

LA READAPTATION FONCTIONNELLE INFANTO-JUVENILE

Table des matières

LA READAPTATION FONCTIONNELLE INFANTO-JUVENILE.....	1
Définitions de la Réadaptation.....	3
Spécificité de la Réadaptation infanto juvénile	3
Les limites des institutions	4
L'inscription territoriale	4
Incidence des facteurs environnementaux sur le développement	5
Réadaptation et Famille	5
Les moyens de la réadaptation.....	7
L'évaluation.....	7
Les trois axes d'évaluation.....	8
1-L'axe clinique.....	8
La méthodologie	8
Les examens préliminaires.....	9
Le diagnostic.....	9
a- L'analyse des fonctions organiques.....	10
b- L'analyse des activités et participations.....	10
c- L'analyse des facteurs environnementaux.....	10
d- L'analyse des facteurs personnels.....	10
2-L'axe institutionnel.....	10
L'histoire et la géographie institutionnelle	11
Les limites de l'institution	11
La formation.....	11
Formations Intra-Muros:	11
Formations Continues Extra-muros:.....	12
3-L'axe de santé publique.....	12
Niveau épidémiologique	12
Niveau nosographique.....	13
La réadaptation.....	14
Le programme de réadaptation	14
Les séances individuelles.....	14
Les séances collectives	14
Les réévaluations	15
Le concept de partenariat.....	15
Le P.P.I.	16
Le référent.....	16
Le réseau des institutions.....	16
Le PSI	17
La Classification Internationale du Fonctionnement	18
Composantes de la CIF	19
1-Fonctionnement et handicap	19
2-Facteurs contextuels.....	19
Définitions.....	19

Définitions de la Réadaptation

« La réadaptation nécessite un programme comprenant des objectifs et une échéance, destiné à permettre à une personne déficiente d'atteindre un niveau fonctionnel, mental, physique et/ou social optimal en mettant à sa disposition des moyens de changer ses conditions de vie. Ce programme peut inclure des démarches visant à compenser une perte de fonction ou une limite fonctionnelle (par exemple par des aides techniques) et toute autre mesure visant à faciliter l'adaptation sociale ou sa restauration. »

Définition des Nations Unies 1983

Nous pouvons y ajouter la définition proposée par le « groupe philosophie » dans le texte intitulé « La médecine de réadaptation », publié par le Conseil Consultatif de la Réadaptation auprès de l'I.N.A.M.I.

«La Réadaptation comprend les activités multidisciplinaires coordonnées qui visent à promouvoir des activités et des participations chez les personnes présentant des limitations fonctionnelles et ce, en tenant compte des facteurs externes et personnels pertinents.

La Médecine de réadaptation est la spécialité médicale qui s'occupe avant tout de l'optimisation des activités et des participations chez les patients présentant des anomalies ou des pertes de fonctions organiques ou structures anatomiques.

Le médecin spécialiste en réadaptation tient parfaitement compte des opportunités et des empêchements tant au niveau personnel que de l'entourage. Le rétablissement des fonctions peut constituer en soi un élément important du processus de rééducation fonctionnelle et faire ainsi partie de la médecine de rééducation fonctionnelle, cependant uniquement à la condition que le rétablissement des fonctions soit complété sur le plan des activités et des participations. L'acte médical qui n'a pas pour objet des soins la totalité de la déficience, de l'activité et de la participation, peut difficilement être qualifié de médecine de rééducation fonctionnelle et s'inscrit davantage sous les normes d'une autre discipline curative de médecine primaire. (...) »

Spécificité de la Réadaptation infanto juvénile

Le travail en équipes interdisciplinaires constitue l'approche privilégiée des C.R.A. La participation de chacun aux mêmes objectifs assure à l'approche thérapeutique l'intégration des différentes composantes de la personne.

La prise en charge comprend des interventions de différents professionnels de disciplines complémentaires de la santé, sous la responsabilité d'un psychiatre ou d'un (neuro)pédiatre chargé d'intégrer et de structurer, à travers le fonctionnement d'équipe, les différentes approches thérapeutiques dans un projet centré sur le sujet.

Les C.R.A. privilégient les traitements individuels, mais peuvent aussi mettre en place des petits groupes thérapeutiques. Certains C.R.A. utilisent très souvent des techniques à média, nécessitant une créativité constante en articulation avec l'approche psycho dynamique.

L'intensité du traitement est souvent importante tant au niveau du rythme des séances qu'au niveau de leur durée.

Les C.R.A. visent l'épanouissement et l'autonomie du bénéficiaire. L'objectif de la prise en charge vise avant tout l'adaptation de l'enfant (mais parfois aussi de l'adulte) au travers d'une intégration de ce dernier au sein du tissu social régional.

Les limites des institutions

Chaque institution pose les limites de son champ d'action propre. Ces limites sont être appréciées en fonction des ressources internes, des moyens mis à sa disposition et de l'inscription dans un circuit de soins, ce qui est à la base de l'instauration de liens privilégiés avec les compétences des autres institutions dans un territoire plus ou moins défini.

Il faut apprécier les limites de l'institution tant en fonction des objectifs propres de celle-ci (et donc de ce qu'elle ne sait pas ou ne veut pas faire) que dans sa juxtaposition au sein des circuits de soins.

Circonscrire ainsi les limites permet l'instauration de liens privilégiés avec le territoire desservi.

L'inscription territoriale

Les C.R.A. prennent en compte la famille et l'environnement immédiat (institutionnel, scolaire, ...). Ils s'inscrivent dans des liens institutionnels serrés et complexes. La qualité des partenaires institutionnels dépend de données locales, généralement historiques, liées à l'environnement urbain ou rural. L'inscription territoriale des C.R.A. est incontournable.

Ces frontières sont appréciées en fonction des ressources internes, des moyens mis à sa disposition et de l'inscription dans un circuit de soins, ce qui est à la base de l'instauration de liens privilégiés avec d'autres institutions dans un territoire plus ou moins défini. Il faut apprécier les frontières de l'institution tant en fonction des objectifs propres et de l'identité de celle-ci que dans son rôle de maillon au sein de circuits de soins et rester attentif à ne pas figer ces circuits, dont la mobilité et les contours, au sein du réseau institutionnel varient sans cesse en fonction des besoins spécifiques.

L'intérêt pour la prévention des troubles ne doit pas faire perdre de vue la nécessité d'améliorer, de faciliter l'accès aux soins pour les enfants et les adolescents souffrant de troubles cliniquement significatifs. En effet, des progrès conduisent à un meilleur dépistage des troubles patents ou débutants mais les avancées restent vaines si des soins adaptés et diversifiés ne peuvent être proposés dans des délais corrects. Parallèlement au développement de la prévention destinée à la population générale ou à des groupes cibles, des études spécifiques sont également nécessaires dans les champs de la prévention des rechutes et de la chronicisation des troubles de l'enfant et de l'adolescent.

La réadaptation occupe **une fonction sociale spécifique** : celle de reconnaître aux parents le droit d'être accompagnés vis-à-vis d'un problème apparaissant chez l'enfant ou par rapport à une configuration familiale difficile.

Il est possible de dégager **des rôles spécifiques** à la réadaptation, chacun de ces rôles correspondant à une étape du processus de définition du problème :

- l'observation et le diagnostic: soutenir la phase d'observation, de découverte du problème ; proposer une expertise et donner une définition de la « maladie » ;
- l'accompagnement et l'aide des parents : guider les parents dans leur recherche de solutions ; les soutenir dans leur vie relationnelle et dans leurs capacités à mobiliser les ressources ;
- la légitimation : négocier la définition de la « maladie » en tenant compte du point de vue de l'histoire et du contexte de l'individu; *traduire* le problème, en concertation avec l'ensemble du réseau, de manière à trouver des « *compromis pratiques* » mais aussi

écouter et reconnaître les résistances des parents, éviter la *décompensation*, participer à ce que le vécu d'humiliation ne s'enkyste pas dans la honte ;

- les soins de l'enfant tout en participant au questionnement des parents, à la (re)mise en question, à la recherche de sens ;
- l'accompagnement du processus d'adaptation ou de changement de la famille tout en garantissant une place pour le développement de l'enfant.

Par ailleurs, la spécificité développementale de l'enfant conduit à l'interférence permanente de la pathologie dans le processus de développement de l'enfant : tout trouble a des conséquences plus ou moins massives sur le développement de l'enfant avec dès lors des limitations et un décrochage rapide par rapport à ses pairs de la même catégorie d'âge.

Le jeune âge du patient permet de comprendre la réadaptation psychosociale comme chez les adultes, dans son immédiateté (insertion de l'enfant dans sa communauté) mais aussi dans son futur, c'est-à-dire préserver et construire les potentialités d'intégration sociale pour le futur adulte.

Incidence des facteurs environnementaux sur le développement

Les facteurs sociaux susceptibles d'avoir un retentissement sur la santé en général et sur la santé mentale en particulier sont nombreux, divers. Parmi eux le milieu social, l'habitat, le fait d'être migrant méritent d'être retenus. Le milieu social est le plus souvent apprécié à travers les professions parentales, le niveau d'éducation ou le niveau de revenus de la famille.

Les facteurs sociaux n'ont pas le plus souvent de valeur causale en eux-mêmes, mais leur influence non contestable dépend la plupart du temps de la façon dont ils sont vécus. Par exemple, le fait de migrer de la campagne vers la ville ou d'un pays à un autre est dû en général à des impératifs économiques. La réussite de l'insertion dépendra beaucoup de la façon dont est vécue cette transplantation.

Les facteurs biologiques et culturels se conjuguent avec le sexe et l'âge pour une expression différentielle des troubles étudiés.

Les sociétés occidentales évoluent et se transforment continuellement, ce qui demande aux individus des capacités d'adaptation d'autant plus importantes. La non-réussite sociale peut être vécue comme plus frustrante puisque toutes les ascensions sociales sont théoriquement possibles. Personne, dans les sociétés de type occidental, n'est attaché de sa naissance à sa mort à une caste. Néanmoins, ces ascensions sociales n'en sont pas moins difficiles à réaliser, et la maladie en elle-même constitue un frein à l'insertion sociale.

Réadaptation et Famille

L'implication des familles

La famille est porteuse de la demande de réadaptation. D'emblée, l'implication familiale conditionne l'engagement du programme de réadaptation et le degré de motivation que pourra maintenir l'enfant. Les parents sont des partenaires indispensables du programme de réadaptation et doivent être renforcés dans leurs rôles spécifiques.

La demande de la famille n'est pas celle de l'enfant amené à fréquenter le service et ne correspond pas toujours au projet de l'équipe. La famille veut une normalisation sociale, scolaire et exprime une souffrance dont elle veut être débarrassée. L'équipe identifie des déficiences, des limitations des activités, des restrictions de participation et voudrait les faire disparaître.

La demande que reçoit un Centre peut être définie comme une demande de normalisation du fonctionnement social. La spécificité de la population suivie en réadaptation est caractérisée par

un ensemble de déficiences et de limitations dans un environnement psychosocial spécifique. Celles-ci sont très souvent intriquées dans des fonctionnements personnels et familiaux installés depuis longtemps. Elles prennent racine dans des histoires familiales longues et complexes. La présence d'une limitation modifie par ailleurs la dynamique familiale, pouvant amener des attitudes éducatives peu adéquates dont les conséquences se révéleront par la suite souvent dramatiques.

Pour nombre d'entre elles, le niveau de fonctionnement des familles consultant nos Centres de Réadaptation, selon les critères de la CIF, interpelle. Isolées socialement, en mésentente avec tous, il leur est souvent impossible de trouver un environnement rassurant, une appartenance à un groupe. Dans les milieux très carencés, le rôle parental est très mal intégré et les attitudes éducatives à leurs dispositions limitées, cherchant surtout d'éviter à leurs enfants toutes les frustrations vécues par la génération précédente, entraînant ainsi, en plus des troubles majeurs du développement, des comorbidités telles que des troubles de conduite et de l'attention, des pathologies anxieuses et dépressives, ...

Mais parmi les frustrations que ces parents veulent épargner à leurs enfants se trouve une image négative de réussite sociale. Répéter une troisième maternelle, être orienté vers un enseignement spécial, consulter un Centre de Réadaptation, est ressenti comme un échec narcissique. Ceci amène certains parents à déployer des efforts démesurés pour tenter de combler les carences et retards de leurs enfants dans un combat sans issue, ne respectant plus les limites et les moyens de leur enfant.

Confondre la réadaptation et le rôle parental est un écueil auquel peut se heurter la médecine de réadaptation pédopsychiatrique. Le rééducateur est en premier lieu à l'écoute de l'enfant. Raisonner les velléités de parent qui sommeillent chez tout rééducateur, apaiser les désirs des parents d'être rééducateur, est un équilibre délicat que doit respecter tout prestataire de la réadaptation.

Enfin, au centre de tout programme de réadaptation se trouve l'enfant. Porteur des attentes et des ambitions de ses parents, victime de ses propres limites, l'enfant doit préserver son équilibre. Il cherche à protéger ses proches de toute perte de rôle et à répondre à toutes leurs attentes. Celles-ci peuvent être guidées par des frustrations personnelles et par une fragilité narcissique dont l'origine est bien souvent antérieure à la problématique de l'enfant mais elles se cristallisent par rapport à celles-ci.

Ainsi pour l'enfant, il s'agit de se soumettre aux exigences de tous, de suivre son programme et d'en respecter les exigences ainsi que l'équilibre construit au fil du temps au sein de la famille mais néanmoins de faire valoir ses propres aspirations. N'est-ce pas demander au plus démuné de la triade thérapeutes-famille-consultant de résoudre la quadrature du cercle ?

Les facteurs de risques familiaux⁽⁵⁾

Dans les études, différents facteurs familiaux ont été trouvés associés à un risque de troubles mentaux chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte. Ces circonstances négatives ont un impact d'autant plus important qu'elles sont chroniques et associées à d'autres facteurs de risque. Les mécanismes d'action de ces facteurs familiaux demeurent à investiguer. Le sexe, les caractéristiques individuelles et le macro environnement semblent jouer un rôle dans l'impact différentiel des facteurs de risques familiaux.

Les influences environnementales doivent être considérées dans le contexte des interactions avec les caractéristiques individuelles. Par exemple, des facteurs génétiques peuvent influencer la survenue d'événements de vie (corrélations gène-environnement) ou augmenter la vulnérabilité à

certaines facteurs environnementaux (interactions gène-environnement). Les principaux types de relations entre la personne et son environnement peuvent être illustrés comme suit :

- l'impact des facteurs environnementaux varie en fonction du style de réactivité des individus. La susceptibilité aux effets de l'environnement peut être en partie tributaire de facteurs génétiques ;
- les individus ont un rôle actif sur leur environnement. Les caractéristiques individuelles sont susceptibles d'influencer la fréquence des événements de vie, comme la nature des expériences antérieures influence la façon dont un individu va réagir à un stress environnemental (Rutter, 1997) ;
- les facteurs génétiques peuvent être corrélés avec des facteurs environnementaux. Ce type de relation est par exemple possible dans le risque familial de dépression où peuvent se conjuguer les effets génétiques directs et les altérations des échanges parents-enfant induites par l'état dépressif (Rutter et Quinton, 1990).

Différents facteurs de risques familiaux peuvent être envisagés :

- conflits ou séparation des parents ;
- relations parents-enfant conflictuelles ;
- décès d'un parent ;
- maltraitance et violence familiales ;
- carences éducatives, perturbation des liens d'attachement ; psychopathologie parentale.

Les moyens de la réadaptation

Les différents moyens mis en œuvre en Centre de Réadaptation Fonctionnelle permettent d'optimiser les compétences et les ressources de l'enfant afin de favoriser son adaptation familiale, scolaire et sociale.

Il s'agit de mettre en place un processus **dynamique** et **interactif**, impliquant des activités multidisciplinaires **coordonnées**, inscrites dans un espace **temporel** défini.

Compte-tenu des pathologies complexes -multi-facettes - de notre population, la démarche de réadaptation implique une évaluation et un programme conçu pour *l'enfant dans sa globalité* par *une approche multi-, inter- et trans- disciplinaire* dont le fondement essentiel est *le concept de partenariat*.

Ces notions impliquent que **l'évaluation** et **la réadaptation** de l'enfant tiennent compte :

- des aspects développementaux (« être en devenir ») ;
- de son étroite dépendance à un système d'appartenance : la famille (nucléaire et/ou palliative) ;
- de ses interactions avec son environnement social et scolaire.

L'évaluation

Par évaluation, nous entendons l'appréciation d'une pratique de bonne qualité. Cette pratique de bonne qualité repose sur l'existence d'une organisation institutionnelle, s'inscrivant dans une démarche de réadaptation fonctionnelle qui doit assurer une prise en charge, visant à déployer des processus d'individuation et d'adaptation les meilleurs possible.

Au départ de cette définition, nous devons aussi intégrer les éléments suivants:

- La prise en compte de la spécificité de chaque institution
- Le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe

- La spécialisation de certaines équipes pour des groupes cible spécifiques
- L'importance de la dimension psychothérapeutique qui caractérise certains Centres.

En outre, l'évaluation doit avoir le double objectif d'être utile pour l'orientation du travail thérapeutique autant que pour justifier l'utilisation des deniers publics.

L'évaluation se doit d'améliorer la pratique clinique et se distingue du contrôle administratif en étant dynamique, continue et responsable.

Les trois axes d'évaluation

Cette évaluation peut s'organiser selon différents axes, soit clinique, institutionnel ou de santé publique, chacun nécessitant le recours à des outils spécifiques. Le premier axe est davantage une approche verticale c'est-à-dire une lecture centrée sur le sujet et sur son évolution, en précisant un maximum de données concernant le patient lui-même et son environnement. Les deux autres axes se conçoivent au travers d'une lecture transversale qui permet, sur base des mêmes données, de poser une analyse comparative au niveau de diverses populations, dans une région, dans un pays, ou sur le plan international

1-L'axe clinique

Cet axe singulier et spécifique porte sur l'évolution du sujet dans sa dimension individuelle tant intra-personnelle qu'au travers de ses différents milieux de vie (famille, école, travail, loisirs, ...).

Le niveau individuel doit privilégier l'évaluation dans une perspective d'adaptation individuelle. Celle-ci implique toujours une analyse bio-psycho-sociale des compétences et des processus d'individuation.

Cette évaluation pourrait se structurer autour de trois concepts (Classification Internationale du Fonctionnement – OMS 2001):

- a. Le niveau des activités (à aborder par le biais de tests) ;
- b. Le niveau des participations (à aborder par le biais de grilles) ;
- c. Le niveau de l'environnement social qui devrait permettre de poser un pronostic de l'adaptation future.

Cet axe individuel doit tenter de synthétiser des données aussi bien médicales, affectives, cognitives, instrumentales que des données de développement personnel du sujet à l'intérieur des différentes structures sociales (travail, école, famille, loisirs) tout en permettant une évaluation suffisamment standardisée pour être applicable tant dans une perspective diachronique que synchronique.

Cette approche intègre une évaluation psychométrique, aux côtés de l'observation et des premiers entretiens. Cette approche standardisée va comprendre l'ensemble des tests et bilans qui permettent une standardisation cotée ou chiffrée de l'évaluation (en termes de normes évaluées, en termes de percentiles ou de notes standard).

Ces éléments prennent sens en fonction de l'approche clinique qui constitue une dimension plus subjectivante et plus humaniste de l'évaluation.

Cette complémentarité s'attache à toutes les informations pertinentes à propos d'un sujet et de son contexte de vie et permet de poser un diagnostic et d'élaborer un projet thérapeutique contribuant à améliorer l'autonomie de ce sujet.

La méthodologie

Toute demande est acceptée, les parents reçus et l'adéquation des missions du service et de l'attente des parents est évaluée. Après ce premier contact, soit la famille est réorientée vers un service ou un thérapeute plus indiqué, soit une phase d'évaluation lui est proposée.

L'évaluation comporte d'abord un recueil de données, puis se construit, en réunion d'équipe à travers une analyse interdisciplinaire. Les différents intervenants y amènent leurs observations, explorations et conclusions, **sous la direction du médecin spécialiste en réadaptation** qui en assure la responsabilité et la synthèse.

Le programme de réadaptation se construit donc, étape par étape, par :

- l'échange des résultats des différents **examens préliminaires** ;
- la discussion et le choix du **diagnostic** principal et des comorbidités ;
- **l'évaluation fonctionnelle**, formalisée par la mise en lumière des déficiences des fonctions organiques, constitutives des difficultés rencontrées ainsi que leurs répercussions dans les différents domaines de la vie ;
- l'identification des **facteurs contextuels** (environnementaux) et **personnels** avec leurs impacts (facilitations et limitations) sur les fonctions, les activités et participations ;
- la désignation d'un **Référent** ;
- sa formalisation sous forme d'un Plan de Programme Individualisé, (P.P.I.).
- l'identification des différents partenaires impliqués afin d'envisager un **Plan de Services, (PSI)**.

Les examens préliminaires

Ces examens visent à obtenir une vision complète de la problématique de l'enfant et des effets de celle-ci sur son fonctionnement global dans les différents milieux de vie.

Il s'agit de séances individuelles, face à l'enfant ou face à sa famille et d'observations dans le milieu de vie. Il s'y ajoute des interventions en réseau.

Ils comportent :

- l'anamnèse : évaluation des composants et de l'histoire de la problématique, de ses implications dans et sur le contexte familial.
- les examens médicaux (pédiatrique, psychiatrique, O.R.L., ...)
- les bilans individuels paramédicaux des différentes disciplines de la réadaptation (logopédie, kinésithérapie, psychomotricité, ergothérapie, éducation,)
- l'examen psychologique (efficience intellectuelle et examen de la personnalité)
- le bilan d'autonomie (réalisé dans les locaux du Centre ou à domicile).
- les examens complémentaires éventuels auprès de partenaires externes: O.R.L., ophtalmologue, neuropédiatre, neuropsychologue,...
- les échanges informatifs avec les intervenants extérieurs et le tiers envoyeur (école, PMS, médecin traitant, autres services,...)

Dans certains cas, cette phase peut aboutir d'emblée à l'orientation de l'enfant vers une structure de soins plus adaptée à ses besoins.

Le diagnostic

Sur base des différentes observations et tests réalisés, le ou les troubles de l'enfant sont catégorisés conformément aux critères diagnostiques internationalement reconnus en prenant en

compte les comorbidités, classées suivant leur incidence sur l'objectif global du programme de réadaptation (9).

La multidisciplinarité du diagnostic est respectée aussi bien sur le plan médical que paramédical.

a- L'analyse des fonctions organiques

Une première évaluation porte sur l'identification des fonctions impliquées dans la genèse du trouble avec une évaluation du niveau de déficience (10). Elle est réalisée en multidisciplinarité et complétée par un programme avec des objectifs à atteindre où chaque examinateur, tout en respectant sa spécificité, complète les éléments amenés par ses collègues.

Il s'agit d'identifier aussi bien les déficiences que les potentialités et prendre en compte tous les facteurs contribuant à la description du ou des trouble(s).

En tenant compte des différentes orientations des Centres, l'exploration porte prioritairement sur les domaines énumérés ci-dessous sans en exclure d'autres, ajoutés au cas par cas.

b- L'analyse des activités et participations

Après avoir identifié les fonctions organiques altérées, cette analyse est complétée par une évaluation des répercussions du trouble dans les différents domaines de la vie, à la fois sous l'angle des activités accessibles ou non pour l'enfant mais aussi en approchant la participation de celui-ci dans des situations de vie réelle.

Au-delà des compétences, il est nécessaire d'appréhender les capacités en résultant. À ce niveau, il ne s'agit plus de mesurer les fonctions dont dispose le sujet mais bien la manière dont il les utilise.

Il est nécessaire d'utiliser des outils qui permettent de mesurer l'évolution des compétences d'un sujet en prenant en compte sa participation tant sur le plan des apprentissages, du développement, de l'adaptation au sein de l'école, du milieu de travail, de la famille ou de l'adaptation parmi les pairs.

La mesure réalisée permet une visualisation rapide et synthétique de l'évolution du sujet.

c- L'analyse des facteurs environnementaux

La Classification Internationale du Fonctionnement (OMS 2001) permet de construire ce volet de l'évaluation en y intégrant la dimension sociale et environnementale.

Cette analyse prend en compte les facteurs environnementaux de l'enfant et de sa famille sous l'angle des différents chapitres repris par la CIF. Ils sont qualifiés en mesurant l'ampleur des effets positifs de l'environnement, à savoir les facilitateurs ou l'ampleur des effets négatifs, à savoir les obstacles.

d- L'analyse des facteurs personnels

Elle inclut le sexe, la race, l'âge, d'autres problèmes de santé, la condition physique, le mode de vie, les habitudes, l'éducation reçue, le mode d'adaptation, l'origine sociale, la profession, le niveau d'instruction, l'expérience passée et présente, les schémas comportementaux et les traits psychologiques ou autres.

2-L'axe institutionnel

Cet axe porte sur la dimension institutionnelle inhérente à toute démarche évaluative. Ce deuxième axe permet notamment de mettre en évidence les spécificités des richesses liées à une institution et contribuant à l'évolution du sujet.

Ce niveau institutionnel doit comprendre un relevé des ressources des institutions mais aussi de leurs limites, lesquelles imposent la référence à l'équipement territorial. Cette spécificité élective doit permettre une différenciation des institutions les unes par rapport aux autres, en évitant un amalgame qui gommerait le caractère original et créateur d'une institution.

Cet axe devrait se réfléchir au travers de trois dimensions analysant des données précises et effectivement spécifiques à savoir:

- L'histoire et la géographie institutionnelles;
- Les limites de cette institution et les circuits de soins dans lesquels chacune s'inscrit (inscription territoriale).
- La formation du personnel.

L'histoire et la géographie institutionnelle

Nous avons pu prendre conscience de l'importance de la dynamique sous-jacente à la fondation de chacune des institutions leur conférant leur caractéristique propre permettant de les différencier des autres C.R.A. avec lesquels ces institutions partagent pourtant les mêmes objectifs fondamentaux.

Ce mythe fondateur propre à chaque institution a une influence directe sur la structure même du centre, sur le type de sujets auxquels il s'adresse, suivant qu'il s'agit d'un milieu rural ou d'un milieu urbain, sur le type de collaboration qui s'installe selon qu'il s'agit d'un C.R.A. travaillant totalement dans le secteur ambulatoire ou d'un C.R.A. associé à des ensembles institutionnels plus importants où se trouvent parfois des sections résidentielles ...

C'est le plus souvent le sens même du projet thérapeutique de l'institution qui confère à celle-ci ses valeurs, ce qui sous-tend son organisation et l'inscription dans un territoire.

Les limites de l'institution

Les limites du champ d'action sont propres à chaque institution. Les limites de l'institution se définissent en fonction des objectifs propres de celle-ci (et donc de ce qu'elle ne sait pas ou ne veut pas faire) et par sa position au sein des circuits de soins.

Circonscrire ainsi les limites permet l'instauration de liens privilégiés avec le territoire desservi. Les frontières sont appréciées en fonction des ressources internes, des moyens mis à disposition et de l'inscription dans l'un ou l'autre circuit de soins spécifique. Ce sera la base de l'instauration de liens privilégiés avec d'autres institutions dans un territoire plus ou moins défini.

Il faut apprécier les frontières de l'institution tant en fonction des objectifs propres et de l'identité de celle-ci que dans son rôle de maillon au sein de circuits de soins. Nous restons attentifs à ne pas figer ces circuits, dont la mobilité et les contours, au sein du réseau institutionnel varient sans cesse en fonction des besoins spécifiques.

La formation

La formation continuée fait partie intégrante du développement de toutes les équipes. Elle permet de confronter nos expériences avec celles d'autres collègues, d'actualiser nos connaissances et d'en acquérir de nouvelles pour ensuite les partager à l'intérieur même de nos équipes. La formation continuée garantit un ressourcement permanent et maintient un certain dynamisme.

Formations Intra-Muros:

- Réunions entre spécialistes d'une même discipline pour interroger l'outil technique;

- Journées institutionnelles avec des partenaires habituels, travaillant avec les mêmes sujets;
- Réunions de synthèse à propos d'un cas ;
- Échanges autour de lectures, de séminaires, de conférences auxquels a participé l'un ou l'autre membre de l'équipe qui partage avec ses collègues ce qu'il en a retiré (séminaires internes) ;
- Réunions scientifiques de l'équipe autour d'un thème préalablement proposé;
- Réunions de relance, c'est-à-dire une sorte d'arrêt sur image à propos d'un sujet pour réfléchir aux options thérapeutiques prises et permettre à chacun de repartir avec des idées nouvelles .

Formations Continues Extra-muros:

- Journées scientifiques, colloques, congrès, ... ;
- Formations en deuxième et / ou troisième cycle;
- Contacts interinstitutionnels dans le cadre territorial;
- Formations à l'utilisation de l'outil informatique.
- Groupes théoriques de réflexion avec d'autres équipes, par exemple dans le cadre universitaire;
- La Commission Scientifique des C.R.A. Francophones;
- Les GLEM pour les médecins.
- *La réflexion éthique*, c'est-à-dire l'interrogation permanente que chaque équipe maintient vivante autour de la pertinence de ses moyens pour servir les objectifs individuels définis par les plans thérapeutiques et/ou les hypothèses de travail. Il va de soi que cette réflexion, point de convergence de l'équipe thérapeutique est régulièrement mise en perspective avec celles d'autres équipes et d'autres institutions. Par ailleurs, le fonctionnement de l'équipe au travers de sa confrontation interdisciplinaire permanente, de ses groupes de relance, de ses réunions de synthèse, de ses réunions d'évaluation, de ses bilans annuels est devenue, au fil du temps, l'outil thérapeutique principal soutenant le travail individuel, porteuse d'un esprit, ressource sur le plan intellectuel et scientifique, garante de la réflexion éthique.
- *L'information et la recherche*: si les C.R.A. travaillent peu dans le secteur de la prévention qui ne fait pas partie de leurs missions, ils n'en restent pas moins inscrits dans des politiques de recherche continue par rapport à l'insertion sociale et au déploiement des ressources personnelles de chaque sujet et de chaque famille.
- Loin de vivre en vase clos, les C.R.A.- ouvrent leurs portes, également pour informer la population des moyens d'interventions dont ils disposent.

3-L'axe de santé publique

Nous regroupons ici la part de l'évaluation qui prend en compte la référence à différents systèmes de prises de données permettant les recherches à l'échelle des populations. Cet axe de l'évaluation dans une perspective épidémiologique et nosographique implique par essence une portée plus communautaire voire fédérale.

Niveau épidémiologique

Il a essentiellement pour objet de situer la problématique individuelle dans un contexte général sur le plan régional, communautaire ou fédéral. L'épidémiologie permet d'étudier la fréquence des pathologies dans divers groupes de populations (épidémiologie descriptive), d'en rechercher les facteurs de risque (épidémiologie analytique) et d'évaluer les actions préventives ou thérapeutiques (épidémiologie d'intervention et évaluative).

Les objectifs de l'épidémiologie descriptive sont de mesurer la prévalence (cas présents) et l'incidence (cas nouveaux) des troubles dans une population donnée, et d'en suivre l'évolution, de décrire les caractéristiques de ces troubles ainsi que leur répartition (par âge, par sexe...) et d'utiliser ces données pour identifier des groupes prioritaires pour la prévention ou la prise en charge. Il faut distinguer les études menées sur des populations particulières et celles menées sur des échantillons représentatifs de la population générale. Les études en population sont plus faciles à mener dans des communautés de petite taille, comme par exemple l'île de Wight au sein de laquelle une étude a été menée sur l'ensemble des enfants de 10 à 12 ans. Quelques études longitudinales examinant le développement de cohortes d'enfants suivis de la naissance à l'âge adulte ont fourni des données sur l'incidence de troubles mentaux à différents âges et, grâce à une mesure prospective des facteurs de risque, sur les mécanismes biologiques, psychologiques et sociaux aboutissant aux développements psychopathologiques. La qualité des données dépend de la précision des définitions utilisées, des sources d'information, de la nature des populations étudiées, des méthodes d'enquête et des outils diagnostiques. La méthodologie des enquêtes en psychiatrie est devenue aujourd'hui plus sophistiquée sur le plan des techniques d'échantillonnage et d'analyse des données. De nombreux instruments et méthodes d'évaluation ont été mis au point pour l'épidémiologie psychiatrique chez l'enfant et l'adolescent, qui peuvent également être utilisés pour la recherche clinique.

Toute classification dans le domaine de la santé mentale présente des limites puisqu'il n'existe pas de critère étalon (*gold standard*), mais est néanmoins nécessaire. La classification catégorielle du *Diagnostic and statistical manual of mental diseases* (DSM) établie pour l'adulte par l'Association américaine de psychiatrie place les individus dans la catégorie des normaux ou des pathologiques. La classification dimensionnelle (par exemple le CBCL, *Child behavior checklist*) place les enfants sur des continuum émotionnels ou comportementaux qui vont du plus normal au plus pathologique. Bien qu'établis sur des bases théoriques différentes, ces deux types de classifications partagent une symptomatologie relativement proche et une approche par nombre de symptômes ou de critères qui conduit à définir des scores et des seuils. La classification DSM, utilisée dans la majorité des études internationales publiées en langue anglaise, est de fait la classification de référence en pathologie mentale.

Ceci présente l'avantage, au plan épidémiologique, de permettre la comparaison des résultats de nombreuses études. La classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé, qui n'est pas non plus spécifique de l'enfant, établit des correspondances avec la classification DSM. Ces instruments d'évaluation de la psychopathologie ont été testés avec succès dans plusieurs contextes culturels ; cependant, le caractère transculturel d'une classification n'est pas reconnu par tous. En France, la Classification des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA), qui s'inspire des théories psychanalytiques, est essentiellement utilisée en clinique et peu en recherche, même si un certain nombre d'équivalences permettent des comparaisons avec la CIM-10.

Niveau nosographique

Il a pour objet de situer le patient dans un répertoire international. Les références reconnues actuellement sont « La Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'OMS et le D.S.M.-IV. Elles permettent d'étayer un diagnostic catégoriel. Il a pour objet de situer le patient dans un répertoire reconnu au niveau international.

Les définitions des troubles mentaux et les critères qui les délimitent sont essentiellement fondés sur l'accord d'une communauté de spécialistes. Les classifications qui ont été élaborées, tels le diagnostic DSM-IV et la CIM-10, ont été plusieurs fois remaniées au fil de l'évolution des connaissances. Les troubles mentaux, mêmes définis aujourd'hui sur la base de critères internationalement reconnus, restent hétérogènes dans leur nature étiopathogénique. C'est

pourquoi le terme de maladie qui sous-entend généralement un mécanisme étiologique établi ne sera pas utilisé. Par ailleurs, l'approche catégorielle de ces classifications ne rend pas toujours compte du continuum de cas intermédiaires, à la symptomatologie incomplète ou atypique.

La Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) contribue également à l'analyse de ce niveau nosographique (développée par ailleurs).

La réadaptation

Le programme de réadaptation

L'évaluation fonctionnelle complète a permis de cerner un syndrome complexe où chacun doit maintenant jouer sa partition, sous la direction du chef d'orchestre, le médecin de réadaptation.

Les réadaptateurs reçoivent pour mission de réduire les limitations. Ils disposent pour ce faire de très peu de moyens agissant directement sur les déficiences des fonctions organiques constatées. Celles-ci le plus souvent ne sont pas modifiables. Ils n'ont pas d'arme pour faire disparaître un retard mental, un syndrome dysphasique ni les séquelles d'une atteinte neurologique ou d'une affection génétique. De même, ils ne peuvent pas faire disparaître un syndrome psychotique. Leur champ d'action sera donc le plus souvent celui de l'adaptation (le champ des activités et des participations⁽¹¹⁾): donner au consultant des moyens substitutifs qui vont lui permettre d'améliorer son fonctionnement et dans un second temps, favoriser une meilleure intégration sociale. Améliorer les capacités de socialisation, faciliter les apprentissages, accéder à un parcours scolaire, ouvrir sur le monde extérieur seront donc des objectifs privilégiés.

La prise en charge en Centre de Réadaptation Fonctionnelle se base sur le principe de la **multidisciplinarité**. Le diagnostic et la réadaptation de l'enfant ainsi que l'accompagnement de sa famille sont réalisés par des thérapeutes de formations diverses (psychologue, logopède, kinésithérapeute, psychomotricien, ergothérapeute, éducateur, assistant social, psychiatre, pédiatre, oto-rhino-laryngologue, ...).

Chaque discipline a des objectifs spécifiques et distincts inscrits dans une approche collective portant sur les déficiences fonctionnelles et/ou sur les activités et participations. Celle-ci vise une harmonisation des interventions vers un objectif général à atteindre.

Dans un souci de **transdisciplinarité**, l'équipe veille à dépasser les frontières entre disciplines en favorisant la connaissance, la compréhension des méthodes et objectifs de chacun afin de pouvoir coopérer pour contribuer au succès des interventions de chaque thérapeute.

Les séances individuelles

Le programme proposé à chaque enfant comprend essentiellement des séances individuelles réalisées en face-à-face. Chaque rééducateur, dans sa discipline spécifique, a recours aux techniques spécialisées et actualisées de sa profession ; il aborde les domaines et les objectifs définis dans le PPI. Il respecte l'échéance convenue pour évaluer les résultats de son action.

Les séances collectives

Des séances en groupe dans une approche transdisciplinaire sont aussi mises en place. Il s'agit d'interventions conjointes de thérapeutes de formations différentes ayant un objectif commun tout en poursuivant des objectifs individuels. Ces séances apportent l'appui des pairs. Elles permettent des mises en situations et le transfert -dans un autre contexte- de notions apprises dans le cadre de séances individuelles. Elles favorisent le développement des habiletés sociales (respect de règles de vie en groupe, adaptation relationnelle, expression de soi, identification et gestion des émotions, développement de la communication, adéquation des comportements, amélioration des capacités attentionnelles, réflexives, etc.)

Les réévaluations

En concertation entre collègues, les objectifs, en fonction des progrès ou obstacles constatés peuvent être en permanence revus et modifiés : si nécessaire, en réunion, l'équipe, sous la responsabilité du médecin-spécialiste en réadaptation, peut modifier à tout moment le PPI.

A chaque échéance programmée, le programme est revu, les examens spécialisés nécessaires refaits et de nouvelles orientations prises.

Tous les programmes sont limités dans le temps. A l'issue de la prise en charge, un bilan global d'évolution est réalisé, les relais nécessaires sont proposés et mis en place avec la famille.

Le concept de partenariat

Des premiers contacts à la fin du programme, l'établissement **d'un noyau de partenariat entre l'équipe, l'enfant et sa famille** est considéré comme un outil de réadaptation supplémentaire qui conditionne, en partie l'efficacité du processus mis en œuvre. Il part du principe qu'il existe une intrication complexe entre d'une part, les composants individuels impliquant la sphère cognitive intimement liée à la dynamique psychoaffective de l'enfant et d'autre part la dynamique de la famille dont il est encore totalement dépendant. L'approche évaluative et réadaptative du Centre de Réadaptation Fonctionnelle tient compte en permanence de l'intrication complexe de divers composants individuels, familiaux et environnementaux.

Travailler en partenariat nécessite l'établissement d'un **lien de confiance** famille-enfant-équipe qui détermine pour l'enfant, la possibilité de s'engager dans un processus de changement. Ce lien se crée dans un espace modulable de rencontres et s'installe à un rythme propre à chaque situation. Dans cet espace, chacun peut exprimer ses attentes, questions, craintes et oppositions par rapport au principe de réadaptation. C'est également pour les parents et l'enfant, un **espace d'appropriation** de la demande, notamment quand l'enfant est orienté par un tiers (école, PMS, médecin traitant, spécialiste, institution, ...).

La confiance est intimement liée à la **notion de transparence** au sujet de ce qui est organisé à l'intention de l'enfant. Les parents sont concertés à chaque étape de la prise en charge de leur enfant et au sujet des démarches effectuées par l'équipe. Ils participent à la phase évaluative initiale en apportant leurs savoirs et savoir-faire, leur expertise sur le développement de l'enfant, leur vécu quotidien, leurs ressentis par rapport à la problématique de l'enfant, à la manière dont celle-ci influence et est influencée par la dynamique familiale dans une boucle de rétroaction permanente.

La famille contribue à la phase de réadaptation en participant dans un **espace de concertation**, à l'élaboration du plan de programme individualisé (PPI) et à ses évaluations régulières. Mieux informée des déficiences et compétences de l'enfant, appelée à participer à l'élaboration d'une finalité et sa concrétisation au travers d'objectifs spécifiques, la famille (parent, fratrie, famille élargie parfois) est amenée à collaborer de manière continue. Elle est investie comme une ressource réadaptative en soi.

L'équipe veille à redonner aux parents un **sentiment de compétence** en les rendant capable de décider et de gérer leur vie et celle de leur enfant limité dans son fonctionnement.

Ce partenariat permet d'éviter que l'enfant ne soit confronté à un **conflit de loyauté** entre ses parents et l'équipe, conflit qui entraverait nettement le bon déroulement du processus de réadaptation et l'évolution de l'enfant.

Le partenariat peut, dans certaines situations, déboucher sur un **soutien** plus spécifique d'ordre **psychosocial** à l'attention des parents en difficultés dans leur quotidien avec l'enfant nécessitant des formations spécifiques en thérapie familiale.

Le P.P.I.

Le Plan de Programme Individualisé est un outil de planification, de coopération et de coordination des diverses interventions de réadaptation autour de l'enfant, en vue d'atteindre une finalité commune.

Il tient compte :

- des attentes des parents et de leur enfant.
- des attentes du tiers demandeur.
- de l'ensemble des observations concernant les difficultés et les ressources de l'enfant.

Il permet :

- de structurer et planifier l'ensemble des interventions.
- de déterminer des objectifs spécifiques permettant d'atteindre une finalité concertée entre les parties.
- d'identifier les ressources thérapeutiques et de fixer les moyens à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs.
- de déterminer les échéances d'évaluation.
- d'examiner les situations facilitatrices et contraignantes pour l'enfant et sa famille.
- de prévoir la mise en place de rencontres avec la famille, le milieu scolaire et le partenariat avec les intervenants extérieurs (voir P.S.I ci-après).

Le référent

La notion de référent s'inscrit dans une dynamique de travail qui vise la responsabilisation de chaque professionnel dans le décours de la prise en charge globale.

Concrètement, le référent :

- veille à créer et maintenir une relation de confiance et d'échanges dans le noyau thérapeute-enfant-parent (voir « concept de partenariat » ci-après) ;
- connaît les besoins de l'enfant, évalués préalablement, et recentre en permanence les interventions autour de ceux-ci ;
- est le garant du suivi optimal du dossier (communications, rapports, suivi des décisions, respect des délais,...) ;
- sert de relais avec tout intervenant extérieur ;
- centralise, transmet l'ensemble des informations utiles et des renseignements obtenus dans ces contacts.

Le réseau des institutions

L'enfant et sa famille sont au centre d'un réseau impliquant deux types de partenaires :

- Thérapeutiques : SSM, paramédicaux privés, autres centres conventionnés, centre de thérapie familiale, médecin traitant et médecins de différentes spécialités,...
- Non thérapeutiques : école, PMS, école de devoirs, garderie, SAJ, SPJ, centre d'accueil, service d'aide précoce, AMO (service d'aide en milieu ouvert),...

Le Centre de Réadaptation Fonctionnelle s'inscrit dans une **politique de réseau** avec l'ensemble des partenaires mais le **contrat de collaboration** varie en fonction des intervenants concernés et du projet partagé. Il s'agit toujours néanmoins de définir un fonctionnement collaborant en vue d'atteindre une **finalité commune**.

Les intérêts et enjeux du réseau sont de :

- permettre d'améliorer l'offre de soins et d'aides ainsi que la qualité de la prise en charge.
- décloisonner les espaces que traversent l'enfant et sa famille.
- renforcer les liens et le partenariat entre les structures pour apporter les réponses les plus pertinentes, orienter l'enfant vers les professionnels les plus adaptés en fonction de ses besoins.

Le PSI

Le Plan de Services Individualisés (**PSI**) est un outil de planification et de coordination des actions des différents services concernés par la situation, en vue d'atteindre une finalité commune centrée sur l'enfant.

Cette finalité, nécessitant l'activation du réseau d'aides et de soins existant autour de l'enfant, vise à son **insertion** en combinant différents niveaux d'intervention. Selon la spécificité de l'intervenant, des objectifs en termes de fonctionnement relationnel, d'insertion scolaire ou d'insertion sociale pourront être partagés.

Dans ce contexte le rôle de **référént** prend tout son sens. Il est ici le pivot de la coordination et de sa formalisation lors de concertations associant les parents et les structures intervenant dans la situation.

Le PSI permet de :

- concrétiser et systématiser le partenariat existant.
- réduire les appréhensions et peurs des différentes parties.
- décoder les interventions inefficaces et comprendre les échecs antérieurs.
- Définir, écrire en termes clairs une finalité d'intervention et des objectifs spécifiques.
- prioriser ces objectifs.
- définir le problème général de l'enfant et les facteurs constitutifs.
- déterminer des résultats attendus en termes de changements au niveau de comportements observables dans un vocabulaire compris par tous les partenaires.
- déterminer la coopération au sujet des moyens mis en œuvre, des tâches, ressources de chacun et comprendre ce que font les autres partenaires.
- déterminer des échéances et des moments de réévaluations.
- cerner et interpeller les services manquants en fonction des besoins de l'enfant mais également, dans certains cas, en fonction des difficultés d'autres membres de la famille quand la problématique s'étend à une partie ou à l'ensemble du système familial.

Cette convention peut être revue et négociée régulièrement à chaque fois que la nécessité s'en fait sentir.

Le partage du **secret professionnel**, dans le respect de la vie privée de la famille et d'une confidentialité indispensable, est négocié avec les parents en veillant à les protéger de toute divulgation non profitable à l'enfant et ce d'autant plus que la collaboration se fait aussi avec des structures non thérapeutiques, pédagogiques, éducatives, voire protectionnelles.

Les distinctions au niveau philosophies et méthodes d'intervention amène les partenaires à devoir négocier leurs divergences d'opinion pour faire apparaître les complémentarités et aboutir à un consensus. La caractéristique fondamentale du partenariat est cette interdépendance entre les participants. Chacun accepte d'être apprenant de l'autre en considérant ses arguments et en s'autorisant à les critiquer en vue d'en arriver à une décision qui sied à toutes les parties. Le temps exigé pour ce type de collaboration peut donc varier en fonction des situations. Le rôle du

réfèrent peut se nuancer suivant les partenaires du réseau, certains services étant habilités, par définition, à gérer la coordination des interventions multiples.

Le partenariat équipe-enfant-famille-réseau infiltre la culture spécifique d'intervention de nos Centres de Réadaptation Fonctionnelle. Il implique de chercher constamment à identifier, dans les communications parents et intervenants, la nature des relations, d'examiner les processus de prise de décisions, de chercher les indicateurs de difficultés ainsi que les éléments facilitateurs afin d'optimiser le potentiel des multiples interventions.

La Classification Internationale du Fonctionnement

La *Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé*, plus communément connue sous le nom 'CIF', propose un langage standardisé et un cadre pour la description de la santé et des états relatifs à la santé. Comme la première version publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé à titre d'essai en 1980, la Classification Internationale du Fonctionnement est une classification à buts multiples à l'intention d'un grand nombre d'usages dans différents secteurs. C'est une classification de la santé et des domaines connexes à la santé - ces domaines qui nous aident à décrire, lors de changements des fonctions organiques et des structures anatomiques, ce qu'une personne avec un problème de santé peut faire dans un environnement standard (son niveau de capacité), mais aussi ce qu'elle fait actuellement dans son environnement usuel (son niveau de performance). Ces domaines sont classés selon une perspective organique, individuelle et sociétale au moyen de deux listes : une liste des fonctions organiques et des structures anatomiques, et une liste des domaines d'activités et des participations. Dans la CIF, le terme *fonctionnement* renvoie à toutes les fonctions organiques, les activités et les participations, alors que le terme *handicap* est de la même manière un terme global pour les déficiences, les limites d'activités et les restrictions de participations. La CIF liste également des facteurs environnementaux qui interagissent avec tous ces composants.

La Classification Internationale du Fonctionnement a été publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2001. Elle appartient à la famille des classifications internationales et est par ce fait apparentée à la CIM-10 (ICD-10). La CIF en est le complément, décrivant le fonctionnement et le handicap associés aux problèmes de santé.

Cet outil s'est très vite révélé comme le soutien indispensable à toute évaluation fonctionnelle dans les programmes de réadaptation. Contrairement aux autres classifications de l'OMS, son application en réadaptation infanto-juvénile ne pose pas de problème majeur.

La CIF a, entre autres buts,

- de fournir une base scientifique pour comprendre et étudier les états de santé, les conséquences qui en découlent et leurs déterminants ;
- d'établir un langage commun pour décrire les états de santé et les états connexes de la santé afin d'améliorer la communication entre différents utilisateurs, y compris les personnes handicapées.

Composantes de la CIF

Fig. 1

	Partie 1 Fonctionnement e handicap		Partie 2 Facteurs contextuels	
Composantes	Fonctions organiques et structures anatomiques	Activités et participations	Facteurs environnementaux	Facteurs personnels
Domaines	Fonctions organiques Structures anatomiques	Domaines de la vie (tâches, actions)	Facteurs externes affectant le fonctionnement et le handicap	Facteurs internes affectant le fonctionnement et le handicap
Schémas	Changement dans les fonctions organiques (physiologie) Changement dans la structure anatomique	<i>Capacité</i> Réaliser des tâches dans un environnement standard <i>Performance</i> Réaliser des taches dans l'environnement réel	Impact (facilitateur ou obstacle) de la réalité physique, de la réalité sociale ou des attitudes	Impact des attributs de la personne
Aspect positif	Intégrité fonctionnelle et structurelle	Activité Participation	Facilitateur	Sans objet
	Fonctionnement			
Aspect négatif	Déficience	Limitation de l'activité Restriction de la participation	Barrières / obstacles	Sans objet
	Handicap			

La CIF est constituée de deux parties, comprenant chacune deux composantes :

1-Fonctionnement et handicap

- a) Fonctions organiques et Structures anatomiques
- b) Activités et Participations

2-Facteurs contextuels

- c) Facteurs environnementaux
- d) Facteurs personnels

Chaque composante peut être exprimée en termes positifs ou en termes négatifs, soulignant ainsi aussi bien les déficiences que les potentialités.

Définitions

- Les **fonctions organiques** désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques).
- Les **structures anatomiques** désignent les parties du corps humain, telles que les organes, les membres et leurs composants.
- Les **déficiences** désignent des problèmes des fonctions organiques ou des structures anatomiques, sous forme d'écart ou de perte importante.

- Une **activité** signifie l'exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose.
- La **participation** signifie l'implication dans une situation de la vie réelle.
- Les **limitations d'activité** désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité.
- Les **restrictions de participation** désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour s'impliquer dans une situation de la vie réelle.
- Les **facteurs environnementaux** constituent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.
- Les **facteurs personnels** représentent le cadre de vie particulier d'une personne, composé de caractéristiques de la personne qui ne font pas partie d'un problème de santé.

Toutes les composantes de la CIF sont en interaction comme le montre la figure 2. Ceci illustre combien il est illusoire de séparer les niveaux d'intervention et renforce la nécessité d'interventions non seulement multidisciplinaires mais plus encore transdisciplinaires.

