



RÉFÉRENTIEL DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Bilan kinésithérapique de la cervicalgie

Octobre 2005

I. AVANT-PROPOS

L'évaluation des pratiques peut prendre différentes formes. Ce document présente un moyen d'évaluer soi-même sa propre pratique en la comparant à une pratique idéale : le référentiel. Pour chaque dossier de patient inclus dans le test, vous remplirez un questionnaire. À la fin de ce recueil de données, vous pourrez synthétiser vos résultats dans un tableau. Cette analyse est un temps fort, car c'est à ce point que vous pourrez mesurer l'écart entre votre pratique et le référentiel.

À cette étape, vous serez peut-être amené à modifier ou améliorer la manière dont vous prenez en charge vos patients.

II. PROMOTEUR

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes).

III. SOURCE

Recommandations de pratiques cliniques « Massokinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre du coup du lapin ou *whiplash* ». ANAES. Mai 2003.

IV. PROFESSIONNELS CONCERNÉS

Les masseurs-kinésithérapeutes à exercice libéral et/ou salarié.

V. PATIENTS CONCERNÉS

Le questionnaire concerne les patients atteints de cervicalgies communes ou « non spécifiques » et les cervicalgies après « fléau cervical ». Les cervicalgies sont qualifiées de « communes » ou « non spécifiques » lorsque la démarche étiologique menée par le médecin ne conduit pas à une affection précise impliquant une cause et une évolutivité particulière justiciable d'un traitement spécifique.

D'autre part, l'expression « fléau cervical » (en anglais : *whiplash*), communément appelée « coup du lapin », rassemble des cervicalgies qui se distinguent par leurs circonstances d'apparition. Si le « coup du lapin » traduit un mouvement violent d'extension du rachis cervical, le « fléau cervical » représente l'accélération brutale de la tête vers l'avant puis vers l'arrière entraînant une hyperflexion puis une hyperextension du rachis cervical.

Sont exclues les cervicalgies associées à une radiculalgie des membres supérieurs qui justifient une prise en charge particulière.

VI. SÉLECTION DES DOSSIERS

L'auto-évaluation porte sur 10 patients.

La méthode prospective est retenue. C'est-à-dire qu'il convient de sélectionner les patients qui commencent leurs séances de rééducation au début de la période d'auto-évaluation.

Pour les kinésithérapeutes libéraux : il est accepté d'utiliser des dossiers de patients en cours de traitement.

Nous vous conseillons :

D'inclure tous les patients cervicalgiques que vous rencontrerez durant la durée de l'auto-évaluation même s'ils ne terminent pas toutes les séances. Vous réaliserez l'auto-évaluation pour les patients ayant terminé leurs traitements durant la période d'auto-évaluation ou ceux qui ont au moins un bilan initial réalisé.

Attribuer un numéro de 1 à 10 pour chaque patient. C'est le « numéro d'anonymat » que vous reporterez pour le questionnaire d'évaluation.

VII. OBJECTIFS DE QUALITÉ ÉVALUÉS

Ce référentiel d'auto-évaluation n'est pas un outil pour évaluer tous les éléments que vous analysez dans votre bilan. C'est un outil pour évaluer les éléments minimums que doit contenir cet examen.

Les objectifs retenus sont :

- Évaluer la qualité du bilan initial ;
- Évaluer la qualité du bilan final ;
- Évaluer la transmission du bilan ;
- Évaluer l'utilisation du bilan pour le choix du traitement massokinésithérapique.

VIII. CRITÈRES ET GUIDE D'UTILISATION

Les objectifs de qualité sont évalués par la liste des critères suivants. Vous trouverez pour chaque critère des notes explicatives. Elles sont à nouveau reportées dans le questionnaire pour servir « d'aide-mémoire ».

- **Critère 1 : il existe un dossier du patient.**

On entend par « dossier du patient » toutes données écrites ou stockées de manière informatique rapportant les informations du bilan et du traitement du patient. Si le patient n'a pas terminé son traitement, notez NA (non applicable) pour la case « bilan final ».

- **Critère 2 : la douleur est évaluée de manière objective.**

L'évaluation utilise des outils de mesure comme : l'échelle visuelle analogique ou verbale numérique, les questionnaires, ou le dessin des zones douloureuses. Si le patient n'a pas terminé son traitement ou si le patient ne présente pas de douleur au début du traitement, notez NA (non applicable) pour la case « bilan final ».

- **Critère 3 : l'état régional et à distance est examiné lors du bilan initial.**

On entend par « régional » : la région cervicale et scapulaire, tout ce qui est en dehors de cette zone est considéré comme étant « à distance ». Cet examen est à réaliser en début de traitement. Il peut comprendre des informations posturales statiques ou dynamiques.

- **Critère 4 : la quantification de la mobilité articulaire de la région cervicale dans les 3 degrés de liberté est notée dans le dossier.**

Les degrés de liberté sont la flexion/extension ; l'inclinaison latérale droite/gauche et la rotation droite/gauche. Les mesures peuvent être effectuées par mètre-ruban (distance entre tragus/acromion, menton/fourchette sternale) ou par inclinométrie. Si le patient n'a pas terminé son traitement ou si le patient ne présente pas de limitation de mobilité au début du traitement, notez NA (non applicable) pour la case « bilan final ».

- **Critère 5 : les principales gênes fonctionnelles et/ou professionnelles du patient sont notées dans le dossier.**

On entend par « gênes fonctionnelles » la limitation ou l'impossibilité d'exécution de certaines activités de la vie quotidienne ; de même, pour les activités professionnelles. Le thérapeute reporte dans le dossier les principales activités limitées. Il peut utiliser un questionnaire d'évaluation (exemple : échelle NPDS, NDI). Si le patient n'a pas terminé son traitement ou si le patient ne présente pas de gênes au début du traitement, notez NA (non applicable) pour la case « bilan final ».

- **Critère 6 : l'endurance des muscles extenseurs et fléchisseurs est notée dans le dossier.**

Le moyen le plus simple pour évaluer l'endurance est de chronométrer le temps de maintien de la tête décollée de quelques centimètres au-dessus de la table (patient allongé sur le dos ou sur le ventre). Si le patient n'a pas terminé son traitement ou si le patient ne présente pas de limitation d'endurance au début du traitement, notez NA (non applicable) pour la case « bilan final ».

- **Critère 7 : le test de repositionnement céphalique est utilisé.**

Ce test évalue les capacités de contrôle de la mobilité des muscles cervicaux. Un casque muni d'un pointeur lumineux est utilisé. Ce matériel n'est pas commercialisé, mais peut être construit facilement (casque cycliste et pointeur lumineux fixé dessus). Pour l'utilisation, il est demandé au sujet, assis et équipé d'un casque avec un pointeur lumineux, de se tenir dans sa position naturelle les yeux fermés. L'endroit pointé est considéré comme le point de départ. Puis, toujours les yeux fermés, le sujet effectue une rotation de la tête et revient dans la position de départ. Le test mesure l'écart entre le positionnement du point lumineux au départ de la mesure et sa position à l'arrivée, après la rotation cervicale.

Si le patient n'a pas terminé son traitement ou si le patient ne présente pas de problème de contrôle de la mobilité au début du traitement, notez NA (non applicable) pour la case « bilan final ».

- **Critère 8 : des objectifs thérapeutiques adaptés au cas du patient et fonction de la synthèse du bilan sont notés dans le dossier.**

Les objectifs de traitement kinésithérapique sont fixés en tenant compte des informations du bilan. Notez « oui » si pour chaque objectif fixé vous pouvez justifier d'une information du bilan.

- **Critère 9 : le compte rendu de l'évaluation est transmis au prescripteur.**

En fin de traitement, ou si le traitement doit être interrompu, un compte rendu est adressé au prescripteur. Si le patient n'a pas terminé son traitement, notez NA (non applicable).

IX. GUIDE D'UTILISATION

Le questionnaire ci-après est à appliquer pour les 10 patients sélectionnés. Nous vous conseillons de le photocopier en autant d'exemplaires. Chaque réponse doit s'appuyer sur des traces écrites. Le texte de recommandations décrit les échelles proposées.

Après le questionnaire, vous trouverez une « grille de recueil des informations ». Ce document est à compléter et à nous retourner. Il vous permet aussi de mettre en évidence les questions que vous complétez le mieux ou le moins bien. C'est le premier pas pour mettre en place un changement...

Posez-vous trois questions pour interpréter vos résultats :

- 1. Que pensez-vous de vos résultats (points forts et points faibles de votre pratique) ? Sont-ils conformes à ce que vous attendiez ?*
- 2. Comment expliquez-vous, pour certains critères d'évaluation, les éventuels écarts observés ?*
- 3. Quelles actions d'amélioration allez-vous mettre en place ?*

X. QUESTIONNAIRE

N'oubliez pas !

- Utilisez un questionnaire pour chaque patient.
- Cochez une seule réponse par question !
- En cas de réponse « Non » ou « Non adapté (NA) » précisez pourquoi dans la zone de commentaires.
- Pour certaines questions, des échelles de mesures sont suggérées, si vous utilisez un autre moyen de mesure précisez-le dans la zone de commentaire.

Dans le tableau ci-dessous, reportez pour chaque patient son « numéro d'identification » et son nom ou tout autre moyen de retrouver le dossier du patient. Ce tableau peut vous être utile pour retrouver le dossier du patient.

Conservez ce tableau dans un endroit sûr pour des raisons de confidentialité.

Tableau d'identification.

Numéro d'anonymat	Nom, prénom, date naissance du patient ou autre moyen d'identification
N°1	
N°2	
N°3	
N°4	
N°5	
N°6	
N°7	
N°8	
N°9	
N°10	

N° d'anonymat :

Date :

Temps passé à cette évaluation :

Questions		Oui	Non	NA	Commentaires
Q1. EXISTE-T-IL DES INFORMATIONS ÉCRITES CONCERNANT LE PATIENT ? NB : On entend par « dossier du patient » toutes données écrites ou stockées de manière informatique rapportant les informations du bilan et du traitement du patient. Si le patient n'a pas terminé son traitement, notez NA (non applicable) pour la case « bilan final ».					
Q1a. pour le bilan initial ?		☐	☐	Si Non ou NA, précisez pourquoi :	
Q1b. pour le bilan final ?		☐	☐		
Q2. UTILISEZ-VOUS UN OUTIL DE MESURE POUR QUANTIFIER LA DOULEUR ? NB : Outils de mesure recommandés : l'échelle visuelle analogique ou numérique, les questionnaires, ou le dessin des zones douloureuses. Si le patient n'a pas terminé son traitement ou si le patient ne présente pas de douleur au début du traitement, notez NA (non applicable) pour la case « bilan final ».					
Q2a. lors du bilan initial ?		☐	☐	Si Non ou NA, précisez pourquoi :	
Q2b. lors du bilan final ?		☐	☐		
Q3. L'EXAMEN INITIAL DU PATIENT DÉCRIT-IL NB : On entend par « régional » : la région cervicale et scapulaire, tout ce qui est en dehors de cette zone est considéré comme étant « à distance ». Cet examen est à réaliser en début de traitement. Il peut comprendre des informations posturales statiques ou dynamiques.					
Q3a. l'état régional ?		☐	☐	Si Non ou NA, précisez pourquoi :	
Q3b. l'état à distance ?		☐	☐		

Questions	Oui	Non	NA	Commentaires
Q4. EXISTE-T-IL DES INFORMATIONS CONCERNANT LA QUANTIFICATION DE LA MOBILITÉ ARTICULAIRE DANS LES TROIS DEGRÉS DE LIBERTÉ ? NB : Les degrés de liberté sont la flexion/extension ; l'inclinaison latérale droite/gauche et la rotation droite/gauche. Les mesures peuvent être effectuées par mètre-ruban (distance entre tragus/acromion, menton/fourchette sternale) ou par inclinomètre. Si le patient n'a pas terminé son traitement ou si le patient ne présente pas de limitation de mobilité au début du traitement, notez NA (non applicable) pour la case « bilan final ».				
Q4a. lors du bilan initial ?	☐	☐	Si Non ou NA, précisez pourquoi :	
Q4b. lors du bilan final ?	☐	☐		
Q5. EXISTE-T-IL DES INFORMATIONS ÉCRITES CONCERNANT LES PRINCIPALES GÊNES FONCTIONNELLES ET/OU PROFESSIONNELLES DU PATIENT ? NB : On entend par « gênes fonctionnelles » la limitation ou l'impossibilité d'exécution de certaines activités de la vie quotidienne. De même, pour les activités professionnelles. Le thérapeute reporte dans le dossier les principales activités limitées. Il peut utiliser un questionnaire d'évaluation (exemple : échelle NPDS, NDI). Si le patient n'a pas terminé son traitement ou si le patient ne présente pas de gênes au début du traitement, notez NA (non applicable).				
Q5a. lors du bilan initial ?	☐	☐	Si Non ou NA, précisez pourquoi :	
Q5b. lors du bilan final ?	☐	☐		

Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en kinésithérapie

Questions	Oui	Non	NA	Commentaires
Q6. EXISTE-T-IL DES INFORMATIONS ÉCRITES CONCERNANT L'ÉVALUATION DE L'ENDURANCE DES MUSCLES EXTENSEURS ET FLÉCHISSEURS DU COU ? NB : Le moyen le plus simple pour évaluer l'endurance est de chronométrer le temps de maintien de la tête décollée de quelques centimètres au-dessus de la table (patient allongé sur le dos ou sur le ventre). Si le patient n'a pas terminé son traitement ou si le patient ne présente pas de limitation d'endurance au début du traitement, notez NA (non applicable) pour la case « bilan final ».	☐	☐		
Q6a. lors du bilan initial ?	☐	☐		Si Non ou NA, précisez pourquoi :
Q6b. lors du bilan final ?	☐	☐	☐	
Q7. UTILISEZ-VOUS LE TEST DE REPOSITIONNEMENT CÉPHALIQUE ? NB : Ce test évalue les capacités de contrôle de la mobilité des muscles cervicaux. Un casque muni d'un pointeur lumineux est utilisé. Par exemple, il est demandé au sujet de viser avec le pointeur lumineux une cible placée devant lui. Puis, les yeux fermés, le sujet effectue une rotation de la tête et revient dans la position de départ. Le test mesure l'écart entre le positionnement du point lumineux sur la cible au départ de la mesure et sa position après la rotation cervicale. Si le patient n'a pas terminé son traitement ou si le patient ne présente pas de problème de contrôle de la mobilité au début du traitement, notez NA (non applicable) pour la case « bilan final ».	☐	☐		
Q7a. lors du bilan initial ?	☐	☐		Si Non ou NA, précisez pourquoi :
Q7b. lors du bilan final ?	☐	☐	☐	
Q8. LA SYNTHÈSE DE VOTRE BILAN VOUS PERMET-ELLE DE RÉDIGER DES OBJECTIFS THÉRAPEUTIQUES ADAPTÉS AU CAS DU PATIENT ? NB : Les objectifs de traitement kinésithérapique sont fixés en tenant compte des informations du bilan. Notez « oui » si pour chaque objectif vous pouvez justifier d'une information du bilan.	☐	☐		Si Non, précisez pourquoi :
Q9. AVEZ-VOUS TRANSMIS LE COMPTE RENDU DE VOTRE ÉVALUATION AU PRESCRIPTEUR ? NB : En fin de traitement, ou si le traitement doit être interrompu, un compte rendu est adressé au prescripteur. Si le patient n'a pas terminé son traitement, notez NA (non applicable).	☐	☐	☐	Si Non ou NA, précisez pourquoi :

Vos observations et commentaires pour cette auto-évaluation :

XI. GRILLE DE RECUEIL DES INFORMATIONS

Notez une seule réponse par case :

O si la réponse est OUI
N si la réponse est NON
NA si la question ne s'applique pas à ce patient
(reportez-vous au guide d'utilisation)

Date : _____ Temps passé à cette évaluation : _____

Activité : hospitalière ☐ ; centre de rééducation ☐ ; libéral ☐

	Q1a	Q1b	Q2a	Q2b	Q3a	Q3b	Q4a	Q4b	Q5a	Q5b	Q6a	Q6b	Q7a	Q7b	Q8	Q9
Patient 1																
Patient 2																
Patient 3																
Patient 4																
Patient 5																
Patient 6																
Patient 7																
Patient 8																
Patient 9																
Patient 10																
Total des O																
Total des N																
Total des NA																

Vos observations et commentaires pour l'ensemble de cette évaluation. Avez-vous mis en place des changements dans votre pratique ?

→

→

→