

International Encyclopedia of Rehabilitation

Copyright © 2010 by the Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE).

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or distributed in any form or by any means, or stored in a database or retrieval system without the prior written permission of the publisher, except as permitted under the United States Copyright Act of 1976.

Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE)

515 Kimball Tower

University at Buffalo, The State University of New York

Buffalo, NY 14214

E-mail: ub-cirrie@buffalo.edu

Web: <http://cirrie.buffalo.edu>

This publication of the Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange is supported by funds received from the National Institute on Disability and Rehabilitation Research of the U.S. Department of Education under grant number H133A050008. The opinions contained in this publication are those of the authors and do not necessarily reflect those of CIRRIE or the Department of Education.

Les transferts

Dr Catherine Sherrington, BAppSc (physiothérapie), MPH, PhD
Le George Institute for International Health, Sydney, Australie.

Aperçu

Les transferts du corps entre différentes surfaces ou positions est un aspect fondamental dans la réalisation des activités de la vie quotidienne. Certains professionnels et chercheurs du domaine de la santé estiment que l'acte de se mettre debout comme une forme de transfert, alors que d'autres utilisent le terme pour désigner le transfert du corps d'une surface vers une autre, que ce soit un fauteuil roulant, une chaise ou un cabinet de toilette.

Dans la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (CIF, <http://www.who.int/classifications/icf/en/>) (OMS 2002), le transfert est considéré comme un aspect de la mobilité dans la partie concernant les activités et la participation. Les personnes atteintes de multiples affections sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés à se transférer. Cet article de la présente encyclopédie internationale de la réadaptation vise à fournir un aperçu des exigences liées aux tâches de transfert, à examiner la place du transfert au sein de la CIF, à exposer les différentes stratégies d'intervention et à résumer les données probantes sur l'effet de l'entraînement dans le but d'améliorer la performance dans les transferts.

L'atteinte des capacités de transfert

Les capacités de transfert d'une personne peuvent être compromises pour diverses raisons, notamment la douleur, la faiblesse musculaire ou les problèmes d'activation musculaire, les contractures ou les amputations. Les personnes ayant subi une lésion médullaire, un traumatisme craniocérébral, ou qui sont atteints de paralysie cérébrale ou de sclérose en plaques peuvent éprouver des difficultés particulières à réaliser les tâches de transfert. Chez certaines personnes, cette limitation est permanente ou leur performance se détériore au fil du temps. Pour d'autres personnes, les problèmes de transfert sont temporaires et liés à une maladie chronique ou à une intervention chirurgicale qu'elles ont subie. Les facteurs environnementaux ont d'importantes répercussions sur la réalisation des transferts. Certains de ces facteurs peuvent rendre les tâches de transfert difficiles, voire impossibles. Par exemple, il se peut qu'une personne qui serait normalement capable de se transférer de façon autonome vers une chaise basse ou un petit cabinet de toilettes ne soit pas en mesure de le faire.

Le transfert dans la CIF

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (CIF, <http://www.who.int/classifications/icf/en/>) (OMS 2002) propose un langage uniformisé et normalisé, ainsi qu'un cadre de travail pour la description des états de santé et des états reliés à ceux-ci. Dans cette classification, le handicap et le fonctionnement sont perçus comme des incidences de l'interaction entre les problèmes de santé et des facteurs contextuels. La CIF établit trois niveaux du fonctionnement humain: 1) le fonctionnement sur le

plan corporel ou des parties du corps (déficiences), sur le plan de la personne entière (limitations d'activité) et sur le plan de la personne entière dans un contexte social (participation).

Dans la CIF, « se transférer » est considéré comme un aspect de la mobilité (chapitre 4), qui est l'un des 9 domaines que comporte le chapitre sur les activités et la participation. Le chapitre sur la mobilité porte sur «[sic] le mouvement en changeant de position du corps ou en allant d'un endroit à l'autre, en portant, transportant ou en manipulant des objets, en marchant, courant ou grimpant, et en utilisant divers moyens de transport ». Les capacités de transfert ont également des répercussions sur l'entretien personnel (chapitre 5) et sur les activités domestiques (chapitre 6). Les produits d'assistance employés pour faciliter les transferts sont classés dans le chapitre sur les facteurs environnementaux de la CIF. Le professionnel de la réadaptation doit tenir compte des rôles liés à l'entretien personnel et aux activités domestiques dans lesquels la personne se sert de ses capacités de transfert pour les évaluations ou les entraînements.

La tâche de transfert en tant qu'habileté motrice

La capacité de se transférer de façon sécuritaire entre différentes surfaces ou positions peut être perçue comme une habileté motrice, comme les autres activités quotidiennes telles que la marche ou la montée d'escaliers (Carr et Shepherd 1998). La réalisation des habiletés motrices comprend l'intégration de l'information fournie par l'environnement sur les exigences de la tâche à accomplir (p. ex., hauteur et stabilité des surfaces) et la sollicitation des muscles à une force d'intensité appropriée et de façon coordonnée pour accomplir la tâche. Les habiletés motrices nécessaires dans la vie courante peuvent être enseignées comme les activités que nous considérons couramment comme des habiletés, comme jouer au tennis. Des techniques comme l'exercice, la prestation de rétroaction et l'adaptation de l'environnement sont essentielles pour améliorer la réalisation des tâches motrices (Carr et Shepherd 1998).

Les interventions visant à améliorer les transferts

Étant donné que la capacité de transfert est influencée par les capacités physiologiques et cognitives de la personne, de même que par son environnement, les interventions dont le but est d'améliorer les transferts se concentrent sur la modification de l'environnement, de la personne ou sur une combinaison de ces deux aspects. Les interventions peuvent mettre l'accent sur l'habilitation de la personne au transfert plus aisé et plus autonome, ou encore, si cet objectif ne s'avère pas réaliste, sur l'entraînement des aides-soignants et des aidants à la réalisation de transfert au moyen d'aides techniques, comme le lève-personne.

Afin de mettre en œuvre une intervention visant à améliorer les transferts, le professionnel de la réadaptation doit d'abord procéder à une évaluation des facteurs limitant la réalisation des tâches de la personne, et à partir de cette évaluation, décider s'il est possible d'intervenir pour minimiser ces limitations. Ce processus doit être mené en collaboration avec la personne faisant l'objet de l'intervention et ses aides-soignants. L'intervention comprendra idéalement une visite du domicile ou du milieu de travail de la personne afin d'évaluer les exigences liées à ses activités de transfert quotidiennes. Ce processus doit être personnalisé étant donné que les personnes ayant le même type d'incapacités ne présentent pas forcément les mêmes contextes environnementaux et nécessitent donc des interventions différentes.

Les interventions sur le plan de la personne elle-même viseront les incapacités sous-jacentes aux difficultés éprouvées lors des transferts (p. ex., renforcement musculaire) ou l'entraînement d'habiletés et l'exercice de tâches. Les interventions sur le plan de l'environnement se concentreront sur la modification de l'environnement dans lequel les transferts doivent être réalisés (p. ex., en augmentant la hauteur des surfaces et de la position des objets) et sur la prestation d'équipement d'assistance aux transferts (p. ex., une planche de transfert pour aider la personne à faire glisser son corps d'une surface vers une autre).

Les interventions visant à améliorer la réalisation des transferts sur les plans de la personne et de l'environnement doivent s'effectuer simultanément. Si elles sont effectuées par des professionnels différents, ceux-ci doivent maintenir une liaison constante et établir des objectifs communs auxquels le client et les aides-soignants devraient participer, s'il y a lieu. En effet, il se peut que l'accent soit mis sur des interventions axées sur la personne au début du processus de réadaptation.

Les données probantes sur l'efficacité des interventions

Pour dresser rapidement un tableau des fondements théoriques actuellement disponibles sur l'efficacité des interventions visant à améliorer les transferts, une recherche dans la PEDro (Physiotherapy Evidence Database, www.pedro.org.au (Maher et coll. 2008)) a été effectuée en mai 2010. Le mot « *transfer* » a été combiné à diverses sous-disciplines au moyen des termes « *orthopedic* », « *neurological* » et « *gerontology* ». Les résultats d'essais contrôlés aléatoires portant un score de 5 sur 10 et plus (Maher et coll. 2003) et des recensions systématiques d'essais contrôlés aléatoires identifiés dans la base de données sont résumés brièvement ci-dessous. Bon nombre d'études considèrent les capacités de transfert comme l'un des éléments d'une mesure plus générique de résultats mixtes (Gill et coll. 2004). Ces études n'auraient toutefois pas été ciblées dans la technique de recherche utilisée.

La maladie de Parkinson

Dans une recension des données probantes sur les interventions en physiothérapie auprès des personnes atteintes de la maladie de Parkinson, Keus et ses collaborateurs (2007) ont conclu qu'au moins deux essais contrôlés aléatoires ont démontré que « l'application des stratégies du mouvement cognitif visant à améliorer les transferts » s'avérait efficace. D'après la conclusion de Kwakkel (2007), un nombre modéré de données probantes soutienne la valeur de la physiothérapie dans l'amélioration des transferts, mais soulèvent un certain nombre de questions sur la méthodologie employée.

La sclérose en plaques

Un essai contrôlé aléatoire a permis de constater que les capacités de transfert chez les personnes atteintes de sclérose en plaques peuvent être développées au moyen d'un programme de réadaptation individualisé (Khan et coll. 2008). Des exercices de renforcement musculaire ont également semblé jouer un rôle important dans l'entraînement aux transferts chez ces personnes (Harvey et coll. 1999).

Les interventions chirurgicales à la hanche et au genou

Quelques études ont démontré que le recours à des séances de physiothérapie deux fois par jour permettent aux personnes ayant subi une arthroplastie totale de la hanche de retrouver leur autonomie dans la réalisation de transferts plus rapidement que le recours à une seule séance par jour (Stockton et Mengersen 2009). Quant à eux, Oldmeadow et ses collaborateurs (2006) (2) ont constaté que les personnes ayant subi une intervention chirurgicale suivant une fracture de la hanche et qui ont recommencé à marcher après une semaine nécessitent moins d'assistance dans les transferts. De la même manière, les personnes ayant subi une arthroplastie totale de la hanche ou du genou qui commencent leur programme de réadaptation plus tôt (à la troisième journée plutôt qu'après une semaine) présentent de meilleures capacités de transfert (Munin et coll. 1998). D'autres études chez des personnes ayant subi une fracture de la hanche n'ont pas produit de résultats positifs (Lauridsen et coll. 2002, Naglie et coll. 2002). La prestation d'éducation et la pratique d'exercices avant l'intervention chirurgicale ont facilité la récupération de leurs capacités de transfert, mais cette différence s'est estompée avec le temps (Gocen et coll. 2004).

Conclusion

Les tâches de transfert sont fondamentales dans la vie quotidienne. Les interventions visant à les améliorer doivent tenir compte à la fois de la personne et de son environnement. De plus en plus de données scientifiques indiquent que les capacités de transfert peuvent être améliorées chez des personnes qui présentent un éventail de problèmes de santé.

Bibliographie

- Carr J, Shepherd R. 1998. Neurological Rehabilitation: Optimizing Motor Performance. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Peduzzi PN, Allore H, Van Ness PH. 2004. A prehabilitation program for the prevention of functional decline: effect on higher-level physical function. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 85:1043-1049.
- Gocen Z, Sen A, Unver B, Karatosun V, Gunal I. 2004. The effect of preoperative physiotherapy and education on the outcome of total hip replacement: a prospective randomized controlled trial Clinical Rehabilitation 18:353-358.
- Harvey L, Davies-Smith A, Jones R. 1999. The effect of weighted leg raises on quadriceps strength, EMG parameters and functional activities in people with multiple sclerosis. Physiotherapy 85:154-161.
- Keus SH, Bloem BR, Hendriks EJ, Bredero-Cohen AB, Munneke M. 2007. Evidence-based analysis of physical therapy in Parkinson's disease with recommendations for practice and research. Movement Disorders 22:451-460.
- Khan F, Pallant JF, Brand C, Kilpatrick TJ. 2008. Effectiveness of rehabilitation intervention in persons with multiple sclerosis: a randomised controlled trial. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 79:1230-1235.

- Kwakkel G, de Goede CJT, van Wegen EEH. 2007. Impact of physical therapy for Parkinson's disease: a critical review of the literature. *Parkinsonism & Related Disorders* S478-S487.
- Lauridsen UB, de la Cour BB, Gottschalck L, Svensson BH. 2002. Intensive physical therapy after hip fracture. A randomised clinical trial. *Danish Medical Bulletin* 49:70-72.
- Maher CG, Moseley AM, Sherrington C, Elkins MR, Herbert RD. 2008. A description of the trials, reviews, and practice guidelines indexed in the PEDro database. *Physical Therapy* 88:1068-1077.
- Maher CG, Sherrington C, Herbert RD, Moseley AM, Elkins M. 2003. Reliability of the PEDro scale for rating quality of randomized controlled trials. *Physical Therapy* 83:713-721.
- Munin MC, Rudy TE, Glynn NW, Crossett LS, Rubash HE. 1998. Early inpatient rehabilitation after elective hip and knee arthroplasty. *JAMA* 279:847-852.
- Naglie G, Tansey C, Kirkland JL, Ogilvie-Harris DJ, Detsky AS, Etchells E, Tomlinson G, O'Rourke K, Goldlist B. 2002. Interdisciplinary inpatient care for elderly people with hip fracture: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal [Journal de l'Association Medicale Canadienne]* 167:25-32.
- Oldmeadow LB, Edwards ER, Kimmel LA, Kipen E, Robertson VJ, Bailey MJ. 2006. No rest for the wounded: early ambulation after hip surgery accelerates recovery. *ANZ Journal of Surgery* 76: 607-611.
- Stockton KA, Mengersen KA. 2009. Effect of multiple physiotherapy sessions on functional outcomes in the initial postoperative period after primary total hip replacement: a randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 90:1652-1657.
- WHO. 2002. Towards a common language for functioning, disability and health: ICF.