

International Encyclopedia of Rehabilitation

Copyright © 2010 by the Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE).

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means, or stored in a database or retrieval system without the prior written permission of the publisher, except as permitted under the United States Copyright Act of 1976.

Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE)
515 Kimball Tower
University at Buffalo, The State University of New York
Buffalo, NY 14214
E-mail: ub-cirrie@buffalo.edu
Web: <http://cirrie.buffalo.edu>

This publication of the Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange is supported by funds received from the National Institute on Disability and Rehabilitation Research of the U.S. Department of Education under grant number H133A050008. The opinions contained in this publication are those of the authors and do not necessarily reflect those of CIRRIE or the Department of Education.

Aspects multidisciplinaires de la réadaptation

C Gobelet

**Clinique romande de réadaptation Suvacare
Avenue Grand Champsec 90
CH-1950 Sion**

G Rivier

P-A Buchard

P Vuadens

A Al-Khodairy

F Luthi

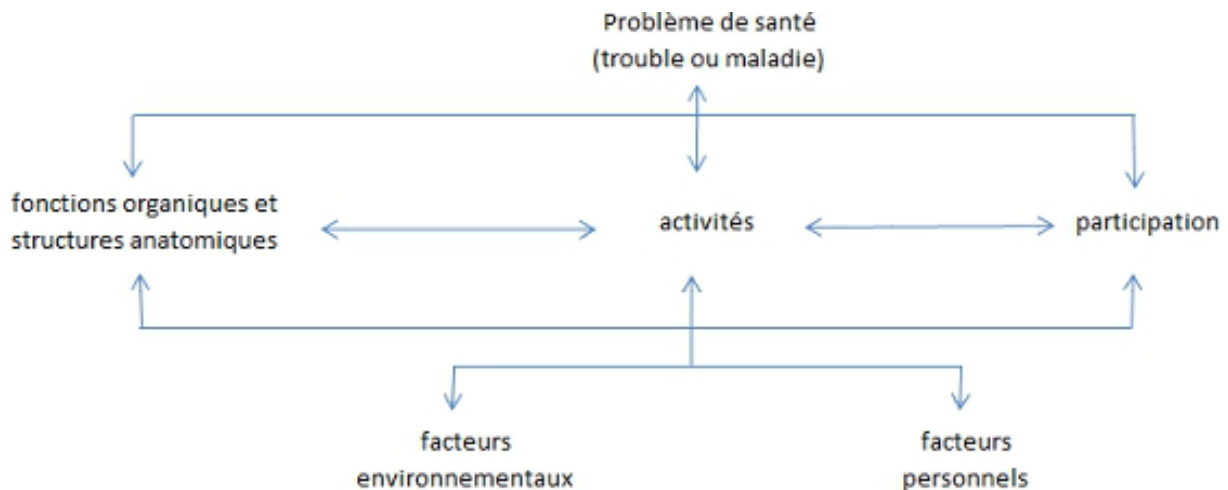
Une personne victime d'une maladie ou d'un accident va généralement guérir sans séquelles.

Parfois cependant, l'évolution va être toute autre faite de symptômes persistants qu'ils soient physiques (limitations articulaires persistantes, déficit de force, etc.), psychiques (troubles de mémoire, de concentration, adynamie, etc.) ou sociaux (perte de l'intégration personnelle, du travail, etc.). Il convient d'y être attentif et de mettre en œuvre une réadaptation adéquate dans chaque situation où on l'estime utile, que ce soit pour des raisons physiques, psychiques ou socioprofessionnelles.

On conçoit donc qu'il faille, dès lors que l'on parle de réadaptation, quitter le paradigme biomédical et sa causalité linéaire et entrer de plain-pied dans une analyse de l'ensemble des composantes bio-psycho-sociales du patient. La médecine de réadaptation pluri- et interdisciplinaire par essence sollicitera ainsi des intervenants très divers. Cependant, en quoi cette approche également pratiquée par nombre de disciplines médicales, par exemple dans les filières de soins, est-elle originale, lorsqu'elle est appliquée en réadaptation? L'objectif de cette présentation est de le définir.

La médecine de réadaptation est une médecine du fonctionnement humain, par opposition à une médecine d'organe ou de système (cardiologie, neurologie, chirurgie orthopédique). Son objectif est d'améliorer la participation, celle-ci étant définie comme l'implication du patient dans une situation de vie réelle (familiale, professionnelle, sportive, etc.). À la suite d'une maladie ou d'un accident, un patient peut éprouver des restrictions de participation pour des raisons uniquement médicales. Mais dans un certain nombre de situations, d'autres facteurs entrent en ligne de compte. Pour cette raison, le modèle qui structure de plus en plus l'action thérapeutique en médecine de réadaptation est le modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF) établi par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2001 (WHO 2001) (cf. figure 1). Par rapport au modèle biomédical classique qui prône l'amélioration de la santé par le traitement des fonctions organiques et/ou des structures anatomiques, le modèle bio-psycho-social propose de prendre en compte aussi les facteurs contextuels (personnels et environnementaux) qui pourraient restreindre la participation du patient. La figure 1 permet ainsi de comprendre où se situent les différentes cibles de traitement en réadaptation. Il s'agit non seulement des fonctions organiques et des structures anatomiques, mais également des

facteurs personnels et environnementaux, susceptibles d'être modifiés. Lors du traitement, les différents intervenants, qu'ils soient médicaux (différents spécialistes) ou paramédicaux (physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers, psychologues, neuropsychologues, techniciens orthopédistes, maîtres socioprofessionnels, travailleurs sociaux, orienteurs professionnels, gestionnaires de cas, etc.), seront donc appelés à exercer leur activité selon les besoins du patient. On conçoit donc qu'en suivant un modèle à caractère bio-psycho-social, la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité soit inhérentes à la médecine de réadaptation. Il s'agit maintenant de définir comment ce concept est appliqué.



Repris de CIF. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Bibliothèque OMS. Genève. 2001.

En effet, si la médecine de réadaptation est une médecine du fonctionnement, si elle s'intéresse à l'ensemble des composantes bio-psycho-sociales, ses interventions seront cependant engagées graduellement d'abord en fonction du degré de complexité médicale de la situation. Dans des situations médicales « simples » et précocement par exemple, il s'agira surtout de rééducation fonctionnelle afin de diminuer les déficiences, secondaires à une maladie, un accident, une opération. La rééducation pour une ligamentoplastie après déchirure du ligament croisé antérieur permet d'illustrer la démarche. En l'absence de complications, le traitement est réalisé par un physiothérapeute. L'objectif est de favoriser la réintégration de l'activité sportive ou d'une profession contraignante (participation). Le rôle de la médecine de réadaptation se manifeste alors essentiellement dans l'établissement et le contrôle des protocoles de rééducation, en collaboration avec les thérapeutes et les chirurgiens. L'évaluation des résultats grâce au développement et à la supervision de différents tests fonctionnels est également un domaine de compétence de la réadaptation (Barat et Franchignoni 2004). Dans les situations « simples », la mise en application de la pluridisciplinarité sera donc aussi graduée, essentiellement en fonction d'un bilan médical classique. En revanche, dans les situations médicales initialement « complexes » (blessé médullaire, polytraumatisés par exemple), ou lorsqu'une situation initialement considérée comme « simple » s'éloigne du résultat attendu (douleur persistante, incapacité de reprendre l'ancien travail par exemple), la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité seront immédiates et la rééducation fonctionnelle sera complétée d'une phase de réadaptation proprement dite. Celle-ci fera intervenir non seulement les thérapeutes, mais les autres professionnels impliqués dans la réintégration du patient (participation). Il s'agira ainsi de mesurer les capacités fonctionnelles (activités), d'évaluer puis de superviser l'adaptation du domicile, des moyens de transport, du poste de travail (facteurs environnementaux), mais aussi d'aider le

patient à mobiliser ses ressources psychologiques pour faire face à une situation nouvelle (facteurs personnels). Pour atteindre ces objectifs, il faudra coordonner les équipes, transformer la juxtaposition des professionnels d'horizons divers en équipe interdisciplinaire, définir et contrôler les objectifs de traitement, garantir l'unicité de discours des soignants auprès des patients. Pour cela il faut disposer d'un coordinateur. C'est le rôle qui est en général dévolu au médecin spécialiste en médecine de réadaptation.

Cette coordination de l'équipe pluri- et interdisciplinaire s'appuiera, dès la prise en charge du patient, sur la prescription et la réalisation d'un bilan précis qui permette de graduer les déficiences et incapacités en termes de gravité. Traditionnellement, cette pratique fait appel aux techniques habituelles de l'anamnèse et aux notions de l'examen clinique: par exemple, mesure de la mobilité articulaire par la référence degré 0 (Brühlmann et Michel 1997) ou à la force musculaire évaluée selon l'échelle de Daniels et Worthingham (1973). Des mesures instrumentées sont aussi classiquement utilisées : mesure de la force isométrique, isotonique ou isocinétique. Différentes batteries de tests fonctionnels, comme le score de Constant pour l'épaule (Constant et Murley 1987; Constant et coll. 2008; Richards et coll. 1994), les tests de dextérité pour la main (Konzelmann 2005), les tests de marche (Terrier et coll. 2009), par exemple, sont pratiqués. Ils permettent de mesurer les capacités des patients dans différentes activités de base, de suivre l'évolution en thérapie. Les facteurs contextuels sont évalués dès l'anamnèse d'entrée.

De plus en plus, les centres de réadaptation utilisent aussi des auto-questionnaires pour mieux connaître le point de vue du patient, notamment en termes de perception du handicap. Ces questionnaires sont non seulement discriminatifs (quantifient les déficiences, incapacités et restrictions de participation), mais aussi évaluatifs, c'est-à-dire qu'ils permettent de poser des objectifs thérapeutiques, de suivre l'évolution du patient et de déterminer les changements qui représentent une évolution clairement perçue par celui-ci. Ces questionnaires peuvent aussi favoriser le dialogue avec le patient, grâce à une information partagée plus complète, et promouvoir l'interdisciplinarité par la diffusion de notions identiques dans l'ensemble de l'équipe. Ils sont intégrés dans le dossier du patient et consultables par l'ensemble des soignants. Finalement et ce n'est pas leur moindre rôle, ils permettent de mieux cerner la cohérence d'une situation clinique, par le recoupement de données objectives (examens cliniques, tests) et de données subjectives.

Il existe cependant une foule de questionnaires. Leur choix doit être dicté tant par l'applicabilité du questionnaire aux types de patients soignés, que par la qualité de la construction de la mesure, ce que l'on appelle les propriétés psychométriques. Sans entrer dans les détails, un test, un questionnaire doivent être fiables, validés, cohérents et permettre de mesurer un changement cliniquement significatif. Pour l'appareil locomoteur, nous citerons les questionnaires les mieux structurés et étudiés, cette liste étant non-exhaustive : pour le membre supérieur le DASH (Hudak et coll. 1996; Beaton et coll. 2001) ; pour le dos, l'Oswestry (Fairbank et Pynsent 2000) et l'échelle de Québec pour la mesure de la lombalgie chronique (Kopeck et coll. 1996); pour la hanche, les scores de Harris (Harris 1969) ou de Lequesne (Lequesne et coll. 1987), pour le genou, le WOMAC (Bellamy et coll. 1988; McConnell 2001), le KOOS (Roos et coll. 1998) et l'IKDC (Hefti et coll. 1993), pour le pied le FAAM (Martin et coll. 2005). En neuroéducation, s'agissant d'une atteinte, telle un traumatisme crânio-cérébral, l'examen neurologique classique est complété par l'utilisation d'échelles dont nous ne mentionnerons que les plus connues et utilisées : le Barthel (Mahoney et Barthel 1965), le Rankin (Rankin 1957; Huybrechts et Caro 2007), la MIF (Brosseau et coll. 1996; Kwon et coll. 2004; Sangha et coll. 2005), la *NIH stroke scale* (Brott et coll.

1989), le *Rivermead head injury follow-up questionnaire* (Crawford et coll. 1996), l'échelle de Kurtzke (Kurtzke 1983), l'ASIA (El Masry et coll. 1996), le SCIM (Itzkovitch et coll.). Une analyse détaillée des capacités psychologiques sera également demandée (mémoire, raisonnement, etc.). De telles échelles sont également utilisées dans d'autres domaines de la réadaptation (cardio-vasculaire, pulmonaire, etc.). Nous n'en ferons cependant pas mention dans ce texte.

Ces différentes échelles ou questionnaires sont le plus souvent dits spécifiques, c'est-à-dire qu'ils s'adressent à une situation clinique donnée de l'appareil locomoteur (arthrose, lombalgie) ou de la neurologie (TCC, blessé médullaire, hémiplégie). Parfois en clinique, le plus souvent en recherche, ils sont associés à des échelles dites génériques qui permettent de mieux comprendre le retentissement de l'atteinte à la santé sur la qualité de vie du patient, indépendamment du type de diagnostic. Parmi celles les plus utilisées, citons le SF-36 (Ware et Sherbourne 1992; Mc Horney et coll. 1994), l'EQ-5 D (Hurst et coll. 1997). Ces échelles permettent également d'évaluer la perception par le patient des conséquences psychologiques et sociales de la maladie ou du traumatisme. L'application en clinique est cependant souvent limitée, car ils sont plus complexes à administrer et à interpréter. Pour finir, d'autres questionnaires permettent d'évaluer plus spécifiquement les symptômes psychologiques, tels l'HADS (Zigmond et Sneith 1983) ou de mieux quantifier et caractériser la douleur, le moyen le plus simple et compatible avec la pratique courante étant l'échelle visuelle analogique.

On le voit, ces différents outils présentent de multiples applications tant en clinique qu'en recherche et nécessitent de multiples intervenants. À nos yeux, dans la pratique courante, ils ont l'avantage de placer le patient au centre de la prise en soins, de favoriser l'accès à l'information de l'ensemble de l'équipe soignante, donc de promouvoir concrètement la pluri- et l'interdisciplinarité. Cependant, actuellement, nombre de questionnaires n'existent que dans leur langue originelle, le plus souvent l'anglais. Un effort de traduction et d'adaptation transculturelle selon des règles précises doit être favorisé. Des études sont également en cours pour corrélérer ces différentes mesures avec les constituants de la CIF (WHO 2001). Le but est de classer et mesurer le fonctionnement des patients, de manière à mieux ajuster les mesures de réadaptation.

L'utilisation de questionnaires pour favoriser les interactions multidisciplinaires présentent cependant des limitations. Ils ne sont pas toujours compris par des patients qui ne maîtrisent pas la langue dans laquelle ils sont écrits (migrants par exemple) ou qui n'ont qu'une éducation élémentaire (Burrus et coll. 2009). D'autre part, si l'on veut couvrir l'ensemble de la complexité biopsychosociale il faut utiliser de nombreux questionnaires. Cette façon de faire est pour le moins difficile en pratique clinique, le temps et les ressources à disposition étant souvent limités. Une bonne évaluation doit être en effet non seulement complète, mais précoce afin de détecter dès l'entrée les situations complexes et ainsi assurer la meilleure attribution des ressources à disposition. Si certaines situations sont complexes en raison de la nature de l'atteinte médicale (blessé médullaire par exemple), d'autres le sont par la conjonction défavorable des facteurs biopsychosociaux. Selander et son équipe sont parmi les auteurs qui ont le mieux étudié cet aspect (Selander et coll. 2002). La problématique de la lombalgie chronique dans les pays industrialisés en est ainsi l'exemple le plus connu. Il est donc intéressant de disposer d'outils de dépistages multidimensionnels, faciles à mettre en œuvre dans une pratique clinique. Nous citerons ici l'échelle INTERMED (Huyse et coll. 1999; Stiefel et coll. 1999) utilisée dans ce but avec succès dans de multiples situations médicales, dont la lombalgie (Stiefel et coll. 1999; Scerri et coll. 2006). Cette échelle de la complexité bio-psycho-sociale est utilisée dans notre service depuis plusieurs années. Il s'agit

d'un questionnaire générique de 20 items, réalisé sous la forme d'un entretien semi-structuré qui permet de passer en revue non seulement les dimensions biologiques, psychologiques et sociales, mais également les relations du patient avec le système de soins. L'INTERMED est administré par une infirmière et ne demande qu'une vingtaine de minutes par patient. Au terme de cet entretien, un pronostic d'évolution est proposé pour les différentes dimensions étudiées. Le score varie entre 0 et 60 points avec un seuil de complexité à 21 points. Ce score INTERMED, réalisé dès l'entrée, permet d'obtenir rapidement une « photographie » de la complexité du patient et de préciser d'une manière standardisée quelles sont les dimensions les plus complexes. Comme il s'agit d'un entretien, l'INTERMED n'est pas sensible aux problèmes de maîtrise de la langue écrite ou d'éducation (Burrus et coll. 2009). Il peut, si nécessaire, être réalisé avec le soutien d'un traducteur. Les résultats sont ensuite intégrés au dossier médical du patient et peuvent être ainsi consultés et/ou discutés lors d'un colloque multidisciplinaire. L'INTERMED est aussi un bon prédicteur du devenir des patients 1 à 2 ans après la réadaptation, notamment en termes de retour au travail et de consommation persistante de soins.

La combinaison de quelques questionnaires choisis, de l'entretien INTERMED avec les différentes anamnèses et tests fonctionnels permet donc dès le premier colloque pluridisciplinaire de disposer des éléments nécessaires à une vision bio-psycho-sociale du patient. La fixation d'objectifs avec le patient et les différents membres de l'équipe en est facilitée. La transmission des informations, qui est une base fondamentale du travail d'équipe, est améliorée, puisqu'elles sont intégrées au dossier médical et qu'elles couvrent les différentes dimensions bio-psycho-sociales.

Par rapport à des filières de soins traditionnelles, la médecine de réadaptation avec ses points de vue pluri- et interdisciplinaires est donc originale. L'approche thérapeutique est bio-psycho-sociale, ce qui signifie que les spécialistes de cette discipline sont aptes à dépasser, si besoin est, le modèle biomédical linéaire classique. Ils sont formés à pratiquer, superviser et coordonner un travail d'équipe. L'utilisation de plus en plus répandue de batterie de tests fonctionnels, d'auto-questionnaires validés ou d'outils de dépistage de la complexité améliore la cohérence des informations et favorise une transmission partagée par l'ensemble de l'équipe. Si les conditions médicales ou asséurologiques peuvent être très variables d'un pays à l'autre, le mode de fonctionnement de la médecine de réadaptation, décrit ci-dessus, est partagé par la plupart des pays industrialisés.

Pour les patients en âge de travailler dont l'état médical est stabilisé et qui présentent une incapacité persistante ou qui doivent changer d'activité, il existe encore d'autres étapes plus spécifiques de réadaptation-réinsertion, qui peuvent être très différentes d'un pays à l'autre, en particulier en ce qui concerne l'accès à des mesures professionnelles. Il est intéressant de présenter 2 versants importants de cette phase de réadaptation qui vise à préparer la phase terminale de réinsertion : l'évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) et l'évaluation en atelier professionnel (EAP).

Ces deux types d'évaluations sont pratiqués en complément du bilan médical et montrent une fois encore l'aspect pluridisciplinaire de la réadaptation par l'intervention dans le processus de prise en charge de maîtres socioprofessionnels et de thérapeutes aguerris à l'évaluation.

Une analyse exhaustive du domaine de l'évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) a été faite dans la collection de l'Académie européenne de médecine de réadaptation (Vocational Rehabilitation) (Oliveri 2006).

L'ECF consiste en une batterie de tests fonctionnels reproduisant des activités fréquemment utilisées par des travailleurs manuels. Les tests ont été conçus sur la base du répertoire américain des professions « *Dictionary of Occupational Titles* » abrégé DOT. Les conditions de déroulement et les moyens utilisés sont standardisés de façon à améliorer la reproductibilité des résultats. Une ECF mesure donc la capacité au sens de la CIF.

Nous utilisons dans notre clinique l'ECF recommandée par le groupe de travail suisse pour la réadaptation (SAR) dont la base est le système IWS[®] (*Isernhagen Work System*). L'approche est kinésiophysique évaluant l'effort physique fourni. C'est l'évaluateur et non le patient qui décide de l'arrêt de l'effort sur la base d'un principe de sécurité. La fréquence cardiaque est l'un des paramètres de contrôle. Une douleur non spécifique ne constitue pas un signal d'alerte. L'autolimitation est définie par défaut comme l'interruption prématurée de la tâche par la personne évaluée. Le degré de motivation et la cohérence des performances mentionnées sont rapportés.

L'expérience et la recherche montrent que le niveau d'activité d'un patient testé n'est pas toujours proportionnel à la gravité de l'atteinte somatique. On peine en effet à mettre en lien direct et proportionnel la gravité de l'atteinte somatique, l'intensité perçue de la douleur et le niveau d'activité dans la vie journalière. Ceci s'explique par l'influence des facteurs contextuels que la CIF nomme problèmes personnels et environnementaux. Si le bilan médical pluridisciplinaire va déterminer et quantifier les déficiences, les auto-questionnaires et l'évaluation de la capacité fonctionnelle aident pour leur part à quantifier le niveau des activités selon des approches différentes.

Ils s'utilisent donc en phase de réadaptation. Il n'y a pas de « gold standard » dans le domaine de l'évaluation des aptitudes fonctionnelles. Celle-ci reste par conséquent un avis d'expert dans le sens d'une médecine basée sur la preuve.

Cet élément d'évaluation peut paraître surprenant. En effet, au terme d'un examen médical complet, on devrait être à même de poser un diagnostic précis, les limitations et les aptitudes se révélant d'elles-mêmes.

Dans les faits, tant la pratique médicale que les recherches faites ces 2 dernières décennies invalident le modèle de raisonnement susmentionné. On constate qu'il n'y a pas de relation proportionnelle entre la gravité de l'atteinte somatique, l'intensité de la douleur et le niveau d'activité ou de participation d'un malade. Cette relation varie fortement d'un sujet à l'autre. Pour gérer et comprendre la complexité de ces liens, il convient d'utiliser un modèle bio-psycho-social de la compréhension de la maladie avec les difficultés de pondération des divers paramètres d'un tel modèle. Dans ce sens, la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé proposée par l'OMS en 2001 fournit un cadre conceptuel et des définitions utiles et complémentaires dans le domaine de l'évaluation.

On mentionne encore que la manière d'évaluer les aptitudes fonctionnelles en réadaptation n'est pas forcément la même que celle prônée en médecine des assurances.

Il n'y a pas place dans ce chapitre pour décrire par le menu l'ICF et le lecteur pourra y trouver des commentaires et une description détaillée dans l'ouvrage édité par l'OMS. Concernant plus particulièrement les activités et la participation, elles peuvent être évaluées

complémentairement au travers d'une observation en atelier professionnel (EAP) (Buchard 2009).

L'EAP, réalisée par des maîtres socioprofessionnels, consiste à apprécier, grâce à l'observation d'un sujet réalisant des tâches prédéfinies, son adhésion à un projet de réadaptation fut-il professionnel simple, ainsi que la qualité et le rendement de son travail. Elle permet d'appréhender sa capacité d'autonomie, son employabilité et sa participation au projet sans préjuger des facteurs conscients ou non amenant des limitations.

L'EAP repose sur une méthode psychophysique dans le sens où c'est le sujet qui décide de mettre fin à l'activité en fonction du vécu de ses symptômes.

Les résultats d'une EAP doivent être analysés par un médecin et mis en perspective des autres données. La méthodologie est simple demandant la réalisation d'une série de tâches allant de simples à compliquées, normées en temps et en qualité d'exécution.

Cette phase de réadaptation est le fruit d'une activité pluridisciplinaire englobant médecins, psychologues, physiothérapeutes, ergothérapeutes, logopédistes, maître socioprofessionnels, orienteurs professionnels, assistants sociaux, case-managers d'assurances entre autres.

Le médecin est une fois encore le coordinateur de l'ensemble des processus qui vont aboutir, si l'évolution est bonne, à la récupération des fonctions perdues ou à leur amélioration, à la disparition des incapacités ou à leur amoindrissement.

Pour un bon déroulement de ce processus, il faut non seulement planifier ces interventions, ce qui est relativement simple, mais également les coordonner afin que chaque impulsion survienne au moment adéquat pour stimuler le patient et lui faire prendre conscience de ses capacités retrouvées.

Parfois cependant, le résultat n'est pas celui attendu et certains malades conserveront d'importantes limitations fonctionnelles. Il faut savoir à ce moment-là limiter l'intervention et trouver un cadre de vie où le malade puisse s'exprimer aussi pleinement que possible malgré les séquelles.

Cette étape de réadaptation spécifique achevée, il convient de réinsérer nos malades dans les milieux socioculturels et professionnels respectifs.

Pour les patients en âge de retraite, cet objectif de réinsertion (nous l'avons déjà mentionné) visera avant tout le retour à domicile et l'obtention de la meilleure qualité de vie possible. Cette tâche de réintégration socioculturelle sera réalisée par les assistants sociaux hospitaliers en connexion étroite avec la famille et les réseaux d'aide sociale du lieu de vie. Dès lors cette phase dépend du système politique, social et culturel dans lequel vit le patient et des barrières architecturales qu'il conviendra, si on ne peut les abolir, de les amenuiser.

Lorsque le malade est en âge de participer à la vie professionnelle, le problème est bien plus complexe. Durant la phase de réadaptation spécifique, nous avons travaillé à la récupération des gestes perdus pour, soit les retrouver, soit pallier leur perte par des approches différentes.

Dans cette étape de réinsertion, il s'agira d'analyser si les patients peuvent encore exercer leur ancien travail ou si l'on doit, en raison des incapacités, les orienter vers une nouvelle voie.

Ceci sous-tend, comme on l'a mentionné plus haut, qu'il y ait des structures socioprofessionnelles avec des orienteurs professionnels, des psychologues, de maîtres socioprofessionnels, des gestionnaires de cas d'assurance aptes à appréhender la situation et à réorienter le malade vers une activité où il pourra donner sa pleine capacité et faire valoir toutes les compétences acquises ou retrouvées.

La réalisation de cette étape dépend donc directement du système politico-social du pays dans lequel vit le patient.

Dans le modèle suisse (Fournier-Buchs et Gobelet 2006), l'hôpital de rééducation peut entreprendre le début de cette étape sous l'égide de l'Assurance Invalidité Fédérale (AI) qui a charge de l'ensemble de la réadaptation professionnelle. C'est cette assurance qui, en fin de compte, décidera de quelle prestation va bénéficier le patient : aide au placement professionnel, réorientation, rente partielle ou totale.

Pour réaliser cette tâche, l'AI dispose d'un service médical qui analysera le dossier de l'assuré regroupant les avis médicaux, psychologiques et professionnels. Un gestionnaire de cas est en charge du dossier et une commission ad hoc rendra son jugement en fonction des résultats du bilan global.

Pour l'aider dans cette tâche d'évaluation, l'AI va également avoir recours à des centres privés d'évaluation professionnelle (COPAI) ou médicale (COMAI). L'AI ou d'autres organisations privées seront ensuite sollicitées pour trouver, dans le marché du travail, un poste adapté au statut de la personne concernée. Certains systèmes sociaux différents laissent essentiellement à des organes gouvernementaux la tâche de réinsérer professionnellement les patients.

Le modèle suisse est en ce sens différent de celui de pays voisins. Un ouvrage rédigé sous la supervision de C. Gobelet et F. Franchignoni (2006) fait une comparaison des modes de réalisation de la réadaptation professionnelle dans un certain nombre de pays européens. On peut, au travers des divers chapitres, saisir les différences politico-culturelles et sociales existant entre certains pays de l'EU.

La réadaptation, on le voit donc, est un processus lent et complexe passant par plusieurs phases, rééducation fonctionnelle, réadaptation spécifique, réinsertion visant à obtenir pour chaque patient(e) la meilleure place possible dans la société eu égard aux déficiences et incapacités auxquelles il ou elle est confronté(e).

Bibliographie

Barat M, Franchignoni F. 2004. Assessment in Physical Medicine and Rehabilitation. Views and Perspectives. Pavia (Italy): Maugeri Foundation.

Beaton DE, Katz JN, Fossel AH, Wright JG, Tarasuk V, Bombardier C. 2001. Measuring the whole of the parts? Validity, reliability, and responsiveness of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand outcome measure in different regions of the upper extremity. *Journal of Hand Therapy* 14(2):128-146.

Bellamy N, Buchanan WW, Goldsmith CH, Campbell J, Stitt LW. 1988. Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient

- relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *Journal of Rheumatology* 15(12):1833-1840.
- Brosseau L, Philippe P, Dutil E, Boulanger YL. 1996. Mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF). Recension des écrits. *Journal de réadaptation médicale* 16:9-21.
- Brott T, Adams HP Jr, Olinger CP, Marler JR, Barsan WG, Biller J, Spilker J, Holleran R, Eberle R, Hertzbert V, et al. 1989. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. *Stroke* 20:864-870.
- Brühlmann P, Michel BA. 1997. Système ostéo-articulaire. Examen clinique. Adaptation française par Guerne PA, Hoffmeyer P, Christophe L. Rheumaklinik USZ ed.
- Buchard PA. 2009. L'évaluation en atelier professionnel : un nouvel outil à disposition du médecin. Lucerne (Switzerland): Suva Medical. p. 74-82.
- Burrus C, Ballabeni P, Dériaz O, Gobelet C, Luthi F. 2009. Predictors of non response in a questionnaire-based outcome study of vocational rehabilitation patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 90(9):1499-1505.
- Constant CR, Murley AH. 1987. A clinical method of functional assessment of the shoulder. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 214:160-164.
- Constant CR, Gerber C, Emery RJ, Söbjerg JO, Gohlke F, Boileau P. 2008. A review of the Constant score: modifications and guidelines for its use. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery* 17(2):355-361.
- Crawford S, Wenden FJ, Wade DT. 1996. The Rivermead head injury follow up questionnaire: a study of a new rating scale and other measures to evaluate outcome after head injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 60(5):510-514.
- Daniels L, Worthingham C. 1973. Evaluation de la fonction musculaire : le testing. SA Maloine, editor. Paris.
- El Masry WS, Tsubo M, Katoh S, El Miligui YH, Khan A. 1996. Validation of the American Spinal Injury Association (ASIA) motor score and the National Acute Spinal Cord Injury Study (NASCIS) motor score. *Spine* 21(5):614-619.
- Fairbank JC, Pynsent PB. 2000. The Oswestry Disability Index. *Spine* 25(22):2940-2952.
- Fournier-Buchs MF, Gobelet C. 2006. Vocational Rehabilitation: The Swiss Model. In: C Gobelet, E Franchignoni, editors. *Vocational Rehabilitation*. Springer. p 395-403.
- Gobelet C, Franchignoni F. 2006. *Vocational Rehabilitation*. Springer.
- Harris WH. 1969. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty. An end-result study using a new method of result evaluation. *Journal of Bone and Joint Surgery* 51(4):737-744.

- Hefti F, Müller W, Jakob RP, Stäubli HU. 1993. Evaluation of knee ligament injuries with the IKDC form. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy* 1(3-4):226-234.
- Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C. 1996. Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand). *American Journal of Internal Medicine* 29(6):602-208.
- Hurst NP, Kind P, Ruta D, Hunter M, Stubbings A. 1997. Measuring health-related quality of life in rheumatoid arthritis: validity, responsiveness and reliability of EuroQol (EQ-5D). *British Journal of Rheumatology* 36(5):551-559.
- Huybrechts KF, Caro JJ. 2007. The Barthel Index and modified Rankin Scale as prognostic tools for long-term outcomes after stroke: a qualitative review of the literature. *Current Medical Research & Opinion* 23(7):1627-1636.
- Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel FC, et al. 1999. "Intermed": a method to assess health service needs. I. Development and reliability. *General Hospital Psychiatry* 21(1):39-48.
- Isernhagen SJ. 1998. Functional Capacity Evaluation. In: SJ Isernhagen, editor. *Work injury: management and prevention*. Gaithersburg, Aspen. p. 139-191.
- Itzkovich M, et al. 2007. The Spinal Cord Independence Measure (SCIM) version III: reliability and validity in a multicenter international study. *Disability and Rehabilitation* 30;29(24):1926-1933.
- Konzelmann M. 2005. L'évaluation fonctionnelle de la main : revue de la littérature et état des lieux et perspectives. Mémoire. Grenoble. Université Joseph Fourier.
- Kopec JA, Esdalie JM, Abrahamowicz M, Abenhaim L, Wod-Dauphinee S, Lamping DL, Williams JJ. 1996. The Quebec Back Pain Disability Scale: conceptualization and development. *Journal of Clinical Epidemiology* 49(2):151-161.
- Kurtzke JF. 1983. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 33(11):1444-1452.
- Kwon S, Hartzema AG, Duncan PW, Min-Lai S. 2004. Disability measures in stroke: relationship among the Barthel Index, the Functional Independence Measure, and the Modified Rankin Scale. *Stroke* 35(4):918-923.
- Lequesne MG, Mery C, Samson M, Gerard P. 1987. Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee. Validation-value in comparison with other assessment tests. *Scandinavian Journal of Rheumatology Suppl* 65:85-9.
- Mahoney FI, Barthel DW. 1965. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 14:61-65.
- Martin RL, Irrgang JJ, Burdett RG, Conti SF, Van Swearingen JM. 2005. Evidence of validity for the foot and ankle ability measure (FAAM). *Foot & Ankle International* 26(11):968-983.

- McConnell S, Kolopack P, Davis AM. 2001. The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC): a review of its utility and measurement properties. *Arthritis & Rheumatism* 45(5):453-461.
- McHorney CA, Ware JE Jr, Lu JF, Sherbourne CD. 1994. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care* 32(1):40-66.
- Oliveri J. 2006. Functional capacity evaluation. In: Gobelet C, Franchignoni F, editors. *Vocational Rehabilitation*. Springer. p. 69-93.
- Rankin J. 1957. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. 2. Prognosis. *Scottish Medical Journal* 2(5):200-215.
- Richards RR, Kai-Nan An, Bigliani Lu, et al. 1994. A standardized method for the assessment of shoulder function. *Journal of Bone and Joint Surgery* 3(6):347-352.
- Roos EM, Roos HP, Lohmander LS, et al. 1998. Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) – development of a self-administered outcome measure. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy* 28(2):88-96.
- Sangha H, Lipson D, Foley N, Salter K, Bhogal S, Pohani G, Teasell RW. 2005. A comparison of the Barthel Index and the Functional Independence Measure as outcome measures in stroke rehabilitation: patterns of disability scale usage in clinical trials. *International Journal of Rehabilitation Research* 28(29):135-139.
- Scerri M, de Goumoëns P, Fritsch C, Van Melle G, Stiefel F, So A. 2006. The Intermed questionnaire for predicting return to work after a multidisciplinary rehabilitation program for chronic low back pain. *Joint Bone Spine* 73(6): 736-741.
- Selander J, Marnetoft SU, Bergroth A, Ekholm J. 2002. Return to work following vocational rehabilitation for neck, back and shoulder problems: risk factors reviewed. *Disability and Rehabilitation* 24(14):704-712.
- Stiefel FC, de Jonge P, Huyse FJ et al. 1999. "Intermed": a method to assess health service needs. II. Results on its validity and clinical use. *General Hospital Psychiatry* 21(1):49-56.
- Stiefel FC, de Jonge P, Huyse FJ et al. 1999. "Intermed" – an assessment and classification system for case complexity. Results in patients with low back pain. *Spine* 24(4):378-384.
- Terrier P, Dériaz O, Meichtry A, Luthi F. 2009. Prescription footwear for severe injuries of foot and ankle: effect on regularity and symmetry of the gait assessed by trunk accelerometry. *Gait & Posture* 30:492-496.
- Ware JE Jr, Sherbourne CD. 1992. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 30(6):473-483.

Zigmond AS, Snaith RP. 1983. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67(6):361-370.