

MINISTERE DE LA SANTE
REGION LORRAINE
INSTITUT DE FORMATION EN MASSO-KINESITHERAPIE
DE NANCY

APPROCHE DU DIAGNOSTIC
KINESITHERAPIQUE EN
TRAUMATOLOGIE

Rapport de travail écrit personnel
présenté par Marilyne BERTHET
étudiante en 3^{ème} année de Kinésithérapie
en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat

RESUME

L'apparition du diagnostic kinésithérapique parmi nos compétences par le décret du 08 Octobre 1996 a suscité de nombreuses réflexions, souvent très théoriques.

L'objectif de notre travail est de présenter une approche pratique du diagnostic kinésithérapique à l'aide d'un cas de traumatologie.

Pour cela nous nous intéressons tant aux méthodes d'évaluation, qu'au concept des conséquences de la maladie, afin de connaître les besoins et attentes de notre patient. Cette démarche nous permet de fixer nos objectifs thérapeutiques, les échéances de traitement et de choisir les techniques masso-kinésithérapiques appropriées à ce jeune polytraumatisé du membre inférieur.

Mots clés : _ diagnostic kinésithérapique
_ évaluation
_ conséquences de la maladie
_ polytraumatisme du membre inférieur

SOMMAIRE

	page
1. INTRODUCTION.....	1
1. 1. Présentation du diagnostic kinésithérapique.....	1
1. 2. Présentation de Mr. B.....	2
2. ELABORATION DU DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE.....	3
2. 1. Relaté.....	3
2. 1. 1. Renseignements généraux.....	3
2. 1. 2. Doléances.....	3
2. 1. 3. Attentes.....	4
2. 2. Observé.....	4
2. 2. 1. Bilan statique.....	4
2. 2. 2. Bilan dynamique.....	4
2. 2. 3. Bilan psychologique.....	5
2. 3. Mesuré.....	5
2. 3. 1. Centimétrie.....	5
2. 3. 2. Bilan articulaire.....	6
2. 3. 3. Bilan musculaire.....	6
2. 3. 4. Bilan fonctionnel.....	6
2. 4. Résultats du R. O. M.....	7
2. 5. Déficiences.....	7
2. 6. Incapacités.....	8
2. 7. Handicaps.....	8
2. 8. Conclusions de bilan.....	9

2. 9. Programmé.....	9
2. 9. 1. Incapacité concernant la locomotion.....	10
2. 9. 2. Incapacité concernant les soins corporels et incapacité concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches.....	10
2. 9. 3. Précisions sur cette étape.....	10
3. OBJECTIFS DE TRAITEMENT CONCERNANT L'INCAPACITE DE LOCOMOTION.....	11
3. 1. Améliorer les capacités d'équilibre.....	11
3. 1. 1. Atteindre un score de - 3.....	11
3. 1. 2. Atteindre un score de 0.....	12
3. 2. Récupérer la flexion de genou.....	12
3. 2. 1. Atteindre 110 degrés de flexion de genou.....	13
3. 2. 2. Atteindre 130 degrés de flexion de genou.....	15
3. 3. Récupérer la flexion dorsale de cheville.....	16
3. 3. 1. Atteindre 10 degrés de flexion dorsale de cheville.....	16
3. 3. 2. Atteindre 20 degrés de flexion dorsale de cheville.....	17
3. 4. Augmenter la force musculaire du membre inférieur droit.....	17
3. 4. 1. Atteindre la cotation 3.....	17
3. 4. 2. Atteindre la cotation 4.....	18
3. 5. Entretien musculaire des membres inférieurs.....	19
4. SITUATION APRES 7 SEMAINES DE PRISE EN CHARGE.....	19
4. 1. Relaté.....	19
4. 1. 1. Renseignements généraux.....	19
4. 1. 2. Doléance.....	20
4. 1. 3. Attentes.....	20
4. 2. Observé.....	20

4. 2. 1. Bilan statique.....	20
4. 2. 2. Bilan dynamique.....	20
4. 2. 3. Bilan psychologique.....	20
4. 3. Mesuré.....	21
4. 3. 1. Centimétrie.....	21
4. 3. 2. Bilan articulaire.....	21
4. 3. 3. Bilan musculaire.....	21
4. 3. 4. Bilan fonctionnel.....	21
4. 4. Résultats du R. O. M.....	21
4. 5. Déficiences.....	22
4. 6. Incapacités.....	22
4. 7. Handicaps.....	22
4. 8. Conclusions sur les résultats du traitement.....	22
5. DISCUSSION.....	23
6. CONCLUSION.....	24

1. INTRODUCTION

Le décret du 08 Octobre 1996 relatif aux actes et à la profession de masseur-kinésithérapeute introduit la notion de diagnostic kinésithérapique (Annexe I). Depuis "le diagnostic kinésithérapique est apparu plus parlé que pratiqué" (11).

Aussi nous souhaitons par ce travail en proposer une approche pratique en nous inspirant des différentes démarches proposées par la littérature.

Pour présenter ce travail nous étudions le cas de Mr. B, jeune polytraumatisé du membre inférieur.

1. 1. Présentation du diagnostic kinésithérapique

La définition qui nous semble la plus appropriée au diagnostic kinésithérapique est celle établit par l' A.F.R.E.K. (Association Française pour la Recherche et l'Evaluation en Kinésithérapie). "Le diagnostic kinésithérapique est un processus d'analyse des déficiences et incapacités observées et/ou mesurées. C'est un processus d'évaluation du pronostic fonctionnel dont les déductions permettent : _ d'établir un programme de traitement en fonction des besoins constatés, _ de choisir les actes de kinésithérapie à mettre en oeuvre".

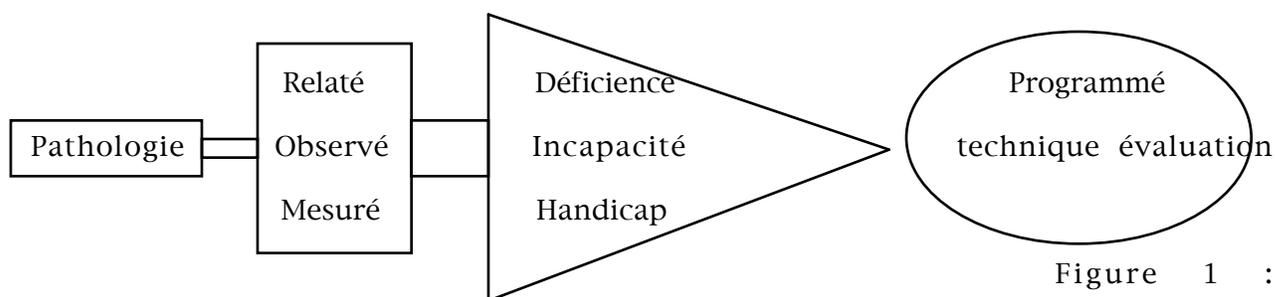


Figure 1 :

démarche du diagnostic kinésithérapique.

Cette analyse s'effectue en utilisant la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (C. I. D. I. H.) proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (O. M. S.). Elle permet de présenter le patient suivant différents aspects : ses déficiences (situées au niveau de la structure, fonction), ses incapacités

(situées au niveau des activités) et ses handicaps (socialisation des déficiences et incapacités), (16), (Annexe II).

Lors de notre bilan nous suivons le concept de Relaté, Observé, Mesuré (R. O. M) proposé par E. Viel (17), (Annexe III).

Par cette démarche (figure 1) nous pouvons envisager un "pronostic fonctionnel" (6) ainsi que des objectifs thérapeutiques constituant notre "programmé" (17).

1. 2. Présentation de Mr. B.

Mr. B., 17 ans, lycéen, présente à la suite d'un accident de moto datant du 03 Août 1999 : _ une fracture ouverte du fémur droit stade 1 de Cauchoix, avec trait transversal siégeant au 1/3 moyen, 1/3 inférieur de la diaphyse,

_ une fracture comminutive ouverte du tibia droit stade 1 de Cauchoix au 1/3 moyen de la diaphyse,

_ une fracture fermée au 1/3 moyen de la fibula droite,

_ des contusions internes : pancréas et poumon.

Le traitement des fractures du fémur et du tibia est chirurgical par enclouage centromédullaire non verrouillé. La fracture de la fibula ne bénéficie pas de traitement spécifique. Les contusions internes ont nécessité un séjour en réanimation de 3 semaines.

Au début de notre prise en charge le 07/09/99, nous sommes à 5 semaines du traumatisme, Mr. B. est en phase d'appui partiel. Il est suivi 3 fois par semaine en masso-kinésithérapie en tant qu'externe. Ses séances durent 2 heures comprenant 1 heure de balnéothérapie.

2. ELABORATION DU DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE

2. 1. Relaté

Cette démarche consiste à rassembler tous les renseignements fournis par le patient et son entourage au sujet de sa pathologie, de sa situation familiale, professionnelle, sociale, de ses difficultés et de ses attentes.

2. 1. 1. Renseignements généraux

Mr. B., lycéen en première technologique S. T. I. (Science et Technologies Industrielles) habite actuellement chez son père dans un appartement situé au 4^{ème} étage avec ascenseur. Ses loisirs sont l'informatique, la détection de métaux ainsi que la moto. Il est responsable de l'accident qui a provoqué son traumatisme.

2. 1. 2. Doléances

Il n'existe pas de douleur spontanée, seule la fin du mouvement est douloureuse. Mr. B. se plaint de manquer d'assurance lors de ses déplacements. Il est très inquiet par rapport à sa limitation de flexion de genou et craint de boiter.

2. 1. 3. Attentes

Il souhaite reprendre sa scolarité le plus rapidement possible. A plus long terme, il veut marcher sans boiter et continuer ses activités antérieures.

2. 2. Observé

Cette étape consiste à rechercher cliniquement les signes que le patient nous a décrit auparavant ainsi que d'autres éléments permettant d'affiner le bilan.

2. 2. 1 Bilan statique

Nous remarquons :

- _ La présence de bandes de contention remontant à mi-cuisse pour les deux membres inférieurs.
- _ Un oedème de l'ensemble du membre inférieur droit : le signe du godet est positif, l'origine de l'oedème est veineuse.
- _ De multiples cicatrices présentes aux deux membres inférieurs (cf. 2. 3. 1.). Elles sont d'aspect rosâtre, blanchissent et se recolorent rapidement après pression.
- _ La palpation ne révèle ni troubles de la sensibilité, ni douleurs. Toutefois nous notons une adhérence du quadriceps et de la cicatrice proche du foyer de fracture.

2. 2. 2. Bilan dynamique

La flexion de genou est très limitée à droite avec une fin de course élastique. La patella se laisse bien mobiliser.

Pour se déplacer Mr. B. utilise 2 cannes anglaises pour un appui de 50% sur le membre inférieur droit, avec une marche pendulaire unilatérale sans boiterie. De plus il est capable de monter plusieurs marches d'escalier. Les transferts assis/debout/assis s'effectuent à l'aide des accoudoirs.

2. 2. 3. Bilan psychologique

Mr. B. est motivé mais manque d'assurance notamment lors des déplacements. Il s'interroge beaucoup au sujet de sa récupération.

2. 3. Mesuré

Nous utilisons des techniques d'évaluation validées et facilement reproductibles afin de suivre l'évolution de notre traitement.

2. 3. 1. Centimétrie

Cet examen nous permet d'évaluer l'importance de l'oedème, de mesurer la longueur des membres inférieurs et des cicatrices.

_ Oedème : nous mesurons le périmètre du membre en des points identiques et reproductibles. Nous constatons un oedème de l'ensemble du membre inférieur droit (Annexe IV, tab. I).

_ Longueur des membres inférieurs : la mesure s'étend de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole latérale : . membre inférieur droit : 68 cm,

. membre inférieur gauche : 69 cm.

- _ Longueur des cicatrices : . voie d'abord latérale hanche droite : 15 cm,
 - . face antérieure de la cuisse droite : 2 cm,
 - . face antérieure des genoux droit et gauche : 5 cm,
 - . face antérieure des jambes : 10 cm à droite, 5 à gauche

2. 3. 2. Bilan articulaire

Les positions de référence utilisées sont celles de DEBRUNNER (4) (Annexe V) avec comme matériel un goniomètre de type Houdre.

- _ Genou : F/E : Actif : Droite (D) = 75/0/0 Gauche (G) = 140/0/5
 - Passif = 80/0/0 145/0/5
 - Rotation (évaluation qualitative) : RE/RI (D) = 2/0/2 (G) = 3/0/3
- _ Talocrurale : F/E : Actif (D) = 0/0/30 (G) = 15/0/30
 - Passif = 0/0/35 20/0/35

La position du genou influence peu ces amplitudes.

- _ Hanche, sub-talaire, Chopart et orteils : R. A. S.

2. 3. 3. Bilan musculaire

Ce bilan est réalisé par une évaluation manuelle de la force musculaire suivant la cotation de Daniels (9). Cependant la solidité du montage demande certaines adaptations pour nos résistances. D'après les résultats nous constatons une insuffisance musculaire de l'ensemble du membre inférieur droit, en particulier du muscle moyen-fessier (Annexe VI, tab. II).

2. 3. 4. Bilan fonctionnel

Le périmètre de marche en milieu non sécurisé avec 2 cannes anglaises est de 300 m, la montée d'un étage est difficile.

Test "Get up and go" : le patient est assis, se lève, puis parcourt 3 mètres. Il fait demi-tour et revient s'asseoir dans un temps minimum de 20 secondes. Suite aux différentes étapes le score est de -9 ce qui signifie que le patient est en danger pour lui même s'il habite seul (Annexe VII), (8, 19).

2. 4. Résultats du R. O. M.

Nous retenons de ce premier bilan :

- _ une limitation des amplitudes de flexion du genou et de la cheville droite,
- _ une insuffisance musculaire du membre inférieur droit, notamment du muscle moyen-fessier,
- _ un oedème du membre inférieur droit,
- _ de nombreuses cicatrices présentes sur les 2 membres inférieurs.

2. 5. Déficiences

Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique (12).

Afin de classer ces déficiences nous utilisons la C. I. D. I. H.. Elle permet de différencier 9 grands domaines de déficiences incluant pour chacun 10 items (Annexe II).

Nous constatons pour Mr. B. : _ Des déficiences du squelette et de l'appareil de soutien : déficiences mécaniques et motrices des membres (hanche, cuisse, genou, jambe et cheville) par fracture du fémur, tibia, fibula avec limitation de la flexion de genou et de cheville et insuffisance musculaire.

_ Une déficience esthétique : cicatrices.

2. 6. Incapacités

Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain (12).

D'après notre bilan, les principales incapacités retrouvées chez Mr. B. sont :

- _ incapacité à marcher sur de longues distances ou en milieu non sécurisé,
- _ incapacité à maintenir une station debout prolongée,
- _ incapacité à conduire une voiture ou une moto,
- _ incapacité à porter des objets lourds, encombrants,
- _ incapacité à poser ses bandes de contention,
- _ incapacité à se transférer seul dans la douche.

Si nous utilisons la C. I. D. I. H. comprenant 9 domaines d'incapacités (Annexe II) nous obtenons :

- _ incapacités concernant les soins corporels : hygiène corporelle (la toilette complète) et habillage (bandes de contention),

- _ incapacités concernant la locomotion : différents types de marche (courir), transports (moyen de transport personnel) et autre (soulever des objets lourds),
- _ incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches : s'agenouiller, s'accroupir.

2. 7. Handicaps

Le handicap ou désavantage social est le préjudice qui résulte de la déficience ou de l'incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de son âge, sexe et des facteurs socioculturels (12). Il est "l'expression conflictuelle résultant de la triple confrontation d'un individu, d'un projet et d'un environnement" (2).

La C. I. D. I. H. prévoit 7 domaines de handicaps (Annexe II), ceux retrouvés chez Mr. B. sont : _ handicap d'indépendance physique,

- _ handicap de mobilité,
- _ handicap d'occupation.

Ainsi, Mr. B. rencontre des difficultés pour suivre sa scolarité du fait de la limitation de ses capacités de locomotion, notamment pour les travaux pratiques.

2. 8. Conclusions de bilan

Suite à un accident de moto datant de 5 semaines, Mr. B. présente des fractures du fémur, tibia et de la fibula. Ce traumatisme entraîne des handicaps d'indépendance, de mobilité et d'occupation suite à des incapacités concernant principalement la locomotion et l'utilisation du corps dans certaines tâches. Ces incapacités résultent de

la déficience du squelette et de l'appareil de soutien, comprenant la limitation de la flexion de genou et de cheville, une insuffisance musculaire et la nécessité d'un appui partiel sur le membre inférieur droit.

2. 9. Programmé

L'analyse des conséquences de la maladie selon le modèle de l' O. M. S. nous "permet de mieux définir les différentes actions à conduire pour supprimer ou réduire les effets d'une maladie, ..., et notamment pour en limiter les conséquences sociales" (1).

Aussi notre "programmé" se base sur l'analyse de chacune des incapacités, nos objectifs de traitement tendront à les réduire et par conséquence à minimiser le handicap qui en découle (Annexe VIII, tab. III).

2. 9. 1. Incapacité concernant la locomotion

Les causes de cette incapacité sont : _ l'appui partiel (par manque de solidité des montages suite aux différentes fractures),

- _ la limitation articulaire,
- _ l' insuffisance musculaire.

Les objectifs de traitement pour cette incapacité sont de :

- _ réduire les conséquences de l'appui partiel, c'est à dire de travailler la marche avec cannes anglaises et l'équilibre, tout en respectant le pourcentage d'appui,
- _ récupérer les amplitudes articulaires de flexion de genou et de cheville,
- _ renforcer le membre inférieur droit et entretenir le membre inférieur gauche.

2. 9. 2. Incapacité concernant les soins corporels et incapacité concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches

Les origines et objectifs retrouvés sont identiques à ceux décrits auparavant.

2. 9. 3. Précisions sur cette étape

Pour chacun des objectifs de traitement nous devons établir :

- _ un test permettant une évaluation et un suivi régulier,
- _ des critères qui "détaillent l'objectif général" (17),
- _ des actes et techniques appropriées à l'objectif,
- _ une échéance de traitement : prévision tenant compte des capacités de progression de notre patient.

Par cette démarche nous justifions notre intervention masso-kinésithérapique. Notre implication dans le traitement, par la recherche des objectifs et la détermination des techniques appropriées, nous engage dans le résultat thérapeutique (10).

3. OBJECTIFS DE TRAITEMENT CONCERNANT L'INCAPACITE DE LOCOMOTION

Les différentes incapacités ayant des origines et des objectifs communs, nous ne développons que celle-ci.

3. 1. Améliorer les capacités d'équilibre

Dans un premier temps, cela permet à Mr. B. de poursuivre sa scolarité, puis dans un second temps de se déplacer dans différents milieux.

La méthode d'évaluation de cet objectif est le test "get up and go" (Annexe VII).

Les critères sont l'atteinte d'un score de -3 puis de 0 à ce test.

3. 1. 1. Atteindre un score de -3.

* Echéance : le 17/09/99.

* Actes et techniques :

_ Transferts assis/debout/assis : le patient exécute des transferts sur différentes surfaces stables ou non (chaise sans accoudoirs, chaise instable, tabouret tournant réglé à différentes hauteurs ...).

_ Equilibre bipodal puis unipodal à gauche suivant une progression (plan stable à instable, déstabilisation manuelle ...).

_ Marche : nous réalisons un parcours de marche comprenant le franchissement d'obstacles et la marche sur différentes surfaces.

* Résultats : notre objectif est atteint le 17/09/99 comme prévu. Mr. B. a repris sa scolarité et augmenté son périmètre de marche à 500m.

Nous devons maintenant poursuivre cette rééducation pour faciliter les déplacements de Mr. B. dans son établissement scolaire.

3. 1. 2. Atteindre un score de 0.

* Echéance : 06/10/99.

* Actes et techniques :

_ Planche de Freeman : appui bipodal, les 2 pieds sur la même planche (bascule antéro-postérieure) ou sur 2 planches différentes (permet la bascule dans 2 plans séparés), appui unipodal à gauche. Nous demandons au patient de maintenir l'équilibre et progressons en ajoutant des déstabilisations.

_ Marche : nous continuons le travail sur parcours de marche.

* Résultats : objectif atteint le 06/10/99 . Mr. B. se déplace aisément dans son établissement scolaire comme dans la rue.

3. 2. Récupérer la flexion de genou

Les critères pour cet objectif sont :

_ Récupérer 110 degrés de flexion : cette amplitude permet au patient de franchir correctement les escaliers et d'atteindre ses pieds pour poser ses bandes de contention.

_ Récupérer 130 degrés de flexion.

_ Récupération des amplitudes extrêmes : 145 degrés afin de permettre les accroupissements.

Les origines de cette limitation sont (Annexe IX, fig. 2) :

- _ l'adhérence du quadriceps,
- _ un oedème,
- _ l'accolement des plans de glissement,
- _ les cicatrices,

_ les rétractions capsulo-ligamentaires.

3. 2. 1. Atteindre 110 degrés de flexion de genou.

* Echéance : le 24/09/99 .

* Actes et techniques :

_ MASSAGE : . Massage des culs de sac sous quadricipitaux et ponçage péri-rotulien (13). Nous utilisons des techniques de massage transversal sur les ligaments collatéraux et les ailerons rotuliens. Nous réalisons des mouvements circulaires et des tractions cutanées sur les culs de sac sous quadricipitaux. Le but est de redonner une possibilité de glissement aux différents plans et de mobiliser les éléments péri-articulaires participant au mouvement de flexion du genou.

. Pétrissage du quadriceps : nous soulevons les masses musculaires des tissus sous jacents pour redonner une certaine élasticité au muscle et le libérer de ses adhérences.

. Palpé roulé : sur la face antérieure de la cuisse, au niveau des zones d'adhérences, pour assouplir les tissus et les rendre mobiles entre eux.

. Massage circulatoire selon la technique de Perreira Santos. Le but est de favoriser le retour veineux pour diminuer l'oedème et recréer les appuis de la marche. Cette technique comporte 5 étapes :

- _ Pression statique au niveau du talon.
- _ Pression glissée sur la plante du pied se dirigeant vers les orteils.
- _ Pression statique sur la tête des métatarsiens.
- _ Extension des orteils par une mobilisation passive globale.

_ Pression glissée remontant sur le dos du pied avec nos 2 mains qui se séparent. Une main passe en rétro-malléolaire du côté externe pour suivre la veine saphène externe en remontant par une pression glissée jusqu'au creux poplité. L'autre main est anté-malléolaire du côté interne, pour suivre la veine saphène interne en remontant jusqu'au pli inguinal.

Lors de cette technique les membres inférieurs sont placés en déclive.

. Massage de la cicatrice : nos techniques visent à libérer la cicatrice de ses adhérences et à l'assouplir. Nous pratiquons des frictions et des pétrissages transversalement à la ligne cicatricielle (5).

_ MOBILISATION PASSIVE : nous recherchons le signe du choc patellaire avant chaque séance.

. Mobilisation de la rotule : nous mobilisons la patella de haut en bas et latéralement pour étirer les différents éléments s'insérant sur celle-ci.

Mobilisation passive du genou : elle devra répondre au respect des règles de la non douleur, de la mobilisation lente, respectant la physiologie du genou (rotation médiale durant la flexion, rotation latérale durant l'extension et les glissements/roulements). Cependant du fait du siège de la fracture au 1/3 moyen du tibia nous adaptons nos prises en effectuant une prise globale du segment jambier par notre avant-bras. Nous installons le patient assis en bord de table afin de placer le segment fémoral sur un plan stable, un coussin étant ajouté sous ce segment à l'approche de la récupération des 110 degrés.

Des techniques de "résistances cutanées tangentielles" (13) sont associées à ces mobilisations pour favoriser la mobilité des différents tissus. Pour cela nous amenons

les tissus cutanés dans le sens inverse au mouvement. Nous débutons dans le secteur articulaire libre pour terminer au maximum de l'amplitude permise.

_ ADAPTATION D'UN CONTRACTE-RELACHE : nous amenons le genou en flexion. Dès que nous ressentons une résistance nous demandons au patient la contraction du quadriceps, en opposant une résistance modérée. Nous maintenons cette position et recommençons plusieurs fois cette technique.

_ BALNEOTHERAPIE : l'eau par ses propriétés physiques (poussée d'Archimède) et sa température (34°C) permet un meilleur relâchement du patient.

Le patient est immergé jusqu'aux épaules permettant une mise en charge de 10% du poids du corps : . Exercice de pédalage : le patient est assis sur une chaise et effectue des mouvements de flexion/extension de genoux.

. Mobilisation passive.

. Travail avec planche : le sujet est debout, une planche placée sous le pied droit, il laisse remonter la planche entraînant une flexion de genou.

* Résultats : l'objectif de cette première étape est atteint le 22/09/99 avec une récupération progressive, régulière et peu douloureuse. Le fait de l'avoir atteint dans les délais prévus permet également de rassurer le patient.

3. 2. 2. Atteindre 130 degrés de flexion de genou.

* Echéance : le 06/10/99.

* Actes et techniques : les actes et techniques utilisés sont identiques à ceux employés auparavant. Seule la position du patient diffère, il est en procubitus, ce qui permet d'atteindre de plus grandes amplitudes.

* Résultats : notre objectif est atteint le 06/10/99. Ceci offre à Mr. B. une plus grande aisance dans ses déplacements. Nous devons maintenir cette amplitude, la récupération des amplitudes extrêmes s'effectuera lorsque la consolidation sera plus importante.

3. 3. Récupérer la flexion dorsale de cheville

La marche physiologique demande 5 degrés de flexion de cheville. Ceci autorise un déroulement du pied correct avec comme effet secondaire, une facilitation du retour veineux. Nous devons donc atteindre cet objectif le plus rapidement possible. Il permettra également d'augmenter les capacités d'équilibre.

Les critères sont l'obtention de 10 puis 20 degrés de flexion.

3. 3. 1. Atteindre 10 degrés de flexion dorsale de cheville

* Echéance : le 15/09/99

* Actes et techniques :

_ MOBILISATION PASSIVE : nous effectuons au préalable une mobilisation analytique des articulations sub-talaire et transverse du pied (11). Puis nous mobilisons l'articulation talo-crurale proprement dite. Le patient est en décubitus, en légère flexion de genou, nous réalisons un glissement postérieur du talus et un roulement antérieur du calcaneum pour amener la cheville en flexion.

_ ETIREMENT : nous étirons le muscle triceps sural. Patient en décubitus, genou en extension, nous amenons passivement la cheville en flexion. Nous pouvons également adapter un contracté/relâché.

* Résultats : notre objectif est atteint le 15/09/99.

3. 3. 2. Atteindre 20 degrés de flexion dorsale de cheville

* Echéance : le 24/09/99.

* Actes et techniques : ils sont identiques à ceux décrits auparavant.

* Résultats : notre objectif est atteint le 01/10/99 avec une semaine de retard sur la date prévue du fait de la présence de quelques épisodes douloureux.

3. 4. Augmenter la force musculaire du membre inférieur droit

Nous nous intéressons essentiellement au muscle moyen fessier qui est le plus déficitaire, mais les exercices proposés permettent également de travailler l'ensemble de la musculature du membre inférieur droit. Nos critères sont d'atteindre pour le muscle moyen-fessier une cotation 3 puis 4 selon la cotation de Daniels.

3. 4. 1. Atteindre la cotation 3 :

* Echéance : le 17/09/99.

* Actes et techniques :

_ RENFORCEMENT MUSCULAIRE DU MOYEN FESSIER :

. Exercice de Dotte : quadriceps Charleston : le patient est assis en bord de table. Cette technique de renforcement global recrée certaines actions de la marche. Par stimulation cutanée et avec une légère résistance nos mains guident les mouvements : rotation médiale de hanche, extension de genou associée à une flexion dorsale de cheville, abduction horizontale puis retour actif par une adduction horizontale, flexion de genou et rotation latérale de hanche.

. Diagonales de Kabat : les diagonales utilisées sont celles d'extension, adduction, rotation latérale et extension, abduction, rotation médiale. Nos mains permettent simplement de diriger le mouvement mais ne s'opposent pas à celui-ci.

. Balnéothérapie : le patient est immergé jusqu'aux épaules, ceci permettant des mouvements qui seraient contre indiqués à sec. Nous travaillons notamment ce muscle en demandant au patient d'effectuer des déplacements latéraux en augmentant la vitesse d'exécution dans la progression.

* Résultats : objectif atteint le 17/09/99. Mais le mouvement d'abduction déclenche des douleurs d'origine musculaire. D'après la littérature cette douleur est fréquente, "le rééducateur ne doit en tenir compte que modérément" (3).

3. 4. 2. Atteindre la cotation 4

* Echéance : le 11/10/99.

* Actes et techniques : nos techniques sont identiques à celles décrites auparavant, mais nous appliquons une résistance plus importante.

* Résultats : objectif atteint le 11/10/99 mais le muscle moyen fessier manque d'endurance, nous poursuivons ce renforcement en insistant sur la répétition du mouvement.

3. 5. Entretien musculaire des membres inférieurs

Notre critère d'évaluation est la conservation voire l'amélioration de l'état musculaire pour une réutilisation la plus rapide de l'appareil locomoteur dans de bonnes conditions. Mais ce critère est difficilement évaluable.

_ ETIREMENTS : concernent principalement les muscles ischio-jambiers, quadriceps et triceps sural en bilatéral (14). Lors de ces étirements nous veillons à ne pas exercer de contraintes importantes sur les foyers de fracture.

_ RENFORCEMENT : . Les diagonales de Kabat et exercice de Dotte décrits auparavant sont utilisés en opposant des résistances plus importantes.

. Travail des muscles du pied (ces muscles sont sous utilisés pendant cette période) : l'exercice consiste à prendre une serviette avec les orteils, la soulever et la déplacer.

. Travail des muscles psoas-iliaques et dissociation des ceintures: Mr. B. est assis, il réalise une flexion de hanche associée à un rapprochement de l'épaule opposée, ces mouvements s'effectuent contre résistance (adaptée à droite).

4. SITUATION APRES 7 SEMAINES DE PRISE EN CHARGE

4. 1. RELATE

4. 1. 1. Renseignements généraux

Mr. B. a repris sa scolarité. Depuis la veille le chirurgien lui autorise la marche avec une canne anglaise.

4. 1. 2. Doléance

Désormais l'idée de boiter ne l'inquiète plus.

4. 1. 3. Attentes

Il souhaite remarcher sans aucune aide le plus rapidement possible afin de suivre normalement ses cours pratiques de technologie.

4. 2. Observé

4. 2. 1. Bilan statique

Les bas de contention sont abandonnés, l'oedème a disparu. Les cicatrices sont beaucoup plus blanches. Le quadriceps n'adhère plus aux tissus sous jacents.

4. 2. 2. Bilan dynamique

Mr. B. marche avec une seule canne anglaise.

4. 2. 3. Bilan psychologique

Mr. B. est beaucoup plus sûr de lui et reste très motivé.

4. 3. Mesuré

4. 3. 1. Centimétrie

Les périmètres mesurés (Annexe IV, tab. IV) nous montrent la disparition de l'oedème mais révèle une légère amyotrophie à droite.

4. 3. 2. Bilan articulaire

Nous mesurons une flexion de genou en actif de 130 degrés soit une amélioration de 55 degrés et une flexion dorsale de cheville de 20 degrés soit une amélioration de 20°.

4. 3. 3. Bilan musculaire

Tous les muscles sont cotés à 5, sauf le muscle moyen fessier droit coté à 4.

4. 3. 4. Bilan fonctionnel

Mr. B. marche avec une canne anglaise sur une distance de 1km et monte 3 étages. Le score au test "get up and go" est de 0, ce qui est le score maximum.

4. 4. Résultats du R. O. M.

Nous retenons de ce bilan : _ légère limitation de flexion de genou à droite,
_ le muscle moyen fessier droit coté à 4.

4. 5. Déficiences

Nous retrouvons des déficiences du squelette et de l'appareil de soutien (déficiences mécaniques et motrices des membres : hanche, cuisse, genou et jambe) mais de gravité moins importante.

4. 6. Incapacités

Mr. B. se plaint moins d'incapacités, cependant l'incapacité concernant la locomotion (marche, transport personnel) bien qu'atténuée, persiste.

4. 7. Handicaps

Mr. B. connaît encore des situations de handicap concernant la mobilité et ses occupations .

4. 8. Conclusions sur les résultats du traitement

A 12 semaines du traumatisme, Mr. B. présente quelques handicaps de mobilité et d'occupation suite à une incapacité de locomotion, ayant pour origine la déficience du squelette et de l'appareil de soutien (liée principalement à l'appui partiel) (Annexe X, tab. V).

Si nous nous reportons à la C.I.D.I.H. nous n'avons pas de modification des déficiences. Cependant lorsque nous comparons l'évaluation de ces déficiences entre le début et la fin du traitement, nous notons une très nette réduction de celles-ci (amplitudes de flexion de genou et de cheville). Quant aux incapacités, nous remarquons leur réduction, voire leur suppression. Il en est de même pour les handicaps.

5. DISCUSSION

A partir des différents écrits concernant le diagnostic kinésithérapique nous avons proposé la prise en charge d'un jeune polytraumatisé du membre inférieur.

Pour cela il nous a fallu tout d'abord définir le diagnostic kinésithérapique, sa démarche et les termes qui l'entourent (déficience, incapacité, handicap, programmation des objectifs ...).

Lors de la réalisation de ce travail écrit, la formulation des objectifs et la programmation du traitement sont essentielles. Par un abord holistique du patient (c'est à dire en s'intéressant à la personne dans son environnement) nos objectifs se déterminent en fonction des incapacités et situations de handicap rencontrées par l'individu et ne se limitent plus à la récupération de la force ou des amplitudes. Au niveau de la programmation de la rééducation nous établissons des critères détaillant

chacun des objectifs. Ces critères doivent être atteints dans un délai que nous établissons à l'avance. Cela sous-entend la nécessité d'utiliser des outils contrôlant la réalisation du critère et donc l'efficacité du choix de nos techniques.

6. CONCLUSION

Après cette application nous retenons du diagnostic kinésithérapique qu'il est un bilan précis comprenant l'étude des déficiences mais aussi des incapacités et handicaps complétés d'un programme de rééducation.

Cette logique de raisonnement est, il est vrai, déjà utilisée depuis longtemps dans notre approche du patient. Le diagnostic kinésithérapique nous permet désormais de communiquer cette démarche de bilan et de traitement aux différents intervenants de la rééducation.

Mais le réel apport du diagnostic kinésithérapique à la profession pourrait être en fait, la programmation de la rééducation. En effet, en établissant des critères (tenant compte des objectifs du patient) à atteindre dans un délai que nous fixons nous même, nous abordons la rééducation différemment.

Certes, nous avons déjà le choix des actes et techniques depuis 1972. Mais, par cette démarche nous pouvons en plus envisager la possibilité de fixer nous même le nombre de séances, tout comme le prévoit le rapport BROCAS.

Aussi, malgré toutes les difficultés inhérentes au changement, le diagnostic kinésithérapique reste important à prolonger, le masseur-kinésithérapeute ne peut en faire l'économie s'il veut acquérir une certaine indépendance dans sa profession.

ANNEXES

ANNEXE VIII

Tableau III : Résumé du diagnostic kinésithérapique (date : 07/09/99)

	HANDICAPS			N'entraîne pas de handicaps
	D'INDEPENDANCE	DE MOBILITE	D'OCCUPATION	
INCAPACITES concernant	. La LOCOMOTION . Les SOINS CORPORELS	. La LOCOMOTION	. La LOCOMOTION . L'UTILISATION DU CORPS DANS CERTAINES TACHES	

DEFICIENCES		DU SQUELETTE ET DE L'APPAREIL DE DE SOUTIEN	SQUELETTE APPAREIL DE SOUTIEN	SQUELETTE APPAREIL DE SOUTIEN	ESTHETIQUE
BILAN	R	. APPUI PARTIEL (équilibre)	. APPUI PARTIEL	. APPUI PARTIEL	
	O	. BANDES DE CONTENTION			CICATRICES
	M	. OEDEME . DEFICIT MUSCULAIRE . LIMITATION ARTICULAIRE	. DEFICIT MUSCULAIRE . LIMITATION ARTICULAIRE	. DEFICIT MUSCULAIRE . LIMITATION ARTICULAIRE	
PROGRAMME Objectifs		. Lutte contre l'oedème . Atteindre 110° de flexion de genou . Améliorer les capacités d'équilibre	. Récupérer la flexion de genou et de cheville . Renforcement musculaire . Améliorer les capacités d'équilibre	.Récupérer la flexion de genou et de cheville . Renforcement musculaire . Améliorer les capacités d'équilibre	

ANNEXE VI

Tableau II : Bilan musculaire (date : 07/09/99).

	Membre inférieur droit	Membre inférieur gauche
Psoas-iliaque	4	5

Quadriceps	4-	5
Moyen-fessier	3-	5
T.F.L.	3	5
Grand fessier	3 +	5
Adducteurs	4	5
Pelvi trochantériens	3	5
Rotateurs internes	3	5
Ischio-jambier	4-	5
Tibial antérieur	4	5
Fibulaires	4	5
Triceps sural *	4	5

* en décharge

ANNEXE X

Tableau V : Résumé du R. O. M. (date : 26/10/99).

--	--

	HANDICAP		N'entraîne pas de Handicap
	MOBILITE	OCCUPATION	
INCAPACITE	Locomotion	Locomotion	
DEFICIENCE	Squelette et appareil de soutien	Squelette et appareil de soutien	
BILANR	Appui partiel O M	Appui partiel	. Cicatrices . Limitation de la flexion de genou . Insuffisance musculaire du moyen-fessier

ANNEXE I

Décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute (17).

ANNEXE II

Concept des conséquences de la maladie selon H-P. Wood (1).

Maladie (ou trouble) → Déficience → Incapacité → Handicap ou désavantage

lésion	extériorisation	expression	expression
expression intrinsèque	clinique	fonctionnelle	sociale situationnelle

Définition et classification des déficiences (12) :

Définition : dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique, physiologique ou anatomique.

Caractéristique : la déficience est caractérisée par des pertes de substance ou des altérations qui peuvent être provisoires ou définitives. Elles comprennent l'existence ou l'apparition d'anomalies, d'insuffisances et de pertes concernant un membre, un organe, un tissu ou une structure de l'organisme, y compris la fonction mentale. La déficience représente l'extériorisation d'un état pathologique ; elle est le reflet des troubles manifestés au niveau de l'organe.

Classification des déficiences (C. I. D. I. H.) :

- 1 : déficiences intellectuelles
- 2 : autres déficiences du psychisme
- 3 : déficience du langage et de la parole
- 4 : déficiences auditives
- 5 : déficiences de l'appareil oculaire
- 6 : déficiences des autres organes
- 7 : déficiences du squelette et de l'appareil de soutien
- 8 : déficiences esthétiques
- 9 : déficiences des fonctions générales, sensibles, ou autres déficiences

Définition et classification des incapacités (12) :

Définition : dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir

une activité d'une façon, ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain.

Caractéristiques : l'incapacité est caractérisée par une perturbation, par excès ou défaut, dans l'accomplissement d'une activité ou d'un comportement. Ces troubles peuvent être temporaires ou permanents, réversibles ou irréversibles, progressifs ou régressifs. Les incapacités peuvent être, soit la conséquence directe de déficiences, soit une réponse de l'individu, en particulier au niveau psychologique, à une déficience physique, sensorielle ou autre. L'incapacité représente l'objectivation d'une déficience, et, comme telle, reflète les perturbations au niveau de la personne elle-même. L'incapacité concerne les capacités prises dans le sens des activités et comportements composites généralement considérés comme des éléments essentiels de la vie quotidienne.

Classification des incapacités :

- 1 : incapacités concernant le comportement
- 2 : incapacités concernant la communication
- 3 : incapacités concernant les soins corporels
- 4 : incapacités concernant la locomotion
- 5 : incapacités concernant l'utilisation du corps dans certaines tâches
- 6 : maladresses
- 7 : incapacités révélées par certaines situations
- 8 : incapacités concernant des aptitudes particulières
- 9 : autres restrictions d'activités

Définition et classification des désavantages (ou handicaps) :

Définition : dans le domaine de la santé, le désavantage social d'un individu est le préjudice qui résulte de sa déficience ou de son incapacité et qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe et des facteurs socio-culturels.

Caractéristiques : le désavantage se rapporte à la valeur attachée à la situation ou à l'expérience d'un individu quand elle s'écarte de la norme. Celle-ci est caractérisée par une contradiction entre le statut et les aspirations de l'individu lui-même ou du groupe dont il fait partie. Le désavantage représente ainsi la socialisation d'une déficience ou d'une incapacité et reflète donc pour l'individu les conséquences culturelles, sociales, économiques et environnementales issues de la déficience ou de l'incapacité. Le désavantage vient de l'impossibilité de se conformer aux normes ou aux attentes du monde dans lequel vit l'individu et survient quand les " rôles de survie " deviennent difficiles à accomplir.

Classification des désavantages :

- 1 : désavantages d'orientation
- 2 : désavantages d'indépendance physique
- 3 : désavantages de mobilité
- 4 : désavantages d'occupations
- 5 : désavantages d'intégration sociale
- 6 : désavantages d'indépendance économique
- 7 : autres désavantages

ANNEXE III

Détails du Relaté, Observé, Mesuré, Planifié (17).

RELATE : Il constitue la première démarche. C'est l'indication de ce que le professionnel doit rechercher ensuite. Le patient raconte les épisodes douloureux qui l'ont amené à consulter, les arrêts de travail, les activités qu'il a été obligé d'abandonner, et tout ceci constitue une précieuse somme de renseignements. Le patient décrit des symptômes qui doivent être organisés en un tout cohérent.

OBSERVE : C'est une technique d'analyse qui rend crédible ce qui a été relaté. Le professionnel se doit de rechercher des signes dont une partie ont été décrits par le patient en tant que symptômes. L'œil du professionnel doit relever les détails qui affineront l'examen.

MESURE : C'est la suite logique de l'investigation : il s'agit d'utiliser les outils de mesure appropriés (goniomètre, chronomètre, dynamomètre, centimètre en ruban, fil à plomb, etc.) pour obtenir des mesures objectives.

La traduction d'une plainte en chiffres permet d'établir un état des lieux qui sera plus tard un référence, et de suivre les progrès accomplis. De plus, la courbe d'évolution chiffrée et datée renseigne sur la rapidité avec laquelle le résultat a été obtenu.

PLANIFIE : Il constitue l'étape ultime du diagnostic kinésithérapique : à la suite des étapes précédentes, le clinicien décide de mettre en œuvre une technique plutôt qu'une autre. Les observations et mesures assent sa décision sur une base concrète. Une partie importante de la planification consiste à hiérarchiser les difficultés que rencontre le patient, afin d'établir des priorités dans le processus de traitement. Ceci

mérite d'être expliqué au patient : par quoi l'on débutera, pourquoi, et en combien de temps on estime qu'il y aura résultat. C'est le "contrat d'objectifs" passé avec le patient.

ANNEXE V

COTATION ARTICULAIRE (4).

ANNEXE IX

Figure 2 : Les raideurs du genou (7).

ANNEXE VII

Le test "get up and go " (19).

* Matériel nécessaire : fauteuil avec accoudoirs, pièce permettant une évolution de 3 mètres, chronomètre (pour être réussie, l'épreuve doit être accomplie en 20 secondes).

* ETAPE 1 : Asseoir le patient dans un fauteuil confortable mais pas trop profond.

Avec une craie ou une bande de tissu adhésif, marquer au sol une distance de trois mètres à partir du fauteuil.

* ETAPE 2 : Demander au patient de se lever.

Observer :	Cotation :
_ se rejette-t-il en arrière au lieu de se pencher avant ?	-4
_ se penche-t-il en avant de manière normale ?	0
_ est-il obligé d'utiliser les accoudoirs ?	-2
_ se lève-t-il d'un seul élan ?	0
_ a-t-il besoin de 2 ou 3 essais ?	-1

* ETAPE 3 : Le patient marche droit devant lui sur 3 mètres.

Observer :

- _ marche-t-il droit ? 0
- _ fait-il des méandres ? -1

*** ETAPE 4 :** Le patient fait demi-tour rapidement.

Observer :

- _ est-il capable de pivoter sur place ? 0
- _ est-il obligé d'exécuter plusieurs pas successifs ? -3

*** ETAPE 5 :** Le patient retourne au fauteuil et s'assied.

Observer :

- _ descend-t-il avec un contrôle de la flexion des genoux ? 0
- _ se laisse-t-il tomber pesamment dès que la flexion atteint 30° -4

*** SCORE :**

Score idéal = 0

Mauvaise notation = -15

Un score de -8 signifie que le patient est en danger pour lui même s'il habite seul.

Un score de -6 nécessite une rééducation, surtout de la force des quadriceps.

Un score de -3 signifie la quasi-normalité si le patient est âgé de plus de 70 ans.

Une épreuve sans score négatif et accomplie dans la limite des 20 secondes est parfaite. A partir de 30 secondes, la lenteur devient un péril en-dehors de l'appartement et du jardin.

ANNEXE IV

Tableau I : Mesure des périmètres des membres inférieurs (date : 07/09/99)

	Membre inférieur droit	Membre inférieur gauche
Base patella + 15 cm	57 cm	55,5 cm
Base patella + 5 cm	49 cm	45 cm
Pointe de la patella -10 cm	38 cm	37,5 cm
Sus-malléolaire	25 cm	24 cm

Tableau IV : Mesure des périmètres des membres inférieurs (date : 26/10/99).

	Membre inférieur droit	Membre inférieur gauche
Base patella + 15 cm	55 cm	60 cm

Base patella + 5 cm	47 cm	48 cm
Pointe de la patella - 10 cm	36 cm	38 cm
Sus-malléolaire	24 cm	24 cm

BIBLIOGRAPHIE

1. ANDRE J. M. _ Handicap : définitions, principes de traitements, processus de récupération. _ Bulletin Académique National de Médecine, 1994, 178, n° 7, p. 1301 - 1307.

2. **ANDRE J. M.** _ Fondements, stratégies et méthodes en médecine physique et de réadaptation. _ HELD J. P., DIZIEN O. _ Traité de médecine physique et de réadaptation. _ Paris : Flammarion, 1998. _ p. 3 - 13. _
3. **BERTHE A., DERHI G., PEQUIGNOT J. P.** _ Dossiers de kinésithérapie. Rééducation en traumatologie : la région de la cuisse, genou et jambe. _ Paris : Masson, 1994. _ 132 p.
4. **BOISSEAU P., CECCONELLO R., CORDIER J.P., FARDOUET F., FERRY M.F., GALAS J.M., HUGUENIN P., ROYER-JOUBERT A., MARCHAL C., SCHOINDRE Y.** _ Cotation articulaire - Institut régional de réadaptation _ Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Nord-Est _ 5 p.
5. **BORGI R., PLAS F.** _ Traumatologie et rééducation _ Biomécanique, principes thérapeutiques : peau, muscles, espaces de glissement. _ Paris : Masson, 1982. _ 84 p. - Monographies de Bois-Larris.
6. **BRIDON F., SURMONT C.** _ Le diagnostic kinésithérapique : problématique de formation et perspectives. _ Kinésithérapie scientifique, 1999, 389, p. 13 - 18 .
7. **CODINE P., SEROR P., LEROUX J.L., PELISSIER J.L.,** _ Pronostic et traitement des raideurs du genou _ Journée de médecine physique et de rééducation _ Paris : 1984 _ p.306-314 .
8. **COLE B., FINCH E., GOWLAND C., MAYO N.** _ Instruments de mesure des résultats en réadaptation physique. _ Toronto : Association Canadienne de Physiothérapie, 1995. _ 216 p.
9. **DANIELS L., WORTHINGHAM C.** _ Le bilan musculaire _ Technique de l'examen clinique _ 5^{ème} édition _ Paris : Maloine, 1990 _ 186 p.
10. **DUCROS F.** _ Diagnostic et évaluation : l'affaire des professionnels _ Kinésithérapie scientifique , 1999, 389, p. 3.

11. **GEDDA M.** _ Au coeur de la kinésithérapie : son diagnostic _ Kinésithérapie scientifique, 1998, 375, p. 39 - 49.
12. **I.N.S.E.R.M.** _ Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Un manuel de classification des conséquences de la maladie. _ Paris : 1988. _ 203 p.
13. **MASSIOT M.** _ Quel choix pour retrouver la liberté articulaire ? _ Kinésithérapie scientifique, 1995, 346, p. 39 -48.
14. **PIERRON G., PENINOU G., GENOT C., LEROY A., DUFOUR M.** _ Kinésithérapie membre inférieur : Bilans, techniques passives et actives. _ Paris : Flammarion, 1983. _ 461 p.
15. **TRUELLE P.** _ L'évaluation pour un kinésithérapeute. _ Kinésithérapie scientifique, 1999, 389, p. 33 - 36.
16. **VAILLANT J., PLAS F.** _ De notre pratique au diagnostic kinésithérapique. _ Kinésithérapie scientifique, 1997, 365, p. 62 - 63.
17. **VIEL E.** _ Le diagnostic kinésithérapique : conception, réalisation et transcription en pratique libérale et hospitalière. _ Paris : Masson, 1998. _ 132 p. _
18. **VIEL E.** _ Le diagnostic kinésithérapique : vous savez le faire, alors sachez le faire. _ Kinésithérapie scientifique, 1999, 389, p. 4 - 8.
19. **VIEL E.** _ Présentation d'observations cliniques permettant d'étayer un diagnostic kinésithérapique. _ Annales de kinésithérapie, 1997, 24, 2, p. 58 - 86.

POUR EN SAVOIR PLUS

- * **Association des paralysés de France** _ Déficiences motrices et handicaps _ Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques et législatif, troubles associés. _ 1996 _ 506 p.
- * **COCHET H.** _ L'évaluation : une quête de sens. _ Kinésithérapie Scientifique, 1999, 389, p. 37-40.
- * **DELITTO A., SNYDER-MACKLER L.** _ Possibilité d'un diagnostic kinésithérapique en orthopédie. _ Kinésithérapie Scientifique, 1996, 358, P.43-51.
- * **DEKKER J., VAN-BARR M.E., CHR-CURFS E., KERSSSENS J.J.** _ Diagnosis and Treatment in Physical Therapy : An Investigation of their Relationship. _ Physical Therapy, 1993, 73-9, p.568-580.
- * **DELPLANQUE D.** _ Le diagnostic kinésithérapique : quelques réflexions, approche clinique _ Kinésithérapie scientifique, 1999, 387, p. 56-57.
- * **FAILLETAY P., GALLUCHON T., LE DINAHET T.** _ Le diagnostic kinésithérapique et son processus d'élaboration _ Kinésithérapie Scientifique, 1996, 358, p. 39-41.
- * **GEDDA M.** _ Construire nos évidences _ Kinésithérapie Scientifique, 1999, 387, p. 36-41.
- * **GEDDA M., TARDIVAL M.** _ Du diagnostic masso-kinésithérapique : mystifications ou vérités _ Kinésithérapie Scientifique, 389, 1999, p. 22-32.
- * **GOUILLY P., ROESLER J., GNOS P.L.** _ Bilan pour réaliser un diagnostic kinésithérapique respiratoire _ Annales de kinésithérapique, Masson, Paris, 1997, 24-2, p. 96-101.
- * **GUCCIONE A.A.** _ Physical Therapy Diagnosis and the Relationship Between Impairments and Function _ Physical Therapy, 1991, 71-7, p. 499-504.

- * **MINAIRE P.** _ Utilisation de la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps (C.I.D.I.H.) en rééducation et réadaptation _ Edition du conseil de l'Europe, Strasbourg, 1989, 51p.
- * **Organisation Mondiale de la Santé** _ Rapport du Comité O.M.S. d'experts de la prévention des incapacités et de la réadaptation des handicapés _ Prévention des incapacités et réadaptation des handicapés _ Serie de rapports techniques, 668, 1981, 44p.
- * **PERREIN D.** _ Analyse, comportement et strategie kinésithérapique _ Kinésithérapie Scientifique, 1999, 389, p.44-45.
- * **VAILLANT J., PLAS F.** _ Diagnostic kinésithérapique et conséquences de la maladie _ Kinésithérapie Scientifique,1997, 368, p.58-59.
- * **VAILLANT J., PLAS F., BOUCHET J.Y., CAILLAT-MIOUSSE J.L., COSSALTER B., MICHON D., PREL G.** _ Le diagnostic kinésithérapique _ Kinésithérapie Scientifique, 1999, 389, p.9-12.
- * **VIEL E.** _ Le diagnostic kinésithérapique _ Annales de kinésithérapie _ Masson _ Paris, 1997, 24-2, p.57.
- * **VIEL E., PLAS F.** _ Méthodologie du diagnostic kinésithérapique : les examens et bilans en théorie et en pratique _ Annales de kinésithérapie _ Masson _ Paris, 1997, 24-7, p.306-318.
- * **WILS J., LEPRESLE E., LANGLOIS-WILS I., LEPRESLE C.** _ Réflexion sur la notion de diagnostic kinésithérapique _ Kinésithérapie Scientifique, 1999, 389, p.19-21.

DOSSIER MASSO-KINESITHERAPIQUE

Nom:.....Prénom :Age :
.....

Adresse:.....
.....
.....

Service :.....Chambre
:.....

Date d'entrée dans le service
:.....

Médecin(s):.....
.....

Masseur-kinésithérapeute
:.....

Ergothérapeute, Orthophoniste,
Psychomotricien:.....
.....
.....

Contexte personnel, familial, social et professionnel
:.....

.....
.....
.....

D i a g n o s t i c _____ m é d i c a l

:.....
.....
.....

C o n t r e - i n d i c a t i o n _____ é v e n t u e l l e _____ :

.....

H i s t o i r e _____ d e _____ l a _____ maladie

:.....
.....
.....

Antécédents médicaux, chirurgicaux, traumatiques, neurologiques

:.....
.....
.....

A t t e n t e s _____ d u _____ patient

:.....
.....
.....
.....
.....

DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE INITIAL

D E F I C I E N C E : - Douleur

 - C u t a n é , Tropheque

 - A r t i c u l a i r e

 - M u s c u l a i r e

 - S e n s i t i f

 - A u t r e

INCAPACITE

.....

HANDICAP

.....

DEFICIENCE :

INCAPACITE :

HANDICAP :

PROJET DE REEDUCATION :

PROTOCOLE THERAPEUTIQUE :

EVOLUTION ET REMARQUES :

DIAGNOSTIC KINESITHERAPIQUE A LA SORTIE

DATE :

DEFICIENCE :

INCAPACITE :

HANDICAP :

REMARQUES, NOUVEL EVENEMENT :

OBJECTIF ATTEINT :

MOTIF DE LA SORTIE :

PROJET POUR UNE EVENTUELLE POURSUITE DE LA REEDUCATION :