

Synthèse du diagnostic et du traitement des groupes cibles communs des Centres de Réadaptation Ambulatoires (C.R.A.)¹

Version du 30/04/2011

Cette synthèse contient les éléments suivants :

1. Introduction
2. Le bilan de Réadaptation:
 - 2.1. Description du contenu
 - 2.2. Description du processus
3. Le Traitement :
 - 3.1. Objectifs
 - 3.2. Principes de base
 - 3.3. Durée de la réadaptation
 - 3.4. La fin de la réadaptation.
4. La composition de l'équipe de réadaptation
5. Annexes :
 - 5.1. L'offre de soins de réadaptation
 - 5.2. Le cycle clinique de la réadaptation

1. Introduction

- Que veut-on dire par « réadaptation » ?

La réadaptation est « un processus interdisciplinaire d'interventions diagnostiques et thérapeutiques destiné aux personnes handicapées et à leur environnement » (Maes 1999). La réadaptation a pour objectif de permettre à la personne de fonctionner adéquatement dans différents contextes et dans un environnement mieux adapté à ses besoins spécifiques (Maes 1999).

Plus spécifiquement, nous présentons ici les lignes directrices des C.R.A. pour la prise en charge intégrale des personnes dont les troubles fonctionnels donnent lieu à de sérieuses limites (difficultés dans l'exécution des activités) et à des problèmes graves de participation (difficultés d'intégration dans la vie sociale).

L'offre de soins du C.R.A. se caractérise par une prise en charge intensive, « à large spectre » prodiguée par une équipe multidisciplinaire associant soins médicaux, psychologiques, sociaux et paramédicaux intégrés.²

- Que veut-on dire par groupes cibles communs ?

Les groupes cibles suivants sont considérés comme communs parce que la stricte démarcation en sous groupes sur base d'un diagnostic catégoriel entraîne une simplification de la réalité de la psychopathologie de ces enfants et adolescents : il y a non seulement une grande fréquence de comorbidités mais aussi une grande variabilité d'expressions symptomatiques. En outre, sous ces diverses expressions, l'approche de ces troubles repose sur des principes fondamentaux communs.

¹ Il s'agit d'un texte de consensus rédigé par les associations des CRA. Il est également basé sur les textes des groupes de travail « TED » et « TDAH » institué au sein de l'INAMI (2008) dans le cadre de la reconversion des CRA ainsi que sur la lettre des présidents de ces groupes au Collège.

^{2 2} Pour une présentation schématique, voir annexe « Offre de soins de Réadaptation ».

Nous pouvons, en faisant usage de la terminologie et de la disposition utilisées dans notre convention actuelle, distinguer les sous-groupes suivants, pour lesquels pour clarifier, nous nous référons à la CIM-10 :

- La déficience mentale (CIM-10 codes F70-F79)
- Les troubles envahissants du développement {codes CIM-10 F84.0-5)
- Les troubles complexes du développement: enfants et adolescents atteints de troubles dans au moins deux des six domaines du développement suivants:
 - le langage oral et/ou les compétences scolaires (codes CIM-10 : F80.1-2, F81.0-3)
 - la motricité (code CIM-I0 F82)
 - l'attention et/ou la mémoire ou les fonctions exécutives
 - le domaine psychosocial (code CIM-I0 F93-F94)
 - la perception auditive ou visuelle
 - la fonction visuo spatiale
- Les troubles hyperkinétiques (codes CIM-I0 F90.0-1)
- Les troubles graves du comportement associant des comportements dyssociaux agressifs ou provocateurs (codes CIM-10 F91-F92)
- Les troubles de l'humeur (codes CIM-10 F30.1-F30.2, F31.1-F31.2, F31.4-F31.6, F32.2-F32.3) : non repris dans le procès-verbal du dernier Conseil d'accord

2. Le bilan avant réadaptation

Cet aperçu comprend d'une part la description du contenu de ce bilan et d'autre part une description du processus.

2-1 Description du contenu:

Le bilan contient 3 parties :

- Le diagnostic catégoriel
- Le diagnostic fonctionnel
- Le plan de traitement

Le diagnostic catégoriel :

Pour celui-ci seront suivies les lignes directrices diagnostiques indues dans la CIM-10. Nous distinguons ici les *lignes directrices générales, spécifiques et complémentaires*.

Les directrices générales peuvent se résumer comme suit:

- Autant que possible utiliser des outils de recherche et procédures standardisés.
- Privilégier une vision holistique :
 - explorant toutes les sources de renseignements importantes
 - posant des diagnostics différentiels, en faisant d'une part, la distinction entre variation normale et pathologique et, d'autre part, l'exclusion des autres hypothèses.
 - cartographiant les troubles concomitants et les facteurs environnementaux pertinents.

Les directives *spécifiques* pour chaque groupe cible peuvent être reprises ainsi :

- *Handicap mental (F70-F79) (groupe 2 de la convention actuelle)*
 - Lignes directrices spécifiques:

- La détermination du niveau intellectuel devrait reposer sur toutes les informations disponibles, y compris les résultats cliniques, le comportement adaptatif (évalué en lien avec l'arrière-plan culturel de l'individu) et la performance lors des tests psychométriques. C'est l'examen de l'ensemble de ces compétences qui aide à déterminer le niveau global d'intelligence. En particulier, les capacités cognitives, verbales, motrices et sociales doivent être examinées
 - Un niveau de fonctionnement intellectuel limité entraîne une réduction de la capacité de s'adapter aux exigences quotidiennes de l'environnement social normal. Les données nécessaires doivent être recueillies. Le mode de vie de la personne concernée doit être pris en compte
 - Le choix d'une catégorie de diagnostic devrait reposer sur une approche globale des compétences et non sur un trouble spécifique des compétences dans un domaine donné
 - Les diverses sous-catégories doivent être considérées comme une subdivision arbitraire et ne peuvent pas être délimitées avec une précision absolue. Le niveau intellectuel doit servir de ligne directrice qui ne doit pas être trop strictement appliquée compte tenu des problèmes de validité transculturelle
 - Le QI doit être évalué à l'aide de tests d'intelligence normalisés, passés individuellement, pour lesquels des normes culturelles locales sont déterminées
 - Des échelles pour la maturité sociale et l'adaptation normalisées pour la population doivent si possible être remplies via une interview d'un parent ou un soignant qui est habitué d'évaluer les compétences d'une personne dans la vie quotidienne.
- Lignes directrices supplémentaires par sous-catégorie :
- *Retard mental léger (F70):*
 - Un QI entre 50 et 69 constitue une indication
 - Des troubles connexes tels que l'autisme, d'autres troubles du développement, de l'épilepsie, un trouble du comportement ou un handicap physique peuvent être présents mais doivent être diagnostiqués séparément
 - *Retard mental moyen (F71):*
 - Le QI est approximativement entre 35 et 49 ;
 - Le niveau de compétences est très différent et devra donc être pris en compte pour analyser le fonctionnement du bénéficiaire.
 - Des troubles connexes tels que l'autisme, de l'épilepsie, un trouble du comportement, un diagnostic de troubles psychiatriques ou un handicap physique peuvent être présents mais doivent être diagnostiqués séparément ; en raison des limites fréquentes du développement du langage des renseignements doivent également être recueillis auprès de personnes proches du cadre de fonctionnement quotidien de la personne concernée.
 - *Retard mental grave (F72) n'est pas admissible pour la réadaptation ambulatoire*

- *Retard mental profond (F73) n'est pas admissible pour la réadaptation ambulatoire*
- *Troubles envahissants du développement (F84.0-5) (groupe 3 de l'actuelle convention)*
 - Lignes directrices spécifiques :
 - Sont caractérisés par
 - troubles qualitatifs des interactions sociales
 - troubles qualitatifs des habitudes de communication
 - un répertoire limité, stéréotypés, répétitif des intérêts et activités.
 - Les troubles sont définis en termes de comportements déviants, en rapport avec l'âge mental.
 - Les anomalies sont en toutes circonstances une caractéristique essentielle du fonctionnement.
 - Dans la plupart des cas, un développement anormal de la petite enfance et les troubles se manifestent avant l'âge de 5 ans.
 - Lignes directrices supplémentaires par sous-catégorie :
 - *L'autisme infantile(F84.0):*
 - perturbation du fonctionnement dans chacun des trois domaines sociaux : interaction, communication, comportements répétitifs et restreints.
 - les troubles sont présents dans les trois premières années de la vie.
 - *L'autisme atypique (F84.1):*
 - le développement perturbé survient seulement après 3 ans et/ou
 - déficiences et anomalies démontrables sur 1 ou 2 / 3 domaines psychopathologiques qui sont requis pour le diagnostic de l'autisme
 - *Le Syndrome de Rett (F84.2):*
 - un développement précoce apparemment normal est suivi d'une perte (partielle) du langage et d'utilisation des mains. Cela va de pair avec la baisse de la croissance du crâne.
 - La maladie commence entre 7 et 24 mois, a un décours progressif et mène à la démence sévère.
 - *Autre trouble désintégratif de l'enfance (F84.3:)*
 - un développement apparemment normal jusqu' au moins l'âge de 2 ans est suivi d'une perte prononcée des acquis antérieurs et des compétences
 - apparition d'anomalies distinctes dans l'interaction sociale, la communication et le comportement.
 - *Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés (F84.4):* se caractérise par une combinaison de :
 - une hyperactivité importante et une perturbation de l'attention
 - des mouvements stéréotypés
 - -un retard mental modérée à sévère
 - *Le syndrome d'Asperger (F84.5):* il existe des lacunes dans les interactions sociales et un répertoire limité, stéréotypé, répétitif des intérêts et activités actuelles, mais un retard important du langage ou du développement cognitif est manquant.

- *Troubles complexes du développement: enfants et adolescents atteints de troubles dans au moins deux des six domaines du développement suivants (groupe 4 de l'actuelle convention):*
 - 1 *Le langage oral ou les compétences scolaires (codes CIM-10 : F80-F81):*
 - *troubles du langage oral (F80.1-2):*
 - Des lignes directrices spécifiques :
 - le schéma normal du développement du langage est perturbé dès les premières étapes
 - Le trouble ne peut être expliqué par des anomalies neurologiques ou des anomalies aux organes de la parole, des troubles sensoriels, un retard mental ou des facteurs environnementaux
 - Le trouble est stable, sans rémission ni récides
 - Généralement on considère comme significatif un retard supérieur à deux écarts en-dessous de la moyenne. Chez les enfants plus âgés c'est moins utile et nous devons être plus attentifs au mode de fonctionnement du langage et de la parole et de son évolution.
 - Lignes directrices supplémentaires par sous-catégorie :
 - *trouble du langage de type expressif (F80.1):*
 - le développement de l'expression du langage est en deçà de la variation normale pour l'intelligence de l'enfant
 - les compétences linguistiques réceptives sont dans la zone de variation normale
 - *trouble du langage de type réceptif (F80.2):*
 - le développement de la compréhension de la langue est en deçà de la zone de variation normale pour l'intelligence de l'enfant alors qu'il n'y a aucune suspicion d'un trouble du développement global
 - dans presque tous les cas, le langage expressif est fortement perturbé
 - 1. *Troubles des acquisitions scolaires (F81.0-2.3):*
 - Des lignes directrices spécifiques :
 - Le schéma normal du développement de ces acquisitions est perturbé dès les premières étapes
 - Le trouble ne peut être expliqué par des anomalies neurologiques ou des malformations aux organes de la parole, des troubles sensoriels, un retard mental ou des facteurs environnementaux, le manque d'apprentissage, des troubles émotionnels ou des lésions cérébrales acquises ou par maladie
 - Le trouble est stable, sans rémission ni récide
 - Le trouble peut-être cliniquement considéré comme pertinent de différentes manières : déterminer la gravité exprimée en termes scolaires (difficultés qui sont censées concerner moins de 3 % des écoliers), relever la présence de présages spécifiques dans le développement (habituellement un retard

du langage ou du développement de la parole), identifier les problèmes connexes (p. ex. trouble de l'attention), définir le schéma (phénomènes qualitatifs qui ne font pas partie du développement normal), déterminer la résistance à l'accroissement de l'aide à domicile ou à l'école.

- Des lignes directrices supplémentaires par sous-catégorie :
 - *Trouble de la lecture (F81.0)*: les performances en lecture sont largement sous le niveau attendu en se fondant sur l'âge, le niveau intellectuel et le contexte scolaire ;
 - *Trouble de l'orthographe* (F81.1):
 - les performances en orthographe sont largement sous le niveau attendu sur la base de l'âge, du niveau intellectuel et le contexte scolaire ;
 - la technique et la compréhension de la lecture est dans la zone de variation normale et il n'y a pas d'antécédents de trouble de lecture
 - *Trouble de l'arithmétique (F81.2)*:
 - la performance en calcul pour les acquisitions mathématiques de base sont largement sous le niveau attendu sur la base d'âge, du niveau intellectuel et le contexte scolaire ;
 - la lecture et l'orthographe sont situées dans la zone de variation normale et il n'y a pas d'antécédents de troubles de la lecture
 - *Trouble mixte de acquisitions scolaires (F81.3)*: les troubles répondent à la fois aux critères de F81.2 et de F81.0 ou F81.1

2. *Trouble du développement moteur (F82)*:

- il y a un des troubles graves dans le développement des coordinations motrices dans des tâches globales ou de motricité fine qui ne peuvent pas être expliquées par une déficience intellectuelle, par un trouble neurologique spécifique, congénital ou acquis ou par la résultante directe d'un déficit de la vision ou de l'audition
- le trouble est présent précocement, au début du développement
- le trouble est évalué par un test individuel standardisé pour les coordinations motrices fines et globales

3. *Trouble de l'attention, de la mémoire ou des fonctions exécutives*

4. *Trouble psychosocial* :

- *Troubles émotionnels apparaissant habituellement dans l'enfance*
 - F93.0 Anxiété de séparation
 - F93.1 Trouble anxieux phobique
 - F93.2 Anxiété sociale de l'enfance
 - F93.3 Rivalité dans la fratrie
- *Troubles du fonctionnement social débutant spécifiquement dans l'enfance ou l'adolescence*
 - F94.0 Mutisme électif
 - F94.1 Trouble réactionnel de l'attachement
 - F94.2 Trouble de l'attachement avec désinhibition

5. *Troubles de la perception auditive ou visuelle*

6. Troubles de la fonction visuo spatiale

- *Troubles hyperkinétiques (F90.0-1) (groupe 5 de l'actuelle convention):*
 - Lignes directrices spécifiques :
 - Les troubles surviennent toujours tôt (habituellement dans les cinq premières années de la vie)
 - Les caractéristiques principales sont l'hyperactivité et le trouble de l'attention :
 - Comportement hyperactif et mal contrôlé : agitation excessive pour ce qui est attendu dans la situation spécifique
 - Important déficit de de l'attention et de planification d'une tâche : tâches et activités sont rapidement interrompues, de grandes difficultés à maintenir l'attention pour une tâche ou un jeu, de conserver la disponibilité
 - Ces caractéristiques sont excessives pour l'âge et l'intelligence de l'enfant.
 - Ces caractéristiques se produisent dans diverses situations, sont maintenues au fil du temps et peuvent persister à l'âge adulte.
 - Lignes directrices supplémentaires par sous-catégorie :
 - *Perturbation de l'attention et de l'activité (F90.0)*: les critères ci-dessus pour troubles hyperkinétiques sont présents.
 - *Trouble hyperkinétique et trouble des conduites (F90.1)*: les critères ci-dessus pour trouble hyperkinétique et les critères des troubles des conduites (F91) sont présents
- *Troubles des conduites (F 91-F92) (Groupe 12)*
 - Lignes directrices spécifiques :
 - Un ensemble de conduites dyssociales, agressives ou provocatrices, répétitives et persistantes
 - Ces troubles conduisent l'enfant à enfreindre les règles sociales correspondant à son âge
 - Ces troubles sont présents depuis au moins 6 mois
 - Par exemple : manifestations excessives de bagarres et de tyrannie, cruauté envers des personnes ou des animaux, vandalisme grave, vols, mensonges répétés, conduites incendiaires, école buissonnière et fugues, crises de colère et désobéissance anormalement fréquentes et graves.
 - La présence de manifestations franches d'une de ces catégories est suffisante pour le diagnostic
 - Ce diagnostic est exclu si le trouble est dû à une schizophrénie, une manie, un trouble envahissant du développement, un trouble hyperkinétique ou une dépression.
 - Ce comportement va souvent de pair avec un environnement psychosocial défavorable, y compris des relations familiales insatisfaisantes et un échec scolaire
 - Lignes directrices supplémentaires par sous-catégorie :
 - F91.0 Trouble des conduites limité au milieu familial
 - Conformité avec les critères généraux de F91

- Caractéristiques : le comportement dyssocial ou agressif se manifeste presque exclusivement à la maison et dans les relations avec les membres de la famille ou du ménage
- Il n'y a aucun trouble de comportement important hors du contexte de la famille et les relations sociales de l'enfant à l'extérieur de la famille se situent dans les limites de la normale
- F91.1 Trouble des conduites mal socialisé,
 - Comportement dyssocial ou agressif persistant (selon les critères généraux de F91) associé à une altération globale et significative des relations avec les autres enfants
 - Absence d'une intégration efficace pour le groupe d'âge (isolement, rejet, absence de bons amis ou de relations amicales durables et réciproques avec des enfants du même âge)
 - Survient habituellement dans des situations très variées, mais peut être particulièrement plus évident à l'école.
- F91.2 Trouble des conduites socialisé
 - Présence d'un comportement dyssocial ou agressif persistant (conformément aux critères généraux de F91) chez des enfants qui sont généralement bien intégrés dans leur groupe d'âge
 - Présence de relations amicales durables avec des camarades du même groupe d'âge
 - Le diagnostic est exclu lorsque le comportement est limité au milieu familial
- F91.3 Trouble oppositionnel avec provocation
 - *Présence* d'un comportement provocateur ou désobéissant mais *absence* de conduites agressives ou dyssociales graves enfreignant la loi ou les droits d'autrui
 - Conformité avec les critères généraux de F91
 - Caractérisé par un mode de comportement persistant, fait de négativisme, d'hostilité, et de provocation qui dépasse les limites des comportements des enfants du même âge dans le même contexte socio-culturel. Le trouble ne comprend pas les atteintes plus graves aux droits d'autrui (voir F91.0 et F91.2)
 - Tolérance faible à la frustration et tendance aux crises de colère
 - Souvent le comportement est plus évident dans l'interaction avec des adultes ou pairs que l'enfant connaît bien.
- F92.0 Trouble des conduites avec dépression : caractérisé par l'association des critères d'un trouble des conduites (F91) et d'un trouble de l'humeur (F30-F39)
- F92.8 Autres trouble mixte des conduites et des émotions : caractérisé par l'association d'un trouble des conduites (F91) et de perturbations émotionnelles persistantes et marquées (F93 et F40-48)
- *Troubles de l'humeur (F30-F32.3) (groupe 13 de l'actuelle convention):*
 - Lignes directrices spécifiques :
 - Changements d'humeur, habituellement dans la direction de la dépression avec habituellement un changement du niveau d'activité

- Le plus souvent récurrents avec des épisodes liés aux situations stressantes.
- Lignes directrices supplémentaires par sous-catégorie :
 - *F 30.1 : Manie sans symptômes psychotiques*
 - L'épisode dure au moins une semaine et perturbe plus ou moins complètement le fonctionnement professionnel et les activités sociales
 - La modification d'humeur s'accompagne d'une augmentation de l'énergie et de plusieurs symptômes particuliers tels que logorrhée, diminution des besoins de sommeil, idées de grandeur et optimisme excessif.
 - *F30.2 : Manie avec symptômes psychotiques*
 - Le tableau clinique est plus grave que celui décrit sous F30.1
 - Les idées de grandeur peuvent évoluer en délire et l'irritabilité et la méfiance peuvent devenir des idées délirantes de persécution,
 - Dans les cas graves, délires ou illusions sur des thèmes religieux
 - L'augmentation de l'activité et l'agitation physique peuvent s'accompagner d'un comportement agressif ou violent, de troubles de l'alimentation et d'une négligence de l'hygiène personnelle
 - Délires et hallucinations peuvent si nécessaire être spécifiés comme congruents ou non congruents à l'humeur
 - *F31.1 : Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques*
 - L'épisode actuel doit satisfaire aux critères pour la manie sans troubles psychotiques (F30.1) et
 - Dans le passé, présence d'au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte)
 - *F31.2 : Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques*
 - L'épisode actuel doit satisfaire aux critères pour la manie avec symptômes psychotiques (F30.2) et
 - Dans le passé, présence d'au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte)
 - *F31.4 : trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques*
 - L'épisode actuel doit satisfaire aux critères d'un épisode dépressif grave sans symptômes psychotiques (F32.2) et
 - Dans le passé, présence d'au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte
 - *F31.5 : Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques*
 - L'épisode actuel doit satisfaire aux critères d'un épisode dépressif grave avec symptômes psychotiques (F32.3) et
 - Dans le passé, présence d'au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte
 - *F31.6 : Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixé*
 - Dans le passé, présence d'au moins un épisode hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte

- L'épisode actuel est caractérisé soit par la présence simultanée ou un changement rapide des symptômes maniaques et dépressifs,
- Les deux groupes de symptômes (symptômes dépressifs ou maniaques et hypomaniaques) s'intriquent ou alternent au cours d'un même épisode, persistant pendant au moins deux semaines.
- *F32.2 : Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques*
 - Présence des trois symptômes principaux, humeur dépressive, perte d'intérêt et de plaisir et augmentation de la fatigabilité, associé à au moins 4 autres symptômes de dépression:
 - Une diminution de l'attention et de la concentration
 - Une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi
 - Des idées de culpabilité ou de dévalorisation
 - Une attitude morose et pessimiste face à l'avenir
 - Des idées ou actes auto-agressifs ou suicidaire
 - Une perturbation du sommeil
 - Une diminution de l'appétit
 - L'épisode dépressif doit persister pendant au moins 2 semaines (sauf. quand les symptômes s'installent très rapidement et sont très sévères)
- *F32.3 : Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques*
 - Présence de trois symptômes typiques, humeur dépressive, perte d'intérêt et de plaisir et augmentation de la fatigabilité, associée à au moins 4 autres symptômes dépressifs:
 - Une diminution de l'attention et de la concentration
 - Une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi
 - Des idées de culpabilité ou de dévalorisation
 - Une attitude morose et pessimiste face à l'avenir
 - Des idées ou actes auto-agressifs ou suicidaire
 - Une perturbation du sommeil
 - Une diminution de l'appétit
 - Sont également présents (l'un et/ou l'autre) :
 - délires : idées de péché, de ruine ou de catastrophe imminente, pour lesquelles le patient se sent responsable,
 - hallucinations acoustiques ou olfactives: voix diffamatoires ou accusatrices, odeurs de putréfaction, d'immondice ou de décomposition,
 - stupeur dépressive.

Le diagnostic fonctionnel

Les informations recueillies au cours du processus diagnostique catégoriel sont autant que possible utilisées pour la préparation du diagnostic fonctionnel.

Le diagnostic fonctionnel comprend:

- une description du fonctionnement actuel de l'enfant à la maison, à l'école et dans ses loisirs;
- un profil de forces/faiblesse des différentes fonctions, des activités et des participations;

- une évaluation des facilitations/obstacles des facteurs personnels et environnementaux.

Comme ligne directrice, en complément à la CIM-10, il est fait usage de l' "International Classification of Functions" (ICF).

Le diagnostic fonctionnel doit démontrer:

- qu'une réadaptation doit être effectuée par au moins deux personnes de deux disciplines différentes
- que le tableau clinique révèle des besoins complexes, d'une part par l'atteinte de différentes fonctions, des activités ou des participations, d'autre en raison de l'insuffisance des possibilités d'une prise en charge en consultations ambulatoires.

Le cas échéant, il sera nécessaire de procéder aux explorations suivantes:

- histoire du développement
- examen médical
- examen psychologique
- bilan logopédique
- examen en audiologie
- bilan (psycho) moteur
- examen de physiothérapie
- bilan par ergothérapeute
- anamnèse sociale

Pour conclure, le diagnostic fonctionnel amène à formuler un avis circonstancié. Cet avis décrit l'assistance nécessaire et tient compte de ce qui est réalisable et prioritaire.

Le plan de traitement

Il y est décrit:

- les objectifs visant l'amélioration des troubles du développement et des problèmes dans les activités / participations des domaines fonctionnels tels que la communication, l'autonomie, la mobilité, ... ;
- les interventions thérapeutiques nécessaires centrées sur l'enfant et son environnement.
- Les échéances de concertation et d'évaluation

2-2 Description du processus

Le bilan de réadaptation est prévu et systématiquement exécuté, fondé sur les principes de la recherche scientifique empirique (modèle hypothèses-toetsend)³

Ce processus se poursuit à travers ces phases:

- L'analyse des plaintes: le problème tel qu'il est vécu par les personnes concernées afin de le clarifier ;
- L'analyse du problème: les plaintes sont confrontées aux référence nosologiques validées pour rechercher une ou plusieurs hypothèses émergentes ;
- La construction du diagnostic : les hypothèses relevées et les résultats des investigations sont interprétés et structurés pour aboutir à une cohérence nosologique validée et identifiée (cf. diagnostic catégoriel), puis ensuite se

³ Pour une vue d'ensemble schématique voir' annexe "Le cycle clinique de la réadaptation"

concrétiser en prenant en compte les caractéristiques spécifiques de la personne et son environnement (cf. diagnostic fonctionnel) ;

- L'évaluation du traitement: déterminer quelles aides ou dispositions doivent ou non être proposées ;
- La planification: consulter la personne et ses proches et s'assurer de la collaboration par l'acceptation d'un plan de traitement réalisable.

3. Le traitement de réadaptation

3-1 Objectifs du traitement

Les objectifs du traitement à long terme sont:

- Apporter toutes les compétences possibles à l'enfant pour son développement.
- Aider l'enfant à se développer vers un adulte qui pourra autant que possible accéder aux responsabilités, quelle que soit la gravité de ses restrictions.
- Aider la famille (parents, frères et sœurs, famille élargie) à favoriser une intégration à tous les niveaux.
- Aider la personne à accéder à la pleine intégration possible dans les différents domaines socioculturels (écoles, loisirs, famille, travail etc.),
- Sur le court terme les étapes suivantes doivent être suivies pour atteindre ces objectifs:
- Autant que possible stimuler les domaines déficients du développement dans le sens d'un développement normal.
- Réduire les symptômes des troubles spécifiques qui interfèrent avec le développement.
- Approcher les (autres) problèmes comportementaux et émotionnels qui interfèrent avec le potentiel de développement et le fonctionnement de l'individu ou qui ont une grande répercussion sur l'environnement.
- Amener l'environnement à être de plus en plus capable à faire face aux besoins spécifiques de la personne.

3-2 Principes fondamentaux du traitement:

- La thérapie est plus efficace si elle a commencé *dans le plus jeune âge* possible, même avec un diagnostic provisoire.
- *Parents, famille, école et réseau* doivent, autant que possible être impliqués dans le traitement en optimisant la coopération entre les familles et les professionnels, via la psychoéducation et la concertation sur les objectifs de la thérapie et aux méthodes utilisées avec l'enfant et son environnement.
- *L'individualisation* du plan de traitement est essentielle. Les interventions doivent être adaptées à cette personne en particulier, à un moment précis de son développement, dans son contexte et sa famille spécifique.
- La thérapie doit être suffisamment *intensive, systématique et structurée*. Il doit y avoir un plan de traitement établi dans lequel chaque année sont évalués et actualisés les objectifs du traitement.
- Le CRA doit être intégré dans *un réseau* thérapeutique avec continuité, si nécessaire, à l'âge adulte. A la fin du traitement dans le CRA l'équipe de réadaptation doit, si nécessaire, veiller à proposer et à accompagner une orientation ciblée vers une nouvelle forme d'aide.

- Le traitement consiste toujours en *une combinaison d'interventions* visant au développement, entre autres de :
 - compétences en communication
 - compétences sociales, affectifs et relationnelles
 - compétences en autonomie
 - compétences en mobilité
 - compétences cognitives et scolaires
 - compétences métacognitives et exécutives
 - compétences en jeu et loisirs
 - compétences professionnelles
- Le *traitement intégral* des divers problèmes de l'enfant est inclus. Cela implique aussi le traitement des comorbidités qui sont très souvent présentes.
- Le traitement doit se référer à *une pratique responsable ('evidence based')* et aussi spécifique que possible pour le(s) trouble(s) concerné(s).
- Le traitement est *planifié et systématique*, selon les principes du modèle hypothésétoetsend (voir annexe '3' "le cycle clinique"). Nous distinguons ci-dessous ces trois phases:
 - sur base des accords conclus au cours de la phase de planification, exécuter le plan de traitement ;
 - évaluer objectivement à intervalles réguliers si le traitement donne les résultats escomptés ;
 - corriger ou compléter le plan de traitement si nécessaire.

3-3 Durée de la réadaptation:

Chaque bénéficiaire a droit à 432 séances avant le 19ème anniversaire; pour les personnes ayant une déficience mentale ou un trouble envahissant du développement ce capital de séances s'applique à partir de leur 7^{ème} anniversaire ; auparavant, ils bénéficient d'un nombre illimité de séances.

3-4 La fin de la réadaptation:

Elle peut être décidée à tout moment après un examen minutieux des résultats du traitement sur base de l'analyse de la situation actuelle. Cette phase est intégrée dans le cycle clinique (cf. annexe 3).

L'évaluation porte sur trois niveaux:

- celui de la personne concernée
- celui de la famille
- celui du réseau.

La réadaptation termine quand:

- Le problème de la personne concernée est suffisamment corrigé ou amélioré pour que la réadaptation ambulatoire ne soit plus nécessaire.
- Les progrès à long terme de la personne concernée stagnent dans un ou plusieurs niveaux de compétence.
- La collaboration nécessaire dans un ou plusieurs niveaux est insuffisante et cela compromet la réadaptation au point que le fonctionnement de celle-ci soit compromis.

- Les moyens thérapeutiques disponibles sont insuffisants pour satisfaire aux besoins du traitement.

La fin de la réadaptation est conclue en concertation avec la personne et son environnement. Elle implique une communication efficace ou un avis qui contient les éléments nécessaires pour permettre la meilleure consolidation possible des résultats.

4. La composition de l'équipe de réadaptation

L'équipe de réadaptation peut associer les disciplines suivantes:

- Médecin spécialiste en psychiatrie, en pédopsychiatrie, en neuropsychiatrie en pédiatrie ou en neurologie et éventuellement une reconnaissance supplémentaire acquise en neuropédiatrie ou un spécialiste en otorhinolaryngologie ;
- Licencié (Master) en psychologie, en pédagogie ou orthopédagogie ;
- Assistant en psychologie (baccalauréat en psychologie, en psychologie appliquée ou dans les tests psychologiques) ;
- Paramédical, gradué (baccalauréat) ou licence (master), habilité pour effectuer des prestations de logopédie, gradué (bachelier) ou licence (master) habilité pour effectuer des prestations en audiologie, licencié (master) ou (anciennement) gradué (baccalauréat) en kinésithérapie, gradué (baccalauréat) ou licence (master) habilité pour effectuer des prestations en ergothérapie, gradué (bachelier) ou licence (master) habilité pour effectuer des prestations de psychomotricité ;
- Travailleur social (baccalauréat en assistance sociale) ou infirmière sociale (bachelier infirmière sociale) ;
- Educateur (bachelier en orthopédagogie) ou un éducateur A2.

5. Les annexes

- schéma « Offre de soins de Réadaptation »
- schéma « Le cycle clinique de la Réadaptation »