

Le diagnostic émis par le physiothérapeute: la problématique, les approches existantes et les pistes de solution

CONGRÈS OPPQ 2010
Les 5 et 6 NOVEMBRE 2010
Hôtel Mortagne à Boucherville



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

Luc J. Hébert, pht, PhD

**Défense nationale du Canada, Quartier général
Services de Santé des Forces canadiennes, Ottawa;**

5ième Ambulance de campagne, Garnison Valcartier, Québec;

Faculté de médecine, Université Laval (Québec).



**UNIVERSITÉ
LAVAL**



Ce que je vous propose...

Un peu d'histoire...

Décrire la problématique et l'argumentation qui justifient la nécessité de définir un concept diagnostique en physiothérapie

Le défi...

Décrire la problématique d'adopter un seul concept diagnostique pour toutes les clientèles/systèmes et milieux de pratique

Ne pas réinventer la roue...

Discuter des approches existantes et partager notre réflexion à cet égard

Faut-il réinventer la roue?...

Quelques pistes de solution...





Mandat du groupe de travail

L'objectif général du Groupe de travail sur l'élaboration d'un concept diagnostique en physiothérapie de l'OPPQ est, à partir de la pratique actuelle de la physiothérapie au Québec, au Canada et ailleurs, de proposer une définition conceptuelle de ce que devrait être le diagnostic en physiothérapie au Québec et ce, **compte tenu de toutes les clientèles visées**, des considérations cliniques et légales spécifiques au système de santé québécois et des modèles diagnostiques déjà existants.

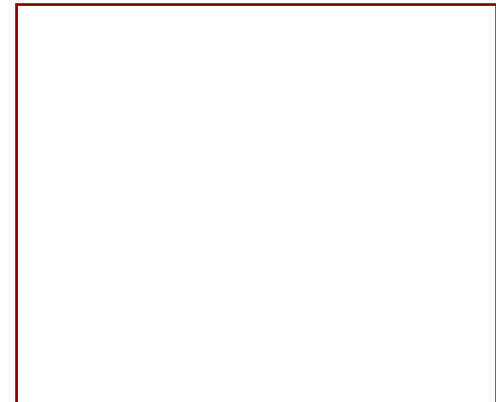
Mandat précisé dans le PV de la 2^{ième} réunion du Groupe de travail le 2 sept 2006 et approuvé par le CA de l'OPPQ le 3 novembre 2006



Objectif 1

Décrire la problématique et élaborer l'argumentation qui justifiera auprès des membres de l'OPPQ, des autres professionnels du système de santé québécois et des décideurs politiques la nécessité pour le physiothérapeute d'émettre ou non un diagnostic, tel que proposé en fonction de l'objectif général et ce, dans le meilleur intérêt de la population.

Viser juste...





Petit rappel historique

“Au terme de cette journée d’étude, des pistes d’action se sont dessinés. L’OPPQ et ses partenaires tiendront compte des suggestions de pistes à explorer dans le dossier du dx en physiothérapie, soit:

- l’établissement d’une définition consensuelle de ce qu’est le dx en physiothérapie, applicable quels que soient les secteurs de pratique, les domaines du champ professionnel ou les clientèles traitées;**
- le soutien à la recherche menant à l’élaboration d’une terminologie et d’une taxonomie adaptées au diagnostic en physiothérapie, utilisables par tous les physiothérapeutes et facilitant les échanges interprofessionnels.”**

(Document officiel de l’OPPQ, Actes de la journée d’étude sur le diagnostic en physiothérapie tenue le 19 mai 2000, Trois-Rivières, Avril 2001, p 54)



Petit rappel historique

“Au terme de cette journée d’étude, de
dessinés. L’OPPQ et ses partenaires tie
de pistes à explorer dans le dossier du

- l’établissement d’une définition co
physiothérapie, applicable quels q
pratique, les domaines du champ p
traitées;
- le soutien à la recherche menant à
terminologie et d’une taxonomie a
physiothérapie, utilisables par tou
facilitant les échanges interprofes



*Actes de
la journée
d’étude sur le
diagnostic en
physiothérapie*
tenue le 19 mai 2000



(Document officiel de l’OPPQ, Actes de la journée d’étude sur le diagnostic en physiothérapie tenue le 19 mai 2000, Trois-Rivières, Avril 2001, p 54)



Petit rappel historique (suite)

“Ma conclusion donc, c’est que le législateur a voulu que, comme physiothérapeutes, vous soyez en mesure de poser des gestes d’évaluation et de détermination de la pathologie exacte dont un patient peut souffrir.”

(M^E Karl Delwaide, Document officiel de l’OPPQ, Actes de la journée d’étude sur le diagnostic en physiothérapie, 19 mai 2000, Trois-Rivières, Avril 2001, p46)



Sur le plan légal

Non seulement le pht peut... mais il doit le faire...

SECTION III, Devoirs envers les clients
§ 1. Devoirs généraux

16. Avant de traiter un client, un physiothérapeute **doit** procéder à **l'évaluation du rendement fonctionnel** du client.

CODE DE DÉONTOLOGIE DES PHYSIOTHÉRAPEUTES ET DES THÉRAPEUTES EN
RÉADAPTATION PHYSIQUE, *Code des professions* (L.R.Q., c. C-26, a. 87)



Contexte

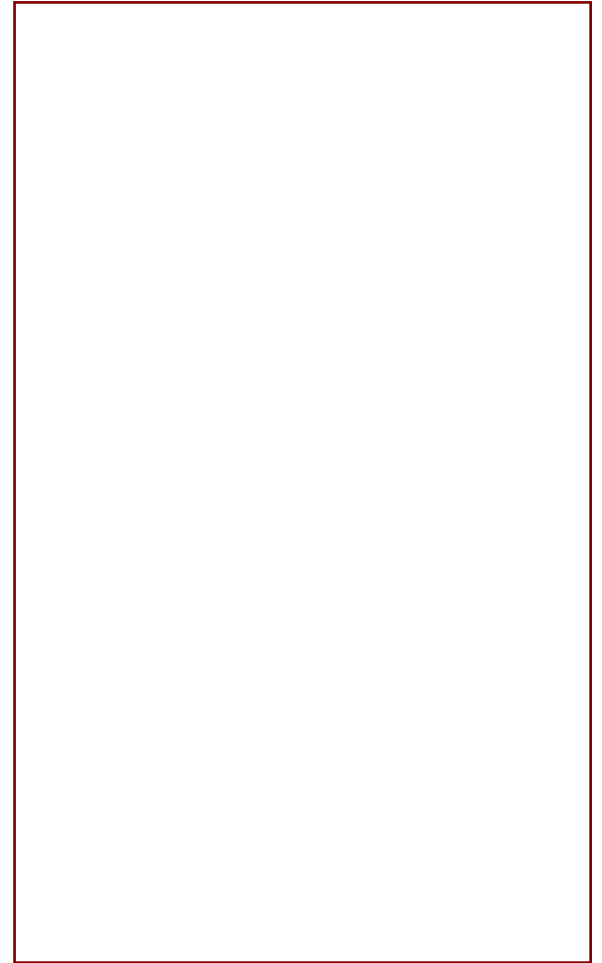
- ✓ **Accès direct en physiothérapie**
- ✓ **Nouveaux rôles reconnus**
- ✓ **Motifs de référence insuffisants**
- ✓ **Diminution du nombre de MDs**
- ✓ **Coûts des soins de santé....**
- ✓ **Niveau d'entrée à la pratique: la maîtrise et le Doctorat en physio (DPT) d'ici 2020...**
- ✓ **Le jugement dans la cause des chiropraticiens**





Projet de loi no 90

Ce projet de loi prévoit un **nouveau partage des champs d'exercice professionnels dans le domaine de la santé et les activités désormais réservées** aux médecins, aux pharmaciens, aux infirmières et infirmiers, aux technologues en radiologie, aux diététistes, aux orthophonistes et audiologistes, aux **physiothérapeutes**, aux ergothérapeutes, aux infirmières et infirmiers auxiliaires, aux technologistes médicaux et aux inhalothérapeutes. **p2**





Projet de loi no 90 (page 4)

Projet de loi no 90

LE PARLEMENT DU QUÉBEC DÉCRÈTE CE QUI SUIT :

1. L'article 37 du Code des professions (L.R.Q., chapitre C-26), modifié par l'article 124 du chapitre 56 des lois de 2000, est de nouveau modifié :

3° par le remplacement du paragraphe n par le suivant :

« n) l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec : **évaluer** les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire, déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions **dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal**; »



Jugement dans la cause chiros...

Association des chiropraticiens du Québec c. Office des professions du Québec

2005 QCCA 189

COUR D'APPEL

CANADA
PROVINCE DE QUÉBEC
GREFFE DE QUÉBEC

N° : 200-09-004413-032
(200-05-015542-017)

DATE : 25 FÉVRIER 2005

CORAM: LES HONORABLES JEAN-LOUIS BAUDOIN J.C.A.
BENOÎT MORIN J.C.A.
ANDRÉ ROCHON J.C.A.

ASSOCIATION DES CHIROPATICIENS DU QUÉBEC
et
ASSOCIATION DES ÉTUDIANTS(ES) DE PREMIER CYCLE AU DOCTORAT EN
CHIROPATRIQUE DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
APPELANTS-requérants

et
ORDRE DES CHIROPATICIENS DU QUÉBEC
APPELANT-mis en cause

c.
OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC
ME JEAN-K. SAMSON
INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC
INTIMÉS-intimés

et
MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU QUÉBEC
PROCTEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC
INTIMÉS-mis en cause

et
COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC
INTIMÉ-intervenant

et
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
INTIMÉE-mis en cause

et
GUILLAUME CORBIN

ACCUEILLE la requête en jugement déclaratoire, à la seule fin de déclarer que la *Loi sur la chiropratique* autorise les chiropraticiens à poser des diagnostics dans le domaine de leur compétence délimité à l'article 6 de cette loi, sur la base d'analyses cliniques et radiologiques tel que cela est prévu à l'article 7 de la même loi;

14 février 2005



Contexte (suite)

“ By 2020, physical therapy will be provided by physical therapists who are doctors of physical therapy, recognized by consumers and other health care professionals as the practitioners of choice to whom consumers have direct access for the diagnosis of, interventions for, and prevention of impairments, functional limitations, and disabilities related to movement, function, and health. ”

(APTA Vision 2020, Task Force on Strategic Plan to Achieve Vision 2020, <http://www.apta.org/>, June 2007)



La clinique VS la législation

Accès direct au pht partout au Canada
(capacité d'intervenir de première ligne)

Obligation d'évaluer avant de traiter

Motifs de référence insuffisants...
(? problème(s) de santé)

Formation du pht (processus dx)

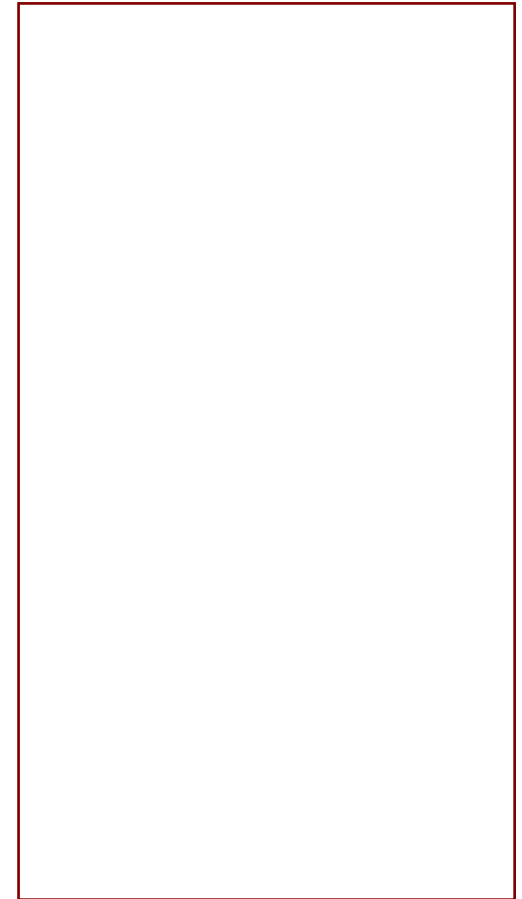
Tirer une conclusion/Émettre un dx

Trouvez l'erreur...



Contexte – Compétences essentielles pour le nouveau gradué (ACP, juillet 2004)

- Essential competency profile (CPA)
(p17-18): 5 dimensions
 - Dimension 5: **PT Diagnosis**/clinical impression & intervention planning
 - Element 2 is: Establishes a **PT diagnosis**/clinical impression
 - Performance criteria: Determines the **PT diagnosis**/clinical impression
 - Example provided: Formulates **a PT diagnosis**/clinical impression based on the analysis of client assessment findings.





Que peut-on conclure?

Les dispositions de la loi sur l'exercice de la physiothérapie, lues sous l'éclairage de divers règlements, observations et avis d'expert, semblent reconnaître au physiothérapeute **le devoir de poser des diagnostics en lien avec les déficiences, restrictions et limitations de la fonction physique dans son champ de compétence.**

En fait, l'exercice auquel le physiothérapeute est autorisé à se prêter en vertu de la loi participe indéniablement à la nature même du diagnostic...

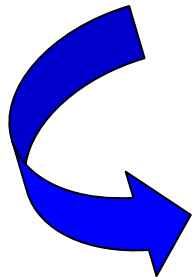
Groupe de travail sur le dx en physiothérapie, OPPQ, 2008



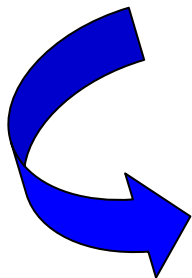
Ce qu'il faut clarifier...

Jusqu'où le physiothérapeute peut-il aller dans cette démarche (participer au dx) pour ainsi occuper TOUT son champ de pratique et optimiser les soins qu'il prodigue à la population?

Groupe de travail sur le dx en physiothérapie, OPPQ, 2006



Il y a un problème...
Le pht devrait pouvoir émettre un dx...



Ailleurs, nos collègues?
Le dx émis par le physiothérapeute?



Objectif deux

Décrire les différents modèles et systèmes de classification diagnostiques qui existent et vérifier dans quelle mesure ils peuvent être utilisés et/ou adaptés pour définir un concept diagnostique en lien avec la pratique de la physiothérapie au Québec.



**dx par
le pht**

**Que peut-on
récupérer?**



Bref résumé des travaux

- ✓ 17 réunions régulières + travail en sous-comité;
- ✓ consultations, directeurs de programmes universitaires de physiothérapie, coordonnatrice et présidente du SIP et membres du CIP, quelques collègues via nos réseaux respectifs
- ✓ 225 documents répertoriés; articles scientifiques, mémoires, thèses, volumes, rapport de différents organismes de santé, d'institutions d'enseignement, d'organismes de réglementation;
- ✓ 144 documents retenus classés en:
 - pertinents prioritaires communs (30)
 - pertinents secondaires communs (50)
 - pertinents spécifiques (21)
 - complémentaires (43)



Recherche effectuée en consultant

- ✓ moteurs de recherche spécialisés (e.g. Pubmed, Pedro, CINHALL, psycINFO, Embase, ERIC, Cochrane) et non spécialisés (e.g. Google);
- ✓ catalogues des librairies universitaires (e.g. Atrium, Ariane, University of Ottawa Library network, McMaster University EBP Ressources, etc.);
- ✓ sites web de thèses - Thèses Canada et Proquest;
- ✓ sites web de journaux spécialisés - réadaptation physique (e.g. Physical Therapy, JOSPT, Clin Rehabilitation, Physiotherapy, etc.);
- ✓ sites web des programmes universitaires canadiens et étrangers de physiothérapie (e.g. Etats-Unis, Angleterre, Australie, Nouvelle-Zélande, France, Belgique, etc.);
- ✓ site web de diverses associations professionnelles (e.g. APTA, ACP, Chartered Society of Physiotherapists, etc.);
- ✓ volumes de référence spécialisés et rapports d'associations professionnelles (e.g. Guide de l'APTA, Profil des compétences du GCNP, etc..).



Stratégies de recherche

mots clés initiaux;

généraux (e.g.: physiotherapy, physical therapy, diagnosis, direct access, etc.) et
spécifiques (ex: neurology, musculoskeletal, cardiopulmonary, pediatrics, etc.).

deuxième vague;

nouvelles combinaisons de mots clés ou nom des auteurs des articles trouvés lors de la première recension.

troisième vague de recherche;

mots clés spécifiques à des professions autres que la médecine (e.g.: chiropratique, optométrie, sciences infirmières, psychologue, etc.), à d'autres professionnels ayant déjà réfléchi à la problématique/ayant adoptés des prises de position sur le dx dans leur champ respectif de pratique.



Résultats - recension d'écrits

- ◆ **Pertinents prioritaires communs (n=30):** applicable à toutes les clientèles/systèmes, impact majeur sur l'élaboration du concept dx en physio (tous les membres du groupe, analyse détaillée);
- ◆ **Pertinents secondaires communs (n=50):** applicable à toutes les clientèles/systèmes, impact secondaire sur l'élaboration du concept dx en physio (1-2 membres du comité, citations principales extraites);
- ◆ **Pertinents spécifiques (n=21):** spécifique à une clientèle ou un système en particulier, lu par le membre expert du comité pour cette clientèle ou système, présentation aux autres membres (décision commune pour contenu et pertinence);
- ◆ **Complémentaires (n=43):** impact mineur, abrégés consultés, documents jugés pertinents pour les travaux du comité obtenus et lus en détails.



Les approches existantes

- 1. Consensus américain - «*Diagnosis Dialog I, II, III, IV*»**
- 2. Classification VS diagnostic**
- 3. Modèles conceptuels** (nos références, notre couleur...)
- 4. Quelques modèles génériques** (applicables à plusieurs clientèles et systèmes)
- 5. Quelques modèles spécifiques** (développés et applicables à des clientèles et systèmes spécifiques)
- 6. Des pistes de solution?...**



1. Diagnosis Dialog I-IV

Le consensus américain...

- ✓ **4 Forums, plusieurs rencontres, publications et éditoriaux depuis plus de 20 ans...** (Cindy Zadai, Steve Rose et Shirley Sahrman)
- ✓ **Diagnosis Dialog I, Defining the x in DxPT, juillet 2006, St-Louis; suivi de Diagnosis Dialog II, Boston, février 2007**
 - ↳ définir le mot diagnostic, préciser les objectifs de l'utilisation du dx
- ✓ **Diagnosis Dialog III, Denver, juin 2007; et Diagnosis Dialog IV, Nashville, février 2008**
 - ↳ Exemples exhaustifs de dx; guide de l'APTA

Washington University School of Medicine, Program in Physical Therapy, Continuing education
<http://physicaltherapy.wustl.edu/pt/pt.nsf/WV/2BBB02887C88952F862574BA0069FEDF?OpenDocument>



1. Diagnosis Dialog I-IV

Le consensus américain...

- ✓ **4 Forums, plusieurs rencontres, publications et éditoriaux depuis plus de 20 ans...** (Cindy Zadai, Steve Rose et Shirley Sahrman)
- ✓ **Diagnosis Dialog I, Defining the x in DxPT, juillet 2006, St-Louis;**

“Diagnosis is both a process and a descriptor. The diagnostic process includes integrating and evaluating the data that are obtained during the examination for the purpose of guiding the prognosis, the plan of care, and intervention strategies. Physical therapists assign diagnostic descriptors that identify a condition or syndrome at the level of the system, especially the human movement system, and at the level of the whole person.”



1. Diagnosis Dialog I-IV (suite)

Le consensus américain...

- ✓ **maintenir notre identité professionnelle (dx en lien avec le mvt humain)**
- ✓ **modèles conceptuels existants à titre informatifs et non restrictifs (e.g. descripteurs)**
- ✓ **priorité ++: dx différentiel, triage et classification / AUCUN CONSENSUS**
- ✓ **choisir et utiliser un concept dx compris / accessible à tous les autres cliniciens et les disciplines en santé**
- ✓ **critères essentiels pour les descripteurs dx:**
 - a. **termes anatomiques, physiologiques et fonctionnels standards décrivant la condition de façon concise (libellé court = utilité clinique)**
 - b. **termes standards décrivant les problèmes de mouvements**



2. Classification VS diagnostic

Classifier n'implique pas nécessairement de poser un dx...

- ✘ *Classifier = mettre dans une classe ou une catégorie la condition évaluée*
- ✘ *Même signification (sens commun) de la condition*
- ✘ *Les classifications ont pour finalité de poser un dx*
- ✘ *Classifier ≠ diagnostiquer (finalité n'est pas d'émettre une conclusion)*

Mais émettre un dx, c'est classifier...

- ✘ *Poser un dx = émettre une conclusion (processus rigoureux, analyse et raisonnement clinique)*
- ✘ *Dès que l'on pose un dx, on classe le patient*
- ✘ *Classification exhaustive = dx permet de classifier, orienter le traitement et déterminer un pronostic*

**Émettre un diagnostic c'est classifier,
mais classifier n'implique pas nécessairement de poser un diagnostic**

(Zimny 2004)



2. Classification VS diagnostic (suite)

Un *bon* système de classification...

1. catégories mutuellement exclusives
2. catégories définies de façon opérationnelle
3. catégories exhaustives (toutes les atteintes possibles)

Et aussi...

4. libellés spécifiques/précis (orientation du traitement)
5. classification et choix des termes compréhensibles par TOUS les professionnels (non hermétique)

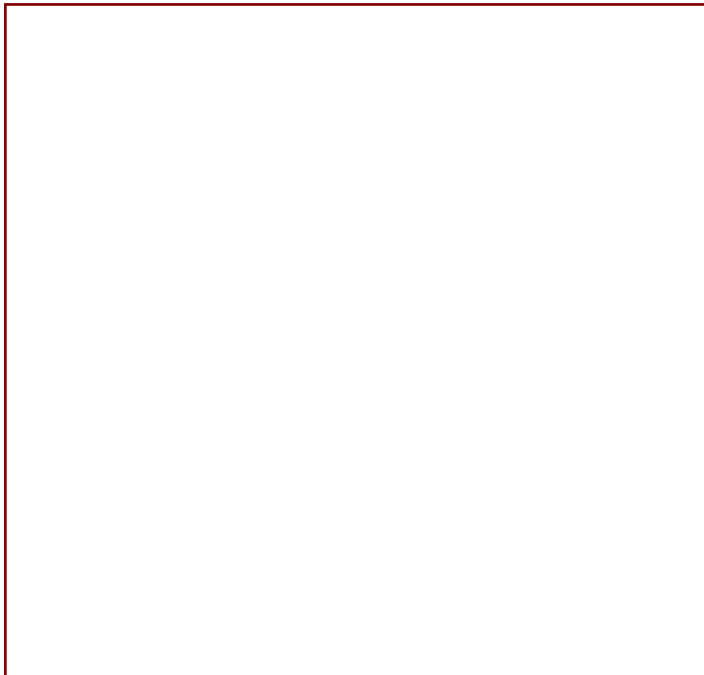


3. Les modèles conceptuels

Processus de production du handicap (MPPH)

Modèle explicatif des causes et conséquences des maladies traumatismes et autres atteintes à l'intégrité de la personne

(RIPPH/SCCIDIH 1998)



Rendement fonctionnel **(Loi 90 et SECTION III, Devoirs envers les clients ...)**

- ↙ *MPPH et CIF, principales toiles de fond*
- ↙ *toutes clientèles/tous systèmes*
- ↙ *la CIF a une longueur d'avance...*

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)

<http://www.who.int/classifications/icf/en/>



Attention... nous savons que...

Certaines classifications et certains modèles non présentés....

décrits dans le rapport final (site WEB OPPQ)

- ✓ algorithme de raisonnement clinique HOAC (Hypothesis-Oriented Algorithm for Clinicians II)
- ✓ modèle conceptuel de Nagi (1965...) *Disability in America*. (Pope et Tarlov, 1991)
- ✓ modèle de processus de production du handicap, Classification québécoise (PPH)
- ✓ modèle de Schenkman / Modèle multisystèmes pour la gestion des adultes ayant des affections neurologiques

et d'autres...

- ✓ classification Québécoise des Troubles Associés à l'Entorse Cervicale (TAEC)
- ✓ McConnell classification system

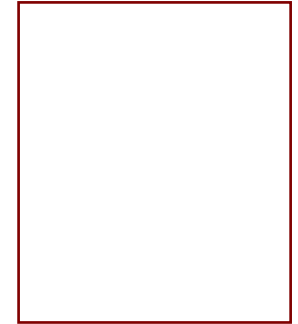
etc..etc...



4. Modèle générique: Guide to Physical Therapist Practice (American Physical Therapy Association)

Davantage un guide de pratique

- ⚡ Long processus de consultation depuis 1992
- ⚡ Première version 1997, seconde édition 2003
- ⚡ Volume de 738 pages...plus un CD
- ⚡ Pièce maîtresse du guide, les PPP: Preferred Pattern Practice
- ⚡ 4 catégories de PPP: MSK (n=10), neuromusculaire (n=9), cardio-respiratoire (n=6) et tégumentaire (n=5)
- ⚡ Pour chaque PPP, démarche standardisée qui repose sur 5 éléments: l'examen (hx, revue des systèmes, tests et mesures), l'évaluation, le dx, le pronostic (incluant le plan de Tx) et les interventions (incluant objectifs du patient et les résultats attendus)

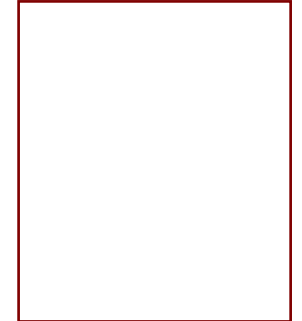




4. Guide to Physical Therapist Practice (American Physical Therapy Association) (suite)

En conclusion

- ↙ catégories non mutuellement exclusives
- ↙ définitions non opérationnelles: certains PPP vagues
- ↙ catégories non exhaustives mais applicables pour toutes clientèles/systemes
- ↙ précision: oui mais connaissance approfondie
- ↙ terminologie: libellés hermétiques (communication interprofessionnelle impossible)
- ↙ autres: correspondance avec la CIM-9 ?, applicabilité ? qualités métrologiques ? (sauf validité de contenu oui)

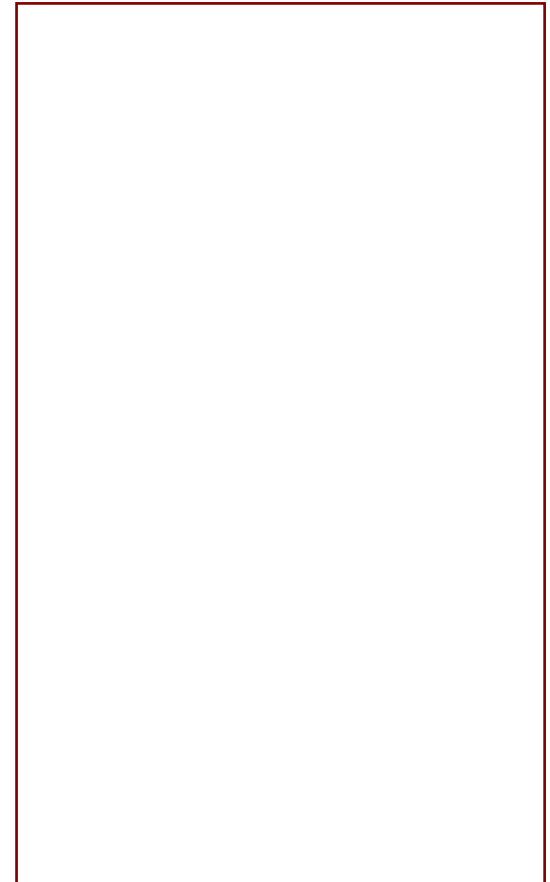




4. Modèle générique: Décision kinésithérapique - identité, démarche, chaines logiques - Michel Gedda

Définition de la fonction diagnostique

- ↙ processus initié début 2000, 237 kinésithérapeutes consultés, 28 spécialités (méthode Delphi, convergence d'opinions d'experts)
- ↙ volume de 307 pages, édition 2001
- ↙ émettre un dx = identifier objectivement les anomalies structurelles et les dysfonctions étant à l'origine du problème gestuel du patient (facture ostéopathique)



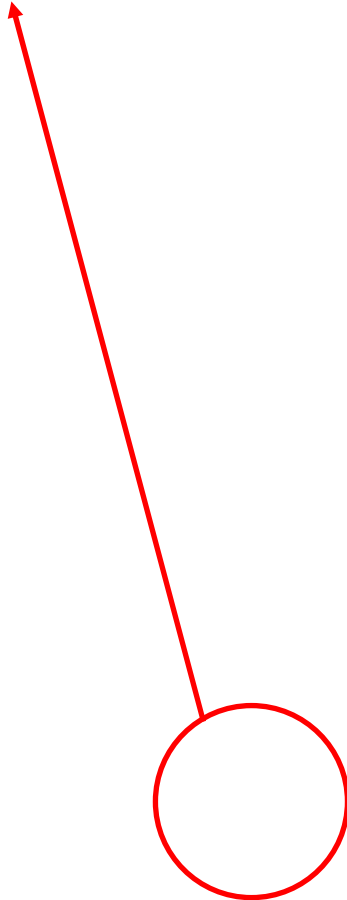


4. Modèle générique: Décision kinésithérapique - identité, démarche, chaines logiques - Michel Gedda (suite)



1. L'anomalie concerne-t-elle une structure (n=10) ou une fonction (n=13)?
2. Quelle est la structure ou la fonction concernée?
3. Quelle est l'anomalie concernée dans la structure ou la fonction identifiée?

1. fonction
2. locomotion (se transférer, marcher, courir, sauter)
3. marcher: 38 anomalies possible... e.g. marche sans appui sur MI, boiterie, marche avec pas trop court, marche prothétique incertaine avec risque de chute,...



1. L'anomalie concerne-t-elle une structure (n=10) ou une fonction (n=13)?
2. Quelle est la structure ou la fonction concernée?
3. Quelle est l'anomalie concernée dans la structure ou la fonction identifiée?



4. Modèle générique: Décision kinésithérapique - identité, démarche, chaines logiques - Michel Gedda (suite)

En conclusion

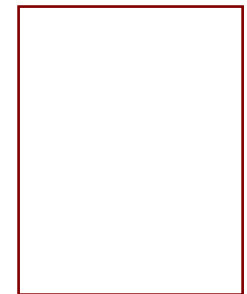
- ↙ dx exhaustifs et mutuellement exclusifs
- ↙ certaines définitions de structure et fonction vagues
- ↙ catégories exhaustives: toutes clientèles/systemes
- ↙ précision: inconstante, terminologie non universelle (e.g. contracté-rétracté des muscles à expansion capsulaire, étirements réguliers, méthode des crochets selon Ekman, vacuo-mécanisation tissulaire spécifique, etc.), communication ?
- ↙ autres:
 - ✓ concept audacieux mais approche non fondée sur des données probantes
 - ✓ lien causal entre déficience et limitation/restriction est empirique et lien entre dx et traitement non validé
 - ✓ qualités métrologiques ? (validité de contenu oui mais généralisable?)



4. Modèle générique: Classification internationale des maladies version 10 (CIM-10)

La classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) ou Classification internationale des maladies - CIM (en anglais: *ICD*) est une norme internationale utilisée pour présenter l'information sur les diagnostics cliniques mise au point par l'OMS.

- ✓ pratique, connue, applicable pour tous les systèmes/clientèles
- ✓ met l'accent sur la lésion ou maladie avec un haut degré de différenciation des atteintes et des pronostics
- ✓ outil de communication universelle
- ✓ complémentaire à la CIF



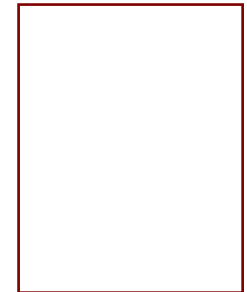
<http://www.who.int/classifications/icd/en/>



5. Modèles spécifiques: Movement System Impairment Syndrome de S. Sahrman

Système de classification axé sur les déficiences du mouvement et de la posture

- ↙ classification selon la direction du mvt fautif (condition douloureuse / irritation du tissu myofascial, périarticulaire ou articulaire)
- ↙ un plan d'intervention précis / syndrome
- ↙ traitement consiste à effectuer des mvts répétés et adopter de nouvelles postures qui vont affecter positivement les tissus dans le sens d'une amélioration de la flexibilité, de la force et du patron de mvt
- ↙ étirement des muscles raccourcis et recrutement/renforcement de muscles spécifiques
- ↙ améliorer le mvt et le contrôle





5. Modèles spécifiques: Movement System Impairment Syndrome de S. Sahrman

Exemples de classification diagnostique proposés par Sahrman pour l'épaule

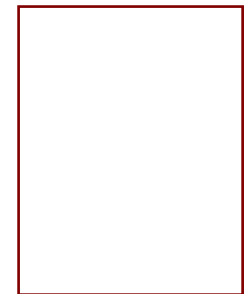
1. Scapular downward rotation syndrome (rotation scapulaire vers le haut insuffisante)
2. Scapular depression syndrome (élévation scapulaire insuffisante)
3. Scapular Abduction syndrome (abduction scapulaire excessive)
4. Scapular winging and tilting syndrome (décollement scapulaire et bascule lors des mouvements de flexion et d'extension de l'épaule)
5. Humeral anterior glide syndrome (Glissement antérieur excessif ou glissement postérieur insuffisant de la tête humérale lors des mouvements de l'épaule)
6. Humeral superior glide syndrome (Glissement supérieur excessif ou glissement inférieur insuffisant de la tête humérale lors des mouvements de l'épaule)
7. Shoulder medial rotation syndrome (Rotation médiale excessive ou rotation latérale insuffisante de la tête humérale lors des mouvements de flexion et abduction de l'épaule)
8. Glenohumeral hypomobility syndrome (perte des mouvements gléno-huméraux dans toutes les directions)

ences

dition

t

ation de

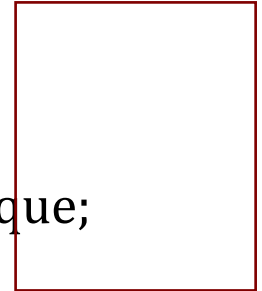




5. Modèles spécifiques: Movement System Impairment Syndrome de S. Sahrman (suite)

En conclusion

- ↙ catégories mutuellement exclusives
- ↙ catégories non exhaustives, clientèle MSQ et ? neurologique; quelques articulations (rachis lombaire, hanche/bassin, genou, épaule)
- ↙ définition opérationnelles oui mais, terminologie et termes dx hermétiques, même pour des phts (communication limitée)
- ↙ précision, oui mais, connaissance minimale (MSIS)
- ↙ ne fait pas l'unanimité (clinique et scientifique)
- ↙ autres
 - ✓ modèle empirique, repose sur l'observation ++ et de nombreuses histoires cas et sur la formation enseignée depuis plusieurs années par l'auteur
 - ✓ ? qualités métrologiques
 - ✓ ? pronostic

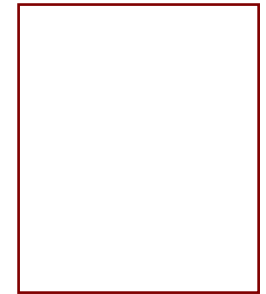




5. Modèles spécifiques: Concept de diagnostic et de traitement selon McKenzie

The McKenzie Method; Mechanical Diagnosis and Therapy

- ↙ classification diagnostique (depuis 1981)
- ↙ approche rationnelle pour les lésions du rachis (notions complémentaires pour les affections périphériques)
- ↙ réponse du patient aux mvts répétés et postures statiques prolongées en flexion et extension du rachis
- ↙ direction préférentielle et classification en 3 syndromes = dérangement, dysfonction ou problème postural
- ↙ dx oriente le traitement (progression d'exercices et interventions propres à chacun des syndromes)
- ↙ autogestion ++ et éducation

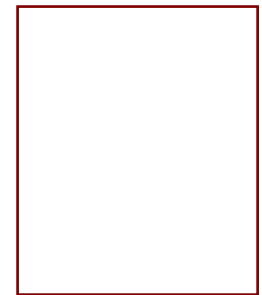




5. Modèles spécifiques: Concept de diagnostic et de traitement selon McKenzie (suite)

En conclusion

- ↙ catégories mutuellement exclusives
- ↙ définitions opérationnelles, oui
- ↙ catégories exhaustives, oui mais selon le concept McKenzie et applicables seulement pour des conditions MSQ
- ↙ précision oui mais connaissance approfondie
- ↙ terminologie: relativement hermétique (formation requise)
- ↙ autres:
 - ✓ qualités métrologiques connues (validité et fidélité)
 - ✓ pronostic ? (?certaines indications selon le syndrome)





5. Modèles spécifiques: «*Movement System Diagnosis*»; de Scheets

Le modèle de Scheets

- ↙ classification diagnostique, pour patients avec atteintes neuro-musculaires, basée sur des déficiences du mouvement (movements related-impairments) / Scheets, Sahrman, Norton 1999)
- ↙ identifier la dysfonction primaire affectant le mouvement du patient
- ↙ au départ 17 catégories, révision faite en 2007, neuf diagnostics retenues



5. Modèles spécifiques: «*Movement System Diagnosis*»; de Scheets

Le modèle de Scheets

- ↙ classification diagnostique, pour patients avec atteintes neuro-musculaires, basée sur des déficiences du mouvement (movements related-impairments) / Scheets, Sahrman, Norton 1999)
- ↙ identifier la dysfonction primaire affectant le mouvement du patient
- ↙ au départ 17 catégories, révision faite en 2007, neuf diagnostics retenues

- Movement Pattern Coordination Deficit
- Force Production Deficit-Type I
- Force Production Deficit-Type II
- Biomechanical Deficit-Type I
- Biomechanical Deficit-Type II
- Sensory Detection Deficit
- Sensory Selection and Weighting Deficit
- Perceptual Deficit
- Monitored Mobility

- Spastic with Movement
- Spastic without Lower Extremity Movement
- Spastic without Upper/Lower Extremity Movement
- Lower Extremity Paresis with Flaccidity
- Upper/Lower Extremity Paresis with Flaccidity
- Severe Ataxia
- Severe Hypokinesia
- Mobility Consult



5. Modèles spécifiques: «*Movement System Diagnosis*»; de Scheets (suite)

En conclusion

- ↙ certaines catégories non mutuellement exclusives (ex : *mouvement pattern coordination deficit* et *hypermetria*)
- ↙ catégories non exhaustives i.e. définitions opérationnelles oui mais... nombre restreint de catégories (certaines pathologies en neuro ont des présentations cliniques variées)
- ↙ atteintes neuromusculaires seulement
- ↙ terminologie: nomenclature utilisée parfois hermétique (ex: *fractionated movement deficit*): communication ?
- ↙ autres:
 - ✓ classification élaborée à partir de l'expérience de l'auteur principal
 - ✓ ? validité
 - ✓ absence de certains éléments de base de l'approche traditionnelle du physiothérapeute en neurologie (ex: tonus musculaire)



6. Des pistes de solutions?

Malgré l'absence de consensus, il y a certaines évidences...

- ✓ nécessité d'un modèle conceptuel (référence)
- ✓ deux items indissociables: le processus et le libellé
- ✓ faire ressortir *la couleur* du pht
- ✓ conserver le sens commun du terme dx
- ✓ dx = outil de communication ++ (simple, concis mais aussi complémentaire)
- ✓ pas de consensus sur la taxonomie SAUF: déficience, limitation, restriction, rendement fonctionnel

Autres observations:

- ✓ plus le concept est détaillé et spécifique sur le plan opérationnel, plus il semble rigide dans son application clinique
- ✓ les concepts qui s'appliquent à plusieurs clientèles présentent des catégories souvent arbitraires



La prochaine étape?

**Le diagnostic
émis par le
physiothérapeute:
un processus,
un libellé,
une valeur ajoutée...**

processus

libellé

À suivre...