

MODELE DU DEVELOPPEMENT HUMAIN : APPLICATION PRATIQUE « ESOPE »

Centre Hospitalier de MONT DE MARSAN
REBRICARD I, LABASTARDE P, Equipe soignante

Dans le cadre d'un travail d'équipe pluridisciplinaire nous utilisons Esope EVALUATION SYSTEMIQUE des OJECTIFS PRIORITAIRES en READAPTATION ESOPE fédère un réseau de partenaires européens de secteurs variés (formation, psychiatrie, pédiatrie, neurologie, médecine physique et réadaptation...) au sein d'une association : GRAVIR (Bruxelles).

Ces équipes intéressées par une approche globale, holistique de la personne trouvent dans le processus ESOPE une méthodologie les aidant à formaliser un réel projet de soins individualisé où la personne est actrice de son projet de réadaptation.

Après avoir abordé succinctement le cadre conceptuel d'ESOPE, nous vous exposerons l'utilisation de son logiciel informatique.

I Cadre conceptuel de ce programme :

1 – 1 Historique :

ESOPE est issu du modèle explicatif du «processus de production du handicap» PPH. Ce modèle du PPH est décrit par l'équipe du CQCIDIH (comité québécois Classification Internationale Incapacités Déficiences Handicaps fondé en 1986 sur l'impulsion de l'OMS désireuse de réviser la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps (CICIH) datant de 1980

Dès 1987, le CQCIDIH s'est attaché à la compréhension du 3^o niveau, le handicap, jugé inadéquat et embryonnaire, ainsi qu'à l'introduction des dimensions environnementales sociales et physiques absentes de la classification de 1980.

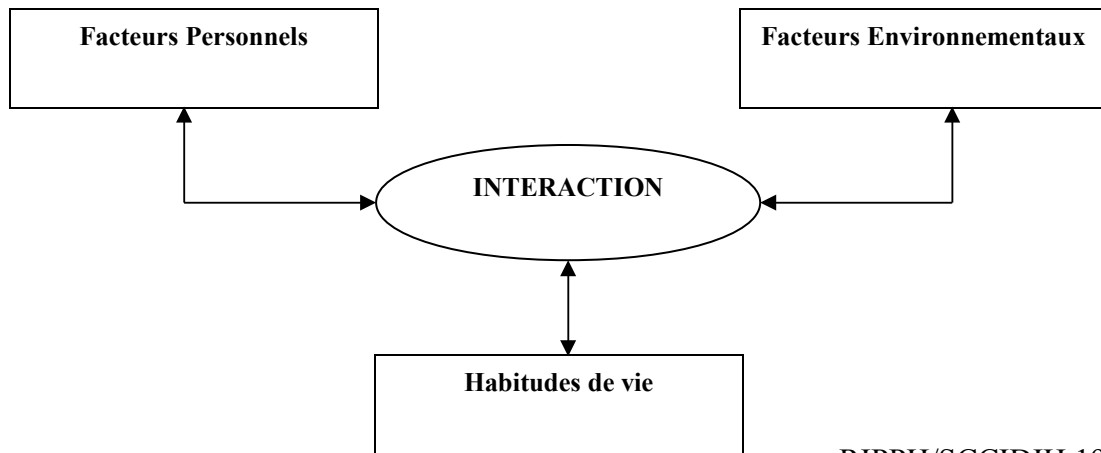
La mission du CQCIDIH est de promouvoir la connaissance, l'application, la validation et surtout l'amélioration de la CIDIH (Classification Internationale Incapacités Déficiences Handicaps) par le biais de la recherche et du développement de liens avec les experts et organismes québécois, canadiens et internationaux concernés par l'essor d'un langage harmonisé et une meilleure compréhension des conséquences des problèmes de santé. L'ensemble des travaux a abouti, après présentation en 1995 et achèvement en 1998 au modèle du «processus de production du handicap» PPH ; modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité et au développement humain.

Ce modèle s'appuie sur un modèle générique; un modèle anthropologique de développement applicable à tout humain. Il permet d'illustrer la dynamique du processus inter actif entre les facteurs personnels (intrinsèques) et les facteurs environnementaux (externes) déterminant le résultat situationnel de la performance de réalisation des habitudes de vie correspondant à l'âge, au sexe et à l'identité socioculturelle de la personne.

Cette position s'inscrit dans une perspective globale de dé-stigmatisation visant la construction d'une classification applicable à tout être humain, mais compatible avec la mise en évidence du phénomène de production de différences propres à l'explication des causes et

conséquences de maladies et traumatismes. (? cette dernière phrase ne me semble pas assez claire)

MODELE DU DEVELOPPEMENT HUMAIN



RIPPH/SCCIDIH 1998

1 - 2 Le RIPPH (Réseau International sur le Processus de Production du Handicap)- SCCIDIH (Société Canadienne Classification Internationale Incapacités Déficiences Incapacités Handicaps)

La classification Québécoise comporte 3 éléments :

- a.. un modèle conceptuel avec un schéma pratique
- b.. des définitions conceptuelles servant de référence et situant les variables pertinentes
- c.. des nomenclatures tendant à couvrir de façon exhaustive un domaine conceptuel et leurs échelles de sévérité

II LES DEFINITIONS :

2 - 1 FACTEUR DE RISQUE

Niveau conceptuel :

Un facteur de risque est un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.

Nomenclature :

Les grandes catégories des facteurs de risque

- 1.. risques biologiques
- 2.. risques liés à l'environnement
- 3.. risques liés à l'organisation sociale
- 4.. risques liés aux comportements individuels et sociaux.

Echelle de mesure :

Une cause est un facteur de risque qui a effectivement entraîné une maladie, un traumatisme ou tout autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.

2 - 2 FACTEURS PERSONNELS:

*** Facteur personnel :**

Niveau conceptuel :

Un facteur personnel est une caractéristique appartenant à la personne, telle que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes etc...

Un système organique est un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune.

Nomenclature :

Les grandes catégories des systèmes organiques :

Système nerveux, auriculaire, oculaire, digestif, respiratoire, cardio-vasculaire, hématopoïétique et immunitaire, urinaire, endocrinien, reproducteur, cutané, musculaire, squelettique, morphologie.

Echelle de mesure :

La qualité d'un système se mesure sur une échelle allant de l'intégrité à la déficience complète.

L'intégrité correspond à la qualité d'un système organique inaltéré.

La déficience est un degré d'atteinte qui se situe soit au niveau de la structure, c'est à dire au niveau anatomique ou histologique, soit au niveau du fonctionnement d'une composante corporelle, c'est à dire au niveau physiologique.

*** L'aptitude :**

Niveau conceptuel :

Une aptitude est la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale. L'aptitude est la dimension intrinsèque d'un individu en regard de l'exécution d'une activité physique ou mentale sans tenir compte de l'environnement.

Nomenclature :

Les grandes catégories des aptitudes : aptitudes reliées aux activités intellectuelles, au langage, aux comportements, aux sens et à la perception, aux activités motrices, à la respiration, à la digestion, à l'excrétion, à la reproduction, à la protection et à la résistance.

Echelle de mesure :

La qualité d'une aptitude se mesure sur une échelle allant de la capacité optimale à l'incapacité complète. La capacité correspond à l'expression positive d'une aptitude. L'incapacité correspond au degré de réduction d'une aptitude.

2 – 3 FACTEUR ENVIRONNEMENTAL :

Niveau conceptuel :

Un facteur environnemental est une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société. Un facteur environnemental se mesure pour une personne ou une population.

Nomenclature :

Les grandes catégories des facteurs environnementaux :

Facteurs sociaux : facteurs politico-économiques et facteurs socio-culturels

Facteurs physiques : Nature et Aménagements

Echelle de mesure :

La qualité d'un facteur environnemental se mesure sur une échelle allant du facilitateur optimal à l'obstacle complet.

Un facilitateur correspond à un facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques d'une personne).

Un obstacle correspond à un obstacle environnemental qui entrave la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques d'une personne).

2 – 4 HABITUDES DE VIE :

Niveau conceptuel :

Une habitude de vie est une activité quotidienne ou un rôle social valorisé par le contexte socioculturel pour une personne selon ses caractéristiques (âge, sexe, l'identité socio-

culturelle, etc..) Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence.

Une habitude de vie est la performance d'une activité sociale en milieu réel de vie. C'est la rencontre de la personne avec son environnement.

Nomenclature :

Les grandes catégories des habitudes de vie : nutrition, condition corporelle, soins personnels, communication, habitation, déplacements, responsabilités, relations interpersonnelles, communauté, éducation, travail, loisirs, autres habitudes.

Echelle de mesure :

La qualité de la réalisation d'une habitude de vie se mesure sur une échelle allant de la pleine participation sociale à la situation de handicap totale.

Situation de participation sociale :

Une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles).

Situation de handicap :

Une situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles).

C'est ainsi que le handicap est défini comme : « une perturbation pour une personne dans la réalisation d'habitudes de vie compte tenu de l'âge, du sexe, de l'identité socioculturelle résultant d'une part de déficiences ou d'incapacités et d'autre part d'obstacles découlant de facteurs environnementaux. G saint Michel et P Fougeyrollas «le processus de production des handicaps «société canadienne de la cidih (volume 4 numéros 1-2 juin).

Cette définition nous paraît très opérationnelle car elle fixe clairement l'enjeu de la réadaptation en indiquant que cette dernière doit contribuer à rétablir chez l'individu l'aptitude à réaliser ses principales habitudes de vie. Les actions à mener viseront à améliorer les capacités, à modifier l'environnement, soit à changer la nature même des habitudes de vie pour les rendre plus compatibles avec les capacités résiduelles

La définition du handicap n'est pas perçue comme un «état» mais bien comme un «processus» insatisfaisant du comportement de la personne en activité.

Après ces précisions nous vous présentons l'outil ESOPE.

III - Présentation de l'outil ESOPE

3 - 1 Objectifs :

Objectifs d'ESOPE : créer une méthodologie de définition de stratégies pluridisciplinaires de réadaptation réunissant toutes les disciplines de la réadaptation pour fixer un projet individualisé de réadaptation.

Ce processus d'aide à la décision vise à déterminer plus précisément le contenu et la forme des actions à mener pour répondre aux 3 principaux objectifs de la réadaptation :

- Développer les capacités (rééducation) nécessaires à l'exécution des activités essentielles de l'individu.
- Aménager l'environnement pour supprimer ou contourner les obstacles de ce dernier (obstacles architecturaux, sociaux, humains..)
- Aider le patient à réinvestir ses habitudes antérieures, à moins qu'il ne soit nécessaire de l'aider à faire le deuil de certaines habitudes définitivement compromises en lui permettant d'accéder à de nouvelles habitudes se substituant aux précédentes.

3 - 2 Origine du projet :

Le projet est né d'une prise de conscience que les outils d'évaluation classiquement utilisés morcellent celle-ci en une succession de fonctions très spécifiques (motrices, cognitives, comportementales...) qui fournissent des informations pointues sur les incapacités de la personne sans permettre cependant d'avoir une vision d'ensemble de la réalité quotidienne vécue par cette personne. A savoir ses possibilités d'accomplir les activités essentielles de son existence.

La recherche d'un outil multi fonctionnel destiné à réunifier la procédure d'évaluation nous a donc paru particulièrement opportune pour définir des stratégies pluri-disciplinaires de réadaptation qui s'articulent autour des besoins spécifiques de la personne handicapée, et ce, quelle que soit l'origine de ses incapacités.

3 - 3 Préparation de la mise en place :

Ce travail d'équipe nécessite

- une formation,
- un apprentissage d'un langage commun univoque,
- la nomenclature du processus de production du handicap,
- un ajustement des rôles et des procédures de travail,
- de définir des objectifs communs,
- de définir des stratégies communes
- de placer le client au centre du processus.

3 - 4 Le programme ESOPE

3 - 4 - 1 Objectifs spécifiques : Ils recouvrent 2 volets complémentaires :

* Créer un système d'évaluation qui permette d'objectiver le handicap de la personne en quantifiant la corrélation entre les incapacités d'une personne et leurs répercussions sur la conservation ou le recouvrement de ses habitudes de vie dans un environnement donné.

* Créer une méthodologie de définition de stratégies pluridisciplinaires de réadaptation réunissant toutes les disciplines de celle-ci pour fixer un projet individualisé de réadaptation.

3 - 4 - 2 Forme générale de l'évaluation et résultats

2 entrées de données constituent le bilan de base :

* Un bilan exhaustif des capacités :

Nous évaluons selon une échelle d'appréciation 84 capacités physiques psychiques et sociales de la personne. C'est ainsi que seront tout aussi bien évalués : les changements de position, la locomotion, la dextérité manuelle, le maintien d'une bonne position, etc... que les mnésies, la capacité d'action, l'affectivité, l'expression orale etc...

Evaluation pluridisciplinaire après identification des sphères de compétences de chaque membre de l'équipe.

Synthèse des informations récoltées par chaque membre de l'équipe dans un bilan commun.

Confrontation des évaluations divergentes et recherche d'un consensus.

* Un bilan exhaustif des habitudes de vie :

Le bilan des habitudes peut avoir des références temporelles passé, présent ou avenir

Selon une procédure d'entretien avec «le client » et/ou sa famille, l'ergothérapeute, passe en revue une liste de 185 habitudes réparties dans les principaux volets de la vie quotidienne : alimentaires, familiaux, sociaux, etc..

Pour chacune des habitudes énoncées, nous évaluons l'importance qualitative (La valeur affective associée à l'habitude) et quantitative (la fréquence de réalisation de l'habitude) prise par celle-ci dans la vie quotidienne de la personne. Cette appréciation des habitudes de vie du patient doit déboucher sur un véritable entretien semi-structuré, mené au rythme de la personne.

Cette écoute doit également contribuer à renforcer le climat de confiance indispensable à l'émergence d'une véritable collaboration de la personne située au centre du processus et qui est actrice de sa réadaptation.

Pour ce bilan, le moment optimal du travail de deuil est la phase de l'errance » le patient se trouve face à une rupture. Celle-ci s'assortit d'une confusion car les points de repères et d'appuis habituels ont été déplacés ou ont disparus » ou la phase de réorganisation et d'apaisement «phase caractérisée par un réinvestissement progressif, une vitalité qui incite aux projets et au retour à la vie socialisée ».

Le recours à la création d'un bilan informatisé s'est rapidement imposé de part la complexité et la multitude des données à prendre en compte pour mettre en évidence les habitudes de vie compromises par les incapacités physiques et psychiques de la personne.

Dès la fin de l'introduction des données le programme établit alors une corrélation entre, d'une part, les capacités/incapacités du « client » et d'autre part, ses principales habitudes de vie.

Cette corrélation mathématique permet d'évaluer instantanément le niveau de faisabilité des habitudes de vie.

Pour chaque habitude le programme possède une grille de référence des capacités nécessaires à la réalisation de l'habitude.

Le programme ESOPE débouche actuellement sur l'extraction de 4 formes de rapports que nous avons déterminé comme suit :

- Les habitudes de vie importantes pour le patient légèrement compromises par ses incapacités et potentiellement récupérables à court et moyen terme.

- Les habitudes de vie importantes et fortement compromises pour lesquelles une action à long terme et plus complexe est nécessaire

- Les habitudes à risque considérées comme potentiellement dangereuses pour le patient ou son entourage (risques physiques ou économiques) accompagnées de l'identification des incapacités qui justifient la diminution de conditions de sécurité.

- La liste des incapacités qui justifient la diminution de la faisabilité des 2 catégories d'habitudes compromises, et classées selon la fréquence de leur implication.

Etape suivante est le feed-back avec le client et hiérarchie des objectifs du client puis mise en place de stratégies de réadaptation.

Synthèse pluridisciplinaire des informations et plan d'intervention et objectifs communs.

La conception de ce programme d'évaluation est particulièrement complexe puisque la faisabilité de chaque habitude du bilan sera analysée en fonction des multiples capacités qui sont nécessaires à son accomplissement.

A titre d'information, certaines habitudes, particulièrement complexes, impliquent une corrélation mathématique à plus d'une centaine de valeurs différentes .

L'expérience nous laisse entrevoir clairement que la majorité des patients réagit très positivement à cette approche. Ils découvrent un thérapeute qui ne les observe plus uniquement au travers de leur pathologie mais qui se préoccupe aussi de leurs véritables besoins d'être humain confronté à la déchéance physique et à la dépendance sociale.

3 – 4 – 3 Utilisation des résultats :

L'étape suivante est le feed-back avec le client. Il est informé des résultats et confronte ces derniers avec la réalité vécue. De cette confrontation se dégagent des habitudes pour lesquelles non seulement le client confirmera ses difficultés de réalisation mais exprimera également ses priorités personnelles. Au terme de ce feed-back l'équipe de réadaptation dispose d'informations suffisantes pour élaborer et proposer les stratégies d'actions et de rééducation les plus appropriées en vue de réintroduire un certain nombre d'habitudes dans la vie quotidienne.

L'équipe intègre dans les stratégies de réadaptation les obstacles et facilitateurs environnementaux.

Nous parvenons ainsi à l'objectif de « l'outil » ESOPE à savoir, la mise en évidence des habitudes prioritaires qui devront faire l'objet d'une attention particulière et prioritaire dans le choix d'un programme pluridisciplinaire de réadaptation.

Ces stratégies prendront les formes suivantes :

- Rééducation des capacités déficientes
- Recherche des aides techniques
- Adaptation de l'environnement
- Identification et organisation des ressources humaines proches du client
- Mises en œuvre de ressources communautaires publiques ou privées
- Deuil et réorganisation des habitudes définitivement compromises etc..

