

Zeitschrift:	Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti
Herausgeber:	Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band:	27 (1991)
Heft:	12
Artikel:	Neurologie : voies futures pour la gestion des patients
Autor:	Gowland, Carolyn
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-930091

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 29.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Neurologie: voies futures pour la gestion des patients

Carolyn Gowland, Université McMaster, Hamilton, Ontario, Canada

La part des services rentables qui correspondent aux besoins des bénéficiaires constitue la ligne de force des soins médicaux pour les années 90. Dans le domaine de la réhabilitation, les bénéficiaires cherchent à optimiser l'habileté, les fonctions corporelles et l'autonomie afin d'interagir efficacement avec leur environnement et d'accomplir les rôles de la vie quotidienne qu'ils ont choisis [1]. Les physiothérapeutes qui soignent des individus souffrant de troubles neurologiques doivent comprendre ces prémisses et agir en conséquence. L'objet de cette étude est d'explorer quatre questions majeures qu'il faut considérer si l'on veut s'occuper de la réalité des prestations de service propre à cette décennie. Ces questions sont discutées sous quatre rubriques – les quatre «e» – excellence, efficacité, évaluation et efficience.

Excellence

Un modèle excellent de prestation de service exigera un consensus au sujet du cadre général. L'Organisation Mondiale de la Santé fournit un tel cadre: la classification internationale de l'infirmité, de l'invalidité et du handicap (ICIDH). Comme ce cadre prend en considération les conséquences de la maladie en plus de la maladie elle-même, et que ce sont ces conséquences qui font intrusion dans la vie de tous les jours, spécialement dans le cas de troubles chroniques, progressifs ou irréversibles, il a été largement accepté dans le domaine de la réhabilitation. Cette classification de l'OMS propose des distinctions entre les trois termes clés:

- **Infirmité** (impairment): perte ou anomalie d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique.
- **Invalidité** (disability): restriction ou défaut de capacité pour accomplir une activité de la manière ou dans la mesure qui est considérée comme normale. L'invalidité représente un écart par rapport à la norme en termes de performances de l'individu, opposées à celles d'un organe ou d'un système.
- **Handicap**: désavantage pour un individu donné, résultant d'une infirmité ou d'une invalidité, qui limite ou fait obstacle à l'accomplissement d'un rôle qui est normal pour cet individu.

<i>Maladie ou trouble neurologique</i>	
<i>Infirmités sensori-motrices et indirectes</i>	
contrôle de l'attitude	contractures
mouvements volontaires	coordination
tonus / paralysie	mouvements involontaires
	forme physique
<i>Invalidité physique</i>	
soins personnels	bras et main
fonction motrice brute	fonction
locomotion	mobilité
<i>Handicaps physiques</i>	
indépendance physique	mobilité

vidu indépendant de l'âge, du sexe, de facteurs sociaux et culturels.

Ces distinctions sont utiles sur le plan clinique parce que, bien que les trois paramètres soient liés, chacun est unique et leurs relations ne sont pas linéaires. L'amplitude du handicap résulte de l'interaction des deux premiers avec l'environnement physique de l'individu, son cadre social et économique et avec les ressources disponibles. Chaque paramètre devrait être considéré quand on projette et évalue les effets d'un traitement. Bien que tous les handicaps doivent être considérés dans la gestion globale du patient, les grandes préoccupations en

physiothérapie sont l'indépendance physique et la mobilité plus que l'orientation, l'occupation, l'intégration sociale ou l'autonomie économique. Les types d'infirmité et d'invalidité qui sont en rapport avec les handicaps physiques sont représentés dans la figure suivante: (voir Tableau)

Quand on le considère en conjonction avec une connaissance du contrôle moteur et de l'apprentissage moteur, ainsi qu'avec les traits saillants de la cognition, de la communication et du comportement, ce cadre de classification peut fournir les éléments de base d'un modèle pratique efficace. Par exemple, considérons l'individu qui a eu une attaque bénigne et dont l'objectif est de rejouer au golf. Des perturbations bénignes dans le contrôle de l'attitude et les mouvements volontaires entraînent que la locomotion est touchée et que la fonction du bras entrave la mobilité. En appliquant les principes de l'apprentissage moteur, ce patient peut très bien jouer à nouveau au golf s'il est guidé par des conseils pertinents (communication) et s'il pratique des activités appropriées (comportement).

Efficacité

Traditionnellement, la pratique clinique s'est basée sur l'observation et l'expérience en ayant peu d'égard pour une systématisation et une justification scientifique. Ceci n'est plus considéré comme suffisant et les cliniciens sont maintenant sommés par les administrateurs et les corps d'accréditation de fournir une preuve de l'efficacité des thérapies et des programmes qu'ils proposent.

L'information sur l'efficacité vient de trois sources: une théorie valide, une preuve dans la littérature de recherche et une démonstration dans la mise en œuvre clinique. Premièrement, il est décisif que nos thérapies soient basées sur des théories valides et sondent les modèles théoriques. Comme résultat du développement et de la mise à l'épreuve de théories scientifiques, il faut faire progresser le corps des connaissances qui se concentrent sur les mécanismes sous-jacents des infirmités, de l'invalidité et des handicaps, et l'appliquer au développement de stra-

tégies appropriées d'intervention [1]. En physiothérapie pédiatrique, les Américains ont publié récemment un consensus selon lequel «la base théorique actuelle à la fois pour la dysfonction motrice et son traitement tel qu'il est présenté dans la littérature de l'entraînement physique ne reflète pas le savoir scientifique le plus récent sur le plan du contrôle et de l'apprentissage moteurs (normaux et pathologiques). Une révision significative de la base théorique (...) est nécessaire.» Dans le domaine de la neurologie adulte, des vues similaires semblent évidentes et ont été constamment répétées lors de la Conférence en deux volets qui s'est tenue à Oklahoma en 1990, sur la gestion contemporaine des problèmes de contrôle moteur résultant de lésions CNS.

Toutefois, une thérapie qui est dérivée par induction d'une théorie valide seule peut ne pas être efficace, et démontrer la validité du raisonnement théorique ne fournit pas une preuve suffisante d'efficacité. La seconde source d'information, et finalement la plus essentielle, vient directement de la littérature qui traite de l'efficacité. Le système permettant d'estimer le niveau de preuve, développé à l'origine par Sackett et modifié pour les rapports du consensus pédiatrique, est tout à fait utile à cette fin. Les niveaux de preuve sont définis comme suit:

- **Niveau A:** appuyé sur une ou plusieurs études bien contrôlées avec une haute définition statistique.
- **Niveau B:** appuyé sur au moins une étude employant des groupes de contrôle distribués au hasard.
- **Niveau C:** appuyé sur une ou plusieurs études n'ayant pas de groupes de contrôle distribués au hasard, tels qu'avant-projet de recherche portant sur un sujet isolé.

En physiothérapie neurologique, il y a peu de preuves (voire aucune) de niveau A pour appuyer l'efficacité des pratiques thérapeutiques, de l'entraînement de la condition physique ou de modalités thérapeutiques spécifiques, quand l'intérêt se porte sur l'invalidité ou le handicap. Bien que de multiples études aient été effectuées pour examiner l'efficacité du NDT, du bio-feedback EMG, de l'intervention précoce, des techniques facilitantes et de la stimulation électrique des fonctions, les résultats d'ensemble des études qui ont employé une distribution au hasard furent probablement autant

négatifs que positifs. La littérature actuelle qui traite de l'efficacité et qui s'occupe du traitement de l'invalidité et du handicap physique chez les individus souffrant d'une dysfonction CNS ne fournit pas de preuve suffisante d'efficacité de niveau A pour guider la pratique. Une bibliographie considérablement accrue est nécessaire.

Comme la littérature traitant de l'efficacité est incapable de guider la pratique à l'heure actuelle, il faut compter sur une troisième source d'information — la preuve directe de l'efficacité, obtenue dans la mise en œuvre clinique. Dans le but de choisir les interventions du traitement, les thérapeutes doivent extrapoler, à partir de ce qu'ils croient juste pour les autres patients, ce qui est probablement juste pour le patient qu'ils se proposent de traiter.

Pour chacun de ces trois types d'information, l'évaluation sous forme de mesures valides est essentielle.

Evaluation

Le besoin de mesures standardisées et objectives aux propriétés psychométriques appropriées a été reconnu depuis longtemps par ceux qui font de la recherche formelle. La reconnaissance de ce besoin s'est maintenant étendue au département de physiothérapie. Des propriétés adéquates pour la mise en œuvre clinique comprennent un service clinique de mesures, la construction, la standardisation, la fiabilité et l'affection d'une échelle. Des mesures sont nécessaires pour trois objectifs distincts: (i) distinguer ou relever les différences entre individus aux fins d'identification du problème, de fixation d'un objectif et du choix d'un traitement, (ii) faire des prédictions en identifiant les facteurs qui sont associés à une bonne réponse ou à une population à haut risque exigeant des soins spécialisés, et (iii) évaluer, afin de déterminer si un changement clinique important, changement qui est d'une valeur réelle pour le patient et la société, a eu lieu dans le temps. Cela s'effectue en inférant les effets de traitement à partir des différences de groupe.

Comme des mesures correctement conçues et validées deviennent disponibles, telles que ce que nous avons dans des conditions comme l'attaque et la paralysie cérébrale, les moyens non objectifs de décrire les patients et d'établir les changements doivent être écartés.

Efficience

Une évaluation du rendement demande si «telle procédure, tel service ou tel pro-

gramme sanitaire vaut la peine d'être accompli en comparaison avec d'autres choses que l'on pourrait faire avec les mêmes ressources.» «Pourquoi est-ce que l'évaluation de l'efficience est si importante? Pour le dire simplement, les ressources — personnes, temps, installations, équipement et savoir — sont peu abondantes et des choix doivent être et seront faits concernant leur déploiement.» Sans une analyse systématique, il est difficile d'identifier clairement les solutions pertinentes. Deux traits caractérisent une analyse économique ou de rendement: premièrement, elle s'occupe à la fois des coûts et des résultats sanitaires; deuxièmement, elle s'intéresse aux choix. Elle peut être définie comme l'analyse comparative de lignes de conduite possibles dans les termes aussi bien de leurs coûts que de leurs conséquences.

La physiothérapie à ce jour ne s'est pas intéressée à une analyse de rendement, mais en raison des changements actuels dans le secteur des soins sanitaires, nous devons maintenant nous y intéresser. Il y aura un certain temps avant qu'une analyse économique systématique guide la pratique de manière générale, mais nous voyons de plus en plus d'exemples où les programmes sont coupés, programmes de physiothérapie y compris, parce qu'une information sur la rentabilité relative n'est pas disponible. A un moment où, à cause d'une médecine de haute technologie et de coût élevé, des choix difficiles sont souvent faits sans contribution de notre part, il y a matière à inquiétude. Sur une note moins effrayante, dans sa forme la plus simple, on peut songer à l'analyse de l'efficience comme à la somme de temps consacré par le thérapeute dans le but d'atteindre des résultats spécifiques à un patient. Des résultats tels que le degré d'autonomie dans l'indépendance et la mobilité physique. Cela peut être facilement mesuré maintenant, et étant donné la pression de plus en plus forte sur la main-d'œuvre dans la profession, la part des thérapies qui demandent du temps en n'ayant que peu ou pas d'impact sur le résultat devrait être abandonnée, afin d'offrir des services accrus dans les domaines qui se montrent rentables.

Pour résumer, il y aura plus de services rentables qui correspondront aux besoins des individus souffrant de désordres neurologiques si nous prenons en considération les quatre «e» — excellence, efficacité, évaluation et efficience.

Vorbeugung ein Gebot der Zeit

Alle sprechen von Vorbeugung! Informieren Sie sich und Ihre Patienten über die vielseitigen prophylaktischen und therapeutischen Möglichkeiten der **erschütterungsdämpfenden VISCOLAS-Produkten.**



VISTA Hi-Tech AG
4513 **Langendorf-**
Solothurn
Telefon 065 38 29 14

VISTA Hi-Tech SA
Rue des Longschaamps 28
CH-2014 Bôle-Neuchâtel
Téléphone 038 41 42 52

Le concept d'assurance FSP – une solution pratique pour les physiothérapeutes.
Elaboré en collaboration avec



Toutes les questions d'assurances (sous le même toit...)

Grâce au concept d'assurances élaboré par la FSP en collaboration étroite avec la Mobilière Suisse, Société d'assurances, la Rentenanstalt et la caisse-maladie Sanitas, nous proposons désormais aux membres de la Fédération et à leurs familles des prestations de services couvrant la totalité du thème (assurances). De A à Z! Nous allons continuer, d'entente avec nos partenaires, à améliorer ce concept et à le compléter au besoin.

C'est volontiers que nous vous fournirons les informations dont vous pourriez avoir besoin ou répondrons aux questions concrètes que vous vous posez. En toute neutralité et avec compétence. Et gratuitement, par dessus le marché!



Bureau des assurances FSP
Case postale 3190
6210 Sursee
Téléphone 045/21 91 16, télécopie 045/21 00 66

La prévention a de l'avenir

VISCOLAS, plus qu'un matériau, un concept

VISCOLAS, mehr als ein *Produkt, ein Konzept*

Tous parlent de prévention! Informez-vous et informez vos patients des possibilités prophylactiques et thérapeutiques des **matériaux anti-chocs VISCOLAS.**

Viscolas

Senden Sie mir Ihr VISCOLAS-Dossier.

Envoyez-moi votre dossier VISCOLAS.

Name/Nom:

Strasse/Rue:

PLZ/NP / Ort/Lieu:

Tel./Tél.: