

MEDECINE DE READAPTATION

GROUPE DE TRAVAIL

READAPTATION LOCOMOTRICE ET NEUROLOGIQUE

DU COLLEGE DES MEDECINS-DIRECTEURS

ET

DU CONSEIL CONSULTATIF

DE LA REEDUCATION FONCTIONNELLE

Présidents : Prof. R. LYSENS
Prof. J. DE NAYER
Prof. M. VAN LAERE

Membres:

Dr S.PORIAU
Dr RENDERS
Dr.M. VENTURA
Dr Guy WANET
Prof. Ph. HANSON
Dr W. NUYTTE
Dr J.M. LOIX

Rééducation fonctionnelle locomotrice et neurologique

1. Définition de la rééducation fonctionnelle locomotrice et neurologique

La rééducation fonctionnelle locomotrice et neurologique est cette partie de la médecine qui ne s'occupe pas tant du diagnostic et du traitement d'une maladie ou affection locomotrice ou neurologique en tant que telle, mais bien du diagnostic et du traitement de ses conséquences, à savoir les troubles, les limitations d'activité (activity limitation) et les problèmes de participation (participation restriction) qui en découlent.

2. Objectifs de la rééducation fonctionnelle locomotrice et neurologique

2.1. Objectifs généraux

La médecine relative à la rééducation fonctionnelle vise donc la reconnaissance et le traitement les plus rapides possibles des troubles et des limitations qui en découlent en termes d'activités et de problèmes de participation dans leur globalité et dans leur cohérence réciproque en prenant en compte des facteurs personnels et d'environnement, avec comme objectifs concrets un rétablissement anatomique, physiologique et psychologique maximal, un fonctionnement physique, psychique et cognitif optimal et un fonctionnement social optimal, ainsi que l'utilisation maximale des capacités restantes, avec ou sans l'aide de dispositifs médicaux et d'adaptations, pour prévenir et réduire les limitations.

2.2. Objectifs spécifiques

Chez les patients présentant un dysfonctionnement locomoteur et/ou neurologique important est visé un **rétablissement rapide et optimal** des troubles et des limitations au niveau des fonctions et des problèmes de participation et les mesures nécessaires doivent être prises afin de **maintenir** ensuite le résultat obtenu.

- a. une approche précoce de la rééducation fonctionnelle au moyen **de la collaboration au traitement d'un médecin spécialiste en rééducation fonctionnelle** dans la phase aiguë garantit une progression plus rapide de la rééducation fonctionnelle et un meilleur résultat fonctionnel final. Les soins intensifs pour patients hémiplegiques en sont un exemple.
- b. Chez un patient atteint de dysfonctionnements locomoteurs et/ou neurologiques importants, **une approche intensive et compétente de la rééducation fonctionnelle** dans un centre spécialisé en rééducation fonctionnelle déterminera dans une mesure importante les résultats fonctionnels au niveau du patient.
- c. Il y a lieu d'introduire en rééducation **fonctionnelle un échelonnement et une spécialisation**, qui permettent d'emprunter de manière optimale les voies de soins.
- d. La chance de **réinsertion sociale** augmente avec un passage bien planifié et rapide d'une clinique vers une situation polyclinique de rééducation fonctionnelle.

- e. Un **suivi spécialisé à long terme** du patient en rééducation fonctionnelle est important pour maintenir le résultat obtenu et détecter à temps les pertes de fonctions et les complications afin d'y remédier.
- f. **La réinsertion professionnelle** est une partie essentielle du processus de rééducation fonctionnelle des (jeunes) patients adultes en rééducation fonctionnelle.

Appliqué aux patients atteints d'affections locomotrices et neurologiques, ceci signifie qu'à partir du moment où il est clair que l'affection va de pair avec des dysfonctionnements importants, le processus de rééducation fonctionnelle doit être amorcé immédiatement et de manière intensive, avec un passage rapide à travers les modalités appliquées de rééducation fonctionnelle et un suivi régulier afin de détecter à temps une rechute et des complications et afin d'y remédier. Pour chaque problème locomoteur et neurologique, il est important d'évaluer immédiatement de la façon la plus optimale possible les répercussions fonctionnelles (**diagnostic de rééducation fonctionnelle**).

Sur la base de ce diagnostic de rééducation fonctionnelle, il y a lieu de concevoir et d'exécuter **un programme de rééducation fonctionnelle** adapté.

3. Indications pour la rééducation fonctionnelle locomotrice et neurologique

La définition des indications pour la rééducation fonctionnelle locomotrice et neurologique et le niveau des besoins peut s'effectuer au moyen de plusieurs paramètres.

Dans ce cas, nous distinguons un certain nombre de paramètres qui sont directement liés au cadre de référence de l'ICF (facteurs 1 à 6) et un certain nombre de paramètres qui relèvent plus précisément de la technique de rééducation fonctionnelle (facteurs 7 à 10).

Les facteurs ICF portent sur (1) l'étendue des troubles fonctionnels, (2) le caractère temporaire par rapport au caractère permanent des troubles fonctionnels, (3) le volume des activités à rééduquer absolument, (4) le volume des participations à rééduquer absolument, (5) le volume de l'impact des facteurs personnels et (6) le volume des facteurs externes à impliquer dans le processus de rééducation fonctionnelle.

Chacun de ces 6 éléments présente un certain degré de complexité du processus de rééducation fonctionnelle.

Parallèlement à ces 6 lignes d'approche ICF, un certain nombre d'autres paramètres peuvent être ajoutés, qui sont également indicatifs de la complexité du processus de rééducation fonctionnelle: (7) la nécessité de techniques spécialisées et de savoir-faire, (8) l'infrastructure, (9) l'incidence du trouble fonctionnel et la masse critique des pathologies dans un centre de rééducation fonctionnelle et (10) le stade du trouble fonctionnel.

I. Etendue des troubles fonctionnels.

L'ICF distingue 8 fonctions différentes et autant de groupe de caractéristiques anatomiques qui y sont liés. Certains troubles ne toucheront qu'une ou quelques fonctions, mais d'autres en toucheront une multiplicité. Ainsi par exemple, une tétraplégie aura une influence sur 6 fonctions minimum sur les 8; par contre, une amputation n'aura de répercussion que sur la fonction du système de mobilité et sur la peau.

Ainsi, la classification des troubles fonctionnels peut être organisée selon une gradation d'étendue en trois catégories:

- 1) Trouble fonctionnel léger et unique (par exemple: fracture du poignet avec trouble de mobilité limité);
- 2) Trouble fonctionnel moyen et unique (par exemple: fracture du poignet complexe avec algoneurodystrophie);
- 3) Troubles multiples et très étendus (par exemple: tétraplégie).

II. Caractère temporaire par rapport au caractère permanent des troubles fonctionnels.

Pour l'établissement des objectifs et le développement concret du programme de rééducation fonctionnelle, le caractère temporaire ou non d'un trouble fonctionnel est très important. Lorsqu'après une rééducation fonctionnelle, un rétablissement plus ou moins complet est attendu. L'impact des troubles restera relativement limité en termes d'activités ultérieures et de participation et il est moins attendu de la rééducation fonctionnelle que dans le cas de troubles permanents. L'atteinte à la fonction peut être passagère (par exemple: trouble de mobilité après une fracture), peut se rétablir partiellement (par exemple: dysfonctionnement mental après lésion cérébrale), ou peut être définitive (par exemple: fonction urologique après lésion de la moelle épinière). Chacune des formes de trouble fonctionnel exigera l'emploi de moyens de rééducation fonctionnelle, bien que ceux-ci seront très variés que ce soit au niveau du contenu, de la forme ou de l'ampleur.

Ainsi, lors de la classification des troubles fonctionnels, une gradation peut être établie en trois catégories sur la base de la temporalité:

- 1) Perte fonctionnelle passagère;
- 2) Perte fonctionnelle permanente, limitée et unique;
- 3) Perte fonctionnelle permanente étendue ou multiple.

III. Ampleur de la rééducation fonctionnelle nécessaire au niveau des activités.

Chaque rééducation fonctionnelle doit partir d'un (nouvel) inventaire de l'ensemble des activités touchées et des possibilités thérapeutiques qui s'y rapportent. Tant le rétablissement possible que l'ampleur de la perte de faisabilité d'activités peuvent contenir une indication pour l'impulsion nécessaire à donner aux moyens de rééducation fonctionnelle. Ainsi, par exemple, après un polytraumatisme sévère, une reprise quasi complète des activités peut être obtenue avec une rééducation fonctionnelle intense.

Ainsi, lors de la classification des troubles fonctionnels, une gradation peut être établie en trois catégories en fonction de l'ampleur de la rééducation fonctionnelle nécessaire au niveau des activités:

- 1) Besoin de rééducation fonctionnelle limitée et temporaire pour le rétablissement des activités;
- 2) Besoin de rééducation fonctionnelle moyenne et temporaire pour le rétablissement des activités, touchées de manière temporaire ou non;
- 3) Besoin de rééducation fonctionnelle très étendue pour le rétablissement ou la compensation d'activités, touchées de manière temporaire ou non.

IV. Ampleur de la rééducation fonctionnelle nécessaire au niveau des participations

Dans un processus de rééducation fonctionnelle concernant les participations, l'accent est d'abord mis sur les relations interpersonnelles et sur l'environnement de vie: vie scolaire, professionnelle et sociale. Ce sont surtout l'enseignement, la profession et le travail qui prennent ici une place prédominante car ces formes de participation décrivent clairement les attentes qu'elles ont par rapport au patient en rééducation fonctionnelle. Les besoins et les attentes au niveau des participations sont également liées aux étapes de la vie; les attentes au niveau du jeune adulte sont par exemple beaucoup plus développées que celles qui concernent les personnes âgées, en d'autres termes, le processus de rééducation fonctionnelle sera donc plus extensif.

Ainsi, lors de la classification des troubles fonctionnels, une gradation peut être établie en trois catégories en fonction de l'ampleur de la rééducation fonctionnelle nécessaire au niveau des participations:

- 1) Problèmes de participation de nature passagère, qui, la plupart du temps, peuvent être résolus sans beaucoup d'interventions spécifiques;
- 2) Problèmes limités mais permanents de participation, qui nécessitent un soutien en termes de rééducation fonctionnelle;
- 3) Problèmes importants de participation chez les jeunes (adultes), qui nécessitent un soutien en termes de rééducation fonctionnelle.

V. Ampleur de l'impact des facteurs personnels.

Les facteurs personnels ont toujours une influence significative sur le processus de rééducation fonctionnelle. Des facteurs personnels défavorables peuvent compliquer de manières diverses un processus de rééducation fonctionnelle (par exemple: un patient en rééducation fonctionnelle avec un passé psychosocial problématique, avec des troubles d'apprentissage, avec des tendances suicidaires, avec un problème de drogue, d'alcool ou d'abus médicamenteux, avec un parcours professionnel instable, avec un manque d'initiative ou de motivation pour le processus de rééducation fonctionnelle...).

Ainsi, lors de la classification des troubles fonctionnels, une gradation peut être établie en trois catégories en fonction de l'ampleur de l'impact des facteurs personnels:

- 1) Profil personnel positif, orienté vers une vie active et participative;
- 2) Profil personnel neutre ou moyen, en fonction des phases de vie;
- 3) Profil personnel compliqué, isolé des troubles fonctionnels actuels.

VI. Ampleur des facteurs externes à impliquer dans le processus de rééducation fonctionnelle.

Ces facteurs peuvent être abordés de deux angles différents. Premièrement, la mesure dans laquelle les proches et l'environnement de vie du patient en rééducation fonctionnelle sont également des victimes au niveau de leur fonctionnement et ont également besoin de rééducation fonctionnelle; deuxièmement, la mesure dans laquelle, lors de la rééducation fonctionnelle, il doit être fait appel à un arsenal de mesures et d'institutions sociales pour permettre les activités et les participations (par exemple: implication de mesures de réinsertion professionnelle, interventions du Fonds flamand, de l'AWIPH...).

Ainsi, lors de la classification des troubles fonctionnels, une gradation peut être établie en trois catégories en fonction de l'ampleur de l'impact des facteurs externes:

- 1) Un impact permanent sur les proches est limité ainsi que le besoin de moyens ou dispositifs sociaux;
- 2) Les proches vont également découvrir des conséquences permanentes des troubles du patient en rééducation fonctionnelle ou l'implication permanente des moyens ou dispositifs sociaux est nécessaire;
- 3) Dans une large mesure, les proches sont partie prenante ou l'implication des moyens ou dispositifs sociaux est importante.

VII. Besoin de techniques spécialisées et d'un savoir-faire hautement spécialisé.

Une rééducation fonctionnelle valable ne sera souvent possible que sous réserve d'une mise en place de techniques ou d'un savoir-faire spécialisés (par exemple: l'expérience et la connaissance nécessaire en chirurgie de la main ou en matière de pacemaker du diaphragme dans les cas de tétraplégie ne sont présentes que dans quelques établissements en Belgique; certains centres font office de centre de référence pour une certaine pathologie, comme la sclérose en plaques, la cerebral palsy... et ont de ce fait une expertise particulière; la complexité des troubles fonctionnels exige une expérience importante et l'implication de certaines disciplines, telles que la neuropsychologie et la formation cognitive auprès de personnes qui souffrent de lésions cérébrales non congénitales ou des connaissances en matière de problématique sexuelle en cas d'interruption médullaire).

VIII. Infrastructure

Les exigences d'infrastructure seront différentes selon la nature des troubles fonctionnels et des objectifs de la rééducation fonctionnelle (par exemple: besoin d'hydrothérapie, sport en voiturette, atelier de formation professionnelle, appareillage spécifique pour l'électrostimulation fonctionnelle, chambre de patient avec services robotiques...).

Sans infrastructure adaptée, un certain nombre d'objectifs de rééducation fonctionnelle ne seront pas réalisables ou certains objectifs de rééducation fonctionnelle ne seront pas fixés.

Ainsi, lors de la classification des troubles fonctionnels, une gradation peut être établie en trois catégories en fonction de l'infrastructure nécessaire:

- 1) La rééducation fonctionnelle nécessite un équipement de base, principalement orienté sur les troubles fonctionnels à caractère limité ou temporaire;
- 2) La rééducation fonctionnelle nécessite une infrastructure importante, avec en outre la possibilité d'entraînement aux activités ADL;
- 3) La rééducation fonctionnelle nécessite une infrastructure importante et spécialisée, avec entraînement professionnel et sportif.

IX. Incidence des troubles fonctionnels et masse critique des troubles fonctionnels dans le centre.

Les troubles fonctionnels spécifiques et complexes exigent des connaissances et des soins de rééducation fonctionnelle particuliers. Pour acquérir et garder cette expertise, il faut traiter dans le centre de rééducation fonctionnelle une certaine masse critique de pathologies. L'incidence de certains troubles est tellement limitée que seuls quelques centres dans notre pays sont nécessaires pour se pencher sur cette pathologie. Ceci suppose que pour certaines affections, il y a lieu d'organiser un renvoi ciblé vers des centres (de référence) spécialisés (par exemple: patients souffrant de lésions de la moelle épinière, lésions cérébrale traumatiques, cerebral palsy, amputations complexes, jeunes patients AVC avec hémorragie anévrysmale...).

Ainsi, lors de la classification des troubles fonctionnels, une gradation peut être établie en trois catégories en fonction de l'incidence des troubles fonctionnels et de la masse critique de ces troubles fonctionnels dans un centre:

- 1) Troubles fonctionnels non complexes, indépendamment de l'incidence;
- 2) Troubles fonctionnels complexes avec incidence élevée;
- 3) Troubles fonctionnels complexes avec incidence peu élevée (par exemple: jeunes patients AVC avec hémorragie anévrysmale, interruption médullaire, traumatisme cérébral...).

X. Stade du processus de rééducation fonctionnelle.

Les affections accompagnées de troubles fonctionnels très sévères exigent la rééducation fonctionnelle la plus intense lors du stade aigu. Des affections chroniques progressives exigent une rééducation fonctionnelle adaptée au stade de la maladie et aux modifications dans les troubles fonctionnels (rééducation fonctionnelle par paliers) et des troubles fonctionnels chroniques non évolutifs exigent une rééducation fonctionnelle d'entretien.

Ainsi, lors de la classification des troubles fonctionnels, une gradation peut être établie en trois catégories en fonction du stade du processus de rééducation fonctionnelle:

- 1) Prestations de rééducation fonctionnelle chronique pour des affections non évolutives;
- 2) Prestations de rééducation fonctionnelle chronique pour des affections évolutives (MS);
- 3) Prestations de rééducation fonctionnelle en phase aiguë.

Sur la base des paramètres susmentionnés, une classification peut être établie en termes de besoins de rééducation fonctionnelle.

Paramètres de classification du besoin de rééducation fonctionnelle.			
1. Nature/ampleur des troubles fonctionnels	1	2	3
2. Troubles fonctionnels temporaires/permanents	1	2	3
3. Ampleur des activités à rééduquer	1	2	3
4. Ampleur des participations à rééduquer	1	2	3
5. Impact des facteurs personnels	1	2	3
6. Impact et importance des facteurs externes	1	2	3
7. Besoin de connaissances et de techniques spécialisées	1	2	3
8. Exigences d'infrastructure	1	2	3
9. Incidence et masse critique des troubles fonctionnels	1	2	3
10. Stade du processus de rééducation fonctionnelle	1	2	3

Avec les scores obtenus pour ces dix paramètres, un profil de la complexité du processus de rééducation fonctionnelle est obtenu et une indication peut être donnée au niveau des modalités de rééducation fonctionnelle les plus adaptées au patient en rééducation fonctionnelle.

De cette manière, nous pouvons diviser les patients en trois groupes:

- Type 1: patients souffrant de troubles fonctionnels moins complexes et temporaires;
- Type 2: patients souffrant de troubles fonctionnels plus complexes avec une incidence élevée et des problèmes permanents au niveau des activités et des participations;
- Type 3: patients souffrant de troubles fonctionnels très complexes et multiples, avec une incidence peu élevée et un besoin de connaissances et de techniques spécialisées ainsi que d'une infrastructure très développée; les exemples de ce cas sont les patients souffrant d'une interruption médullaire, de traumatismes cérébraux, les jeunes patients AVC, les patients avec amputations complexes, les patients souffrant de la sclérose en plaques, cerebral palsy...

4. Modalités pratiques de rééducation fonctionnelle

4.1. *Patient hospitalisé - patient ambulatoire*

Hospitalisé

Etant donné que chez les patients souffrant de maladies ou d'affections locomotrices et/ou neurologiques aiguës, un démarrage rapide de la rééducation fonctionnelle est déterminant pour les résultats de cette rééducation fonctionnelle, il est essentiel que chaque hôpital aigu dispose d'un **service de rééducation fonctionnelle (modalité de rééducation fonctionnelle 1)**.

Cette modalité de rééducation fonctionnelle 1 concerne un service, qui peut intervenir pour le premier accueil des patients présentant une indication de rééducation fonctionnelle et pour les soins de rééducation fonctionnelle qui suivent pour les patients avec un profil principal de besoins de rééducation fonctionnelle de type 1, c'est-à-dire une rééducation fonctionnelle moins complexe d'affections avec lésions restantes permanentes inexistantes ou limitées.

La modalité de rééducation fonctionnelle 1 peut être assurée par **un service de médecine physique et de rééducation fonctionnelle** qui coordonne la rééducation fonctionnelle dans un hôpital aigu.

Les patients avec un profil principal de besoins de rééducation fonctionnelle de type 2, c'est-à-dire des troubles plus complexes avec une incidence élevée et des problèmes permanents au niveau des activités et des participations, peuvent être admis dans le cadre de la **modalité de rééducation fonctionnelle 2**, qui peut être assurée par l'équivalent d'un centre de rééducation fonctionnelle local ou régional, **un centre de rééducation fonctionnelle général de rééducation fonctionnelle locomotrice et neurologique**.

Enfin, les patients avec un profil principal de besoins de rééducation fonctionnelle de type 3, c'est-à-dire présentant des troubles fonctionnels très complexes et multiples avec une incidence peu élevée et un besoin de connaissances et de techniques spécialisées ainsi qu'une infrastructure très développée, peuvent être renvoyés vers la **modalité de rééducation fonctionnelle 3**, qui peut être assurée par l'équivalent d'un centre de rééducation fonctionnelle de référence ou catégoriel, **un centre de rééducation fonctionnelle de référence de rééducation fonctionnelle locomotrice et neurologique**.

Ambulatoire

Etant donné que les chances de **réinsertion sociale** augmentent du fait d'un passage bien planifié et rapide d'une situation clinique vers une situation polyclinique de rééducation fonctionnelle, il y a lieu de prévoir, pour les trois modalités de rééducation fonctionnelle, une **situation ambulatoire**.

4.2. *Mono- versus multidisciplinaire.*

Multidisciplinaire.

Par définition, la médecine de rééducation fonctionnelle a un caractère multidisciplinaire, qui fait que le médecin spécialiste en rééducation fonctionnelle est responsable pour le suivi médical du patient et exerce également une fonction de coordination dans le processus de direction de l'équipe de rééducation fonctionnelle, qui consiste en praticiens de l'art infirmier (spécialistes en rééducation fonctionnelle), kinésithérapeutes, logopèdes, ergothérapeutes, (neuro-)psychologues, travailleurs sociaux, techniciens bandagistes-orthopédistes...

Monodisciplinaire

Pour certains patients bénéficiant d'une rééducation fonctionnelle moins complexe pour des affections avec lésions restantes permanentes inexistantes ou limitées, l'implication de plusieurs membres de l'équipe n'est pas toujours nécessaire (rééducation fonctionnelle monodisciplinaire: pour éviter une confusion, il peut éventuellement être envisagé d'utiliser dans ce cas une autre dénomination: physiothérapie? rééducation?).

4.3. Programmes de soins de rééducation fonctionnelle.

Selon le type d'indication de rééducation fonctionnelle, un programme de rééducation fonctionnelle basé sur l'évidence peut être développé, limité dans le temps et qui peut éventuellement être couplé à un financement spécifique (voir ci-dessous).

4.4. Réseau de rééducation fonctionnelle

L'agrément de chacune de ces formes de rééducation fonctionnelle doit faire l'objet de conditions, d'une surveillance et d'une programmation strictement définies.

Le médecin-conseil donne l'autorisation pour les modalités et la durée de la rééducation fonctionnelle pour laquelle le patient entre en considération. En première instance, chaque patient doit être renvoyé vers la modalité de rééducation fonctionnelle la plus adaptée à son cas.

Entre les différentes modalités de rééducation fonctionnelle, il y a lieu de conclure des accords de renvoi et de collaboration, tant ascendants que descendants (***mise en réseau***).

A ce propos, il y a lieu de convenir d'un certain nombre de règlements pratiques:

- passage de la modalité 1 vers la modalité 2: les activités déjà entamées sous la nomenclature K en modalité 1 doivent être retirées du nombre de modalités 2;
- dans le cadre des modalités 2 et 3, il ne peut être travaillé que par conventions (et non dans le cadre de la nomenclature K);
- il y a lieu de prévoir la possibilité que (exceptionnellement et sous réserve d'un agrément spécial), en modalité 2 également, un ou plusieurs programmes spécialisés, limités en taille, puissent être organisés comme partie d'un programme de soins transmurale de modalité 3.

5. La spécialisation médicale

Les compétences particulières dans le domaine de la médecine de rééducation fonctionnelle et de rééducation fonctionnelle locomotrice et neurologique peuvent être acquises par le biais de deux ans de stage dans un centre de rééducation fonctionnelle agréé pour la formation en rééducation fonctionnelle locomotrice et neurologique. Cette formation particulière peut être suivie en tout ou en partie (selon l'autorisation de la commission d'agrément de la discipline de base concernée) dans le cadre de la discipline de base (médecine physique et rééducation fonctionnelle, neurologie, orthopédie, rhumatologie, traumatologie, neurochirurgie).

6. Services et centres

Trois modalités de rééducation fonctionnelle ont été distinguées: un service de rééducation fonctionnelle, un centre de rééducation fonctionnelle général et un centre de rééducation fonctionnelle de référence (spécialisé), avec situation clinique et polyclinique, qui collaborent en réseau.

L'agrément de chacune de ces formes de rééducation fonctionnelle doit faire l'objet de conditions d'agrément (en matière d'équipe, de locaux et d'équipement, de masse critique de groupes de patients donnés et d'expertise), d'une surveillance et d'une programmation strictement définies.

Les coûts d'infrastructure et de matériel doivent être financés par un financement B de l'hôpital.

Dans le cadre de la modalité de rééducation fonctionnelle 1, les patients hospitalisés occupent des **lits aigus** et le service est dirigé par un **spécialiste en médecine physique et rééducation** fonctionnelle, dans le cadre des modalités 2 et 3, les patients hospitalisés occupent des **lits sp (lits R?)** et le centre est dirigé par un **médecin spécialiste en rééducation fonctionnelle locomotrice (et/ou neurologique)**.

7. Financement

7.1. *Le financement de l'infrastructure et du matériel.*

Le financement de l'infrastructure et du matériel d'un service de rééducation fonctionnelle ou d'un centre s'effectue en principe par le biais du financement des hôpitaux.

7.2. *Le financement des activités de rééducation fonctionnelle.*

Le financement des activités de rééducation fonctionnelle dans un **centre de rééducation fonctionnelle** s'effectue par le biais d'**une convention**, qui est conclue avec un remboursement forfaitaire en fonction de la pathologie, du degré de sévérité du dysfonctionnement et ceci pour une durée déterminée.

Le financement des activités de rééducation fonctionnelle dans un **service de rééducation fonctionnelle** s'effectue par le biais de la **nomenclature K** (K15 pour les traitements monodisciplinaires; K30 et K60 pour la rééducation fonctionnelle multidisciplinaire) pour des indications spécifiées, avec une limite dans le temps (K30/K60 suppose une autorisation préalable du médecin-conseil).

Prof. J. De Nayer
Prof. R. Lysens
Prof. M. Van Laere