Zeitschrift: Fisio active

Herausgeber: Schweizer Physiotherapie Verband

Band: 39 (2003)

Heft: 9

Artikel: Présentation d'un bilan uniforme pour les patients avec des troubles neurologiques : 2e partie

Autor: Finger, Monika / Kronewirth, Cordula / Kurre, Annette / Marks, Detlef / Schärer, Marianne / Signer, Sandra

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-929654

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: 04.07.2025

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

Présentation d'un bilan uniforme pour les patients avec des troubles neurologiques

2e partie

Communauté d'intérêt Physiothérapie dans la neuroréadaptation (CIPNR):
Monika Finger, clinique de réadaptation à Bellikon, Cordula Kronewirth, hôpital du Limmattal, Annette Kurre, centre hospitalier universitaire de Zurich, neurologie, Detlef Marks, clinique HUMAINE Zihlschlacht, Marianne Schärer, clinique d'altitude zurichoise de Wald, Sandra Signer, hôpital des bourgeois de Soleure

Mots clés
Etablissement du bilan, CIF, raisonnement clinique, neuroréadaptation

ABSTRACT

The following article presents a new developed assessment form to document assessment and clinical reasoning process of neurologically impaired patients.
The form was developed during a two year process from physiotherapists out of the IGPNR.
Because of the modular structure, the chosen language (the ICF) and the integration of the clinical reasoning process of the therapist into the form, PT's should be able to use this form in a wide range of neurological patients. By using the language of the ICF, the communication with other health professionals in a multidisciplinary team should be easier, leading to an improvement of the patient's treatment.
The latest form will be presented on the homepage of the IGPNR (www.igptr.ch) to allow a broad application by the physiotherapists.

Ci-après suit la présentation d'une feuille de bilan pour les patients avec des troubles neurologiques ainsi que son application, mise au point par les membres de la CIPNR sur deux ans dans le cadre de différents groupes de travail.
D'un côté, sa structure modulaire doit lui assurer une utilisation très répandue dans la physiothérapie, d'un autre côté, on cherche à obtenir une amélioration qualitative de la documentation du travail de physiothérapie par l'utilisation d'un langage commun, la CIF, et par l'inclusion du processus de raisonnement clinique.
La mise à disposition de cette feuille de bilan sur le site de la CIPNR (www.igptr.ch) doit contribuer à la vaste diffusion de ce système de diagnostic uniformisé.

LE RAISONNEMENT CLINIQUE

Le raisonnement clinique décrit la mobilisation par le/la thérapeute de ses connaissances et de ses facultés cognitives et métacognitives en fonction de la situation au niveau de l'examen, de l'appréciation et du traitement d'un patient.

1. Stratégies cognitives

Voici les principales stratégies cognitives que nous appliquons dans notre activité:

• *L'identification de schémas:*
Elle consiste à repérer des «complexes symptomatiques». L'identification de schémas permet une démarche thérapeutique rapide. Elle suppose une expérience suffisante des schémas de problèmes spécifiques. Le risque d'une telle identification de schémas consiste à tirer des conclusions trop hâtives sans considérer sérieusement et examiner plus profondément les symptômes n'y correspondant pas.

• *La démarche fondée sur l'hypothèse:*
Cette démarche consiste à formuler sans cesse des hypothèses, puis de les vérifier systématiquement à l'aide de techniques d'examen.
De cette manière, on parvient à filtrer dans une multitude de possibilités les quelques contenus importants dans le contexte des questions posées.

• *Le procédé de dépistage:*
A l'appui de questions génériques et de check-lists, on tente d'arriver rapidement à une base de travail par l'inclusion ou l'exclusion de résultats d'examens.

• *L'essai et l'erreur:*
Sur la base de schémas ou de connaissances de base, on sélectionne des mesures et on vérifie les résultats de la thérapie. Si le patient fait des progrès, on garde les mesures qui ont conduit au succès, si non, on change de mesures jusqu'à ce qu'un succès se manifeste ou que la série de traitements arrive à sa fin.

• *L'intuition:*
Chaque thérapeute dispose d'un sentiment intuitif qui le guide dans le choix de la thérapie. Cette intuition est le résultat à la fois de signaux captés par son subconscient dans la confrontation avec le patient, mais aussi d'expériences antérieures. L'intuition est un outil important dans le travail avec d'autres êtres humains.

• *La démarche fondée sur des recettes:*
Cette méthode de traitement consiste à appliquer des schémas et des recettes mis au point par d'autres spécialistes ou institutions pour certains diagnostics ou groupes de symptômes déterminés, par exemple l'hémiplégie.
L'activité physiothérapeutique consiste à combiner différentes stratégies cognitives en fonction de la situation, le dépistage de schémas étant la stratégie la plus rapide. Mais dans les situations inconnues, la démarche déductive fondée sur des hypothèses s'avère plus probante.
Pour cette raison, il est parfaitement inutile de tomber dans la même routine d'investigations pour chaque patient et de sombrer ensuite sous un flot désordonné de données. Il est beaucoup plus efficace de partir d'une question ou d'un problème concret et de procéder uniquement aux examens susceptibles d'apporter une solution au problème d'un patient en choisissant le déroulement chronologique le plus prometteur.
Les procédés de dépistage permettent d'exclure rapidement les hypothèses moins plausibles ou de confirmer l'intérêt d'autres et partant, la nécessité d'un bilan plus approfondi.

2. Métacognition

La métacognition est synonyme d'autoréflexion. Elle consiste en l'occurrence à décrire le processus et à réfléchir à ses propres pensées et actes. A ce niveau, il est possible d'analyser les succès et les échecs et de s'interroger sur ses propres actes pour découvrir ainsi les erreurs, les omissions ou les incongruités dans sa réflexion ou ses actes et réagir en conséquence.

3. Base de connaissances (banque de données)

Ce qui compte dans la banque de données intérieure, c'est la quantité de données disponible (le contenu des connaissances) par rapport à une question posée.
Quelles connaissances possède-t-on de l'apoplexie cérébrale, de la maladie de Parkinson ou de la sclérose en plaques? Qu'en sait la médecine en général et la physiothérapie en particulier? En quoi ces connaissances sont-elles importantes dans le cas précis? L'organisation des connaissances est tout aussi importante.

LE BILAN NEUROLOGIQUE CIPNR ET LA DÉMARCHE CLINIQUE

Par la construction d'un bilan, on a tenté de soutenir les thérapeutes dans leur démarche fondée sur des hypothèses.

1. D'abord, il y a la question des données importantes en relation avec la maladie. Dans ce contexte, la feuille de couverture peut servir d'aide-mémoire.
2. La structure de l'anamnèse en page 2 de la feuille de couverture exige des questions claires au sujet des problèmes momentanés du patient que le thérapeute doit d'emblée classer dans sa tête dans les trois catégories CIF. Ceci afin de contribuer à la structuration de la pensée et d'aider le thérapeute à former et à utiliser ses facultés d'identification de schémas. La check-list CIF sert alors d'aide-mémoire pour les domaines importants. → Dépistage par l'examen.
3. Le patient doit si possible formuler un objectif fonctionnel clair qui peut être appréhendé comme but final ou but lointain possible. (Au niveau du bilan: le tout ou la perspective en vol d'oiseau)

• Le thérapeute formule ou visualise maintenant ses premières hypothèses en marquant d'une même couleur les résultats d'examens qui vont ensemble et/ou en reliant par des flèches les interdépendances présumées.

Fonction/structure du corps	Activités et participation	
(fonction (fct.) neuromusculosquelettique et liée au mouvement) fct. sensorielle et douleur; fct. mentale; fct. cardiovasculaire ainsi que respiratoire; fonction alimentaire et du système urogénital	(Mobilité et locomotion; activités des extrémités supérieures; autonomie; vie domestique; apprentissage et connaissance; tâches et exigences; interactions et relations; domaines importants de la vie; vie sociale et civique)	
	Capacité Faculté d'exercer une activité	**Performance** Faculté de mettre en pratique/utiliser l'activité dans la vie de tous les jours
Le pied droit est crispé. En position debout, le talon ne touche pas par terre. Ma jambe droite est très rigide quand je marche. *Je ne sens rien dans la main droite quand je saisis un objet.* *Quand je suis couché et que je veux m'asseoir, j'ai le vertige, j'ai un voile noir devant les yeux pendant un instant.*	*Quand je suis allongé, je dois bouger très lentement pour me redresser, sinon j'ai des douleurs lombaires.* *Quand je suis assis, quelqu'un doit m'aider à me lever, tout seul je n'y arrive pas.* *Quand je suis debout, je dois me tenir, sinon je tombe.*	*Je ne peux pas rester à la maison tout seul. J'ai besoin de quelqu'un pour m'aider à me relever des toilettes.* *C'est ma femme qui va faire les courses.*

Les enseignements tirés de l'anamnèse, les exigences de l'objectif formulé au niveau du fonctionnel et l'hypothèse concernant les problèmes du patient permettent de planifier systématiquement le contenu des bilans futurs.
Toutefois, il faut que les exigences de base soient parfaitement connues que le patient doit remplir au niveau de la fonction et de la structure du corps, mais aussi des facultés nécessaires dans le domaine des activités pour atteindre l'objectif fonctionnel. Les feuilles modulaires servent de vecteurs et de soutien.

A) Feuille modulaire «Activités»
Le/la thérapeute peut choisir systématiquement les activités qu'il testera avec le patient parce qu'elles sont importantes pour atteindre le but fonctionnel.
Un barème de 0 à 5 a été suggéré pour obtenir plus rapidement une vue globale. Il peut aussi servir de fil conducteur pour une description sommaire du déroulement.

ANNONCE

Otto Bock
SUISSE AG

Poursuivez une vie active grâce aux aides d'Otto Bock Suisse!

Votre interlocuteur et partenaire pour:

- Fauteuils manuels
- Fauteuils électriques
- Appareils de rééducation
- Rééducation en pédiatrie
- Coussins d'assie

Otto Bock Suisse AG
Pilatusstrasse 2 • 6036 Dierikon
Telefon: 041 455 61 71
Fax: 041 455 61 70

Veuilliez m'adresser des documentations:

Mme/ M.: _____

Rue: _____

CP/Ville: _____ Tél.: _____

Explication de la notation:

0 = pas testé

1 = pas possible

2 = avec aide manuelle (avec le soutien d'au moins une personne auxiliaire)

3 = avec supervision (instructions verbales et personne auxiliaire servant d'ange gardien, mais sans soutien tactile)

4 = autonomie adaptée aux circonstances (avec des moyens auxiliaires jouant un rôle important dans la manière de poser le problème tels que fauteuil roulant, canne et prothèse pour la locomotion, lunettes pour lire de façon autonome. Les moyens auxiliaires utilisés sont à consigner par écrit. En même temps, on saisit sous cette rubrique les déficiences de la performance en termes de vitesse ou d'autres domaines)

5 = sans résultat, autonome

B) Fonction et structure du corps

A l'appui de cette check-list, le thérapeute peut très rapidement séparer les résultats importants de ceux qui ne le sont pas. Il décide des résultats à examiner plus profondément, à cause de leur importance pour atteindre le but fonctionnel du patient.

Les feuilles modulaires peuvent servir de check-list ou de documentation pour une analyse approfondie. On se contentera seulement d'évaluer et de retenir les résultats importants émanants des hypothèses. Au besoin, on pourra compléter ou remplacer les feuilles modulaires par les feuilles à l'établissement hospitalier.

Les résultats importants peuvent aussi être simplement retenus dans l'analyse du problème essentiel à la page trois de la feuille de couverture sous les catégories CIF à titre de documentation minimale.

Et comme pour l'anamnèse, on pourra là aussi visualiser les interdépendances sous forme de flèches, de cercles ou de couleurs pour les rendre plus compréhensibles.

Une fois que toutes les données importantes ont été recensées, le thérapeute convient avec le patient d'un but réaliste. Le cadre temporel que l'on se fixe pour atteindre cet objectif ensemble fait également partie de la définition du but.

Documentation de mesures, planification de la durée du traitement et évaluations:

La dernière page du bilan en page 4 de la feuille de couverture invite le thérapeute à planifier et documenter ses mesures en unités de temps par séance de thérapie (perspective rapprochée). Il doit définir des instruments de mesure appropriés et les consigner ici. De plus, la page 4 invite le thérapeute à réfléchir à toute la réadaptation dans son ensemble. Il doit décider s'il convient d'informer ou de consulter d'autres spécialistes et quelles peuvent en être les répercussions sur l'intervention physiothérapeutique.

CONCLUSION

En résumé, on peut dire que le traitement soutenu par ce bilan, permet une application étendue dépassant le cadre clinique et conceptuel. Grâce à la conception modulaire, on s'adresse à un vaste public. L'intégration dans les systèmes de documentation des différentes institutions ne pose pas de problèmes grâce à la simplicité structurelle du procédé. Aucun équipement technique compliqué n'est nécessaire, puisque le système dans son expression la plus simple prend la forme d'une version sur papier que l'on peut archiver. Mais en même temps, l'intégration dans des systèmes informatisés couvrant toute la clinique devrait être possible sans autre, étant donné que les formulaires peuvent être utilisés comme fichiers Word ou PDF.

Afin d'assurer une adaptation permanente aux conditions changeantes, une version régulièrement actualisée du bilan peut être téléchargée gratuitement sur le site CIPNR (www.igptr.ch) par tous ceux qui s'y intéressent.

Nous sommes en principe favorables à la reproduction du schéma d'établissement du bilan, pour autant que les modifications souhaitées soient discutées au préalable avec les responsables de la CIPNR ou un représentant des auteurs dans le souci de ne pas porter atteinte à l'idée de base d'un bilan uniforme. L'idéal serait, que toute demande de changement puissent être évaluées par la CIPNR, avant d'être incorporée au bilan, le cas échéant. Les observations et les suggestions concernant l'utilisation du système, ainsi que les demandes de formation sont bienvenues aux adresses indiquées en début de texte.

Pour l'avenir, une évaluation du système portant sur sa diffusion et les changements souhaités est prévue.

Nous profitons de l'occasion pour remercier très chaleureusement tous les physiothérapeutes qui n'ont pas été expressément cités, mais qui ont soutenu la CIPNR dans les sous-groupes dans la phase de préparation des années 2000 et 2001, mais aussi les innombrables collègues qui nous ont soutenus dans la phase pilote par leurs nombreux indices et commentaires précieux.

RÉFÉRENCES

1. *ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).* Short Version, Geneva, 2001 oder http://www.who.int/icidh, deutsche Version unter: http://www.ifrr.vdr.de
2. *HIGGS J, JONES M; CLINICAL REASONING.* In Higgs J, Jones M (Eds.); Clinical Reasoning in the health professions, Butterworth-Heinemann (1995), S. 3 ff.
3. *HAGMANN H.* Grundlegendes zum klinischen Vorgehen in der Physiotherapie-Dokumentation zum Unterricht; Schule für Physiotherapie Aargau, Schinznach
4. *STEINER WA et al.:* Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. Phys Ther 2002 Nov; 82 (11): 1098–107.
5. *RENTSCH HP et al.* Umsetzung der «International Classification of Functioning, Disability and Health» (ICF) in die Alltagspraxis der Neurorehabilitation; Neurol Rehabil 2001; 7 (4): 171–8.