

# Neurologie : voies futures pour la gestion des patients

Autor(en): **Gowland, Carolyn**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti**

Band (Jahr): **27 (1991)**

Heft 12

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-930091>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# 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 indi-

<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 (dépendant 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'affectation 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.

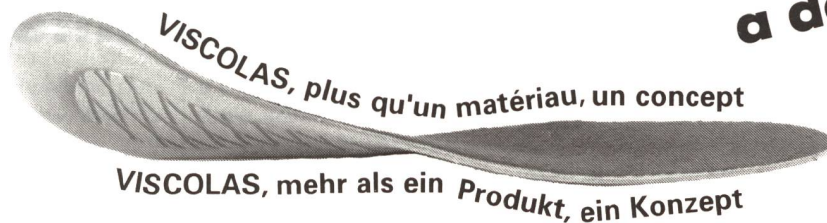
# Vorbeugung ein Gebot der Zeit

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

# VISTA PROTECTION

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

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



# La prévention a de l'avenir

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

# Viscolar

Senden Sie mir Ihr VISCOLAS-Dossier.

Envoyez-moi votre dossier VISCOLAS.

Name/Nom: \_\_\_\_\_

Strasse/Rue: \_\_\_\_\_

PLZ/NP / Ort/Lieu: \_\_\_\_\_

Tel./Tél.: \_\_\_\_\_

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

  
**Mobilière Suisse**  
Société d'assurances

**Rentenanstalt** 

**sanitas**

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!



SCHWEIZERISCHER PHYSIOTHERAPEUTEN-VERBAND  
FEDERATION SUISSE DES PHYSIOTHERAPEUTES  
FEDERAZIONE SVIZZERA DEI FISIOTERAPISTI  
FEDERAZIUN SVIZRA DALS FISIOTERAPEUTS

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