

Zeitschrift: Fisio active
Herausgeber: Schweizer Physiotherapie Verband
Band: 39 (2003)
Heft: 8

Artikel: Présentation d'un bilan uniforme pour les patients avec des troubles neurologiques : 1re partie
Autor: Finger, Monika / Kronewirth, Cordula / Kurre, Annette / Marks, Detlef / Schärer, Marianne / Signer, Sandra
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929651>

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: 21.12.2024

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

Présentation d'un bilan uniforme pour les patients avec des troubles neurologiques

1^{re} partie

Communauté d'intérêt Physiothérapie dans la neuroréadaptation (CIPNR):
Monika Finger, clinique de réadaptation à Bellikon, Cordula Kronewirth, hôpital du Limmattal, Annette Kurre, centre hospitalier universitaire de Zurich, neurologie, Detlef Marks, clinique HUMAINE Zihlschlacht, Marianne Schärer, clinique d'altitude zurichoise de Wald, Sandra Signer, hôpital des bourgeois de Soleure

DRAX

Mots clés

Etablissement du bilan, CIF, raisonnement clinique, neuroréadaptation

Ci-après suit la présentation d'une feuille de bilan pour les patients avec des troubles neurologiques ainsi que son application, mise au point par les membres de la CIPNR sur deux ans dans le cadre de différents groupes de travail.

D'un côté, sa structure modulaire doit lui assurer une utilisation très répandue dans la physiothérapie, d'un autre côté, on cherche à obtenir une amélioration qualitative de la documentation du travail de physiothérapie par l'utilisation d'un langage commun, la CIF, et par l'inclusion du processus de raisonnement clinique.

La mise à disposition de cette feuille de bilan sur le site de la CIPNR (www.igptr.ch) doit contribuer à la vaste diffusion de ce système de diagnostic uniformisé.

ABSTRACT

The following article presents a new developed assessment form to document assessment and clinical reasoning process of neurologically impaired patients.

The form was developed during a two year process from physiotherapists out of the IGPNR.

Because of the modular structure, the chosen language (the ICF) and the integration of the clinical reasoning process of the therapist into the form, PT's should be able to use this form in a wide range of neurological patients. By using the language of the ICF, the communication with other health professionals in a multidisciplinary team should be easier, leading to an improvement of the patient's treatment.

The latest form will be presented on the homepage of the IGPNR (www.igptr.ch) to allow a broad application by the physiotherapists.

INTRODUCTION

Tout physiothérapeute a sans doute déjà éprouvé le désir ou a été chargé de créer un « bilan » dans le cadre de son travail avec la neuroréadaptation.

Les occasions de remanier la multitude de formulaires utilisés jusqu'ici, de les « améliorer » par des formulations plus courtes ou une structuration plus claire n'ont jamais manqué ni pour les apprenants, ni pour les dirigeants d'un service. Mais la pléthore d'instruments de mesure qui couvrent les différents domaines, ainsi que les exigences inégales posées aux physiothérapeutes dans les institutions concernées ne sont pas faites pour faciliter cette entreprise.

La CIPNR a elle aussi éprouvé le désir d'uniformiser en vue d'optimiser. La décision de mettre au point un bilan commun a été prise en l'an 2000, dans le cadre d'une assemblée générale de la CIPNR, et dans un premier temps, quatre groupes de travail s'étaient penchés sur le projet. Leur tâche consistait à répertorier et évaluer les systèmes d'appréciation afin de créer ainsi une base pour l'élaboration d'un bilan commun dans la neuroréadaptation. Le travail préparatoire de ces groupes de travail a permis dans un deuxième temps de créer le « bilan propre » effectif.

Cependant, l'idée de base d'un bilan « uniforme » ou d'un schéma de bilan uniforme n'a pu être réalisée que parce que l'on a eu recours à un « langage » commun, parlé et compris de tous les intervenants. Il fallait que ce langage soit aussi clair pour les élèves en voie de formation que pour leurs collègues expérimentés de tous les domaines de la neuroréadaptation. Et en même temps, il était sensé faciliter la communication avec les spécialistes dans un contexte interdisciplinaire.

La CIF (International Classification of Functioning, Disability and Health [1], anciennement ICIDH) de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) semblait prédestinée à fournir la base d'une « langue » commune, étant donné que la répartition en structure du corps/fonction du corps, activité/participation permet d'avoir une vision globale des patients et répondait aux exigences d'une méthode d'appréciation basée sur le diagnostic et le schéma pathologique.

Un autre aspect important du bilan commun a été l'intégration du raisonnement clinique, le processus employé par les thérapeutes pour résoudre les problèmes. L'application de ce processus devait structurer et guider les thérapeutes dans leur manière de penser. En même temps, on voulait augmenter la clarté pour les transferts de cas au sein d'un département ou entre institutions.

Une première idée, consistant en l'intégration dans le bilan d'un ou plusieurs systèmes d'évaluation standardisés et validés a été très vite abandonnée, car elle allait à l'encontre de la vaste applicabilité du bilan mentionnée plus haut. Mais grâce au choix d'une structuration modulaire, il a néanmoins été possible d'intégrer les systèmes d'évaluation individuels dans le bilan et d'intégrer ainsi les exigences et les besoins très spé-

cifiques des thérapeutes dans leurs instituts. De même, les exigences nuancées caractérisant les différents concepts de traitement ont pu être prises en compte.

Cette première version d'un système d'établissement d'un bilan n'est pas définitive même après deux phases pilotes: d'un côté, le système doit faire ses preuves lorsqu'il est appliqué sur une vaste base et d'un autre côté, il doit pouvoir s'adapter aux exigences et aux besoins futurs d'une réadaptation en constante évolution.

Il est donc indispensable de travailler constamment sur le bilan existant.

En résumé, il s'agit d'un instrument qui doit faciliter la documentation et la communication de notre traitement. Un instrument qui doit trouver son application dans tous les domaines de la neuroréadaptation, à commencer par la phase aiguë et jusqu'à la gériatrie en passant par l'accompagnement ambulatoire et la réinsertion professionnelle.

Le langage commun doit permettre à tous les domaines spécialisés intervenant dans la neuroréadaptation de communiquer entre eux, indépendamment des différents concepts.

Grâce à la structure modulaire, le bilan doit être applicable dans toutes les institutions, quels que soient leurs besoins particuliers et leurs structures organisationnelles.

Ci-après, nous allons présenter et expliquer les contenus et l'application de la feuille de bilan.

MÉTHODE

Le bilan doit permettre d'atteindre les objectifs définis suivants:

1. Développement d'un raisonnement et d'un langage communs dans la physiothérapie;
2. Création d'une manière de penser commune à d'autres groupes de professions médicales, les personnes concernées et leurs proches par l'intégration de la CIF en tant que base de discussion;
3. Sensibilisation à l'importance de formuler un objectif au niveau CIF de l'activité/participation;
4. Elaboration d'une base commune pour les bilans, les rapports, les évaluations et l'étude de cas à travers la CIF pour en élargir l'accès à des groupes plus vastes;
5. Le bilan doit garantir un minimum des exigences de qualité (qualité des structures/du processus).

Partant de ces objectifs, le groupe de travail a élaboré les critères et les contenus auxquels devait satisfaire le bilan:

- La raisonnable de la CIF est utilisée comme dénominateur commun pour l'appréciation globale des problèmes de santé de toutes les personnes ayant des problèmes d'ordre neurologique et l'appréciation de leurs ressources.
- Le(s) diagnostic(s), la phase de la maladie, les concepts physiothérapeutiques ou spécifiques à une clinique doivent être intégrables.
- En conformité avec la CIF, tous les domaines de la santé, de la fonction/structure du corps jusqu'à l'activité/participation sont pris en compte et appréciés dans un contexte donné.
- Possibilité d'une composition modulaire du bilan avec, au minimum, la feuille de couverture et l'adjonction, si nécessaire, des feuilles complémentaires.
- La feuille de couverture contient toutes les informations importantes concernant le patient, son problème (en général/en relation avec la physiothérapie), l'analyse du problème (appréciation), les objectifs et la planification des premières mesures.
- Dans le bilan peuvent être contenues toutes les indications quantitatives et qualitatives concernant tous les domaines de l'état de santé d'un être humain.
- Le bilan présente une structure transparente. Les éléments constitutifs, les modules, sont conformes à la CIF.
- Malgré une structure et des questions imposées, chaque thérapeute a la place de consigner ses notes individuelles.

- Le bilan constitue uniquement la documentation écrite des résultats de l'examen et de l'appréciation physiothérapeutique. La démarche elle-même restera toujours parfaitement individuelle.
- Grâce aux instructions et à une initiation appropriée, autant les thérapeutes en formation que leurs collègues expérimentés doivent être en mesure de se servir du bilan.
- Les évaluations spéciales (statut articulaire, statut musculaire, etc.), doivent pouvoir se rajouter sans complications.

APERÇU DU BILAN NEUROLOGIQUE

Ce sont les besoins divergents des institutions et l'expérience pratique très variable des thérapeutes qui ont conditionné le choix d'une structure modulaire.

Les différents modules comportent les contenus suivants:

Feuille de couverture: (4 pages)

- Coordonnées administratives générales et coordonnées (médicales, sociales) du patient
- Anamnèse et premiers objectifs du patient
- Objectifs communs fixés et analyse du problème
- Planification de la thérapie (spécifique à la physiothérapie et générale)
- Les résultats obtenus avec des instruments de mesure sélectionnés

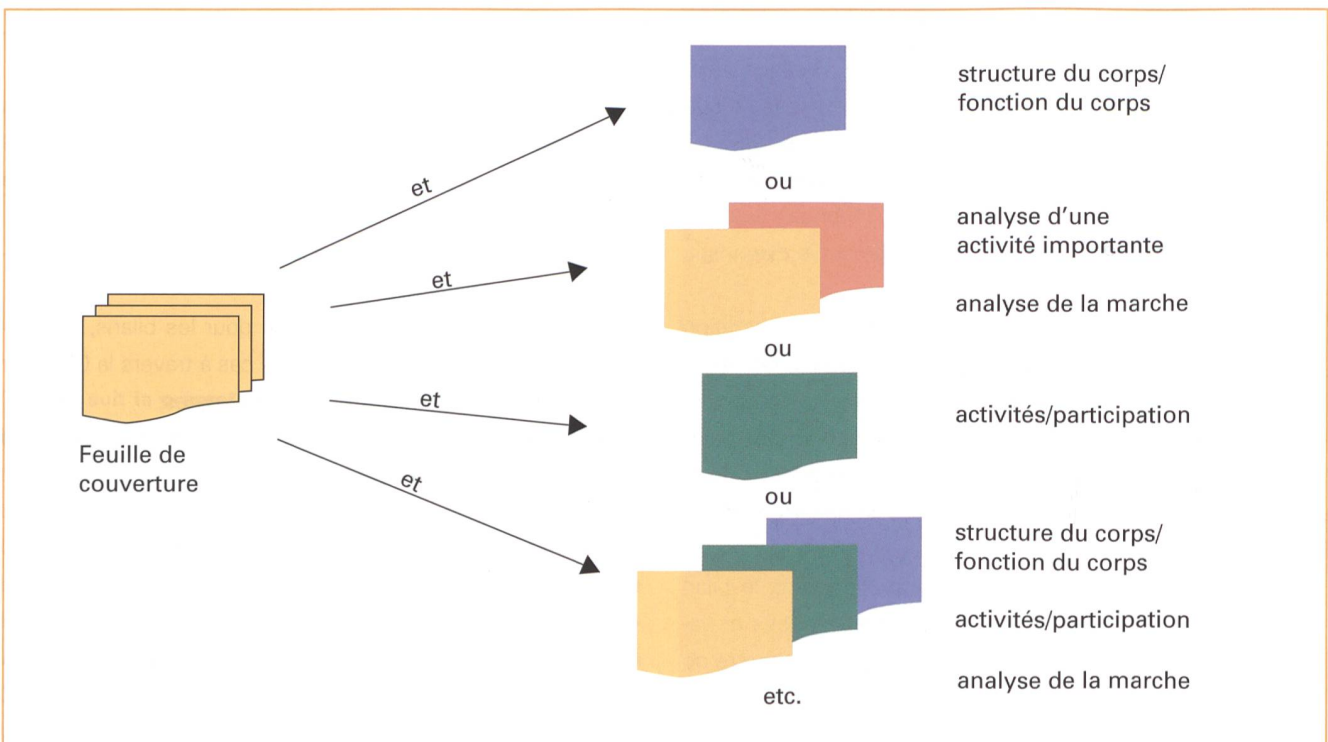


Fig. 3: La version minimale du bilan se compose donc de la feuille de couverture que l'on peut compléter de toutes les combinaisons de modules possibles et nécessaires.

Activités/participation: (2 pages)

- Mobilité: maintien/changement de la position du corps, marcher, autres
- Moyens de locomotion, déplacement avec des moyens de transports
- Activités des extrémités supérieures: autonomie dans les activités de la vie quotidienne
- Vie domestique, communication, apprendre et connaissances, tâches et exigences

Feuilles complémentaires du domaine activités/participation

- Analyse détaillée d'une activité actuellement importante (1 page)
- Analyse de la marche (1 page)

Fonction et structure du corps (4 pages)

- Fonction neuromusculosquelettique et fonction du mouvement en général, fonction sensorielle et douleur
- Fonction mentale, fonction alimentaire et fonction de l'appareil urogénital, fonctions de la peau et cardiovasculaire, ainsi que fonction respiratoire

Ces pages peuvent être téléchargées sous www.igptr.ch.

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DU FONCTIONNEMENT, DU HANDICAP ET DE LA SANTÉ (CIF)

La «Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé» (CIF) de l'organisation mondiale de la santé (OMS) a été développée sur la base de l'ICIDH.

L'objectif principal de la CIF consiste à créer un langage commun servant à décrire la santé fonctionnelle afin d'améliorer la communication entre spécialistes dans le domaine de la santé publique et des affaires sociales, en particulier dans la réadaptation, ainsi que d'améliorer la capacité fonctionnelle des personnes infirmes.

A cet effet, des définitions ont été mises au point au sein de la CIF, trouvant également leur application dans la nomenclature du bilan de santé commun. Pour plus de clarté, voici quelques définitions essentielles qui jouent un rôle important dans la physiothérapie:

Fonctions du corps	fonctions physiologiques de systèmes corporels (fonctions psychologiques incluses)
Structures du corps	parties anatomiques du corps telles que organes, membres et autres éléments
Dommages/infirmités	entraves au fonctionnement ou aux structures du corps par exemple une déviation importante ou une perte
Action/activité	l'exécution d'une tâche ou d'une action par un être humain
Participation/implication	le fait d'être intégré dans des domaines/situations de la vie
Gênes dans l'exercice d'activités	les difficultés que peut éprouver un être humain lors de l'exécution d'une activité
Entraves dans la participation	les problèmes qu'éprouve un être humain au niveau de l'intégration dans une situation de la vie
Facteurs ambiants	reproduction de l'environnement matériel, social et comportemental dans lequel évoluent des êtres humains
Facteurs contextuels	tiennent compte de tout le contexte fondamental dans lequel vivent les personnes concernées (facteurs ambiants, facteurs relatifs à la personne)
Capacité	capacité d'exercer une activité
Performance	capacité de mettre en pratique / se servir d'une activité dans la vie de tous les jours / l'environnement familial

STRUCTURE DE LA CIF

La CIF comporte en gros quatre niveaux dont les interdépendances sont reproduites dans le schéma ci-dessous (fig. 5).

APPLICATION DE LA CIF DANS LE CADRE DE L'ÉTABLISSEMENT DU BILAN PHYSIOTHÉRAPEUTIQUE

L'établissement du bilan sur la base de la CIF permet de planifier une intervention physiothérapeutique ciblée et individualisée.

Les exigences en matière d'établissement du bilan sont multiples et variées.

De l'hôpital en soins aigus en passant par la réadaptation stationnaire, la réadaptation ambulatoire, la thérapie à domicile et jusqu'à la réinsertion professionnelle et sociale, l'intervention de physiothérapie doit sans cesse être adaptée.

L'introduction de la langue normative CIF peut améliorer la qualité du travail des spécialistes et de l'équipe. Elle favorise la compréhension réciproque dans le processus de travail interdisciplinaire.

Les bilans établis sur la base de la CIF pourront à l'avenir être mieux structurés. Ils constituent un fondement pour communiquer des constats, des plans de traitement et des objectifs en termes plus concis, pourtant plus clairs et compréhensibles. Nous attendons une définition plus ciblée de la planification du traitement et des objectifs de réadaptation fixés. La dimension de la participation et l'environnement, c'est-à-dire, les facteurs contextuels, seront perçus à un stade précoce et pourront être intégrés dans les objectifs de la réadaptation et dans le concept de traitement.

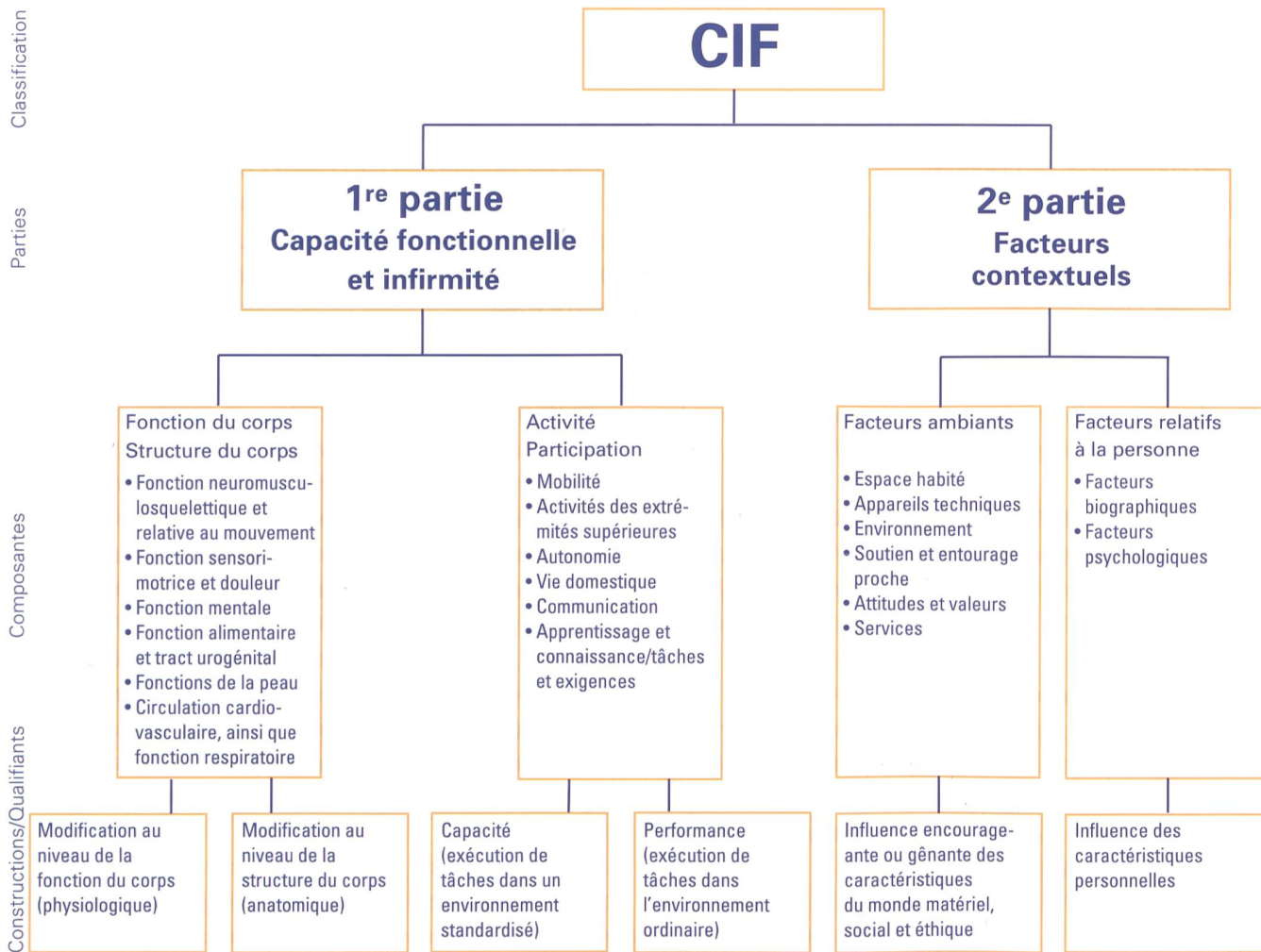


Fig. 5

LE PROCESSUS DE RÉOLUTION DES PROBLÈMES COMME BASE DU BILAN NEUROLOGIQUE CIPNR

Tout établissement de bilan en tant qu'étape de la démarche clinique comprend un processus de résolution des problèmes. Pendant qu'un tel formulaire est établi (recensement des résultats d'examens), celui-ci doit, dans la mesure du possible, soutenir ou reproduire la démarche clinique.

Vu la grande diversité des besoins selon les cliniques, la phase de la maladie ainsi que la formation et l'expérience du/de la thérapeute, cette structure externe pourra tout au plus avoir une fonction de soutien et d'encadrement, sans jamais être remplie point par point.

Par «démarche clinique» on entend l'ensemble des actions cognitives, psychomotrices, didactiques et sociales dans le cadre de l'examen, de l'appréciation et du traitement du patient. Les éléments suivants sont indispensables à la démarche clinique et interdépendants à plusieurs niveaux [2, 3]:

- *Base de connaissances (banque de données)* = bagage de connaissances fondamentales qu'apporte le thérapeute
- *Compilation de données* = anamnèse, inspection, examen clinique, résultats d'examens cliniques, etc.
- *Démarche intellectuelle clinique* = voir ci-dessous
- *Intervention thérapeutique* = mesures
- *Climat thérapeutique* = relation thérapeute/patient
- *Mécanismes de contrôle* = documentation, vérification des objectifs définis et de l'atteinte des objectifs à l'appui de signes du développement et d'évaluations fiables.

Afin de saisir l'essentiel du problème d'un patient et de pouvoir intervenir par une thérapie systématique, il est utile de distinguer deux niveaux de la démarche clinique. En travaillant consciemment sur ces deux niveaux, le danger de se perdre dans des détails sans importance pour la solution du problème effectif est minimisé.

1^{er} niveau: le tout, la vision globale (perspective à vol d'oiseau)

Cette perspective couvre l'ensemble des traitements ou la durée d'hospitalisation:

- Objectif lointain (outcome based)
- Planification sommaire (facteurs de succès critiques, priorités thérapeutiques)
- Contrôle des résultats (appréciation finale en relation avec l'objectif visé)

2^e niveau: les parties, les détails

Cette perspective se rapporte à une séance de traitement:

- Objectifs rapprochés
- planification détaillée
- contrôles du déroulement

Lisez la suite dans FISIO Active 9/2003 du 27 septembre 2003.