

# Gestión de la calidad y evaluación en kinesiterapia

A Courtillon  
H Gain  
P Gosselin  
M Grunberg

**Resumen.** – Durante estos últimos años, el proceso de mejora continua de la calidad se ha generalizado en el campo de la medicina física y de readaptación, de su práctica y de las profesiones relacionadas con ella. Los autores describen el procedimiento de evaluación específico de esta disciplina, basado en la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud: objetivación y medida de los déficits y discapacidades, en interacción con los factores personales y ambientales del paciente. La evaluación mediante el método de «relato-observación-medida» aporta elementos que contribuyen a establecer el diagnóstico kinesiológico, así como a la determinación de una serie de objetivos terapéuticos y de los plazos para alcanzarlos. A continuación, se presenta un instrumento validado (Évalkiné®) que permite agregar un «ciclo de calidad»: evaluación inicial, cualitativa y cuantitativa, seguimiento semanal y reajuste permanente de los medios. Asimismo, se discute, a título ilustrativo, un caso clínico de rehabilitación kinesiterapéutica.

© 2001, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, París. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** calidad, evaluación, diagnóstico, kinesiterapia.

## Introducción

Al igual que el resto de los profesionales sanitarios, aquellos que participan en el campo de la medicina física y de readaptación (MFR) deben formalizar, en el ejercicio de su profesión, un sistema de gestión de la calidad <sup>(1)</sup> de las prácticas de atención del paciente. Para garantizar el buen desarrollo de un tratamiento, es

(1) El objetivo de todo sistema de gestión de la calidad es coordinar y garantizar la mejora de la calidad, mediante diversos instrumentos, que sirven para facilitar el logro de los objetivos deseados (AFNOR).

indispensable establecer previamente un contrato tácito entre el médico (referente y tratante), el kinesiterapeuta y el paciente. Este contrato debe basarse en una relación de confianza, una información recíproca y un proyecto compartido de rehabilitación y readaptación.

De esta forma, la evaluación <sup>(2)</sup> repetida y la trazabilidad de las acciones terapéuticas cobran su verdadera importancia, incluso si su generalización puede a veces representar un cambio notable en numerosas profesiones de la rehabilitación y readaptación funcionales.

En el campo de la kinesiterapia, este nuevo enfoque de la calidad <sup>(3)</sup> se acom-

paña de nuevos instrumentos <sup>(5)</sup>, que tienen en cuenta la especificidad de este campo particular de la rehabilitación funcional. Esta especificidad está presente a lo largo de toda la cadena de atención del paciente, desde la prescripción hasta la aplicación del tratamiento.

Una vez superada la etapa del diagnóstico médico (nosológico, topográfico, etiológico, diferencial y positivo), requisito indispensable para la prescripción médica de la kinesiterapia, la puesta en marcha de esta última requiere también la evaluación simultánea, por parte del médico, de las deficiencias estructurales o funcionales, y las discapacidades del paciente relacionadas con su problema de salud. De hecho, éstas constituyen el fundamento de la prescripción y de sus indicaciones. En el ámbito de la MFR, esta evaluación se fundamenta en la Clasificación internacional de las deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>(6, 8)</sup>.

Alain Courtillon : MPR, directeur médical.  
Maryvonne Grunberg : Cadre de santé, chef de service, service de kinésithérapie.  
Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles de Rennes-Beaulieu, FSEF, 41, avenue des Buttes-de-Coësmes, 35700 Rennes, France.  
Hubert Gain : Cadre de santé formateur.  
Pascale Gosselin : Cadre de santé, directeur.  
Institut de formation en massokinésithérapie de Rennes, hôpital Pontchaillou, rue Henri-le-Guillou, 35000 Rennes, France.

(2) Según De Ketele <sup>(9)</sup>, evaluar significa confrontar un conjunto de informaciones con un conjunto de criterios, a fin de tomar una decisión.

(3) La calidad es el conjunto de las propiedades y características de un servicio que le confieren la capacidad de satisfacer las necesidades expresadas o implícitas (ISO8402-21).

Cuadro I. – Estudios para objetivar y valorar las deficiencias, discapacidades y minusvalías.

Estudio inicial a los 8 días	Estudio intermedio a los 30 días	Estudio final a los 45 días
<b>Deficiencias</b>		
Cutánea: cicatriz anteroexterna (presencia de un apósito) Vascular: edema periarticular (+ 15 mm) Articular: flexión pasiva de la rodilla 45°. Movimiento interrumpido por dolor rotuliano lateral Muscular: no se puede explorar el cuádriceps (contracción contra resistencia proscrita). No hay déficits significativos en los demás músculos. Hipoextensibilidad del músculo recto femoral (pérdida de 10° de flexión de la rodilla cuando la cadera está en extensión) En la palpación, renitencia más acusada en el cuádriceps derecho Dolores: no hay dolor espontáneo Dolor provocado por la flexión de la rodilla (valorado en 4/10 según la escala visual analógica [EVA])	Cicatriz perfectamente cerrada y no adherente  Desaparición del edema (0 mm) Flexión de la rodilla: 85°  Contracción isométrica del cuádriceps en extensión posible contra la gravedad del segmento tibial máxima  Mejora de la hipoextensibilidad (-5°)  Dolor valorado en 2/10 en la EVA	Flexión de la rodilla: 130°  No se puede explorar el cuádriceps contra resistencia máxima  Extensibilidad comparable a la del lado sano (0°)  Ausencia de dolor (0/10 en la EVA)
<b>Discapacidades</b>		
La marcha con bastones ingleses y férula posterior no plantea problemas. Ninguna dificultad en las actividades de la vida cotidiana	Este día se quita la férula. Déficit de flexión de la rodilla en la fase oscilante de la marcha	Marcha sin bastones, simétrica. No hay dolor, pero sí una leve aprensión al bajar escaleras
<b>Minusvalías</b>		
Baja laboral	Ídem	Incorporación al trabajo prevista

Después de una enfermedad o un traumatismo, o en asociación con ellos, pueden aparecer alteraciones estructurales o funcionales en órganos y sistemas (deficiencias), limitaciones en la actividad de la vida cotidiana de la persona (discapacidades) y restricciones en su participación en la vida social (minusvalía), relacionadas con la interacción de factores (favorables o desfavorables) del contexto de su afección (personales o ambientales). Estas interacciones son la fuente de situaciones de discapacidad, temporales o definitivas, que requieren una rehabilitación.

El kinesiterapeuta interviene en este contexto de consecuencias de la enfermedad, definido por la CIDDM. El informe del Consejo de Europa de 1996 precisa que la CIDDM representa «un instrumento importante para el establecimiento del diagnóstico kinesiológico» [22]. Esta clasificación proporciona un marco conceptual [1,13], que permite elaborar el diagnóstico kinesiterápico, es decir, el análisis que el kinesiterapeuta realiza del estado del paciente en un momento dado, estado que evoluciona con mayor o menor rapidez.

Antes de instaurar una kinesiterapia, es preciso objetivar las deficiencias (déficits o disfunciones) de los distin-

tos órganos o sistemas. Asimismo, en esta fase de evaluación kinesiterápica, es necesario tener en cuenta la limitación de las actividades de la vida diaria. En esta etapa, se buscan las causas de la discapacidad, y de manera más general, de la situación de minusvalía, observada en el paciente: búsqueda de interacciones del contexto personal (posturas, temor al movimiento y al dolor, percepción del estado de salud, aptitudes, motivaciones, etc.) y de factores ambientales (familiar, socioprofesional, arquitectónicos, etc.). Así, a partir de la exploración inicial, el

kinesiterapeuta dispone de un conjunto óptimo de informaciones significativas sobre el estado de salud (diagnóstico médico nosológico y topográfico, indicaciones y objetivos médicos de la kinesiterapia, límites y contraindicaciones), el estado funcional (deficiencias y sus causas, discapacidades y sus orígenes) y las expectativas del paciente o de su entorno (proyecto y calidad de vida). El conjunto de estos elementos contribuye a la instauración de un tratamiento adecuado y de calidad.

Cuadro II. – Diagnóstico kinesiológico y proyecto del paciente.

Diagnóstico inicial a los 8 días	Diagnóstico intermedio a los 30 días	Diagnóstico final a los 45 días
La deficiencia principal es un déficit de flexión de la rodilla. Parece debida a un dolor articular y a una hipoextensibilidad del cuádriceps	Ídem para la flexión de la rodilla. El déficit de flexión en la fase oscilante parece deberse a la aprensión y a una alteración del esquema de la marcha (30 días con férula)	En esta fase, se considera que los déficits y discapacidades son menores
<b>Proyectos del paciente</b>		
A medio plazo: conducir un automóvil, reincorporarse al trabajo A largo plazo: volver a jugar al tenis	Ídem	Ídem

**Cuadro III. – Elaboración del proyecto kinesiterapéutico.**

Objetivos iniciales a 8 días	Objetivos intermedios a 30 días	Objetivos finales a 45 días
Reducir los dolores  Reducir las tensiones del cuádriceps Aumentar la flexión de la rodilla hasta 90° en un plazo de 30 días	Continuar ganando flexión hasta 120° en un plazo de 45 días	Final de la rehabilitación  Programación de una serie de sesiones al cabo de 90 días para poder volver a jugar al tenis

**Cuadro IV. – Elección de los medios terapéuticos.**

Medios kinesiterapéuticos a los 8 días	Medios kinesiterapéuticos a los 30 días	Medios kinesiterapéuticos a los 45 días
Electroterapia analgésica  Masaje del cuádriceps  Estiramiento del cuádriceps (actuando sobre la extensión de la cadera) Trabajo de flexión de rodilla, activo y activo asistido	Ídem para la flexión de la rodilla  Refuerzo manual del cuádriceps en trabajo isométrico Reeducación de la marcha	Ficha de consejos personalizados comentada y entregada al paciente

## Etapas del procedimiento diagnóstico kinesiológico

### MEDIDA Y OBJETIVACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y SITUACIONES DE MINUSVALÍA

Los estudios kinesiológicos <sup>[14]</sup> abarcan un conjunto de procedimientos fiables y reproducibles, propios del ejercicio de la kinesiterapia, que permiten realizar estas medidas y objetivaciones (*cuadro I*). Existen numerosos instrumentos de medida, asociados generalmente a un determinado campo de la kinesiterapia, como por ejemplo, la goniometría en el contexto de la rehabilitación del aparato locomotor, la espirometría en el de la rehabilitación respiratoria y el estudio de la función esfinteriana en el de la rehabilitación uroginecológica.

El principio metodológico recomendado se basa en la secuencia «relato-observación-medida» (ROM) <sup>[26]</sup>. Durante las exploraciones, este método evita confundir el nivel tisular (piel, músculo), el nivel medio (inspección, palpación, goniometría) y el resultado (dolor, edema).

Los diversos resultados obtenidos al final de los estudios permiten identificar las disfunciones del movimiento que caracterizan a la problemática del paciente.

### ANÁLISIS DE LAS DISFUNCIONES DEL MOVIMIENTO

Estos resultados se estudian, se relacionan y se analizan a la luz de la CIDDM y

las teorías kinesiológicas, con el fin de explicar las disfunciones del movimiento, comprenderlas y predecir su evolución. En este sentido, el diagnóstico kinesiológico comporta un enfoque pronóstico. La experiencia y los conocimientos prácticos del especialista hacen cobrar todo su sentido a estos estudios. Sus distintos elementos se ponderan en función del cuadro patológico correspondiente <sup>[25]</sup>. Este análisis permite establecer qué puede hacer el paciente (*cuadro I*).

### EVALUACIÓN DEL PROYECTO PERSONAL DEL PACIENTE

Una de las especificidades de la kinesiterapia es que requiere la participación personal del paciente en su propio tratamiento. Salvo en algunas excepciones (por ejemplo, el coma), se establece una auténtica cooperación <sup>[17]</sup> entre el kinesiterapeuta y el paciente <sup>[15]</sup>. Por otra parte, es preciso realizar una evaluación de las expectativas del paciente <sup>[14,18]</sup> y, si es necesario, de su familia.

Esta evaluación permite conocer lo que el paciente quiere hacer (*cuadro II*).

## Particularidades del procedimiento diagnóstico kinesiológico

El procedimiento diagnóstico kinesiológico comienza cuando ya se ha establecido el *diagnóstico médico*. Este último guía el trabajo de evaluación del kinesiterapeuta proporcionando un marco nosográfico general, y, al mismo tiempo, indi-

ca las manipulaciones que no deben realizarse (por ejemplo, en el caso de una fractura no consolidada, no se debe buscar la fuerza máxima estática de los músculos que atraviesan el foco de fractura). El procedimiento diagnóstico kinesiológico *está relacionado con la naturaleza de la deficiencia*. Este diagnóstico pertenece al ámbito de intervención del kinesiterapeuta (especialista del movimiento alterado) en el marco de sus competencias <sup>[11]</sup>. El fisioterapeuta identifica las disfunciones del movimiento humano en el sentido amplio, las clasifica dentro del marco general de la CIDDM, las explica y las analiza según los conocimientos actuales.

*El procedimiento diagnóstico permite elaborar un proyecto de asistencia kinesiológica, ya sea preventiva o terapéutica (cuadro III)*. Para algunos autores <sup>[16]</sup>, la fase de concepción de la acción kinesiterapéutica, es decir, el proyecto terapéutico, también forma parte del diagnóstico. Para otros, esta fase de concepción sólo debe comenzar una vez establecido el diagnóstico y debe ser el corolario inmediato de éste.

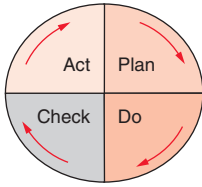
*El procedimiento diagnóstico se reajusta constantemente, en función de la evolución del estado del paciente*. El kinesiterapeuta prescribe sus propios medios terapéuticos (*cuadro IV*) y, a continuación, los pone en práctica.

El estado del paciente cambia día a día, en función, por un lado, de la evolución, favorable o desfavorable, de la enfermedad, y por otro, de las técnicas aplicadas, en las que él participa. Por lo tanto, el kinesiterapeuta evalúa de manera regular el estado del paciente <sup>[10,19,24]</sup> y reajusta constantemente su diagnóstico y su estrategia terapéutica.

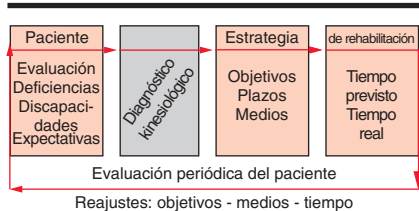
De esta manera, la permanente evaluación del estado del paciente y el reajuste terapéutico resultante convergen al ciclo de mejora que es la especificidad del sistema de gestión de la calidad.

## Sistema de gestión de la calidad e instrumentos de evaluación en kinesiterapia

El estudio de las variaciones en las necesidades terapéuticas de los pacientes, mediante instrumentos simples, es imprescindible para mejorar la calidad. Se dispone de evaluaciones específicas para determinadas afecciones, pero, según las bibliografías francesa y canadiense <sup>[7]</sup>, existen muy pocos instrumentos de evaluación que permitan abordar un enfoque global del paciente en kinesiterapia, precisar sus necesidades terapéuticas y evaluar el tratamiento.



1 Ciclo de Deming o ciclo de mejora continua de la calidad de Deming: «Plan, Do, Check, Act» [23].



2 Sistema de gestión de la calidad en kinesiterapia.

En efecto, fuera de algunos instrumentos transversales interprofesionales, como el Plan de Intervención Interdisciplinario Individualizado (P3I) canadiense (4) o el protocolo francés ESOPE de evaluación sistémica de los objetivos prioritarios en readaptación [según Castelain P et al. Para un proyecto de salud individualizado: ESOPE®. Kinésithér Scient 2001; 409 : 3340], centrado en la evaluación de la calidad de vida, se dispone de muy pocos instrumentos directamente aplicables a la kinesiterapia.

#### «PROBLEM ORIENTED MEDICAL RECORD» (POMR)

Este sistema de organización de la historia clínica se emplea en los servicios médicos anglosajones. Algunos kinesiterapeutas lo utilizan como soporte de la historia de kinesiterapia, pero, con frecuencia «se le considera demasiado médico y poco adaptado al ámbito específico de esta disciplina. Hasta ahora, nunca se han podido demostrar los beneficios del POMR en la calidad de la asistencia o la evaluación de las técnicas y los tratamientos. El POMR no ha sido validado en el contexto de las actividades de rehabilitación funcional y, más específicamente, de la kinesiterapia» [2]. Por lo tanto, es preciso evaluar en el tiempo la evolución del estado funcional del paciente, su autonomía y su capacidad para reintegrarse a su entorno. Es necesario determinar si se han obtenido los resultados esperados y registrar la evolución.

(4) Grupo de investigación y de evaluación de profesionales de la kinesiterapia del Oeste. Asociación sin fines de lucro.

#### ÉVALKINÉ

En Francia, para responder a esta necesidad, el GRECKO (4) inició en 1991 una investigación para crear un instrumento específico para la kinesiterapia, centrado en el paciente [20, 21]. De estos trabajos nació el método de evaluación Évalkiné, que se integra en el proyecto terapéutico del paciente [2].

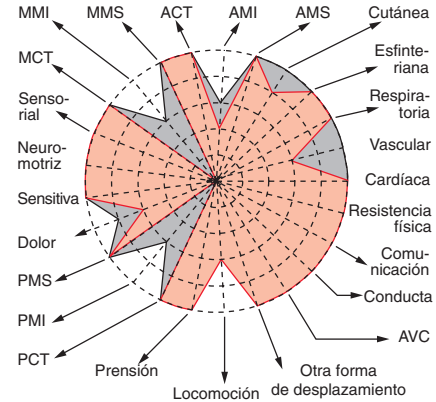
Este instrumento de evaluación y de ayuda a la decisión se fundamenta en dos modelos teóricos: la CIDDM y el ciclo de mejora continua de la calidad de Deming [23].

El ciclo de Deming se basa en un método que permite realizar un trabajo de forma eficaz y racional (fig. 1).

Se compone de cuatro etapas: planificación de la mejora de la calidad, ejecución del plan, verificación de los resultados y adopción del procedimiento de mejora de la calidad, con las eventuales medidas correctivas («plan, do, check, act»).

Évalkiné está construido sobre estas bases conceptuales. Designa y mide las deficiencias y discapacidades de cada paciente para las que se fijan objetivos que han de alcanzarse en determinados plazos y que generan acciones terapéuticas (fig. 2). Comprende una ficha de proyecto kinesiterapéutico y un sistema de evaluación referencial. Permite recoger un conjunto de datos útiles para llevar a cabo el proyecto kinesiterapéutico del paciente, respetando las distintas etapas de su rehabilitación y readaptación. Los diferentes objetivos asistenciales se jerarquizan y se establecen los respectivos plazos para alcanzarlos, de manera de adaptarse mejor a las necesidades de cada paciente. Una escala de medida numérica, inspirada en la escala de Hansen, asigna a las deficiencias y discapacidades un grado de gravedad comprendido entre 1 y 5. Esta escala remite a un sistema de referencia original, elaborado a partir de los conocimientos reconocidos por los profesionales de la medicina y de la kinesiterapia. Una serie de criterios e indicadores definen los grados para cada uno de los apartados de la tabla de evaluación. Este sistema referencial facilita el análisis causal de las deficiencias y discapacidades del paciente. De esta forma, la estrategia de rehabilitación se formula de manera explícita y diferenciada. Tanto los objetivos como los medios previstos (en términos de calidad y tiempo) así determinados, se anotan para la semana siguiente.

Las evaluaciones periódicas permiten comprobar los resultados obtenidos. El kinesiterapeuta puede así revisar las hipótesis establecidas en el momento de



3 Perfil del estado del paciente.

Déficit articular.

ACT: cabeza y tronco; AMI: miembros inferiores; AMS: miembros superiores.

Déficit muscular.

MCT: Cabeza y tronco; MMI: miembros inferiores; MMS: miembros superiores.

Discapacidad postural.

PCT: cabeza y tronco; PMI: miembros inferiores; PMS: miembros superiores.

AVC: actividades de la vida cotidiana.

plantear el diagnóstico o la estrategia de rehabilitación desarrollada, y realizar los reajustes que sean necesarios.

Un soporte informatizado refuerza la estructuración de la simple información escrita. Con este procedimiento, se responde a ciertos objetivos de la calidad, como la trazabilidad de los cuidados o la seguridad de los datos.

#### Ilustración del proceso kinesiterapéutico

El caso clínico presentado a continuación ilustra el proceso kinesiterapéutico que se acaba de describir.

«La señorita C, de 25 años de edad, documentalista en una universidad, ha sido operada por una transposición de la tuberosidad tibial anterior a la derecha, secundaria a un síndrome femoro-rotuliano persistente desde hacía 2 años. Las consignas quirúrgicas principales son: apoyo permitido con ayuda de dos bastones ingleses y una férula posterior hasta el 30º día, flexión de rodilla que no sobrepase los 60º durante 21 días, con el objetivo de alcanzar 90º a los 30 días; no reforzar el cuádriceps contra una resistencia antes de 45 días». Los cuadros I, II, III y IV ilustran todos los elementos que explicitan el procedimiento de evaluación y calidad en kinesiterapia. El gráfico que acompaña a la ficha Évalkiné® (fig. 3) permite visualizar su evolución.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención del artículo original: Courtillon A, Gain H, Gosselin P et Grunberg M. Démarche qualité et évaluation en massokinésithérapie. *Encycl Méd Chir (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation, 26-006-C-10, 2001, 4 p.*

## Bibliografía

- [1] Aboiron H. Le concept CIH et kinésithérapie. *Kinésithér Scient* 1999 ; 395 : 26-27
- [2] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Le dossier du patient en masso-kinésithérapie. Paris : ANAES, 2000
- [3] Arrêté du 4 octobre 2000 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sage-femmes et des auxiliaires médicaux
- [4] Boulanger YL, Gandreault C, Gauthier J. Le PIII : comment optimiser le travail d'équipe en rééducation-réadaptation. *J Réadapt Méd* 2000 ; 20 : 3-4
- [5] Calmels P, Bethoux F. Qualité de soins et outils d'évaluation en médecine physique et de réadaptation. *J Réadapt Méd* 1998 ; 18 : 104-108
- [6] Charpentier P, Aboiron H. Classification internationale des handicaps. *Encycl Méd Chir* (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Kinésithérapie-Médecine Physique-Réadaptation, 26-006-B-10, 2000 : 1-6
- [7] Cole B, Finch E, Gowland C, Mayo N. Instruments de mesure des résultats en réadaptation physique. Toronto : Association Canadienne de Physiothérapie, 1995
- [8] Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages. Paris : INSERM, PUF, 1988
- [9] De Ketele JM, Roegiers X. Méthodologie du recueil d'informations. Bruxelles : De Boeck Université, 1996
- [10] Deburge A, Chouaid C. Évaluation de la qualité des soins dans les centres hospitaliers de rééducation. *Ann Kinésithér* 1998 ; 25 : 2-6
- [11] Décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. *JO* du 9 octobre 1996 : 14802-14803
- [12] Décret n° 2000-577 du 27 juin 2000 modifiant le décret n° 96-879 du 8 octobre 1996 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute. *JO* du 29 juin 2000 : 9167
- [13] Delitto A, Snyder-Mackler L. The diagnostic process: exemples in orthopedic physical therapy. *Phys Ther* 1995 ; 344 : 1543-1547
- [14] Dufour M. Les bilans kinésithérapiques. *Ann Kinésithér* 2000 ; 27 : 135-139
- [15] Faillietaz P, Galluchon T, Le Dinahet T. Le diagnostic kinésithérapique et son processus d'élaboration. *Kinésithér Scient* 1998 ; 380
- [16] Gedda M. Au cœur de la kinésithérapie : son diagnostic. *Kinésithér Scient* 1998 ; 375 : 39-50
- [17] Giroud M. La démarche professionnelle du masseur-kinésithérapeute. *Kiné-Actualités* 2000 ; 780
- [18] Grenier R. La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients. *J Réadapt Méd* 1998 ; 18 : 87-90
- [19] Grosse D. L'évaluation : un exemple concret appliqué à la kinésithérapie ambulatoire. Les pré-requis et les difficultés de mise en place. *Ann Kinésithér* 1994 ; 21 : 74-90
- [20] Grunberg M. Éval'Kiné®: outil d'évaluation en masso-kinésithérapie. *Kinésithér Scient* 2001 ; 407 : 37-42
- [21] Grunberg M. Technique d'évaluation du travail du kinésithérapeute en centre de rééducation. *Ann Kinésithér* 1994 ; 21 : 94-95
- [22] Heerkens YF. Utilisation et utilité de la CIH dans les professions paramédicales (soins infirmiers, physiothérapie, orthophonie, ergothérapie, podologie et orthoptie). Handicap et intégration. Bruxelles : Conseil de l'Europe, 1996
- [23] Katsuya H. Le guide qualité de résolution de problèmes. Paris : Dunod, 1997
- [24] Monet J. Évaluation des activités thérapeutiques en kinésithérapie. *Ann Kinésithér* 1994 ; 21 : 90-93
- [25] Vaillant J, Plas F, Bouchet JY, Caillat-Miousse JL, Cossalter B, Michon D et al. Le diagnostic kinésithérapique. *Kinésithér Scient* 1999 ; 389 : 9-12
- [26] Viel E. Le diagnostic kinésithérapique. Paris : Masson, 1998