

Zeitschrift:	Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber:	Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band:	30 (1994)
Heft:	1
Artikel:	Le processus de décision en physiothérapie entre le moment où le patient nous est confié et son traitement : une synthèse (?)
Autor:	Hengeveld, Elly
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-929303

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: 05.02.2026

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

PRAXIS

Le processus de décision en physiothérapie entre le moment où le patient nous est confié et son traitement – une synthèse (?)

Le but du présent article est de donner l'occasion aux médecins de réfléchir davantage à la manière de penser et d'agir qui est la nôtre. Les médecins et les physiothérapeutes, il est vrai, semblent fréquemment vivre dans «deux mondes différents», les mesures choisies par les physiothérapeutes étant bien souvent désapprouvées par les médecins même si elles permettent d'atteindre le but du traitement. Que sait le groupe des médecins du travail accompli par les physiothérapeutes et que savent ces derniers du travail accompli par les médecins, nous l'ignorons généralement. Si, dès lors, nous autres physiothérapeutes souhaitons exercer notre activité avec plus de liberté et de responsabilité personnelle, nous devons commencer par informer les médecins - leur faisant comprendre ainsi que nous méritons qu'on nous fasse confiance en ce qui concerne la manière d'organiser le traitement, que nous sommes conscients des limites de notre travail et que nous sommes toujours disposés à collaborer.

Voici donc mes propres réflexions à ce sujet, que je présente à titre de suggestions en vue d'une meilleure compréhension à l'intérieur des différentes possibilités de traitement:

Je sais parfaitement qu'il n'y a rien de véritablement nouveau dans ce que j'avance ici. Mon propos, avec cet article, est de fournir un certain nombre d'arguments concernant notre manière de représenter et – le cas échéant – de défendre plus efficacement notre travail envers les tiers. A l'avenir, il ne sera vraisemblablement plus suffisant d'entretenir de bons rapports avec les médecins qui nous confient leurs patients. Sans doute serons-nous de plus en plus appelés à défendre notre profession et à nous présenter envers les tiers parfaitement unis. J'ai l'impression, en effet, que nous autres physiothérapeutes avons la fâcheuse tendance d'accepter qu'on se serve de nous les uns contre les autres, surtout lorsqu'il s'agit du choix des mesures requises. Cette situation affaiblit notre profession et je pense qu'il existe d'autres groupes professionnels qui n'hé-

siteraient pas un instant à adopter nos mesures de traitement! Selon moi, nous autres physiothérapeutes devons être considérés comme des experts en matière de dysfonctions de l'appareil locomoteur et c'est donc bien à ce titre qu'il nous faut «vendre» la compétence qui est la nôtre. Et cela – précisons-le – ne dépend pas des seules personnes qui s'engagent sur le plan politique puisque les processus de prise de conscience commencent au lieu même où s'accomplit le travail: dans nos entretiens entre physiothérapeutes, dans les discussions avec les médecins et dans la communication avec les patients.

Notre profession a énormément évolué durant les cinquante dernières années. Si, avant la seconde guerre mondiale, la physiothérapie était encore essentiellement axée sur la gymnastique et le massage suédois, depuis, les méthodes utilisées se sont beaucoup diversifiées avec l'essor de la réhabilitation neurologique, des traitements orthopédiques (dont notamment la thérapie manuelle) et de la physiothérapie respiratoire.

D'une profession relativement dépendante – réduite à recevoir des ordres –, la physiothérapie s'est ainsi peu à peu transformée en une profession indépendante ayant ses propres points de vue et arguments et relevant à ses propres «problem solving processes».

De tels développements sont souvent porteurs de conflits dans la mesure où les personnes extérieures à la profession, ignorant les changements en cours, risquent d'attendre et d'exiger de nous des prestations qui ne sont plus vraiment en accord avec notre profession alors que nous aussi, de notre côté, nous

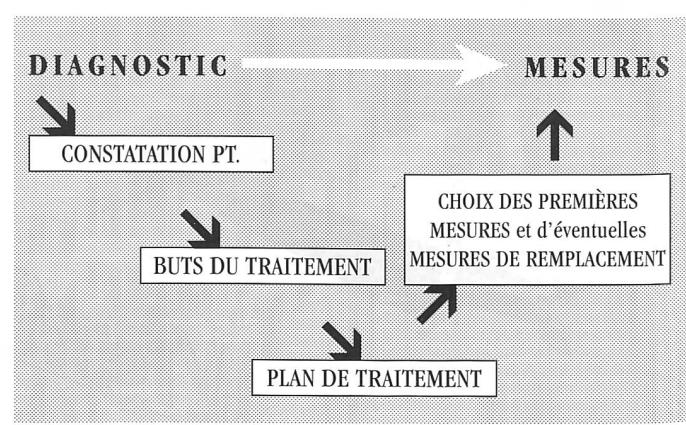
n'avons plus les mêmes attentes et exigences à l'égard du «monde extérieur», à savoir les médecins.

L'ordonnance du 25 mai 1971 sur les physiothérapeutes du canton de Berne disait, entre autres: «[...] les traitements de malades et d'accidentés ne peuvent se faire que sur ordonnance [...]», d'où la nécessité, pour les physiothérapeutes, d'obtenir des ordonnances pour l'ensemble des traitements et d'effectuer ces derniers conformément aux ordonnances reçues.

A l'époque, les mesures physiothérapeutiques étaient donc exécutées dès l'ordonnance et, donc, le diagnostic communiqué: c'était la «physiothérapie sur ordonnance».

Mais la situation a bien changé depuis et, aujourd'hui, ce sont souvent les médecins eux-mêmes qui nous demandent ce qu'ils doivent «prescrire» et nous laissent le soin de choisir les méthodes de traitement adéquates.

De nos jours, le choix des mesures se passe de plus en plus de la façon suivante:



Autrement dit, avant d'exécuter une mesure conformément à l'ordonnance du médecin, nous commençons par procéder à notre propre constat du point de vue de la physiothérapie, puis nous nous en servons pour définir les buts du traitement, établir le plan de traitement et choisir les premières mesures à effectuer.

Dans le canton de Berne, cette manière de procéder est d'ailleurs fixée dans l'Ordonnance sur les physiothérapeutes depuis 1988 déjà et, pourtant, bien des médecins et même des physiothérapeutes l'ignorent:

«[...] Les traitements physiothérapeutiques ne peuvent être effectués que sur l'ordre du médecin ou chez les patients qui ont été adressés au physiothérapeute par un chiropraticien. L'organisation des mesures physiothérapeutiques et le choix des techniques et des moyens appropriés incombent au physiothérapeute qui en décide après entente avec le médecin qui a rédigé l'ordonnance [...]»

(Amtsblatt des Kantons Bern, mercredi 10 août 1988)

J'en déduis que le médecin se charge de prescrire un traitement et que le chiropraticien ne fait qu'adresser le patient au physiothérapeute, sans devoir simultanément prescrire les mesures à effectuer.

Il appartient donc à nous, en notre qualité de physiothérapeutes, de choisir les mesures adéquates et d'établir le plan de traitement. Si nous voulons effectuer des mesures différentes de celles prescrites par le médecin, nous devons prendre contact avec ce dernier à leur sujet.

Il appartient à nous, conformément à la loi, de nous en entretenir avec le médecin. C'est pourquoi nous devons nous «armer» d'arguments solides sans dépasser les limites de notre do-

maine d'attributions ni restreindre celui du médecin.

(Ne ferait-on pas mieux, dans ce contexte, d'abandonner le terme d'«ordonnance» et de ne considérer plus que le fait que le patient nous a été adressé par le médecin?)

Le constat physiothérapeutique

Interrogés sur les raisons pour lesquelles les physiothérapeutes doivent eux aussi procéder à un constat, de futurs physiothérapeutes faisant leurs études à Berne ont le plus souvent répondu, d'une part, qu'il s'agit de vérifier le diagnostic du médecin et, d'autre part, que le diagnostic du médecin ne fournit fréquemment pas toutes les informations requises ou qu'il n'est pas suffisamment clair dans certains cas. Cet argument n'est évidemment pas accepté par les médecins et je trouve cela tout à fait compréhensible. A mon avis, ce n'est pas au physiothérapeute qu'il appartient d'établir le diagnostic. Cela dit, il n'en reste pas moins que les données provenant de mon propre constat peuvent fournir des indications au sujet d'un diagnostic donné.

Dans certaines situations, je me sens d'ailleurs obligée d'en informer immédiatement le médecin même si cela risque de déclencher un conflit.

Si nous ne nous basons pas sur le diagnostic pour effectuer un traitement donné, sur quoi nous basons-nous donc?

Chez chaque patient, chaque diagnostic correspond à un tableau clinique différent. Dans notre propre constat, nous recueillons des paramètres en rapport avec ce tableau clinique. Si le médecin me dit, par exemple, que l'élévation à 90° est restreinte, je ne pourrai pas tout simplement me contenter de cette infor-

mation, mais devrai moi-même me rendre compte de l'état concret du patient. Autrement dit, si le traitement prévu doit permettre d'améliorer à la fois la mobilité et la qualité des mouvements, je devrai moi-même avoir perçu la sensation finale d'un mouvement et avoir observé la qualité des mouvements effectués.

Notre constat n'est donc pas orienté vers le diagnostic, mais vers le but d'effectuer le traitement adéquat.

Cela dit, notre constat devra également servir à déterminer s'il

PRAXIS

existe des contre-indications au traitement (ou à l'une des mesures prévues) ou si des précautions particulières s'imposent. Inutile de préciser qu'en pareil cas, il nous faudra prendre contact avec le médecin qui nous a confié le patient.

Buts d'un constat physiothérapeutique:

- paramètres pour le contrôle des résultats (anamnèse, inspection, examen fonctionnel)
- contre-indications possibles
- précautions particulières
- réflexions concernant ce qu'il faut traiter
 - buts du traitement
 - plan de traitement
- réflexions concernant la manière dont il faut le traiter
 - dosage du traitement
 - (dépendant de la douleur, de la résistance physique générale, de la nature du problème, de la pathologie, de la phase du problème, etc.)
- hypothèses concernant les causes possibles des symptômes et des signes du patient

Buts du traitement, plan de traitement

D'une façon sommaire, nous pouvons dire que le but final de tout traitement physiothérapeutique est la «fonction». Très fréquemment, notre tâche est bien de rétablir la «fonction» malgré le diagnostic établi (exemples: CVI, arthrose, HD lombaire, emphysème pulmonaire, etc.). Au cours de la formation de base, nous apprenons aujourd'hui à formuler les buts proches et lointains. Voici, en fonction de leur importance, l'ordre possible des différents buts d'un traitement physiothérapeutique:

Buts:

1. Suppression des phénomènes douloureux (analgésie)
2. «Normalisation» des composantes de la fonction
 - a) conductibilité neurale (centrale, périphérique)
 - b) mobilité des articulations et des structures neurales
 - c) fonctions des muscles: longueur, force, endurance, coordination
3. «Rééducation» fonctionnelle

(attitude, endurance, coordination de types de mouvements, respiration, détente, perception du corps, entraînement cardio-vasculaire, etc.)

PRAXIS

La pondération des buts varie suivant la situation clinique. Durant la phase initiale d'une série de traitements, le but principal à atteindre est le plus souvent l'atténuation des phénomènes douloureux mais, une fois cet objectif atteint, il convient d'adapter les buts à l'état clinique actuel du patient. A partir de ce moment là, le traitement est généralement davantage orienté vers la normalisation des composantes de la fonction et il est alors souhaitable d'adapter à la résistance physique du patient également – par exemple – les mesures ergonomiques que nous utilisons.

Il nous faut constamment nous adapter à la situation présente du patient (nouveau constat: comparaison des paramètres définis durant le premier constat!) pour conserver le contrôle du déroulement du traitement. C'est pourquoi, selon moi, il n'est plus possible de nos jours de fixer pour le premier traitement une série de mesures comportant par exemple 12x la fangothérapie et le massage. Le massage lui aussi doit être adapté à la situation momentanée du patient. Il se peut qu'après un certain nombre de traitements, il ne constitue plus la mesure principale (par exemple si le but du massage a déjà été atteint en grande partie) et que le moment soit alors venu de le remplacer par des mesures kinésithérapeutiques.

En fonction des priorités des buts, il est procédé à l'établissement du plan de traitement et à la formulation des buts proches et lointains. Aussi longtemps que les buts fixés sont atteints, c'est à nous qu'il doit appartenir de décider quelles mesures d'une

série de traitements nous effectuons et à quel moment nous le faisons. Bien sûr, il sera utile d'informer le médecin de l'état du traitement en cours, mais cela avant tout pour faciliter la collaboration médecin-patient-physiothérapeute.

Choix des mesures: priorité donnée aux buts et non aux mesures elles-mêmes!

Lorsqu'un médecin nous demande si nous pouvons effectuer une mesure donnée chez un patient, de notre côté, il nous faut immédiatement demander quel est le BUT de cette mesure. Si nous souhaitons utiliser une autre méthode (par exemple vibrations au lieu du tapotage...), nous pouvons alors lui expliquer compte tenu du but en question pourquoi cette méthode nous paraît plus adaptée dans ce cas. De cette façon, le médecin n'aura pas l'impression que nous nous permettons tout simplement de ne pas exécuter ses ordres et il verra simultanément que nous prenons notre travail très au sérieux, souhaitant offrir à nos patients le traitement le plus efficace possible.

Nous disposons d'un choix presque infini de méthodes. Ce qu'il nous faut, c'est examiner chacune de ces méthodes en ce

qui concerne son efficacité. Notre travail quotidien constitue le cadre idéal pour cet examen dans la mesure où, après avoir effectué une mesure donnée, nous vérifions si le but fixé a été atteint. C'est ce qu'on appelle un «nouveau constat».

Les signes d'une amélioration (ou d'une aggravation!) sont reconnus sur la base de l'anamnèse et des tests fonctionnels.

Il n'est pas question de travailler sans le médecin

Si je ne souhaite pas travailler sans le médecin, je souhaite toutefois que celui-ci me confie le patient non pas en m'imposant les mesures à effectuer, mais en me communiquant son diagnostic et les diagnostics accessoires, les éventuelles contre-indications et précautions accompagnées des motifs, les buts de la physiothérapie de son propre point de vue ainsi que ses mesures physiothérapeutiques préférées. De mon côté, je me charge de prendre contact avec le médecin si des modifications défavorables devaient apparaître compte tenu de mon constat ou du déroulement ultérieur du traitement. Personnellement, j'ai pris l'habitude de faire cela par écrit pour permettre au médecin de compléter ses données concernant le cas en

question par mes propres observations.

Eléments à fournir par le médecin qui nous confie le patient:

- diagnostic
- diagnostics accessoires éventuels
- contre-indications
- précautions à prendre pour certaines mesures PT
- buts
- évent.: mesures préférées

L'établissement du diagnostic n'est pas notre tâche en notre qualité de physiothérapeutes. De plus, nous ne disposons pas de méthodes de radiographie et de laboratoire nous permettant de déterminer d'éventuelles contre-indications et précautions particulières à prendre.

Cela dit, j'espère qu'à l'avenir, je bénéficierai de plus de liberté d'action pour choisir moi-même les méthodes physiothérapeutiques appropriées et établir le plan de traitement requis. A mon avis, nous n'atteindrons ce but qu'à condition de maintenir et d'intensifier de façon compétente notre communication avec les médecins. Ce faisant, il nous faudra montrer que nous nous considérons comme des experts en matière de dysfonctions de l'appareil locomoteur, que nous connaissons parfaitement le domaine d'attributions qui est le nôtre, que nous respectons le domaine d'attributions du médecin et que nous sommes capables de reconnaître également les limites de notre travail (dans le cas de situations signalant l'existence possible de contre-indications ou de précautions à prendre pour certaines mesures thérapeutiques).

Signes d'une éventuelle modification dans le nouveau constat:

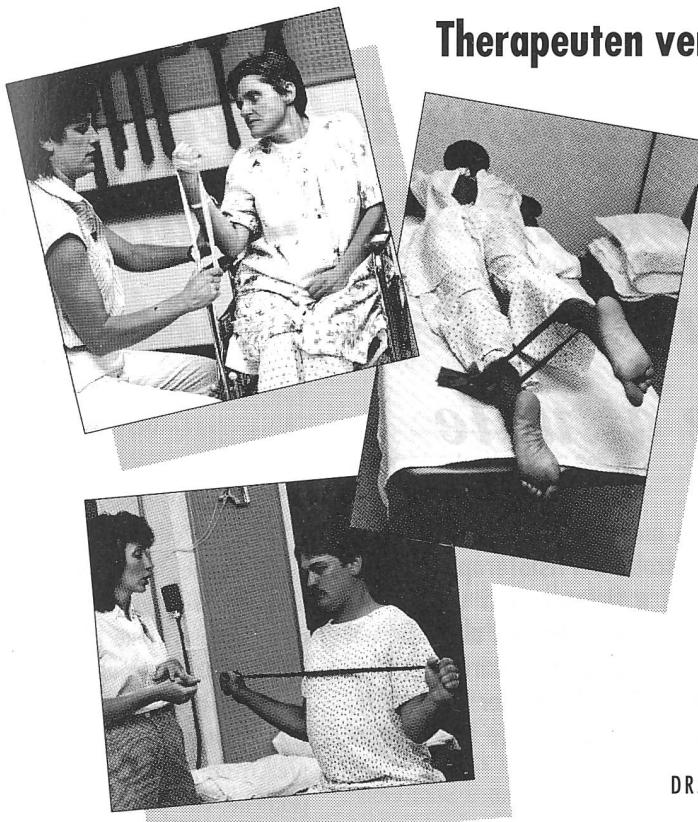
Anamnèse:

- diminution de l'intensité de la douleur
- rétrécissement de la zone touchée par le symptôme
- diminution de la fréquence de l'apparition du symptôme
- amélioration des fonctions dans la vie de tous les jours

Tests fonctionnels:

- modification au niveau de la qualité, de la quantité et, éventuellement, du comportement du symptôme dans un mouvement

THERA-BAND®



Therapeuten vertrauen THERA-BAND®... dafür sprechen viele Gründe.

Elastisches Übungsband für aktive und abstuftbare Widerstandsübungen – bewährt in der Orthopädie, der Rehabilitation und der postoperativen Mobilisation – preiswert, wirksam und vielseitig.

THERA-BAND® kann unter Anleitung auch vom Patienten selber eingesetzt werden.

THERA-BAND® gibt es in 7 abgestuften Zugstärken (durch Farben leicht zu unterscheiden), in 2 verschiedenen Längen.

Dank der Kreativität vieler Therapeuten werden immer wieder neuartige Anwendungarten entwickelt.

THERA-BAND® samt Gratis-Anleitung mit vielen Anregungen, können Sie telefonisch bei uns bestellen: ☎ 01 945 18 80.

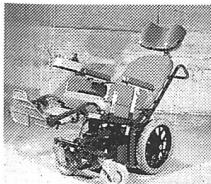
DR. BLATTER

REHABILITATIONS-TECHNIK

DR. BLATTER AG • CHRIESBAUMSTRASSE 2 • 8604 VOLKETSWIL
TELEFON (01) 945 18 80 • TELEFAX (01) 946 02 95



z.B.: PP Skandi



entwickelt und fabriziert
für Sie in der Schweiz

- NEU auch mit Relaxlift, kaum sichtbar, Hub 23 cm
- einmalig wendig und schmal
- Breite nur 55 cm
- grosse Räder vorne oder hinten
- für Innen- oder Ausseneinsatz
- elegantes Design
- KOMFORTSITZ MIT VIELEN VERSTELL-MÖGLICHKEITEN, AUF WUNSCH AUCH ELEKTRISCH

Power Push AG
6064 Kerns
Telefon 041-60 96 66

PH-01/94

BUCK DICH NICHT!

«Ärztliche Anleitung
für die richtige Haltung und Bewegung
der Wirbelsäule»

Dr. Peter Schleuter

Broschüre mit 40 Seiten Inhalt. In dieser Broschüre wird deutlich gemacht, dass vor allem Belastungen des Alltags und banale Alltagsbewegungen in ihrer Summation zu Rückenbeschwerden führen.

Anhand von Beispielen werden falsche Bewegungen erklärt und die richtigen Bewegungen aufgezeigt. SFr. 21.50

Einsenden an:
Remed Verlags AG, Postfach 2017
CH-6302 Zug/Schweiz

Senden Sie mir gegen Nachnahme	Broschüren SFr. 21.50	Land
Anzahl	+ Verpackung und Versandspesen	
Name/Vorname	Strasse	Ort
	PLZ	

2/93

Sitzen Sie eigentlich richtig?



Der Rücken wird
optimal gestützt
und entlastet.

Die SPINA-BAC-Rückenstütze ist von medizinischen und therapeutischen Fachleuten als wirksames Hilfsmittel zur Entlastung des Rückens im Kampf gegen Rückenbeschwerden anerkannt.

- Leicht mitzutragen
- Regulierbar in 6 Positionen
- Für alle Stühle geeignet
- Jetzt mit Lammfellüberzug und Wechselmagnet erhältlich

SPINA-BAC

verwöhnt Ihren Rücken

Bitte senden Sie mir unverbindlich:

- Gratisprospekt mit ausführlichen Informationen
- 14 Tage zur Probe ein SPINA-BAC in folgender Ausführung:
Farbe:
■ schwarz ■ blaugrau ■ braun
NEU ■ grüngrau
■ mit Riemen ■ ohne Riemen
■ Lammfell und Magnet

Name:

Adresse:

REGULIERBAR
FÜR JEDEN RÜCKEN

8/93

Einsenden an:
SPINA-BAC SCHWEIZ, Bantech Medical
Tödistrasse 50, 8633 Wolfhausen
Telefon 055 - 38 29 88, Telefax 055 - 38 31 33