

# **Pht-1006**

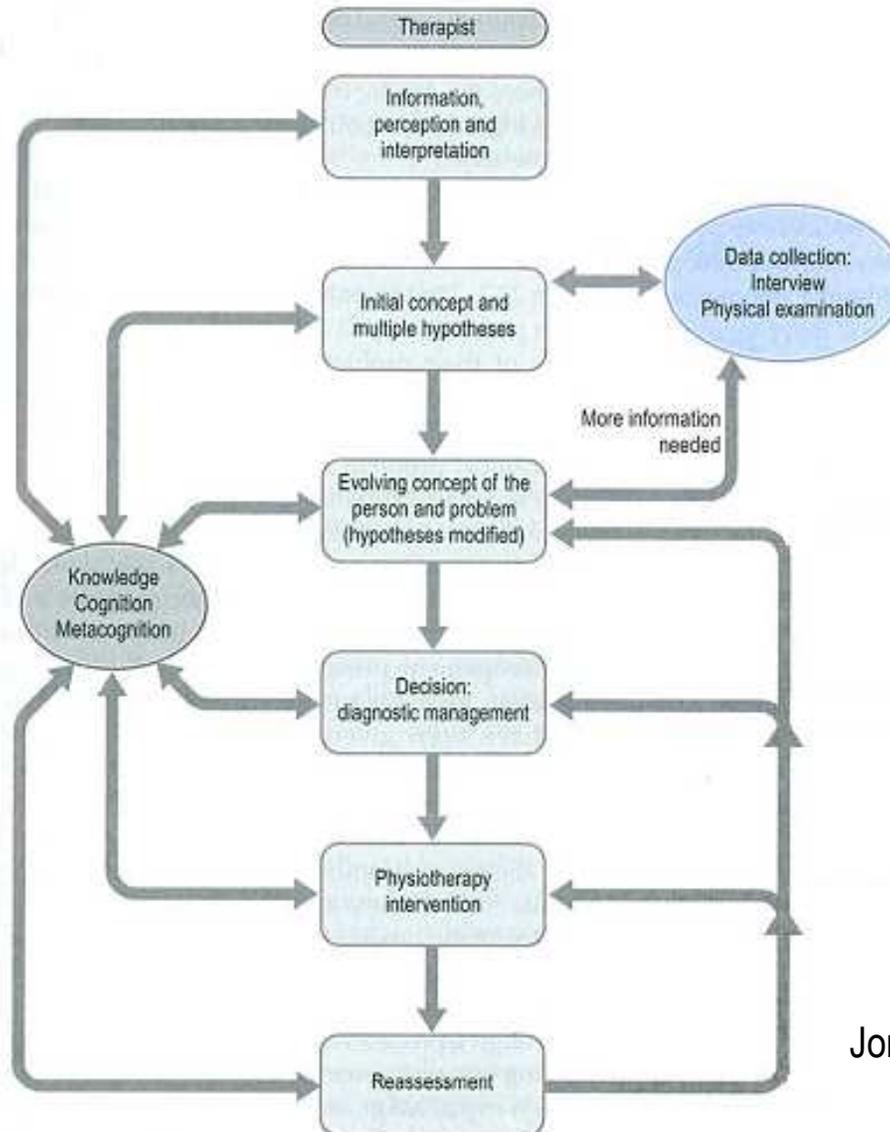
## **Démarche clinique en physiothérapie**

Marc Perron, M.Sc., pht.  
Chargé d'enseignement

**Département de réadaptation  
Université Laval**

Résumé de la  
démarche clinique

## L'élaboration d'hypothèses est l'essence du raisonnement et de la démarche clinique



- Les impressions initiales (hypothèses) sont vérifiées, modifiées ou rejetées avec l'apport de nouvelles informations tout au long de la démarche clinique.
- Les tests et mesures sont choisis en fonction des hypothèses posées.
- Le processus de raisonnement n'est pas linéaire, mais plutôt circulaire. Une nouvelle information obtenue à n'importe quelle étape de la démarche peut générer des nouvelles hypothèses qui justifient une nouvelle investigation.

Jones, 2008

# Processus de raisonnement

---

## 1. Non-analytique – Reconnaissance de patrons :

- Certaines **données discriminantes** recueillies à partir des premières **observations** du client ou au tout début de l'entrevue permettent de faire un lien avec des patrons familiaux «stockés» dans la mémoire à long terme et font émerger les **hypothèses/impressions initiales** qui seront vérifiées aux étapes subséquentes de la démarche clinique.
- Tributaire de la richesse et de l'organisation des **connaissances** et de **l'expérience**.
- Processus rapide et + ou – conscient.
- Permet de reconnaître les «red flags».
- Risques: recherche des patrons familiaux et manque d'ouverture aux données discordantes.

# Processus de raisonnement

---

## 2. Analytique – Hypothético-déductif

- Consiste à vérifier les hypothèses en se basant sur une analyse **rationnelle** (comparaison) des données recueillies au cours de l'examen.
- A pour objectif de vérifier ou réfuter les hypothèses initiales.
- Processus plus lent, utilisé particulièrement dans les situations complexes.

## 3. Sémantique – Diagnostic d'exclusion

- Les informations fournies par le client sont interprétées de façon à établir des liens avec des pathologies en mémoire, ce qui permet d'exclure celles qui ne correspondent pas aux informations recueillies.

# Processus de raisonnement

---

## 4. «Narrative Reasoning»

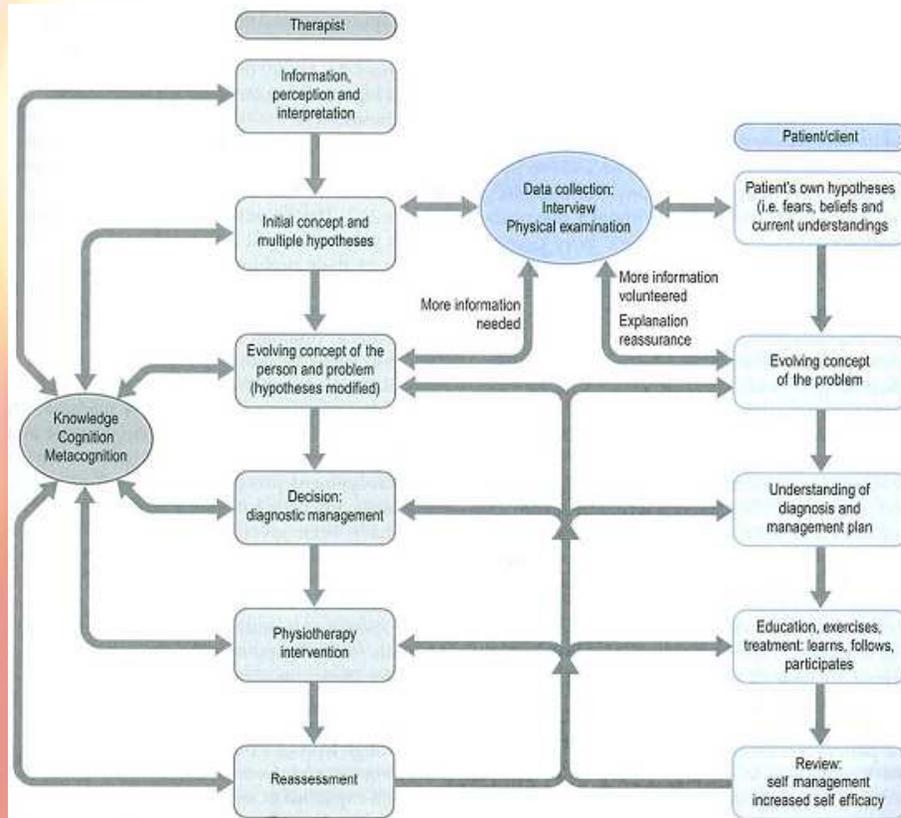
- Processus par lequel on tente de comprendre la perspective que le patient a de son propre problème: ses expériences (compréhension, croyances), ses attitudes (désirs, motivations, émotions), et comment son problème affecte sa vie.
- Nécessite une bonne organisation des connaissances biopsychosociales et des habiletés de communication.
- Permet d'interpréter avec plus de justesse les conclusions du processus de raisonnement diagnostique.
- Favorise l'implication du client dans son traitement et de meilleurs résultats suite à l'intervention.

## Perspective du client / de la famille

- Le client / la famille a initialement sa **propre conception** (hypothèses) de la nature de ses problèmes qui est influencée par ses expériences et les informations des autres (médecin, d'autres membres de la famille, amis, etc.).
- Les croyances contreproductives du client nuisent à son implication dans l'intervention et conduisent à de moins bons résultats.
- Le client qui peut prendre part aux décisions et qui s'implique dans l'intervention a plus de chances d'obtenir de meilleurs résultats.



## La collaboration thérapeute-client/famille



Jones, 2008

- La compréhension de la perspective du client est essentielle pour saisir l'influence de tous les facteurs sur son problème.
- Échanger l'information, expliquer, rassurer et partager les décisions prises au cours de l'évaluation favorisent une **compréhension évolutive commune** du problème et influencent les stratégies d'intervention.

# Réflexivité

---

- Notre compréhension des problèmes du client et notre processus d'analyse sont influencés par notre propre cadre de référence (valeurs, culture, éducation, etc.)
- Le physiothérapeute réflexif :
  - questionne constamment la fidélité, la validité et la pertinence globale des informations et de ses **interprétations**
  - est prêt à aller au-delà de ses propres perspectives, **remet en question son cadre de référence et reconnaît ses limites.**
- Les autres (collègues, patients) peuvent être un excellent miroir de notre propre réflexivité.

# Les hypothèses en physiothérapie

---

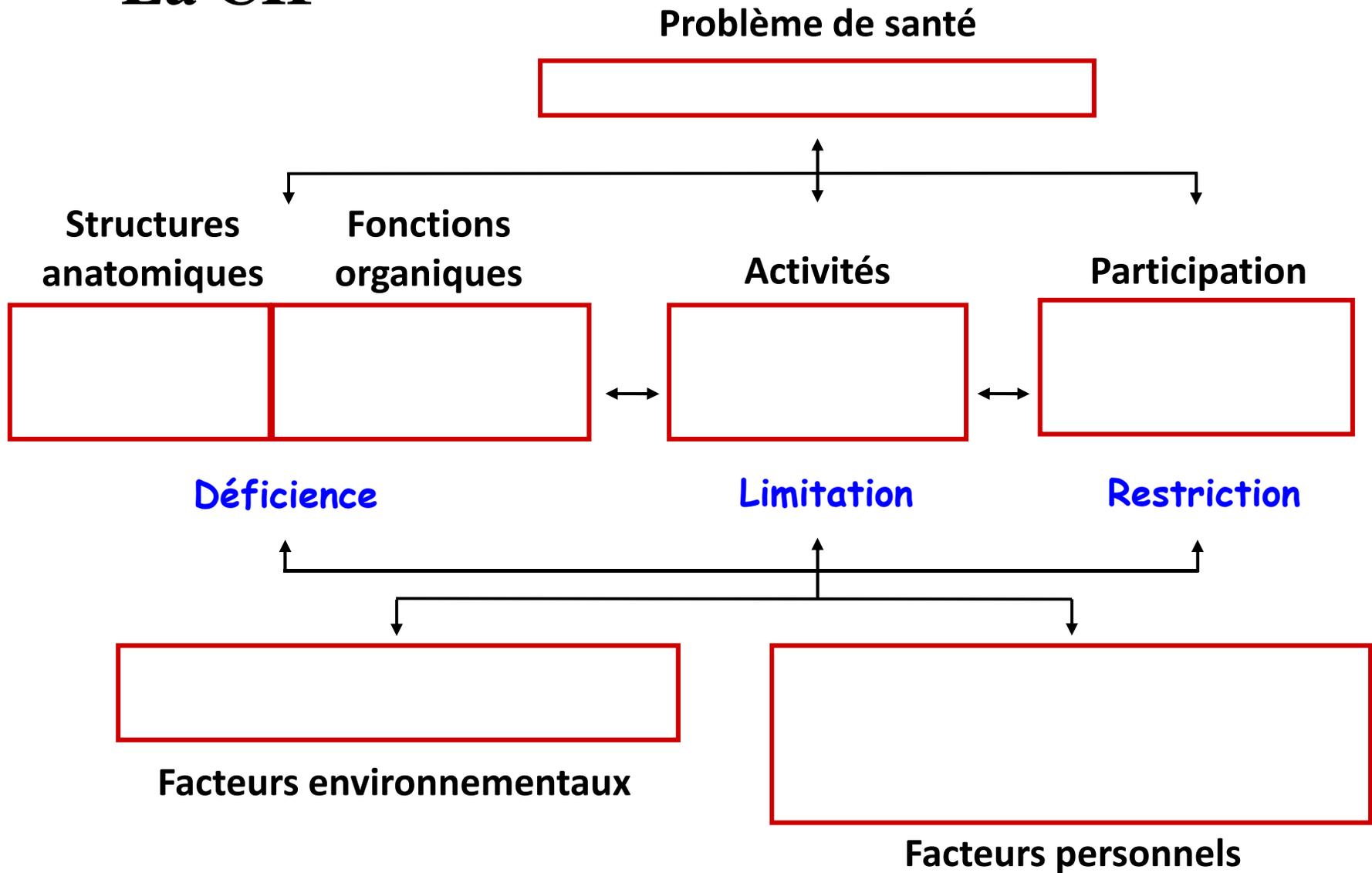
Le premier niveau d'hypothèse concerne le **problème de santé**

Posée aux étapes initiales de la démarche clinique.  
(reconnaissance de patrons)

Le second niveau d'hypothèse concerne les **déficiences et limitations** qui sont les causes ou les conséquences du problème de santé ou qui sont des facteurs de risque pour un problème anticipé.

- Initialement, les informations qui permettent de poser des hypothèses peuvent être obtenues lors de l'histoire (revue du dossier ou entrevue avec le client).
- Ces hypothèses peuvent aussi être posées en référant aux connaissances théoriques du problème de santé que l'on croit être à l'origine des restrictions du client.
- Seront vérifiées par les tests et mesures (tests de suivi et tests diagnostiques).

# La CIF



*Définitions:*

Les **fonctions organiques** désignent les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques).

Les **structures anatomiques** désignent les parties du corps humain, telles que les organes, les membres et leurs composantes.

Les **déficiences** désignent des problèmes des fonctions organiques ou des structures anatomiques, sous forme d'écart ou de perte importante.

Une **activité** signifie l'exécution d'une tâche ou le fait pour une personne de faire quelque chose.

La **participation** signifie l'implication dans une situation de la vie réelle.

Les **limitations d'activité** désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité.

Les **restrictions de participation** désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour s'impliquer dans une situation de la vie réelle.

11

Les facteurs contextuels représentent le cadre de vie d'une personne. Ils incluent les facteurs environnementaux et les facteurs personnels qui peuvent avoir un effet sur une personne présentant un problème de santé donné ou sur l'état de la santé ou les états connexes de la santé de cette personne.

*Les facteurs environnementaux* constituent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie. Les facteurs sont externes à la personne et peuvent avoir une influence positive ou négative sur la performance de la personne en tant que membre de la société, sur la capacité de la personne, ou sur une fonction organique ou une structure anatomique de cette personne.

*Les facteurs personnels* représentent le cadre de vie particulier d'une personne, composé de caractéristiques de la personne qui ne font pas partie d'un problème de santé ou d'un des états de la santé. Ils peuvent inclure le sexe, la race, l'âge, les autres problèmes de santé, la condition physique, le mode de vie, les habitudes, l'éducation reçue, le mode d'adaptation, l'origine sociale, la profession, le niveau d'instruction ainsi que l'expérience passée et présente (les événements vécus et les circonstances de la vie), les schémas comportementaux et les traits psychologiques ou autres. Tous, ensemble ou séparément, peuvent avoir une influence sur le handicap à un niveau quelconque. Les facteurs personnels ne sont pas classifiés dans la CIF. Ils sont toutefois repris à la Figure 1 pour montrer qu'ils jouent un rôle qui peut avoir un impact sur le résultat des diverses interventions.



Adrien

Sténose spinale

Déficiences

Douleur  
Amplitudes limitées tronc + hanches  
Signes neurologiques (queue de cheval)  
Signes dégénératifs aux tests d'imagerie

Limitations

Rester debout longtemps  
Marcher > 5 minutes

Restrictions

Faire les courses  
Aller à l'église  
Aller danser

Vit avec sa femme  
Ferme familiale  
Services au village à 1 km

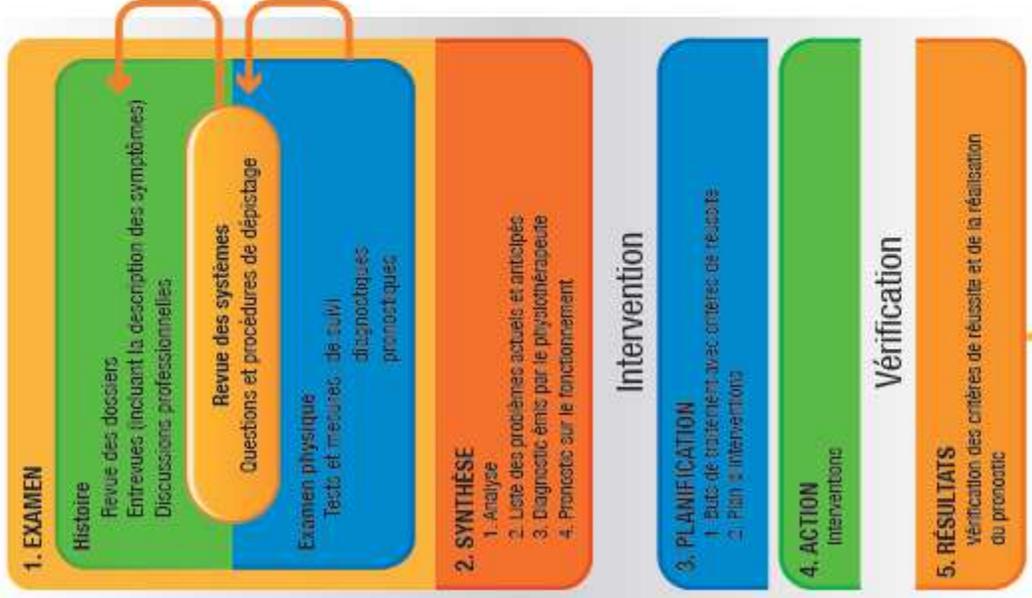


Rose

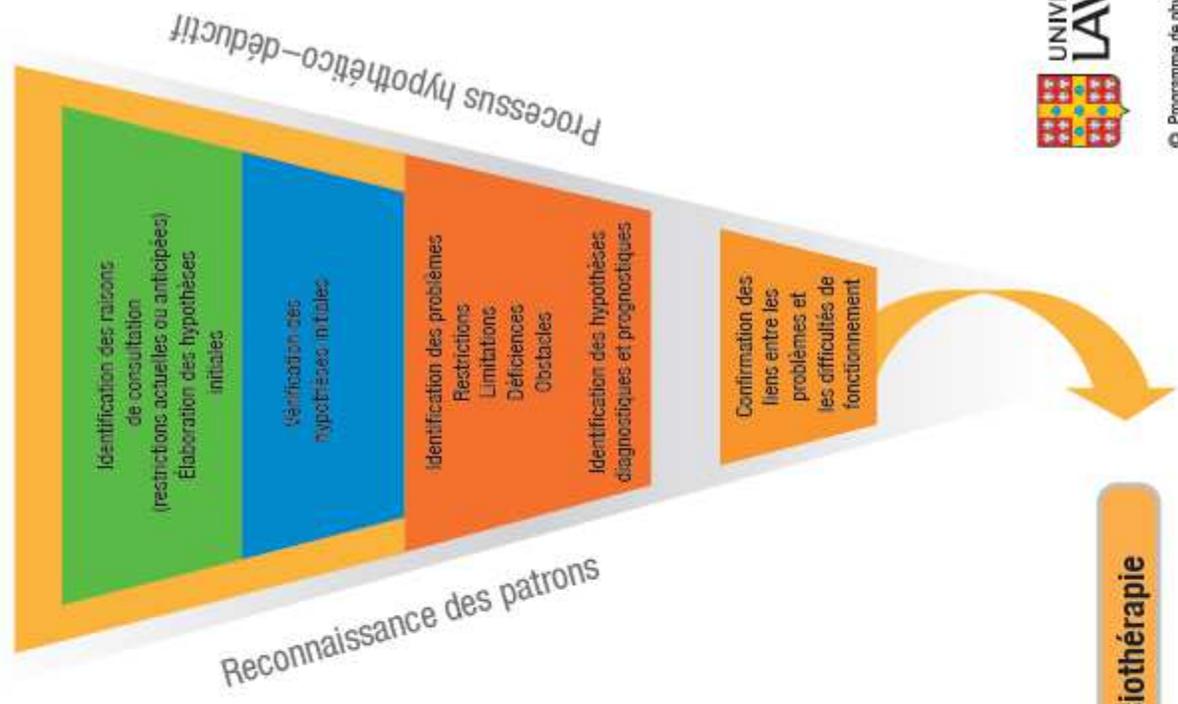
Homme de 73 ans  
Très actif  
CA cancer de la prostate  
Pas de permis de conduire

# Étapes de la démarche clinique

## Évaluation



# Étapes du raisonnement clinique



**Congé de physiothérapie**



# Histoire

Comprend :

- la revue des dossiers;
  - les échanges professionnels;
  - l'entrevue du client (anamnèse et description des symptômes).
- 
- La (les) restriction(s) de performance (participation) est (sont) le(s) problème(s) pour lequel (lesquels) le client vient nous consulter. Elle(s) doit (doivent) être établie(s) dès le début de l'entrevue.

## I. Examen :

1. Histoire
2.  Revue des systèmes 
3.  Tests et mesures 

## La revue des systèmes

---

Questions ou examen physique sommaire qui visent à dépister :

- les problèmes graves ou hors du champ de compétence du physiothérapeute et qui nécessitent de référer à un autre professionnel.
- Les déficiences ou limitations qui orienteront par la suite l'étape des tests et mesures .

*ex: Le bilan musculaire manuel sert à dépister les déficits de force musculaire. Si une faiblesse est détectée, un dynamomètre sera utilisé pour quantifier l'ampleur du déficit et vérifier l'hypothèse.*

*La prise de la tension artérielle pourrait influencer la décision de réaliser un test de 6 minutes de marche selon le niveau de risque de préjudice potentiel associé à une tension élevée.*

## Tests et mesures

---

- Étape qui consiste à recueillir des données pour vérifier et préciser les hypothèses initiales
- Les mesures sont sélectionnées principalement selon :
  - l'objectif;
  - la population cible;
  - les propriétés métrologiques des tests et
  - les précautions ou contre-indications.

# Analyse

## II. Synthèse :

1. Analyse
2. Liste des problèmes
3. Diagnostic
4. Pronostic

- Consiste à vérifier ou réfuter les hypothèses sur les problèmes de santé (nature, stade et sévérité), les déficiences, limitations et facteurs de risque.
- Les étudiants classent initialement les informations dans le tableau de la CIF pour se donner une vue d'ensemble des données recueillies et de leurs interrelations.
- Dans un deuxième temps, ils utilisent la tableau d'analyse pour regrouper les données en fonction de chacune de leurs hypothèses et prendre une décision (l'hypothèse est vérifiée ou réfutée).

## Tableau d'analyse

	Données <u>favorables</u> à l'hypothèse			Données <u>défavorables</u> à l'hypothèse
<b>Hypothèse initiale</b>	Données de l'histoire qui <u>justifient</u> la formulation de l'hypothèse	Données de la revue des systèmes qui <u>justifient</u> la formulation de l'hypothèse	Résultats des Tests et mesures qui permettent de <u>vérifier</u> l'hypothèse	Données de l'histoire, de la revue des systèmes ou des tests et mesures qui sont en <u>défaveur</u> de l'hypothèse

*L'hypothèse initiale peut porter sur le problème de santé. Les données inscrites au tableau sont les données de l'examen (incluant le résultat des tests diagnostiques) qui sont compatibles (données favorables) ou non (données défavorables) avec la présentation clinique correspondant à ce problème de santé.*

*L'hypothèse initiale peut porter sur le stade ou la sévérité du problème de santé. Les données inscrites au tableau sont celles qui permettent de documenter la sévérité ou le stade du problème de santé (données favorables ou défavorables).*

*L'hypothèse initiale peut porter sur les déficiences, limitations, restrictions ou obstacles associés au problème de santé et qui contribuent au problème de fonctionnement. Les données inscrites au tableau sont celles qui ont justifié la formulation de l'hypothèse et qui tendent à la vérifier (données favorables) ainsi que celles qui tendent à la réfuter (données défavorables).*

## Liste des problèmes

- Regroupe les hypothèses qui ont été vérifiées lors de l'analyse.
- Comprend la liste de problèmes existants et celle des problèmes anticipés.
- La liste des problèmes existants débute habituellement par le problème de restriction de performance (participation), suivi des limitations de capacité (activités) et finalement les déficiences.
- Les problèmes anticipés sont toujours justifiés par la présence de facteurs de risque. Ils sont les problèmes qui peuvent survenir si l'on n'intervient pas au niveau du facteur de risque.
- La liste de problèmes ne contient aucun élément sur lequel on ne pense pas intervenir.

### II. Synthèse :

1. Analyse
2. Liste des problèmes
3. Diagnostic
4. Pronostic

# Exemple de liste des problèmes

## Problèmes existants :

1. **Restriction** dans son travail de policier et ses activités sportives habituelles
2. **Limitation** de la marche et de la montée/descente d'escaliers

## Déficiences

3. Diminution des amplitudes de la cheville D
4. Œdème à la cheville, jambe (à godet), genou et cuisse distale D
5. Diminution de force et atrophie des muscles abducteurs et extenseurs de la hanche D, extenseurs du genou D et éverseurs de la cheville D
6. Douleur à la jambe, cheville et pied D plus marquée à la MEC
7. Douleur lombaire irradiant au MI D augmentée par la flexion du tronc
8. Diminution de mobilité lombaire en Extension > Flexion
9. Diminution de mobilité durale à droite

## Problèmes anticipés :

1. Risque de récurrences d'entorse de cheville (*lié à une faiblesse des muscles éverseurs de la cheville, à des calcanéums en varus (pied creux), une instabilité tibio astragalienne et un ATCD d'entorse*)
2. Risque de récurrence de syndrome fémoro-rotulien (SFR) (*lié à la faiblesse des muscles abducteurs de la hanche et un ATCD de SFR*)
3. Risque d'arthrose à la cheville (*lié à une instabilité articulaire à la cheville*)

# Diagnostic posé par le physiothérapeute

Le libellé comprend:

- La nature du problème de santé (incluant la sévérité et le stade possible)
- La déficience principale (qui selon le physiothérapeute contribue le plus au problème de restriction)
- La limitation/restriction principale (qui influence le plus la situation de handicap en considérant l'environnement habituel de la personne)
- Indique la contribution du médecin, lorsqu'applicable
- La terminologie de la CIM (problème de santé) et de la CIF (déficiences, limitations et restrictions) est privilégiée.

## II. Synthèse :

1. Analyse
2. Liste des problèmes
3. Diagnostic
4. Pronostic

# Exemples de diagnostics en physiothérapie

---

## Aigu

Entorse latérale aiguë de la cheville gauche Grade II

caractérisée par

une douleur à la mise en charge

limitant

la marche

et restreignant

toutes les activités sportives

## Chronique

Entorse latérale chronique de la cheville gauche Grade II

caractérisée par

une diminution de force des éverseurs et une diminution du contrôle neuromusculaire

restreignant

la course en terrain accidenté et les sports avec arrêts brusques

# Pronostic

## II. Synthèse :

1. Analyse
2. Liste des problèmes
3. Diagnostic
4. Pronostic

- le *niveau d'amélioration optimal* anticipé de la capacité et de la performance qui sont significatifs pour le client à la fin des interventions.
- le *temps requis* pour atteindre ce niveau à la suite des interventions.  
*Interactive Guide for physical therapy practice, 2002*
- Doit être énoncé en des termes **positifs** et **opérationnels**
- Est justifié en considérant:
  - La récupération naturelle anticipée du problème de santé;
  - Le stade et la sévérité du problème de santé;
  - La nature et le nombre de composantes (déficiences, limitations) du problème de santé;
  - Potentiel de compensation;
  - Capacité et volonté du client;
  - Facteurs personnels et environnementaux.
- Le tableau de la CIF est un outil facilitant l'identification des facteurs susceptible d'influencer le pronostic.

## Exemple de pronostic

---

**Retour au travail de policier et aux sports réguliers sans restrictions dans 12 semaines.**

# Buts de traitement

- Indiquent ce qu'il faut faire pour réaliser le pronostic.
- Chaque but de traitement est **nécessairement** lié à l'un des éléments de la liste des problèmes.
- Identifient l'intention de diminuer, d'éliminer ou de compenser un problème **existant** ou un facteur de risque associé à un problème **anticipé**.
- Le **critère de réussite** représente une valeur cible (seuil) d'une mesure qui, lorsqu'atteinte, suggère que le but a été atteint.
- Le critère de réussite est déterminé en fonction d'une norme:
  - Valeur du côté sain
  - Valeur normative publiée dans la littérature
  - Valeur jugée suffisante par le physiothérapeute pour réaliser le pronostic

### III. Planification :

1. Buts de traitement
2. Critères de réussite
3. Plan d'intervention

Problèmes	Buts	critères
1. Restriction travail et sports	Retour au travail et sports sans restriction	Journées de travail de 8 heures 3 entraînements par semaine
2. Limitation marche et escaliers	<u>Normaliser</u> vitesse et patron de marche	1,2 m/s sur 10 m, $\Phi$ flexum, MEC complète
	<u>Normaliser</u> vitesse de montée et descente d'escaliers	TST: 22 secondes
3. ↓ AA de la cheville	<u>Augmenter</u> AA de la cheville	Flexion dorsale en MEC 20°
4. Œdème membre inférieur	<u>Diminuer</u> l'œdème	Figure en 8 : 57,5 cm
5. ↓ Force et atrophie (ABD hanche, EXT genou, ÉV cheville)	<u>Augmenter</u> force musculaire (ABD hanche, EXT genou et ÉV cheville)	Force isométrique < 10% des valeurs du côté sain
6. Douleur MI à la MEC	<u>Diminuer</u> la douleur au MI	Intensité de douleur < 1/10 (EVA) à toutes les activités
7. Douleur lombaire	<u>Diminuer</u> la douleur au tronc	Intensité de douleur < 1/10 (EVA) à toutes les activités
8. ↓ AA lombaire Ex>FL	Augmenter l'AA du tronc	Schober 13,5 EXT et 22 FL
9. ↓ Diminution mobilité durale	<u>Normaliser</u> la mobilité durale	SLR (-)
10. Risque d'arthrose	<u>Améliorer</u> la stabilité dynamique	4 semaines d'un programme de renforcement musculaire
11. Risque de récurrence d'entorse de cheville	<u>Améliorer</u> le contrôle NM	4 semaines d'exercices de contrôle neuromusculaire
12. Risque de récurrence de syndrome fémoro-rotulien (SFR)	<u>Améliorer</u> la force des abd/RL de la hanche	Force isométrique des ABD/RE de la hanche D = G

## Plan d'intervention

---

- Énumère la **nature des interventions** qui seront réalisées pour atteindre les buts et réaliser le pronostic ainsi que la **fréquence** à laquelle elles seront réalisées.
- Les interventions sont **toujours** liées aux buts de traitement.
- Plusieurs interventions peuvent viser à l'atteinte d'un but.
- Une intervention peut viser l'atteinte de plusieurs buts.

Buts	Interventions	Fréquence
1. Retour au travail et sports sans restriction	Mobilisations passives de la cheville (4, 5, 7, 11, 12, 13, 2, 3)	3X/ semaine
2. <u>Normaliser</u> vitesse et patron de marche		
3. <u>Normaliser</u> vitesse de montée et descente d'escaliers	Exercices de mobilisation de la cheville à domicile (4, 5, 7, 11, 12, 13, 2, 3)	2 fois par jour
4. <u>Augmenter</u> AA de la cheville		
5. <u>Diminuer</u> l'œdème	Renforcement musculaire cheville et hanche (6, 7, 11, 12, 13, 2, 3)	3X/ semaine
6. <u>Augmenter</u> force musculaire (ABD hanche, EXT genou et ÉV cheville)		
7. <u>Diminuer</u> la douleur au MI		
8. <u>Diminuer</u> la douleur au tronc	Programme d'entraînement du contrôle postural du MI (6, 7, 11, 12, 13)	3X/ semaine
9. Augmenter l'AA du tronc		
10. <u>Normaliser</u> la mobilité durale	Exercices de mobilisation du tronc en extension (8, 9, 10)	4 fois par jour
11. <u>Améliorer la stabilité dynamique</u>	Port d'une orthèse de cheville (11, 12)	Toutes situations avec course ou terrains accidentés X 6 mois
12. <u>Améliorer le contrôle neuromusculaire</u>		
13. Améliorer la force des ABD/RL de la hanche	<b>Plan d'intervention</b>	

# Intervention

---

## IV. Action : Interventions

- Nature de l'intervention.
- Paramètres : intensité, charge, durée, nombre de séries et de répétitions, mode, temps de repos, progression, paramètres des appareils (Hz, largeur d'onde, etc.) selon la nature de l'intervention.
- Doivent être assez spécifiques pour atteindre les buts.
- Spécifiés dans la section « Intervention » de la note de suivi ou du bilan (Format SOAPIE).

# Résultats

## V. Résultats :

Vérification des critères de test  
et critères prédictifs

Dès le début de l'épisode de soins et jusqu'au moment du congé, il faut effectuer régulièrement des examens de contrôle pour s'assurer que le plan d'interventions permet d'atteindre les buts de traitement.

À **chaque visite**, le physiothérapeute doit effectuer un court examen

- au début de la séance: les données recueillies sont utilisées pour faire une courte analyse et conclure sur l'évolution de la condition depuis la dernière visite
- à la fin de la séance pour connaître l'effet de ses interventions.

Il est parfois nécessaire de faire des **bilans** qui sont des examens plus approfondis qui nous amènent à revoir les buts de traitement et le cas échéant, le plan d'intervention. Les bilans sont requis lorsque :

- l'évolution du client n'est pas telle qu'anticipée;
- la situation du client est complexe et imprévisible;
- l'épisode de soins est très long;
- la condition du client pourrait avoir changé avec le passage du temps sans intervention;
- il s'est produit un événement inattendu qui pourrait avoir changé la condition;
- on planifie le congé du client.

# Le raisonnement clinique n'est pas un processus linéaire

## Cas d'un traumatisme à la colonne cervicale

Gaston est un client qui est traité pour un traumatisme cervical important subi lors d'un accident de moto. Initialement très réduite, sa mobilité cervicale s'est améliorée de 50%. Lors de son examen de contrôle ce matin (**Résultats**), il mentionne des picotements dans les deux pieds et les deux mains lorsqu'il penche sa tête vers l'avant.

### Nouvelle hypothèse:

Les picotements dans les 4 membres suggèrent une compression de la moelle épinière. Cette nouvelle information pourrait remettre en question votre hypothèse sur le problème de santé, un cervicalgie mécanique. Vous pensez maintenant à une instabilité cervicale.

1. Les paresthésies sont intermittentes et uniquement en penchant la tête vers l'avant. Le patient n'a pas remarqué de problèmes sphinctériens, douleurs pertes de sensibilité ou de force dans les membres.
2. Pas de démarche ataxique, pas d'atrophie musculaire.
3. Le «Sharp-purser test», une procédure pour détecter les instabilités atlanto-axiale, est (+)

#### I. Examen :

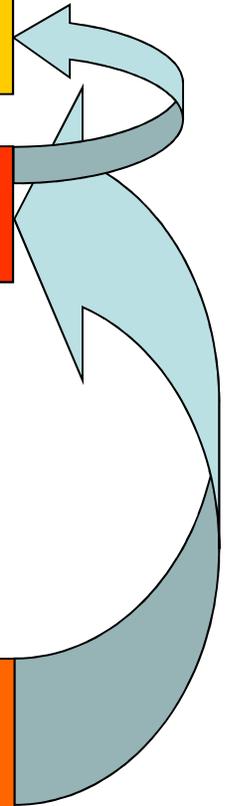
1. Histoire
2. Revue des systèmes
3. Tests et mesures

#### II. Synthèse :

1. Analyse
2. Liste des problèmes

#### V. Résultats :

Vérification des critères de test et critères prédictifs  
Dépistage



# Le raisonnement clinique n'est pas un processus linéaire

## Cas d'un traumatisme à la colonne cervicale

Les signes et symptômes sont compatibles avec une instabilité atlanto-axiale caractérisé par des signes de compression médullaire.

Un test de résonance magnétique (gold standard) est nécessaire pour confirmer le diagnostic, ce qui hors du champ de pratique du physiothérapeute.

**But:** 1) prévenir la compression médullaire et la détérioration au plan neurologique (problème anticipé)

**Critère de réussite:** 1) le patient est immobilisé 24/24 jusqu'à consultation avec un neurologue et connaît les risques et les situations à éviter

**Plan:** 1) Immobilisation dans un collier cervical, 2) Éducation du patient

### Intervention:

Ajustement d'un collier cervical rigide

Explications au patient

Orienter vers le médecin traitant avec recommandations pour consultation prioritaire en neurologie.

**Vérification:** Le client comprend bien son problème et est capable de le résumer. Le médecin a été contacté et assurera la suivi prioritaire.

