

Raisonnement clinique des physiothérapeutes lors de la consultation initiale de patients avec syndrome douloureux sous-acromial à l'épaule : une étude pilote descriptive



Programme de physiothérapie, École de réadaptation, Université de Montréal, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal

Roy-St-Jean A¹, Thibodeau J¹ & Thivierge J-F.¹ et Dyer J-O., pht, PhD^{1,2}

Introduction

- ◆ Syndrome douloureux sous-acromial (SDSA) est la 3^{ème} cause musculosquelettique de consultation en physiothérapie
- ◆ SDSA peut avoir plusieurs causes et engendrer différentes limites d'activités
- ◆ Le raisonnement clinique (RC) à la consultation initiale en physiothérapie est critique pour le suivi
- ◆ Peu d'études ont décrit le RC des physiothérapeutes lors de la prise en charge des patients avec SDSA

Objectifs

- ◆ 1- Vérifier la faisabilité d'une étude descriptive du RC des physiothérapeutes lors de la consultation initiale d'un SDSA
- ◆ 2- Décrire les évaluations et les interventions effectuées lors de la consultation initiale des patients avec SDSA
- ◆ 3- Décrire les processus cognitifs analytiques et non-analytiques de RC selon le modèle du «Dual Process Theory» lors de la consultation initiale de patients avec SDSA
- ◆ 4- Décrire les différents types de RC (narratif, procédural, pragmatique, interactif et conditionnel) du modèle de Fleming retrouvés lors de la consultation initiale du patient avec SDSA

Méthodologie

A- Recrutement des participants

- ◆ Physiothérapeutes de cliniques affiliées à l'Université de Montréal
- ◆ Patients admis à ces cliniques pour consultation initiale en physiothérapie pour SDSA. Échantillon accidentel (de convenance)

B- Collecte de données

- ◆ Consultation physiothérapeute-patient : Enregistrement vidéo/audio de la consultation d'un physiothérapeute avec un patient SDSA: 1) Caméra plan 2) Caméra type GoPro® au corps
- ◆ Entrevue semi-structurée : Durée maximale de 60 minutes conduite auprès de chaque physiothérapeute 15 minutes post-évaluation afin d'investiguer leur raisonnement clinique lors de la consultation

C- Analyses :

Étude pilote de faisabilité (recrutement, collecte, analyses)

- ◆ Méthode SWOT: Analyse *a posteriori* de la faisabilité du projet de recherche en milieu clinique

Description des évaluations/ interventions

- ◆ Analyse descriptive des évaluations et interventions effectuées et leur durée (à partir de la vidéo)

Description des processus cognitifs

- ◆ Analyse qualitative « Framework Analysis » avec les modèles du «Dual Process Theory» et de Fleming (entrevue et vidéo)



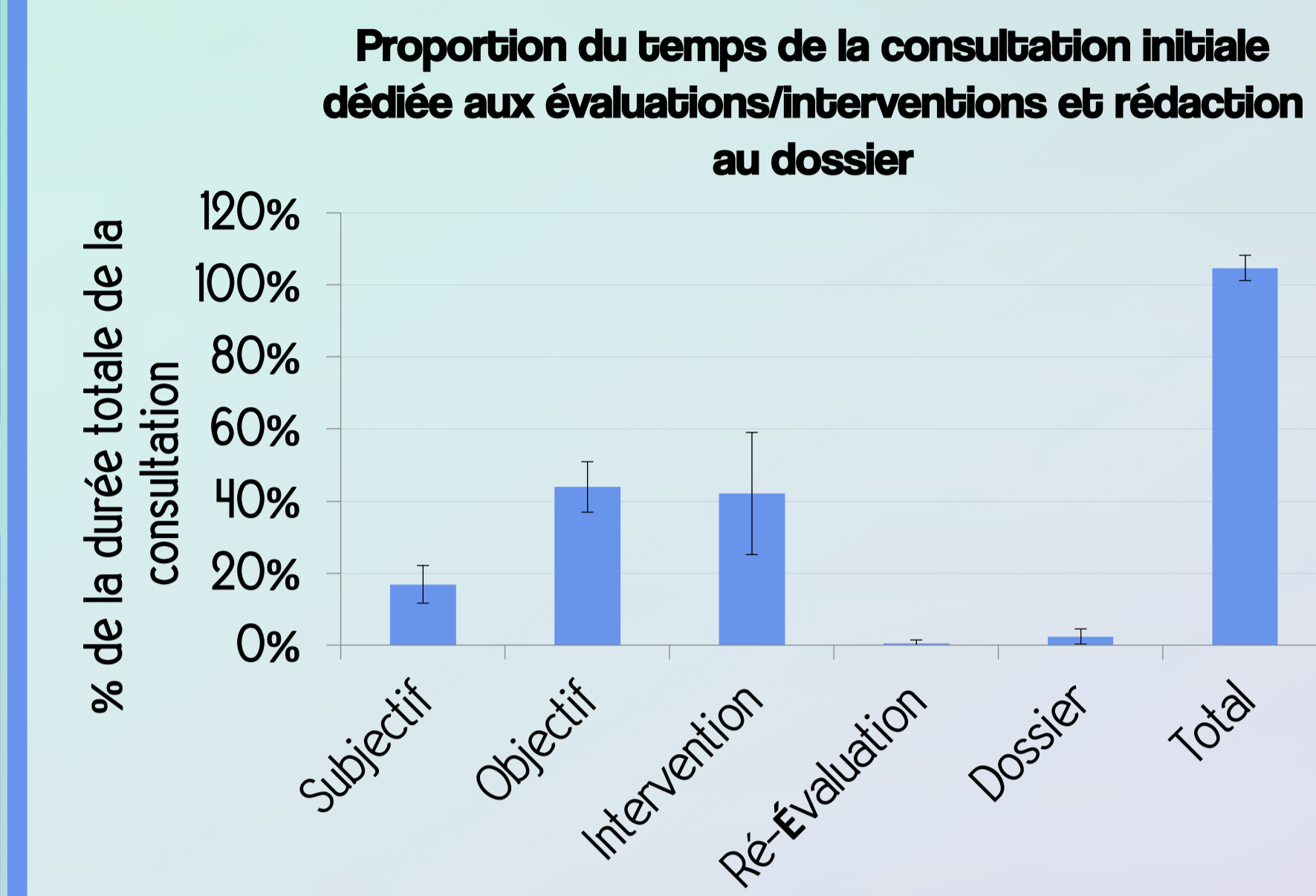
Consultation initiale- Caméra GoPro® : plan subjectif

« Ça est-ce que c'est douloureux? Pire, moins pire ou pareil ? »

Entrevue à Posteriori de la 1^{ère} Évaluation

« Parfait, euh dans le fond, maintenant au niveau de l'anamnèse, de l'histoire du patient euh, est ce qu'il y a des informations que vous avez pu priorisées, que vous avez trouvées plus importantes ? »

Résultats - Description des actions selon le modèle HSOAPIER



- ◆ Analyse Vidéo
- ◆ n total : 5 physiothérapeutes (niveau expert : n= 3. et compétent : n= 2)
- ◆ Somme totale des durées des actions > 100% de la durée totale de la consultation initiale en raison du chevauchement de certaines actions qui sont réalisées en même temps
- ◆ Temps attribué aux recommandations (R) est inclus dans la portion «Interventions» car les deux actions sont étroitement liées dans les cas de SAÉ

Description des évaluations effectuées

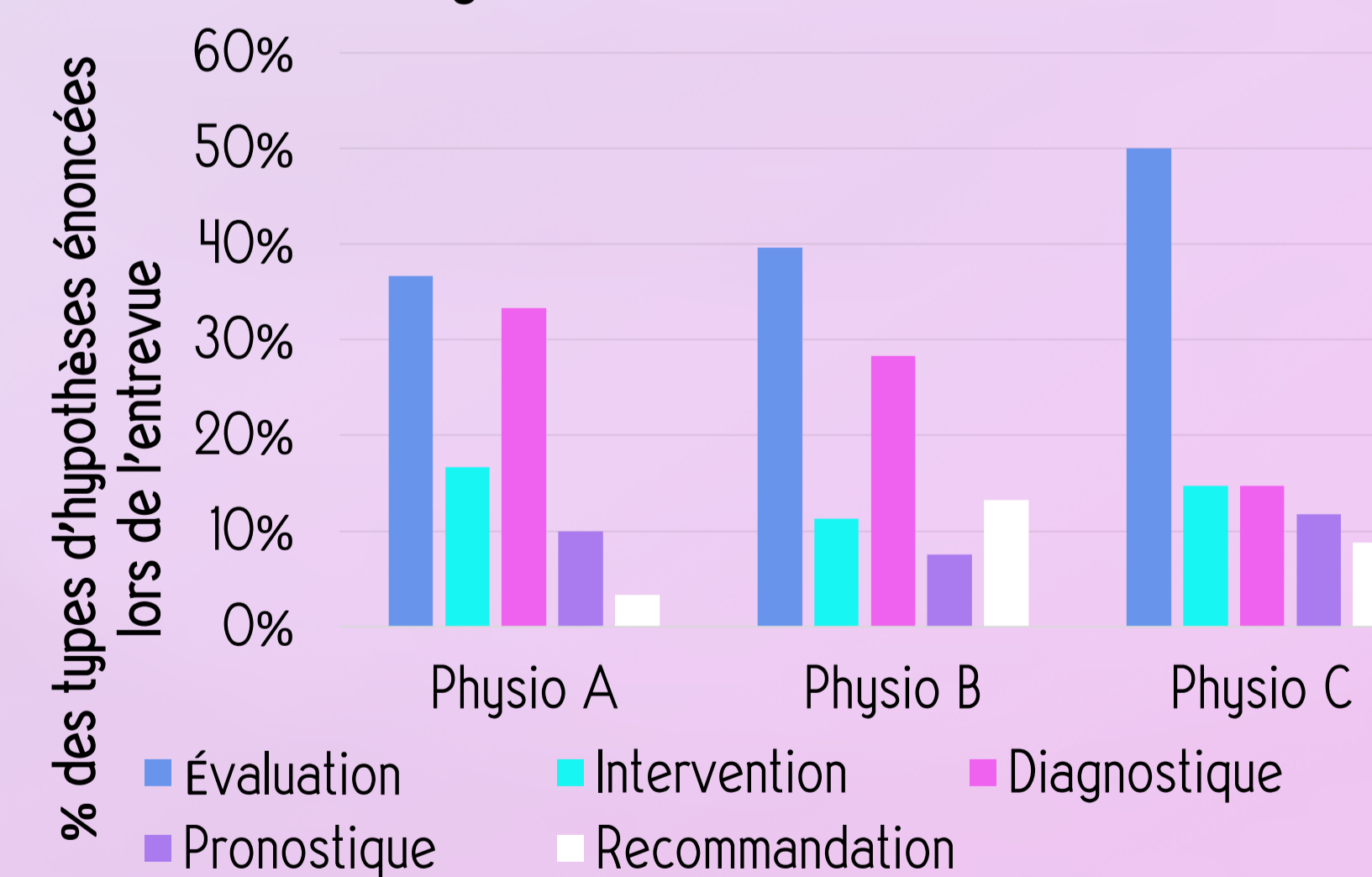
Combinaisons	Tests Inclus	Critère diagnostique	LR+	LR-	Experts	Autres
1	Hawkins-Kennedy, Neer, Painful arc, Emptycan, Rotation externe résistée	≥ 3 tests positifs	2.93	0.34	1/3	0/2
2	Hawkins-Kennedy, Infraspinatus muscle test, Painful arc	≥ 2 tests positifs	10.56	-	2/3	0/2
3	Drop arm, Hawkins-Kennedy, Neer, Painful arc, Adduction horizontale passive, Speed, Yergason	7 tests positifs	0.05	0.97	0/3	0/2
4	Neer et Hawkins-Kennedy	2 tests positifs	0.71	0.51	2/3	1/2

- ◆ Analyse vidéo
- ◆ Combinaison #2, avec un LR+ 10.56, est celle qui peut le mieux confirmer un dx de syndrome d'accrochage
- ◆ On remarque une tendance des physiothérapeutes experts à davantage utiliser la combinaison #2 par rapport aux physiothérapeutes compétents

Résultats - Description des processus cognitifs

Processus Cognitifs Analytiques

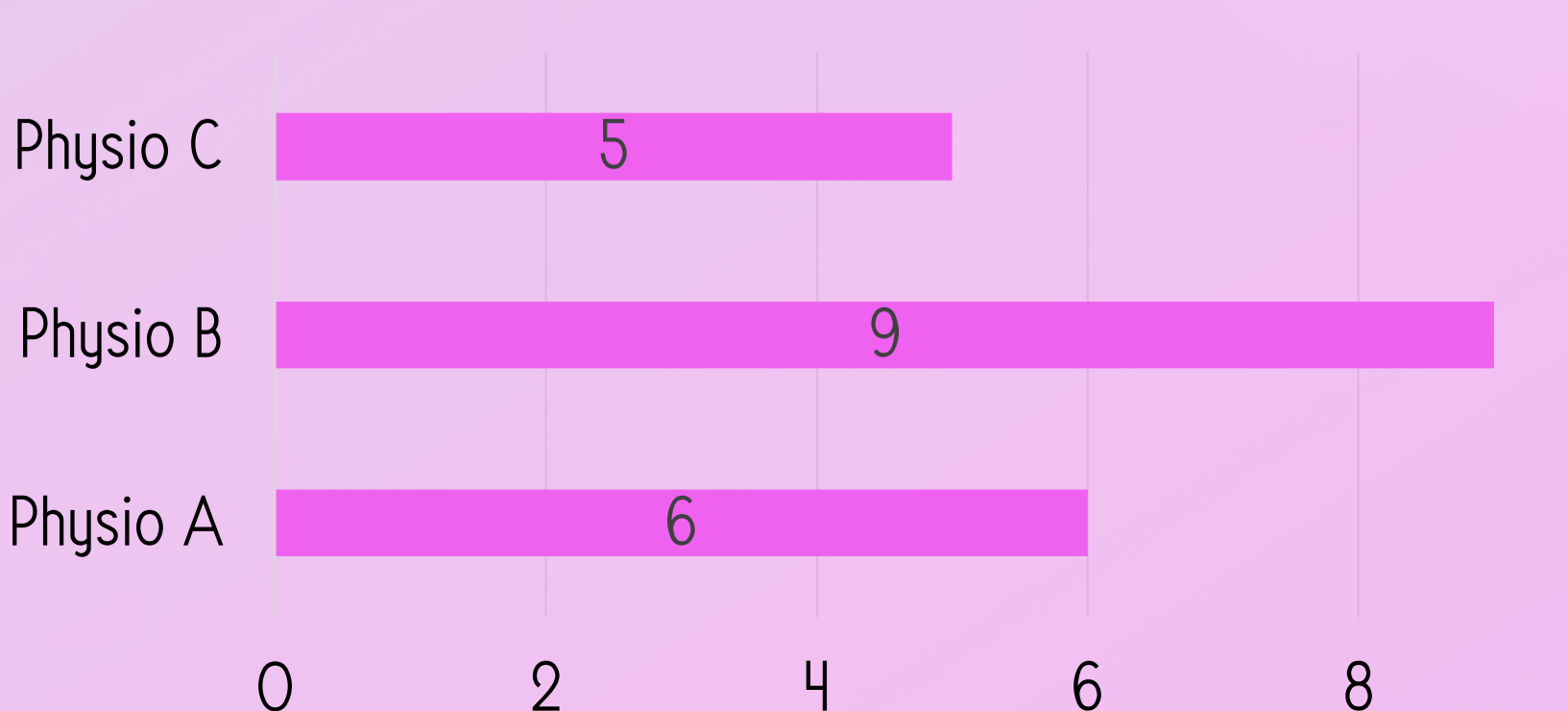
Répartition des différents types d'hypothèses analysées lors de l'entrevue semi-structurée



- ◆ Analyse de l'entrevue
- ◆ n = 3 physiothérapeutes experts
- ◆ Analytique : Hypothético-déductif, génération de différentes hypothèses
- ◆ Les hypothèses d'évaluation = la majeure partie du RC lors de la consultation initiale
- ◆ On note la formulation d'hypothèses d'intervention et de recommandation à la consultation initiale
- ◆ Les hypothèses pronostiques font partie intégrante du RC analytique chez les physiothérapeutes experts

Processus Cognitifs Non-Analytiques

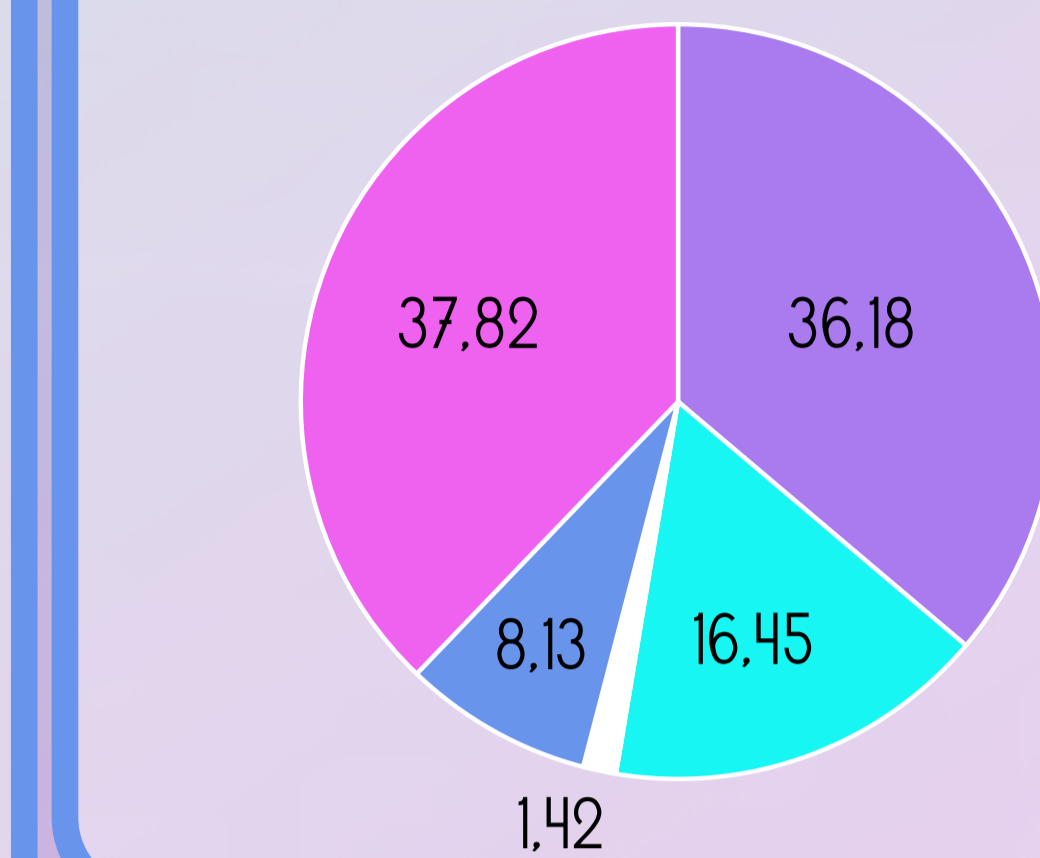
Reconnaissance de schémas clinique (scripts) mis en évidence lors de l'entrevue semi-structurée



- ◆ Analyse de l'entrevue
- ◆ Non-analytique : Reconnaissance de schémas («illness script») pour le diagnostic
- ◆ Schémas bien définis chez les physiothérapeutes experts
- ◆ La majeure partie des schémas sont mis en évidence lors de l'histoire de la maladie (anamnèse) et de l'examen subjectif.
- ◆ En termes de schémas reconnus: L'accrochage dynamique et l'atteinte du labrum ont une plus grande prévalence

Résultats - Description des types de raisonnement de Fleming

Analyse Vidéo - Raisonnement Clinique Moyenne (%)



- ◆ **Narratif** : En lien avec l'interprétation du pht
- ◆ **Procédural** : En lien avec la séquence d'actions
- ◆ **Interactif** : En lien avec l'interaction avec les patients
- ◆ **Conditionnel** : En lien avec le pronostic
- ◆ **Pragmatique** : En lien avec les aspects pratiques

- ◆ Analyse vidéo
- ◆ n total: 5 physiothérapeutes (niveau expert : n= 3. et compétent : n= 2)
- ◆ En moyenne, autant les physiothérapeutes experts que débutants utilisent davantage le raisonnement Pragmatique (37.82%) et Procédural (36.18%) par rapport aux autres types de RC

Discussion

1- Faisabilité de l'étude descriptive

- ◆ Analyse SWOT : Étude de plus grande envergure faisable, mais ajustement requis au niveau des méthodes utilisées lors de la collecte de données pour être plus exhaustif lors de l'entrevue semi-structurée

2- Description des évaluations/ Interventions (HSOAPIER)

- ◆ Tendance remarquée des physiothérapeutes experts à faire davantage d'actions en même temps durant l'évaluation expliquant un temps inférieur alloué au subjectif
- ◆ Ceux-ci attribuent moins de temps à l'examen subjectif, mais incluent une partie de ce subjectif durant les autres actions HSOAPIER. Observation qui résulte en un chevauchement des actions noté plus haut

- ◆ Les physiothérapeutes experts réussissent à dédier une importante proportion du temps à l'intervention durant la consultation initiale
- ◆ Toutefois, différence quant au temps consacré à l'intervention, teinté par le contexte d'évaluation. (Clinique universitaire vs privée)

3 - Processus cognitifs analytiques et non-analytiques de raisonnement clinique

- ◆ La majeure partie de la première séance consiste en de l'évaluation, mais ceci est normal puisque évaluation initiale
- ◆ Les hypothèses d'intervention semblent privilégier une participation active par les patients (exercices +++ vs modalités passives)
- ◆ La théorie des schémas (scripts) est contrevérifiée par les différents éléments de RC non-analytique (hypothèses générées spontanément par reconnaissance de configurations de signes et symptômes)

4- Types de raisonnement clinique selon le modèle de Fleming

- ◆ Les experts utilisent de façon prédominante le raisonnement pragmatique et procédural et ce de façon conjointe
- ◆ Le raisonnement conditionnel est difficile à identifier lors de l'analyse vidéo

Conclusion

- ◆ 1- Étude faisable mais nécessite plus de temps pour la collecte que ce qui était prévu initialement. Échantillon de l'étude pilote est limité. La collecte se poursuivra pour accroître la taille d'échantillon et atteindre la saturation des données
- ◆ 2- Les physiothérapeutes allouent du temps aux interventions lors de la consultation initiale des patients SDSA
- ◆ 3- Les processus cognitifs analytiques et non-analytiques de RC sont surtout dédiés à l'évaluation
- ◆ 4- Les types de RC pragmatique et procédural sont ceux les du modèle de Fleming les plus facilement identifiables

Références

- Hanchard NC, Lenza M, Handoll HH, Takwoingi Y. Physical tests for shoulder impingements and local lesions of bursa, tendon or labrum that may accompany impingement. Cochrane Database Syst Rev. 2013(4):N.PAG-N.PAG lp.
- Marreez YMAH, Forman MD, Brown SR. Physical examination of the shoulder joint-Part I: Supraspinatus rotator cuff muscle clinical testing. Osteopathic Family Physician. 2013;5(3):128-34.
- Bergeron Y, Fortin L, Leclaire R. Pathologie médicale de l'appareil locomoteur. Edisem; 2008.
- Neer CS, 2nd. Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder: a preliminary report. J Bone Joint Surg Am. 1972;54(1):41-50. Epub 1972/01/01.

Résultats - Faisabilité : Matrice SWOT

Forces « Strength »

Faiblesse « Weakness »

- ◆ Matériel technique: Caméra GoPro® plan subjectif
- ◆ Consultation clinique authentique/ Entrevue a posteriori
- ◆ SDSA : 3e cause musculo-squelettique de consultation
- ◆ Pas d'étude (RC lors d'une consultation initiale pour SDSA)

- ◆ Processus de recrutement conservateur
- ◆ Beaucoup d'objectifs d'étude à concilier
- ◆ Horaire chargé des thérapeutes (Manque de disponibilité)
- ◆ Réticence des cliniques et des thérapeutes à consentir

Opportunités « Opportunity »

Menaces « Threat »