

La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)

Compréhension et application par le raisonnement clinique

IAN EDWARDS (1), MARK JONES (2)

Nous vous présentons un article commandé et traduit en français de 2 auteurs reconnus dans le monde pour leurs publications sur le raisonnement clinique et le diagnostic kinésithérapique. Mark Jones est auteur de livres sur le sujet depuis les années 1990. Notre but n'est pas de "révolutionner" le sujet mais d'apporter des références extérieures pour avancer ensemble.

MOTS CLÉS

CIF
Classification
OMS
Modèle biopsychosocial
Raisonnement clinique
Raisonnement narratif

RÉSUMÉ

La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), dont le fondement théorique est le modèle biopsychosocial, crée un langage standard pour la description et la classification des divers états de santé. Nous décrivons les obstacles que rencontrent les étudiants et professionnels confirmés de la kinésithérapie à la mise en pratique de cette approche biopsychosociale, ainsi que les moyens de les surmonter grâce à l'apprentissage du modèle du raisonnement clinique collaborateur. Les avantages et les insuffisances du paradigme biomédical, qui reste l'approche dominante en médecine et kinésithérapie, ainsi que les perspectives interprétatives sont explorés. L'objectif est de faciliter auprès des étudiants et professionnels de la kinésithérapie la construction d'une compréhension plus étendue de la connaissance et de la réalité afin de leur permettre une meilleure utilisation clinique du modèle biopsychosocial et de la CIF. ●

SUMMARY

The language of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is a common language for the description and classification of health and health related states. The ICF has as its theoretical underpinning the biopsychosocial model. In this paper obstacles to the implementation by



L'article original est accessible gratuitement sur masson.fr/revues/kin
Les 2 ouvrages de références sont :
"Clinical reasoning for manual therapists"
et "Clinical reasoning in the health profession" (nouvelle édition prévue en février 2008).

physiotherapy students and practitioners of the biopsychosocial model in clinical practice are identified and their proposed solutions discussed. The manner in which the explicit learning of a collaborative clinical reasoning model assists students and practitioners to overcome these obstacles is outlined. The strengths and limitations of the biomedical paradigm that still dominates traditional medicine and physiotherapy are explored alongside the interpretive perspective with the aim of ultimately assisting physiotherapy students and practitioners to construct a broader understanding of knowledge and reality that will in turn assist their understanding and uptake of the biopsychosocial model and with it, the ICF framework. ●

EDWARDS I, JONES M. The role of clinical reasoning in understanding and applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Kinesither Rev 2007;(71):40-9.

Introduction

Toute intervention kinésithérapique – qu'il s'agisse de patients jeunes ou âgés, présentant des problèmes musculosquelettiques, neurologiques, oncologiques ou cardio-respiratoires, ou qu'il s'agisse de programmes de prévention ou de promotion de la santé – doit tenir compte de l'ensemble des facteurs ayant un impact potentiel sur la santé [1]. Si en général il est admis que la kinésithérapie se concentre sur le « physique », l'approche actuelle du handicap et de la santé est une ap-

(1) PhD, Grad Dip Physio (Ortho), B AppSc Physio. Physiotherapist, The Brian Burdekin Clinic, Adelaide, South Australia, Australia, and Lecturer, School of Health Sciences, University of South Australia. GPO Box 2471, Adelaide, South Australia, 5001
E-mail : ian.edwards@unisa.edu.au

(2) BSc (Psych), PT, Grad Dip Advan Manip Ther, MAppSc Program Director, Senior Lecturer, Postgraduate Coursework Masters Programs in Physiotherapy, University of South Australia

Article reçu le 26/03/2007

Accepté le 26/04/2007

Texte traduit par M. Pope (Elsevier Masson) et finalisé par Pierre Trudelle

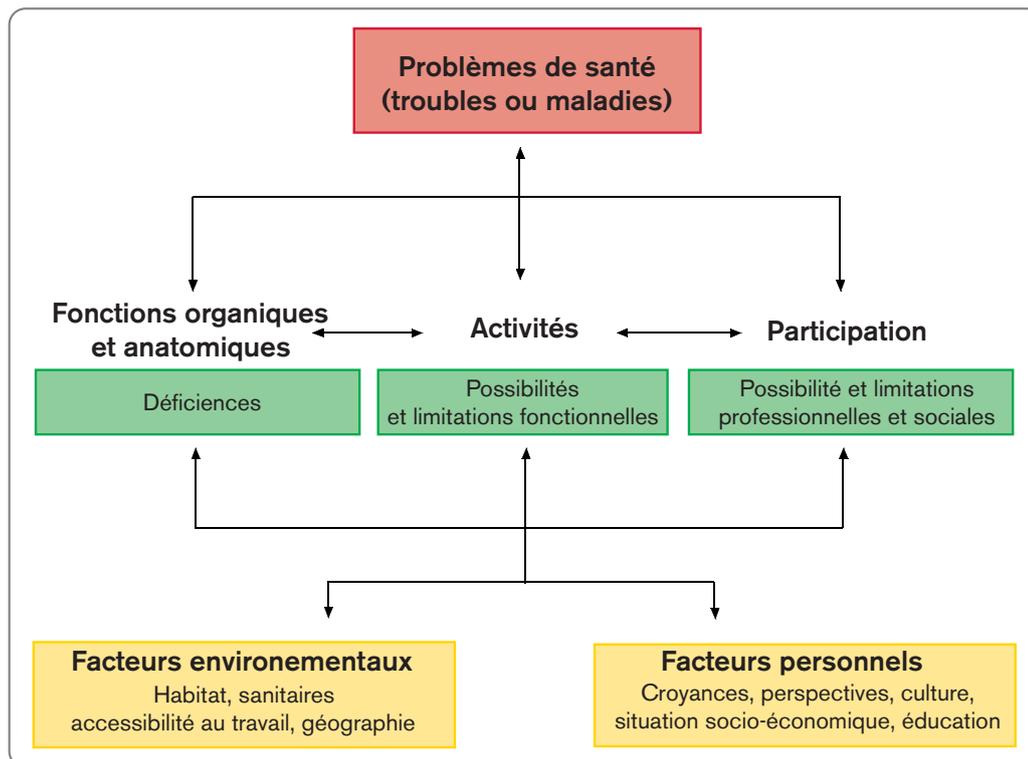


Figure 1. Modèle de la santé et du handicap (adapté d'Interactions entre les composants de la CIF, OMS 2001, p18).

proche biopsychosociale [2]. Lors d'une telle approche, le kinésithérapeute agit, dans les limites de ses compétences, sur la santé physique du patient considérée comme le résultat d'un processus complexe intégrant les effets interactifs de facteurs environnementaux et psychosociaux. Le vécu du fonctionnement, du handicap et de la santé étant unique pour chaque individu, il en résulte un défi considérable en termes de pratiques cliniques et de formation. Une connaissance profonde des divers facteurs ayant une influence sur ce vécu nécessite la capacité de reconnaître de tels facteurs et interactions ainsi que l'utilisation de la ou des méthodes d'investigation clinique permettant de les mettre en évidence.

Nous avons souligné l'importance d'inscrire le raisonnement kinésithérapique au sein d'une approche plus globale de la santé et du handicap [1]. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié une famille de classifications internationales dont la CIF ou la Classification du Fonctionnement, du handicap et de la santé [2]. Il s'agit d'un outil de communication standardisé dont le but est de faciliter l'échange d'informations entre les différentes disciplines scientifiques et médicales. La CIF s'inscrit dans le cadre de la santé et du handicap décrit par l'OMS (figure 1) où le fonctionnement et le handicap d'un individu sont considérés comme le résultat d'un processus d'interactions entre les conditions de santé et les facteurs contextuels (à la fois environnementaux et personnels). La notion de « fonctionnement » fait référence aux fonctions organiques alors que les « activités » sont l'exécution de tâches spécifiques comme marcher, s'asseoir, tourner la tête ou lever

le bras au-dessus de la tête. La « participation » se réfère à la participation d'un sujet aux activités de la vie courante au niveau professionnel, familial ou social mais aussi à la participation d'un patient aux décisions de sa prise en charge médicale. Le « handicap » est un concept global prenant en compte l'ensemble des difficultés liées aux fonctions et structures du corps, les limitations de l'activité et, de manière importante, les restrictions de la participation sociale. Les controverses concernant l'interprétation des termes comme « déficience », « incapacité » ou « handicap » sont examinées plus loin.

« La CIF s'inscrit dans le cadre de la santé et du handicap décrit par l'OMS où le fonctionnement et le handicap d'un individu sont considérés comme le résultat d'un processus d'interactions entre les conditions de santé et les facteurs contextuels (à la fois environnementaux et personnels). »

Les flèches de la figure 1 sont bi-directionnelles, reflétant le fait que les conditions de santé d'un patient peuvent influencer ou être influencées par les fonctions et structures du corps (le statut « physique »), les performances et les capacités à réaliser les activités de la vie quotidienne, et par la suite la possibilité de les utiliser pour participer à la vie familiale, professionnelle ou de loisir. Il faut noter que le statut physique d'un individu ainsi que le niveau de ses activités et participations et de son état de santé peuvent être influencés de façon positive ou négative par divers facteurs environnementaux

(attitudes sociales, contraintes architecturales, structures légales et sociales, climat, terrain, etc.) et des facteurs personnels (sexe, âge, caractéristiques psychologiques, croyances, sensibilités, styles de vie, comportement vis-à-vis de la santé et la maladie, circonstances sociales, éducation, expériences personnelles récentes ou lointaines). L'approche biopsychosociale permet une excellente « contextualisation », tant pour les praticiens en santé en général que pour les kinésithérapeutes en particulier.

« Plutôt qu'une relation linéaire de cause à effet entre une maladie ou une condition pathologique et son expression clinique, ce modèle reflète les relations réciproques où le « biomédical » influence le « psychosocial » et inversement. »

La Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) de l'OMS est reconnue comme un cadre conceptuel permettant une meilleure compréhension et description de la santé et des états de santé de nature complexe et pluridimensionnelle [3-5]. Il s'agit d'une adaptation pratique du modèle biopsychosocial de la santé [6]. Initialement décrit par Engels [7], puis repris par Waddell dans le contexte de la lombalgie [8], le modèle biopsychosocial de la santé est fondé sur la notion philosophique (étayée par la recherche actuelle) suivante : de multiples dimensions (allant du social à la génétique) ont une influence sur la santé, la maladie et la souffrance du patient [6]. Plutôt qu'une relation linéaire de cause à effet entre une maladie ou une condition pathologique et son expression clinique, ce modèle reflète les relations réciproques où le « biomédical » influence le « psychosocial » et inversement. Cette approche biopsychosociale regroupant les interactions des dimensions biomédicale et psychosociale donne aux professionnels de la santé une compréhension plus complète nécessaire pour un diagnostic plus précis, une identification d'objectifs de santé (ou de résultats) appropriés et une orientation d'une politique sanitaire ciblée et holistique. Si la valeur théorique de la CIF est admise par une majorité croissante de praticiens [4, 5], un certain nombre de questions persiste en ce qui concerne l'intégration de la CIF dans le modèle biopsychosocial lui-même [9, 10] et la réalité de son application en pratique courante [11].

D'après notre expérience d'enseignement, un point clé pour faire le lien entre la CIF et la prise de décision en clinique courante ne peut s'établir correctement qu'après une formation explicitement centrée sur le raisonnement clinique. Grossièrement, le raisonnement clinique se réfère à la manière de penser et aux différents processus de prises de décisions en pratique clinique. Dans le cadre de la CIF, l'anamnèse et la reconnaissance des divers facteurs ayant une pertinence

clinique dans la situation particulière du patient font partie intégrante du raisonnement clinique requis pour réaliser les jugements cliniques appropriés permettant la mise en œuvre de soins optimaux.

Si le système de classification actuelle de la CIF [2] n'est pas le sujet de cet article, nous présenterons néanmoins un résumé des bénéfices escomptés par l'usage de la CIF ainsi que les défis qu'elle soulève au niveau de la formation et de la conceptualisation des facteurs complexes et multidimensionnels ayant un impact sur la santé, le fonctionnement et le handicap tels qu'ils sont vécus par un patient donné. Comme corollaire, nous proposons une approche holistique du modèle CIF où le concept biopsychosocial des facteurs ayant une influence sur le fonctionnement, le handicap et la santé d'un individu est renforcé par ce processus de raisonnement clinique global regroupant à la fois les interactions des données (quantitatives et qualitatives) biomédicales, psychosociales et contextuelles. Pour nous, une bonne compréhension et utilisation de la CIF ne peuvent se faire sans une bonne connaissance de la théorie biopsychosociale.

Quatre obstacles à la mise en œuvre de la CIF (et de la théorie biopsychosociale) en pratique clinique

Voici 4 principaux obstacles limitant l'implémentation de la CIF et du modèle biopsychosocial en pratique courante.

Une méconnaissance du modèle biopsychosocial

Bien que largement admise, l'approche biomédicale et psychosociale de la CIF n'est pas totalement intégrée [9-11]. Pour preuve, prenons la notion de « handicap » ou « d'incapacité » dont la définition reste assez floue, tant pour les professionnels de la santé et les responsables d'assurance-maladie que pour les personnes handicapées elles-mêmes [12, 13]. Traditionnellement, les kinésithérapeutes ont défini le handicap (ou l'incapacité) comme un niveau d'état fonctionnel, résultant des effets cumulatifs d'un ensemble de dysfonctionnements physiques (ou de déficiences) [13-15]. Cet état a un impact sur la capacité du patient à participer aux activités professionnelles et sociales. Cette définition biomédicale contraste avec la vision sociale du handicap où les facteurs les plus « handicapants » sont un ensemble de comportements et de croyances dont l'effet est une discrimination et une exclusion des personnes handicapées de rôles et d'activités sociales et communautaires de valeur [13, 15-17]. Aujourd'hui, il y a peu de signes d'une réconciliation de ces deux visions du handicap chez les kinésithérapeutes, ou d'un impact significatif sur les pratiques courantes. De plus pour certains

praticiens, le concept biopsychosocial reste une notion bipartite combinant d'une part les altérations biomédicales et d'autre part les problèmes psychosociaux, plutôt que de voir le terme « biopsychosociale » comme une entité authentique où l'esprit et le corps s'influencent mutuellement [6, 7, 18, 19]. Enfin, placer l'accent sur les facteurs psychologiques d'un patient sans reconnaître l'impact des circonstances sociales ayant contribué à la formation de ces troubles constitue aussi des barrières aux changements [20, 21].

« La philosophie professionnelle des kinésithérapeutes (et leur vision du monde en général) est souvent biaisée en faveur de la tradition biomédicale et de sa conception linéaire de cause à effet sur la santé. »

La rigidité sur la manière de prendre des décisions au sein d'un contexte professionnel dominant

La philosophie professionnelle des kinésithérapeutes (et leur vision du monde en général) est souvent biaisée en faveur de la tradition biomédicale et de sa conception linéaire de cause à effet sur la santé [22-25]. Les racines de cela peuvent être trouvées dans la formation universitaire et professionnelle des étudiants qui reçoivent des enseignements explicites et des messages implicites concernant le handicap, l'incapacité physique et la relation de cause à effet de la douleur. Le modèle biomédical traditionnel réduit la santé du patient par une causalité linéaire où handicap, état douloureux et incapacité physique sont les expressions d'une pathologie, d'une maladie ou d'une condition particulière sans tenir compte des influences bien démontrées de facteurs environnementaux et psychosociaux sur l'état de santé et le handicap [6-8]. En regardant de plus près, nous trouvons que les racines de ce point de vue bipartite séparant esprit et corps se situent dans la perception ontologique de la personne ou de son interprétation (consciente ou inconsciente) de la connaissance, de la vérité et de la réalité. Généralement associé au paradigme de la recherche empirico-analytique, le modèle biomédical admet que la connaissance est un fait « absolu » qu'il faut découvrir et que la découverte n'est limitée que par les contraintes technologiques. Ceci contraste avec le paradigme de la recherche interprétative qui soutient que la connaissance dépend du « contexte » et de sa « construction sociale » [26]. La personne qui voit la connaissance comme « absolue » suivra le modèle biomédical à la recherche de cause (incertaine) et de ses relations de cause à effet entre la pathologie du patient et son handicap et son état clinique. La personne qui voit la connaissance comme « relative et dépendante du contexte » sera plus confortable avec le modèle biopsychosocial et ses multiples

déterminants de la santé et du handicap décrits dans la CIF (*figure 1*). Nous considérerons les différents aspects de la « construction de la connaissance » dans la section sur le raisonnement clinique de cet article.

Le passage difficile de la théorie biopsychosociale à la prise de décision dans la pratique clinique

Malgré une perspective ontologique plus interprétative chez beaucoup de thérapeutes, il persiste une méconnaissance de la théorie biopsychosociale et des théories sous-jacentes de la douleur et de l'apprentissage¹, ce qui constitue un obstacle évident à la mise en œuvre du modèle biopsychosocial et à l'utilisation de la CIF. Cette méconnaissance biopsychosociale des sciences de la douleur et des théories de l'apprentissage ne permet pas au thérapeute de s'appuyer sur un raisonnement clinique solide pour appliquer ces théories à la pratique. Dans ce contexte, l'absence d'une connaissance profonde des processus de raisonnement clinique a pour effet de trop se concentrer sur le diagnostic, orientant le raisonnement vers le biomédical en favorisant une prise en charge dominée par les procédures. Parfois, le thérapeute a une bonne représentation biopsychosociale holistique et une connaissance des sciences de la douleur, et des théories de l'apprentissage et du raisonnement clinique solide, mais l'obstacle est alors une maîtrise insuffisante des aspects organisationnels nécessaires pour la mise en pratique. Dans ce type de situation, l'évaluation psychosociale peut être superficielle avec le risque de jugements cliniques basés sur une compréhension insuffisante de l'expérience personnelle du patient face au handicap/douleur et donc une prise en charge inefficace [27]. Prenons l'exemple d'un patient présentant une lombalgie qui décrit ses douleurs de façon dramatique, qui a peur d'une aggravation/exacerbation et qui pense que personne ne peut rien pour le soulager et donc qu'il ne pourra jamais reprendre des activités normales. Une telle situation peut amener certains thérapeutes à conclure prématurément que l'état psychologique du patient (catastrophisme, comportement d'évitement, attitude négative) a créé une neuro-modulation plus sensible de la douleur, qui demande une prise en charge comportementale favorisant la non-reconnaissance des comportements douloureux et la reprise progressive d'une activité physique accrue pour améliorer le niveau d'activités. Si la prudence est de toute évidence nécessaire dans ce type de situation en raison des risques de chronicité (« drapeaux jaunes ») et de récurrences difficiles à contrôler [28], il faut

1. La théorie de la douleur et la théorie de l'apprentissage sont deux domaines distincts de la recherche dont l'interaction offre une illustration des relations entre le biomédical et le psychosocial. Voir Melzack and Wall's Textbook of Pain (3rd ed.) pour une excellente présentation des dernières recherches et théories sur ce sujet.

cependant poursuivre les investigations afin de découvrir et comprendre les fondements des peurs et sensibilités du patient afin que le traitement proposé (par exemple ici une thérapie comportementale et cognitive) vise spécifiquement les facteurs potentiels d'aggravation dans le contexte psychosocial particulier du patient, et non simplement une application d'un protocole standard appliqué à tous les patients se ressemblant [29, 30].

L'enquête et l'entretien psychosocial et son évaluation, ou comment délimiter le champ d'action kinésithérapique

Jusqu'où un kinésithérapeute peut-il explorer les facteurs psychosociaux du patient ? Reconnaissons qu'il existe de nombreux questionnaires utiles qui sont disponibles pour mesurer l'attitude des patients vis-à-vis de leur état de santé, leur qualité de vie, leur rapport personnel avec leur expérience de la maladie/handicap/douleur ou de leurs attentes pour l'avenir. Si ces différentes mesures sont utiles pour suivre l'évolution du patient ou dépister un éventuel risque de chronicité, elles sont insuffisantes pour déterminer la prise en charge appropriée. C'est au kinésithérapeute de reconnaître ses propres capacités d'évaluation et de prise en charge psychosociales (y compris pour les thérapies comportementales et cognitives et pour les « stratégies de narration » visant à expliquer la douleur et à en contrôler l'exposition par paliers). Il faut savoir demander une intervention plus spécialisée lorsque la situation du patient reflète des facteurs psychosociaux plus complexes et plus étendus. Les thérapeutes ayant une bonne connaissance des théories de la douleur et de l'apprentissage ainsi qu'une maîtrise des techniques comportementales et cognitives, sont particulièrement bien munis pour répondre aux besoins de patients présentant des éléments de méconnaissance ou de peur/craintes constituant autant d'obstacles à une participation thérapeutique et une bonne récupération. Ces thérapeutes emploieront les « stratégies de narration » (cf. ci-dessous) pour encourager leurs patients à s'ouvrir à de nouvelles perspectives permettant une augmentation du niveau de l'activité et de la participation. Pour les thérapeutes qui n'ont pas ce bagage, il faut reconnaître que leur rôle d'éducateur est sous-utilisé dans leur pratique clinique. Toutefois, il faut rappeler aussi qu'il est de la responsabilité du thérapeute de reconnaître les effets plus larges que peuvent avoir les douleurs et les handicaps. Si par exemple le patient présente des problèmes relationnels complexes, des troubles de valorisation personnelle ou une pathologie psychologique (dépression), le kinésithérapeute, en coopération avec le médecin traitant et avec le consentement du patient, doit savoir l'orienter vers un psychologue, un assistant social, ou un autre spécialiste [31]. Ceci demande une bonne connaissance des dispo-

nibilités locales ainsi que des compétences particulières des différentes professions. D'autant que tous les psychologues ou assistants sociaux n'ont pas nécessairement la formation ou l'expérience de la douleur ou du handicap en raison des caractéristiques spécifiques de la sous-population des patients handicapés [29, 31].

Pour nous, une connaissance pratique des techniques d'entretien, une capacité de raisonner en termes de plusieurs paradigmes ainsi que les capacités associées à l'adoption du modèle biopsychosocial, aide les praticiens à repérer, au sein de tableaux cliniques ayant un volet psychosocial significatif, le champ d'action spécifique de la kinésithérapie. En apprenant l'approche biopsychosociale, les kinésithérapeutes ne deviendront pas des psychologues, mais ils seront plus à même de définir les limites de leur propre rôle dans l'analyse et la prise en charge des troubles moteurs. Ils acquerront une meilleure perception du vécu des patients handicapés et ainsi renforceront leur capacité d'évaluation et de prise en charge des troubles moteurs au-delà de l'appréciation de l'incapacité physique à proprement parler [26, 32].

Les concepts de « raisonnement narratif » et de « réflexion critique » sont abordés dans la section suivante de cet article à travers des exemples spécifiques et des aptitudes nécessaires pour la mise en œuvre de la pratique biopsychosociale et de l'application de la CIF.

« La façon dont les professionnels de la santé perçoivent et proposent des soins aux patients est influencée à la fois par leur philosophie professionnelle et leur vécu personnel. »

Le raisonnement clinique et son rôle pour faciliter l'approche biopsychosociale

Nous présentons notre proposition de raisonnement clinique. Pour nous, cette approche combinant la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) et le modèle biopsychosocial, qui constitue son fondement théorique, permet aux étudiants et professionnels confirmés de mieux adapter leurs pratiques courantes aux besoins réels du patient. Nous considérons que le type de raisonnement clinique que nous proposons permet aux étudiants et praticiens d'identifier et d'intégrer les différents concepts et paradigmes mis en œuvre dans la pratique clinique et de reconnaître leur influence sur les modes de prises de décisions [33]. La façon dont les professionnels de la santé perçoivent et proposent des soins aux patients est influencée à la fois par leur philosophie professionnelle et leur vécu personnel [34-38]. Le modèle de « pratique kinésithérapique clinique experte » résultant de la recherche de Jensen *et al.* [37] place la « philosophie de pratique professionnelle » du praticien au centre de

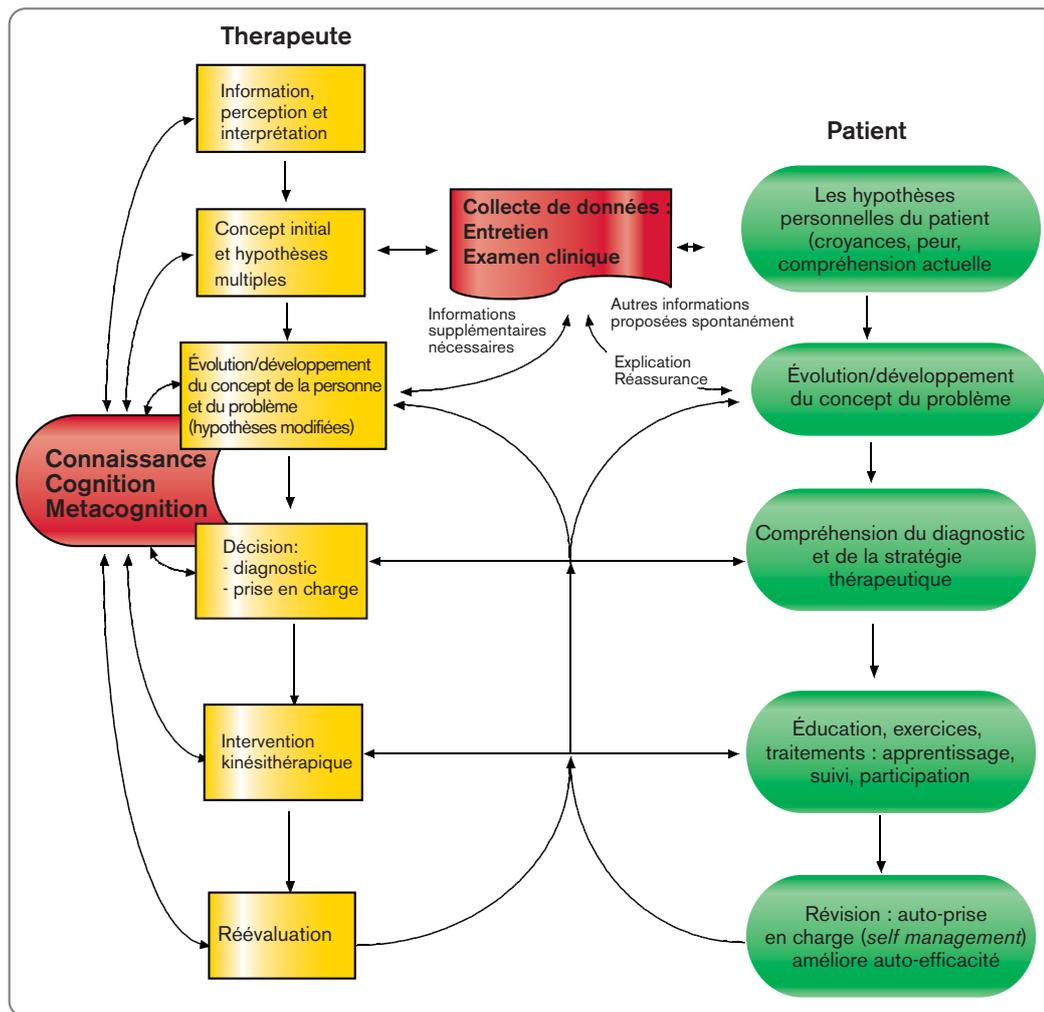


Figure 2. Prise de décision collaborative. (Edwards & Jones 1996 in Jones & Rivett 2004).

« l'expertise thérapeutique ». Celle-ci influence et est influencée par quatre autres dimensions :

- une base de connaissances multidimensionnelles et dynamiques ;
- un processus de raisonnement clinique au sein d'une approche collaborative orientée vers la résolution des problèmes ;
- une action centrée sur l'évaluation du mouvement en relation avec le fonctionnement du patient ;
- un investissement réel dans les soins et un engagement personnel auprès du patient [37].

L'orientation des pratiques démontrée par cette recherche, où le patient se place au centre des soins, est parfaitement compatible avec les intentions et les objectifs d'une philosophie biopsychosociale (par opposition à une philosophie biomédicale) des soins de santé [2, 6-8].

Dans le modèle biopsychosocial du raisonnement clinique présenté dans la *figure 2*, la relation soignant-soigné relève d'un processus collaborateur [39]. Quel que soit le mode d'exercice de kinésithérapie, le raisonnement du kinésithérapeute débute par une prise de connaissance d'un ensemble de données ou d'indices provenant de sources diverses (lettre du médecin traitant, dossier médical, observation clinique initiale).

Ces informations préliminaires vont évoquer un certain nombre d'impressions ou d'interprétations possibles. Bien que rarement formulées explicitement, celles-ci sont des hypothèses de travail modulables et non des décisions définitives. Par la suite, ces impressions ou interprétations initiales sont confirmées ou infirmées par de nouvelles informations collectées ultérieurement. En fait, cela est similaire au processus de « mise à l'épreuve d'une hypothèse initiale ». Tous les thérapeutes ne sont pas conscients de ce processus et souvent ne se rendent pas compte qu'ils appliquent un « processus de raisonnement », cela est en partie lié à leur formation. La génération d'une hypothèse demande la combinaison d'une interprétation de données spécifiques (ou inductions) et d'une synthèse de multiples indices (ou déductions). Dans le contexte clinique, les hypothèses initiales sont assez nombreuses (par exemple : « cela ressemble à un problème de dos ou un problème de hanche »). Elles peuvent être relatives à des éléments physiques, psychologiques ou sociaux, avec ou sans la notion de diagnostic.

Tout examen clinique comporte des éléments de routine. La formation professionnelle et l'expérience clinique

que permettent l'identification de catégories d'information particulièrement utiles pour préciser les problèmes et déterminer les décisions à prendre (par exemple : des informations environnementales ainsi que les éléments subjectifs et physiques du problème comme la localisation des symptômes et leur histoire ou les résultats de tests fonctionnels, de structure et de cognition, etc.). Au-delà de ces routines, le thérapeute interroge et effectue des tests spécifiques adaptés à la situation particulière de chaque patient. Les hypothèses initiales appellent d'autres questions et évoquent d'autres tests spécifiques. Dans l'idéal, l'activité cognitive de « mise à l'épreuve de l'hypothèse » doit rechercher autant les preuves négatives que les preuves positives pour vraiment tester l'hypothèse. Les résultats de cette recherche de preuves seraient ensuite interprétés en tenant compte des données initiales et de la compatibilité avec l'hypothèse émise. Toute information collectée, qu'elle soit le fruit d'un test, d'un entretien de routine ou offerte spontanément par le patient, doit être interprétée dans le contexte de l'hypothèse initiale. Ceci permet au kinésithérapeute d'acquérir une connaissance évolutive du patient et de son problème. Les hypothèses initiales sont modifiées et de nouvelles hypothèses émises. Ce processus de « génération d'hypothèses » et de leur « mise à l'épreuve » se poursuit jusqu'à ce que l'ensemble des informations colligées soit suffisant pour établir le diagnostic kinésithérapique. Celui-ci sera compatible avec la situation physique et psychosociale du patient, déterminera si l'on doit poursuivre la kinésithérapie et/ou adresser le patient à un autre intervenant et le choix de la prise en charge kinésithérapique qui sera essayée/testée.

Le processus de raisonnement clinique se poursuit avec l'évolution du patient. Une réévaluation peut renforcer les hypothèses actuelles et les choix thérapeutiques, ou au contraire signaler le besoin d'une modification/génération d'hypothèses ou d'une recherche de nouvelles informations/données ou de clarification du problème (par exemple : un examen kinésithérapique plus approfondi ou une consultation spécialisée). Au cours d'une séance de kinésithérapie, les thérapeutes sont constamment à l'écoute des réactions du patient pour guider et orienter leurs décisions cliniques et analyser à nouveau les résultats du traitement pour tester les hypothèses.

Le raisonnement diagnostique et non diagnostique

Comme le montre la *figure 2*, il faut se rappeler que deux processus de raisonnement et d'interprétation sont en marche, celui du thérapeute et celui du patient. Dans la vignette en haut à droite, vous pouvez voir que dès la première rencontre avec le kinésithérapeute, le patient apporte ses propres idées et interprétations de la nature de son problème, façonnée par son expérience

personnelle et par des conseils divers (médecins, famille, amis). Il est démontré que la compréhension du patient de la nature de son problème a une influence significative sur le niveau de tolérance de la douleur, du handicap et de l'évolution potentielle [30, 32, 40]. Il faut donc que les kinésithérapeutes reconnaissent leur responsabilité au cours du processus de raisonnement clinique non seulement pour déterminer leur propre diagnostic et orienter leur prise de décisions thérapeutiques en fonction des données objectives, mais aussi pour reconnaître et comprendre les interprétations que les patients ont de leurs expériences avec la maladie ou le handicap.

Le raisonnement diagnostique est essentiellement un processus déductif logique (de cause à effet). Avec ce type de raisonnement, le praticien admet certaines suppositions concernant la réalité (ou la connaissance) considérée comme objective, mesurable, prédictive et généralisable. Ces suppositions sont le fondement du paradigme biomédical. Par exemple, le clinicien admet que la mesure de la pression artérielle ou du pouls est pertinente pour le diagnostic. Il compare la mesure objective par le tensiomètre aux normes pour la population concernée afin de pouvoir « prédire » la tension artérielle « correcte » pour la personne examinée en fonction de son âge et de son sexe. La valeur attendue est « généralisable » dans le sens qu'en l'absence d'une pathologie, elle serait similaire pour une grande proportion de la population considérée. Les mesures et bilans effectués en kinésithérapie sont pour la plupart de même nature que la mesure de la tension artérielle. Le kinésithérapeute mesure puis quantifie des paramètres comme l'amplitude articulaire, la laxité ligamentaire ou la force musculaire (en incluant la manière de la grader), puis il compare les résultats aux normes acceptées pour une population considérée ou au moins aux valeurs mesurées du côté opposé. L'intervention thérapeutique en kinésithérapie suit souvent un raisonnement similaire. De telles suppositions paraissent excellentes pour évaluer et traiter une incapacité physique. De même, nous voyons logiquement pourquoi certains thérapeutes considèrent que la notion « d'observance » est un aspect de ce paradigme diagnostique mesurable. Elle reflète l'écart avec lequel le patient se conforme par rapport à une stratégie ou une intervention préférée et prévisible. Cependant, ces suppositions et la notion d'observance (par opposition à la collaboration) ne sont pas une base assez solide pour comprendre les problèmes en cours des patients et les assister pour prendre des décisions concernant leur handicap. Le « raisonnement narratif » est un outil permettant au kinésithérapeute d'avoir accès aux expériences personnelles vécues du patient afin de mieux comprendre son interprétation de sa maladie ou de son handicap [41]. Le raisonnement narratif est considéré comme un raisonnement « non diagnostique » car il ne vise pas à dé-

terminer des « catégories diagnostiques » ni à « labeliser » les expériences psychologiques ou sociologiques du patient. Les suppositions de base soutenant le raisonnement narratif sont différentes de celles du raisonnement diagnostique. La réalité (ou connaissance) dépend du contexte. Elle est socialement construite, ce qui autorise de multiples versions de la réalité [6]. Nous savons par expérience qu'une même incapacité physique ne correspond pas au même niveau de handicap chez tous les patients. À cause de circonstances psychosociales particulières, l'histoire et le mécanisme d'une douleur lombaire peuvent être similaires chez deux patients sans avoir le même impact (par exemple : un sujet avec un entourage qui le soutient et une situation financière assurée peut n'avoir qu'un handicap minime permettant la reprise du travail dans un poste moins exposé tandis que dans des circonstances moins favorables, la perte d'un emploi conjuguée aux effets secondaires négatifs comme la colère ou la dévalorisation personnelle peuvent aggraver le handicap de façon significative) [8]. Ceci montre l'absence d'une relation linéaire de cause à effet entre le niveau d'incapacité physique et le niveau du handicap. La notion d'une construction sociale du handicap que nous avons mentionnée plus haut est renforcée. L'approche narrative met en exergue comment le discours dominant (attitudes et croyances sociétales majoritaires) façonne (souvent négativement) la manière dont les personnes et les communautés² apprennent à interpréter leurs expériences, à exprimer leurs « histoires » et, par la suite, former leurs identités. Mentionnons quelques groupes, parmi tant d'autres, qui ont lutté pour faire entendre leurs voix : les femmes défendant leur rôle dans la société [42]; les peuples indigènes cherchant à prévenir leur perte d'autonomie [43, 44]; les personnes handicapées dénonçant leur exclusion des activités dominantes de la société (particulièrement en ce qui concerne les populations défavorisées) [12, 17, 45]. Lors de l'étude de ces « discours narratifs », il faut chercher à comprendre comment certaines « voix » et groupes de la société deviennent marginalisés tandis que d'autres sont privilégiés. Ceci est particulièrement important pour les systèmes de santé où le monde des patients est « colonisé » [46] et « contrôlé » [47] par les professions médicales et paramédicales, soulevant la question du rôle des professionnels de la santé dans l'écoute ou l'extinction des « voix » des patients ou des communautés et des perspectives qu'ils représentent [48]. Le raison-

nement narratif nous aide à saisir comment s'est « construite » la réalité individuelle d'une personne. En utilisant le raisonnement narratif, le thérapeute peut faciliter le processus de réflexion critique chez le patient, qui peut ainsi évaluer l'utilité et la fiabilité de ses interprétations ou perspectives actuelles ou réexaminer sa relation avec la maladie, l'incapacité physique et/ou l'expérience du handicap. Utilisant les principes de l'apprentissage chez l'adulte (un sujet que nous ne saurions aborder en détail ici), les kinésithérapeutes peuvent adopter un modèle biopsychosocial où le raisonnement biomédical de base est complété par le raisonnement narratif fondé sur le discours des patients. Nous pouvons favoriser la réflexion critique des individus (et plus généralement des communautés) sur les facteurs ayant une influence sur leur santé et, prenant comme cadre la CIF, travailler en collaboration sur les stratégies où le kinésithérapeute et les patients (et parfois leurs communautés) se partagent leurs connaissances et « expertises » [49].

« À cause de circonstances psychosociales particulières, l'histoire et le mécanisme d'une douleur lombaire peuvent être similaires chez deux patients sans avoir le même impact. »

Reprenons la *figure 2* ; une nouvelle fois, nous voyons que lorsqu'il est possible, le processus d'apprentissage entre le thérapeute et le patient permet aux deux acteurs de développer conjointement une compréhension plus large du problème et de sa prise en charge et de partager la responsabilité de la mise en œuvre des stratégies et objectifs identifiés et négociés. L'apprentissage du patient (c'est-à-dire une modulation de la compréhension et une meilleure approche comportementale de la santé) est un objectif primaire à rechercher au cours de l'approche de raisonnement collaborateur. Quand le patient est reconnu comme une source de connaissance pour le thérapeute, le « thérapeute qui réfléchit » pourra également tirer des renseignements de l'expérience collaboratrice [17, 50, 51]. Le raisonnement narratif étant basé sur un paradigme différent de celui de l'approche biomédicale, le thérapeute est mieux armé pour comprendre les sens alternatifs et les interprétations de l'expérience du moment et/ou des problèmes douloureux qui lui sont donnés par les individus ou les groupes concernant leur « incapacité » ou « handicap ».

Nous avons passé en revue la façon dont un processus de raisonnement clinique solide permet aux praticiens d'adopter une vue épistémologique (ou construite) de la connaissance dans ses multiples dimensions. Cette compréhension, du fait que la connaissance est construite différemment, nourrit la réflexion des praticiens sur leurs propres *a priori* concernant la nature de

2. La CIF peut également jouer un rôle important pour les populations et systèmes de santé à faible ressources. Dans ces situations, les programmes de rééducation et de santé communautaires ont pour objectif de favoriser la prise de conscience des problèmes de santé au sein de la population ciblée, ce qui par la suite facilite la participation des individus dans la vie de la communauté et améliore leur capacité à gérer leurs conditions de vie. Ce type d'apprentissage communautaire comporte également une étude plus large des causes et facteurs ayant une influence sur la maladie et le handicap.

la réalité du monde et donc les suppositions qu'ils apportent au monde clinique et en particulier au monde de leurs patients. Pour nous, apprendre à comprendre comment la connaissance est construite est un premier pas vers une compréhension des relations entre les divers types de connaissances biomédicale, personnelle, sociale et environnementale mises en œuvre à la fois dans la CIF et le modèle biopsychosocial. Cela signifie que le patient et les données liées au patient lorsqu'elles épousent la CIF nous permettent d'être plus proches d'une compréhension rationnelle du modèle biopsychosocial, au lieu d'employer l'approche segmentée dualiste biomédicale qui classe les patients dans des cases. Par exemple, si un thérapeute peut voir un comportement douloureux comme une expression d'une condition pathologique ou d'une lésion physique, un autre peut y voir le produit de l'état psychosocial du patient et de son apprentissage social. De telles interprétations relatives à la situation unique de chaque patient, demande une perception constructiviste de la connaissance.

La manière avec laquelle les professionnels de la santé appréhendent les données d'un cas clinique est un point majeur pour que les relations entre les facteurs ayant un impact sur la santé et le handicap soient comprises à partir de plus d'une seule perspective (ou paradigme). La manière d'appréhender et de comprendre des données cliniques variées a un effet à la fois sur la manière et sur la méthode par laquelle les thérapeutes pourront colliger d'autres données liées au patient [26]. Si nous soutenons le fait de décrire l'incidence qu'ont (ou pas) des données variées du patient, codées selon le langage universel (et standardisé) de la CIF, c'est dans un esprit de facilitation de l'utilisation de la théorie et du modèle biopsychosociale. Cela devrait rendre apte les praticiens à synthétiser et hiérarchiser les diverses données de manière à identifier les objectifs cliniques et les stratégies thérapeutiques en collaboration avec les patients.

Conclusion

La CIF, dont le fondement théorique est le modèle biopsychosocial, crée un langage commun pour la description et la classification des divers états de santé. Nous avons identifié différents obstacles à la mise en pratique clinique du modèle biopsychosocial par les étudiants et praticiens kinésithérapeutes. Dans cet article, nous suggérons que l'apprentissage explicite du modèle de raisonnement clinique collaborateur peut aider les praticiens à surmonter ces obstacles en apprenant à construire une plus large compréhension de la connaissance et de la réalité, qui permettra ensuite une meilleure perception globale du modèle biopsychosocial et de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé. ●

RÉFÉRENCES

- [1] Jones MA, Jensen G, Edwards I. Clinical reasoning in physiotherapy. In: Higgs J, Jones MA, Loftus S, Christensen N (eds) *Clinical Reasoning in the Health Professions* (3rd edn). Elsevier, Oxford. In press.
- [2] World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. World Health Organization, Geneva, 2001.
- [3] Allan CM, Campbell W, Guptill CA, Stephenson F, Campbell K. A conceptual model of interprofessional education; the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *J Interprof Care* 2006;20:235-45.
- [4] Finger ME, Alarcos C, Stoll J, Stucki G, Huber EO. Identification of Intervention Categories for Physical Therapy, Based on the International Classification of Functioning, Disability and Health: A Delphi Exercise. *Physical Therapy* 2006;86:1203-20.
- [5] Stucki G, Ewert T, Cieza A Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability and Rehabilitation* 2002;24:932-8.
- [6] Borrell-Carrió F, Suchman A L, Epstein R M. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Family Med* 2004;2:576-82.
- [7] Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
- [8] Waddell G. A new clinical model for the treatment of low back pain. *Spine* 1987;12:632-44.
- [9] Imrie R. Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Sociology of Health and Illness*. 2004;26:287-305.
- [10] French P. Definition, data Collection, disability and human rights: challenge and response. Australian Institute of Health and Welfare Forum, Improving information on disability and functioning. Masonic Centre, Sydney, 6-7 February 2006 Available online, accessed 15th March 2007 <http://www.aihw.gov.au/eventsdiary/iidf2006/program.cfm>
- [11] Donoghue C. Challenging the Authority of the Medical Definition of Disability: an analysis of the resistance to the social constructionist paradigm. *Disabil Society* 2003;18:199-208.
- [12] Swain J, French S, Cameron C. *Controversial issues in a disabling society*. Philadelphia, Open University Press, 2003, pp54-64.
- [13] Johnson R. Attitudes just don't hang in the air... disabled people's perceptions of physiotherapists. *Physiother* 1993;79:619-26.
- [14] Carpenter C. The evolving culture of physiotherapy. *Physiother Canada* 1996;48:11-5.
- [15] French S. Defining disability: implications for physiotherapy practice. In: French S, Sim J (eds) *Physiotherapy: a psychosocial approach* (3rd Ed) pp 253-273. New York, Elsevier Butterworth-Heinemann, 2004.
- [16] Germov J. *Second Opinion: An introduction to health sociology*, 3rd edn. Melbourne Oxford; University Press, 2005.

- [17] Werner D. Nothing about us without us: developing innovative technologies for, by and with disabled persons. Healthrights, Paulo Alto, 1998.
- [18] Duncan G. Mind-body dualism and the biopsychosocial model of pain: what did Descartes really say? *J Med Philos* 2000;25:485-513.
- [19] Pincus T. The psychology of pain. In: French S, Sim J (eds) *Physiotherapy a Psychosocial Approach*. Elsevier, Edinburgh, 2004;95-115.
- [20] Osborn M, Smith J 1998 The personal experience of chronic benign lower back pain: An interpretative phenomenological analysis. *British Journal of Health Psychology*, 3:65-68.
- [21] Sim J, Smith MV 2004 The sociology of pain. In: French S, Sim J (eds) *Physiotherapy a Psychosocial Approach*. Elsevier, Edinburgh 117-139.
- [22] Daykin A and Richardson B 2004 Physiotherapists' pain beliefs and their influence on the management of patients with chronic low back pain. *Spine*, 29:783-795.
- [23] Jorgensen P. Concepts of body and health in physiotherapy: The meaning of social/ cultural aspects of life. *Physiotherapy Theory and Practice*, 2000;16:105-115.
- [24] Struber J. Physiotherapy in Australia - where to now? *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 2003;1(2).
- [25] Thornquist E. Diagnostics in physiotherapy - processes, patterns and perspectives. part II. *Advances in Physiotherapy*, 2001;3: 151-162.
- [26] Edwards I, Jones M A, Hillier S. The interpretation of experience and its relationship to body movement: A clinical reasoning perspective. *Manual Therapy* 2006;11:2-10.
- [27] Jones MA, Edwards I. Learning to facilitate change in cognition and behaviour. In: *Topics in Pain 5th edn*. Gifford L (ed.) *Physiotherapy Pain Association*. CNS Press, Falmouth 2006:273-310
- [28] Kendall N, Watson P. Identifying psychosocial yellow flags and modifying management. In: Gifford L (ed) *Topical Issues of Pain 2. Biopsychosocial assessment and management*. Relationships and pain. CNS Press, Falmouth 2000;131-139.
- [29] Keefe F, Scipio C, Perri L. Psychosocial approaches to managing pain: current status and future directions. In: Gifford L (ed) *Topical issues in pain 5*. CNS Press, Falmouth, p 2006;241-256.
- [30] Turk D, Flor H. The cognitive-behavioural approach to pain management. In: McMahon S, Koltzenburg M (eds) *Wall and Melzack's textbook of pain*, 5th edn. Elsevier, Philadelphia, p 2006;339-348.
- [31] Johnson R, Moores L. Pain management: integrating physiotherapy and clinical psychology. In: Gifford L (ed) *Topical issues in pain 5*. CNS Press, Falmouth, p 2006;311-319
- [32] Moseley GL 2003 A pain neuromatrix approach to patients with chronic pain. *Manual Therapy* 8:1-11.
- [33] Jones MA & Edwards I In press Clinical reasoning to facilitate cognitive-experiential change. In: Higgs J, Jones MA, Loftus S, Christensen N (eds) *Clinical Reasoning in the Health Professions (3rd edn)*. Elsevier, Oxford.
- [34] Cusick A. Personal frames of reference in professional practice. In: Higgs J, Titchen A (eds) *Practice knowledge & expertise in the health professions*. Butterworth Heinemann, Oxford, p 2001;91-95.
- [35] Higgs C, Neubauer D, Higgs J. The changing health care context: globalization and social ecology. In: Higgs J, Edwards H (eds) *Educating beginning practitioners: challenges for health professional education*. Butterworth-Heinemann, Oxford, 1999;30-37.
- [36] Hooper B .The relationship between pretheoretical assumptions and clinical reasoning. *American Journal of Occupational Therapy* 1997;51(5):328-337.
- [37] Jensen GM, Gwyer J, Hack LM and Shepard KF. Expert practice in physical therapy. *Physical Therapy* 2000;80:28-52.
- [38] Unsworth CA. Clinical reasoning: how do pragmatic reasoning, worldview and client-centredness fit? *British Journal of Occupational Therapy* 2004;67(1):10-19.
- [39] Jones M A, Rivett DA. Introduction to clinical reasoning. In: Jones M A, Rivett D A (eds) *Clinical reasoning for manual therapists*. Butterworth Heinemann, Edinburgh, 2004;p 3-24.
- [40] Flor H, Turk D C. Cognitive and learning. In: McMahon S, Koltzenburg M (eds) *Wall and Melzack's textbook of pain*, 5th edn. Elsevier, Philadelphia, 2006;p 241-258.
- [41] Mattingly C. Clinical revision: changing the therapeutic story in midstream. In: Mattingly C and Hayes Fleming M: *Clinical Reasoning: Forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia, F.A. Davis Company, 1994.
- [42] Gilligan C. *In a different voice*. Cambridge, MA, Harvard University Press,1982.
- [43] Bruner EM. Ethnography as narrative. In: *The Anthropology of Experience*, Turner V.W. and Bruner E. M. (eds). Urbana, University of Illinois Press, 1986;p139-155
- [44] Dulwich Centre. Reclaiming our stories, reclaiming our lives. Part one, Dulwich Centre Newsletter, Adelaide, South Australia. 1995;1:2-22.
- [45] Mattingly C. *Healing dramas and clinical plots: the narrative structure of experience*. Cambridge, Cambridge University Press,1998.
- [46] Habermas J. *Theory of communicative action*. Boston, Beacon Press, 1984.
- [47] Foucault M. *Power/knowledge*. (Trans. C Gordon) Brighton, Harvester Wheatsheaf, 1980.
- [48] Edwards I and Delany C. Ethical reasoning In: Higgs J, Jones MA, Loftus S, Christensen N (eds) *Clinical Reasoning in the Health Professions (3rd edn)*. Elsevier, Oxford, In press.
- [49] Edwards I. Clinical reasoning and population health: decision making for an emerging paradigm of health care. *Physiotherapy Theory and Practice* (submitted).
- [50] Otter L, Currie J. A long time getting home: Vietnam veterans' experiences in a community exercise rehabilitation program. *Disability and Rehabilitation* 2004;26:27-34
- [51] Vindigni DR, Parkinson L, Blunden S, Perkins J, Rivett DA, Walker BF. Aboriginal health in aboriginal hands: Development, delivery and evaluation of a training programme for aboriginal health workers to promote the musculoskeletal health of indigenous people living in a rural community. *The International Electronic Journal of Rural and Remote Health Research, Education, Practice and Policy* 2004;4:281.