

Max Claude CAPPELLETTI : Fiches bilans diagnostic en uro et coloproctologie

L'élaboration du diagnostic ne peut se faire qu'au niveau de la connaissance que le praticien possède. Il est évident que la justesse de l'appréciation et par la suite de l'adéquation entre le diagnostic et le traitement proposé ne seront que le reflet de l'expérience et du degré cognitif du praticien.

Le diagnostic est une démarche ordonnée, complexe, reliant entre elles des informations de diverses natures, mais qui ont une logique hiérarchisée. Des faits sont plus importants que d'autres, et un agencement du temps doit être respecté.

Il faut d'abord écouter, puis confronter sa propre observation à ce qu'en dit le patient, puis mesurer l'importance du déficit relaté et constaté.

Cette succession d'événements doit être sous tendue par notre appartenance à la kinésithérapie et à notre sens clinique. Avoir un point de vue de kinésithérapeute, se projeter vers un objectif et l'atteindre par nos moyens de kinésithérapeutes, c'est ce qu'attendent de nous nos patients et le prescripteur.

Ces renseignements recueillis, ces observations et ces mesures sont constitutifs du corps du diagnostic.

Ce dernier devra, pour être complet, comprendre un objectif raisonnable et partagé par le patient avec des critères de fin de traitement et une limite de temps estimée.

Le médecin fait une investigation de la pathologie et de la thérapie qui en découle, c'est le diagnostic médical. Le kinésithérapeute fait une investigation des conséquences de la pathologie et met en route le traitement des dysfonctions entraînées par la pathologie, c'est le diagnostic kinésithérapique.

Le bilan est indissociable du diagnostic. Il est un relevé cumulé des plaintes du patient, des observations et des mesures consignées par le kinésithérapeute.

Le diagnostic fait suite au bilan. Il est le fruit de la synthèse et de l'idée que se fait le professionnel des suites thérapeutiques qu'il faudra mettre au service du patient.

C'est le moment privilégié, où le kinésithérapeute muni du relaté, de l'observé et du mesuré enclenche le processus cognitif qui va le conduire à proposer au patient les moyens de le soigner.

Le traitement est composé d'une série de gestes à visée thérapeutique et d'actions comportementales qui devront nécessairement s'exprimer par un objectif à atteindre. Quand cela est possible l'objectif doit pouvoir être évalué dans un temps donné.

Le diagnostic étant exposé on peut dès lors engager le traitement. C'est le contrat moral qui lie le patient à son soignant. Rappelons qu'on ne soigne bien qu'avec l'accord du soigné qui devra, en outre, savoir que notre science n'est pas infaillible. Le patient a fort peu de chance de se retrouver comme « avant ». L'expérience d'un traitement parfois long et pour notre spécialité atteignant des « terra incognita » sera déroutant mais aussi, il faut l'espérer, enrichissant, quel que soit le résultat.

La Pratique des fiches.

Le relaté

Durant la phase de verbalisation, le patient s'exprime et le praticien trie les informations qui lui paraissent utiles de celles qui n'ont aucun intérêt pour la bonne compréhension et la suite du traitement.

Ayons à l'esprit que notre consultation dans un cabinet libéral doit être concise pour des raisons évidentes de bonne gestion.

Noter les antécédents est une bonne chose, mais cerner au plus près la plainte du patient est autre chose. Quelque fois la vraie plainte s'exprimera plus tardivement, lorsque la confiance sera établie.

Il est important d'annoter soigneusement les détails précis, qui pourront, en fin de rééducation, servir de point de repère et être confrontés à l'appréciation du résultat qu'en fera la patiente.

L'observé

Tout en liant le contact par la parole, le bilan, progressivement, introduit l'approche clinique et donc l'observation et le toucher. Cette phase se combinera bien entendu au mesuré. La recherche des ROT et de la sensibilité de la sphère pelvi-périnéale s'observe et se mesure.

Que ce soit au doigt, par sonde vaginale ou anale on peut et doit recueillir des renseignements précis. Ne pas hésiter à confronter vos relevés à ce que vos patientes vous confieront lorsqu'elles seront en possession des investigations comme les BUD ou rectomanométries. A ce propos , rappelons que le praticien doit avoir une bonne connaissance des deux examens que je viens de citer. Ils sont fréquemment prescrits et sont un bon reflet du fonctionnement vésico-sphinctérien et coloproctologique.

Le mesuré.

Le besoin de mesure répond à des nécessité éthiques , de quantification de symptômes et des retentissements des troubles.

L'interrogatoire peut n'être pas bien compris du patient. Ce dernier peut avoir des difficultés à verbaliser, à synthétiser ses plaintes. Il faudra user d'outils spécifiques pour évaluer la personne, mais aussi vérifier la justesse du traitement pour éventuellement l'ajuster ou le modifier. La mesure permet de comparer le résultat à l'objectif premier et de quantifier (au plus près) le degré d'approche de ce résultat par rapport à la pathologie initiale.

Le testing digital est approximatif il ne peut servir de référence. Il est cependant incontournable pour aborder et percevoir les qualités musculaires et la compréhension des ordres futurs. Seule la cotation 3/5 sur un muscle squelettique se révèle juste, comparable et reproductible. Le 3/5 voit en effet le muscle strié vaincre la pesanteur du segment mobilisé sans résistance, tout au long de son amplitude angulaire habituelle. Le releveur de l'anus ne peut se mesurer ainsi.

Il existe des moyens par scores de symptômes et de qualité de vie et des moyens physiques s'exprimant en µvolts, Newton mètres, cmH20 ou kPascal.
A vos outils !