

**Zeitschrift:** Physiotherapie = Fisioterapia  
**Herausgeber:** Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband  
**Band:** 34 (1998)  
**Heft:** 1

**Artikel:** Invalidité : Hospitalisation : Chômage : des interactions existent-elles?  
**Autor:** Clerc, Jean-Michel  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-929251>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

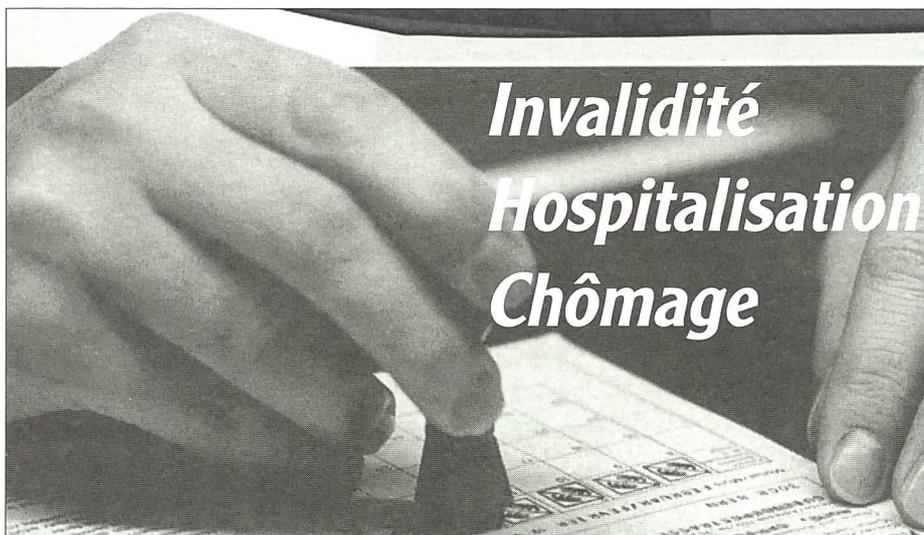
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 06.02.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**



# Des interactions existent-elles?

## III<sup>e</sup> partie: Interactions entre l'invalidité, le chômage et l'hospitalisation

Jean-Michel Clerc,\* Directeur administratif de l'Établissement thermal de Lavey-les-Bains

### Introduction

Les physiothérapeutes côtoient quotidiennement, dans le cadre de leurs activités professionnelles, des malades du travail et des lombalgiques chroniques qui sont hospitalisés dans un but thérapeutique ou qui consultent à des fins d'expertise médicale. En majorité, ces patients ont été, sont ou seront dans un proche avenir, demandeurs de prestations auprès de l'assurance-invalidité (AI) ou de l'assurance-chômage (AC). Leur situation socioprofessionnelle, en effet, est à ce point perturbée, qu'elle ne leur laisse guère, semble-t-il, d'autre alternative pour subvenir à leurs besoins.

L'information médiatique nous rappelle quotidiennement les difficultés économiques et finan-

cières dans lesquelles, tant l'État que l'économie privée doivent aujourd'hui évoluer. Les situations financières de l'assurance-invalidité et de l'assurance-chômage en sont le corollaire.

Au delà des aspects socioprofessionnels et économiques, le côté humain des détrences que vivent ces malades doit aussi être pris en considération.

Une bonne connaissance des mécanismes de l'hospitalisation, de l'invalidité et du chômage est nécessaire pour appréhender les différents aspects inhérents à la prise en charge de ces malades et pour comprendre les interférences potentielles entre ces trois structures sociales. Elle doit, en outre, nous permettre de mettre en évidence les éventuels dysfonctionnements rencontrés par nos patients dans leur problème morbide. Enfin, il est souhaitable que cette connaissance débouche sur une amélioration de la qualité intrinsèque de nos soins par le biais d'une finalité thérapeutique mieux définie et par là-même sur une meilleure adéquation des prestations offertes par les assurances sociales.

### Etude de cas

Nous avons étudié 14 dossiers de patients (cas A à N) afin d'illustrer la partie théorique présentée dans les deux précédents chapitres. Nous ne présenterons ci-dessus que quelques cas, les plus significatifs.

#### Cas I

M. I est suisse. Il suit une formation universitaire sanctionnée par un diplôme EPFL. Il est célibataire et vit chez sa mère. Il travaille comme salarié jusqu'au début de l'année 1992. Son activité est prospective uniquement. Il n'a aucun projet réel à étudier ou surveiller.

Sur le plan médical, il présente un éthylo-tabagisme qui devient rapidement chronique accompagné d'un état anxio-dépressif. Puis, souffrant des hanches, il se voit poser un diagnostic d'ostéonécrose aseptique des deux hanches avec suspicion identique aux épaules. Il est opéré, en 1991, pour forage des articulations coxofémorales. Il est licencié pour motifs économiques au début de 1992. Ses problèmes de santé ne sont peut-être pas étrangers à cette décision.

Il se retrouve au chômage, épuise ses indemnités et devient allocataire du Bouton d'Or vers la fin de l'année 1993. Il dépose alors une demande de réadaptation dans la même profession, voire de rente, auprès de l'AI. M. I veut réactualiser ses connaissances professionnelles afin de redevenir compétitif sur le marché du travail. Au début de 1994, il perd sa mère, gravement malade. Il vivote alors, sans ressource, subissant plusieurs hospitalisations pour raisons psychiatriques.

Une expertise médicale est alors effectuée. Elle conclut à une possibilité de travail en position assise dans sa profession initiale à 100%. L'AI décide donc, vers la mi-94, de payer les mesures professionnelles ainsi que les indemnités journalières nécessaires. Au moment de l'étude du dossier, ces mesures suivent leur cours et semblent en bonne voie.

#### Commentaire

Il s'agit là d'un cas de chômage causé tant par la situation physico-psychique de l'intéressé que par la situation conjoncturelle. Nous constatons que M. I attend d'être allocataire du Bouton d'Or pour déposer une demande auprès de l'AI. Celle-ci se base sur une expertise médicale pour entrer en matière et entreprendre des mesures de réadaptation.

#### Cas J

M. J est étranger. Analphabète, il vient travailler en Suisse, en 1988, comme manœuvre en génie civil. Il est marié, a deux enfants, nés dans les

\* Mémoire réalisé dans le cours de gestion hospitalière C3.403 – H+.

Le texte complet et les références bibliographiques peuvent être acquis auprès de l'auteur à l'adresse suivante: Etablissement thermal cantonal – 1892 Lavey-les-Bains.

années soixante. Il travaille dans la même entreprise de 1988 à la fin de 1992, époque à laquelle il est licencié à cause de la baisse du marché du travail.

Souffrant dès lors de problèmes rachidiens, il est opéré, à la mi-93, d'un canal lombaire étroit associé à des discopathies L3-L4, L4-L5, des troubles statiques et dégénératifs lombaires et une obésité. Au début de 1994, M. J dépose une demande de rente auprès de l'AI. Il estime ne plus pouvoir travailler suite à son opération. L'AI conclut à une maladie de longue durée débutant à son licenciement, une invalidité à 100% et à l'octroi d'une rente dès la fin de 1993. Une révision de celle-ci est prévue en 1998.

#### Commentaire

Il s'agit là, typiquement, de la transformation d'un problème de chômage en invalidité, par le biais ou à cause du traitement chirurgical. Le patient a, en effet, fonctionné correctement jusqu'à son licenciement. Ce sont les suites de l'opération – l'intéressé le dit lui-même – qui l'empêchent de retravailler. De plus, son analphabétisme et son âge – il a plus de soixante ans – rendent toute mesure de reclassement illusoire.

#### Cas K

M. K est étranger. Il bénéficie d'une scolarisation jusqu'à 14 ans mais par contre, d'aucune formation professionnelle. Il vient en Suisse, en 1979, et travaille comme plâtrier jusqu'en 1991 dans six entreprises différentes. Il est marié, a un enfant en âge de scolarité primaire.

A la suite de la chute d'une échelle, en 1991, lors de son travail, il est traité au CHUV pour une suspicion de fracture du scaphoïde droit, diagnostic qui ne sera toutefois pas retenu par la suite. Des arthralgies du poignet droit, sur probable instabilité du carpe d'origine post-traumatique, seront plutôt évoquées. Il se plaint quelques jours plus

tard de vertiges que le neurologue consulté attribue à la chute.

Il reprend le travail quatre mois plus tard, à 50% sur la journée entière et bénéficie donc d'indemnités correspondantes de la CNA. Une situation conflictuelle s'établit avec son employeur à cause de son rythme de travail, jugé trop lent, et de son incapacité à porter les lourdes charges inhérentes à sa profession de plâtrier. Un licenciement n'est toutefois pas possible du fait que M. K reçoit des prestations asséculogiques. Différentes tentatives de conciliation entre les deux parties échouent (formation de peintre dans l'entreprise, par exemple), l'intéressé s'enfermant dans un schéma de victime. Une demande d'orientation professionnelle et de reclassement est déposée auprès de l'AI, au début de 1992.

Un rapport d'examen de l'Office régional de réadaptation, datant du début de 1993, conclut à une invalidité économique de 50% dans l'emploi de plâtrier. L'idée d'un reclassement dans le montage de tableaux électriques commence à faire son chemin malgré de fortes réticences de M. K. A la mi-93, selon l'article 17 LAI, il entreprend une formation dans la profession précitée auprès de l'Office romand d'intégration professionnelle pour handicapés (ORIPH).

En proie à des problèmes financiers avec son employeur, il se montre dépressif, peu concentré à son travail ce qui engendre des répercussions assez graves sur le plan familial. La qualité de ses travaux est tributaire de son état psychique et il craint la nouveauté. Lors d'un stage en entreprise privée à la fin de sa formation, il est remercié après trente minutes de travail, ayant refusé d'exécuter les travaux à réaliser à cause de la non-connaissance des appareils mis à sa disposition et des douleurs dues à son handicap (il n'en parle que rarement au Centre de formation). A la mi-95, il termine sa formation. Il est reconnu capable de s'insérer dans un milieu économique ne demandant ni grandes connaissances théoriques ni grandes variations dans le travail. Le câblage de tableaux électriques en série semble, dès lors, seul approprié.

Au début de 1996, M. K n'a toujours pas trouvé de travail. Il refuse l'idée d'une candidature dans une société de travail temporaire, de même qu'un élargissement de son cercle d'offres d'emploi. Il a entrepris les démarches pour s'inscrire au chômage qui lui verse environ le 80% de son dernier salaire. Cette situation déprécie notablement son état moral. Il refuse d'envisager une autre formation, est psychologiquement épuisé et ne peut être placé. Son évolution psychologique tout au long de son «histoire» est probablement à l'origine de son insuccès sur le marché du travail. Une expertise psychiatrique commence à être envisagée. Le dossier s'arrête là...

#### Commentaire

Ce cas est représentatif d'un problème d'invalidité qui glisse vers le chômage. Un reclassement professionnel a été entrepris, péniblement mené à terme. L'assuré ne retrouve toutefois pas de travail et doit avoir recours aux prestations de l'assurance-chômage. Le peu de gravité du traumatisme initial et l'importance de l'aide fournie à M. K sont à relever.

#### Cas L

M. L est étranger. Il suit la scolarité primaire jusqu'à l'âge de 14 ans, travaille ensuite une année sur les chantiers dans son pays d'origine puis vient en Suisse, en 1982, rejoindre son père. On lui découvre alors une valvulopathie aortique d'origine rhumatismale. Sans formation professionnelle, l'intéressé travaille cependant comme aide de cuisine dans différentes pizzerias et un restaurant jusqu'à mi-90.

Il est alors licencié à cause de son problème physique, séjourne quelques temps en Italie, puis s'annonce au chômage à son retour en Suisse. A la fin de 1991, il est opéré et une prothèse valvulaire aortique est mise en place. Les travaux de force ainsi que les activités comprenant des risques de coupures doivent désormais être évités à cause de son traitement anticoagulant. Ne parvenant pas à retrouver un travail adéquat, l'intéressé dépose, à la mi-92, une demande de reclassement professionnel auprès de l'AI. Par ailleurs, et face à l'amélioration progressive de son tableau clinique, une capacité de travail de 50% lui est reconnue par le corps médical à la fin de 1992.

Après l'avoir auditionné, l'AI lui fait suivre tout d'abord un cours de français intensif, qu'il termine à la mi-93. Evalué ensuite dans un centre d'orientation professionnelle, il s'avère être inapte pour les formations techniques. A sa demande, il fait un stage à la cuisine du centre, début 1994. Cette activité lui convient bien car elle n'est pas aussi stressante que celles précédemment exercées dans l'hôtellerie, avec ses «coups de feu».

Au début de 1995, il trouve une place de stage dans un restaurant d'entreprise. Il y travaille à la satisfaction générale et se voit même promettre un engagement fixe comme salarié dès qu'une place de travail sera libre. Il devrait pouvoir gagner environ 3000 fr. par mois. Un engagement pour six mois lui est effectivement proposé à la fin de 1995. Les conditions d'engagement sont toutefois différentes: il va gagner 1000 fr. par mois, le solde pour arriver aux 3000 fr. promis, étant à la charge de l'AI, d'après l'employeur. Il va sans dire que cette proposition est refusée, l'AI n'ayant pas de «sponsoring» à assumer.



Si le nombre de chômeurs de longue durée, en Suisse, a tendance à diminuer, il garde toujours des proportions trop importantes.

Le patient s'inscrit alors au chômage, l'assurance-invalidité, elle, se contentant d'une aide au placement. Un nouveau point de la situation est prévu à la mi-96.

#### Commentaire

Il s'agit d'un cas de reclassement dans la même profession qui échoue par la faute d'un employeur potentiel, alors que tous les éléments de réussite semblaient réunis. Il est intéressant de noter qu'il s'agit d'un cas de maladie physique, uniquement, selon la classification de Besson.

#### Cas M

M.M est étranger. Il est marié, a deux enfants qui ne sont plus à sa charge au moment de cette étude. Il ne suit aucune formation professionnelle dans son pays et fonctionne comme vendeur. Il vient en Suisse, y travaille tout d'abord comme tourneur, puis chef magasinier, chef de dépôt et enfin employé dans un commerce de vidéo. Celui-ci fait faillite et, dès 1993, M.M touche les prestations du chômage. Il dépose, en 1994, une demande de reclassement dans une nouvelle profession, voire de rente auprès de l'AI à cause d'un problème de dorso-lombalgies datant d'une vingtaine d'années. Il faut préciser que ces problèmes rachidiens n'ont, jusqu'alors, jamais été invalidants.

Il est examiné par plusieurs médecins spécialistes qui s'accordent à diagnostiquer, en 1995, des dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs associés (discopathies L4-L5-S1) ainsi qu'une fibromyalgie. Une capacité de travail de 66% lui est reconnue, voire même de 100% pour une activité sans port de charge, vendeur, caissier, chef magasinier. Les tâches exercées avant le chômage sont donc adéquates. Seul, un risque de décompensation psychologique est envisagé à cause d'un état dépressif réactionnel consécutif au chômage.

L'AI conclut à une incapacité médicalement non démontrée et à la nécessité d'un examen de la place de travail afin de voir si l'article 4 LAI s'applique. En cas de réponse négative à cette question, il s'agit d'un problème de chômage et les prestations de l'AI doivent être refusées.

#### Commentaire

Ce cas est représentatif de la transformation d'un problème de chômage en invalidité. Cette dernière n'est toutefois pas médicalement démontrée puisque les problèmes rachidiens n'ont jamais été à l'origine de la perte de l'emploi.

#### Cas N

M.N est étranger. Sans formation professionnelle, il vient travailler en Suisse, en 1985, comme monteur-soudeur après avoir été formé en cours d'emploi par l'entreprise, elle-même. Il est marié, a une fille. De 1985 à 1990, il gagne 3800 fr. par mois et a quelques problèmes lombaires. En 1990, durant ses vacances d'été, il développe un syndrome lombo-vertébral aigu. Les symptômes disparaissent et il reprend ses activités en occupant un poste de travail allégé jusqu'en 1991, en ne gagnant toutefois plus que 2600 fr. par mois. Il change alors d'activité et d'employeur pour devenir polisseur de verres de montres. Son salaire mensuel s'élève à 2400 fr. et il assume fort bien cette nouvelle tâche.

A la fin de 1991, il est licencié pour motifs économiques et se retrouve au chômage jusqu'à la fin de ses droits soit à la fin de 1993. Vivant à la charge de sa femme et de sa fille, M.N dépose alors une demande de rente d'invalidité auprès de l'AI.

Il consulte différents médecins. L'un d'eux estime que sa santé est altérée depuis la fin du chômage et il le met en incapacité de travail. Un autre estime une rente injustifiée et juge l'incapacité de travail à 30% seulement. Un troisième, mandaté par l'AI, pose un diagnostic de lombosciatalgies chroniques d'origine discale, associées à des troubles statiques rachidiens, des déséquilibres musculaires et un état dépressif. Il juge l'incapacité de travail à 50% pour des travaux légers et 100% pour des lourds. Il estime de plus le licenciement antérieur fort regrettable car M.N assumait bien son activité à ce moment-là. La suite de l'instruction, basée sur un préjudice économique estimé à 68,75%, fixe le début de la longue maladie à 1990, période de l'épisode lombaire aigu en vacances. Une expertise psychiatrique est jugée nécessaire, l'attribution d'une rente semble incontournable. Seul le pourcentage reste à déterminer en fonction de l'examen psychiatrique.

#### Commentaire

Ce cas démontre les difficultés que peut éprouver l'AI à statuer sur les droits d'un assuré lorsque les différents experts mandatés ne sont pas d'accord entre eux. La diminution de la capacité de gain ne peut, ici, pas être précisément attribuée au problème physique. Un avis concernant une éventuelle atteinte mentale est donc requis.

#### Synthèse

Ces 14 dossiers nous permettent d'objectiver les faits suivants:

- des interactions existent entre l'invalidité, l'hospitalisation et le chômage
- une demande de prestations auprès de l'AI peut suivre ou accompagner l'extinction des droits au chômage
- les troubles affectifs et somatoformes posent plus de problèmes d'évaluation que les maladies physiques
- ces cas sont difficiles à apprécier tant du point de vue médical qu'économique
- toutes les procédures durent longtemps, de six mois à deux ans
- le traitement médical, chirurgical surtout, peut avoir des résultats opposés aux buts escomptés
- un reclassement professionnel est difficile à réussir
- les expertises médicales arrivent à être en contradiction les unes aux autres.

### Interactions entre l'invalidité, le chômage et l'hospitalisation

#### - Le chômage produit des invalides

Nous relevons que ce sont, avant tout, les invalides de la société, les victimes de la crise économique actuelle, ceux qui sont rejetés par le monde du travail qui se retrouvent demandeurs de prestations. Or, ce monde est en pleine mutation. Les activités simples, répétitives, celles qui sont occupées par des ouvriers souvent mal, ou pas formés, n'existent pratiquement plus ou sont les premières visées en cas de restructuration. Ainsi, lorsque la peur du licenciement s'installe chez un travailleur, ses points faibles ressortent. Son absence de formation le rend incapable de s'adapter à une nouvelle fonction. Si un problème médical se surajoute, son rendement au travail va encore diminuer, souvent à cause de son absentéisme. Ainsi, il devient une victime toute désignée à un renvoi.

Ce n'est bien évidemment pas ce licenciement qui va résoudre son problème personnel. Un état dépressif réactionnel, des difficultés sociales et de couple, etc., vont survenir. L'intéressé va alors recourir au moyen mis en place par la société pour subvenir à ses besoins, soit les prestations de l'assurance-chômage, de l'assistance sociale et de l'assurance-invalidité.

L'état de chômeur est, comme nous l'avons vu plus haut, une notion économique puisque fonction d'une capacité de gain par le travail.

L'état d'invalidité est aussi une notion économique déterminée par le système social. Mais il est subordonné au système médical puisque résultant d'une atteinte à la santé.

Ainsi, lorsqu'un chômeur demande des prestations auprès de l'AI, il faut que son problème social trouve une composante médicale pour pouvoir être reconnu.

Le travail représente l'honneur, la dignité de l'homme puisqu'il lui permet d'occuper une place respectable dans la société. Par contre, la recherche, la demande de travail provoque un sentiment d'humiliation. Ce même sentiment peut être à l'origine de troubles psychosomatiques, additifs ou somatoformes. La persistance du problème va provoquer des troubles affectifs. Ainsi, le chômeur va développer progressivement de bonnes raisons à se voir attribuer une raison médicale à son incapacité de gain. De chômeur, il devient invalide, tout à fait «légalement». Le chômage l'a, en d'autres termes, rendu malade. Une interaction entre le chômage et l'invalidité est ainsi démontrée. Le cas N l'illustre en partie. D'un point de vue statistique, il importe cependant de préciser que seuls 4 à 6% des chômeurs deviennent invalides par la suite. Le chômage est donc une faible source d'invalidité.

#### – L'extinction des droits au chômage s'accompagne d'une demande AI

Le cas suivant épuise son droit au chômage, fédéral ou cantonal. Effectivement, à cette échéance, il dépose une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité qui, par la suite, lui accorde des mesures de reclassement professionnel. L'atteinte à la santé est démontrée dans cette situation.

#### – L'invalidité produit des chômeurs

Les cas K et L le démontrent parfaitement.

Le monde du travail n'a plus guère d'emplois simples à proposer. De plus, en cas d'offre, il souhaite engager des employés mieux formés que par le passé. Le défi, pour l'AI, est donc redoutable, voire impossible. Elle doit arriver à mettre sur le marché des travailleurs aussi bien, voire mieux formés que ceux issus des écoles professionnelles ou des apprentissages alors que la formation scolaire de base – nous l'avons vu au travers des dossiers – est souvent de qualité inférieure, quand un problème linguistique ne se surajoute pas.

En revanche, les handicapés plus graves, d'origine congénitale ou traumatique (paraplégique, par exemple), peuvent, grâce aux progrès technologiques de la réhabilitation et des moyens auxiliaires, être maintenus plus longtemps à leur poste de travail. Un déséquilibre se crée donc entre le nombre de places conservées grâce à ces progrès et celles perdues, à cause des normes actuelles de production et productivité.

Ainsi, la difficulté qu'éprouvent les invalides reclassés par l'AI à retrouver un poste de travail est source de chômage. Une deuxième interaction entre chômage et invalidité est démontrée et illustrée par les cas K et L.

Statistiquement, l'effectif des invalides que perdent leur emploi pour devenir chômeurs représente les deux tiers des chômeurs que deviennent invalides.

#### – Rôle de l'hospitalisation

Pour qu'un invalide soit reconnu comme tel, ou qu'un chômeur se voie accorder des prestations de l'assurance-invalidité, la notion d'atteinte à la santé, élément strictement médical, doit apparaître. Seul le médecin, par le biais de son examen puis de son diagnostic, peut en déterminer la nature et l'importance. Cette évaluation est basée tant sur des éléments scientifiquement objectifs que sur des facteurs éminemment subjectifs. Elle amène le médecin à estimer les conséquences de l'affection sur la capacité de travail qu'il juge appropriée ou non à une activité idoine. Le cas J en est la démonstration. Ce patient, chômeur en 1992, se voit attribuer des prestations de l'assurance-invalidité en 1994, lorsque les problèmes physiques apparus au début du chômage et leur traitement sont reconnus comme étant à l'origine de l'incapacité de travail actuelle.

Le cas N illustre la difficulté du corps médical à établir l'origine de l'incapacité de travail. Celle-ci est reconnue par la Faculté avant que l'atteinte à la santé ne soit clairement définie.

Toutefois, la relation entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain est établie dans tous nos dossiers sauf deux, les cas C et M.

L'hospitalisation, selon notre définition, corrobore donc le transfert du chômage vers l'invalidité.

D'autres points de discussion sont également approfondis. Ce sont:

- le problème des diagnostics
- l'appréciation économique
- la durée des procédures
- le résultat des traitements médicaux et chirurgicaux entrepris
- la valeur des mesures de reclassement professionnel
- la valeur des expertises médicales.

### Propositions

Elles visent à améliorer la qualité des traitements effectués à Lavey-les-Bains en sensibilisant nos collaborateurs sur les points suivants:

- Le physiothérapeute doit axer sa prise en charge sur les domaines qui sont les siens, soit la

mobilité articulaire, la force musculaire, l'harmonie du mouvement, la fonctionnalité du geste, la marche, les mesures de prévention, de protection articulaire, etc. Il fait partie d'une équipe thérapeutique au sein de laquelle, chacun connaît son rôle, sa place et sa finalité professionnelle.

- Il doit absolument respecter le patient, quelle que soit son origine, son ethnie, son éducation, son diagnostic, ses croyances, son passé, etc.
- Il ne doit pas oublier que le chômeur et l'invalide sont des personnes qui souffrent, qui ne sont pas des simulateurs et qui, surtout, ont le droit de ne pas pouvoir gagner leur vie. La Constitution fédérale le prévoit.
- Il doit adapter sa thérapie aux possibilités du malade, tout en lui expliquant les buts poursuivis. Le traitement doit être ciblé sur la pathologie incriminée et recourir à des techniques les plus actives possibles, c'est à dire impliquant physiquement le patient. Il importe de le faire participer à sa rééducation, de le responsabiliser en lui attribuant une partie du traitement à exécuter seul, des exercices de musculation, par exemple.
- Il faut analyser objectivement les causes d'échec et ne pas, systématiquement, en attribuer la responsabilité au patient lui-même.
- Il importe d'épauler le malade dans sa recherche de solutions à ses problèmes physiques, psychiques et asséurologiques en lui fournissant des informations correctes, vérifiées auprès de connaisseurs en la matière, compréhensives et comprises.

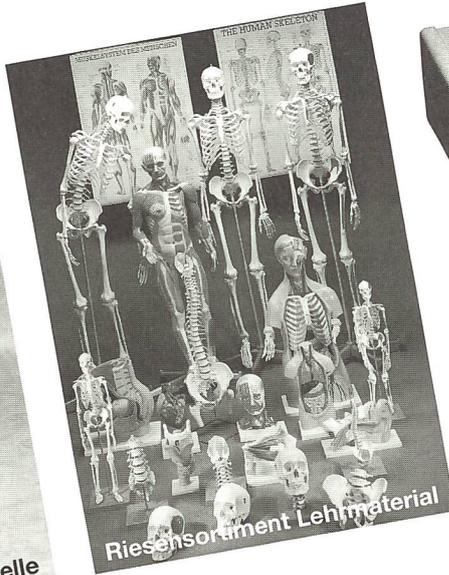
### Conclusion

L'étude de 14 cas nous a permis de réaliser que les textes légaux sont des outils indispensables aux fonctionnaires, médecins, soignants, assistants sociaux, etc. pour venir en aide à des personnes dont la santé ne correspond plus à «l'état complet de bien-être physique, mental et social...» défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ainsi, sous certaines conditions, un invalide qui ne peut retrouver une place de travail après un reclassement professionnel a droit aux prestations de l'assurance-chômage. Un chômeur peut bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité si un examen médical met en évidence une atteinte à sa santé qui l'empêche de retrouver un poste de travail et une capacité de gain.

# ALLES FÜR DIE PHYSIOTHERAPIE UNSERE ERFAHRUNG = IHR VORTEIL



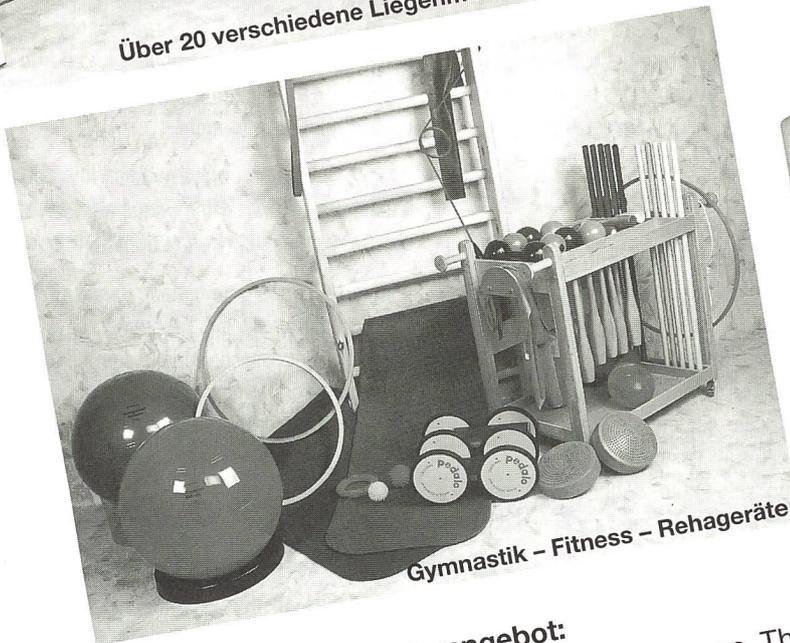
Über 20 verschiedene Liegenmodelle



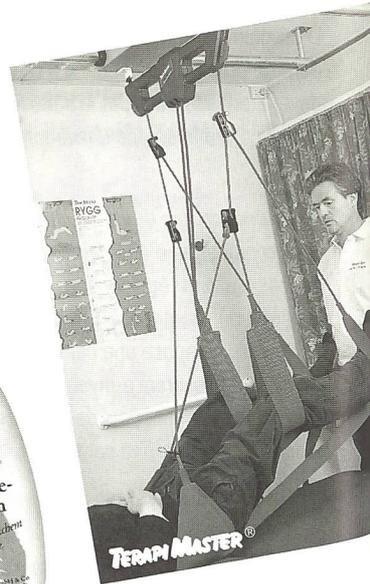
Riesensortiment Lehrmaterial



Ultraschall, Hochfrequenz Elektrotherapie



Gymnastik - Fitness - Rehageräte



TERAPI MASTER

## Unser aktuelles Lieferangebot:

Kofferliegen, Massageliegen, Gymnastikliegen, Therapieliegen, Vojta/Bobath-Liegen, Decken-Schlingen-Geräte, **TERAPI MASTER**®, Rollen, Keile, Kissen, Überzüge, Papierauflagen, Massagegeräte, Elektrotherapiegeräte, Hydrotherapie-, Unterwasser- und Fangoanlagen, UV/IR-Bestrahlungsgeräte, Fitness-, Gymnastik- und Rehabilitationsgeräte, Saunas, Solarien, Hyperniefango, Wärme- und Kältepackungen, Massage- und Einreibemittel, Ölbäder, Bade-Extrakte, Sauna-Konzentrate, Reinigungs- und Desinfektionsmittel, Kabinenwäsche, und NEU: individuelle und praxisgerechte Einrichtungen für Empfang, Warteraum, Behandlungs- und Besprechungszimmer.

Besuchen Sie unseren Show-Room und besichtigen Sie unsere topmoderne Musterpraxis!

Senden Sie uns unverbindlich

- Doku Terapi Master System
- Doku Skarlab 25 Bodywave
- Physiokatalog

25

JAHRE/ANS

AUSWAHL QUALITÄT SERVICE

CHOIX QUALITÉ SERVICE

Ihre direkte Nummer für

**keller**

Simon Keller AG

Massage/Physio 034 - 423 08 38

CH-3400 BURGENDORF  
Lyssachstrasse 83

Tel. 034 - 422 74 74+75  
Fax 034 - 423 19 93

E-mail: simonkeller@compuserve.com