

# Réadaptation et changement de paradigme de l'OMS

**Gerold Stucki**

Seminar für Gesundheitswissenschaften und Gesundheitspolitik, Kultur- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Universität Luzern  
Schweizer Paraplegiker-Forschung, Nottwil

Director and Steering Committee member, ICF Research Branch, a cooperation partner within the WHO Collaboration Center for the Family of International Classifications in Germany (at DIMDI), c/o Swiss Paraplegic Research, Nottwil

## Introduction

En 2001, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a adopté la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) [1]. L'objectif de cet article est de montrer que le lancement de la CIF a marqué un réel changement de paradigme au sein de l'OMS et qu'il donne des impulsions essentielles pour la réadaptation et le domaine de spécialité que représente la médecine physique et de réadaptation (MPR).

## Une définition de la santé en deux parties

Le mandat de l'OMS n'a pas changé depuis la création de l'organisation en 1948 (<http://www.who.int/fr/>). L'objectif est «d'aider toutes les populations à atteindre le meilleur niveau de santé possible». D'un point de vue normatif, la santé a été définie comme un état à atteindre de «complet bien-être physique, mental et social», ne consistant pas seulement en une «absence de maladie ou d'infirmité». Au cours des 50 premières années de son existence, l'OMS a concentré ses activités sur la seconde partie de la définition normative, à savoir l'«absence de maladie et d'infirmité». Depuis 1948, la Classification internationale des maladies (CIM) constitue le système de référence pour la détermination et la surveillance de la mortalité et le contrôle de la morbidité.

Le passage d'une «organisation mondiale de la mortalité et de la morbidité», comme elle est parfois désignée ironiquement, à une «organisation mondiale de la santé» a débuté en 2001 avec l'adoption de la CIF. Pour la première fois, l'OMS et ses pays membres disposent d'une opérationnalisation de la santé. Cela signifie que l'OMS a désormais la possibilité de décrire et de surveiller la première partie de la définition normative («complet bien-être physique, mental et social») de manière comparable à l'échelle internationale et d'initier des actions adaptées afin d'améliorer la capacité de fonctionnement de la population. La CIF représente le système de référence pour les rapports de données relatives à la capacité de fonctionnement.



Gerold Stucki

## Etablissement de rapports standardisés du fonctionnement avec la CIF

La condition préalable à l'établissement de rapports standardisés au moyen de la CIF est le mappage des données collectées à l'aide des outils de collecte des données les plus variés, comme les instruments de mesure génériques ou spécifiques à une maladie. Pour le mappage, des méthodes adaptées ont été développées par la *ICF Research Branch* de la Recherche suisse pour paraplégiques à Nottwil ([www.icf-research-branch.org](http://www.icf-research-branch.org)) en coopération avec l'équipe de l'OMS *Classification, Terminology and Standards*.

### ICF Core Sets – «Que rapporter?»

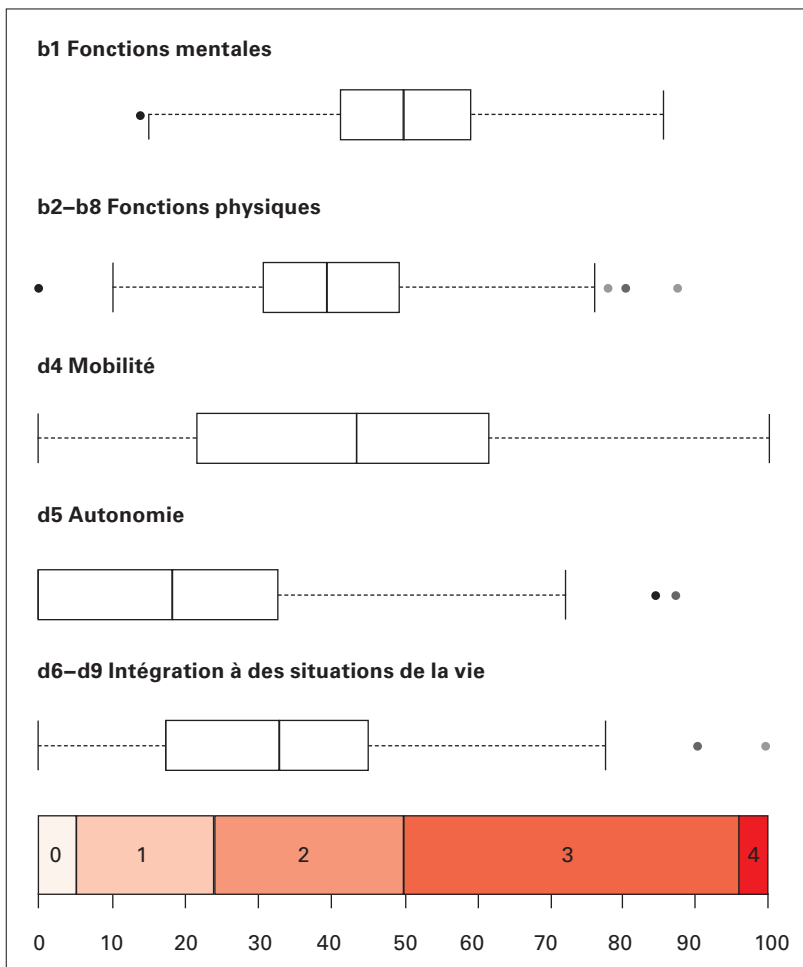
Avant toute chose, il est nécessaire de définir quelles catégories se doivent d'être rapportées pour des problèmes de santé donnés ou pour des situations de soins donnés. C'est à cela que servent les *ICF Core Sets* [2] (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>; [www.icf-core-sets.org](http://www.icf-core-sets.org); [www.icf-research-branch.org](http://www.icf-research-branch.org)). Le principal *ICF Core Set* est le *ICF Generic Set* [3] comportant sept catégories. Il constitue le plus petit dénominateur commun pour les rapports de santé dans l'ensemble du système de santé. Le plus petit dénominateur commun pour l'établissement de rapports en réadaptation est le *ICF Rehabilitation Set*, avec 30 catégories [3].

Des *ICF Core Sets* spécifiques au contexte aigu et post-aigu servent à l'établissement de rapports en milieu hospitalier au sein de la chaîne de soins. Pour les rapports spécifiques de certains problèmes de santé chroniques, des *Condition-specific ICF Core Sets* ont été développés. Pour ce qui est de la réadaptation professionnelle, un *ICF Core Set for Vocational Rehabilitation* est disponible.

### ICF Linkage Rules – «Comment rapporter?»

Des *Linkage Rules* qualitatives et quantitatives permettent le mappage des données pour la CIF [4]. La figure 1 illustre la représentation standardisée de données collectées avec différents instruments de mesure. Leur description à l'aide d'une échelle d'intervalle est décisive, sur la base d'une transformation statistique

adaptée. L'analyse avec des procédés statistiques paramétriques est ainsi rendue possible. En principe, il est également possible de surveiller des données de fonctionnement tout au long du continuum thérapeutique et au cours de la vie et de les comparer ainsi à différents problèmes de santé et différents systèmes de santé.



**Figure 1:** Représentation du profil de fonctionnement de la population de la Swiss Spinal Cord Injury Cohort Study (SwiSCI). Les différentes valeurs de capacité ont été dérivées des échelles basées sur la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). Ces échelles ont été construites en intégrant les informations de plusieurs catégories de la CIF, de manière conceptuellement cohérente et psychométriquement pertinente. Elles peuvent ainsi être utilisées pour réaliser une représentation graphique des capacités des personnes, par ex. dans un profil de fonctionnement comme dans cette figure. Diagramme en boîte: Les boîtes représentent les quartiles supérieurs et inférieurs, ainsi que la médiane; les moustaches supérieures et inférieures correspondent respectivement aux maximum et minimum (à 25%) des valeurs de capacité estimées; les points représentent les valeurs aberrantes. L'échelle de 0 à 100 (sous l'image) peut être restituée au moyen des qualificatifs de la CIF (0 = pas de problème; 1 = problème léger; 2 = problème modéré; 3 = problème grave; 4 = problème entier). Remarque: Les échelles ont été rendues comparables sur la base d'une répartition commune; toutefois, les valeurs de capacité d'une échelle ne peuvent pas être directement transposées à celles d'une autre échelle, car elles décrivent différentes caractéristiques. Adapté d'après [4]. Reproduction avec l'aimable autorisation du *Journal of Rehabilitation Medicine*.

## Opportunités pour la réadaptation et le domaine de spécialité de la MPR

### Initiatives de l'OMS pour l'amélioration du fonctionnement

Comme prévu, toute une série de résolutions, de rapports et de plans d'action ont vu le jour après l'adoption de la CIF, tous ayant comme objectif d'optimiser les capacités de fonctionnement de la population et de minimiser les conséquences négatives d'un handicap. Le tableau 1 illustre les principales initiatives relatives à la réadaptation.

En Suisse, le rapport sur la situation des personnes souffrant de paraplégie (*International Perspectives on Spinal Cord Injury*, IPSCI) revêt une importance particulière [5]. Il a été initié par la Recherche suisse pour paraplégiques à Nottwil et coordonné pour l'OMS. Les recommandations de l'IPSCI sont désormais mises en œuvre en tant qu'initiative du *Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014–2021* (<http://www.who.int/disabilities/actionplan/fr/>).

### Définition de la réadaptation comme stratégie sanitaire

Le changement de paradigme initié par l'adoption de la CIF a permis de repenser le concept de réadaptation en tant que stratégie sanitaire, en association avec la prévention et la médecine curative [6]. La raison réside dans l'objectif de la réadaptation, qui est d'optimiser le fonctionnement des personnes et de minimiser les conséquences d'un handicap. La CIF permet une description conceptuelle de la réadaptation [6]. Or, une description conceptuelle constitue la base des définitions spécifiques qui en découlent pour certains domaines d'application tels que la réadaptation médicale ou professionnelle.

### Développement de la recherche en matière de fonctionnement et de réadaptation

L'absence de base conceptuelle pour l'opérationnalisation de la santé comme aptitude au fonctionnement était un obstacle considérable au développement de la recherche en réadaptation dans une perspective *globale*, en complément de la recherche en réadaptation dans une perspective *biomédicale* et *technologique*, déjà très développée depuis des décennies, surtout en Suisse. La CIF offre désormais un modèle adapté pour la conceptualisation, l'organisation et le développement de la recherche en fonctionnement et en réadaptation [7]. Afin d'exploiter le potentiel qui en résulte, les capacités de développement correspondantes doivent être mises sur pied.

**Tableau 1:** Résolutions, rapports et plans d'action de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

2001	La 54 <sup>e</sup> assemblée générale de l'OMS adopte la <i>Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)</i> [1].
2005	La 58 <sup>e</sup> assemblée générale de l'OMS adopte la résolution WHA58.23, qui décide du développement d'un <i>Rapport mondial sur le handicap et la réadaptation</i> .
2011	Lancement du <i>Rapport mondial sur le handicap</i> .
2013	Lancement de l' <i>International Perspectives on Spinal Cord Injury (IPSCI)</i> [5].
2014	La 67 <sup>e</sup> assemblée générale de l'OMS adopte la résolution A67/16 pour un <i>Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014–2021</i> ( <a href="http://www.who.int/disabilities/actionplan/fr/">http://www.who.int/disabilities/actionplan/fr/</a> ).

La Recherche suisse pour paraplégiques à Nottwil en est un exemple: il s'agit d'une institution de recherche extra-universitaire de la Fondation suisse pour paraplégiques, soutenue par la Confédération et le canton de Lucerne. Elle s'occupe de la recherche globale en fonctionnement et réadaptation pour les personnes paraplégiques [8]. Au sein de la Recherche suisse pour paraplégiques, une étude de cohorte basée sur la CIF a été établie de façon modèle (la *Swiss Spinal Cord Injury Cohort Study* ou *SwiSCI*) [9]. Le *ICF Core Set Spinal Cord Injury* sert de base, au même titre que le *reporting* standardisé (décrit précédemment) de données collectées grâce à différents instruments de mesure (fig. 1) [4].

### Rôle du domaine de spécialité de la MPR dans le système de santé

Le changement de paradigme initié par l'OMS permet un nouveau positionnement de la MPR et lui confère une plus grande influence dans l'organisation du système de santé. Cela concerne particulièrement les défis que soulèvent le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques et des handicaps.

### Définition de la MPR en tant que médecine du fonctionnement

Une étape cruciale est le développement d'une compréhension internationale de la MPR en tant que médecine du fonctionnement «à la lumière des conditions de santé». En 2012, l'*International Society of PRM* a, à cette fin, adopté une description conceptuelle de la MPR [10], basée sur la description conceptuelle de la stratégie sanitaire de réadaptation [6] mentionnée précédemment. Des définitions peuvent être établies à partir de cette description, par ex. pour les thèmes prioritaires de la MPR.

### Implication dans l'organisation des systèmes de santé du monde entier

Afin de renforcer son investissement dans l'organisation des systèmes de santé du monde entier, l'*International Society of PRM* développe systématiquement un

*policy agenda* en coopération avec l'OMS. Les thèmes centraux actuels sont:

- 1) Le renforcement des soins de réadaptation dans les différents systèmes de santé du monde;
- 2) l'implémentation de la CIF dans les systèmes de santé via son introduction en tant que standard pour l'établissement de rapports sanitaires ainsi que par des *ICF Clinical Tools* plus simples pour la pratique clinique;
- 3) le développement de systèmes nationaux pour la gestion qualité de la réadaptation.

## Conclusion

Le changement de paradigme de l'OMS a donné une impulsion essentielle à la réadaptation et au domaine de spécialité de la MPR. Les défis actuels résident dans l'exploitation systématique du potentiel résultant de l'introduction de la CIF dans le système de santé pour la pratique clinique, la recherche, la politique et la législation. Dans ce contexte, le domaine de spécialité de la MPR a endossé un rôle central. Enfin, la coopération étroite entre les disciplines médicales et les professions de la santé est décisive.

### Remerciements

L'auteur remercie Susanne Stucki, Cristiana Baffone et Melissa Selb pour leur collaboration à ce manuscrit.

### Disclosure statement

Cet article se base sur la présentation du Professeur Olle Höök à l'occasion du *4th Baltic and North Sea Forum on Physical and Rehabilitation Medicine (BNF-PRM)*. Le texte de la présentation est publié dans le *Journal of Rehabilitation Medicine*. L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêts financier ou personnel en rapport avec cet article.

### Références

- 1 Weltgesundheitsorganisation (WHO), Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) 2001, Genf: WHO.
- 2 Bickenbach J, Cieza A, Rauch A, Stucki G, editors. *ICF Core Sets. Manual für die klinische Anwendung*. Hogrefe: Göttingen; 2012.
- 3 Cieza A, Oberhauser C, Bickenbach J, Chatterji S, Stucki G. Towards a minimal generic set of domains of functioning and health. *BMC Public Health*. 2014;14(1):218.
- 4 Prodinger B, Ballert CB, Brach M, Brinkhof MWG, Cieza A, Hug K, et al. Toward standardized reporting for a cohort study on functioning: The Swiss spinal cord injury cohort study. *J Rehabil Med*, 2015. In press.
- 5 Bickenbach J, Officer A, Shakespeare T, von Groote P. Querschnittslähmung – Internationale Perspektiven 2013 und 2014, Genf und Nottwil: WHO und Schweizer Paraplegiker Forschung.
- 6 Meyer T, Gutenbrunner C, Bickenbach J, Cieza A, Melvin J, Stucki G. Towards a conceptual description of rehabilitation as a health strategy. *J Rehabil Med*. 2011;43(9):765–9.
- 7 Stucki G, Reinhardt JD, Grimby G, Melvin J. Developing «Human Functioning and Rehabilitation Research» from the comprehensive perspective. *J Rehabil Med*. 2007;39(9):665–71.
- 8 Stucki G, Reinhardt JD, Cieza A, Brach M, Celio M, Joggi D et al. Developing Swiss paraplegic research: building a research institution from the comprehensive perspective. *Disabil Rehabil*, 2008;30(14):1063–78.
- 9 Stucki G, Post MW, editors. *The Swiss Spinal Cord Injury (SwiSCI) Cohort Study*. *Am J Phys Med Rehabil*. 2011; Vol.90(11) Suppl.
- 10 Stucki G, Reinhardt JD, Imamura M, Li J, De Lisa JA. Developing the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM): following through. *J Rehabil Med*. 2011;43(1):1–7.

Correspondance:  
Prof. Gerold Stucki, MD, MS  
Professor und  
Lehrstuhlinhaber  
Seminar für Gesundheits-  
wissenschaften und  
Gesundheitspolitik  
Kultur- und Sozialwissen-  
schaftliche Fakultät  
Universität Luzern  
Froburgstrasse 3  
Postfach 4466  
CH-6002 Luzern

Direktor, Schweizer  
Paraplegiker-Forschung  
Guido A. Zäch Strasse 4  
CH-6207 Nottwil

Director and Steering  
Committee member,  
ICF Research Branch,  
a cooperation partner within  
the WHO Collaboration  
Center for the Family of  
International Classifications  
in Germany (at DIMDI),  
c/o Swiss Paraplegic Research,  
Nottwil