Étude comparative du raisonnement clinique des physiothérapeutes experts et débutants pour le syndrome de douleur sous-acromiale: Comment améliorer le raisonnement clinique des débutants?

Université de Montréal

Coulombe S.[1], Robidoux O.[1], Sinto-Girouard P. [1] et Dyer J-O., pht, PhD[1,2]

Programme de physiothérapie, École de réadaptation, Université de Montréal ; [2]Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal

Introduction

- Le **syndrome douloureux sous-acromial (SDSA)** est la 3ème cause musculosquelettique de consultation en physiothérapie.
- Le **raisonnement clinique (RC)** est critique lors de la consultation initiale pour SDSA.
- **Peu d'études ont décrit le RC des physiothérapeutes** lors de la prise en charge des patients avec SDSA.

Objectifs

1- **Comparer les caractéristiques et le RC** d'une consultation initiale d'un patient avec SDSA entre des physiothérapeutes experts et débutants:

a) Comparaison qualitative et quantitative du déroulement des évaluations/interventions selon la méthode HSOAPIER.

b) Comparaison des différents types de RC selon les modèles de Fleming et de May et Newman.

c) Comparaison des processus cognitifs analytiques et non-analytiques de RC selon le modèle du «*Dual Process Theory*».

2- Proposer des **stratégies pédagogiques innovantes** au programme de physiothérapie de l'Université de Montréal pour améliorer le RC des physiothérapeutes débutants pour les cas de SDSA.

Méthodologie

Participants

A) Physiothérapeutes:

- Échantillonnage de convenance
- 5 experts (10 ans d'expérience ou 200 cas d'épaules vus)
- 5 débutants (moins de 6 mois d'expérience)

B) Patients:

- Échantillonnage de convenance (Pairage avec les physiothérapeutes)
- 10 patients avec SDSA

Collecte de données

- Enregistrement vidéo/audio de la consultation initiale par **caméra-plan et GoPro**.
- Enregistrement audio d'une **entrevue semi-structurée** avec des questions ouvertes standardisées juste après la consultation avec le client.
- Utilisation du vidéo de la **GoPro comme rétroaction instantanée** pour faciliter la remémoration par le/la physiothérapeute de son RC lors de la consultation.



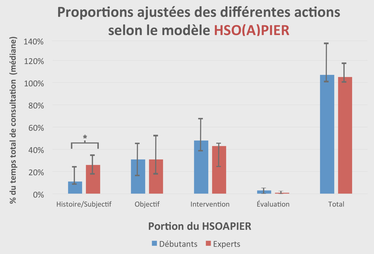


Analyse

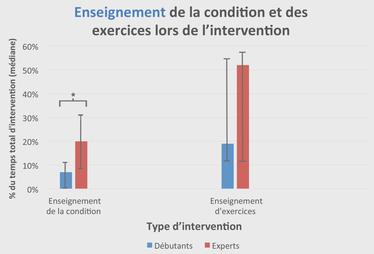
- **Analyse descriptive des enregistrements vidéos** (types et durées des évaluations et interventions faites par les physiothérapeutes).
- **Analyse «Framework» des verbatims** de chaque entrevue en considérant différents modèles de RC comme cadres de référence.

Résultats

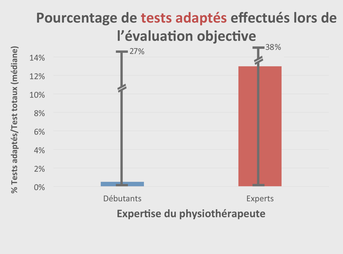
Modèle HSOAPIER



Les experts allouent une plus grande proportion de la séance à l'**examen subjectif.** (Mann-Whitney U, p=0.028*)

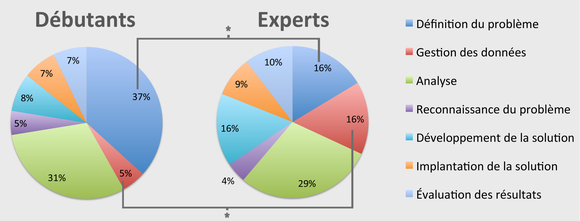


Les experts accordent une plus grande proportion de l'intervention à l'**enseignement de la condition** au patient.
(Mann-Whitney U, p=0.028*)



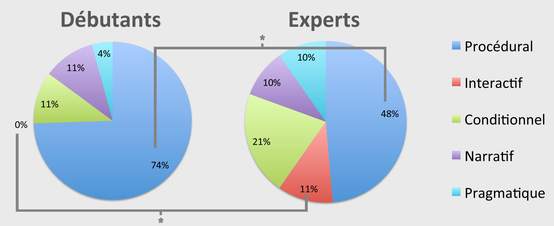
Les experts tendent à utiliser une plus grande proportion de **tests adaptés** lors de leur évaluation objective.
(Mann-Whitney U, p=0.095)

Modèle de May et Newman



- Les experts font plus de **Gestion des données**. (χ2 , p=0.014*)
- Les experts font moins de **Définition du problème**. (χ2 , p=0.001*)

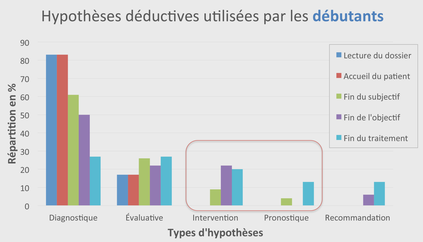
Modèle de Fleming

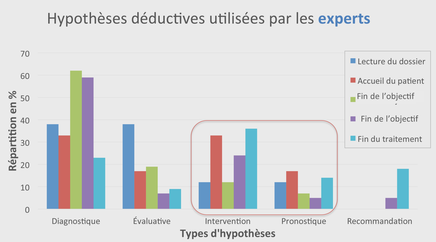


- Les experts font plus de **RC Interactif**. (χ2 , p=0.018*)
- Les experts font moins de **RC Procédural**. (χ2 , p=0.005*)

Modèle des processus cognitifs

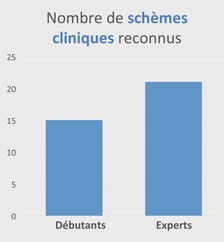
RC analytique (conscient)





- Résultats de l'entrevue semi-structurée à questions ouvertes standardisées.
- Les **experts** tendent à générer plus d'**hypothèses sur le pronostic et l'intervention** dès la lecture du dossier et continuent à le faire à travers toutes les étapes de la consultation initiale.

RC non-analytique (inconscient)



- Les experts tendent à faire référence à plus de **schèmes (scripts) cliniques élaborés**.

Discussion

1. Les **experts** sont en mesure d'**adapter des tests standardisés** et ceci pourrait contribuer à la **meilleure gestion des données** de l'évaluation clinique.
2. En allouant **plus de temps à l'évaluation subjective**, les experts génèrent de manière conditionnelle de **meilleures hypothèses d'intervention** dès le début de la prise en charge du patient.
3. Les experts seraient plus aptes à utiliser le **raisonnement interactif** pour améliorer l'enseignement au patient et favoriser son autonomisation.
4. Les activités de formation en physiothérapie pour le SDSA doivent permettre aux débutants **d'approfondir les schèmes (scripts) cliniques d'évaluation et d'intervention pour ces patients.**

Limites

- Échantillon débutant homogène (une seule université, promotion 2017 Udem).
- L'hétérogénéité des SDSA évalués.

Pistes de développements pédagogiques

1. Observation **vidéo intéractive d'experts** dans les cours théoriques.
2. **Cours d'intégration d'exercices** thérapeutiques avec vignettes cliniques diversifiées.
3. **Simulation** individuelle et formative d'une consultation initiale SDSA.
4. Implantation d'une **clinique universitaire** de physiothérapie.

Conclusion

En comparaison avec les physiothérapeutes débutants, les nombreux schèmes cliniques reconnus par les experts leur permettent de mieux **gérer les données** et d'**adapter certains tests spécifiques.** Les experts **accordent une plus grande proportion de leur consultation aux exercices, à l'enseignement de la condition et à la relation avec le patient**.



La photo est une gracieuseté de Maxime Piché et de Olivier Portelance Hudon de Dynax Physio.

Références

- Pope, C., Ziebland, S. et Mays, N. (2000). Qualitative research in health care, Analysing qualitative data. *BMJ, 320*, 114-116.
- May, B. J. et Newman, J. (1980). Developing competence in problem solving. A behavioral model. *Phys Ther, 60*(9), 1140-1145.
- Fleming, M. H. (1991). The therapist with the three-track mind. *American Journal of Occupational Therapy, 45*(11), 1007-1014.
- Marcum, J. A. (2012). An integrated model of clinical reasoning: dual-process theory of cognition and metacognition. *Journal of evaluation in clinical practice, 18*(5), 954-961. doi:10.1111/j.1365-2753.2012.01900.x

©Coulombe, Robidoux, Sinto-Girouard, et Dyer