



Une mère donne à boire à sa fille atteinte de paralysie cérébrale. Plus la rééducation commence tôt et plus elle est intensive, meilleurs sont les résultats.

PICTURE LIBRARY & AG/PHOTOFUSION/BSIP

Paralysie cérébrale : la rééducation fait ses preuves

À Brest, grâce à une prise en charge innovante, les enfants victimes d'atteintes neurologiques en début de vie retrouvent de l'autonomie.

ANNE PRIGENT
ENVOYÉE SPÉCIALE À BREST

HANDICAP Sur les murs pastel, des dessins colorés et des photos d'enfants hilares déguisés en pirates ou en princesses... Leur particularité ? La plupart se déplacent en fauteuil roulant, avec un déambulateur. Le décor est chaleureux, comme celui d'une école primaire, mais nous sommes au centre de rééducation pour enfants et adolescents Ty Yann (Fondation Ildys), à Brest.

Dans la cuisine, quatre jeunes enfants installés dans leur chaise haute déjeunent entourés de trois adultes. Armée d'une cuillère « avion » de couleur bleue, l'orthophoniste propose du poisson écrasé à Marie. La petite fille tourne la tête et préfère mâchouiller le Tuc qu'elle serre dans sa main. Si les règles élémentaires de nutrition et d'enchaînement des plats semblent pour le moins anarchiques, c'est qu'une fois encore les apparences sont trompeuses. Il ne s'agit pas seulement de manger, mais de rééduquer et réapprendre l'autonomie à des enfants nourris jusqu'alors par sonde. Marie est atteinte de paralysie cérébrale. Cette première cause de handicap moteur de l'enfance, avec 1 500 naissances par an, recouvre des réalités très variées.

« La paralysie cérébrale est la conséquence de destruction de cellules du cerveau qui se sont produites chez l'enfant avant deux ans, le plus souvent autour de la naissance », explique le Pr Sylvain Brochard, responsable du centre de rééducation pédiatrique de Ty Yann et du service de médecine physique et réadaptation pédiatrique du CHRU de Brest. Cette destruction va provoquer principalement des troubles du mouvement et de la posture qui peuvent être accompagnés de difficultés cognitives ou sensorielles. « Pour chaque personne atteinte, la nature et l'importance des troubles vont donc dépendre des zones du cerveau touchées et du nombre de cellules détruites », précise

le Dr Alain Chatelin, président de la Fondation Paralysie cérébrale qui finance la recherche. Dans le centre Ty Yann, sur la centaine d'enfants qui viennent en rééducation chaque semaine, trente sont atteints de paralysie cérébrale à des degrés très divers. Ainsi, Jules, 8 ans, se déplace uniquement en fauteuil roulant et s'exprime très difficilement. Pour le moment, il est en salle de kinésithérapie pour sa rééducation après une opération du dos. Son handicap est la conséquence d'une grande prématurité liée à une grossesse gémellaire. « Mais son jumeau est beaucoup moins handicapé et plus autonome », souligne le Pr Sylvain Brochard.

Quel que soit le degré de handicap, la prise en charge passe avant tout par la rééducation. « Plus elle commence tôt et plus elle est intensive, meilleurs sont les résultats », insiste le Pr Sylvain Brochard. L'objectif étant de permettre à ces enfants d'acquiescer le plus possible d'autonomie. « Nous sommes là pour ouvrir les possibles. Nous avons des enfants qui parviennent à faire de l'accrobranche ou du patin à glace en étant très handicapés », poursuit le spécialiste.

Pour accompagner les enfants dans leur désir d'autonomie, le centre Ty Yann est le premier en France à proposer des stages de rééducation intensifs fondés sur la technique Habit-Ile (Hand-Arm Bimanual Intensive Therapy Including Lower Extremities) qui a fait ses preuves. Créée à l'université Columbia aux États-Unis, elle a été dé-

« Cette rééducation est efficace, validée scientifiquement. Malheureusement, elle a du mal à se déployer en France car il n'existe pas de tarification »

PR SYLVAIN BROCHARD

veloppée en recherche à Louvain en Belgique. La méthode se base sur des activités de coordination des deux mains en passant par le jeu pour améliorer le quotidien de ces enfants.

L'été dernier, le centre a accueilli cinq collégiennes pour 90 heures de rééducation sur deux semaines.

« Nous avons d'abord discuté des attentes des enfants. L'une voulait pouvoir porter son plateau à la cantine, l'autre voulait faire du vélo, la troisième souhaitait pouvoir lacer ses chaussures sans aide... », raconte Valérie Gruais-Raison, l'une des cinq ergothérapeutes qui ont accompagné les enfants lors de ce séjour.

L'une des fillettes a ainsi coupé et pressé des oranges pour tout le groupe chaque matin. « Cette activité lui a aussi redonné confiance en elle », souligne Valérie Gruais-Raison. Pour l'adolescente qui voulait faire du vélo, il a d'abord fallu bricoler une draisienne à sa hauteur en enlevant les pédales d'un vélo. « Ensuite, nous en avons fait des kilomètres dans le parc à la suivre sur son vélo », se souvient l'ergothérapeute. Résultat : au bout des quinze jours, la jeune fille pouvait se déplacer à vélo ! « Cette rééducation est efficace, validée scientifiquement. Malheureusement, elle a du mal à se déployer en France car il n'existe pas de tarification », regrette le Pr Sylvain Brochard. En attendant, le centre Ty Yann accueillera cet été un groupe de jeunes Bretons pour un autre stage intensif. ■

OPHTALMOLOGIE Lorsque nous sommes en bonne santé, nos glandes fabriquent des larmes, de la salive, de la sueur... Mais lorsqu'elles n'assurent plus cette fonction essentielle d'hydratation, les ennuis commencent. Et avoir les yeux secs car les glandes lacrymales ne produisent plus assez de larmes est un motif très courant de consultation et ce risque augmente avec l'âge. Ce syndrome se traduit par un inconfort visuel, les yeux rouges, des picotements, une sensation de sable dans les yeux... Les femmes sont deux fois plus sujettes à cette pathologie que les hommes.

Le traitement initial consiste à remplacer les larmes absentes par des larmes artificielles. Ces gouttes oculaires avec sérum physiologique et collyres humidifiants règlent en général les cas légers à modérés. Il est généralement conseillé d'ajouter à ces gouttes des compléments alimentaires, vitamines et oméga-3.

Sous l'égide de l'Institut national américain de l'œil, plusieurs centres de santé, comme le Mount Sinai Hospital de New York et la faculté de médecine de l'université de Pennsylvanie, ont mené un essai clinique pour savoir si, oui ou non, les oméga-3 avaient un réel effet positif. Pour cela, ils ont enrôlé 535 patients traités dans 27 centres ophtalmologiques et optométriques. L'essai, randomisé (répartition aléatoire), multicentrique, contrôlé par placebo, a duré trois ans, d'octobre 2014 à septembre 2017. Deux groupes ont été formés. L'un devait absorber chaque jour trois gélules d'acides gras oméga-3 (soit 2 000 mg d'acide eicosapentaénoïque et 1 000 mg d'acide docosahexaénoïque). L'autre groupe recevait lui 5 000 mg d'huile d'olive (une cuillère à café).

Résultat, les patients atteints du syndrome des yeux secs modéré à sévère ont tous, au bout d'un an, montré des signes d'amélioration (résultats publiés dans le *New England Journal of Medicine*). Aussi bien ceux ayant pris les oméga-3 que ceux ayant pris le placebo. « Nous avons été très surpris de ce résultat », a reconnu Valentine Y. Bunya, investigateur principal de l'étude. « Cela va conduire à des changements importants dans la façon dont les ophtalmologistes prennent en charge leurs patients. »

JEAN-LUC NOTHIAS

+ @ SUR LE WEB

» Le cancer du sein, une maladie qui se conjugue (aussi) au masculin

» Comme le dit Agnès Buzyn, l'homéopathie est-elle vraiment sans danger ?

» Déjà 1500 cas de rougeole en France

» Une reconstruction de la trachée réussie chez une enfant de 12 ans

» Le moral du personnel hospitalier en berne

Prématurés : les premières semaines de vie sont cruciales

PRÈS DE LA MOITIÉ des 1 500 enfants touchés par la paralysie cérébrale sont des enfants prématurés. Chez ces nourrissons à très haut risque, des actions préventives peuvent être mises en place dès la naissance. « Le cerveau des prématurés est immature. Il s'agit de le protéger au cours de sa première année de vie, période pendant laquelle la production de synapses entre les neurones est la plus importante », explique le Dr Jean-Michel Roue, pédiatre au CHRU de Brest.

Comment ? En diminuant le stress du nourrisson au cours de son hospitalisation. Une pratique en vigueur depuis

vingt ans dans le service du professeur Jacques Sizun, à Brest, qui a importé des États-Unis la méthode Nidcap (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program).

« Peau à peau »

Dans les chambres, la lumière est tamisée et les couveuses sont recouvertes d'un drapeau pour que le nourrisson demeure le plus souvent possible dans la pénombre. « Nous essayons également de limiter le plus possible le bruit », précise le Dr Jean-Michel Roue. S'il est impossible de débrancher les respirateurs particulièrement bruyants pour ceux

qui en ont besoin, le service est particulièrement silencieux. Le personnel soignant se déplace avec précaution et mène ses conversations à voix basse.

Pour ne pas réveiller le nouveau-né, infirmières et puéricultrices adaptent les soins à son rythme. Soins qui sont fractionnés pour limiter le temps d'exposition au stress.

L'équipe associe étroitement les parents au suivi des nourrissons. « Dans les chambres que nous sommes en train de refaire, il y aura la place pour un lit dans lequel pourra dormir l'un des parents », explique le Dr Jean-Michel Roue. Cette présence 24 heures sur 24

favorisera des temps plus longs de pratique de « peau à peau ». Ce soin a prouvé son efficacité pour apaiser le stress chez les prématurés, mais aussi pour favoriser leur bon développement.

Depuis quelques mois, la maternité de Brest prolonge l'action mise en place à l'hôpital par un programme de suivi après la sortie de maternité. « Nous intervenons une fois par mois à domicile au cours de la première année », explique le pédiatre. L'objectif du service est de démontrer l'efficacité de l'association des deux programmes pour diminuer les risques de déficits chez ces enfants. ■

A. P.