La réadaptation en médecine interne

*W. Karrer, président du groupe de travail de réadaptation en médecine interne de la SSMI**

* Membres du groupe de travail: Werner Karrer, Luzerner Höhenklinik Montana, président; Anne-Françoise Allaz, Service de médecine interne et de réhabilitation, Hôpital Universitaire Genève; Jürg Berchtold, Reha Chrischona, Bettingen; Olivier Berclaz, Clinique genevoise Crans-Montana; Dieter Breil, Solothurnische Höhenklinik Allerheiligenberg; Franz Michel, Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil; Peter Risi, Zürcher Höhenklinik Davos; Regula Schmitt, Medizinische Dienste, Tilia-Stiftung, Zentrum Ittigen; Susanne Stöhr, vice-présidente de la FMH, Hôpital universitaire, Bâle; Ralf Sutter, Klinik Adelheid, Unterägeri.

La réadaptation a été définie par l'OMS de la manière suivante: «Mise en œuvre d'un ensemble coordonné de mesures médicales, sociales, éducatives et professionnelles destinées à restituer à l'intéressé un usage aussi complet que possible de la ou des fonctions atteintes en vue de retrouver la meilleure activité possible et une place appropriée dans la société».

Dans cette acception moderne, la réadaptation est une branche thérapeutique relativement récente. Il est évident que des mesures ciblées de réadaptation ont déjà été prises au début du XXe siècle, plus précisément dans les cliniques d'altitude accueillant des patients tuberculeux. La réadaptation n'a cependant été reconnue comme spécialité médicale en soi que dans les années 70 et 80 du siècle dernier. C'est à cette époque aussi que les grands hôpitaux ont ouvert des services de réadaptation destinés dans un premier temps aux patients atteints de maladies neurologiques. Les cliniques d'altitude et les cliniques thermales ont agrandi leur offre et se sont transformées en cliniques de réadaptation.

Vers la fin des années 80 et 90, les assureurs se sont peu à peu intéressés davantage à la réadaptation, surtout dans l'optique d'une optimisation des coûts et, à dater de l'introduction de la nouvelle LAMal, en vertu des trois fameux critères d'«efficacité, adéquation et économicité». Des concepts globaux sur ce sujet furent alors établis par la Communauté de travail des prestataires de soins et assureurs pour une réadaptation économique et de qualité (ALVR). On s'est limité à l'époque aux quatre niveaux les plus importants de la réadaptation: neurologique, musculosquelettique, pulmonaire et cardio-vasculaire. Les documents correspondants ont été publiés dans le Bulletin des médecins suisses [1–5].

A l'époque, on attachait une grande importance à une qualité optimale, ce qui a conduit à l'élargissement de l'offre en physiothérapie, ergothérapie, soins infirmiers et services médicaux. Lentement, la réadaptation est devenue un domaine médical reconnu pour sa haute efficacité. Mais il en est résulté, en partie du moins, des coûts nettement plus élevés. Les assureurs ont alors assez vite pris leurs distances par rapport à cette rapide augmentation des standards pour tous les patients en réadaptation et ont propagé diverses formes de réadaptation plus «légères». Ceci s'est produit dans les institutions suisses, mais aussi et surtout dans les cliniques de réadaptation du sud de l'Allemagne, dont l'offre n'était en rien comparable à celle des établissements suisses.

Il va de soi que tous les patients, et surtout ceux qui subissent une opération de routine de remplacement de l'articulation de la hanche ou du genou, n'ont pas besoin d'une offre thérapeutique globale et complète dans une clinique de réadaptation. Il semble dès lors raisonnable que les cliniques suisses puissent elles aussi se profiler sur le marché avec des offres adaptées en conséquence. Il s'agit d'une évolution qui se poursuivra certainement ces prochaines années.

Tous ces débats sur les programmes de réadaptation adaptés spécifiquement à tel ou tel organe n'ont pas suffisamment pris en compte les patients de médecine interne présentant une multimorbidité. Nombre de cliniques en Suisse se sont bien sûr efforcées d'assurer une prise en charge compétente de ces patients. Toutefois, une activité de lobbying en leur faveur, déployée par une société de discipline médicale appropriée et telle qu'elle existe depuis des années pour les réadaptations axées sur un organe spécifique, a jusqu'ici fait défaut [6].

Il faut donc saluer l'initiative qu'a prise Mme le Prof. Verena Briner, en sa qualité de présidente de la SSMI, en créant un groupe de travail pour la réadaptation des patients de médecine interne atteints de multimorbidité. L'objectif de ce groupe était, dans une première phase, de préparer et trouver un consensus pour une définition de la réadaptation en médecine interne et de décrire les groupes de patients correspondant à cette définition [7].

Ce groupe de travail, composé d'internistes, de gériatres et de spécialistes du sujet, s'est entendu sur le contenu des deux documents de travail publiés ci-après. Il lui semble important qu'il n'y ait pas de concurrence entre la médecine interne et les disciplines voisines et apparentées, mais bien une collaboration pour le bien des patients.

La prise en charge de patients présentant une multimorbidité requiert un large savoir-faire tant dans le domaine de la médecine interne que de la réadaptation. Ces patients sont souvent ceux qui demandent le plus de temps et d'attention dans une clinique de réadaptation. Ils ont aussi besoin d'un plus long séjour en clinique que les

Correspondance:
Dr Werner Karrer
Luzerner Höhenklinik Montana
CH-3963 Crans-Montana

patients suivant un programme de réadaptation pour un organe spécifique, et ne peuvent pas, contrairement aux patients atteints de maladies cardiaques, pulmonaires et musculo-squelettiques, être traités de manière ambulatoire. Pour cette raison, le groupe de travail de réadaptation en médecine interne est convaincu que tous les acteurs de la santé publique, en particulier les hôpitaux de soins aigus, les cliniques de réadaptation et les médecins de famille, doivent travailler intensément au développement futur de la réadaptation des patients de médecine interne. Vu l'évolution démographique et les progrès des techniques médicales, on peut prévoir que le nombre de ces patients augmentera encore considérablement à l'avenir. A cet égard, il serait fatal de sacrifier des lits dans les services hospitaliers de réadaptation au profit du domaine de la réadaptation ambulatoire. Il est certain que nous devrons, à l'avenir, pouvoir compter tant sur les programmes de réadaptation ambulatoire que sur ceux de réadaptation hospitalière, ces derniers étant réservés avant tout aux patients atteints de maladies graves ou de multimorbidité.

Références

1 Knüsel O, Bapst L, Boutellier A, Dössegger H, Huwiler B, Rentsch H-P, et al. ALVR-Grundlagen der Rehabilitation. Schweiz Ärztezeitung. 1999; 80(51/52):2970-1.

2 Knüsel O, Bapst L, Boutellier A, Dössegger H, Huwiler B, Rentsch H-P, et al. Anforderungskriterien der ALVR für die stationäre muskuloskeletale Rehabilitation. Schweiz Ärztezeitung. 1999;80(51/52):2972-3.

3 Knüsel O, Bapst L, Boutellier A, Dössegger H, Huwiler B, Rentsch H-P, et al. Anforderungskriterien der ALVR für die stationäre Neurorehabilitation. Schweiz Ärztezeitung. 1999;80(51/52):2974-6.

4 Karrer W. Anforderungskriterien der ALVR für die stationäre pulmonale Rehabilitation. Schweiz Ärztezeitung. 2002;83(37):1925-7.

5 Kottmann W. Anforderungskriterien der ALVR für die stationäre kardiovaskuläre Rehabilitation. Schweiz Ärztezeitung. 2002;83(37):1928-32.

6 U. Hürlimann: Gibt es eine Internistische Rehabilitation? – Versuch einer Antwort und einer Definition. 3. Juni 2001 (communication personnelle).

7 Le modèle de la SSMI. Bulletin de la SSMI. Mai 2003; p. 4.

1. Définition de la réadaptation en médecine interne

La réadaptation en médecine interne se conçoit comme la réadaptation de patients atteints de troubles fonctionnels et de participation découlant de tableaux cliniques qui relèvent de la médecine interne. Ces patients, qui nécessitent une approche réadaptative combinée et multidisciplinaire, ne sont pas suffisamment couverts par les programmes de réadaptation spécifiques.

- Elle est une discipline médicale spécialisée dans la réadaptation ambulatoire et hospitalière de patients atteints de troubles relevant de la médecine interne.
- Elle est une prise en charge diagnostique et thérapeutique globale ayant pour objectif d'améliorer les troubles fonctionnels physiques et psychiques dont souffrent les patients, ainsi que leur capacité d'action et leur participation sociale.
- Sa tâche principale consiste en l'appréciation approfondie, le traitement et la prise en charge de patients adultes multimorbides présentant des handicaps au niveau de la maîtrise de leur vie quotidienne.
- Elle consiste en une discipline clinique et scientifique qui analyse les connaissances de la médecine de réadaptation, des spécialités internistes et d'autres domaines spécialisés et intègre ces connaissances dans un concept diagnostique et thérapeutique de réadaptation à l'intention des patients.
- Une attention particulière est accordée aux problèmes de l'invalidité et de la multimorbidité, ainsi qu'au développement de chaînes de traitement et de prise en charge intégrées tenant compte des facteurs contextuels familiaux, sociaux et économiques.
- Elle présente des points communs importants avec la réadaptation gériatrique et psychosomatique et se différencie des programmes de réadaptation spécifiques axés sur un seul organe (réadaptation cardio-vasculaire, musculo-squelettique, neurologique et pulmonaire).

2. Descriptif des groupes de patients

- Il s'agit de patients adultes qui présentent des *troubles relevant de la médecine interne,* qui suivent des *traitements oncologiques* ou ont subi une *intervention chirurgicale,* situations qui les empêchent momentanément de retrouver leur environnement habituel. Ces patients ont besoin d'une prise en charge multimodale et interdisciplinaire intense dans une clinique de réadaptation.
- Ces patients présentent une invalidité résultant de *maladies de plusieurs organes ou systèmes d'organes.* Leur handicap ne se limitant pas à un organe ou à un système, ils nécessitent une évaluation et un traitement globaux en médecine interne.
- Le *médecin interniste* traite et réadapte de manière autonome les patients relevant de son domaine. Il peut aussi faire appel aux spécia-

listes de diverses maladies organiques et aux méthodes décrites dans des programmes appropriés.

Délimitations et points communs par rapport à d'autres programmes de réadaptation

- Même si l'âge à lui seul n'est pas un critère-clé, une délimitation est à effectuer par rapport aux *patients en gériatrie*. Les patients qui souffrent de plusieurs affections, souvent chroniques, et présentent une diminution de réserves fonctionnelles, une vulnérabilité accrue et des problèmes spécifiquement gériatriques, tels qu'une cognition réduite, une dépression, un risque de chute, une polymédication ou une malnutrition, demandent une réadaptation gériatrique spécifique sous la conduite de spécialistes attitrés.
- Une délimitation doit aussi être opérée par rapport aux patients *atteints de troubles affectant un seul organe ou système d'organes*. Ces patients sont traités selon des programmes spécifiques (p. ex. réadaptation cardio-vasculaire, musculo-squelettique, neurologique ou pulmonaire). En raison de leur bon état général physique et psychique, ils sont souvent aiguillés vers des programmes de réadaptation ambulatoire.
- Les patients dont le handicap nécessite les soins d'une institution *hautement spécialisée* peuvent aussi être admis dans un établissement de ce type lorsqu'ils présentent une multimorbidité (p. ex. patients souffrant de troubles neurologiques complexes).
- La *réadaptation psychosomatique* est en général assurée par des médecins bénéficiant d'une formation de base en médecine interne (titre FMH en médecine interne) et qui ont suivi par ailleurs une formation complémentaire en psychosomatique.

But de l'intervention

L'offre thérapeutique en réadaptation est multi- et interdisciplinaire, garantissant une prise en charge globale et sans failles par des spécialistes des soins infirmiers et des médecins. Elle vise l'amélioration des limitations fonctionnelles, de l'activité et de la participation sociale en se fondant sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Il s'agit de garantir aux patients concernés une durée de réadaptation suffisante en fonction de leurs ressources et leurs déficits.

Infrastructure

L'institution où se déroulent les activités de réadaptation doit disposer d'une infrastructure architecturale et d'un équipement médical adaptés à une offre thérapeutique multi- et interdisciplinaire.

Qualité des processus et du résultat

Des programmes et des instruments de mesure des résultats reposant sur des données factuelles sont développés en fonction de chaque handicap.