présentant une paralysie cérébrale ou un polyhandicap.

Conformément aux recommandations en vigueur, il est rappelé que toute rééducation réadaptation kinésithérapeutique doit être précédée par une évaluation rigoureuse des troubles de la fonction motrice (détermination du niveau de fonction motrice globale, évaluation des capacités fonctionnelles de la (des) main(s) atteinte(s)...) dont les modalités doivent être conformes aux recommandations de la Haute Autorité de santé.

La prescription initiale de cet acte doit émaner de l'établissement ou du service sanitaire ou médico-social coordonnant le parcours de soins du patient.

Les objectifs de la rééducation kinésithérapeutique vont être de favoriser les acquisitions motrices, l'autonomie, l'amélioration des performances fonctionnelles, de prévenir les complications et troubles secondaires et d'encadrer l'utilisation des appareillages requis (de posture et fonctions). Il est également essentiel de rappeler que l'approche de rééducation et de réadaptation devra être adaptée à l'enfant/adolescent, construite avec ce dernier et ses parents/représentants légaux/aidants, et prendre en compte son projet de vie.

Considérant la diversité des handicaps moteurs rencontrée ainsi que la nécessité d'adaptation susmentionnée, l'acte de rééducation kinésithérapeutique des enfants et adolescents de 2 à 18 ans présentant une paralysie cérébrale ou un polyhandicap intègre donc une multiplicité d'interventions telles que : de la rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle, de la rééducation centrée sur les objectifs et basée sur l'apprentissage moteur, comme utilisé dans les programmes de rééducation et réadaptation intensive, de l'activité physique adaptée, de la rééducation robotisée et/ou informatisée ou encore de la rééducation basée sur d'autres approches. Ainsi, conformément aux recommandations susvisées de la HAS, les interventions indiquées dans l'acte susmentionné sont les suivantes :

- mobilisations passives : encadrement de l'utilisation des appareillages de postures nocturnes ;
- renforcement musculaire (pluri-hebdomadaire) ;
- exercice aérobie ou entraînement cardiorespiratoire à l'effort ;
- entraînement à la marche ;
- entraînement spécifique à la marche arrière ;
- entraînement à la marche sur tapis roulant ;
- encadrement de l'utilisation de l'orthèse cheville-pied pour déficit moteur du pied et de la cheville ;
- encadrement de l'utilisation de l'orthèse cheville-pied pour déambulation avec équin ;
- exercices basés sur le biofeedback ;
- entraînement centré sur les objectifs et basé sur l'apprentissage moteur comme utilisé dans les programmes de rééducation et de réadaptation intensive (thérapie par contrainte induite du mouvement (CIMT), version modifiée de la thérapie par contrainte induite du mouvement (mCIMT), entraînement intensif bimanuel main-bras (HABIT), entraînement intensif bimanuel main-bras incluant les membres inférieurs (HABIT-ILE)) ;
- activité physique ;
- balnéothérapie ;
- hippothérapie ;
- jeux informatiques interactifs et à mouvement contrôlé ;
- thérapie par réalité virtuelle ;
- éducation thérapeutique du patient et de la famille ;
- thérapie miroir.

La priorisation de ces interventions kinésithérapeutiques en rééducation et en réadaptation, établie par la Haute Autorité de santé dans les recommandations susvisées en fonction de la pertinence clinique pour les enfants et adolescents de 2 à 18 ans, est rapportée en Annexe 1.

Pour les enfants dont l'expression des signes cliniques sévères s'observe dès la naissance (enfants à haut risque de paralysie cérébrale et de polyhandicap), la prescription de rééducation par les équipes médicales de référence et les prises en charge préventives de rééducation (dont l'acte évalué) démarrent dès le constat de signes cliniques objectivés par les équipes médicales et ce avant les 2 ans de l'enfant et même si le diagnostic médical n'est pas encore posé (ce dernier devant être abouti avant les 2 ans de l'enfant).

A l'inverse, les interventions non recommandées par la Haute Autorité de santé et donc non indiquées pour l'acte de rééducation kinésithérapeutique des enfants et adolescents de 2 à 18 ans présentant une paralysie cérébrale ou un polyhandicap, sont les suivantes :

- étirements passifs ou postures passives diurnes ;
- thérapie neurodéveloppementale en tant qu'intervention principale ou en monothérapie (notamment selon le cadre conceptuel proposé par Bobath) ;

- exercices de renforcement musculaire isolés dans le seul but d'améliorer la vitesse de marche ;
- recourir à des attelles de posture pour la marche ;
- exercices de marche avec un système robotisé d'entraînement à la marche sur tapis roulant par un exosquelette ;
- méthode de Feldenkrais ;
- exercices Cuevas Medek.

Il est rappelé, conformément aux recommandations en vigueur, que la douleur doit être systématiquement évaluée à l'aide d'outils validés et standardisés d'hétéro-évaluation et/ou d'auto-évaluation, en fonction des capacités cognitives et de communication de l'enfant, de l'adolescent diagnostiqué de paralysie cérébrale ou de polyhandicap.

Les séances d'une durée de l'ordre de 30 minutes et leurs fréquences sont à adapter en fonction des besoins de rééducation et de réadaptation, des capacités physiques de l'enfant et au rythme des autres prises en charge.

L'efficacité des techniques de rééducation et réadaptation doit être évaluée au regard de l'évolution de la fonction motrice mesurée par au moins un outil portant sur l'activité et un sur la participation selon l'objectif de la personne diagnostiquée de paralysie cérébrale.

Le présent avis sera publié au Bulletin officiel de la Haute Autorité de santé.

Fait le 4 avril 2024.

Pour le collège :  
*Le président de la Haute Autorité de santé,*  
P<sup>r</sup> Lionel Collet  
*Signé*

**Annexe 1. Priorisation des interventions kinésithérapeutiques en rééducation et en réadaptation pour les enfants et adolescents de 2 à 18 ans.**

<b>Interventions kinésithérapeutiques en rééducation et en réadaptation</b>	<b>Niveau de priorité*</b>
<b>Rééducation et réadaptation fonctionnelle conventionnelle</b>	
Renforcement musculaire	1
Exercices aérobie ou entraînement cardiorespiratoire à l'effort	1
Entraînement à la marche	1
Orthèse cheville-pied pour déambulation avec équin	1
Mobilisations passives : postures passives nocturnes	2
Entraînement spécifique à la marche arrière	2
Entraînement à la marche sur tapis roulant	2
Orthèse cheville-pied pour déficit moteur du pied et de la cheville	2
Exercices basés sur le biofeedback	3
<b>Programme de rééducation et réadaptation intensive</b>	
Entraînement intensif bimanuel main-bras (HABIT)	1
Entraînement intensif bimanuel main-bras incluant les membres inférieurs (HABIT-ILE)	1
Thérapie par contrainte induite du mouvement (CIMT)	3
Version modifiée de la thérapie par contrainte induite du mouvement (mCIMT)	3
<b>Activité Physique Adaptée</b>	
Activité physique	1
Activités sportives	1
Balnéothérapie	1
Hippothérapie	2
<b>Rééducation robotisée et/ou informatisée</b>	
Jeux informatiques interactifs à et mouvement contrôlé	2
Thérapie par réalité virtuelle	2
<b>Rééducation basée sur d'autres approches</b>	
Éducation thérapeutique du patient et de la famille	1
Thérapie miroir	3

\*Les niveaux de priorité sont les suivants : 1 = prioritaire ; 2 = secondairement prioritaire ; 3 = non prioritaire.