
Recommandations du groupe d'experts Code de bonne pratique FIM[®]/MIF pour le chapitre 2 « Utilisation de l'instrument FIM[®]/MIF »

Date 13 mars 2019
Auteur Groupe d'experts Code de bonne pratique FIM[®]/MIF

Situation Les recommandations suivantes pour le chapitre 2 ont été élaborées par le groupe d'experts Code de bonne pratique FIM[®]/MIF. Elles font office de code de bonne pratique auxiliaire et explicatif du manuel consacré au FIM[®]/MIF (version 5.2) et ont pour objectif de favoriser un relevé national uniforme des données du FIM[®]/MIF.

En principe, le relevé du FIM[®]/MIF doit se dérouler conformément aux critères du FIM[®]/MIF et dans le cadre d'une communication interdisciplinaire. La chronologie des informations suivante constitue la base des évaluations :

1. Observation directe
2. Entretien avec d'autres membres de l'équipe
3. Communication écrite

Toutes les personnes qui relèvent et/ou documentent le FIM[®]/MIF doivent être formées en permanence au FIM[®]/MIF.

Les problèmes du patient peuvent impacter sur plusieurs items, en particulier les items cognitifs.

L'évaluation des items cognitifs doit être effectuée conformément au manuel FIM[®]/MIF.

Contraintes temporelles du relevé

24 heures

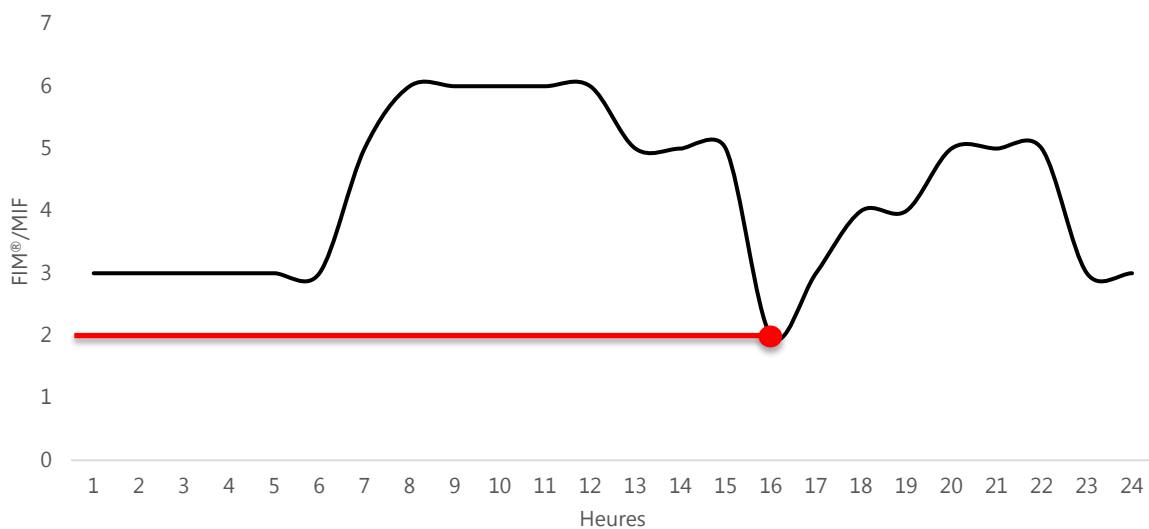
En principe, l'observation des activités de la vie quotidienne sur une période de 24 heures est déterminante pour l'évaluation d'un patient¹. En particulier le soir/la nuit ne sont souvent pas intégrés à l'évaluation (p.ex. dîner, se déshabiller le soir, transferts nocturnes aux toilettes, alimentation par sonde la nuit). Lors de changements d'équipe, il convient de s'assurer que la transmission des informations soit assurée.

L'évaluation des activités de la vie quotidienne sur une période de 24 heures doit par ailleurs impérativement inclure toute aggravation observée durant la journée suite à des thérapies éprouvantes.

Evaluation des épisodes sur une période de 24 heures

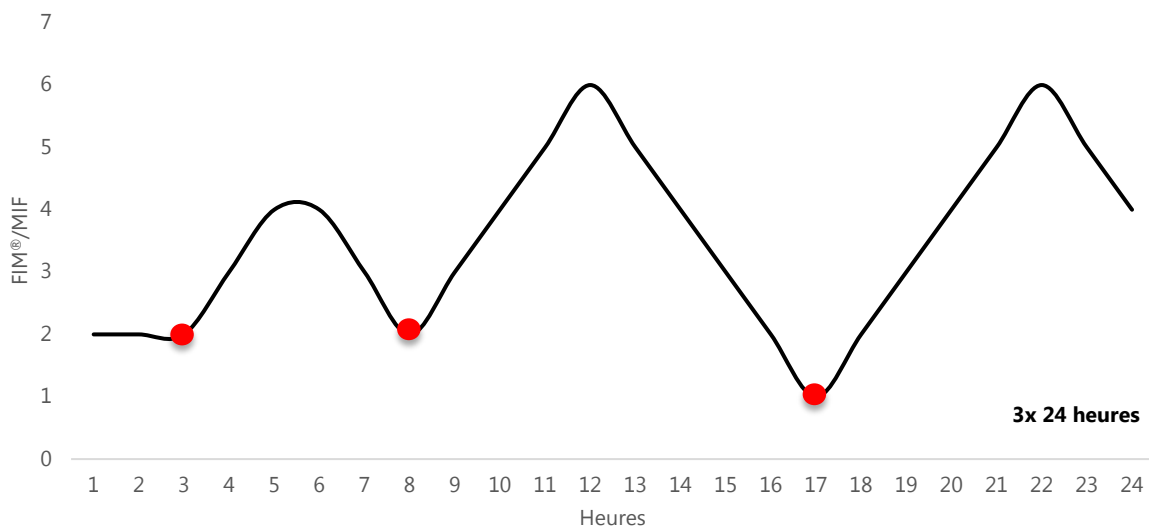
¹ Pour des raisons de lisibilité, seule la forme masculine est utilisée ci-après. Il va de soi qu'elle s'applique aux personnes des deux sexes.

Pour les items moteurs et liés à l'autosubsistance, l'épisode le plus grave est évalué sur une période de 24 heures.



Evaluation continuité sur une période de 24 heures

Pour les items cognitifs, l'évaluation porte sur le pourcentage de temps durant lequel le patient a besoin d'assistance au cours de la période de 24 heures.



72 heures

Les informations constituant la base des évaluations réalisées à l'admission et à la sortie doivent être documentées en langage FIM®/MIF afin qu'elles soient compréhensibles pour tous les groupes professionnels et que la cotation FIM®/MIF soit aussi simple et claire que possible.

Le FIM®/MIF à l'admission a lieu au plus tard le 3^{ème} jour de la réadaptation (cf. directive dans l'encadré p. 19).

Le FIM®/MIF de sortie est documenté le jour de la sortie.

Influence du cadre institutionnel

L'institution « entrave » en partie l'autonomie du patient. Ces limites institutionnelles peuvent, par exemple, être l'infrastructure architecturale, l'hygiène ou les processus cliniques. Dans ce contexte, l'équipe doit offrir un maximum d'autonomie au patient en ligne avec ses objectifs de réadaptation, et répondre aux directives institutionnelles de manière flexible.

Exemples :

- Mettre à disposition des serviettes/un tapis de douche qui, en raison de règles d'hygiène institutionnelles, ne sont pas disponibles dans la douche.
- Trouver une solution pour les produits d'hygiène personnelle du patient qui ne peuvent pas être rangés près du lavabo.

L'évaluation FIM®/MIF s'applique toutefois à la réelle performance du patient au sein du cadre institutionnel.

Items moteurs

Lorsqu'un patient a besoin d'être calmé, d'être touché ou d'une aide de contact par le personnel de soins pour effectuer des activités motrices de la vie quotidienne, il est coté au niveau 4.

Aide pour se lever

Lorsqu'un patient a besoin d'aide pour se lever, il est coté au niveau 3 ou moins, selon l'ampleur de l'aide requise pour se lever :

- Lorsqu'un patient a uniquement besoin d'aide pour soulever **un membre** – comme p.ex. pour lever une jambe lors d'un transfert au lit - le patient est coté au niveau 4.
- Lorsque le patient a besoin d'aide pour soulever **deux membres** - comme p.ex. pour lever les deux jambes dans le lit - le patient est coté au niveau 3.
- Lorsqu'un patient s'approche d'une chaise ou d'un lit sans assistance avec contact, mais qu'il a besoin d'une aide pour se lever **ou** s'asseoir, il est coté au niveau 3.
- Lorsqu'un patient s'approche d'une chaise ou d'un lit sans assistance avec contact, mais qu'il a besoin d'une aide pour se lever **et** s'asseoir, il est coté au niveau 2.
- Lorsqu'un patient a besoin de plus qu'une assistance avec contact pour s'approcher d'une chaise ou d'un lit, s'asseoir ou se lever, il convient de coter le niveau 1.

Transfert

- Lorsqu'un patient – indépendamment de sa capacité fonctionnelle - a besoin d'une assistance mécanique (p.ex., un élévateur) ou non mécanique pour le transfert en raison de problèmes médicaux, ce transfert n'est pas coté.
- Lorsqu'un élévateur est utilisé, le taux d'assistance resp. la propre performance du patient est évaluée en pourcents.

Vêtements

Lorsque les vêtements ont été adaptés en raison d'une limitation, ils sont considérés comme des dispositifs d'assistance. Les vêtements disponibles en « vente libre » tels que les chaussures à fermeture Velcro® ou pantalon à taille entièrement extensible ne sont pas des dispositifs d'assistance.