

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.

La réadaptation

Maurice Blouin

Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ)

Luz Elvira Vallejo Echeverri

Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ)

« La réadaptation est un humanisme »

Howard Rusk, physiatre,

Fondateur du *Rusk Institute of Rehabilitation*, New York (état de New York)

Contenu de cet article

La réadaptation et son objet, l'incapacité, constituent des phénomènes humains complexes, à multiples facettes. Ce sont les sujets de la présente encyclopédie. Cet article s'intéresse à des aspects importants de l'incapacité et de la réadaptation qui ne sont pas traités ailleurs dans l'encyclopédie. Il porte principalement sur la réadaptation intégrale multidisciplinaire qui représente la meilleure approche de réadaptation et qui doit constituer un modèle pour tous les autres types de réadaptation.

L'universalité de l'incapacité

Le phénomène de l'incapacité, le phénomène de personnes vivant avec des différences physiques ou psychologiques significatives, ainsi que les conséquences sociales et sur l'environnement de ces différences sont aussi anciennes que l'espèce humaine (6,5 millions d'années). Ce n'est pas inhabituel chez d'autres espèces animales. À la limite, tous les aspects humains, qu'ils soient physiques, psychologiques, sociaux ou environnementaux sont visés. Cela comprend aussi certaines différences, conséquences de maladies, de traumatismes ou de l'hérédité, qui ne sont pas si fréquentes. Le phénomène de l'incapacité est universel au sens où presque tous les individus acquièrent des incapacités. Plus de 80 % des personnes âgées vivent avec une incapacité aujourd'hui. Plus les individus vivront longtemps, plus cette proportion ira en augmentant. On constate une variation entre les pays quant à l'évolution historique de la reconnaissance de la situation des personnes avec des incapacités. De plus, la réadaptation et l'organisation sociale, politique et économique relativement aux personnes ayant des incapacités ont varié grandement et continuent de varier d'un pays à l'autre. Les organisations internationales de personnes avec des incapacités ont aidé l'Organisation des Nations Unies (ONU) à adopter des chartes et conventions obligeant les pays signataires à respecter les droits des personnes avec des déficiences, y compris le droit à la réadaptation.

Par le passé, des archéologues ont découvert une caverne où un homme ayant la poliomyélite était décédé tout près du feu qu'il entretenait vraisemblablement, alors que les autres membres de la tribu étaient occupés à la chasse ou à cueillir de la nourriture. Le processus décisionnel qui consistait à placer cet homme en charge du feu relève de la

réadaptation, malgré qu'on ne puisse bien entendu pas déduire les événements exacts uniquement à partir des artefacts retrouvés.

Au cours de l'histoire, plusieurs personnes avec une déficience ont connu une vie glorieuse, comme les poètes Homère (700 avant J.-C.) pendant la civilisation grecque (Albrecht Gary, Ed., « Encyclopedia of Disability », T.2, p.888) et ABU 'L-'ALA AL-MA'ARRI pendant la civilisation arabe (Albrecht Gary, Ed., « Encyclopedia of Disability », T.1, p.4). Ils étaient tous deux aveugles. Le processus qui mena à l'organisation de leur vie fructueuse constitue un exemple de réadaptation.

L'organisation de la réadaptation

L'histoire de l'organisation de la réadaptation moderne est assez récente et diffère d'un pays à l'autre. Le développement d'institutions de réadaptation varie considérablement, depuis les simples cliniques jusqu'aux organisations multidisciplinaires complexes, tel que décrit pour l'Europe dans le *Helios Annual Report of 1995 on Coordination Towards Good Practice* (1996, pp. 241-246). Ces différences découlent principalement du rythme avec lequel les États ont défini des obligations juridiques (Chartes des droits, lois et règlements) de toute nature envers leurs citoyens (p. ex., la Suède), et plus particulièrement les personnes avec des incapacités (p. ex., les États-Unis et le Canada). Certains États ont aussi défini un cadre juridique spécial concernant les personnes avec des incapacités et leurs droits universels, y compris une réadaptation gratuite, universelle, accessible et complète. Concernant ce dernier point, après la Charte des droits, l'adoption par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2006 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées devrait contribuer à améliorer et développer la réadaptation à travers le monde. Le transfert de la personne depuis l'institution de réadaptation vers la communauté est très différent selon le type d'installation de réadaptation et d'autres facteurs. Un rapport sur la transition d'un système de soins en institution vers un système fondé sur le milieu communautaire en Europe peut être consulté à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=429&langId=fr>.

Le premier institut moderne de réadaptation

Dans *A World To Care For*, le Dr Howard Rusk, fondateur et organisateur du *Rusk Institute of rehabilitation* à New York raconte l'histoire d'un jockey français. Pendant une course quelque temps après la Seconde Guerre mondiale, il tombe de cheval et subit une lésion médullaire qui le laisse paralysé. Quelque temps plus tard, il rencontre le Dr Rusk qui le ramène aux États-Unis, lui enlève des pierres sur les reins et lui fournit des orthèses adéquates. On parle donc de réadaptation. Cet homme est retourné en France et a vécu ensuite « une vie utile et productive ». Depuis sa fondation, le *Rusk Institute of Rehabilitation Medicine* est devenu un modèle de réadaptation moderne. La réadaptation moderne traite la personne dans sa totalité et ses besoins physiques, psychologiques, sociaux et environnementaux, selon une approche multidisciplinaire nommée « réadaptation totale ou intégrale » (voir le site rusk.med.nyu.edu).

Exemple des programmes d'un institut moderne de réadaptation

L'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ) constitue un autre exemple de l'organisation de la réadaptation dans des installations modernes. L'IRD PQ est un institut universitaire de réadaptation fondé en 1965 (voir le site irdpq.qc.ca). Il dispense des services aux personnes présentant de sérieuses déficiences par l'intermédiaire de 35 programmes, offre de la formation universitaire dans plus de 100 cours et accueille 700 stagiaires par année.

Programmes pour les enfants et les adolescents

- Contrôle de l'environnement et soutien à la communication pour déficiences motrices
- Déficiences auditives (enfants de 0 à 4 et 5 à 8 ans)
- Paralysie cérébrale
- Déficiences visuelles
- Développement de l'enfant
- Dysphasie
- Lésions musculosquelettiques
- Troubles de la colonne vertébrale
- Traumatismes craniocérébraux
- Réadaptation en milieu scolaire spécialisé en déficience motrice
- Réadaptation en milieu scolaire régulier de déficience auditive
- Réadaptation en milieu scolaire spécialisé en déficience auditive

Programmes pour les adultes

- Personnes amputées
- Contrôle de l'environnement et soutien à la communication pour déficiences motrices
- Déficiences auditives
- Déficiences visuelles
- Troubles cérébraux
 - Attaque
 - Paralysie cérébrale
- Lésions musculosquelettiques
- Brûlures
- Troubles de la colonne vertébrale
 - Lésions médullaires
 - Sclérose en plaques
 - Maladies neuromusculaires
- Réadaptation sociale et professionnelle pour déficiences motrices
- Soutien à l'intégration sociale pour déficiences motrices
 - Habilitation et intégration sociale
 - Centre de jour
 - Expertise et évaluation de conduite automobile

- Milieux résidentiels d'adaptation
- Supplément au loyer
- Emploi protégé
- Traumatismes craniocérébraux

Programmes pour les personnes âgées

- Déficiences auditives
- Déficiences visuelles

Programmes pour tous les âges

- Implants cochléaires
- Surdicécité
- Aides à l'audition
- Aides visuelles
- Aides techniques
 - Aides à la mobilité et à la posture
 - Aides compensatoires
 - Prothèses, orthèses, podorthèses

Tous ces programmes sont évalués systématiquement et continuellement à l'aide d'un questionnaire transmis aux plus de 20 000 clients qui utilisent des services chaque année.

Chaque programme fonctionne avec des équipes multidisciplinaires. Au cœur de chaque programme, la personne ayant des déficiences est le centre du processus de réadaptation. Chaque client participe à la définition de son plan personnel d'intervention par objectifs. Son plan est ensuite mis en œuvre par l'équipe multidisciplinaire.

Les rôles des cliniciens en réadaptation

Voici un exemple du rôle de chaque clinicien pour le programme de traumatisme craniocérébral pour les adultes à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec :

Conseiller d'orientation

Il soutient la personne dans sa démarche de retour à l'école ou au travail. Pour ce faire, il évalue la problématique d'adaptation scolaire de l'utilisateur ou son profil d'employabilité en fonction de son potentiel et du marché du travail. Il l'assiste dans son cheminement d'adaptation en rapport avec les changements scolaires ou professionnels par des entrevues de counseling. Il favorise une meilleure connaissance de soi (intérêts, personnalité, aptitudes, etc.) et de son environnement. Il aide l'utilisateur à préciser de façon réaliste ses choix d'orientation scolaire et professionnelle. Au besoin, il utilise des tests psychométriques pour consolider son opinion. Il demeure impliqué dans le suivi de la démarche d'intégration et supporte également le milieu choisi dans la réalisation du projet de réinsertion socioprofessionnelle.

Éducateur physique

Il vise principalement l'amélioration de l'endurance physique générale, la résistance ainsi que la reprise chez l'utilisateur de ses habitudes de vie reliées à la condition physique. Il évalue la condition physique, élabore et favorise l'actualisation d'un plan d'entraînement adapté aux besoins de la personne. Il anime les séances d'entraînement qui se déroulent en piscine, salle d'entraînement ou gymnase. De plus, il favorise la généralisation des acquis par des activités physiques ou sportives pratiquées individuellement ou en groupe, sur les plateaux techniques ainsi que dans la communauté. Il soutient la reprise des activités physiques antérieures ou le développement de nouveaux intérêts par de l'enseignement, des mises en situation, la référence dans un centre d'entraînement de sa communauté ou la remise d'un programme à domicile.

Ergothérapeute

Il vise l'autonomie optimale de la personne et sa satisfaction dans la réalisation de ses habitudes de vie. Pour ce faire, il identifie avec l'utilisateur les rôles et responsabilités qu'il doit ou souhaite assumer. Il apprécie l'impact des facteurs personnels et environnementaux sur la réalisation des habitudes de vie de l'utilisateur. Il évalue les habiletés fonctionnelles de l'utilisateur, considère les attentes exprimées par l'utilisateur et ses proches ainsi que les valeurs, compétences et intérêts de la personne afin de favoriser l'amélioration de ses capacités, faciliter l'adaptation à son environnement et soutenir la reprise ses habitudes de vie valorisées de façon sécuritaire. Il s'assure de la généralisation des acquis par des mises en situation en individuel ou en groupe, dans l'établissement ou en milieu réel. Il privilégie l'activité significative sous toutes ses formes.

Infirmier

Il assure le suivi des besoins en soins infirmiers de base et de réadaptation de la personne au niveau bio-psycho-social pendant son séjour dans l'institution. Il évalue les besoins, établit le plan thérapeutique infirmier et réalise les interventions spécifiques au niveau curatif, préventif, éducatif et de promotion de la santé. Il favorise l'autonomie et la sécurité de l'utilisateur et voit à l'intégration des acquis dans le quotidien. Il intervient dans les situations médicales d'urgence et dans les différentes situations de crise. En collaboration avec les intervenants concernés, il assure la continuité des soins, notamment par la transmission de l'information aux autres quarts de travail ainsi que le suivi de la réadaptation, le support auprès des proches et la qualité de vie dans l'unité.

Infirmier clinicien

En plus d'assurer les fonctions inhérentes au rôle d'infirmier, l'infirmier clinicien conçoit, applique et évalue les programmes de soins requérant des connaissances avancées relatives à des problèmes de santé complexes ou comportant des dimensions bio-psycho-sociales variées. Il participe au développement ou à l'application d'outils d'évaluation de la qualité des soins, coordonne le travail d'équipe en soins infirmiers et exerce un rôle consultatif auprès de ses pairs et des autres membres de l'équipe. Il assure l'orientation du nouveau personnel et participe à la formation des stagiaires. Il supervise l'enseignement fait aux usagers dans les programmes spécifiques et collabore à la recherche.

Médecin

Il assure le suivi médical tout au long du séjour en réadaptation pour la clientèle admise dans l'institution. Il étudie les dossiers soumis à l'admission et précise les recommandations en ce qui a trait à l'admissibilité des clientèles internes. Il évalue les usagers au niveau bio-psycho-social et précise les orientations médicales découlant des diagnostics et du pronostic. Il évalue également les complications éventuelles et établit les indications et les contre-indications de traitement et dirige l'usager aux intervenants appropriés. Il travaille en collaboration avec le coordonnateur clinique et les membres de l'équipe pour l'élaboration des plans d'intervention. Le médecin prescrit des prothèses, orthèses, aides techniques, médicaments et autres traitements ou examens au besoin. Il informe l'usager et ses proches de son état, des résultats obtenus en réadaptation, de son pronostic de participation sociale et des objectifs à poursuivre. Il s'assure de la continuité des soins en collaboration avec les milieux référents et le médecin traitant du futur milieu de vie de l'usager. Enfin, il autorise les sorties temporaires de l'usager, les restrictions et signe les différents formulaires médicaux ainsi que le congé de l'établissement pour la clientèle interne.

Moniteur en réadaptation

Il assiste les ergothérapeutes ou les physiothérapeutes dans leurs interventions lors de transferts ou d'exercices spécifiques, contribuant ainsi à la sécurité et à l'efficacité des interventions. À la demande du thérapeute, il installe l'usager, le raccompagne à la chambre, voit à l'approvisionnement, à la préparation et à l'entretien du matériel ou de l'équipement. Il voit de plus au rangement des salles de thérapie. Le moniteur peut réaliser certaines activités cliniques avec l'encadrement du thérapeute dans certains cas (ex. : supervision d'exercices, enseignement de certaines activités manuelles ou activités simples).

Musicothérapeute

Il utilise les composantes de la musique (rythme, mélodie, style, etc.) afin d'améliorer ou de maintenir le bien-être physique et psychique de la personne ainsi que sa qualité de vie pendant son parcours de réadaptation. Pour ce faire, il utilise des techniques musicales actives (jeu instrumental, improvisation sonore, composition de chansons, etc.) et réceptives (écoute musicale, imagerie mentale, etc.) dans le but de stimuler, de façon globale, l'intégration du schéma corporel, la coordination motrice, les capacités attentionnelles et mnésiques, la relaxation, la créativité, l'estime de soi, etc. La musicothérapie permet d'établir et maintenir une relation thérapeutique avec des usagers dont les séquelles ou même le type de personnalité laissent peu d'accès aux modalités psychothérapeutiques plus traditionnelles.

Neuropsychologue/psychologue

Il vise essentiellement la meilleure adaptation possible de l'usager face à sa nouvelle condition, dans la reprise de ses habitudes de vie. À cette fin, il évalue les sphères intellectuelle, cognitive, comportementale, affective et de la personnalité à l'aide de différents outils de mesure, questionnaires et techniques d'entrevue. Il émet une opinion relative au diagnostic différentiel, élabore un plan de traitement et offre un suivi psychologique ou neuropsychologique. En collaboration avec les autres intervenants de

l'équipe interdisciplinaire, il contribue à l'élaboration, la transmission et le suivi des différents pronostics. Il aide l'équipe, ainsi que les proches de l'utilisateur, à mieux comprendre et intervenir face aux problématiques comportementales ou neuropsychologiques rencontrées. Il agit également comme consultant auprès de différents intervenants du réseau.

Orthophoniste

Il vise à développer une communication fonctionnelle entre l'utilisateur et son entourage et s'assure que l'alimentation soit sécuritaire en améliorant les mécanismes de la déglutition. À cette fin, il évalue la parole, le langage, les habiletés de communication de même que la déglutition. Il établit une conclusion orthophonique et un pronostic selon la nature et la sévérité des troubles. Il explique le problème communicationnel à l'utilisateur et à ses proches, enseigne des stratégies et procède à un suivi lorsque nécessaire. Il s'assure de la généralisation des acquis par des mises en situation en groupe ou avec l'entourage. Dans certaines situations, il juge de la pertinence d'utiliser un moyen de suppléance à la communication, fournit alors des recommandations d'aides techniques si nécessaire et s'implique dans l'entraînement et l'intégration de ce moyen dans le quotidien de la personne.

Physiothérapeute

Il vise le rétablissement fonctionnel optimal et le maintien des systèmes neuro-sensori-moteur, squelettiques, respiratoires et vestibulaire qui limitent la réalisation des habitudes de vie de l'utilisateur. Il fait l'évaluation de ces différents systèmes s'il y a lieu afin de détecter les incapacités qui en découlent. Il applique des modalités thérapeutiques afin de développer, restaurer ou maintenir les aptitudes découlant de ces systèmes. Il enseigne des stratégies préventives et compensatoires et émet des recommandations afin d'améliorer le niveau fonctionnel et la sécurité de l'utilisateur, et ce, en complémentarité avec les autres intervenants. Il s'assure de la généralisation des acquis par des mises en situation individuelles ou en groupe.

Préposé aux bénéficiaires

Il travaille en étroite collaboration avec l'infirmier à favoriser l'autonomie et la sécurité de l'utilisateur pendant le séjour à l'interne ainsi que l'intégration de ses acquis dans son quotidien. À cette fin, il voit au bien-être et aux besoins généraux des usagers et les aide dans leurs déplacements. Selon les besoins de l'utilisateur, il donne des soins de base et peut être appelé à faire l'installation de certains appareils pour lesquels il a été formé. Il vérifie, met à jour les horaires des usagers et les accompagne au besoin à leurs rendez-vous.

Technicien en éducation spécialisée

Il est un agent d'intégration socio-résidentielle et communautaire. L'éducateur accompagne, observe et supervise l'utilisateur dans la reprise de ses habitudes de vie. Il l'assiste notamment dans ses démarches d'intégration domiciliaire, occupationnelle et sociale. Il utilise les situations du quotidien pour soutenir sa réorganisation, favoriser les apprentissages à l'autonomie ainsi que la transposition des acquis de la réadaptation. Par

son rôle, il contribue au développement des compétences notamment sur le plan social et facilite l'établissement de liens satisfaisants dans sa communauté.

Technicien en loisir

Il soutient l'usager pour la reprise et l'intégration de ses habitudes de vie de loisir dans son environnement. À cette fin, il évalue le niveau d'occupation actuel et antérieur, les attentes de la personne ainsi que ses intérêts en matière de loisirs. Il tient compte des préalables nécessaires à l'activité ainsi que des capacités de la personne afin qu'elle demeure active et occupe ses temps libres de manière satisfaisante et valorisante. Il propose et expérimente avec l'usager des alternatives socio-occupationnelles lorsque le travail régulier devient impossible. Il élabore des programmes d'éducation en loisirs afin de sensibiliser et responsabiliser la personne face à ses temps libres et met en place des programmes récréatifs adaptés aux besoins individuels et collectifs. Il organise et anime des activités individuelles et de groupe à caractère sportif, ludique et socioculturel qui favorisent le bien-être et la réadaptation des usagers. Enfin, il anime le milieu de vie des usagers pendant leur séjour à l'interne, en collaboration avec les différentes disciplines.

Travailleur social

Il offre un soutien psychosocial à l'usager et ses proches dans les différentes étapes de la réadaptation. Sa première intervention consiste à accueillir la personne admise et ses proches afin de les rassurer et démystifier le processus de réadaptation. Par la suite, il procède à une évaluation de la situation personnelle, conjugale, familiale et sociale de l'usager. Il identifie les compétences et les attentes de l'usager et des proches au regard du processus de réadaptation. Il dégage les impacts psychosociaux et les enjeux relatifs à la situation du handicap afin d'établir un portrait global de la personne en interaction avec son milieu. Il offre un soutien particulier aux proches dans leur adaptation à la nouvelle situation et les guides dans l'expression de leurs priorités d'intervention. Il facilite les communications entre les familles, l'équipe traitante, les partenaires et les organismes du milieu. Il informe et accompagne l'usager et sa famille dans les diverses démarches nécessaires à la réintégration sociale telle que la recherche d'un nouveau milieu de vie. Enfin, il évalue et fait les recommandations nécessaires au regard de la protection de la personne et de ses biens.

Les objectifs de la réadaptation

La participation à la société demeure l'objectif ultime de la réadaptation. Toutefois, les objectifs intermédiaires sont aussi fondamentaux dans l'approche de réadaptation intégrale. Les objectifs intermédiaires des interventions en réadaptation totale doivent compenser les déficiences des structures et des fonctions du corps et de l'esprit, renforcer et restructurer ce qui demeure des structures et des fonctions du corps et de l'esprit, ses capacités résiduelles, réarticuler les activités et la participation de la personne et prévenir des situations provoquées par les déficiences en adaptant les facteurs de l'environnement qui affectent la personne. À défaut de réadaptation intégrale, toute forme partielle de réadaptation vaut mieux que rien. Aujourd'hui, la réadaptation dans la communauté est centrée sur la participation sociale des personnes avec des déficiences.

Économiquement, les services de réadaptation fournis par des professionnels compétents sont onéreux. Mais le coût et le fardeau humain en aide directe aux personnes manquant d'autonomie sont plus coûteux encore. Des entreprises qui compensent ce manque d'autonomie ont calculé que chaque dollar investi en réadaptation pourra en gros éviter deux dollars en coût d'aide. Un bon service de réadaptation est onéreux, mais demeure économiquement justifié.

Une définition de la réadaptation

En 1982, le Programme mondial d'action relatif aux personnes handicapées des Nations Unies a proposé cette définition de la réadaptation :

« processus permettant aux personnes handicapées d'atteindre et de conserver le maximum d'autonomie, de réaliser pleinement leur potentiel physique, mental, social et professionnel, et de parvenir à la pleine intégration et à la pleine participation à tous les aspects de la vie »

De nos jours, on définirait plutôt la réadaptation comme « le processus de l'évaluation d'une personne avec des déficiences et les interventions visant à retrouver une participation à la société » (adapté de Blouin, Maurice, *Dictionnaire de la réadaptation et Index International et Dictionnaire de la Réadaptation et de l'Intégration Sociale* — IIDRIS). Cette définition est quasiment classique. Elle précise donc la catégorie générale et le domaine auxquels la réadaptation appartient : « processus d'évaluation et d'intervention » (ce qui inclut la prévention), ainsi que la spécificité du sujet de la réadaptation : une personne avec une déficience. On peut aussi en déduire que la réadaptation, en tant que domaine clinique, constitue un domaine scientifique, car ces évaluations et interventions ont un fondement scientifique. Elle constitue aussi une définition téléologique en soulignant le but ultime de la réadaptation, soit la « participation à la société de la personne », même si les objectifs intermédiaires de la réadaptation sont tout aussi importants pour la personne concernée.

L'amélioration d'une déficience relative à une fonction jamais utilisée par un enfant constitue une adaptation. Mais l'amélioration d'une déficience pour une personne qui a déjà utilisé cette fonction constitue de la réadaptation. Dans le cas de l'ablation d'une cataracte ou la correction de la vue au laser, il s'agit d'une correction.

Terminologie de la réadaptation

La réadaptation constitue un domaine vaste et complexe qui embrasse toutes les facettes d'un être humain ayant des déficiences. Une grande quantité de mots sont nécessaires à sa description, mots qui doivent être choisis, définis et décrits. Beaucoup de dictionnaires ne portant pas seulement sur le domaine de la réadaptation ont été publiés (V.G. Vergason, 1990 et Dufour & Gedda, 2007).

En 1972, le Dr Herman Kamenetz et Georgette Kamenetz ont publié le *Dictionnaire de médecine physique de rééducation et de réadaptation fonctionnelles*. Comme le précise le titre, la portée du dictionnaire se limitait aux fonctions motrices. En 1983, le Dr

Kamenetz a publié en anglais un *Dictionary of Rehabilitation Medicine*, rehaussant l'ouvrage publié en 1972, mais avec la même perspective.

En 1995, après avoir développé un système terminotique, Maurice Blouin a dirigé et écrit le *Dictionnaire de la réadaptation – termes techniques d'évaluation, Tome 1*. Ce dictionnaire traite des aspects physiques, psychologiques, sociaux et environnementaux de la réadaptation. Il comprend des index anglais-français et français-anglais.

Cette même année, le Dr Myron Eisenberg a écrit le *Dictionary of Rehabilitation*. Le Dr Eisenberg est toujours l'éditeur d'un important manuel destiné aux professionnels de la réadaptation : *Medical Aspects of Disability*.

Depuis, aucun dictionnaire destiné exclusivement à la réadaptation n'est paru. Mais, deux sites Web ont été publiés pour contribuer à cette tâche.

Sur le Web

En 1999, sous la direction de Maurice Blouin, le Laboratoire d'informatique et de terminologie de la réadaptation de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec a publié en français le *Service international scientifique de réadaptation sur l'autoroute de l'information* (SISRAI) (voir le site <http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/>). En 2003, le même laboratoire a publié l'*Index International et Dictionnaire de la Réadaptation et de l'Intégration Sociale* (IIDRIS) comportant 18 000 termes en anglais, en français et en espagnol (voir le site <http://www.med.univ-rennes1.fr/iidris>). Une nouvelle version trilingue sera lancée en 2010 avec près de 40 000 termes, comprenant aussi le dictionnaire du Dr Eisenberg.

Les bases de données CIRRIE et REHABDATA

Les bases de données *Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange* (CIRRIE) et *National Rehabilitation Information Center* (NARIC)'s *REHABDATA* sont d'autres importantes sources d'information sur le Web. La base de données CIRRIE a été mise en ligne en 2 000 et comprend 90 000 citations de documents de provenance internationale sur la réadaptation (voir le site <http://cirrie.buffalo.edu>). REHABDATA contient plus de 72 000 enregistrements de documents américains sur la réadaptation remontant à 30 ans (voir le site <http://www.naric.com/research/rehab>).

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)

On trouve aussi sur le Web (voir le site <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>), sur le site de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF – OMS 2001), déjà publiée sous le nom de la Classification internationale de la déficience, de l'incapacité et du handicap (CIDIH – OMS 1980). En 1989, Fougeryollas, St-Michel et Blouin ont soumis une proposition de révision de la CIDIH. Cette proposition était conçue comme une classification des conséquences des maladies. Elle touchait toutes les facettes de l'incapacité, principale préoccupation de la réadaptation. Les principales caractéristiques de cette proposition font partie de la version actuelle de la CIF.

La CIF est la version officielle, telle qu'adoptée par l'assemblée générale de l'OMS en 2001, complète et à jour de la description de l'incapacité. Elle décrit en détail les facteurs physiques, psychologiques, sociaux et de l'environnement pertinents dans l'évaluation des conséquences des maladies et elle permet ainsi de déterminer le niveau de déficience d'une personne, avec un degré quand une échelle de gravité est correctement utilisée. Cette personne présente des déficiences significatives et à long terme concernant des structures ou fonctions du corps ou de l'esprit. Ceci, de pair avec des facteurs de l'environnement, provoque des incapacités. Les activités et la participation de cette personne sont perturbées. Les sous-catégories cliniques de la CIF devraient éventuellement être détaillées pour permettre un examen uniformisé et universel de tous ces aspects. La diffusion et l'utilisation universelle de la CIF fournissent une possibilité d'aider le phénomène de l'incapacité à devenir une préoccupation majeure et un outil d'acceptation et de réadaptation répandu dans les sociétés contemporaines. L'utilisation de la terminologie de la CIF constitue aussi l'occasion d'éliminer les termes négatifs et stigmatisants et les mythes qui ont entouré et entourent toujours les personnes ayant des incapacités.

Encyclopédies sur l'incapacité et la réadaptation

Les trois premières encyclopédies de l'incapacité et de la réadaptation ont été produites au cours d'une période de dix ans.

Dell Orto et Marinelli (éditeurs), 1995. Encyclopaedia of Disability and Rehabilitation

Avec environ 170 termes, l'encyclopédie Dell Orto et Marinelli fut la première publiée et est maintenant épuisée.

Ueda, Satoshi et Okawa Yayoi. 1996. Encyclopaedia of Rehabilitation Medicine

L'encyclopédie des Dr Ueda et Okawa comprend environ 11 000 mots et expressions portant principalement sur l'aspect physique de la réadaptation en détail. L'index bilingue de cette encyclopédie (japonais – anglais, anglais – japonais) nous a permis d'analyser son contenu.

Publications SAGE, sous la direction de Gary L. Albrecht 2005. Encyclopaedia of Disability

Forte de 5 volumes et d'environ 1 200 articles, cette encyclopédie est la plus récente et la plus complète dans notre domaine. Elle est centrée sur les aspects historiques et sociaux de l'incapacité.

Blouin, Maurice et Stone, John, éditeurs. 2006-2010. Encyclopédie Internationale de la Réadaptation

L'encyclopédie trilingue en cours de production par le *Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange* (CIRRIE) et l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) vient combler un vide. Le contenu est relié

par des hyperliens avec d'autres sites Web de réadaptation (voir le site <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/>).

La réadaptation en tant que système clinique

Depuis la phase de coma jusqu'à l'intégration sociale, comprenant l'intégration éducationnelle, professionnelle, familiale, du travail, etc., l'évaluation et les interventions de réadaptation doivent être gérées. Elles doivent être planifiées, réalisées et évaluées correctement. Chaque phase doit être organisée conjointement avec le client. En raison des sujets complexes et diversifiés touchés par la réadaptation, un système doit être mis en place pour effectuer correctement toutes les activités à réaliser. Il s'agit du système clinique présent dans les meilleures institutions de réadaptation, le plan d'interventions par objectifs. Ce système multidisciplinaire et structuré existe au *Rusk Rehabilitation Center* à New York (état de New York) et à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec. Cependant, dans la plupart des pays développés, seul un processus partiel est suivi dans les services de réadaptation médicale des hôpitaux généraux. Au mieux, des hôpitaux spécialisés en traumatologie abordent certains aspects de la réadaptation. L'organisation complète de la réadaptation et son efficacité sont onéreuses.

La réadaptation en tant que processus clinique : évaluation et intervention

Depuis la phase du début (parfois le coma) jusqu'à la participation à la société, une réadaptation efficace peut être réalisée grâce à une évaluation, une définition de buts et un processus d'intervention corrects et constants. L'évaluation et l'intervention sont les deux caractéristiques principales de la réadaptation. Tout comme la CIF constitue la description officielle et à jour de tous les aspects de l'incapacité, les composants de base de la réadaptation devraient être :

PRÉVENTION : facteurs de risque et maladies et traumatismes

RÉADAPTATION

— ÉVALUATION : FONCTIONNEMENT DU CORPS ET DE L'ESPRIT –
STRUCTURE DU CORPS ET DE L'ESPRIT – ACTIVITÉ – PARTICIPATION –
FACTEURS DE L'ENVIRONNEMENT

— INTERVENTION : INTERVENTIONS PHYSIQUES – INTERVENTIONS
PSYCHOLOGIQUES – INTERVENTIONS SOCIALES – INTERVENTIONS SUR
L'ENVIRONNEMENT

Un autre exemple de situation complexe concerne un client qui a besoin d'une ténodèse. Qu'il ait besoin d'une ténodèse sous forme d'orthèse ou sous forme d'une intervention chirurgicale pourrait ne pas être évident, en attendant l'évaluation faite par un ergothérapeute (plus enclin à préconiser une orthèse) ou par un orthopédiste, un physiatre ou un chirurgien (qui risque de choisir une chirurgie).

La réadaptation en tant que processus clinique multidisciplinaire

Les équipes multidisciplinaires sont vitales pour atteindre une réadaptation minimalement efficace. Contrairement à la croyance actuelle dans certains environnements cliniques, aucune profession ne peut prétendre réunir toutes les connaissances nécessaires pour réaliser complètement et efficacement les évaluations, les interventions et la gestion de la réadaptation. Nul besoin de préciser qu'on édicte ainsi une déclaration absolue et universelle envers des professionnels individuels. C'est pourquoi une pratique multidisciplinaire regroupant des professionnels dotés d'un pouvoir d'évaluation et d'intervention égal est essentielle à une réadaptation intégrale.

Conclusion

Dans tout pays, un système de réadaptation bien conçu, complet, accessible socialement et dans son environnement pourrait bien constituer la démonstration finale de la capacité d'un état à soutenir les besoins de ses citoyens dans des domaines où les besoins sont généralement comblés par des professionnels. Politiquement parlant, la compétence et la volonté d'adopter des lois et des réglementations soutenant un tel système et de définir les droits des personnes ayant des incapacités et les obligations envers ces personnes (y compris l'adaptation de l'environnement) dans des lois pourraient constituer le signe définitif de l'état d'avancement d'un pays.

D'un point de vue plus philosophique, la réadaptation pourrait constituer la forme la plus avancée de l'humanisme moderne. La réadaptation vise à fournir la liberté, l'égalité et la fraternité de manière directe, soit une participation à la société pour chacun, peu important ses différences physiques ou psychologiques.

Bien sûr, de façon plus concrète, l'autonomie grâce à la réadaptation sera mieux réalisée si elle comprend non seulement la maximisation des capacités du corps et de l'esprit, mais aussi une intégration sociale, familiale, scolaire, du travail et de l'environnement, même si des modifications doivent être apportées aux contextes politique, économique et institutionnel. La prévention de tous les facteurs causant des maladies et des traumatismes, qui provoquent ensuite des déficiences, est une cible fondamentale pour les gouvernements, les professionnels de la réadaptation et les associations de consommateurs.

Bibliographie

Albrecht GL, editor. 2005. *Encyclopaedia of Disability*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications, Inc.

Blouin M, et al. 1995. *Dictionnaire de la réadaptation, Tome 1 : Termes techniques d'évaluation, Laboratoire d'informatique et de terminologie de la réadaptation et de l'intégration sociale, Centre François-Charon, Les Publications du Québec.*

- Blouin M, et al. 1995. Dictionnaire de la réadaptation, Tome 2 : Termes d'intervention et d'aides techniques, Laboratoire d'informatique et de terminologie de la réadaptation et de l'intégration sociale, Centre François-Charon.
- Dell Orto AE, Marinelli RP, editors. 1995. Encyclopaedia of Disability and Rehabilitation. New York: Macmillian Publishing.
- Dufour M, Gedda M. 1997. Dictionnaire de kinésithérapie et de réadaptation. Maloine.
- Feldesman W. 1997. Dictionary of Eldercare Terminology.
- Fougeyrollas P, St-Michel G, Blouin M. 1989. Proposal for the Revision of the third level of the ICIDH. ICIDH International Network 2(1):9-32.
- Helios. 1996. Functional Rehabilitation, Coordination towards good practice. European Commission.
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec. Programme-cadre pour les adultes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral.
- Kagan Y. 1996. Dictionnaire de pratique gériatologique.
- Kamenetz HL, Georgette. 1972. Dictionnaire de médecine physique de rééducation et de réadaptation fonctionnelles. Maloine Éditeur.
- Kamenetz HL. 1983. Dictionary of Rehabilitation Medicine, Springer Publishing Company.
- Rusk H. 1972. A World To Care For, The autobiography of Howard A. Rusk, M.D. New York: Random House.
- Ueda S, Okawa Y. 1996. Encyclopaedia of Rehabilitation Medicine. Tokyo: Ishiyaku Publishers.
- Vergason GA. 1990. Dictionary of Special Education and Rehabilitation. Love Publishing Company.

Sites Web

- Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE): <http://cirrie.buffalo.edu>
- International Encyclopedia of Rehabilitation: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/>
- Service international scientifique de réadaptation sur l'autoroute de l'information (SISRAI): <http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/>

- International Index and Dictionary of Rehabilitation and Social Integration:
<http://www.med.univ-rennes1.fr/iidris/>
- National Rehabilitation Information Center (NARIC)'s REHABDATA databases:
<http://www.naric.com/research/rehab>
- World Health Organization, International Classification of Functioning, Disability and Health: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>