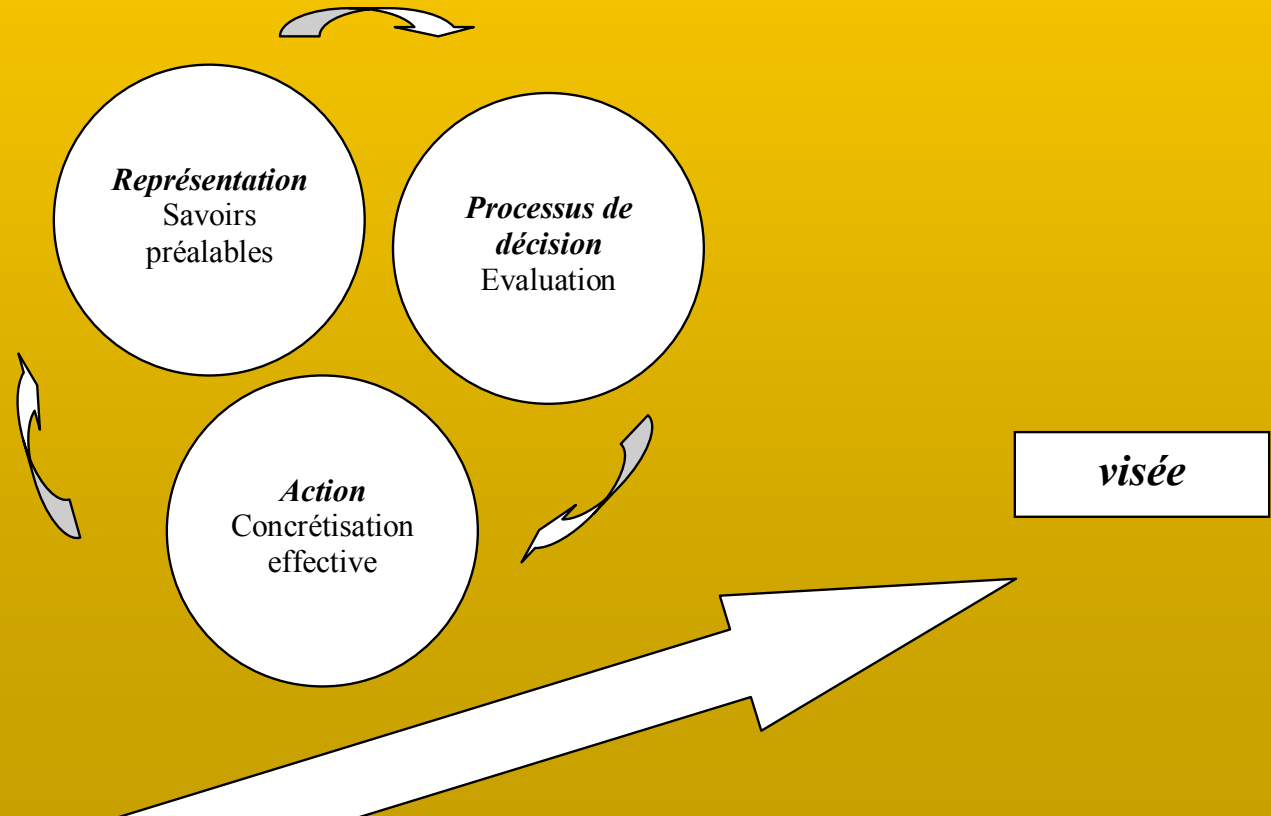


DEMARCHE EVALUATION
DIAGNOSTIQUE
EN
KINESITHERAPIE

Dominique DELPLANQUE
www.delplanque-formation.com

Modélisation globale d'un processus de démarche thérapeutique



Questionnement

- Pourquoi évaluer ?
- Qu'est-ce que je vais évaluer?
- Comment évaluer?
- Quelle traçabilité ?

Se poser des questions pour sortir des procédures stéréotypées

Pourquoi évaluer ?

C'est se poser la question: Quelle visée, quelle finalité à notre prise en charge ?

- **Visée biologique – L'hématose.**
- **Visée humaine –**
 - **Améliorer la qualité de vie et l'autonomie des malades porteurs de pathologies chroniques.**
 - **Augmenter leur responsabilité vis-à-vis de leur maladie**

Les finalités conditionnent notre approche du soin

Qu'est-ce que je vais évaluer?

C'est se poser la question: Quel est le problème médical et social du patient?

- Quelles sont les structures atteintes (déficiences)?**
- Quelles sont les fonctions altérées (incapacités)?**
- Quelle est l'expression clinique de ces atteintes structurelles ou fonctionnelles?**
- Quel est l'handicap?**
- Quelle est sa qualité de vie?**

Le problème médical du patient

Cette représentation s'appuie sur:

- Le diagnostic médical**
- Le contexte (situation d'urgence ou chronicité, stade d'évolution de la maladie)**
- Le pronostic en l'absence de traitement**
- Les savoirs théoriques acquis sur la maladie (anatomopathologie, physiopathologie, expression clinique et évolution prévisible de la maladie, traitements habituels médical et kinésithérapique, Consensus)**

Une évaluation centrée sur le problème médical du patient

C'est évaluer la potentialité de diminuer ou de pallier les incapacités du patients pour lui permettre de réaliser son projet de vie.

Sachant que la kinésithérapie peut modifier par son action telle ou telle atteinte structurelle ou fonctionnelle et que cette atteinte s'exprime par des symptômes , il y a lieu d'orienter l'évaluation diagnostique.

Évaluation orientée

- **Hypothèses diagnostiques et thérapeutiques permettent d'orienter l'évaluation vers la quête d'éléments ciblés:** *« Compte tenu du type d'atteinte, du contexte, j'oriente mon bilan vers ... »*
- **Un bilan exhaustif et aveugle fait perdre beaucoup de temps sans être plus efficace.**
- **Le choix d'évaluer certains critères plus significatifs que d'autres est issu de la connaissance préalable des atteintes physiopathologiques d'une maladie.**

Une évaluation centrée sur le patient

- L'handicap peut être vécu différemment d'un patient à l'autre, selon valeurs et critères propres à chaque personne. Selon aussi son **PROJET DE VIE**
- Donc, ne pas évaluer la réalité du patient au travers du prisme de nos propres convictions: reconnaître autrui dans son humanité et son altérité.
- L'évaluation de sa qualité de vie par le patient lui-même afin de ne pas la réduire à l'impact de la maladie.

Comment évaluer ?

C'est se poser la question: Qu'est-ce qu 'évaluer ?

- C'est mesurer: quantifier, doser, jauger. En rapport à une norme. Indique un écart / norme.
- C'est interpréter la mesure, construire du sens
Rapports aux valeurs. Donner du sens par rapport au patient, au contexte, au projet du patient.

Évaluations: trois conceptions complémentaires à mettre en lien

L'évaluation mesure des produits, des états, des effets, des impacts, des comparaisons de bilans

L'évaluation des procédures, des moyens, pour la gestion des programmes

L'évaluation des processus, des dynamiques, pour la problématisation des significations dans les situations, pour l'intelligibilité de ce qu'on fait.

La Mesure

Instruments de mesure: critères de qualité:

- La validité: capacité à mesurer ce pourquoi il a été conçu
- La sensibilité et la spécificité: capacités à mettre en évidence un phénomène
- La fiabilité: capacité à donner une mesure stable et reproductible
- La reproductibilité inter observateurs
- La sensibilité au changement: capacité à détecter des changements cliniquement intéressant et à rester stable chez des patients qui n'évoluent pas.
- La disponibilité
- La simplicité: utilisation quotidienne, temps de mesure, formation préalable, coût.

L'évaluation

- **Rapport aux valeurs: Extraire la valeur, estimer la valeur (*Littré*).**
- **Prendre en compte la personnalité, le projet de vie de la personne.**
- **Interpréter la mesure pour lui donner du sens selon le contexte, le patient et son projet de vie**
- **Identifier des points forts et des points faibles pour construire un projet de soins.**
- **Avoir une relation singulière à la personne malade**
- **Prendre en compte le caractère intersubjectif dans la relation de soins.**
- **Développer une vision globale du patient**
- **Pour donner du sens à l'action**
- **Est constitutive du soin**

L'évaluation

- **Travail de mentalisation, correspondant à la capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables les images, les mesures, les émois pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi.**

Quelle traçabilité?

- **Le diagnostic kinésithérapique, c'est l'aboutissement de l'évaluation diagnostique afin de mettre en évidence le handicap du patient et les dysfonctionnements qui en sont la cause.**
- **C'est reconnaître le patient dans son humanité et sa différence**

Le diagnostic kinésithérapique

- **C'est la mise en lien des données issues du bilan et l'évaluation globale de l'ensemble des résultats.**
- **Temps de réflexion et d'analyse qui permet de poser la problématique kinésithérapique**
- **Réflexion pronostique permettant de définir la visée du projet de soins et les objectifs à atteindre en fonction de leur faisabilité et de la disponibilité de moyens thérapeutiques adaptés et du projet de vie du patient.**

Le diagnostic kinésithérapique

- **Un diagnostic, pour être propre à une profession doit relever de son objet et de ses compétences spécifiques, à travers son exercice, ses valeurs et la pensée d'action qui la sous-tende.**

Le diagnostic kinésithérapique

- **Ce qu'il n'est pas**
 - **Une simple évaluation des déficiences et des incapacités**
 - **Ne se limite pas au choix des techniques de kinésithérapie**

Le diagnostic kinésithérapique

- **Ce à quoi il pourrait correspondre:**
 - Identifier les situations difficiles
 - Identifier les situations futures en lien avec le projet du patient
 - Identifier les anomalies de fonction sous jacentes
- **Il doit prendre en compte:**
 - La pathologie initiale nommée par le diagnostic médicale
 - Les objectifs réalisables par le MK
 - L'investissement et l'adhésion du patient: co-construction du projet

Le diagnostic kinésithérapique

Formalisation par écrit: obligation légale

- **Outil de décision et de communication avec le patient, les confrères et le médecin**

L'écriture aide à structurer sa pensée

Travail de conceptualisation qui nous permet de passer d'un statut d'agent exécutant à celui d'ingénieur

La démarche d'évaluation diagnostique:

Pierre angulaire de toute prise en charge

- **Activité de problématisation**
- **Raisonnement ouvert**
- **Questionnement**
- **Hypothèses**
- **Prises de décision**
- **Propre au sujet qui l'élabore**

Définition du diagnostic médical

- **C'est nommer une maladie, un état, un stade dans l'évolution d'une pathologie.**
- **Le diagnostic est nominal**

Définitions BDK

- Article R. 4321-2 alinéa 2 (code santé publique)

Dans le cadre de la prescription médicale, le MK établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés

Définitions BDK

- Pas de définition professionnelle du diagnostic kinésithérapique unanimement reconnue

Définitions BDK

- **Définition CNOMK**

Le diagnostic kinésithérapique s'analyserait en une évaluation par le MK, dans le cadre de la prescription médicale, de l'état du patient. Combiné avec les objectifs de soins, il permettrait par la suite au praticien de choisir les actes et techniques nécessaires au traitement du patient.

Définitions BDK

- **AFNOR:** « mise en évidence de points forts et de points faibles d'éléments observables pour formuler des objectifs d'évolution »
- **AFREK:** « processus d'analyse des déficiences et incapacités observées ou mesurées. C'est un processus d'évaluation du pronostic fonctionnel dont les déductions permettent:
 - D'établir un programme de traitements en fonction des besoins constatés
 - De choisir les actes de kinésithérapie à mettre en œuvre »

Définitions BDK

- **CIH²** : décrit la détérioration de l'état de santé par 3 niveaux d'atteintes possibles:
 - La déficience ou anomalie de structure (structurelle)
 - L'incapacité ou réduction de la possibilité d'accomplir une activité considérée comme normale (fonctionnelle)
 - Le handicap ou désavantage sociale (environnementale)

Définitions BDK

- **ANAES:** « Le diagnostic kinésithérapique permet, à partir des renseignements médicaux, de l'examen masso-kinésithérapique et du projet du patient de formuler la problématique à partir de laquelle déterminer les éléments à traiter en priorité. En fonction du diagnostic kinésithérapique, le MK établit la stratégie thérapeutique, préventive et éducative.

Définitions BDK

- **VIEL:** « le diagnostic kinésithérapique n'est pas figé, constamment révisable par contraste avec le diagnostic médical, posé une fois pour toute et invariable puisque nominal » Pour VIEL, c'est une procédure: « Relaté / Observé / Mesuré /Planifié »

Définitions BDK

- **VAILLANT:** Le diagnostic est « à la fois le processus et le résultat final de l'évaluation par lequel le kinésithérapeute organise dans des groupes définis, syndromes ou catégories pour l'aider à déterminer le pronostic et la stratégie d'intervention la plus appropriée »

Définitions BDK

- **WILS:** « le diagnostic kinésithérapique essaye d'évaluer les chances ou les probabilités de réussite du soin qu'il propose en même temps qu'il le propose. Il vise à évaluer et déterminer la place possible de la kinésithérapie, ses critères et ses indicateurs de qualité, pour anticiper sur la récupération fonctionnelle du malade et réajuster la stratégie thérapeutique »

Définitions BDK

- **WILS:** « le diagnostic est une démarche inductive, déductive et prédictive qui fait constamment l'aller et retour entre le malade, les théories et les pratiques médicales et kinésithérapiques pour mieux inscrire la rééducation dans le projet de soin »

Définitions BDK

- **SIGNEYROLE:** 'le diagnostic est une activité de problématisation qui sert non seulement à prendre des décisions thérapeutiques fondées mais aussi à assumer une autonomie professionnelle »

Définitions BDK

- **ANTONELLO - DELPLANQUE:** « le diagnostic kinésithérapique correspond en la reconnaissance de dysfonctionnements susceptibles de justifier d'objectifs réalistes de kinésithérapie dans le cadre d'un projet thérapeutique. La visée du projet thérapeutique est de permettre au patient de réaliser son projet de vie (dimension réflexive pronostique) »

Définitions BDK

- **ANTONELLO – DELPLANQUE:** « le diagnostic kinésithérapique est donc le résultat d'une activité intellectuelle qui consiste à mettre en lien et à confronter des informations issues de connaissances théoriques, de l'expérience clinique et de l'évaluation kinésithérapique »

Une posture d'acteur et d'auteur

- **Ardoino** définit la posture comme un « *systeme d'attitudes et de regards vis-à-vis des partenaires, des situations, des objets dans le cadre des recherches ou des pratiques sociales* », selon trois types de postures Agent/Acteur/Auteur.

Une posture d'acteur et d'auteur

Le sujet agent subit. Il est celui qui exécute une tâche. Le sujet est «*essentiellement agi* ».

Selon Ramin le MK Agent : «*agit uniquement sur prescription médicale détaillée. Ses motivations sont minimales. Il ne crée rien et adresse de façon systématique au médecin traitant le patient en cours de rééducation si un quelconque problème survient au décours des séances de rééducation prescrites* ». Ses bilans sont sur le mode de l'évaluation contrôle «*Il n'établit aucun bilan diagnostic kinésithérapique ou utilise au mieux un logiciel pré formaté sans trop de réflexivité* »

Une posture d'acteur et d'auteur

Le sujet acteur possède une certaine marge de manoeuvre et d'initiative. L'acteur est celui qui a des connaissances sur l'outil. *«L'acteur est reconnu comme co-producteur de sens [...] il est pourvu de conscience et d'initiative, capable de stratégies », « il ajoute donc certainement plus ou moins au livret initial, mais il n'en devient pas pour autant l'origine ».*

Avec la mise en place du BDK, le MK Acteur *« bien que toujours prescrit, appréhende le patient dans sa totalité et n'hésite pas à élaborer des plans de traitement à distance de la pathologie initiale. Il s'investit dans les formations complémentaires ainsi que dans les possibilités qui lui sont ouvertes d'accéder aux expertises techniques. Se sert du bilan diagnostique kinésithérapique, établit ses propres fiches et discute avec son patient des stratégies de traitement ».*

Une posture d'acteur et d'auteur

Le sujet auteur invente, innove. Il se situe à la source et produit du sens, il crée et développe *un processus d'autorisation*. L'auteur est celui qui a l'initiative, le savoir, le concept, l'autonomie totale. Il est prescripteur, décideur, responsable et autonome. L'auteur est « *celui qui réussit à se situer lui-même comme étant à l'origine, à la source de son propre devenir* ».

Le MK auteur, « *crée du sens à ses pratiques, les améliore, assume pleinement ses responsabilités avec une obligation morale qui supplante l'obligation légale de moyen, n'adresse au médecin que si le besoin s'en fait sentir, tend vers un désir de prescription et d'élargissement de ses champs de compétences* ». Le MK ne se contente pas d'évaluer un instant précis, mais au contraire son diagnostic s'inscrit dans le sens d'une prospective axée sur l'analyse avec pour corollaire l'autonomie.

Quelles compétences

Tâches	Compétences	Principales Ressources cognitives
<p>- Reconnaître et isoler les déficiences et handicaps potentiellement présents dans une situation clinique donnée</p>	<p>- Construire une représentation ébauche du problème médical à partir du diagnostic médical, en prenant en compte le contexte clinique (aigu / chronique, stade d'évolution de la maladie)</p> <p>- Formuler une hypothèse diagnostique permettant d'orienter l'évaluation vers la quête d'éléments ciblés</p>	<p>- Connaissances concernant l'anatomopathologie, la physiopathologie, l'expression clinique et l'évolution de la pathologie, le traitement habituel (médical, kinésithérapique)</p>

Quelles compétences

Tâches	Compétences	Principales Ressources cognitives
<p>- Réalisation des mesures et les évaluer (leur donner du sens)</p>	<p>- Repérer, catégoriser, analyser les dysfonctionnements à partir des différentes explorations dans le cadre d'un bilan orienté</p> <p>- Conduire un entretien et identifier le projet du patient</p>	<p>- Connaissance et utilisation avec pertinence et précision des outils validés de la mesure et les différentes échelles</p> <p>- Connaissance et maîtrise des modèles de communication verbale et non verbale</p>

Quelles compétences

Tâches	Compétences	Principales Ressources cognitives
<p>- Mise en lien des différentes données issues du bilan et évaluer l'ensemble des résultats du bilan</p>	<p>- Définir la problématique kinésithérapique</p> <p>- Prendre une décision concernant :</p> <ul style="list-style-type: none">. une contre indication absolue ou relative. l'élaboration d'un projet de soins	<p>- Réflexion et analyse des résultats pour donner du sens à la situation clinique selon le contexte, le pronostic, les données de la littérature médico-kinésithérapique en lien avec le projet du patient</p>

Quelles compétences

Tâches	Compétences	Principales Ressources cognitives
-Formalisation d'un diagnostic	- Rédiger, écrire un texte	Travail de mentalisation, correspondant à la capacité à traduire en mots, en représentations verbales partageables les images, les mesures, les émois pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi. Synthétiser pour communiquer (traçabilité)

Quelles compétences

Tâches	Compétences	Principales Ressources cognitives
<p>- Proposition d'un projet de soins</p>	<p>- Définir la finalité de la prise en charge et les objectifs opérationnels</p> <p>- Définir les techniques à mettre en œuvre</p> <p>- Prévoir les critères et indicateurs permettant d'évaluer l'adaptation des techniques mises en œuvre</p> <p>- Prévoir les critères et indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs</p> <p>- Prévoir les critères et les indicateurs permettant d'évaluer la validité du projet</p>	<p>- Négociation avec le patient, à partir de représentations, d'une situation que l'on souhaite voir se réaliser et planification des moyens à mettre en œuvre pour sa réalisation.</p> <p>- connaissances sur les techniques de rééducation dans leur variété, leur mode d'action, leur posologie, leurs résultats</p> <p>- connaissances sur la méthodologie d'évaluation (mesure, procédure, processus)</p>

Comment construire l'évaluation diagnostique ?

Prescription + Diagnostic médical + Contexte clinique

Savoirs fondamentaux
Physiologie et pathologie

Pronostic justifiant
l'indication de kinésithérapie

Expérience professionnelle

Le patient: ses demandes, ses
besoins, ses attentes, son
projet

Savoirs relatifs aux
résultats de la MK

Raisonnement

Représentation

Ébauche

Évaluation diagnostique

(quelles mesures, quelles évaluations, en vue de quels choix technologiques?)

Diagnostic médical, contexte

Quels modèles sont mobilisés ?

Anatomie, physiologie, anatomopathologie, physiopathologie, clinique

Histoire naturelle de la maladie

Quelles fonctions sont touchées par cette maladie ?
 Quelles structures sont touchées pour entraîner ce(s) déficit(s) de fonction ?
 Par quels symptômes s'expriment cette maladie ?

Evolution - Pronostic

Quelles sont les répercussions possibles de cette maladie sur la qualité de vie ?

Quels sont les objectifs du traitement médical ?
 Quels sont les traitements ?

Y-a-t-il une place pour la kinésithérapie ?
 Quel serait le projet kinésithérapique : objectif(s), moyens ?

Hypothèse diagnostique

Evaluation diagnostique orientée en fonction des objectifs potentiels de kinésithérapie

R E P R E S E N T A T I O N S

Projet de vie social, professionnel, besoins, envies

Handicap
Qualité de vie
Maladie

Attentes, espoirs, motivation

Le projet de rééducation

L'évaluation porte le projet et lui donne son sens



CO CONSTRUCTION AVEC LE PATIENT

Le projet de soins a pour objectif:

- De diminuer le handicap en améliorant les dysfonctionnements (curatifs) ou en réduisant leur impact (palliatif).
- Dans les maladies chroniques, stabiliser la situation en évitant l'apparition ou l'aggravation de complication (préventif).
- Améliorer la qualité de vie du patient
- Augmenter sa responsabilité vis-à-vis de sa maladie

Le projet de rééducation

- **Définir** avec le patient chaque objectif du projet de kinésithérapie en précisant les résultats à obtenir et les moyens les plus pertinents pour y parvenir.
- **Argumenter** les choix techniques.
- **Prévoir** le système d'évaluation permettant de juger de l'adaptation des techniques, de l'atteinte des objectifs, voire de la validité du projet.
- **Intégrer** l'évaluation des modifications instantanées induites par l'exercice de la kinésithérapie

Le projet de rééducation

- **Nécessité de disposer de connaissances sérieuses sur les techniques de rééducation dans leur variété, leur mode d'action, leur posologie, leurs résultats.**

Les principaux objectifs en kinésithérapie respiratoire

Améliorer l'hématose

Diminuer la dyspnée et la désadaptation à l'effort

Améliorer la mécanique ventilatoire

Gérer un encombrement bronchique

Pour chacun de ces objectifs il existe une dimension éducationnelle qui est partie constitutive du soin.

Outils et indicateurs d'évaluation diagnostique par type de dysfonctionnement

DYSFONCTIONNEMENT	CRITERES D'EVALUATION DIAGNOSTIQUE
<p align="center">ENCOMBREMENT</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Toux grasse - Bruits à l'auscultation (crépitants, ronchi) - AFE test - Répercussions sur la qualité de vie - Radiographies thoraciques (atélectasie, hypoventilation)
<p align="center">ALTERATION DE LA MECANIQUE VENTILATOIRE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hypoventilation <ul style="list-style-type: none"> - aux EFR (Fr/Vt) Capacité Vitale - à l'examen clinique - à l'examen radiologique - Dyspnée (Borg, EVA) - Asymétrie de la ventilation
<p align="center">INSUFFISANCE RESPIRATOIRE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gaz du sang et signes cliniques d'hypoxémie et/ou d'hypercapnie - Oxymétrie de pouls - Signes cliniques d'IRA - Dyspnée (Borg ou EVA) - EFR
<p align="center">DESADAPTATION A L'EFFORT</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dyspnée à l'effort (Sadoul, Borg, EVA) - TDM 6 minutes - Qualité de vie (St georges ou Grosbois..) - Epreuve d'effort - Etude morphodynamique des muscles respiratoires
<p align="center">DEFICIT D'EDUCATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan éducatif suivant nécessité (obstruction, encombrement...)

Un cas clinique

Présentation

- *Madame L, âgée de 59 ans, est porteuse d'une DDB bilatérale et diffuse, post coquelucheuse se traduisant par une toux et une expectoration chronique purulente ainsi qu'une dyspnée d'effort progressivement croissante dans le temps. Le traitement de fond consiste en une oxygénothérapie de 4l/mm, Bécotide® 4x2 bouffées par jour et Ventoline® 4x2 bouffées.*
- *Depuis quelques jours, il est noté une aggravation de son état fonctionnel respiratoire avec une majoration de l'encombrement bronchique. Elle présente une fièvre à 38°5.*
- *Le traitement prescrit consiste en une antibiothérapie et des séances de kinésithérapie respiratoire.*

Un cas clinique

Questionnement

- Quel est le diagnostic médical ?
- Quel est le contexte ?
- Quelle est la prescription ?
- Quel serait le pronostic en l'absence de traitement ?
- A priori, quelle serait la finalité de la kinésithérapie respiratoire ?
- A partir de cette finalité, quels éléments du dossier allez-vous étudier ? Qu'allez-vous rechercher dans ces examens ? Que vont-ils vous apporter ?

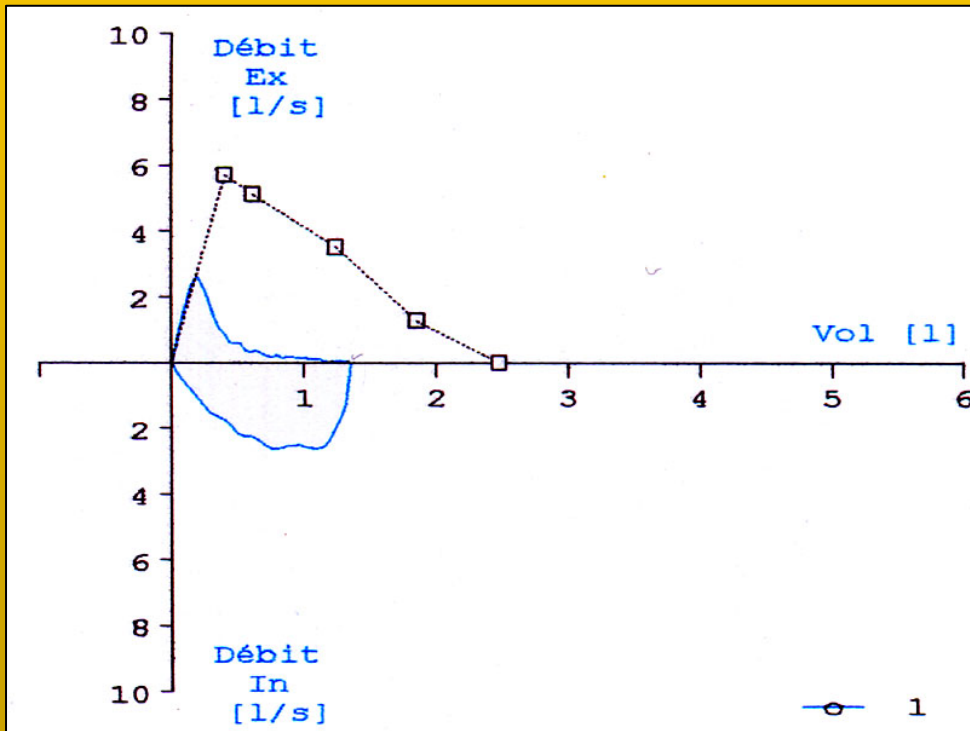
Un cas clinique

Résultats des gaz du sang

- En ventilation spontanée, sous 4 l d'O₂ les résultats sont les suivants :
- pH 7,38
- PaO₂ 9,3 Kpa (70 mmHg)
- PaCO₂ 9,1 Kpa (68,5 mmHg)
- HCO₃ 40,3 mM/l
- Sat 93%
- Hb 19g/100ml

Un cas clinique

EFR



CV : 1,45l (56%)

VEMS : 0,747 l/s (35,8%)

DEP : 2,63 l/s (46%)

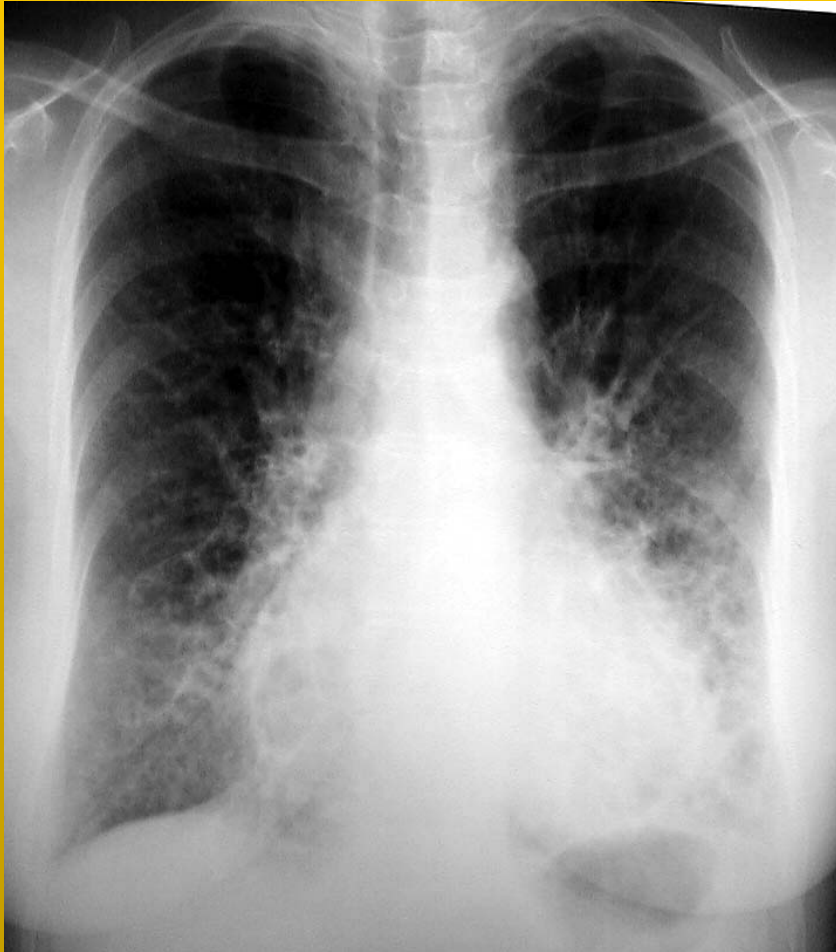
DEM 75: 0,930 l/s (18,1%)

DEM 50: 0,225 l/s (6,42%)

DEM 25: 0,119 l/s (9,35%)

Un cas clinique

Radiographie



Le compte rendu radiologique indique une hyperclarté diffuse, des coupes diaphragmatiques aplaties, une ouverture des sinus costodiaphragmatiques des dystrophies bronchiques diffuses

Un cas clinique

Bilan kinésithérapique

- A l'auscultation, nous retrouvons des ronchi et des sibilants dans les deux champs pulmonaires.
- L'oxymétrie de pouls est à 93%.
- Le bilan morphostatique met en évidence une cyphose dorsale, un enroulement des épaules non réductibles, un cou court et une ptose abdominale.
- Le bilan morphodynamique indique une hypertrophie et mise en jeu des muscles inspireurs accessoires au repos, une mobilité du thorax en bloc et de faible amplitude et une expiration de repos active. Présence du signe de Hoover.
- La dyspnée est de stade 4 sur l'échelle de Sadoul et d'intensité 5 sur l'EVA. Augmentation de la dyspnée lors de la séance.
- Le drainage bronchique autonome est peu rentable avec apparition rapide d'une fatigue et d'une majoration de la dyspnée avec désaturation..
- Le projet de la patiente est de ne pas être hospitalisée afin d'assister au mariage de sa petite fille dans 10 jours..

Un cas clinique

Diagnostic kinésithérapique

- *Patiente insuffisante respiratoire oxygénodépendante, en phase d'exacerbation due à une surinfection bronchique avec un encombrement diffus et bilatéral. Les volumes mobilisables et les débits expiratoires sont fortement diminués avec une charge de travail ventilatoire augmentée. Le drainage bronchique autonome est inefficace. A l'effort, majoration de la dyspnée et désaturation (observées lors des tentatives de drainage bronchique autonome). La patiente est fortement motivée et souhaite éviter l'hospitalisation.*
- *La finalité de la prise en charge consistera à éviter la décompensation respiratoire (dimension biologique) et permettre à la patiente d'assister au mariage de sa petite fille (dimension humaine).*
- *Le projet de soins consistera en une ventilation globale avec un support en pression positive, afin d'augmenter les volumes et les débits, d'améliorer la ventilation alvéolaire et de diminuer la charge de travail ventilatoire. L'apport d'oxygène sera augmenté et une surveillance par oxymétrie de pouls sera instaurée. A partir de cette ventilation, mise en place d'un drainage bronchique dirigé par modulation du flux expiratoire.*
- *Une réévaluation doit être programmée afin d'envisager, dans un second temps, une éducation au drainage bronchique autonome.*

Références

- Nomenclature Générale des Actes Professionnels des Masseurs Kinésithérapeutes (modifiée les 5 octobre 2000, 17 octobre 2003 et 9 janvier 2004)
- Arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie. Publication au Journal Officiel le 16 mai 2007.
- Antonello M., Delplanque D. et col. Comprendre la kinésithérapie respiratoire, Paris, Masson, 2005 (2ème édition)
- Evaluer: Un nouveau souffle. Kinésith. Scient. N° 455, mai 2005
- Massiot M., Aboiron H., Selleron B., Vaillant J., Wils J., Stevenin P. Evaluation et rééducation. EMC, Kinésithérapie, Médecine physique – réadaptation. 26-005-B-10, 2005
- Ardoino J., L'approche multi référentielle (plurielle) des situations éducatives et formatives, Analyses et pratiques de formation, Paris VIII, Formation permanente, Décembre 1993, n°25-26
- Ramin M. Contribution des sciences de l'éducation à la formation des formateurs en kinésithérapie. Master recherche éducation et formation. Université de Provence, Aix Marseille 1, 2005

Références

- SIGNEYROLE J., Questions d'écriture. Kiné Actualité, 2001, 800, 8-10.
- VIEL E., Le diagnostic kinésithérapique, Paris, Masson, 2ème Edition, 2000
- VAILLANT J., Histoires sous le signe : kinésithérapie et médecine. , Kinésithérapie Scientifique, 2002, 424, 35-52
- GEDDA M., Décision kinésithérapique : identité, démarche, chaînes logiques. Paris : Masson, 2001
- TRUDELLE P., La fiche de liaison en kinésithérapie. Résultats d'une enquête et proposition. Kinésithérapie Scientifique, 2000, 405, 49-55
- ABOIRON H., Le concept CIH et kinésithérapie. Kinésithérapie Scientifique, 1999, 389, 26
- GATTO F., L'évaluation des compétences des masseurs kinésithérapeutes pourrait-elle conduire à l'autonomie d'exercice de la profession ? Expertise du rapport Matillon intitulé : Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé. Kiné Actualité, 2003, 918
- DELPLANQUE D., ANTONELLO M., L'évaluation au service de l'autonomie professionnelle en kinésithérapie respiratoire : de l'utilité du bilan diagnostic kinésithérapique. *Kinésithérapie Scientifique*, 2001, 414, 52-6
-

- DELPLANQUE D., ANTONELLO M., COTTEREAU G., BONNEFOY S., De l'évaluation en kinésithérapie respiratoire au bilan diagnostic kinésithérapique. Des critères pour quoi faire ? Des critères pour faire quoi ? *Kinésithérapie Scientifique*, 2001, 417, 50-3
- DELPLANQUE D., ANTONELLO M., Le Bilan Diagnostic Kinésithérapique. Quel contenu ? Quelle forme ? *Kinésithérapie Scientifique*, 2002, 420, 51-2
- DELPLANQUE D., ANTONELLO M., Du diagnostic kinésithérapique au projet thérapeutique : une nouvelle approche de la kinésithérapie respiratoire. *Kinésithérapie Scientifique*, 2002, 427, 47-9
- DELPLANQUE D. Contribution à l'analyse des processus cognitifs mis en jeu dans la démarche d'évaluation diagnostique en kinésithérapie respiratoire. Mémoire pour l'obtention du Master 2, option ingénierie des systèmes de formation, Université de Corse, 2004-2005
- DELPLANQUE D., EYMARD C. De l'existence de savoirs construits spécifiques en kinésithérapie respiratoire contributifs à la démarche d'évaluation diagnostique. *ReK*, 2005, n°3, 19-29
- WILS J., Rencontres kinésithérapiques de l'AP-HP, 1998
- SIGNEYROLE J., Problématiques en rééducation. *Kiné Actualité*, 2001, 800, 6-7