

Proposition d'une définition conceptuelle du diagnostic émis par le physiothérapeute

Rapport du comité d'étude sur le diagnostic en physiothérapie

Après plus de trois ans de travail, le comité d'étude, piloté par Luc J. Hébert, pht, Ph.D., a déposé son rapport au conseil d'administration de l'Ordre en décembre dernier. L'Ordre tient à souligner la qualité du travail effectué par le comité qui a reçu une motion de félicitations de la part du conseil d'administration.

Le congrès 2010 de l'Ordre qui se tiendra cet automne porte sur les pratiques avancées en physiothérapie et le diagnostic émis par le physiothérapeute. Ce diagnostic émis par le physiothérapeute apparaît comme un préalable essentiel au développement de pratiques avancées en physiothérapie.

C'est donc dans le contexte de son congrès que l'Ordre met ce document de référence à la disposition de ses membres. L'Ordre vous invite fortement, tant physiothérapeutes que thérapeutes en réadaptation physique, à en prendre connaissance sur le site de l'OPPQ, sous la rubrique « Événements », sous « Congrès 2010 », à l'adresse suivante : <http://www.oppq.qc.ca> . Il vous permettra ainsi de vous sensibiliser avec le concept proposé et de venir partager vos réflexions les 5 et 6 novembre 2010, face à la place occupée par le diagnostic émis par le physiothérapeute dans le cadre du développement de pratiques avancées en physiothérapie.

L'Ordre souligne qu'aucune décision n'a été prise quant aux modalités d'implantation du concept proposé. L'Ordre poursuivra sa réflexion dans ce dossier. La planification stratégique 2010-2015 de l'Ordre, qui sera disponible à la fin de l'automne, fera état des démarches ultérieures qui seront entreprises par l'Ordre.

Comité sur le diagnostic

1 ^{re} étape : Informer les membres	✓
2 ^e étape : Planification stratégique	
3 ^e étape : Première appropriation au Congrès 2010	
4 ^e étape : Consultation à déterminer	
5 ^e , 6 ^e , ... : Vers le diagnostic émis par le physiothérapeute	

PROPOSITION

D'UNE DÉFINITION CONCEPTUELLE DU DIAGNOSTIC ÉMIS PAR LE PHYSIOTHÉRAPEUTE¹

Préparé par :

*Le groupe de travail sur l'élaboration
d'un concept diagnostique en physiothérapie*

OPPQ

(Luc J. Hébert et al.)

Montréal

30 novembre 2009

Note 1:

Afin d'alléger le texte, le mot OPPQ est employé pour signifier Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec.

Le générique masculin est utilisé pour la même raison sans discrimination.

Le terme client ou patient sont utilisés ici en tant que synonymes.

Suite à une modification du *Code des professions* survenue en octobre 2008 (Projet de loi n° 75²), le mot Bureau, lorsqu'il désigne le Bureau d'un ordre professionnel, est remplacé par les mots Conseil d'administration de même que le Comité administratif, lorsqu'il désigne le Comité administratif d'un ordre professionnel, par les mots Comité exécutif.

¹ Voir note 1 ci-haut.

² Loi modifiant le *Code des professions* et d'autres dispositions législatives (Projet de loi no 75).
[<http://www.assnat.qc.ca/fra/38legislature1/Projets-loi/Publics/08-f075.pdf>]

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ANNEXES	4
1. INTRODUCTION	6
2. CONTEXTE DE L'ÉLABORATION DU CONCEPT DIAGNOSTIQUE EN PHYSIOTHERAPIE	8
2.1. LA COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ÉLABORATION D'UN CONCEPT DIAGNOSTIQUE EN PHYSIOTHERAPIE	8
2.2. LE MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL	12
2.2.1. Objectifs du groupe de travail.....	13
2.2.2. Moyens utilisés par le groupe de travail pour atteindre les objectifs énoncés	14
2.3. BILAN DES TRAVAUX.....	15
3. METHODOLOGIE.....	16
3.1. LEXIQUE.....	16
3.2. RECENSION DES ECRITS EN REGARD DES OBJECTIFS 1 (PROBLEMATIQUE) ET 2 (APPROCHES EXISTANTES).....	21
3.3. CONSULTATIONS.....	24
3.4. DEFINITION CONCEPTUELLE DU DIAGNOSTIC EN PHYSIOTHERAPIE (OBJECTIF 3).....	24
3.5. PROCESSUS DE VALIDATION DU CONCEPT PROPOSE SUR LE PLAN CLINIQUE.....	24
3.6. LA LEGISLATION ET LE DIAGNOSTIC EMIS PAR LE PHYSIOTHERAPEUTE	25
3.7. IDENTIFICATION DES CONNAISSANCES, HABILETES ET ATTITUDES NECESSAIRES AU PHYSIOTHERAPEUTE (OBJECTIF 4).....	27
3.8. RECOMMANDATIONS (OBJECTIF 5).....	28
4. RÉSULTATS.....	29
4.1. OBJECTIF 1	29
4.2. OBJECTIF 2	34
4.2.1. Les modèles génériques qui peuvent être utilisés avec tous les systèmes/clientèles en physiothérapie	37
4.2.2. Les modèles spécifiques en physiothérapie qui s'appliquent à une clientèle/un système ou à une région corporelle	41
4.2.3. Discussion/problématique: Peut-on adopter un seul modèle selon les particularités à chaque système/clientèle ?	44
4.2.4. Conclusion sur la possibilité d'adopter un seul modèle parmi ceux existants.....	56
4.3. OBJECTIF 3	57
4.3.1. Les critères caractérisant le concept proposé.....	57
4.3.2. Définition du concept	60
4.3.3. Quelques exemples de libellés pour chaque clientèle/système.....	66
4.4. OBJECTIF 4	73
4.4.1. Connaissances, habiletés et attitudes en regard du processus diagnostique.....	73
4.4.2. Connaissances, habiletés et attitudes plus spécifiquement en regard de la formulation du libellé diagnostique	75
4.5. OBJECTIF 5	76
ANNEXE 1	80
ANNEXE 2	83
ANNEXE 3	86
ANNEXE 4	87
ANNEXE 5	108
ANNEXE 6	110
ANNEXE 7	112
ANNEXE 8	114
ANNEXE 9	116
ANNEXE 10	118
ANNEXE 11	123

ANNEXE 12.....	124
ANNEXE 13.....	128
ANNEXE 14.....	131
ANNEXE 15.....	133
ANNEXE 16.....	138
REFERENCES.....	140

POUR INFORMATION

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 Algorithme de raisonnement clinique HOAC (*Hypothesis-Oriented Algorithm for Clinicians II*)
- Annexe 2 Stratégies spécifiques de recherche utilisées pour la recension des écrits selon chaque clientèle/système
- Annexe 3 Matrice de lecture utilisée pour extraire les citations et les identifier selon la référence d'origine et l'objectif auquel ces citations se rapportent
- Annexe 4 Matrice de lecture présentant des exemples de citations pertinentes (par objectif) extraites à partir de la revue systématique des références et de leur classement
- Annexe 5 Lettre type d'invitation envoyée aux quatre directeurs des programmes québécois de physiothérapie lors des consultations
- Annexe 6 Questions posées aux quatre directeurs des programmes universitaires québécois de physiothérapie en mai 2007
- Annexe 7 Questions posées lors des consultations avec la présidente du Comité de l'inspection professionnelle (CIP) de l'OPPQ et la coordonnatrice du Service de l'inspection professionnelle (SIP) de l'OPPQ en février 2007
- Annexe 8 Questions posées lors des consultations avec les membres du SIP qui ont été consultés/rencontrés sur une base volontaire en mai 2007
- Annexe 9 Le modèle de Nagi
- Annexe 10 Guide de l'APTA; Étapes, contenu, éléments de la gestion du patient et terminologie utilisée
- Annexe 11 Caractéristiques des médecines alternatives ou pratiques non standardisées en opposition avec celles ayant un fondement scientifique
- Annexe 12 Le modèle de Processus de production du handicap, classification québécoise (PPH)
- Annexe 13 Le modèle de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)
- Annexe 14 Formation universitaire existante connue à ce jour et en lien avec des éléments du concept diagnostique proposé
- Annexe 15 Le modèle de Schenkman / modèle multisystèmes pour la gestion des adultes ayant des affections neurologiques

REMERCIEMENTS

Le groupe de travail sur l'élaboration d'un concept diagnostique en physiothérapie tient à remercier tous ceux et celles, qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation des travaux du groupe de travail, notamment le président directeur et le C.A. de l'OPPQ pour tout le support offert.

POUR INFORMATION

1. INTRODUCTION

L'avènement de l'accès direct en physiothérapie en 1990 a consacré la reconnaissance du physiothérapeute comme un intervenant de première ligne, et cela sans que le législateur lui reconnaisse implicitement le devoir de poser un diagnostic. Par contre, tel que le stipule le *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique*, avant de traiter un client, le physiothérapeute doit procéder à l'évaluation du rendement fonctionnel du client³. Dans la pratique actuelle, le résultat de cette évaluation, bien qu'il soit identifié avec toutes sortes de descripteurs tels que opinion ou impression clinique, est au sens propre de la définition de l'acte posé, le résultat d'un geste de nature diagnostique. Et le fait de poser des gestes de nature diagnostique correspond à ce niveau d'expertise qui caractérise la pratique actuelle du physiothérapeute au Québec, au Canada et ailleurs. C'est pourquoi le diagnostic en physiothérapie préoccupe la communauté physiothérapique depuis plus de deux décades. D'ailleurs, cette problématique préoccupait l'OPPQ bien avant qu'ait lieu la journée d'étude sur ce thème, lors du Congrès de Trois-Rivières en mai 2000.

Les termes « diagnostic physiothérapique » ou « diagnostic émis par le physiothérapeute » sont fréquemment utilisés depuis de nombreuses années, et ce niveau de responsabilité fait partie intégrante du *Profil de compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada* (Juillet 2004)⁴. Ces termes sont aussi largement utilisés et cités dans les documents officiels d'organismes académiques et de réglementation tels que le Groupe consultatif national en physiothérapie (GCNP), les programmes de maîtrise professionnelle en physiothérapie des programmes canadiens universitaires, le *Ontario College of Physical Therapists*, l'Association canadienne de physiothérapie (ACP) et le comité *Strategic Solutions Optimizing Physiotherapists' Capacity in Ontario's/Health Care System*. D'ailleurs, ce dernier a proposé toute une série de niveaux de responsabilités pour le physiothérapeute incluant celui d'émettre un diagnostic, ceci afin de mieux refléter la pratique actuelle⁵. Mais

³ Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique (C-26, r.136.01). Article 16. 2007 OPPQ.

[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC_26%2FC26R136_01.htm].

⁴ Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada, Juillet 2004. Conseil d'accréditation des programmes universitaires canadiens en physiothérapie (ACCPAP), l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie, l'Association canadienne de physiothérapie (ACP) et le *Canadian Universities Physical Therapy Academic Council (CUPAC)*. [http://www.physiotherapy.ca/public_fr/public_fr.asp?WCE=C=47|K=224032|RefreshT=222634|RefreshS=C|RefreshD=2226341].

⁵ Physiotherapy Scope of Practice Review 2008. Ontario Physiotherapy Association and College of Physiotherapists of Ontario. [<http://hprac.org/en/projects/resources/JointSubmissiononPhysiotherapy.pdf>].

paradoxalement, bien que le terme diagnostic en physiothérapie soit utilisé par tous ces organismes, il demeure toujours un concept non défini au plan clinique.

Dans ce contexte, pour assurer une pratique adéquate et cohérente avec les standards proposés par les organismes réglementaires et académiques, il est essentiel de combler ce vide. L'élaboration d'une définition conceptuelle du diagnostic émis par le physiothérapeute permettra d'établir un cadre clinique normatif auquel devra se référer l'ensemble des physiothérapeutes pour l'exercice de ce niveau de responsabilité. Lorsque la notion de diagnostic émis par le physiothérapeute aura été clairement définie, il faudra alors vérifier quel est le cadre législatif nécessaire à adopter pour bien encadrer ce niveau de responsabilité afin de garantir la qualité et l'accessibilité des soins de physiothérapie et assurer la protection du public.

2. CONTEXTE DE L'ÉLABORATION DU CONCEPT DIAGNOSTIQUE EN PHYSIOTHÉRAPIE

2.1. La composition du groupe de travail sur l'élaboration d'un concept diagnostique en physiothérapie

Le groupe de travail sur l'élaboration d'un concept diagnostique en physiothérapie, formé en juillet 2006, est composé de neuf personnes qui ont été choisies en raison de leur expertise et de leur intérêt à définir ce concept. Ce groupe est présidé par monsieur Luc J. Hébert, pht, Ph.D.

Les membres du groupe de travail, par ordre alphabétique, sont:

Louise Banville, pht - Pédiatrie

Madame Louise Banville a obtenu un baccalauréat en physiothérapie à l'Université Laval en 1973. Elle a par la suite travaillé à l'Hôpital Villa Médica, hôpital pour convalescents de Montréal, de 1973 à 1978, auprès d'une clientèle adulte et gériatrique. De 1983 à 1984, elle a œuvré en pédiatrie et en soins respiratoires et orthopédie aiguë adulte à l'hôpital Georges-Dumont de Moncton, au Nouveau-Brunswick. Elle a par la suite pratiqué à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec à l'enfance où elle travaille toujours, et ce, depuis 1986. Elle fait de l'enseignement clinique depuis plus de 20 ans. Elle a participé à différents projets de recherche clinique. Elle a été récipiendaire du prix Monique Pichette pour un travail sur le biofeedback en 1975. Elle a également collaboré au développement d'un appareil de biofeedback pour le contrôle du genou hémiplégique chez l'enfant. Membre de l'Association québécoise des intervenants auprès des personnes amputées (AQIPA), elle a participé à l'organisation du colloque qui s'est tenu à Québec, en 2004, comme membre du comité scientifique.

Louise Bleau, pht, D.É.S.S. – Membre de la permanence de l'OPPQ

Madame Louise Bleau est diplômée du programme de baccalauréat en physiothérapie de l'Université de Montréal en 1979. En 2001, elle a obtenu un diplôme d'études supérieures spécialisées (D.É.S.S.) en administration sociale, de l'Université de Montréal. Elle a complété un D.É.S.S. en droit et politique de la santé à l'Université de Sherbrooke en 2009. De 1979 à 1983, elle a travaillé dans des centres hospitaliers de la région de l'Outaouais, à titre de physiothérapeute. À compter d'octobre 1983, et ce, jusqu'à juillet 1991, elle a occupé le poste de physiothérapeute et coordonnatrice clinique en physiothérapie au Centre hospitalier de Gatineau et de 1991 à 1998, à l'Institut de Cardiologie de Montréal où elle a été coordonnatrice professionnelle par intérim de janvier 1996 à mai 1997. En mai 1997, elle accepte le poste de chargé de la formation continue à l'OPPQ, à temps partiel. En janvier 1998, elle devient secrétaire générale de l'OPPQ tout en poursuivant sa tâche à la formation continue. En septembre 2000, c'est à temps plein qu'elle assume son poste de secrétaire générale. En avril 2004, s'est ajoutée à ses autres fonctions, celle de

directrice des services professionnels de l'OPPQ. Madame Bleau, compte tenu de ses fonctions et de sa formation, s'intéresse de près à la question du diagnostic en physiothérapie depuis plusieurs années.

Rachel Brosseau, pht, M. Sc. - Cardiorespiratoire

Madame Rachel Brosseau a obtenu son baccalauréat en sciences, spécialisé en physiothérapie, de l'Université de Montréal en 1985. En 1994, elle a complété des études de maîtrise en sciences biomédicales à l'Université de Montréal. En 1998, elle obtient le titre de *Fellow of American College of Sports Medicine*. Elle pratique à l'Institut de Cardiologie de Montréal depuis 1985 où elle a été coordonnatrice professionnelle du service de physiothérapie de 1995 à 2001 et chef intérimaire en 1991-1992 et de nouveau en 1998. Elle y a supervisé plusieurs stagiaires avant d'être professeure adjointe de clinique au programme de physiothérapie de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal où elle est responsable de l'enseignement dans le domaine cardiorespiratoire depuis 1990. Dans le cadre du programme de la formation continue de l'OPPQ et en privé, elle est aussi coresponsable de deux cours qui portent sur les conditions cardiorespiratoires et qui s'adressent respectivement aux physiothérapeutes et aux thérapeutes en réadaptation physique. Elle est impliquée en recherche en codirigeant des étudiants à la maîtrise, en collaborant à des projets qui traitent du domaine cardiorespiratoire et en étant évaluateur au sein de comités d'attribution de bourses, subventions et prix de recherche. Elle est membre clinicienne du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation. Elle a donné plusieurs conférences et communications orales et a présenté des affiches dans des congrès ou colloques à titre d'auteure ou coauteure de publications, principalement dans le domaine cardiorespiratoire. Elle a été membre de divers comités, notamment à l'OPPQ, le Comité de la formation continue de 1997 à 2006, et le Comité d'inspection professionnelle de 1999 à 2004.

Hélène Corriveau, pht, Ph. D. - Gériatrie

Madame Hélène Corriveau détient un baccalauréat en physiothérapie et une maîtrise en sciences cliniques de l'Université de Montréal. Elle a complété des études doctorales en sciences cliniques, option gériatrie, à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke en 2000. En juillet 2001, elle devient professeure au Département de réadaptation de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke et chercheure au Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Madame Corriveau a collaboré à 5 chapitres de livres, publié près de 35 manuscrits et 164 abrégés. Ses travaux de recherche visent principalement à mieux comprendre les problèmes d'équilibre chez les personnes âgées, notamment au niveau de l'évaluation et de l'intervention.

Alain Godbout, pht – Neurologie

Monsieur Alain Godbout est bachelier de l'Université de Montréal en anthropologie (1978) et en physiothérapie (1988). Il est physiothérapeute

clinicien à temps plein à l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal depuis 1989. Il a travaillé avec la clientèle blessée médullaire et AVC, mais depuis plus de 15 ans, il travaille plus spécifiquement avec la clientèle des personnes ayant subi un traumatisme crâniocérébral (TCC). En plus de cette expertise en neurotraumatologie, il a aussi développé une expertise en rééducation vestibulaire et complété une formation vestibulaire post-graduée à l'Université d'Émory à Atlanta. Il a enseigné à l'Université de Montréal durant près de 10 ans, un cours portant sur l'évaluation et le traitement en physiothérapie du traumatisé crânien. Dans le cadre de son travail, il a donné de nombreuses cliniques pour les universités de Montréal et McGill, il a supervisé des stagiaires de tous niveaux, encadré les nouveaux physiothérapeutes au programme TCC, donné des conférences, des cours et fait des présentations. Il a aussi été invité à donner plusieurs conférences dans divers congrès (TCC, médecins spécialistes, OPPQ, groupes d'intérêt). Depuis 1998, il est responsable au programme de formation continue de l'OPPQ d'un cours sur la rééducation vestibulaire en physiothérapie, qu'il a aussi donné à quelques reprises avec l'Association canadienne de physiothérapie. Il a participé à divers projets de recherche, soit comme assistant de recherche, consultant ou investigateur et il a publié quelques articles traitant du TCC et des problèmes vestibulaires et de contrôle postural.

Luc J. Hébert, pht, Ph.D. – Président du groupe de travail – Neuromusculosquelettique

Après sa formation de physiothérapeute à l'Université de Montréal en 1982, Monsieur Hébert a complété à cette même université des études de maîtrise en sciences biomédicales en 1989. Après avoir reçu une bourse du Fonds de la recherche en santé du Québec, il a aussi complété en mai 2001 des études doctorales en Médecine expérimentale à l'Université Laval. Monsieur Hébert a travaillé en pratique privée pendant plus de 18 ans. Il a été officier physiothérapeute dans les Forces canadiennes de 1982 à 1996, période au cours de laquelle il a occupé différents postes au Canada et outre-mer. Il est actuellement physiothérapeute au rang de Major au sein de la Première réserve des services de santé des Forces canadiennes. Monsieur Hébert occupe, depuis mai 2000, les postes de Directeur national de l'entraînement en physiothérapie et codirecteur du réseau professionnel technique au sein de la Défense nationale du Canada. Il a été chargé d'enseignement à l'Université de Montréal de 1987 à 1992 et l'est redevenu en 2009, et il enseigne à l'Université Laval depuis 1990. Il est professeur associé au Département de radiologie de la Faculté de médecine de l'Université Laval où il cumule également la fonction de Directeur de la recherche. Depuis 2004, il est responsable au programme de formation continue de l'OPPQ du cours sur l'évaluation de la force musculaire par dynamométrie manuelle. Il est chercheur avec la Défense nationale du Canada et le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation du Québec. Il a supervisé des étudiants aux études post-graduées, et ses travaux de recherche portent notamment sur l'étude des facteurs explicatifs et prédictifs des pathologies neuromusculosquelettiques et sur l'efficacité des interventions utilisées en

réadaptation. Il poursuit également le développement d'une expertise de pointe dans l'évaluation de pathologies diverses en réadaptation avec l'utilisation de systèmes d'analyse biomécanique et d'imagerie comme la résonance magnétique. Il a obtenu plusieurs subventions à titre de premier demandeur et codemandeur. Il a écrit deux volumes et un chapitre de livre et a publié plus d'une centaine de manuscrits et abrégés. Monsieur Hébert a été et est toujours impliqué dans de nombreux comités aux niveaux provincial, national et international portant sur les standards de soins et de pratique en réadaptation. Il a, entre autres, été membre du comité de Promotion et de financement du comité de la recherche clinique de l'OPPQ (1996-1997) et du comité d'inspection professionnelle de l'OPPQ (1996-2001) ainsi que membre du comité d'élaboration du programme de continuum baccalauréat-maîtrise professionnelle en physiothérapie à l'Université Laval (2003-2007).

Serge Orzes, pht, D.É.S.S. – Membre permanent de l'OPPQ

Monsieur Serge Orzes est diplômé du programme de physiothérapie de l'Université de Montréal en 1979. Il a complété un D.É.S.S. en gestion des organisations des services de santé en 1998 à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. De 1979 à 1983, il a travaillé comme physiothérapeute au Centre hospitalier St-Jean de Macamic en Abitibi. De 1983 à 1998, il a occupé le poste de chef de service de physiothérapie qui deviendra au fil des années le service de réadaptation physique et, de 1998 à 2001, il a occupé la fonction de chef de programme en déficience physique. Il a participé notamment au développement d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive. En 2001, il retourne en Montérégie, sa région natale, où il exerce comme clinicien avant d'obtenir en 2004, le poste de chargé de projets à l'OPPQ. Monsieur Orzes a été impliqué activement aux affaires de l'OPPQ tout au long de sa carrière. Il a siégé sur le comité des responsables cliniques de 1986 à 1992. Il a fait partie du Bureau de l'OPPQ en tant qu'administrateur pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue de 1992 à 2001. Il a occupé la fonction de vice-président de l'OPPQ de 1995 à 2001.

Marc Perron, pht, M. Sc. – Musculosquelettique

Monsieur Marc Perron est diplômé du programme de baccalauréat en sciences de la santé option physiothérapie de l'Université Laval en 1985. Après avoir pratiqué principalement en pratique privée pendant 11 ans, il a complété une maîtrise en sciences dans le programme de neurobiologie de l'Université Laval et a reçu son diplôme en 1998. Monsieur Perron occupe actuellement le poste de coordonnateur de la formation clinique en physiothérapie au Centre de santé de la Garnison Valcartier où il accomplit des activités cliniques, administratives, d'enseignement et de recherche. Il est impliqué depuis 20 ans dans l'enseignement aux étudiants du programme de physiothérapie de l'Université Laval dans la filière musculosquelettique et est actuellement professeur de clinique et chargé d'enseignement au département de réadaptation de cette même institution. Il siège également au comité d'implantation et au comité de programme du nouveau continuum baccalauréat-maîtrise professionnelle en

physiothérapie à l'Université Laval. Monsieur Perron est membre du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation et a obtenu des subventions à titre de premier demandeur. Il est auteur ou coauteur d'une vingtaine d'articles scientifiques et abrégés et poursuit ses travaux de recherche autour de problématiques musculosquelettiques du membre inférieur.

Vincent Piette, pht, M. Sc. – Musculosquelettique

Monsieur Vincent Piette a obtenu son baccalauréat en physiothérapie à l'Université de Montréal en 1977. Il a par la suite complété une maîtrise en sciences en neurobiologie à l'Université Laval en 1986 alors qu'il était boursier de l'Institut de recherche en santé et sécurité au travail (IRSST). Il a été physiothérapeute à temps plein à l'Hôtel Dieu de Québec de 1977 à 1984 puis à demi-temps au Centre Hospitalier Universitaire de Québec (Pavillon CHUL) de 1986 à 2009. À titre d'enseignant associé à demi-temps au programme de physiothérapie de l'Université Laval depuis 1986, Monsieur Piette est responsable des cours sur le rachis et sur les fondements d'intervention en physiothérapie. Il a été directeur du programme de physiothérapie de l'Université Laval de 1989 à 1999. Il a été président de la sous-commission des sciences de la santé de l'Université Laval de 1997 à 1999. Il a aussi été représentant de l'Université Laval au Conseil multidisciplinaire de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Capitale entre 2001 et 2006. Il est professeur de clinique à l'Université Laval depuis 1999. Monsieur Piette a développé une expertise de pointe avec la clientèle musculosquelettique et participe depuis de nombreuses années à la formation continue tout en ayant contribué à de nombreuses communications et participations à la recherche en ce domaine. Il a été clinicien responsable du groupe de rédaction du guide québécois de pratique clinique sur la lombalgie en 2006. Il a participé à de nombreux comités de l'OPPQ depuis 1986 (discipline, formation, admission, bourses, congrès, etc.). Il a reçu le prix « Bénévolat » 2001 de l'OPPQ.

Autre membre ayant participé aux travaux du groupe de travail:

Monsieur Denis Martel a participé aux quatre premières réunions du groupe de travail à titre de membre. Monsieur Martel est physiothérapeute et a travaillé au Centre d'Hébergement St-Augustin de 1975 à 2006 et il est à Hôpital Saint-Sacrement depuis avril 2006. Monsieur Martel exerce en neuro-gériatrie et a développé une expertise au niveau de l'évaluation et du traitement des troubles de l'équilibre chez la personne âgée. Il est formateur pour l'OPPQ dans ce domaine depuis 10 ans. Son expertise et ses commentaires ont contribué à l'avancement des travaux du groupe de travail en début de mandat.

2.2. Le mandat du groupe de travail

Lors de la première réunion du XXXI^e Conseil d'administration de l'OPPQ, tenue le vendredi 2 juin 2006, sur proposition de Madame Suzanne La Rocque, appuyée par Madame Danielle Richer, il a été résolu que le comité travaillant à

l'élaboration de la définition du diagnostic en physiothérapie pour l'OPPQ ait le mandat suivant:

« Évaluer et proposer au Bureau de l'Ordre un concept entourant le diagnostic en physiothérapie, qui intègre les aspects cliniques et légaux dans le champ professionnel de la physiothérapie ».

Dans ce contexte, après en avoir discuté, les membres du groupe de travail sur l'élaboration d'un concept diagnostique en physiothérapie de l'OPPQ ont compris qu'ils avaient le mandat suivant, lequel a été approuvé par le Bureau :

2.2.1. Objectifs du groupe de travail

Objectif général

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.

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques du groupe de travail sont les suivants :

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;
2. Décrire les différents modèles diagnostiques 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;
3. Proposer une définition conceptuelle du diagnostic émis par le physiothérapeute;
4. Identifier les connaissances et habiletés nécessaires au physiothérapeute pour exercer cette activité selon le concept proposé;
5. Émettre une série de recommandations et de lignes directrices afin d'assurer la mise en œuvre du niveau de responsabilité permettant d'émettre un diagnostic pour les physiothérapeutes en considérant tous les impacts cliniques.

2.2.2. *Moyens utilisés par le groupe de travail pour atteindre les objectifs énoncés*

- Étape 1 : Faire une recension des écrits publiés sur le diagnostic en physiothérapie et dans les différents domaines de la santé à partir des périodiques courants indexés, des publications des organismes professionnels et des institutions d'enseignement, de documents publics et de tout autre document jugé pertinent sur le sujet;
- Étape 2 : Faire un bilan de cette recension en dégagant les idées générales maîtresses et en identifiant ce qui est commun ou exclusif à chaque clientèle ou milieu de pratique;
- Étape 3 : Procéder à des consultations auprès d'acteurs clés, collègues, professionnels de différents milieux de travail, institutions d'enseignement et organismes professionnels afin de bien décrire la situation actuelle de la pratique au Québec en regard du diagnostic en physiothérapie et de bien mesurer la nécessité ou non de reconnaître ce niveau de responsabilité aux physiothérapeutes;
- Étape 4 : À la lumière du bilan des étapes 1, 2 et 3, proposer une définition conceptuelle de ce que devrait être le diagnostic émis par le physiothérapeute compte tenu du champ de pratique des physiothérapeutes dans le système de santé québécois et de la variété de leurs clientèles. Cette étape implique d'identifier les avantages et les inconvénients des différents concepts et modèles diagnostiques existants et de vérifier dans quelle mesure ils peuvent être utilisés ou adaptés dans le contexte de notre pratique au Québec. Cette étape implique aussi la nécessité d'identifier les connaissances, habiletés et attitudes nécessaires pour exercer ce niveau de responsabilité;
- Étape 5 : En lien avec l'étape 4, proposer une prise de position permettant de justifier, auprès des membres de l'OPPQ, des autres professionnels du système de santé et des décideurs politiques, la nécessité pour le physiothérapeute d'émettre ou non un diagnostic, tel qu'il est défini à l'étape 4, et ce, dans le meilleur intérêt de la population;
- Étape 6 : Établir une série de recommandations et de lignes directrices pour le prochain groupe de travail qui devra assurer la mise en œuvre du concept proposé en considérant tous les impacts cliniques et légaux.

2.3. Bilan des travaux

Le groupe de travail a tenu 17 réunions régulières. En plus de ces réunions, il a rencontré les membres du Service de l'inspection professionnelle de l'OPPQ (SIP) et les directeurs des quatre programmes universitaires de physiothérapie du Québec. Entre les réunions, des sessions de travail en sous-groupes ont permis de faire avancer les travaux et d'amorcer la rédaction du rapport final. Le groupe de travail a aussi rencontré et consulté les membres du Comité de l'inspection professionnelle de l'OPPQ (CIP) et les inspecteurs du SIP. D'autres consultations et discussions ponctuelles et informelles avec des collègues académiciens, cliniciens, étudiants, professeurs de clinique, formateurs et moniteurs de stage ont été réalisées tout au long des travaux du groupe.

3. MÉTHODOLOGIE

Afin d'assurer une compréhension commune du document, voici un lexique comprenant quelques définitions jugées essentielles pour le lecteur. Ces définitions proviennent principalement d'organismes de réglementation et des modèles conceptuels proposés dans la littérature comme la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) et le modèle québécois du Processus de production du handicap (PPH). Les définitions du lexique qui suit ont été obtenues à partir des références suivantes :

- Association canadienne de physiothérapie (ACP).
- Fougeyrollas P, Cloutier R, Bergeron H et al. Révision de la proposition québécoise de classification: Processus de production du handicap, Réseau international sur le processus de production du handicap, CQCIDIH/SCCIDIH, 1996.
- Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (ACIS).
- Organisation mondiale de la santé (OMS).
- Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ).
- Postel-Vinay N, Peytour P, Bourez T. 7^e congrès national de la médecine générale du 21^e siècle, [<http://www.isnar-img.com/CONGRES/060106-art-PREVENTION.pdf>].
- Commission des lésions professionnelles du Québec, Mémento LATMP-LSST, LATMP, VI^{ème} procédure d'évaluation médicale Art. 199 À 233 et 448 et suivants, éléments de l'article 212, 1.1 Le diagnostic: art. 212 (1), février 2009 [<http://www2.clp.gouv.qc.ca/sites/clpq/memento05.nsf>].
- Zimny NJ. (2004). Diagnostic classification and orthopaedic physical therapy practice: what we can learn from medicine. *J Orthop Sports Phys Ther*, 34(3) :105-9; discussion 110-5.

3.1. Lexique

Accès direct :

Possibilité, pour un individu, de consulter un professionnel de la santé réglementé, autre qu'un médecin sans avoir recours à un renvoi en consultation. L'accès direct en physiothérapie permet donc à un patient de consulter directement un physiothérapeute sans référence médicale.

Activité :

Exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. Ainsi, les limitations d'activité sont définies comme les difficultés que rencontre une personne dans l'exécution de ses activités dans un environnement contrôlé.

Aptitude :

Possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale.

Classification diagnostique :

Système qui regroupe des signes et symptômes à l'intérieur d'un ensemble de classes ou catégories et dont la finalité est de poser un diagnostic.

Déficiences :

Degré d'atteinte qui se situe soit au niveau de la structure, c'est-à-dire au niveau anatomique ou histologique, soit au niveau du fonctionnement d'une composante corporelle, c'est-à-dire au niveau physiologique. Dans le modèle du modèle du PPH, une déficience correspond au degré d'atteinte anatomique ou physiologique d'un système organique. Selon le modèle de la CIF, les déficiences désignent des problèmes dans la fonction organique ou dans la structure anatomique, tel qu'un écart ou une perte importante.

Diagnostic :

« Le diagnostic intégral comporte notamment, selon les règles de l'art en médecine, le diagnostic positif, le diagnostic différentiel et le diagnostic étiologique. Le diagnostic positif se bâtit à partir des renseignements, aussi nombreux et précis que possible, qui sont tirés de l'étude des faits commémoratifs, de l'histoire du cas et de l'examen clinique. Le diagnostic différentiel permet de diagnostiquer la nature de la maladie et d'éliminer les autres maladies présentant en partie des symptômes analogues. Le diagnostic étiologique permet de reconnaître la ou les causes de la maladie constatée afin de la traiter de façon adéquate.

Comme le législateur n'a pas défini le sens du mot diagnostic, il faut référer aux dictionnaires. Selon les définitions des dictionnaires, le mot diagnostic, contenu à l'article 212 de la VI^e procédure d'évaluation médicale, réfère non seulement à un «acte d'identifier» mais aussi au «résultat de l'acte» soit à l'identification de l'affection ou de la maladie et forcément il pourrait également référer à une absence de pathologie. Il y a une distinction à faire entre le mot diagnostic et les mots affection et maladie. En posant un diagnostic, on peut conclure qu'un patient est affecté d'une maladie quelconque ou également conclure à une absence de pathologie. » [<http://www2.clp.gouv.qc.ca/sites/clpq/memento05.nsf>].

Cependant, même si le législateur n'a pas défini le sens du mot diagnostic, l'Office des professions a défini le terme « diagnostic » dans son cahier explicatif sur la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Loi 90) dans ses commentaires faits à la suite des modifications apportées à la Loi médicale (page 76).

*« Selon le Larousse médical, le diagnostic est le temps de l'acte médical permettant d'identifier la nature et la cause de l'affection dont un patient est atteint. Un diagnostic s'établit en plusieurs étapes. Le diagnostic proprement dit, ou **diagnostic positif**, comprend un examen clinique : entretien avec le patient qui permet de retracer l'histoire de la maladie, de préciser les antécédents familiaux,*

*chirurgicaux, gynécologiques, l'hygiène et le mode de vie (anamnèse), et examen physique général ou orienté à la suite de l'entretien. Au terme de la consultation, l'examen clinique peut être complété par des examens paracliniques ou complémentaires nécessitant éventuellement une hospitalisation. Le **diagnostic différentiel** correspond à la phase où le médecin écarte la possibilité d'affections présentant des signes communs avec la maladie. Le **diagnostic étiologique**, enfin, consiste à identifier la cause de l'affection (identification d'un germe, mise en évidence d'un dérèglement hormonal, etc.). »*

Il faut aussi apporter ici une nuance importante. Le diagnostic des maladies est une activité qui n'est réservée qu'au médecin. L'Office des professions reprend à son compte les travaux du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines.

« Le Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines a pris connaissance des définitions du diagnostic qui prévalent dans le milieu médical et qui représentent une tendance généralisée en Amérique du Nord. Selon le Larousse médical cité par le Groupe de travail dans son premier rapport, il appert que le diagnostic requiert une exploration de l'ensemble des systèmes du corps humain. Le médecin est le seul professionnel de la santé qui possède les connaissances sur l'ensemble des systèmes du corps humain. Il reçoit, à cet égard, une formation intégrant les sciences fondamentales et les sciences cliniques. L'expertise unique du médecin à cet égard justifie donc l'attribution exclusive d'une telle activité; ce qui n'empêche pas les autres professionnels de procéder à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. » (Cahier explicatif de l'OPQ sur la Loi 90, p. 76)

Facteur de risque :

Élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne. Les facteurs de risque incluent des risques biologiques, des risques liés au fonctionnement du corps de la personne, des risques liés à l'environnement physique (l'ensemble des éléments naturels et artificiels qui entourent une personne), des risques liés à l'organisation sociale (structure, mode de fonctionnement de la société), des risques liés aux comportements individuels et sociaux (manière d'agir ou de réagir des individus, de leurs proches, de leurs familles et de la société en général).

Facteur environnemental :

Selon le PPH, un facteur environnemental est une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société. Selon la CIF,

les facteurs environnementaux désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.

Facteur personnel :

Caractéristique appartenant à la personne, tels que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc.

Fonctions organiques :

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

Habitude de vie :

Une habitude de vie est une activité quotidienne ou un rôle social valorisé par le contexte socioculturel pour une personne selon ses caractéristiques (âge, sexe, identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne tout au long de son existence.

Incapacité :

Une incapacité correspond au degré de réduction d'une aptitude. L'aptitude étant la dimension intrinsèque d'un individu en regard de l'exécution d'une activité physique ou mentale sans tenir compte de l'environnement. Donc, la capacité optimale correspond à une aptitude intacte.

Intervenant de première ligne :

Professionnel qui est directement consulté sans avoir été référé par un autre intervenant du milieu de la santé. Professionnel qui est le «premier contact» ou la porte d'entrée pour obtenir des soins de santé.

Modèle diagnostique :

Représentation simplifiée du processus diagnostique menant à l'identification d'un problème de santé. Le modèle diagnostique illustre toutes les qualités idéales recherchées selon le consensus établi par ceux qui pratiquent dans le domaine.

Participation :

Implication d'une personne dans une situation de vie réelle. Ainsi, les restrictions de participation sont définies comme des problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.

Prévention primaire :

Action qui a pour but d'éviter l'apparition de la maladie en agissant sur les causes; elle désigne l'action portant sur les facteurs de risque des maladies avant leur survenue, c'est la prévention de la transmission ou de l'infection (ex : vaccinations).

Prévention secondaire :

Action qui vise à détecter la maladie ou la lésion qui la précède à un stade où l'on peut intervenir utilement ; elle vise à dépister les maladies et à éviter l'apparition des symptômes cliniques ou biologiques (ex : dépistage du cancer du sein).

Prévention tertiaire :

Action qui a pour objectif de diminuer les récives, les incapacités et de favoriser la réinsertion sociale ; elle a pour vocation de limiter les complications et séquelles d'une maladie. Elle est en général pratiquée pendant ou après les soins et elle vise à limiter la gravité des conséquences de la pathologie.

Ordonnance collective :

Prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles⁶.

Raisonnement clinique :

Processus systématique, rigoureux et cohérent d'analyse, de synthèse et de classification de l'information recueillie lors de l'évaluation d'un patient et qui conduit à émettre une conclusion, la plus juste possible, concernant le problème de santé pour lequel un patient consulte. (Annexe 1)

Situation de handicap :

Réduction des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles).

Soins primaires :

Soins de santé essentiels qui sont universellement accessibles aux personnes et aux familles dans leur collectivité avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la collectivité et le pays ainsi qu'à un processus continu de soins de santé. Ils sont le premier niveau de soin, et habituellement le premier point de contact des gens avec le système de santé. Les soins primaires incluent les conseils en matière de promotion de la santé et de prévention de la maladie, les évaluations de la santé, le diagnostic et le traitement de maladies épisodiques et

⁶ Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin. Loi médicale (L.R.Q., c. M-9, a. 19, 1^{er} al., par. d).
[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FM_9%2FM9R11_2.htm].

chroniques, ainsi que les soins de soutien et de réadaptation.

Structures anatomiques :

Parties anatomiques du corps, comme les organes, les membres et leurs composantes.

Système de classification :

Un système de classification est un système de classement qui permet d'utiliser une série de signes et symptômes afin de mettre dans une classe ou catégorie spécifique la condition que présente un patient. Pour le clinicien, l'existence des classifications permet de donner la même signification (sens commun) à la condition du patient. En fait, dès que le clinicien pose un diagnostic, il classe le patient. Par contre, le fait de classer n'implique pas nécessairement de poser un diagnostic si la finalité n'est pas d'émettre une conclusion.

Système organique :

Un système organique est un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune. Les systèmes organiques comprennent quatorze systèmes du corps humain : nerveux, auriculaire, oculaire, digestif, respiratoire, cardiovasculaire, hématopoïétique et immunitaire, urinaire, endocrinien, reproducteur, cutané, musculaire, squelettique et morphologique.

3.2. Recension des écrits en regard des objectifs 1 (problématique) et 2 (approches existantes)

Dans un premier temps, à partir de la littérature et du constat de la situation de la pratique de la physiothérapie au Québec, au Canada, en Amérique du Nord et ailleurs dans le monde, le groupe de travail a décrit la problématique. Il a aussi élaboré l'argumentaire qui justifierait auprès des membres de l'OPPQ, des autres professionnels du système de santé québécois et des décideurs politiques, la nécessité pour le physiothérapeute d'exercer ou non ce niveau de responsabilité qu'est celui de poser un diagnostic dans son champ de compétence, et ce, dans le meilleur intérêt de la population.

Après avoir clairement défini la problématique, la préoccupation du groupe de travail était de prendre connaissance des classifications diagnostiques, des modèles diagnostiques et des systèmes de classification existants. La recension des écrits constituait un défi de taille puisque le groupe de travail devait s'assurer que cette recension allait couvrir toutes les clientèles et tous les systèmes. Le groupe de travail tenait aussi à s'assurer qu'il allait consulter tous les documents disponibles incluant des articles publiés dans des journaux indexés, des thèses et mémoires, des rapports internes et externes, des éditoriaux, des documents universitaires, des rapports disponibles auprès des ordres professionnels et tout autre document jugé pertinent. Cet exercice important visait non seulement à répertorier les différents concepts proposés dans la littérature, mais surtout à les comprendre afin de s'en inspirer et de les utiliser, si possible.

Cette recension a permis de bien circonscrire l'état des connaissances portant sur le diagnostic en physiothérapie. Elle a aussi permis de profiter des nombreuses réflexions de la communauté scientifique et professionnelle sur ce sujet qui a fait l'objet de plusieurs discussions et tables de travail depuis plusieurs années.

La recherche s'est effectuée en consultant :

- des moteurs de recherche spécialisés (ex : Pubmed, Pedro, CINAHL, psycINFO, Embase, ERIC, Cochrane) et non spécialisés (ex : Google);
- des catalogues des bibliothèques universitaires (ex : Atrium, Ariane, *University of Ottawa Library Network*, *McMaster University Evidence Based-Practice Resources*);
- les sites WEB de thèses dont Thèses Canada et Proquest;
- les sites WEB de journaux spécialisés dans le domaine de la réadaptation physique (ex : *Physical Therapy*, *JOSPT*, *Clinical Rehabilitation*, *Physiotherapy*, etc.);
- les sites WEB des programmes universitaires canadiens de physiothérapie ainsi que certains sites WEB de programmes étrangers notamment ceux des Etats-Unis, de l'Angleterre, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande, de la France et de la Belgique;
- les sites WEB de diverses associations professionnelles (ex : APTA, ACP, *Chartered Society of Physiotherapists*, etc.);
- les Actes de la journée d'étude sur le diagnostic en physiothérapie organisées par l'OPPQ et tenue à Trois-Rivières en mai 2000;
- des volumes de référence spécialisés.

Les mots-clés qui ont été initialement utilisés dans les moteurs de recherche sont d'ordre général (ex : *physiotherapy*, *physical therapy*, *diagnosis*, *direct access*, etc.) et spécifiques (ex : *neurology*, *musculoskeletal*, *cardiopulmonary*, *pediatrics*, etc.). Une deuxième vague de recherche a ensuite été effectuée en utilisant des nouvelles combinaisons de mots-clés ou encore en utilisant le nom des auteurs des articles retrouvés lors de la première recension. Finalement, une troisième recherche a été réalisée en utilisant des mots-clés spécifiques à des professions autres que la médecine (ex : optométrie, sciences infirmières, psychologie, etc.). En effet, d'autres professionnels ayant déjà réfléchi à la problématique et certains ayant adopté des prises de position sur le diagnostic dans leur champ respectif de pratique, il était pertinent de profiter des résultats de leur démarche. Les détails concernant les stratégies spécifiques de recherche et la liste complète des mots-clés utilisés pour les recherches documentaires pour chaque clientèle/système sont décrits à l'Annexe 2.

Une fois la recension des écrits effectuée, le groupe de travail a procédé à un classement et à une revue systématique des références (Annexe 3) afin d'en extraire les idées principales et les citations pertinentes à l'appui. Des exemples

de ces citations sont présentés en détail à l'Annexe 4. Chacune des références a d'abord été classée dans l'une des quatre catégories suivantes :

- **Documents pertinents prioritaires communs** : références dont le contenu est applicable à toutes les clientèles et à tous les systèmes et qui ont un impact majeur sur l'élaboration du concept diagnostique en physiothérapie. Ces articles ont été lus par chacun des membres du groupe de travail et ont fait l'objet d'une analyse détaillée. Trente et une références ont été classées dans cette catégorie.
- **Documents pertinents secondaires communs** : références dont le contenu est applicable à toutes les clientèles et à tous les systèmes, mais qui ont un impact secondaire sur l'élaboration du concept diagnostique en physiothérapie. Ces articles ont été lus par au moins un à deux membres du groupe de travail qui devaient, si nécessaire et pertinent, en extraire des citations. Cinquante et une références ont été classées dans cette catégorie.
- **Documents pertinents spécifiques** : références dont le contenu est spécifique à une clientèle ou à un système en particulier. Ces articles ont été lus par le membre expert du groupe de travail pour cette clientèle ou pour ce système. Le membre devait alors présenter le document aux autres membres du groupe de travail et porter un jugement sur son contenu et la pertinence ou non de retenir certaines citations. Trente références ont été classées dans cette catégorie.
- **Documents complémentaires** : références dont le contenu a un impact mineur sur l'élaboration du concept diagnostique en physiothérapie. Seuls les abrégés de ces articles ont d'abord été consultés. Cinquante-trois références ont été classées dans cette catégorie. À partir des abrégés, les documents jugés pertinents pour les travaux du groupe de travail ont été obtenus et lus plus en détail.

Donc au total, 165 références sous forme d'articles scientifiques, d'éditoriaux, de rapports ou de livres ont été classifiées et sont rapportées par catégorie dans la bibliographie du présent rapport. Lorsque les références furent classées, les membres du groupe de travail ont fait une relecture détaillée des articles prioritaires communs en mettant en évidence les citations qui leur semblaient pertinentes et qui permettraient de répondre à l'un des objectifs du groupe de travail. Au total, 117 citations (allant de quelques phrases à des tableaux complets) ont été répertoriées et retenues. Les membres se sont ensuite réunis pour revoir, article par article, les citations retenues. Celles qui faisaient consensus ont été extraites et reproduites dans une grille qui permettait d'identifier la provenance et l'objectif auquel ces citations se rapportaient. À l'Annexe 4 de ce rapport, le lecteur trouvera un exemple de la grille qui a été utilisée.

3.3. Consultations

Parallèlement à la recension des écrits, le groupe de travail a procédé à différentes consultations. Le groupe a rencontré les directeurs des quatre programmes universitaires de physiothérapie de la province. Une lettre type d'invitation est reproduite à l'Annexe 5. Ces entrevues étaient structurées, et les questions posées leur avaient été transmises préalablement à la rencontre (Annexe 6). L'objectif était de connaître leur réflexion et point de vue universitaire sur la problématique du diagnostic en physiothérapie et d'échanger avec eux sur le mandat du groupe de travail sur l'élaboration d'un concept diagnostique en physiothérapie. Les informations obtenues à partir de ces consultations ont été prises en considération dans l'élaboration du modèle conceptuel tel que proposé et ont aussi permis de répondre, en partie, à l'objectif 4 du mandat du groupe de travail.

En février 2007, le groupe de travail a rencontré Madame Lise Dupont, présidente du Comité de l'inspection professionnelle (CIP) de l'OPPQ et Madame Isabelle Nadeau, coordonnatrice du Service de l'inspection professionnelle (SIP) de l'OPPQ. Tout comme pour les directeurs des programmes universitaires, ces rencontres étaient structurées, et le détail concernant les questions posées lors de ces rencontres sont présentées à l'Annexe 7. En mai 2007, le président du groupe de travail sur l'élaboration d'un concept diagnostique en physiothérapie a également rencontré les membres du CIP, les inspecteurs et le président et directeur général de l'OPPQ à l'époque, Monsieur Paul Castonguay, à qui une série de questions similaires ont été posées, lesquelles sont aussi présentées à l'Annexe 8.

3.4. Définition conceptuelle du diagnostic en physiothérapie (Objectif 3)

Après révision des articles, des consultations, du travail en sous-groupe et des discussions, les membres du groupe de travail ont convenu qu'il fallait d'abord élaborer la liste des critères dont il faudrait tenir compte pour élaborer un concept diagnostique en physiothérapie. L'exercice a d'abord été réalisé individuellement puis, ensuite, collectivement. Les membres en sont arrivés à un consensus sur le choix et la définition de neuf critères finaux retenus pour caractériser le concept diagnostique proposé. Les critères retenus sont en accord avec la recension des écrits et les citations extraites lors du travail de synthèse effectué précédemment et ils sont aussi cohérents avec les consultations effectuées. Les neuf critères sont présentés en détail plus loin à la section 4.3.1.

3.5. Processus de validation du concept proposé sur le plan clinique

Pour fin de validation de contenu, le concept final devra être soumis, dans son intégralité, au C.A., aux membres du CIP et aux inspecteurs du SIP de l'OPPQ, aux instances universitaires ainsi qu'à des membres ciblés de la communauté

physiothérapique (formateurs, cliniciens, moniteurs de stage, directeurs de programmes, etc.).

3.6. La législation et le diagnostic émis par le physiothérapeute

Bien qu'au niveau juridique, une première question se pose à savoir si la législation actuelle permet aux physiothérapeutes de poser un diagnostic dans le champ de la physiothérapie, il faudrait tout d'abord que l'on ait une définition claire du concept sur le plan clinique. C'est précisément le rôle qui a été assigné au groupe de travail. Dans le but de protéger le public, le concept doit reposer sur des bases solides et valides. En aucun cas, les préoccupations légales doivent avoir préséance sur l'élaboration du concept clinique. Une fois le concept validé par la communauté physiothérapique, il conviendra d'aborder la question législative. Cela a donc été le choix prioritaire et conscient du groupe de travail, et cette position correspond au processus retenu. Une fois le concept défini et validé sur le plan clinique, il faudra ensuite adresser la question législative et non l'inverse.

Par contre, même si les aspects légaux n'ont pas été mis à l'avant-plan des travaux du «Groupe de travail sur l'élaboration d'un concept diagnostique en physiothérapie», certains textes législatifs et jurisprudentiels confèrent au physiothérapeute cette responsabilité qui est d'émettre un diagnostic dans son champ de compétence. Par exemple, au début des années 1990, le *Code de déontologie des physiothérapeutes* fut modifié afin de permettre à ses membres de soigner les clients venant les consulter en accès direct, c'est-à-dire sans le besoin d'une prescription médicale. L'article 3.01.08 se lisait avant 1990 comme suit :

«Avant de traiter un client, le physiothérapeute doit obtenir un diagnostic établi par un médecin, sauf dans les cas de prophylaxie ou de premiers soins, auxquels cas le physiothérapeute doit, dans les plus brefs délais, référer le client à un médecin pour fins de diagnostic. »

L'article 3.01.08 fut remplacé par le libellé suivant en 1990 :

« Avant de traiter un client, le physiothérapeute doit procéder à l'évaluation du rendement fonctionnel physique du client. En outre, le physiothérapeute doit consulter un membre d'un autre ordre professionnel ou adresser ce client à un tel membre s'il le juge nécessaire pour déterminer les actes thérapeutiques à poser en vue d'obtenir le rendement fonctionnel maximum du client. »

Et l'article 16 du *Code de déontologie* actuellement en vigueur (depuis 2007) se lit ainsi :

« Avant de traiter un client, le physiothérapeute doit procéder à l'évaluation du rendement fonctionnel du client.»

Dans le même ordre d'idées, à compter de la mise en place de l'accès direct, les physiothérapeutes travaillant en privé ont eu la possibilité de recevoir, en cabinets privés, des clients sans référence médicale. Ce faisant, ils devaient compléter leur évaluation en déterminant ce que l'on appelait fréquemment une « impression clinique » et par la suite, traiter les clients.

La Loi 90 a aussi apporté des modifications à l'article 37n) du *Code des professions*. Il indique maintenant que le champ d'exercice de la physiothérapie est : « évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique » des clients qu'il doit traiter. L'article se lit ainsi :

37. Tout membre d'un des ordres professionnels suivants peut exercer les activités professionnelles suivantes, en outre de celles qui lui sont autrement permises par la loi : [...]

n) l'Ordre professionnel de la physiothérapie 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. [...]

La Loi 90 a aussi réservé aux membres de certains ordres professionnels de la santé des activités précises que leurs membres ont le droit d'effectuer seuls ou en partage avec d'autres professionnels. Le paragraphe 3° a) de l'article 37.1 confie aux physiothérapeutes la tâche de procéder à l'évaluation neuromusculosquelettique de leur client présentant une déficience ou une incapacité.

De plus, le 25 février 2005, la Cour d'appel du Québec a reconnu aux chiropraticiens le droit de poser un diagnostic dans leur domaine de compétence. La Cour d'appel se prononce ainsi aux paragraphes 13 et 14 de son jugement :

« En ayant cette idée de base à l'esprit, il serait illogique de permettre à un chiropraticien, qui est un professionnel exerçant sa profession de façon autonome, de pratiquer un traitement chiropratique sur une personne sans avoir diagnostiqué au préalable un problème pouvant être corrigé par un tel traitement;

À l'évidence, la Loi sur la chiropratique permet à un chiropraticien de poser un diagnostic, mais seulement dans le domaine de sa

compétence prévu à l'article 6, sur la base d'analyses cliniques et radiologiques tel que prévu à l'article 7;»⁷

Ce jugement accrédié les revendications des ordres qui, comme l'Ordre professionnel de la physiothérapie, souhaitent pouvoir poser des gestes de même nature. En effet, le même raisonnement peut s'appliquer aux physiothérapeutes, et il y a tout lieu de croire que l'on puisse interpréter l'activité réservée « évaluation neuromusculosquelettique » comme permettant à ces derniers de poser un diagnostic en physiothérapie.

Le physiothérapeute doit, avant de traiter son client, procéder à une évaluation qui l'amènera à déterminer, toujours dans son champ de compétence, ce dont souffre ledit client et à appliquer un traitement dans le but d'obtenir le rendement fonctionnel optimal. En conséquence, au niveau législatif et jurisprudentiel, les travaux du groupe de travail sur l'élaboration d'un concept diagnostique en physiothérapie trouvent un certain appui dans la littérature actuelle. Au plan clinique, il va sans dire que le concept de diagnostic devra faire l'objet d'une importante promotion auprès des membres, des autres professionnels de la santé et de l'ensemble des organismes de la santé.

Au moment où le concept de diagnostic aura fait consensus, le Conseil d'administration de l'Ordre pourra déterminer les modifications qu'il pourrait apporter à sa réglementation. Il devra aussi évaluer s'il imposera une formation à l'ensemble de ses membres physiothérapeutes.

3.7. Identification des connaissances, habiletés et attitudes nécessaires au physiothérapeute (Objectif 4)

À partir du contenu de la littérature et de celui des curriculums des 14 programmes universitaires canadiens en physiothérapie, le groupe de travail a énuméré la liste des connaissances, habiletés et attitudes qu'il juge nécessaires pour le physiothérapeute afin d'exercer pleinement et en toute sécurité ce niveau de responsabilité qu'est celui d'émettre un diagnostic dans son champ de compétence selon le concept proposé. Dans les programmes universitaires actuels et dans la littérature, ces attributs sont souvent identifiés comme faisant partie des compétences génériques ou transversales.

⁷[\[http://www.jugements.qc.ca/php/decision.php?liste=39466834&doc=D1AC952975E06A10A04DB8FDB1D442D6F91D64F3FDEEFF809C73CCBC8B03029\]](http://www.jugements.qc.ca/php/decision.php?liste=39466834&doc=D1AC952975E06A10A04DB8FDB1D442D6F91D64F3FDEEFF809C73CCBC8B03029).

3.8. Recommandations (Objectif 5)

À partir des réunions et du travail en sous-comité ainsi que des consultations, le groupe de travail a émis une série de recommandations réalistes qui permettront, avec le C.A. de l'OPPQ, de planifier et de mener à terme les travaux de mise en œuvre du concept proposé. Le groupe de travail considère que le suivi de ces recommandations est essentiel afin d'assurer la pérennité du concept proposé.

POUR INFORMATION

4. RÉSULTATS

Les résultats des travaux du groupe de travail sur l'élaboration d'un concept diagnostique en physiothérapie de l'OPPQ seront présentés en fonction des cinq objectifs énumérés précédemment, lesquels découlent directement du mandat du groupe.

4.1. 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 d'avoir recours ou non au diagnostic en physiothérapie, tel qu'il est proposé en fonction de l'objectif général, et ce, dans le meilleur intérêt de la population.

Le travail du physiothérapeute repose essentiellement sur l'évaluation du rendement fonctionnel du patient. Au terme de cette démarche d'évaluation, le physiothérapeute est tenu d'émettre et de consigner les résultats de son évaluation. Dans ce dessein, il utilise actuellement divers descripteurs (opinion ou impression) qui, au sens propre de la nature et de la définition de l'acte posé, réfèrent à un geste de nature diagnostique.

Plusieurs motifs justifient l'utilisation de ce niveau de responsabilité par le physiothérapeute de poser un diagnostic. Les contextes de pratique du physiothérapeute se sont diversifiés, son niveau de responsabilité s'est accru et le corpus de connaissances nécessaire à l'exercice de la physiothérapie a explosé. Les besoins des clientèles ont évolué et se sont complexifiés. Les changements dans le réseau de la santé surviennent à un rythme accéléré et la justification de la pertinence des interventions est maintenant requise par les tiers payeurs et les employeurs, ce qui implique comme préalable une évaluation de nature diagnostique.

Au Québec, le diplôme donnant accès au titre de physiothérapeute est maintenant du niveau de la maîtrise professionnelle. D'ailleurs, toutes les universités québécoises et canadiennes qui forment des physiothérapeutes ont toutes effectué une transition de leur programme au niveau de la maîtrise professionnelle. Elles doivent former des cliniciens plus autonomes, polyvalents et efficaces dès leur arrivée sur le marché du travail (des professionnels qui peuvent travailler seuls ou en équipe, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé, de même que dans les régions urbaines et les régions rurales et éloignées). Ces professionnels doivent être outillés dès leur entrée en pratique pour prioriser les clientèles et prendre les bonnes décisions et leurs responsabilités en regard de leurs interventions. (Continuum baccalauréat-maîtrise en physiothérapie de l'Université Laval, 2006) Cela sous-tend qu'ils doivent être capables de poser un diagnostic dans leur champ de compétence et

d'effectuer des recommandations et des interventions fondées sur les données probantes en considérant l'ensemble des éléments contextuels.

D'ailleurs, la capacité du physiothérapeute à agir en première ligne pourrait être davantage exploitée dans le réseau public si ce dernier pouvait exercer librement et en toute légitimité ce niveau de responsabilité que de poser un diagnostic dans son champ de compétence. Ainsi, le physiothérapeute pourrait effectivement contribuer davantage à l'atteinte des objectifs poursuivis par le *ministère de la Santé et des Services sociaux*⁸. Sa capacité à identifier avec justesse et efficacité les déficiences et limitations de la motricité humaine liées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire fait en sorte qu'il est un acteur privilégié pour accroître l'accessibilité aux soins, enjeu ciblé par le plan stratégique, et ce, à un coût avantageux. Les économies substantielles qui peuvent être réalisées par les gouvernements qui utilisent les compétences du physiothérapeute en première ligne ont été clairement démontrées dans un document de la *Chartered Society of Physiotherapy* en Grande-Bretagne⁹.

L'évolution du contexte de pratique a aussi conféré de nouveaux rôles au physiothérapeute. Par exemple, le dépistage a toujours fait partie des responsabilités du physiothérapeute, mais en raison de l'évolution du contexte de pratique, ce rôle est devenu prépondérant. La pratique de la physiothérapie nécessite des connaissances de plus en plus poussées qui permettent ainsi au physiothérapeute de dépister des problèmes de santé plus graves et de référer au besoin pour consultation médicale ou autre. Toutes ces connaissances additionnelles sont nécessaires afin de permettre au physiothérapeute d'être un consultant sécuritaire et efficace. Cette capacité à différencier et à préciser la nature d'un diagnostic à l'intérieur du champ de compétence de la physiothérapie est bien décrite dans les textes de nos collègues des États-Unis. Cette capacité englobe les connaissances relatives aux différentes affections et à l'examen physique. Ces connaissances outillent le physiothérapeute pour l'identification des problèmes de santé qui relèvent de son expertise et le dépistage des problèmes de santé qui ne sont pas de son ressort. À tout moment, le physiothérapeute doit aussi être apte à juger les limites de son champ d'intervention et s'assurer du suivi du patient par le professionnel pouvant le mieux répondre à ses besoins. De plus, il doit se montrer vigilant dans la détection des facteurs de risque (mauvaise posture, poste de travail inadéquat, etc.) ou les comportements à risque (tabagisme, sédentarisme, mauvaise alimentation, obésité etc.).

⁸ Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux. MSSS. Québec. 2005 [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-717-01.pdf>].

⁹Chartered Society of Physiotherapy. Self-referral to physiotherapy services The facts. Briefing Paper. 2007 Oct. [http://www.csp.org.uk/uploads/documents/csp_briefing_self-referral2.pdf]

Le physiothérapeute contribue aussi davantage au modèle de soins de santé primaires qui comprend, notamment, le traitement des maladies aiguës, la prévention des maladies et des blessures, la promotion de la santé, la gestion des maladies chroniques et l'accès à un professionnel de la santé au moment opportun (accès direct et première ligne). Ce modèle n'est pas nouveau, mais il prend de plus en plus d'importance et Roy J. Romanow souligne, dans son rapport sur l'avenir des soins de santé au Canada, que ce modèle assurera la viabilité de notre système de santé¹⁰.

On voit aussi émerger dans certains milieux une pratique collaboratrice entre des médecins, des médecins spécialistes et des physiothérapeutes. À titre d'exemples, des physiothérapeutes participent au triage dans les urgences ou à la gestion des listes de référence des chirurgiens orthopédistes afin de réduire les délais d'attente, mieux orienter les patients ou encore leur offrir un suivi en physiothérapie¹¹. L'expertise du physiothérapeute peut aussi être sollicitée afin de préciser la nature du retard de développement chez l'enfant ou encore les causes probables de chutes fréquentes chez la personne âgée ou celle ayant subi un AVC. Ces nouvelles exigences requièrent, en plus de l'acquisition de connaissances plus étendues et approfondies, des capacités d'analyse poussées. De plus, cette expertise augmente le niveau de responsabilité du physiothérapeute qui doit agir de façon autonome dans l'ensemble du spectre d'intervention, des cas simples aux cas complexes, et ce, dans divers contextes de pratique.

Sur le plan législatif, la Loi 90 (juin 2003) est venue réserver aux physiothérapeutes l'activité « Évaluation neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique ». L'intention du législateur, lorsqu'il a réservé l'activité d'évaluation à des professionnels dans le cadre de la Loi 90, était que « la notion d'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. »¹²

¹⁰ Santé Canada. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada—Rapport final. 2002. 356 pages.

[http://www.collectionscanada.gc.ca/archivesweb/20071123074503/http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/romanow/css_rapport_final.pdf].

¹¹ Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Rapport final, infirmière pivot et clinique interdisciplinaire musculosquelettique: le cas du CSSS Arthabaska – Érable. Mars 2009.

¹² Office des professions du Québec. *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (sanctionné le 14 juin 2002), cahier explicatif, [<http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/docs/PDF/Cahier-explicatif-PL90.pdf>].

Mais cette notion plutôt vague d'évaluation n'est-elle pas inclusive d'un diagnostic émis par le physiothérapeute ? Le *Rapport du comité d'experts – Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines*¹³, qui a amené le législateur à adopter le Projet de loi 21¹⁴ réservant des activités à des professionnels du domaine de la santé mentale et des relations humaines, utilise toujours la notion d'évaluation et non celle de diagnostic pour les professionnels autres que les médecins. Par contre, en février 2005, la Cour d'appel dans la cause *Association des chiropraticiens du Québec c. Office des professions du Québec* a reconnu le droit pour les chiropraticiens de poser un diagnostic dans leur champ de compétence. Cette dernière a statué qu'«il serait illogique de permettre à un chiropraticien, qui est un professionnel exerçant sa profession de façon autonome, de pratiquer un traitement de chiropratique sur une personne sans avoir diagnostiqué au préalable un problème pouvant être corrigé par un tel traitement.»¹⁵ La question se pose donc à savoir si le raisonnement mis de l'avant par la Cour d'appel trouve application pour l'évaluation neuromusculosquelettique réservée aux physiothérapeutes. Au terme de cette évaluation, le physiothérapeute pourrait-il être autorisé à poser un diagnostic? Ce jugement a donc ouvert la porte à la jurisprudence et pourrait permettre à ce que d'autres professionnels de la santé, autres que des médecins, se voient reconnaître le fait de poser des diagnostics dans leurs domaines de compétence respectifs.¹⁶

D'un point de vue juridique, il y a tout lieu de croire que l'on puisse interpréter l'activité réservée « évaluation neuromusculosquelettique » que l'on retrouve dans le *Code des professions* comme permettant aux physiothérapeutes de poser un diagnostic en physiothérapie. Le jugement clinique que le physiothérapeute doit poser à la fin de son évaluation neuromusculosquelettique peut être identifié par différentes appellations, notamment «opinion» «impression clinique», «diagnostic de travail» et pourquoi pas «diagnostic émis par le physiothérapeute». Il est donc possible d'affirmer que, sans aucune modification législative au *Code des professions*, le physiothérapeute puisse actuellement poser un diagnostic dans le champ de la physiothérapie. Il reste donc à voir quelle forme devrait prendre le diagnostic posé par le physiothérapeute.

¹³ Office des professions du Québec, Rapport du Comité d'experts — Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines « Partageons nos compétences ». Novembre 2005. [<http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/docs/PDF/Rapport-sante/Rapport-Sante-ment.pdf>].

¹⁴Projet de loi n° 21. Loi modifiant le *Code des professions* et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. 2009.

[<http://www.assnat.qc.ca/FRA/38Legislature1/Projets-loi/Publics/07-f050.htm>].

¹⁵[<http://www.jugements.qc.ca/php/decision.php?liste=39466834&doc=D1AC952975E06A10A04DB8FDB1D442D6F91D64F3FDEEFF809C73CCCBC8B03029>].

¹⁶ *Association des chiropraticiens du Québec c. Office des professions du Québec : La porte est-elle ouverte au diagnostic en physiothérapie?*, chronique juridique, Physio-Québec, été 2005.

À la lumière de la littérature et de la pratique actuelle, la réponse à la question à savoir s'il est nécessaire pour le physiothérapeute d'avoir recours ou non au diagnostic, et ce, dans le meilleur intérêt de la population est implicite. Ce niveau de responsabilité est déjà exercé par le physiothérapeute qui est formé pour assumer pleinement ce rôle. D'ailleurs, à titre d'exemple, la Direction du Programme Santé Physique de l'Hôtel Dieu d'Arthabaska a tout récemment mandaté l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ÉTMIS) du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) pour évaluer les coûts et les gains potentiels associés à la mise en place d'une clinique interdisciplinaire musculosquelettique au Centre de santé et des services sociaux (CSSS) Arthabaska - Érable.¹⁷ Les conclusions de ce rapport démontrent clairement que l'utilisation du physiothérapeute dans son rôle de poser un diagnostic permet de réduire de façon très importante les délais d'attente pour une consultation, tout en conservant un haut niveau de qualité des soins et des services. (Daker-White 1999 ; Dickens 2003)

Dans ce même rapport, les auteurs citent l'étude de Hattam et Smeathem (1999) qui démontre que, dans une clinique de soins primaires, un professionnel avec des compétences en infiltration peut également contribuer à la réduction des délais d'attente en orthopédie en gérant lui-même sur place un grand nombre de patients. Ainsi, la présence de deux physiothérapeutes, deux jours par mois, dans une clinique de médecine familiale a permis de réduire les délais d'attente pour une première consultation. Au final, 72% des patients ont été suivis avec succès dans un environnement de soins primaires et moins de 5% ont eu besoin de reconsulter leur médecin généraliste. En plus d'augmenter la qualité des soins, ce type d'organisation permet donc aux patients de recevoir les soins appropriés beaucoup plus tôt qu'auparavant.

De plus, dans ce même rapport de l'ÉTMIS, plusieurs études rapportées indiquent une baisse importante des coûts de fonctionnement en utilisant cette façon de faire, c'est-à-dire en utilisant le physiothérapeute comme intervenant de première ligne qui participe activement au triage et au diagnostic au sein de l'équipe multidisciplinaire. (Daker-White 1999; Huddleston 2004)

Ainsi, dans un souci de cohérence, de transparence et d'honnêteté envers le patient, au 21^e siècle, compte tenu du contexte de pratique et du rôle du physiothérapeute au sein des services de santé, il serait irresponsable voire dangereux de ne pas exiger de la part de ce dernier d'émettre un diagnostic avant de faire des recommandations, de donner des conseils et de traiter son patient. Et de plus, reconnaître et permettre au physiothérapeute d'exercer

¹⁷Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Rapport final, infirmière pivot et clinique interdisciplinaire musculosquelettique: le cas du CSSS Arthabaska – Érable. Mars 2009.

pleinement ce niveau de responsabilité qu'est celui de poser un diagnostic dans son champ de compétence améliore l'efficacité du système de santé et en diminue les coûts. Le défi qui est posé ici n'est pas de reconnaître au physiothérapeute le devoir et le droit de poser un diagnostic, mais plutôt de définir ce que devrait être ce diagnostic, compte tenu de son champ de pratique et du rôle qu'il occupe comme intervenant de première ligne au sein de l'équipe de soins.

4.2. Objectif 2

Décrire les différents modèles diagnostiques en physiothérapie 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.

Depuis plus de 20 ans, nos collègues des États-Unis se sont penchés sur cette question du diagnostic en physiothérapie en mettant sur pied une série de forums de discussions intitulés *Diagnosis Dialog*, initiatives pilotées notamment par Cindy Zadaï, Steve Rose et Shirley Sahrman. Le premier forum intitulé «*Diagnosis Dialog I : Defining the x in DxPT*», s'est tenu en juillet 2006 à St-Louis, le second, «*Diagnosis Dialog II*», a eu lieu en février 2007 à Boston, le troisième «*Diagnosis Dialog III*», à Denver en juin 2007 et le quatrième en février 2008 à Nashville.¹⁸

Ces rencontres consistaient surtout en des échanges avec discussions ouvertes et modérateurs sans présentation formelle. Les deux premiers forums ont permis de répondre à une série de sept questions dont la première à l'ordre du jour était de définir le mot diagnostic et de préciser les objectifs ultimes de l'utilisation du diagnostic par le physiothérapeute. Plusieurs définitions de différentes sources ont été proposées. Un consensus général a été dégagé à l'effet qu'aucune des définitions n'est parfaite, mais qu'il faudrait tout de même faire avancer l'idée de ce concept malgré l'absence d'une définition sans faille. Après plusieurs échanges et discussions, les participants du *Diagnosis Dialog I* ont adopté la définition suivante, laquelle a été réaffirmée lors du *Diagnosis Dialog II*:

“ 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.”

¹⁸ Washington University School of Medicine. Program in Physical Therapy. Continuing education. [<http://physicaltherapy.wustl.edu/pt/pt.nsf/WV/2BBB02887C88952F862574BA0069FEDF?OpenDocument>].

Par la suite, d'autres questions ont dégagé des idées autour de thèmes portant sur les approches qui devraient être utilisées pour définir le diagnostic émis par le physiothérapeute tel que : «Est-ce que le diagnostic émis par le physiothérapeute devrait être libellé d'une façon particulière?», «Quelle importance y a-t-il à établir notre identité professionnelle autour du concept du mouvement ?», «Dans quelle mesure et comment devrait-on utiliser les modèles conceptuels existants pour renseigner sur le développement des diagnostics en physiothérapie?», «Comment définir et différencier les notions de diagnostic différentiel, triage et classification en lien avec le concept diagnostique?» et «Quelles sont les règles à suivre pour définir nos libellés diagnostiques?».

Quant aux «*Diagnosis Dialog III & IV*», les participants se sont principalement concentrés à formuler des exemples de diagnostics fondés sur les lignes directrices proposées par le groupe. Ces exemples sont exhaustifs et se retrouvent en majeure partie dans le Guide de l'APTA qui sera décrit plus en détail plus loin à la section 4.2.1.1.

Sans donner tous les détails des résultats de ces quatre forums, précisons que les points les plus importants qui méritent toute notre attention dans le contexte des travaux de notre groupe de travail sont les suivants :

- il est extrêmement important d'établir et de maintenir notre identité professionnelle en adoptant un diagnostic qui s'imprègne du système du mouvement humain;
- les modèles conceptuels existants (ex : CIF, CIDIH, Nagi, IOM, etc.) sont fort utiles et informatifs, mais ne devraient pas restreindre les descripteurs utilisés par le physiothérapeute pour émettre un diagnostic;
- pour ce qui est de la question de définir et différencier les notions de diagnostic différentiel, triage et classification en lien avec le diagnostic émis par le physiothérapeute, aucun consensus n'a été obtenu sauf sur le fait que, selon le groupe, les physiothérapeutes devraient surtout concentrer leurs efforts sur la mise en place de systèmes de classification;
- une préoccupation majeure a été soulevée à savoir qu'il ne faudrait pas utiliser un concept diagnostique utilisant un système qui n'est pas compris par les autres cliniciens et disciplines en santé. Les descripteurs utilisés pour le libellé du diagnostic émis par le physiothérapeute devraient répondre à deux critères : a. utiliser des termes anatomiques, physiologiques et fonctionnels standards qui décrivent de façon concise une condition ou un syndrome du mouvement humain et b. utiliser des termes standards décrivant les problèmes de mouvements qui existent déjà (termes kinésiopathologiques);
- utiliser un libellé aussi court que possible afin d'en améliorer l'utilité clinique;

- dans l'écriture du libellé diagnostique, faire preuve d'équilibre entre précision et concision en ayant comme objectif ultime, la clarté.

Maintenant, avant de discuter des différents modèles diagnostiques existants et de voir dans quelle mesure ils peuvent être utilisés pour définir un concept applicable à la pratique de la physiothérapie au Québec, et en accord avec les travaux exhaustifs de nos collègues des États-Unis, il est important de faire la distinction entre « diagnostic » et « classification ». Cette distinction est très importante puisque les deux termes sont interreliés lorsqu'il est question de poser un diagnostic.

Classifier implique d'utiliser une série de signes et symptômes afin de mettre dans une classe ou une catégorie spécifique la condition que présente un patient. Pour le clinicien, l'existence des classifications permet de donner la même signification (sens commun) à la condition du patient. Par définition, poser un diagnostic consiste essentiellement à émettre une conclusion suite à un processus rigoureux et cohérent de classification de l'information qui fait appel au raisonnement clinique. En fait, dès que le clinicien pose un diagnostic, il classe le patient. Par contre, le fait de classifier n'implique pas nécessairement de poser un diagnostic si la finalité n'est pas d'émettre une conclusion. (Zimny 2004) L'expression classification diagnostique fréquemment rencontrée dans la littérature réfère donc à un système qui regroupe des signes et symptômes à l'intérieur d'un ensemble de classes et dont la finalité est de poser un diagnostic.

Les classifications en médecine ont habituellement pour finalité de poser un diagnostic. Il y a autant de classifications diagnostiques que de façons de regrouper l'information, et la manière de définir et de nommer les classes d'un système de classification donné dépend généralement de l'utilisation que l'on entend en faire. (Zimny 2004) C'est notamment ce qui explique qu'il n'existe pas une classification universelle qui serve les besoins de tous les groupes de professionnels. Dans les meilleurs cas, lorsqu'il existe des classifications plus exhaustives, le diagnostic émis permet non seulement de classifier la condition de la personne, mais aussi d'orienter le traitement vers des interventions plus spécifiques et de déterminer un pronostic réaliste pour le problème de santé évalué.

Dans la littérature, plusieurs écrits considèrent que les critères suivants sont ceux qui caractérisent ce qu'est un *bon* système de classification donc, en fait ce qui caractériserait la classification idéale:

- 1) Les catégories sont mutuellement exclusives (un patient avec un seul problème/une seule affection ne peut pas se retrouver dans deux catégories);
- 2) Les catégories sont définies de façon opérationnelle (des critères précis permettent de définir chacune des classes composant la classification);

- 3) Les catégories sont conjointement exhaustives (les catégories sont suffisamment détaillées de telle sorte que l'ensemble des catégories couvre l'entièreté des atteintes possibles);

Deux autres caractéristiques apparaissent tout aussi importantes :

- 4) Le niveau de spécificité (précision) des libellés doit permettre d'orienter le traitement;
- 5) L'organisation de la classification et le choix des termes utilisés doivent être compréhensibles par tous les autres professionnels (non hermétique).

Considérant le mandat du groupe de travail de proposer un seul concept diagnostique pour tous les systèmes et toutes les clientèles traitées en physiothérapie et de donner, par le fait même, au clinicien un outil utile facilitant son travail, le groupe de travail, dès le départ, s'est questionné quant aux classifications et aux concepts diagnostiques existants. Quels sont les modèles diagnostiques proposés à ce jour? Sont-ils si différents les uns des autres? Existe-t-il un modèle idéal? Afin de répondre à ces questions, le groupe de travail a considéré à la fois les modèles génériques applicables à plusieurs clientèles et contextes de pratique et les modèles spécifiques utilisés de façon préférentielle selon une clientèle ou un groupe de pathologies. Par la suite, le groupe a statué sur la possibilité ou non d'adopter un seul modèle.

La section qui suit présente les résultats en regard de l'objectif 2.

4.2.1. *Les modèles génériques qui peuvent être utilisés avec tous les systèmes/clientèles en physiothérapie*

4.2.1.1. *Le modèle de l'American Physical Therapy Association (APTA)*

Le modèle proposé par l'APTA, qui est en fait davantage un guide de pratique, est un modèle exhaustif qui a été développé pour s'appliquer à tous les systèmes/clientèles. (APTA Guide, 2003) En 1992, l'APTA a amorcé un long processus de consultation et de validation par les pairs qui a mené à l'élaboration du *Guide to Physical Therapist Practice* (Guide) qui est en fait un guide visant à mieux encadrer et standardiser la pratique de la physiothérapie.

Le Guide identifie clairement le physiothérapeute comme un intervenant de première ligne faisant partie de l'équipe de soins primaires qui diagnostique les dysfonctions du mouvement. Peu importe qu'il s'agisse de conditions musculosquelettiques, neuromusculaires aiguës, cardiorespiratoires ou tégumentaires, selon le Guide, le triage et l'examen initial sont des responsabilités qui incombent au physiothérapeute. L'APTA endosse le rôle du physiothérapeute au niveau des soins primaires et elle considère que le physiothérapeute possède les compétences pour poser un diagnostic.

Le Guide propose une démarche standardisée de gestion du patient qui vise à classer le patient à l'intérieur d'un ou de plusieurs patrons préférés de pratique

(*Preferred Practice Pattern - PPP*). Chaque PPP oriente la prise en charge des patients qui sont regroupés selon un ensemble spécifique de déficiences. Typiquement, un PPP contient les critères d'inclusion et d'exclusion, les codes correspondants de la Classification internationale des maladies (CIM ou *International Classification Diseases —ICD*), la description de l'examen incluant les tests et mesures les plus appropriés, les critères de pronostic, un ensemble d'interventions appropriées pour cette classification et les critères de congé. Le Guide utilise le modèle de Nagi comme cadre conceptuel de référence. (Nagi 1965; Annexe 9) Il prend en considération les relations complexes entre les déficiences, les limitations fonctionnelles et les incapacités afin d'orienter la prise en charge du patient.

Le Guide s'applique tant à des clientèles interne qu'externe qu'aux systèmes musculosquelettique, neurologique, cardiovasculaire/pulmonaire et tégumentaire. Ce Guide a fait l'objet de deux processus successifs de révision par experts sélectionnés (n= 200 et 600 réviseurs). Les étapes qui ont mené au développement de la version actuelle sont nombreuses et sont énumérées en détail à l'Annexe 10.

En résumé, les objectifs du Guide sont de : décrire la pratique de la physiothérapie en se basant sur un modèle d'incapacité, décrire le rôle des physiothérapeutes en soins de première, deuxième et troisième lignes, en prévention et en promotion de la santé et décrire les milieux de pratique du physiothérapeute. Les objectifs du Guide sont aussi de standardiser la terminologie, de définir les tests et mesures de résultat ainsi que les interventions effectuées en physiothérapie et de définir les PPP qui aideront les physiothérapeutes à améliorer la qualité des soins. Selon les auteurs, l'utilisation de PPP permettrait aussi d'améliorer les résultats des services/interventions, d'améliorer la satisfaction des patients, de faire la promotion d'une utilisation appropriée des services de santé, d'augmenter l'efficacité des services, de diminuer le fardeau économique de l'incapacité par la prévention et les initiatives de promotion de la santé, du bien-être et de la forme physique. Les PPP sont en fait des balises à l'intérieur desquelles le physiothérapeute peut choisir et appliquer différentes alternatives de traitement basées sur une grande variété de facteurs. (Annexe 10)

Bien que le Guide soit présenté comme pouvant s'appliquer à toutes les clientèles et systèmes, sa faisabilité et son applicabilité en clinique restent à démontrer. Le Guide est complexe et possède une terminologie assez hermétique. Les PPP ne sont pas mutuellement exclusifs et ils sont trop vagues pour être véritablement utiles et permettre de choisir les interventions appropriées. De plus, les libellés diagnostiques, même s'ils sont très descriptifs de nature, sont très hermétiques et manquent parfois de clarté compliquant la communication avec les autres professionnels. Par conséquent, seules les caractéristiques 3 et 4 de la classification idéale sont rencontrées.

4.2.1.2. Le modèle de décision kinésithérapique de Gedda : identité, démarche et chaînes logiques

Au début des années 2000, un groupe de 237 kinésithérapeutes experts européens, répartis dans 28 spécialités de pratique, ont travaillé ensemble à définir la fonction diagnostique dans leur champ professionnel. Ce travail a été fait selon une méthodologie bien définie de type Delphi avec consensus formalisé. La méthode Delphi a pour but de mettre en évidence des convergences d'opinion et permet de dégager certains consensus sur des sujets précis, grâce à l'interrogation d'experts, en utilisant des questionnaires. Tel que le précise Michel Gedda, auteur du rapport issu de ce travail, il s'agit « d'un ouvrage de reconnaissance pour le professionnel de terrain qui n'y découvrira rien d'autre qu'une explication de ce qu'il fait au quotidien, avec certaines notions nécessaires pour transmettre et valoriser son action ». (Gedda 2001)

Les membres de ce groupe de travail ont d'abord défini le champ d'action de la kinésithérapie comme «la thérapeutique de la gestuelle i.e celle du mouvement du corps humain.» Ils ont ensuite décrit la démarche clinique habituelle du kinésithérapeute qui se base sur l'identification de deux éléments de départ : le problème de mouvement du patient et le projet du patient. Et comme les auteurs le précisent eux-mêmes, selon le modèle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), cela fait référence à la déficience motrice du patient et à sa capacité fonctionnelle. Donc, selon eux, il s'agit d'identifier objectivement les anomalies structurelles et les dysfonctions pouvant être à l'origine du problème gestuel du patient.

L'analyse fondée sur les anomalies structurelles et les dysfonctions mène au diagnostic ou à «l'identification de la problématique gestuelle du patient». Tel qu'ils le définissent, le diagnostic en kinésithérapie est «une hypothèse évolutive de la problématique gestuelle d'un individu reposant sur la connaissance d'un problème clinique, actuel ou potentiel, et sur la compréhension des difficultés humaines qu'il entraîne». Cette notion d'hypothèse évolutive est propre au modèle de Gedda et cette caractéristique mérite d'être soulignée, car elle reflète avec justesse la réalité de notre pratique en physiothérapie. A partir de ce diagnostic, il devient alors possible selon eux de préciser les orientations thérapeutiques concevables et les moyens potentiels de traitement correspondants (concept de «chaîne logique»), ceci quel que soit le contexte pathologique. En résumé, le rapport de ce groupe de travail européen formule en termes originaux, ce que constitue le diagnostic en kinésithérapie.

Le rapport de ce groupe de travail européen fournit un cadre concret et sans prétention qui peut s'appliquer directement à la pratique quotidienne des kinésithérapeutes qui posent un diagnostic. Les bases de l'étape d'analyse qui conduisent au diagnostic de même que les orientations de traitement qui sont issues de ce dernier sont énoncées clairement. La liste des diagnostics proposés est exhaustive et chaque item mutuellement exclusif. Leur concept diagnostique

(processus et libellé) est audacieux en ce sens qu'il fait le pont entre les déficiences, les limitations et les restrictions qui en résultent. Mais ce concept n'a pas été validé. Comme le Guide de l'APTA, les auteurs font le lien («chaîne logique») entre leurs diagnostics et les orientations de traitement possibles. Cependant, leur terminologie est typiquement européenne et difficilement applicable au contexte de pratique nord-américain. Bien qu'un imposant répertoire des structures et des fonctions soit proposé, ces dernières sont parfois définies en des termes vagues. Les qualités métrologiques de ce système de classification (ex : concordance entre deux ou plusieurs évaluateurs) ne sont pas connues. Donc, seules les caractéristiques 1 et 3 de la classification idéale s'appliquent.

4.2.1.3. La Classification internationale des maladies–10^e révision (CIM-10)

L'appellation complète de cette classification est Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). La désignation usuelle abrégée de Classification internationale des maladies est à l'origine du sigle couramment utilisé pour la désigner : la CIM (en anglais: *ICD*). La CIM-10 est une norme internationale utilisée pour présenter l'information sur les diagnostics cliniques mise au point par l'OMS. La CIM permet en fait de coder les maladies, les traumatismes et l'ensemble des motifs de recours aux services de santé. C'est un document publié par l'OMS qui est utilisé à travers le monde pour enregistrer les causes de morbidité et de mortalité. Elle a été officiellement adoptée et est utilisée dans toutes les provinces du Canada dont le Québec depuis 2006.

Elle a au départ été conçue pour permettre l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions à des époques différentes, ce qui en fait une mesure comparative intéressante mais à caractère très épidémiologique. La CIM attribue à chaque diagnostic répertorié un code alphanumérique comportant de trois à cinq caractères.

La CIM-10 comprend trois volumes. Le volume 1 est essentiellement constitué d'une table analytique de classification qui comporte 22 chapitres depuis la révision de 2006. Chaque chapitre est divisé en *catégories* affectées d'un code à trois caractères, par exemple : asthme J45. La majorité des catégories propose un niveau d'information supplémentaire ou *sous-catégorie* dont le code est précisé par un quatrième caractère (séparé des trois premiers par un point), par exemple : asthme allergique J45.0. Les chapitres IX (maladies de l'appareil circulatoire), X (maladies de l'appareil respiratoire), XII (maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané), XIII (maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif), XIV (maladies de l'appareil génito-urinaire) et XIX (lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes) concernent davantage les atteintes traitées en

physiothérapie. Le second volume constitue le manuel d'utilisation et le troisième volume, l'index alphabétique de la table analytique du volume 1. Ce dernier index fournit un thésaurus de 14,790 entrées.

Cette classification est de facture très médicale, car elle englobe toutes les affections (symptômes, maladies, lésions traumatiques, empoisonnements) et les autres motifs de recours aux soins dans un contexte de santé publique. Bien que ce système semble présenter des catégories mutuellement exclusives et exhaustives, on peut se questionner sur la définition opérationnelle de certains diagnostics. Par exemple, on identifie l'existence d'un syndrome facettaire, mais il n'est pas défini avec des critères cliniques précis et peut donc conduire à différentes interprétations selon le clinicien.

Malgré les limites de cette classification, il faut reconnaître le caractère très pratique voire clinique de cette classification. C'est d'ailleurs ce qui la rend intéressante pour le clinicien travaillant avec des atteintes touchant différents systèmes. Elle met l'accent sur la lésion ou la maladie avec un haut degré de différenciation des atteintes et des pronostics, ces derniers permettant d'orienter principalement le traitement médical mais non physiothérapique. La CIM est particulièrement utilisée et citée en physiothérapie lorsqu'il est question de la détection des *red flags*. L'article de McPoil et al. (2008) est une belle démonstration de la façon dont les physiothérapeutes peuvent l'utiliser. Dans cet article publié, les auteurs proposent d'utiliser cette classification afin de développer des lignes directrices pour la gestion des problèmes musculosquelettiques. Ces auteurs, à titre d'exemple, ont utilisé la fasciite plantaire pour illustrer leur démarche et démontrer la faisabilité d'utiliser la CIM pour mettre sur pied un guide de pratique. Donc, en conclusion, seules les caractéristiques 1, 3 et 5 de la classification idéale sont attribuables à cette classification.

4.2.2. *Les modèles spécifiques en physiothérapie qui s'appliquent à une clientèle/un système ou à une région corporelle*

D'autres modèles plus spécifiques à un système ou à une région corporelle ont été développés. Ces modèles, qui demeurent d'application restreinte, sont des outils spécifiques qui permettent de classer certains types d'atteintes dans des catégories bien distinctes. Nous avons retenu les modèles les plus connus, les plus utilisés et qui ont fait l'objet d'un certain nombre de publications. Cette liste n'est donc pas exhaustive.

4.2.2.1. Le modèle du concept de diagnostic et de traitement selon Sahrman : les syndromes de déficience du mouvement ou *movement impairment syndrome*

Le modèle de Sahrman n'est pas précisément un modèle diagnostique. En fait, Sahrman propose plutôt un guide permettant de décrire les déficiences sur la

base de mouvements fautifs. Son concept repose sur la prémisse que lorsque les mouvements sont inadéquats ou lorsque la force ou la flexibilité est compromise, des changements négatifs se produisent au niveau des tissus mous et des structures osseuses. La conséquence éventuelle de blessures au niveau de ces tissus est une douleur musculosquelettique ou un syndrome de déficience du mouvement.

Le terme *movement impairment syndrome* est utilisé comme synonyme de douleur musculosquelettique (DMSK). Ces syndromes sont définis comme une condition douloureuse locale résultant de l'irritation du tissu myofascial, périarticulaire ou articulaire. Le concept propose de diagnostiquer les DMSK par classification selon la direction du mouvement fautif ou le stress qui s'accompagne de douleur. Une fois les mauvais patrons de mouvement identifiés, le traitement consiste à effectuer des mouvements répétés et à 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 mouvement.

Dans ce concept, l'identification de la susceptibilité directionnelle du mouvement que Sarhmann appelle *joint's susceptibility to movement* ou DSM, permet au clinicien de classer le syndrome de déficience du mouvement. Pour chaque syndrome identifiant un mouvement déficient, un traitement spécifique, basé sur l'exercice répété, est proposé. Un examen standard biomécanique est suggéré afin d'identifier la susceptibilité directionnelle du mouvement ou le DSM ainsi que les facteurs qui contribuent à la présence de la dysfonction. Par exemple, pour l'épaule, Sahrman a décrit huit syndromes de perturbation des mouvements scapulaire et huméral. Pour chaque syndrome, un plan d'intervention précis est décrit. Ce plan d'intervention se résume à l'étirement des muscles raccourcis et au recrutement et au renforcement de muscles spécifiques, selon le syndrome diagnostiqué, et il a pour but d'améliorer le mouvement et le contrôle scapulo-thoracique et gléno-huméral. Les noms des catégories diagnostiques du système de classification proposé sont en fait les noms des mouvements articulaires, physiologiques ou accessoires. En nommant le syndrome, le nom du diagnostic indique le nom du (des) mouvement(s) ou de l'alignement postural qui provoque la douleur selon le patient ou du mouvement qui est réalisé d'une manière fautive ou inadéquate (par exemple diagnostic de *lumbar flexion syndrome* pour la région lombaire).

Le modèle proposé par Sahrman n'a pas été endossé de façon unanime par la communauté clinique et scientifique. Ce modèle a été développé de façon empirique et il repose sur des exemples rapportés à partir de nombreuses histoires de cas et sur la formation enseignée depuis plusieurs années par l'auteur. Sa faisabilité en clinique est donc à vérifier et plus encore, il n'existe aucune donnée sur la fidélité intra ou interévaluateur, ni sur la validité des diagnostics proposés.

Ce modèle s'adresse principalement à la clientèle musculosquelettique et, dans certains cas, neurologique. Sahrman propose donc une démarche diagnostique pour laquelle les catégories sont mutuellement exclusives et assez bien définies sur le plan opérationnel bien qu'elles ne soient pas exhaustives. La terminologie et les termes diagnostiques sont assez hermétiques, et ce, même pour des physiothérapeutes. De plus, la notion de pronostic est absente. Par conséquent, en plus de ne s'appliquer qu'à des systèmes/clientèles très spécifiques, ce modèle ne présente que les caractéristiques 1 et 4 de la classification idéale.

4.2.2.2. Le modèle du concept de diagnostic et de traitement selon McKenzie ou *The McKenzie Method — Mechanical Diagnosis and Therapy*

L'une des classifications diagnostiques les plus utilisées dans le monde est celle du néo-zélandais Robin McKenzie qui, en 1981, popularisait son approche de traitement des maux de dos dans la première édition de son volume intitulé *The Lumbar Spine : Mechanical Diagnosis and Therapy*.¹⁹ Bien que les principes qui sous-tendent cette approche servent aujourd'hui de rationnel pour le traitement des maux de la colonne cervico-dorsale, des affections du cou et même de certaines affections périphériques, la méthode demeure nettement plus connue pour ses applications à la colonne lombaire.

L'approche McKenzie de diagnostic et de thérapie mécanique du rachis lombaire repose essentiellement sur la réponse du patient aux mouvements répétés et aux postures statiques prolongées en flexion et extension du rachis. Suite à une anamnèse et à un examen physique standardisé, le physiothérapeute identifie la direction préférentielle du patient et classe ce dernier à l'intérieur de l'un des trois principaux syndromes : dérangement, dysfonction ou problème postural. L'une des caractéristiques clés et des forces de l'approche McKenzie est que le diagnostic oriente l'approche de traitement. L'auteur décrit en effet une progression d'exercices et éventuellement d'interventions directes qui sont propres à chacun des syndromes, lesquels sont mutuellement exclusifs. L'approche McKenzie met l'accent sur l'autogestion et sur l'éducation posturale du patient.

L'approche McKenzie a fait l'objet de plusieurs études qui visaient à vérifier les qualités métrologiques de la méthode de classification et l'efficacité de l'approche en regard des pratiques courantes ou de l'évolution naturelle des maux de dos. De façon générale, le système de classification de McKenzie démontre une très bonne fidélité ou accord uniquement entre des évaluateurs qui sont très expérimentés avec cette approche. De façon similaire au concept de Sahrman, le modèle de McKenzie s'adresse essentiellement à la clientèle neuromusculosquelettique. Les catégories de diagnostics, peu nombreuses, sont

¹⁹ <http://www.mckenziemdt.org/approach.cfm?section=int>

mutuellement exclusives et très bien définies sur le plan opérationnel quoiqu'elles ne soient pas exhaustives. Bien que la terminologie et les termes diagnostiques de McKenzie soient de plus en plus universels, ils sont toutefois hermétiques, surtout pour les non-physiothérapeutes. Et enfin, la notion de pronostic est aussi absente. Par conséquent, en plus de ne s'appliquer qu'à des systèmes/clientèles très spécifiques, seules les caractéristiques 1 et 4 de la classification idéale sont rencontrées.

4.2.2.3. Le modèle de Scheets et coll. pour les patients avec déficiences neuromusculaires : le diagnostic basé sur le mouvement érigé en système ou *movement system diagnosis*

Scheets, Sahrman et Norton ont élaboré en 1999 une classification diagnostique basée sur les incapacités affectant le mouvement pris au sens large du terme (ex : marche, transferts, mobilité et coordination). (Scheets 2007) Cette classification a été développée pour une clientèle ayant des atteintes neuromusculaires. Depuis sa révision faite en 2007, le modèle a été réduit à neuf diagnostics. L'objectif visé par les auteurs était d'obtenir un diagnostic pour guider les interventions en physiothérapie en se basant sur les similitudes dans les déficiences provenant de diverses pathologies neurologiques. La pierre d'assise du modèle est l'identification de la dysfonction primaire affectant le mouvement du patient et le potentiel de récupération fait partie du modèle. Cette classification a été élaborée à partir de l'expérience de l'auteur principal et a été bonifiée à l'usage. De l'aveu même de son auteur, il n'a jamais été soumis à des tests de validité. (Scheets 2007)

Les limites de ce modèle sont donc nombreuses. La nomenclature utilisée est parfois hermétique ce qui rend plus ardue la communication entre professionnels (ex : *fractionated movement deficit*). De plus, comme le modèle repose sur un nombre relativement restreint de catégories, il y a trop de pathologies différentes avec des présentations cliniques variées correspondant à une seule catégorie. Il sera donc plus difficile de choisir l'intervention appropriée. Autre lacune importante, certaines de ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives (ex : *movement pattern coordination deficit* et *hypermetria*). Enfin, comme le modèle de Scheets repose sur une approche plus systémique de la neurologie, certains éléments de base de l'approche traditionnelle du physiothérapeute et de sa pratique quotidienne ne s'y retrouvent pas (ex : tonus musculaire). Étant donné ces diverses lacunes, seule la deuxième caractéristique de la classification idéale s'applique à ce modèle.

4.2.3. *Discussion/problématique : Peut-on adopter un seul modèle selon les particularités à chaque système/clientèle?*

Afin d'adopter un seul concept pour toutes les clientèles/systèmes, il faut tenir compte à la fois des caractéristiques spécifiques à chaque clientèle, système et contexte de pratique et, en même temps, il faut aussi identifier les points

communs à chaque type de pratique. La présente section décrit ces aspects. Pour chaque clientèle spécifique, le ou les modèle(s) diagnostiques plus spécifiquement utilisés avec chacune de ces clientèles sont présentés, analysés et discutés.

Neurologie

Une caractéristique de la pratique de la physiothérapie avec des patients ayant des affections neurologiques est que le diagnostic médical est souvent connu. En effet, les soins de physiothérapie pour ces patients étant prodigués en grande partie par le réseau de la santé, le diagnostic médical caractérisant l'atteinte neurologique est généralement connu. De plus, que le patient soit suivi au domicile ou en clinique privée, son diagnostic le suit. Il arrive à l'occasion que les conditions ou la nature de l'atteinte neurologique soient encore à préciser et donc que le diagnostic définitif ne soit pas connu. Il ne faut pas oublier non plus le travail de dépistage ou de triage pour toute demande de prestations de service pour des soins autres que pour des pathologies d'origine non neurologique.

Dans le contexte actuel de pratique, le physiothérapeute ne peut s'en tenir qu'au seul diagnostic médical neurologique pour traiter un patient. Sous un même diagnostic ou condition neurologique, il existe une variété importante de présentations cliniques ayant des pronostics différents et dictant des interventions différentes. (Gordon 1999; Scheets 1999 et 2007) De plus, il arrive fréquemment que l'on retrouve chez un patient ayant une atteinte neurologique des limitations fonctionnelles provenant de plusieurs pathologies co-morbides. (Schenkman 1999) Étant donné les interactions potentielles des diverses pathologies entre elles, il devient alors nécessaire de se questionner au-delà du diagnostic médical neurologique afin de choisir les interventions appropriées. (Gordon 1999; Schenkman 1999) Le diagnostic neurologique médical n'est donc pas suffisant en physiothérapie pour identifier les déficiences, les limitations et les restrictions, orienter les traitements, choisir le meilleur protocole et établir un pronostic fonctionnel.

Suite à l'évaluation du physiothérapeute, le diagnostic médical est complété par l'identification des déficits physiques principaux, ce qui relève de son champ de compétences. Dans la pratique, le physiothérapeute se base sur ce qu'il considère comme étant la ou les dominances dans les déficits évalués au moment de l'évaluation. La dominance est définie comme étant les déficiences ou limitations/restrictions principales expliquant le mieux les plaintes ou déficits fonctionnels rapportés ou observés. Après tout, l'orthophoniste devant un patient présentant un AVC sévère du tronc cérébral, sera surtout intéressé par la dysphagie ou la dysarthrie, alors que le physiothérapeute sera surtout intéressé par le contrôle de la tête et l'équilibre assis, bien qu'il s'agisse du même patient. De plus, comme le champ d'intérêt du physiothérapeute est le rendement fonctionnel optimal, il est indiqué d'accoler au diagnostic des indices de perturbation de ce rendement.

Dans le cas de problèmes de santé de nature neurologique, le premier modèle proposant un diagnostic en neurologie émis par les physiothérapeutes est celui du Guide de l'APTA décrit précédemment. Ce modèle propose d'uniformiser et d'encadrer la pratique des physiothérapeutes en développant des diagnostics applicables aux divers champs de pratique de la physiothérapie dont la neurologie. Dans le Guide, il existe dans la section neurologie une liste de sept diagnostics neuromusculaires couvrant l'ensemble des pathologies neurologiques traitées en physiothérapie. La proposition plus proprement neurologique de ce modèle a été critiquée notamment par Gordon (1999) et Harro (1999). Ces auteurs font remarquer que ces catégories diagnostiques sont trop vagues pour être véritablement utiles et permettre de choisir les interventions appropriées. Ils suggèrent plutôt d'opter pour une classification basée sur les déficits fonctionnels puisque, à pathologie égale, il y aura des répercussions fonctionnelles différentes selon les individus et donc des interventions spécifiques à chacun. En plus de cette importante lacune, les libellés diagnostiques, quoique très descriptifs de nature, sont de facture très physiothérapique. Ces libellés manquent à l'occasion de clarté pour communiquer avec les autres professionnels.

Le deuxième modèle recensé utilisé en neurologie dans la littérature est celui de Gedda (2004). Ce modèle a comme avantage majeur de permettre au physiothérapeute de poser un diagnostic basé soit sur la structure (pathologie) ou sur la fonction. De plus, les interventions sont bien décrites pour chacun de ces diagnostics. La section neurologique est très élaborée et contient 35 diagnostics différents basés sur les pathologies. Cependant, les diagnostics ne caractérisent qu'un aspect de la pathologie (ex : hypertonie spastique ou pyramidale). De plus, malgré un nombre élevé de catégories, il manque plusieurs diagnostics de base en neurologie (ex : AVC, TCC, BM). Pour certaines clientèles plus complexes tel que les traumatismes crâniens, on aura donc à choisir parmi plusieurs diagnostics applicables, sans compter qu'il faudra occulter le diagnostic original, élément majeur dans l'établissement du pronostic. Autre lacune, le diagnostic n'est parfois pas très élaboré (ex : vestibulaire, myopathie). Enfin, la nomenclature utilisée est adaptée au contexte européen (ex : hyperexcitabilité neuronale au lieu d'épilepsie, hyperpression du LCR au lieu d'hydrocéphalie) sans compter qu'elle est à l'occasion hermétique (ex : mouvement holocinétique). Dans l'ensemble, ce modèle devrait donc subir d'importantes modifications et adaptations pour satisfaire au contexte de pratique nord-américain.

Le troisième modèle applicable à la clientèle neurologique est celui de Scheets et collaborateurs aussi décrit précédemment. (Scheets 2007) Les commentaires précédents s'appliquent toujours, et mentionnons simplement ici que les limites de ce modèle sont nombreuses de telle sorte qu'il ne s'agit pas d'un modèle ayant fait l'objet d'un consensus.

Cardiorespiratoire

Par définition, la physiothérapie cardiorespiratoire est une intervention non invasive essentielle pour corriger ou limiter les conséquences d'un problème relié au transport d'oxygène. (Frownfelter et Dean 2006) Ceci concerne tant le transfert de l'oxygène de l'air au sang que l'utilisation de l'oxygène en périphérie.

C'est surtout en milieu hospitalier que se pratique la physiothérapie cardiorespiratoire, et dans ce contexte, le physiothérapeute dispose d'un diagnostic médical ou sinon, d'une ordonnance collective qui lui permet d'intervenir. Il importe de souligner que cette notion d'ordonnance collective est un facteur supplémentaire qui témoigne de l'autonomie du physiothérapeute. Tout comme pour les affections neurologiques, le diagnostic médical ou l'ordonnance permanente ne permet généralement pas d'orienter le traitement en physiothérapie ou d'établir le pronostic.

Comme intervenant de première ligne avec une clientèle cardiorespiratoire, le physiothérapeute est aussi appelé à faire un dépistage de facteurs de risque ou d'affections cardiorespiratoires qui pourraient nécessiter de référer au médecin au préalable ou d'en tenir compte dans l'orientation de traitement. (Dean 1997; Riddle 2004; ACSM's Guidelines 2006) Ce rôle du physiothérapeute est extrêmement important dans un contexte de prévention.

Autre exemple, lorsque le physiothérapeute travaille auprès d'une clientèle ayant des facteurs de risque ou des atteintes de nature cardiorespiratoire, il doit déterminer le risque de soumettre celle-ci à un exercice. En d'autres termes, il doit stratifier le patient en fonction du risque. (ACSM's Guidelines 2006; American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation 2004) Cette étape vise à tenir compte de ses facteurs de risque, de ses symptômes ou de la sévérité de sa maladie cardiorespiratoire et à identifier l'intensité indiquée d'exercice ou d'entraînement. Cette stratification sert aussi à identifier la supervision requise en fonction de ce profil cardiorespiratoire.

Enfin, peu importe le contexte de pratique et la nature des affections qu'il évalue et traite, le physiothérapeute doit être en mesure de reconnaître les signes et symptômes liés à un stress hémodynamique et à une augmentation des besoins en oxygène puisque toute atteinte à un organe majeur (ex : affections hématologiques, neuromusculaires, musculosquelettiques, gastro-intestinales, hépatiques, rénales) peut avoir des effets secondaires sur la fonction cardiorespiratoire et le transport d'oxygène. (Dean 1997) Avec la clientèle cardiorespiratoire, le diagnostic émis par le physiothérapeute doit permettre d'orienter le traitement et d'établir le pronostic. (Dean 1997; Delplanque 1999; Case 2000; Noonan 2000) Le diagnostic peut aussi orienter vers la prévention qui peut être primaire ou secondaire. La notion de prévention pour la clientèle cardiorespiratoire par le biais de l'activité physique et de l'exercice est bien établie et doit aussi faire partie du processus diagnostique. (ACSM's Guidelines 2006) De plus, le processus diagnostique peut être entrepris afin de mettre en

évidence le besoin de référer à un autre professionnel. (Dean 1997; Riddle 2004; ACSM's Guidelines 2006; Goodman-Snyder 2007) Et si le patient est référé à un autre professionnel, une co-intervention est possible.

Parmi les modèles diagnostiques proposés pour la clientèle cardiorespiratoire, il y a le guide d'étude de Frownfelter et Dean dans lequel on retrouve des histoires de cas qui accompagnent la 3^e édition (1996). Une 4^e édition est apparue en 2006 sans qu'elle soit accompagnée d'une nouvelle édition du guide d'étude. On y retrouve plusieurs diagnostics en physiothérapie pour une même histoire de cas; chacun des diagnostics réfère aux causes de l'atteinte du transport d'oxygène, à ses conséquences sur l'activité physique ou sur la tolérance à l'exercice, et aux risques de détérioration en lien avec le diagnostic médical.

Il y a aussi le Guide de l'APTA dans lequel on retrouve huit PPP en lien avec la clientèle cardiorespiratoire qui vont de la prévention primaire et la réduction du risque aux déficiences de la circulation et des dimensions anthropométriques associées aux désordres du système lymphatique. Essentiellement, cette classification diagnostique considère tout ce qui peut affecter le transport d'oxygène à partir de l'air ambiant jusqu'au muscle (ex : affections cardiorespiratoires primaires ou associées et facteurs de risques des affections cardiorespiratoires, affections neuromusculosquelettiques qui influencent le travail respiratoire). Cependant, ces patrons ne sont malheureusement pas mutuellement exclusifs et leur utilisation en clinique est laborieuse et sujette à interprétation. La validité et la fidélité de l'utilisation des PPP sont aussi inconnues.

Dans le cas d'atteintes de nature cardiorespiratoire, le modèle de Gedda désigné par « chaîne logique », qui a été présenté précédemment, permet au physiothérapeute de faire le lien entre les diagnostics et les orientations de traitement. Les diagnostics peuvent être basés sur la structure (appareils circulatoire et respiratoire) ou sur la fonction (respiratoire ou adaptation à l'effort). On compte 23 diagnostics pour l'appareil circulatoire, 34 pour l'appareil respiratoire, 9 autres pour la fonction respiratoire et enfin 3 pour la fonction d'adaptation à l'effort. Les différents diagnostics proposés tiennent compte de l'ensemble des problématiques qui peuvent affecter le système ou la fonction cardiorespiratoire. Cependant, bien que chaque diagnostic soit mutuellement exclusif, les orientations de traitement répondent à des objectifs applicables à plus d'un diagnostic. De plus, les diagnostics ainsi classifiés par rapport à la structure ou la fonction ne permettent pas de faire le lien entre les « anomalies de structure » et la « dysfonction » pour employer leur terminologie. Ainsi, les conséquences d'un problème relié au transport d'oxygène sont moins évidentes. Enfin, tel que mentionné précédemment, la nomenclature devrait être adaptée pour être applicable à la pratique nord-américaine.

En plus de ces modèles, il existe également des systèmes de classification qui permettent d'évaluer la sévérité de l'atteinte comme la classe fonctionnelle de la

New York Heart Association (NYHA) pour les maladies cardiaques, la classification de Fontaine pour la maladie artérielle périphérique ou la classification de la sévérité de la dyspnée pour la maladie pulmonaire. En plus des critères de stratification qui évaluent le risque de soumettre un patient à l'exercice, ces différents systèmes de classification sont importants et complémentaires au diagnostic parce qu'ils influencent l'orientation du traitement et le pronostic. Par exemple, si un sujet a une classe fonctionnelle de III selon la *NYHA* et qu'il est à haut risque, on sait qu'il est symptomatique pour des efforts de faible intensité et on devra aussi offrir une supervision plus étroite pendant un programme d'entraînement.

Gériatrie

La personne âgée présente fréquemment un tableau clinique complexe avec de multiples atteintes et pathologies co-morbides et de ce fait, elle possède très souvent bien plus qu'un seul diagnostic pour expliquer un symptôme donné et identifier la nature et la sévérité d'une ou plusieurs maladies ou conditions. Voilà pourquoi le terme syndrome est souvent utilisé. Dans le langage médical, un syndrome réfère à plusieurs causes qui sont unifiées pour donner une manifestation. (Flacker 2003) En fait, le terme «syndrome gériatrique» est utilisé afin d'englober les conditions cliniques chez les personnes âgées qui ne peuvent être adéquatement classées dans les catégories basées sur les maladies. (Inouye 2007) Ces conditions gériatriques, nommées syndrome d'immobilisation, chute, étourdissement, incontinence, fragilité ou déclin fonctionnel, sont aussi prévalentes que les maladies cardiaques et le diabète. (Cigolle 2007)

Dans le contexte qui nous intéresse ici en regard du concept diagnostique en physiothérapie, deux notions sont particulières à cette clientèle soit, la collaboration interprofessionnelle et les facteurs de risque. Parmi les syndromes gériatriques, quatre facteurs de risque ont été identifiés : l'âge, le déficit cognitif, l'incapacité fonctionnelle et la diminution de la mobilité. (Inouye 2007) L'ensemble de l'équipe multidisciplinaire s'applique donc à quantifier les syndromes gériatriques et à en déterminer la cause. La contribution du physiothérapeute au sein de cette équipe est de quantifier le degré d'atteinte de la mobilité ou d'une structure donnée, donc de préciser la ou les déficiences principales, puis de déterminer la ou les cause(s) de cette diminution qui pourrai(en)t être liée(s) aux systèmes musculosquelettique, neurologique ou cardiorespiratoire. Et puisque le physiothérapeute qui intervient auprès de cette clientèle travaille avec d'autres professionnels, il est primordial que la terminologie et donc les termes utilisés pour expliquer le processus diagnostique soient compris et reconnus par tous les autres cliniciens de l'équipe.

Autre particularité pour cette clientèle : dans un contexte d'accès direct, le physiothérapeute doit pouvoir faire le dépistage de conditions associées multiples, plus ou moins sévères, qui sont prévalentes avec les personnes plus âgées. Ces conditions associées nécessitent souvent de référer à un médecin,

ce qui implique une responsabilité au niveau du triage, du dépistage et de la prévention.

Au niveau du choix du modèle diagnostique en gériatrie, l'approche d'évaluation privilégiée en gériatrie/gérontologie est un processus diagnostique multidimensionnel et interdisciplinaire. Ce processus permet de déterminer les affections médicales et psychologiques et les capacités fonctionnelles d'une personne âgée afin de développer un plan de traitement coordonné et intégré. Dans ce contexte, le diagnostic en physiothérapie avec la clientèle gériatrique doit permettre d'identifier la ou les déficiences qui limitent l'autonomie fonctionnelle ou restreignent certaines habitudes de vie (restrictions). L'évaluation accorde une importance particulière à l'examen des fonctions neurologique et musculosquelettique et à l'évaluation des incapacités liées à la marche et au contrôle de l'équilibre dans diverses situations.

Au-delà des approches diagnostiques qui ont été spécifiquement décrites pour la clientèle gériatrique (*Australian Society for Geriatric Medicine*, 2000), il faut comprendre que le point commun de l'équipe multidisciplinaire est avant tout la mesure de l'autonomie fonctionnelle. Cette mesure permet de déterminer l'effet des maladies chroniques et du vieillissement normal sur les fonctions physiques, psychologiques et sociales.

Plusieurs évaluations de l'autonomie fonctionnelle existent. Au Québec, le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)²⁰ est principalement utilisé et évalue non seulement les activités de la vie quotidienne, la mobilité et la communication, mais aussi les fonctions mentales et les tâches domestiques. Cet instrument fait partie de l'outil multiclientèle adopté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et il doit être utilisé pour évaluer les personnes âgées sur tout le continuum des soins. Chaque intervenant est responsable de l'évaluation d'un secteur (physique, psychologique et social). Un système de classification basé sur le profil de l'autonomie fonctionnelle, les ISOSMAF (Dubuc 2006), a aussi été proposé. Les profils ISOSMAF représentent un système de gestion axé sur la classification des besoins des usagers en profil type d'autonomie fonctionnelle. Bien que ces systèmes ne permettent pas nécessairement de classer, ces systèmes permettent d'identifier les ressources nécessaires afin de pallier les incapacités.

Pédiatrie

En pédiatrie, il faut comprendre que les problèmes de santé peuvent affecter l'enfant dès le moment de la conception, à la naissance ainsi que tout au long de

²⁰ Hébert, R (1982): L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées. *Can Fam Physician*, 28:754-762.

son développement. Le diagnostic est souvent médical et il accompagne habituellement le patient. Par exemple, avec la clientèle neurologique pédiatrique, on verra des libellés de type déficience motrice cérébrale ou diparésie spastique. Mais ce type de diagnostic est insuffisant pour traiter le patient en physiothérapie. Dans ce cas précis, l'évaluation du physiothérapeute vise à préciser l'atteinte comme c'est le cas avec le *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS). Cette classification de la fonction motrice globale, qui s'inspire de la CIF, permet de mieux évaluer le niveau fonctionnel du patient en plus d'établir un pronostic et par la même occasion d'orienter le traitement en physiothérapie.

Le diagnostic de retard de développement est un autre exemple de diagnostic très fréquent en pédiatrie qui ne renseigne en rien sur la nature des atteintes et le pronostic. En fait, s'il existe une zone grise en pédiatrie, c'est bien cette fameuse appellation du retard de développement. Le retard de développement n'est pas un diagnostic. Il est plutôt la conséquence d'une ou de plusieurs déficiences et limitations fonctionnelles et, sous cette appellation, se retrouvent des maladies dont le diagnostic ne sera établi que plus tard. Par exemple, une hypotonie sévère (« bébé mou ») peut entraîner un retard de développement chez le jeune enfant, tout comme une immaturité du cerveau peut également entraîner un retard de développement. Ou encore, une hypotonie modérée à sévère associée à une faiblesse musculaire proximale et une histoire de chutes fréquentes va tout de suite sonner l'alarme et faire penser à une maladie neuromusculaire. Dans ce cas, le physiothérapeute redirige le patient à son médecin afin que d'autres tests et investigations permettent d'identifier la maladie soupçonnée.

Dans le cas plus spécifique des maladies neuromusculaires, le diagnostic utilisé est également médical et il est souvent difficile de poser un pronostic sauf pour les maladies bien connues comme la dystrophie musculaire de Duchenne, l'amyotrophie spinale ou encore les différentes ataxies telles que Friedrich et l'ataxie spastique de Charlevoix. Il existe tellement de maladies neuromusculaires différentes que, pour une myopathie d'origine indéterminée par exemple, le diagnostic ne fera que nommer l'atteinte sans permettre d'établir un pronostic. Dans un cas, l'enfant répondra bien à la thérapie et l'évolution sera favorable, dans l'autre, la maladie pourra être dégénérative sans qu'il soit possible de poser un pronostic évolutif quelconque. Dans le cas des atteintes de la moelle, qu'elles soient intra-utérines (spina bifida) ou par blessure médullaire, une fois le niveau de la lésion établi par le médecin, le physiothérapeute fournira aux parents un pronostic du niveau fonctionnel que l'enfant pourra atteindre dans le futur.

Mis à part le fait que l'enfant est en période de croissance et qu'il n'évoluera pas comme l'adulte (i.e. risque accru de développer des contractures, des luxations de hanches ou une scoliose), les problématiques rejoignent celles de l'adulte. Ceci vaut également pour les lésions musculosquelettiques. Donc, encore ici, la

contribution du physiothérapeute est de quantifier le degré d'atteinte des différents systèmes en cause, de préciser la ou les déficiences principales, puis de déterminer la cause de cette diminution qui pourrait être liée au système musculosquelettique, neurologique ou même cardiorespiratoire.

Tel que mentionnée précédemment, une des façons d'apporter une valeur ajoutée au diagnostic en pédiatrie consiste à utiliser des systèmes de classification comme le *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS—Système de classification de la fonction motrice globale de la déficience motrice cérébrale). En utilisant un tel système, l'évaluation du physiothérapeute précisera l'atteinte en la classifiant. Ce système repose sur la cotation des mouvements volontaires spontanés particulièrement le contrôle de la position assise, les changements de position et la marche. Il comporte cinq niveaux qui présentent entre eux des différences cliniques significatives de la fonction motrice. Les différences entre les niveaux de fonction motrice globale reposent sur les difficultés fonctionnelles, le besoin de technologie d'appoint, incluant les aides techniques à la marche (tel que cadres de marche, béquilles, cannes) et base roulante et beaucoup moins sur la qualité des mouvements. (Palisano 1997) Plus spécifiquement, dans le cas d'un diagnostic de déficience motrice cérébrale, diparésie spastique, ce diagnostic serait alors raffiné en précisant diparésie spastique avec un GMFCS initial de niveau II. Ceci indique que l'enfant marche sans aide technique, mais qu'il éprouve des difficultés à la marche à l'extérieur et dans la communauté. Ainsi, avec une telle classification, les intervenants peuvent, à différents âges précis, avant 2 ans, entre 2 et 4 ans, entre 4 et 6 ans, entre 6 et 12 ans et, plus récemment, entre 12 et 18 ans, brosser un tableau des capacités motrices de l'enfant et de son pronostic fonctionnel.

Et effectivement, une révision du GMFCS, faite en 2007, a permis d'inclure une bande d'âge de 12 à 18 ans qui met l'accent sur des concepts inhérents à la CIF. Chacun des niveaux est divisé en différents groupes d'âges avec des descriptions distinctes. L'on s'entend bien sûr pour dire que le développement moteur global est en fonction de l'âge de l'enfant. Les capacités et difficultés fonctionnelles pour chaque groupe d'âge servent de guide et non pas d'explication ou de norme. Donc, généralement, la fonction motrice globale des enfants capables de faire les activités décrites dans un niveau donné sera fort probablement classée à ce niveau ou à un niveau supérieur. À l'opposé, la fonction motrice globale des enfants incapables de faire les activités décrites dans un niveau particulier sera classée dans un niveau inférieur à celui-ci. L'objectif d'une telle classification est de situer les capacités motrices et les difficultés fonctionnelles actuelles de l'enfant dans le niveau approprié. Toute l'importance est accordée à la performance habituelle de l'enfant dans son environnement familial tel qu'à son domicile, à l'école et dans la communauté. Il est donc primordial d'utiliser la performance habituelle (et non la meilleure performance) et d'éviter d'extrapoler le pronostic. Les descriptions des cinq niveaux sont générales et ne tentent pas de décrire en détail la fonction motrice de chaque enfant. L'échelle est ordinale et un résumé des différences entre les

niveaux successifs est disponible pour faciliter le classement le plus conforme à la performance globale actuelle de l'enfant.

Une dernière particularité dans le choix d'un modèle diagnostique en pédiatrie concerne les interactions avec les facteurs environnementaux et personnels. Les descriptions des performances motrices des enfants de 6 à 12 ans et de ceux de 12 à 18 ans reflètent l'impact potentiel sur les facteurs environnementaux (i.e. distances à parcourir dans l'école et la communauté) et sur les facteurs personnels. Ce système de classification vient donc compléter le diagnostic médical et servira de pierre angulaire au physiothérapeute pour élaborer son plan d'action, établir un pronostic et maintenir la communication avec les parents et autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire.

Musculosquelettique

Tel que précisé dans le cahier explicatif de la Loi 90 :

«La fonction neuromusculosquelettique se définit comme un ensemble qui intègre les systèmes nerveux, musculaire et squelettique. Dans le contexte de la réserve de cette évaluation, ces éléments sont indissociables. Le professionnel, à qui cette évaluation est réservée, doit pouvoir tenir compte de l'interaction entre ces trois systèmes ; la présence du système nerveux augmente le degré de complexité de cette évaluation.»

Les personnes qui ont des atteintes neuromusculosquelettiques (N-MSQ) sont traditionnellement identifiées aux clientèles orthopédique et rhumatologique. Ces atteintes se manifestent à tous les stades de la vie (clientèles pédiatrique, adulte, gériatrique) et sont rencontrées dans un grand nombre de contextes de pratique (hôpitaux, centres de réadaptation, CLSC, CHSLD, CRDP, pratique privée, etc.). Les atteintes N-MSQ ont aussi des étiologies diverses (traumatique, dégénérative, idiopathique, etc.).

Comme pour la plupart des clientèles traitées en réadaptation, pour les atteintes de nature N-MSQ, le diagnostic médical (CIM) est très souvent insuffisant pour orienter l'intervention et émettre un pronostic. (Sahrman 1988; Fosnaught 1996; Sheets 1999) La pathologie rencontrée est aussi fréquemment multidimensionnelle et influencée par le stade de récupération et par des facteurs qui sont à la fois organiques et non organiques (psycho-sociaux). Par conséquent, une pathologie avec une étiologie donnée pourrait avoir une présentation clinique tout à fait différente selon le stade de récupération, la sévérité de l'atteinte et l'influence de certains facteurs contextuels.

Pour refléter la particularité de la condition, certains auteurs ont proposé de bonifier le diagnostic médical en y accolant la dysfonction primaire du patient, ce qui aurait comme avantage d'orienter le traitement et le pronostic. (Sahrman 1988; Sheets 1999) Cette proposition a conduit à la création de classifications diagnostiques (Sheets 1999; Gerda 2001; Sahrman 2002; Guide de l'APTA

2003) qui ont parfois le désavantage d'être difficilement applicables en clinique (Craik 2007) ou dont les catégories ne sont pas nécessairement mutuellement exclusives, tel que mentionné précédemment.

La littérature traitant du diagnostic des atteintes N-MSQ en physiothérapie est très vaste et reflète la présence de ces atteintes avec toutes les clientèles et tous les milieux de travail. L'abondance de littérature sur le diagnostic pour ce type d'atteinte est notamment le fait d'influences importantes comme la pratique en accès direct ou encore l'émergence de pratiques spécialisées s'intéressant à des régions corporelles ou à des clientèles spécifiques.

Les approches diagnostiques applicables aux clientèles avec des atteintes N-MSQ se distinguent notamment par les objectifs qu'elles poursuivent. Par exemple, la CIM, s'intéresse essentiellement à identifier la maladie ou la lésion à l'origine des signes et symptômes du patient. D'autres approches ne s'intéressent que très peu à l'étiologie, mais ont plutôt pour objectif de classer le patient et d'orienter le traitement (modèles de McKenzie et Sahrman). Enfin, tel que décrit précédemment, il existe des approches plus génériques multi-systèmes et multiclientèles, notamment le Guide de l'APTA et le concept des chaînes logiques de Gedda, qui proposent une démarche diagnostique exhaustive et standardisée.

Parmi les classifications diagnostiques utilisées avec la clientèle N-MSQ, il y a tout d'abord la CIM. La CIM est couramment utilisée par plusieurs disciplines/professions de la santé incluant les physiothérapeutes, ce qui facilite la communication entre intervenants. Plusieurs publications ont démontré la participation des physiothérapeutes à son développement et elle est donc incontournable même si l'objet premier de la réadaptation n'est pas seulement d'évaluer ou de traiter la maladie, mais bien d'en établir les conséquences sur le rendement fonctionnel des personnes. L'une des limites de l'utilisation de la CIM est liée au fait que plusieurs des libellés diagnostiques qu'elle contient nécessitent l'application de certains tests en dehors du champ de pratique du physiothérapeute.

Deuxièmement, il y a les approches diagnostiques moins génériques et plus spécifiques. De nombreuses publications ont mis en évidence les efforts considérables de certains physiothérapeutes à créer des classifications dont l'objet n'est pas d'identifier la cause des problèmes, mais plutôt de mieux différencier les conditions des patients à des fins d'orientation de traitement. La classification des maux de dos de McKenzie en est un très bon exemple. Les approches sont en général complémentaires à celle de la CIM même si elles utilisent une terminologie qui leur est particulière. Elles concernent surtout des catégories d'affection dans le champ de pratique de la physiothérapie (ex : la classification du syndrome fémoro-patellaire de McConnell). Quelques-unes de ces approches font actuellement l'objet de validation.

D'autres approches diagnostiques spécifiques sont à visée étiologique, mais abordent les problèmes sous l'angle des déficiences qui seraient à l'origine des limitations ou restrictions. Elles visent en fait à reconnaître, lorsque possible, le mécanisme fautif ou la dysfonction motrice qui entraînerait à long terme l'apparition d'une lésion. L'approche de Sahrman décrite précédemment en est l'illustration la plus connue.

Troisièmement, il existe des classifications issues d'organisations sociosanitaires. La littérature montre que ces approches diagnostiques ont avant tout été créées pour des besoins de gestion administrative et pour pallier l'absence ou les lacunes de systèmes diagnostiques existant pour des clientèles très spécifiques. Mais malgré cela, ces classifications suggèrent des orientations générales de traitement qui peuvent être utiles pour la prise en charge des patients. Ces classifications s'apparentent à celle de la CIM et ont aussi été développées de façon rigoureuse. Un bon exemple au Québec est la classification des entorses cervicales secondaires à des accidents de véhicules moteurs avec la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou encore la classification des maux de dos du *Quebec Task Force* sous l'initiative de l'IRSST. Leur nombre réduit et leur grande spécificité restreignent leur application et ces outils demeurent des outils très régionaux et peu connus en dehors du Québec.

Et finalement, il y a les approches diagnostiques fondées sur la recherche de la dysfonction ou de la déficience motrice primaire tel le Guide. L'APTA a trouvé pertinent de construire des guides de pratique professionnelle qui incluaient, entre autres, dans la démarche clinique l'étape d'évaluation diagnostique. Ce type de guide oriente clairement la démarche diagnostique en proposant une approche systématique et des tests appropriés qui permettent de classer les patients selon des PPP, tel que discuté précédemment. Par contre, le Guide de l'APTA est méconnu au Québec. Et en raison de sa complexité dans son application de tous les jours, il n'est pas utilisé en clinique au Canada et encore moins au Québec puisqu'il n'a pas été traduit en français. Ses qualités métrologiques (validité et fidélité) n'ont pas été démontrées. De façon similaire et dans cette même catégorie se retrouve le modèle de Gedda sur les chaînes logiques. Ce dernier se distingue par sa capacité à bien décrire la pratique clinique habituelle du physiothérapeute et à définir simplement mais pertinemment l'étape du processus diagnostique. Malheureusement, le modèle de Gedda utilise une terminologie hermétique et il est rarement cité dans la littérature autre qu'europpéenne. Il n'a jamais fait l'objet d'études de validation.

Pour les conditions N-MSQ, plusieurs modèles et systèmes de classifications ont donc été décrits dans la littérature. Certains se situent au stade de la lésion alors que d'autres se sont intéressés aux déficiences principales qui la caractérisent et même aux limitations ou restrictions qui en résultent. La grande diversité de ces classifications démontre qu'il n'en existe pas une seule qui puisse satisfaire à tous les besoins et contextes cliniques de pratique.

4.2.4. Conclusion sur la possibilité d'adopter un seul modèle parmi ceux existants

Parmi les modèles existants, aucun ne fait consensus et, à première vue, il apparaît impossible d'adopter un seul modèle en tenant compte des particularités de chaque système/clientèle. Les modèles génériques applicables à toutes les clientèles sont souvent complexes, intéressants sur le plan académique, mais très difficiles à appliquer en clinique et ils présentent des catégories diagnostiques non exclusives. Quant aux modèles spécifiques, ils sont souvent hermétiques, applicables à des clientèles trop spécifiques et ils sont non compréhensibles par les autres professionnels et même par certains physiothérapeutes n'ayant pas complété la formation permettant d'acquérir les connaissances spécifiques requises.

Toutefois, en considérant certains critères élargis, des pistes de solution apparaissent. Certains éléments communs se dégagent de l'utilisation de ces différents modèles et systèmes de classifications soit : la nécessité d'identifier la nature, la sévérité et le stade du problème de santé, de préciser les déficiences et les répercussions fonctionnelles en tenant compte des facteurs personnels et environnementaux, l'importance de pouvoir utiliser le diagnostic médical émis comme point de départ et enfin, l'importance d'émettre un pronostic.

Donc, en dépit de l'absence d'un consensus avoué ou conscient, les différents modèles diagnostiques accordent tous une grande importance à l'identification des déficiences, limitations et restrictions qui sont les plus significatives selon le contexte de la personne. Et selon tous ces modèles et la littérature sur le sujet, c'est précisément cette expertise de la fonction et du rendement fonctionnel qui est fondamentale et qui caractérise la contribution unique et la valeur ajoutée du physiothérapeute au processus diagnostique.

4.3. Objectif 3

Proposer une définition conceptuelle du diagnostic en physiothérapie.

4.3.1. Les critères caractérisant le concept proposé

Parce qu'il y a plusieurs limites aux modèles existants, parce qu'aucun de ces modèles n'a fait l'objet d'un consensus dans la littérature et en raison des particularités de chaque système/clientèle dans le contexte de pratique nord-américain et de la nécessité de proposer un seul concept diagnostique, le groupe de travail sur l'élaboration d'un concept diagnostique en physiothérapie a d'abord identifié une série de critères auxquels le concept devrait répondre. Ces critères reflètent les propositions ou concepts mis de l'avant par l'ensemble de la communauté scientifique et clinique qui a réfléchi à la question du diagnostic en physiothérapie.

À la lumière de la littérature et en lien avec le rôle du physiothérapeute, de son contexte et de son champ de pratique, le groupe de travail conclut que le concept diagnostique proposé doit répondre aux critères suivants :

1. Il conserve le sens commun du terme diagnostique. (Sahrmann 1986, 1998; Larousse médical 2000; Webster's New International Dictionary 2007; Norton 2007)

Le diagnostic émis par le physiothérapeute doit conserver le sens commun du mot reconnu par tous à savoir, identifier la nature et la sévérité d'un problème de santé à partir de ses manifestations (signes et symptômes).

2. Il est compréhensible par les autres professionnels dans le cadre d'une pratique collaborative. (Rose 1989; Sahrmann 1998; Scheets 1999, 2007; Michaud 2004; Norton 2007; Gravel 2007; Miller 2005)

Le diagnostic émis par le physiothérapeute doit comprendre une terminologie et des termes reconnus, existants et standards de façon à ce que ce diagnostic posé par le physiothérapeute : a. soit utile et compris par tous; b. soit un outil pour communiquer de l'information pertinente aux professionnels de la santé; c. soit complémentaire aux autres diagnostics émis et; d. indique la contribution unique (valeur ajoutée) et tangible du physiothérapeute.

3. Il est évolutif, c'est-à-dire modifiable et progressiste. (Sahrmann 1998; Michaud 2004)

Le concept diagnostique en physiothérapie doit être assez flexible pour évoluer en fonction de l'avancement de la discipline, de la profession et de la société.

4. Il est applicable à tous les systèmes (musculosquelettique, neurologique, cardiorespiratoire et tégumentaire), à toutes les clientèles (pédiatrique, sportive, gériatrique et autres) et à tous les contextes et lieux de pratique (curatif, préventif, privé, public et autres). (Sahrmann 2005; VanSant 2007)

L'objectif du physiothérapeute est de permettre au patient d'atteindre un rendement fonctionnel optimal, peu importe la nature et la sévérité du problème de santé. Le processus et le libellé diagnostiques en physiothérapie doivent permettre d'identifier la nature et la sévérité du problème de santé d'un patient, peu importe le système atteint, la clientèle traitée et le contexte de pratique.

5. Il est cohérent avec une pratique fondée sur les évidences scientifiques (pratique factuelle) et les meilleures pratiques. (Golden 1980; Rose 1989; Harris 1996; Sahrmann 1998; Zimny 2004; van den Beld 2006)(Annexe 11)

Le diagnostic émis par le physiothérapeute doit s'inscrire dans le cadre d'une démarche fondée sur les évidences scientifiques (pratique factuelle) et les meilleures pratiques et ainsi exclure tout diagnostic découlant de médecines alternatives ou pratiques non standardisées. Pour les fins du concept proposé, les pratiques fondées sur les évidences scientifiques (pratique factuelle) seront identifiées comme les pratiques proposées suite à des revues systématiques de littérature scientifique ainsi que des recherches publiées et basées principalement sur une méthodologie quasi-expérimentale, expérimentale et de type essais cliniques.

6. En accord avec la pensée et les principes de la médecine moderne, il est fondé sur l'utilisation d'outils diagnostiques ou de tests reconnus faisant partie du champ de pratique de la physiothérapie et sur toute autre information disponible jugée pertinente. (Golden 1980; Rose 1989; Fosnaught 1996; Harris 1996; Scheets 1999, 2007; Delpanque 1999; Case 2000; Miller 2000; Noonan 2000; Sahrmann 2005; van den Beld 2006)

Le diagnostic émis par le physiothérapeute doit se faire à partir de l'analyse des signes, des symptômes, des déficiences et des limitations/restrictions identifiées lors de l'examen clinique ou à l'aide

de résultats d'examens ou autres tests cliniques reconnus et accessibles au physiothérapeute.

7. Il est constitué de deux parties distinctes : le processus menant au diagnostic et le libellé diagnostique. (Fosnaught 1996; Sahrman 1998; Scheets 1999; Boissonnault 2000; Case 2000; Rosenbaum 2002; Norton 2007)

Le concept diagnostique en physiothérapie est un processus dont la finalité est un libellé. Le processus d'évaluation inclut notamment la collecte de données, le raisonnement clinique et l'utilisation de classifications afin de faire des recommandations, d'orienter le plan de traitement, de faire un choix judicieux des meilleures interventions possibles et d'émettre un pronostic. Au cours de ce processus, il peut aussi être mis en évidence le besoin de diriger le patient vers un autre professionnel. Le libellé correspond aux termes utilisés dans la section A des notes du physiothérapeute (SOAPIE) dans le dossier du patient pour identifier la nature, la sévérité et le stade du problème de santé. Le libellé est un ensemble de descripteurs diagnostiques utilisés par les physiothérapeutes pour identifier le problème de santé à un ou plusieurs systèmes au niveau de la personne dans sa globalité.

8. Il conduit à l'établissement d'un libellé diagnostique suffisamment détaillé pour identifier le stade du problème de santé, établir un pronostic et orienter les interventions. (Rose 1989; Rothstein 1993; Fosnaught 1996; Dean 1997; Delpanque 1999; Scheets 1999, 2007; Schenkman 1999; Boissonnault 2000; Case 2000; Miller 2000; Noonan 2000; Gedda 2001; Rosenbaum 2003; Zimny 2004)

Le libellé doit être suffisamment détaillé afin de renseigner sur la prédiction du progrès normalement anticipé du problème de santé du patient et de sa capacité éventuelle à obtenir un rendement fonctionnel optimal ainsi que sur la nature des interventions les plus appropriées pour atteindre le plus rapidement possible ce rendement optimal.

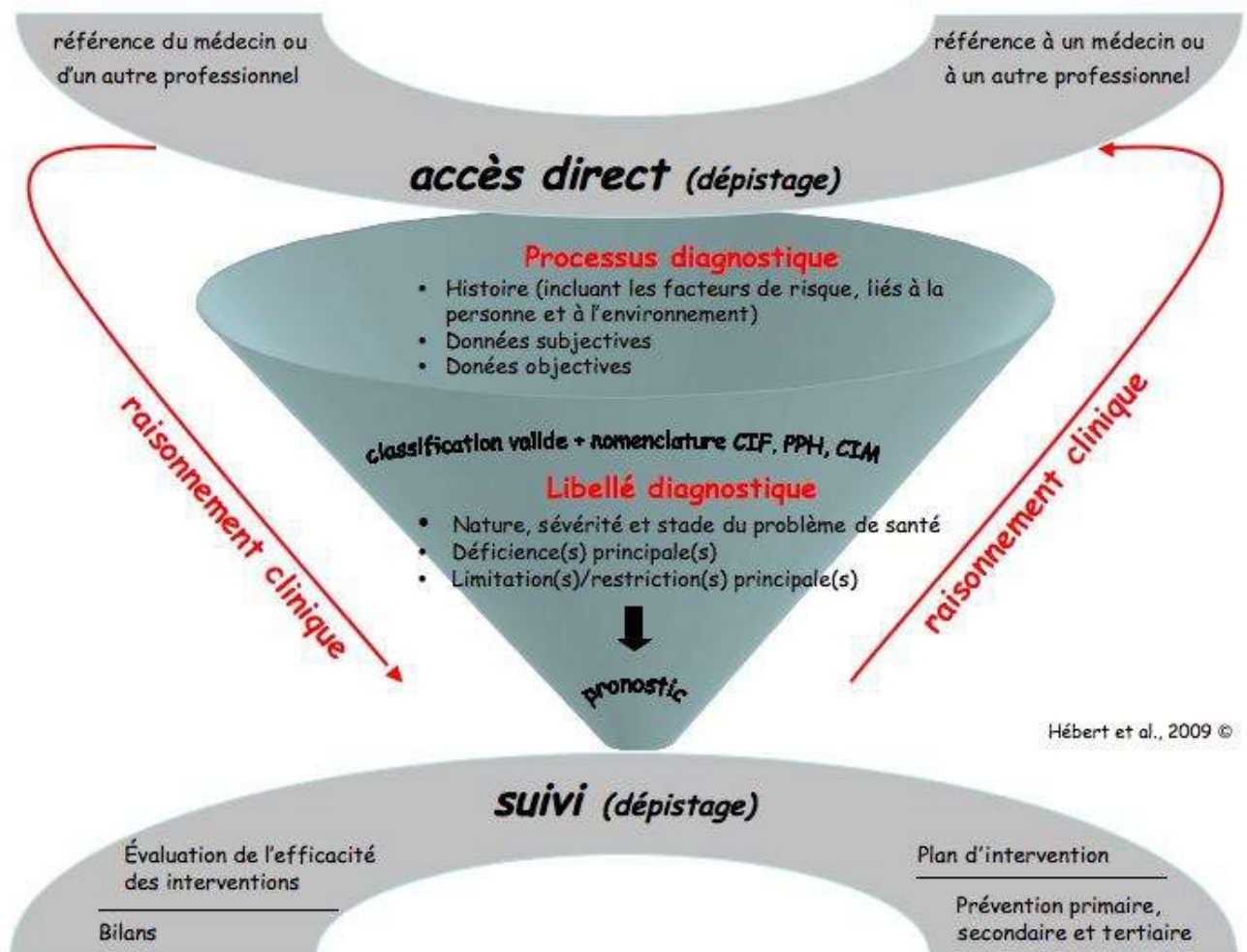
9. Il tient compte de toutes les dimensions de la personne incluant ses facteurs de risque et ses affections associées, ses facteurs contextuels (facteurs personnels et environnement) et ses habitudes de vie. (Dean 1997; Gordon 1999; Schenkman 1999; Boissonnault 2000; Case 2000; Miller 2000; Michaud 2004; Zimny 2004; Campbell 2006)

Les modèles conceptuels existants incluant le modèle du Processus de production du handicap (PPH) (Annexe 12) et le modèle de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (Annexe 13) sont utilisés comme toile de fond, lorsque

appropriés, afin de déterminer l'impact réel du diagnostic émis par le physiothérapeute dans le contexte global de la personne.

4.3.2. Définition du concept

En se basant sur les neuf critères énumérés et décrits précédemment, la littérature et le contexte actuel de pratique de la physiothérapie au Québec et ailleurs, le groupe de travail propose d'adopter un concept unique pour tous les systèmes/clientèles. En tenant compte de ces critères et après analyse des concepts et modèles diagnostiques génériques et spécifiques existants de même que des besoins de toutes les clientèles évaluées et traitées en réadaptation, voici donc le concept que nous proposons:



La définition du diagnostic émis par le physiothérapeute

Le diagnostic émis par le physiothérapeute résulte d'un processus dont la finalité doit mener à un libellé. Le diagnostic en physiothérapie doit se restreindre aux connaissances et habiletés en lien avec le champ de pratique reconnu de la physiothérapie. Le diagnostic en physiothérapie est la conclusion qui découle du processus d'évaluation du physiothérapeute et qui identifie la nature et la sévérité du problème de santé et ses répercussions sur le plan du fonctionnement de l'individu en lien avec ses facteurs contextuels (facteurs personnels et environnement). Il s'agit d'une hypothèse ponctuelle qui peut évoluer selon l'interaction complexe qui s'établit entre les facteurs liés à la personne et à l'environnement. Le caractère évolutif du diagnostic en physiothérapie est un attribut fondamental qui permet au physiothérapeute d'orienter et d'ajuster son plan de traitement selon l'évolution du problème de santé du patient. Les modèles conceptuels existants (le modèle du PPH ou la CIF), doivent, lorsque approprié, être utilisés comme toile de fond afin de situer le diagnostic émis dans le contexte global de la personne et ainsi déterminer son impact réel sur le rendement fonctionnel optimal. (OPPQ - Code des professions 2007; Gezequel 2005)

Peu importe le modèle de référence choisi, ces modèles ont tous un point essentiel en commun : celui de faire des liens entre les déficiences, les limitations et les restrictions entraînant une situation de handicap, ce qui est une notion essentielle dans le contexte de pratique du physiothérapeute. C'est ce qui distingue le physiothérapeute et c'est sa contribution au diagnostic : parmi les déficiences identifiées et quantifiées, identifier celle(s) qui a (ont), assurément ou potentiellement, un impact négatif sur le rendement fonctionnel optimal et déterminer s'il y a présence significative de limitation(s) ou de restriction(s) et de situation de handicap.

Le processus

Le processus consiste essentiellement à suivre une série d'étapes communes à tous les professionnels de la santé qui posent un diagnostic pour conduire à l'élaboration d'un libellé, et ce, en utilisant un raisonnement clinique cohérent et rigoureux tout au long de sa démarche. Dès le début du processus, le physiothérapeute organise et classe l'information recueillie lors de l'examen, ce qui l'amènera à formuler un libellé diagnostique identifiant l'atteinte. (Rose 1989; Fosnaught 1996; Sheets 1999; Boissonnault 2000; Australian society for geriatric medicine 2000; Goodman and Snyder 2007)

Tel qu'illustré dans le concept proposé, la notion de dépistage est importante tout au long du processus diagnostique. Au cours de ce processus, le physiothérapeute doit demeurer vigilant en ce qui concerne la présence de signes et symptômes qui suggèrent une pathologie qui est hors de son champ de compétence (dépistage des *red flags et yellow flags*). (Goodman and Snyder 2007) Dans un tel cas, le physiothérapeute doit nécessairement retourner le

patient au médecin. De plus, au cours du processus diagnostique, le physiothérapeute peut réaliser la nécessité d'avoir recours aux services d'un autre professionnel afin de préciser son propre diagnostic et d'élaborer sa stratégie d'intervention. L'établissement d'un diagnostic par le physiothérapeute est un acte qui doit demeurer à l'intérieur de ses compétences, et il serait inapproprié pour celui-ci de diagnostiquer une affection qui nécessite des tests ou des procédures qui sont hors de son champ de pratique. (Sahrmann 1988; Rose 1989; Guide de l'APTA 2003)

POUR INFORMATION

Le libellé

Le diagnostic médical demeure un élément clé du diagnostic posé par le physiothérapeute et, lorsque disponible, il servira de référence. Le libellé du diagnostic en physiothérapie reflète l'expertise unique du physiothérapeute et est complémentaire au diagnostic médical. Le libellé diagnostique doit aussi être suffisamment détaillé pour permettre d'orienter le traitement. (Dean 1997; Boissonnault 2000) De plus, l'utilisation de la CIM est tout à fait compatible avec le libellé proposé ici. La formulation proposée du libellé diagnostique émis par le physiothérapeute est la suivante:

(nature, sévérité et stade du problème de santé)
caractérisé par (défiance(s) principale(s)) et
limitant/restreignant (principale(s) activité(s) limitée(s) ou restriction(s) à la participation)

Dans certains cas, une condition associée spécifique pourrait avoir un impact important sur le pronostic. Ainsi, afin de répondre au critère 8, certaines conditions associées pourraient être accolées au libellé.

Dans le même ordre d'idées, au besoin, le score obtenu à partir d'une échelle reconnue et valide, peut être ajouté au libellé, notamment lorsque ce score permet de déterminer le niveau de sévérité du problème de santé ou de quantifier la(les) défiance(s) principale(s).

Dans un contexte de prévention, le libellé aura la forme suivante:

**Risque potentiel de développer ou aggraver une affection
à la suite de**
(facteur de risque prédominant lié à la personne
/facteur intrinsèque)
et de
(l'environnement / facteur extrinsèque)

Dans un contexte de soins intensifs, les libellés pourraient avoir une forme légèrement différente.

Définition des termes du libellé diagnostique émis par le physiothérapeute

Nature : Identification du problème de santé en faisant référence à une classification diagnostique reconnue notamment la CIM pour son aspect universel et son caractère exhaustif.

Sévérité : Caractéristique du diagnostic qui fait référence au niveau ou au degré de gravité du problème de santé. La sévérité est souvent déterminée à partir d'une échelle (ex : GMFCS pour établir le niveau de performance d'un enfant présentant une déficience motrice cérébrale) ou d'un test (ex : test ligamentaire pour établir le grade d'une entorse) permettant d'établir l'importance de l'atteinte.

Stade : Caractéristique du diagnostic qui fait référence à une période ou phase de l'évolution du problème de santé. L'exemple le plus classique est le stade d'une atteinte inflammatoire qui peut être aiguë, sub-aiguë ou chronique. Ce descripteur sera ajouté lorsqu'il sera possible de le préciser en considérant qu'il contribuera à orienter le traitement.

Déficience principale : Problème de fonctionnement d'une structure anatomique ou d'un système organique qui, selon le jugement du physiothérapeute et du patient, est l'élément qui limite le plus la capacité de celui-ci à accomplir ses activités habituelles. Il s'agit la plupart du temps d'un élément sélectionné dans la liste de problèmes élaborée à la suite de son évaluation.

Dans le but d'uniformiser la terminologie, le groupe de travail recommande le recours à des modèles reconnus. Selon le contexte de pratique²¹, il pourrait s'agir de la nomenclature des systèmes organiques et des aptitudes du PPH ou de la liste des fonctions organiques et des structures anatomiques de la CIF.

Limitation ou restriction principale : Activité normalement réalisée par la personne qui, selon le jugement du physiothérapeute et du patient, est la plus limitée, compte tenu de l'environnement habituel de la personne et de la nécessité pour elle de réaliser cette activité. Bien que la contribution du patient soit prépondérante dans l'identification de la limitation/restriction principale, il peut arriver ici qu'il y ait des divergences entre le

²¹ Au Québec, comme partout ailleurs, il n'y a pas de consensus en regard de l'utilisation du modèle du PPH ou celui de la CIF. C'est souvent le contexte de pratique ou l'influence des pairs ou des milieux d'enseignement qui guident le choix du clinicien à utiliser l'un ou l'autre. Il est donc impossible pour le groupe de travail sur l'élaboration d'un concept diagnostique en physiothérapie, du moins pour l'instant, de prendre position sur l'utilisation d'un seul modèle.

physiothérapeute et le patient : la limitation devrait alors tenir compte de l'opinion du physiothérapeute, car le libellé est défini comme étant le diagnostic émis par le physiothérapeute. Évidemment, en cas de divergence, afin de tenir compte des valeurs et volontés du patient, le dossier devra être annoté en conséquence. Dans le but d'uniformiser la terminologie, le groupe de travail recommande le recours à des modèles reconnus. Selon le contexte de pratique, il pourrait s'agir de la nomenclature des habitudes de vie du PPH ou de la liste des activités et participations de la CIF.

L'utilisation de classifications et de modèles doit demeurer très flexible, et le physiothérapeute doit les utiliser davantage comme des outils aidant à structurer le libellé plutôt que comme une nomenclature fixe et rigide à laquelle il ne peut déroger. De plus, lorsqu'on inscrit la limitation ou la restriction principale, on fait toujours référence au contexte environnemental habituel de la personne.

En écrivant son diagnostic, le physiothérapeute doit tendre vers un maximum de spécificité. Il ne faut pas perdre de vue que l'information doit être suffisamment détaillée pour orienter le traitement (traitement spécifique) et que dans ce contexte, l'utilisation d'une terminologie précise permet de mieux cibler l'intervention. Par exemple, «restriction au travail» peut être représentatif de l'état d'un patient, mais n'est pas être très utile pour orienter le traitement. Par contre, «limitation à soulever une charge» donne une information plus précise sur l'un des aspects du travail, ce qui permet de déterminer des objectifs de traitement et des critères de congé et de mieux cibler les interventions.

En physiothérapie, il n'existe pas actuellement de classification diagnostique qui soit à la fois suffisamment exhaustive, dont les catégories sont mutuellement exclusives et qui possède une taxonomie reconnue à la fois par les autres professionnels et le patient lui-même. Par conséquent, le groupe de travail ne peut pas recommander l'adoption d'une classification diagnostique regroupant des libellés qui sont uniques et spécifiques au champ professionnel de la physiothérapie. Il faut également voir que le physiothérapeute intervient tant au niveau des conséquences du problème de santé qu'au niveau du problème de santé lui-même ou de sa prévention. Dans beaucoup de cas, les conséquences (déficiences, limitations et restrictions) évoluent rapidement, d'où le caractère ponctuel et à la fois évolutif de l'hypothèse diagnostique en physiothérapie. Pour l'instant, le choix du groupe de travail de recommander une nomenclature reconnue telle que la CIF ou le PPH pour décrire le fonctionnement du patient a l'avantage de standardiser le langage et de donner un certain niveau d'accord entre deux évaluateurs pour une même condition à un moment précis dans le temps.

Une dernière considération extrêmement importante est la concision du libellé. La structure proposée du libellé inscrit par le physiothérapeute est

plus détaillée que le diagnostic médical, ce qui oblige forcément le libellé à être un peu plus long. Toutefois, afin que le libellé demeure compréhensible et utile, il faut tendre vers un compromis en utilisant une terminologie la plus succincte possible, mais suffisamment explicite. Le recours à des classifications reconnues facilite cet exercice.

En conclusion, le libellé doit être suffisamment détaillé pour orienter sur la prédiction du progrès normalement anticipé du problème de santé du patient et de sa capacité éventuelle d'obtenir un rendement fonctionnel optimal ainsi que sur la nature des interventions les plus appropriées pour atteindre le plus rapidement possible ce rendement optimal (voir les exemples proposés pour chaque clientèle/système). En aucune façon, le diagnostic émis par le physiothérapeute ne doit se substituer à celui d'un médecin ou d'autres professionnels. Lorsqu'il n'y a pas de diagnostic médical, le physiothérapeute devra s'assurer que son diagnostic demeure à l'intérieur de son champ de pratique. Le libellé diagnostique doit être significatif en ce sens qu'il doit aussi servir à orienter le traitement et le pronostic (Sahrman 1988; Rose 1989; Rothstein 1993; Australian society for geriatric medicine 2000; Zimny 2004) et à communiquer avec d'autres professionnels ou organismes payeurs (Sahrman 1988; Rose 1989) pour des besoins législatifs ou administratifs. Il doit aussi pouvoir servir à regrouper des affections avec rigueur et justesse afin d'aider à la recherche. (Sahrman 1988) Par exemple, il faut implicitement reconnaître que le physiothérapeute peut utiliser la CIM lorsque les tests diagnostics requis pour arriver à cette conclusion font partie de son champ de pratique ou que les résultats de certains tests médicaux sont disponibles.

La section qui suit présente, pour plusieurs clientèles, des exemples de libellés diagnostiques émis par le physiothérapeute selon que le diagnostic médical soit connu ou non.

4.3.3. *Quelques exemples de libellés pour chaque clientèle/système*

ATTENTION; Les exemples suivants ne constituent pas une liste exhaustive. Il s'agit d'exemples représentatifs permettant d'illustrer le concept et démontrant au lecteur la faisabilité de son application.

À l'intention du lecteur, en plus de certaines instructions plus détaillées, voici les consignes qui seraient données au physiothérapeute :

- Dans un souci de concision, se limiter à une ou au maximum deux déficiences principales
- Le terme limitation s'applique aux activités (voir nomenclature de la CIF) même s'il est accolé à un élément de l'environnement (ex. marcher en terrain accidenté)

- Le terme restriction s'applique à la participation d'un individu dans son environnement réel (voir la nomenclature de la CIF). Il s'agit d'éléments qui s'apparentent aux habitudes de vie du modèle PPH
- Dans un souci de concision, éviter de mettre plusieurs diagnostics dans un même libellé. Faire plus d'un libellé au besoin soit un libellé par problème de santé
- Il faut être extrêmement rigoureux dans l'application du libellé diagnostique en ce qui concerne principalement la concision et le choix de descripteurs qui orientent le traitement (spécificité)
- Il faut s'assurer d'une certaine cohérence entre la déficience et la limitation/restriction principale. Un mauvais exemple de libellé serait «...caractérisé par une diminution de la force de préhension limitant la marche.»
- Il n'est pas toujours nécessaire de mettre des détails comme la date du diagnostic (diagnostiqué il y a deux semaines) ou un résultat de test (ex : la vitesse de marche) dans le libellé. La seule raison qui motiverait un tel choix serait dans la mesure où cette information est jugée essentielle afin de préciser le libellé diagnostique comme c'est le cas pour les conditions associées.

Clientèle neurologique

Exemples si le diagnostic médical est connu:

- AVC hémorragique dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne gauche, caractérisée par une hémiparésie droite sans troubles sensitifs, limitant la marche sur de longues distances
- Tétraparésie médullaire incomplète C7, ASIA D, caractérisée par une faiblesse des muscles de la main gauche et du membre inférieur droit limitant la préhension et la marche
- SEP sévère de type ataxique, caractérisée par une diminution de l'endurance générale et des déficits de coordination limitant les transferts et l'endurance assise au fauteuil roulant

Autre exemple si le diagnostic médical n'est pas connu:

- Probabilité d'atteinte vestibulaire centrale caractérisée par des nystagmus positionnels restreignant la mobilité au lit

Clientèle cardiorespiratoire

Exemples si le diagnostic médical est connu:

- Atélectasie au lobe inférieur gauche, caractérisée par une diminution de l'oxygénation limitant les efforts légers comme la marche sur courte distance
- Insuffisance respiratoire aiguë caractérisée par un encombrement bronchique²²
- Infarctus du myocarde récent et compliqué caractérisé par une diminution de l'endurance cardiorespiratoire limitant la distance de marche sans repos
- Maladie pulmonaire obstructive chronique légère caractérisée par une dyspnée d'effort limitant les activités d'intensité modérée comme la montée/descente des escaliers et la marche sur terrain en pente

Autre exemple si le diagnostic médical est non connu:

- Probabilité d'une insuffisance artérielle, caractérisée par une douleur importante à la fesse droite à la marche qui disparaît rapidement avec le repos, limitant la distance de marche à 150 mètres

Clientèle tégumentaire

Exemple si le diagnostic médical est connu:

- Brûlures du 2^e degré superficiel à la main droite, en phase inflammatoire aiguë, caractérisées par un œdème modéré et restreignant l'ensemble de la pratique des AVQ et AVD chez ce client droitier.

Autres exemples sans diagnostic médical spécifique:

- Ulcère variqueux à la face interne de la jambe droite, au stade 3, de dimension modérée, semblant peu évolutif en phase fibroblastique caractérisé par une douleur à la mise en charge et à l'effort et limitant la position debout stationnaire chez un sujet insuffisant cardiaque
- Ulcère veineux sur la jambe droite, de dimension modérée avec une atteinte partielle de l'épaisseur cutanée, en phase fibroblastique sub-aiguë, caractérisé

²² Exemple de diagnostic émis dans le contexte des soins intensifs. Dans cette situation, il n'est pas pertinent d'inscrire une restriction, le patient luttant pour sa survie.

par un œdème important et une diminution de la flexion plantaire à la cheville droite limitant la marche

- Ulcère diabétique situé à la face plantaire 1^e méta pied gauche, de petite dimension avec une atteinte complète de l'épaisseur cutanée, de catégorie 3 selon la classification San Antonio, en phase fibroblastique chronique, caractérisé par une diminution de la MEC sur le MIG et limitant la distance de marche
- Plaie de pression sur la fesse droite très extensive (exposition de l'ischion), de stade 4 selon la classification NPUAP, semblant se détériorer en phase inflammatoire sub-aiguë, caractérisée par des signes infectieux et une limitation de la mobilité au lit
- Ulcère artériel situé à la face plantaire de l'hallux droit, de petite dimension avec atteinte de toute l'épaisseur cutanée exposant le tendon, grade 2 selon la classification de Wagner, se détériorant rapidement en phase inflammatoire chronique, caractérisé par une douleur sévère limitant la marche et la station debout prolongée

Clientèle gériatrique

Exemples si le diagnostic médical est connu:

- Syndrome d'immobilisation caractérisé par une faiblesse musculaire sévère aux membres inférieurs limitant les activités de mise en charge sans aide ambulatoire et la marche
- Maladie de Parkinson caractérisée par une festination limitant la sécurité à la marche (risque de chutes)
- Fracture ostéoporotique de l'humérus droit caractérisée par une faiblesse musculaire des muscles proximaux et une douleur à l'épaule restreignant l'autonomie aux AVQ
- Sténose spinale caractérisée par une douleur dans la région lombaire et une diminution de la force des extenseurs du membre inférieur limitant la vitesse de marche sur terrain accidenté et l'utilisation des escaliers
- Séquelles de chirurgie de sténose spinale compliquée d'un AVC cérébelleux ancien et d'un diabète de type II caractérisé par un pied tombant et neuropathie diabétique limitant la marche sur terrain accidenté

- Fracture du tibia D compliquée d'une arthrodèse ancienne au genou ipsilatéral et d'une plaie à la malléole externe D caractérisée par une faiblesse globale des membres inférieurs limitant les transferts de assis à debout
- Fracture par entassement D12 compliquée d'une MPOC caractérisée par une douleur à la mobilisation du tronc restreignant l'habillement et l'hygiène personnelle

Autres exemples si le diagnostic médical est non connu :

- AVC tronculaire probable compliqué d'un tremblement essentiel caractérisé par une instabilité posturale restreignant l'habillement et les AVD
- Atteinte vestibulaire centrale probable compliquée d'une ankylose aux deux chevilles caractérisée par une diminution de flexion dorsale bilatérale limitant les changements rapides de direction à la marche avec risque accru de chutes

Clientèle pédiatrique

Exemples si le diagnostic médical est connu :

- TCC cranio-cérébral sévère sur lésions axonales diffuses caractérisé par une hypertonicité et une diminution du contrôle moteur à l'hémicorps droit limitant tous les changements de position et la marche autonome
- Syndrome alcoolico-fœtal caractérisé par une hypotonie modérée avec une légère faiblesse musculaire associée et une faible interaction avec l'environnement entraînant un retard de son développement moteur global limitant l'acquisition de la marche
- Dystrophie musculaire de Duchenne caractérisée par une faiblesse prédominante des muscles de la ceinture pelvienne limitant les changements de position du sol à debout et la marche
- Diplégie spastique asymétrique GMFCS de niveau 1 caractérisée par des difficultés d'équilibre dynamique limitant la marche

Autre exemple si le diagnostic médical est non connu :

- Retard de développement caractérisé par une hypotonie sévère généralisée limitant le maintien des positions de base et les changements de position

Clientèle musculosquelettique

Exemples si diagnostic médical connu :

- Tendinite de la coiffe des rotateurs gauche, chronique, caractérisée par une incoordination scapulo-thoracique restreignant le travail de peintre
- Syndrome fémoro-rotulien chronique caractérisé par une hyperlaxité articulaire généralisée limitant la marche sur surfaces inégales et la montée/descente des escaliers
- Polyarthrite rhumatoïde de novo caractérisée par une raideur importante aux poignets restreignant les AVQs
- Entorse péronéo-astragaliennne aiguë, grade 2 à la cheville droite caractérisée par une douleur constante et un œdème important limitant la mise en charge
- Cervicalgie sub-aiguë de type TAEC 2 caractérisée par une douleur à la flexion résistée du cou sans répercussion significative sur le niveau de capacité ou de performance

Autres exemples si diagnostic médical est non connu :

- Suspicion de lésion complète du ligament croisé antérieur du genou gauche, stade chronique, caractérisée par un manque de contrôle du genou restreignant la pratique des activités sportives avec virages et arrêts brusques
- Lombalgie mécanique de type syndrome de dérangement caractérisée par une douleur aux mouvements de flexion-rotation du tronc limitant le soulèvement de charges

Exemples dans un contexte de prévention :

- Risque potentiel de thrombose veineuse profonde chez un sujet alité en phase postopératoire de chirurgie thoracique
- Risque de blessures au cou et aux épaules lié à la manipulation répétée avec les membres supérieurs de charges de 10 kg plus haut que la hauteur des épaules
- Risque de blessures au rachis lombaire lié au maintien prolongé de la position assise sur une chaise dépourvue de support lombaire

- Risque de blessures traumatiques aux membres inférieurs lié à des déplacements nocturnes en terrains accidentés avec des bottes dépourvues de support suffisant aux chevilles
- Risque de blessures au rachis lombaire et dorsal dû à la manipulation régulière de pneus (50 kg) sans lift hydraulique

POUR INFORMATION

4.4. Objectif 4

Identifier les connaissances, les habiletés et les attitudes nécessaires au physiothérapeute pour exercer le niveau de responsabilité qu'est celui de poser un diagnostic selon le concept proposé.

Tel que défini dans le concept proposé, poser un diagnostic implique à la fois le processus menant au diagnostic et la formulation de celui-ci, soit le libellé. Le processus diagnostique, donc toute la démarche qui permet de confirmer ou d'infirmer les hypothèses lors de l'évaluation du patient, est déjà enseigné dans les programmes universitaires en physiothérapie. Ce qui l'est moins, c'est le libellé de la conclusion qui découle de ce processus, qu'elle s'appelle opinion, impression clinique ou diagnostic émis par le physiothérapeute. Et la raison en est fort simple : c'est que ce libellé, ce qui constitue la section A des notes du physiothérapeute dans le dossier du patient n'a jamais été clairement défini, ni dans sa forme clinique, ni dans sa forme juridique. Maintenant que le vide clinique a été comblé par la proposition du concept diagnostique contenu dans ce rapport, il est essentiel d'énumérer les connaissances, habiletés et attitudes qui sont minimales pour exercer ce niveau de responsabilité pour le physiothérapeute.

Le groupe de travail considère, qu'afin d'assurer une bonne pratique en regard de ce niveau de responsabilité et, par conséquent, assurer la protection du public dans l'exercice de la physiothérapie, les connaissances, habiletés et attitudes identifiées dans le texte qui suit doivent être présentes chez tout physiothérapeute, qu'il soit nouvellement diplômé ou physiothérapeute d'expérience. **Et plus spécifiquement, les éléments identifiés en caractères gras sont considérés comme étant des éléments essentiels que le physiothérapeute doit parfaitement maîtriser afin de pouvoir émettre un diagnostic selon le concept proposé.**

4.4.1. *Connaissances, habiletés et attitudes en regard du processus diagnostique*

Connaissances :

- Toutes les étapes (connaissance approfondie) du processus d'évaluation;
- **Connaissance des signes, symptômes et critères diagnostiques des pathologies, dans le champ de pratique de la physiothérapie;**
- **Tous les signes et symptômes (connaissance approfondie) pouvant mimer des atteintes ou affections dans le champ de pratique du physiothérapeute mais relevant en réalité d'autres systèmes organiques ou conditions psychologiques hors du champ de compétence du physiothérapeute;**
- Modèles conceptuels existant tel le modèle du PPH, la CIF, la CIM ou toute autre classification applicable à l'une ou l'autre des clientèles/systèmes;

- Manifestations cliniques qui auraient un impact sur les interventions du physiothérapeute (ex : nutrition inadéquate, problème cardiaque, obésité, abus d'alcool, etc.);
- Certains problèmes de santé co-existants ou facteurs de risques (tel les toxicomanies, l'abus physique, l'anorexie, l'anxiété) pouvant influencer le problème pour lequel le patient consulte ou pouvant constituer des précautions ou contre-indications à certains tests ou interventions;
- **Qualités métrologiques (fidélité, validité, sensibilité, spécificité, valeur prédictive, etc.) des tests utilisés pertinents à la clientèle évaluée et au système en jeu;**
- Examens diagnostiques supplémentaires requis pour compléter l'examen et préciser le diagnostic (ex : imagerie médicale incluant les indications et les limites diagnostiques, échographie, EMG, tests de laboratoire, etc.);
- **Modèles de raisonnement clinique;**
- Rationnel et indications/contre-indications cliniques de base de certains médicaments, des effets interactifs possibles, etc.;
- Prévention primaire, secondaire et tertiaire;
- Lignes directrices et standards de pratique incluant les aspects légaux et déontologiques;
- Champ de pratique des autres disciplines connexes à la physiothérapie;
- **Outils d'évaluation des déficiences et du rendement fonctionnel.**

Habilités :

- Planifier/ajuster l'évaluation en fonction des données recueillies aux étapes précédentes et selon les réponses obtenues aux différents tests effectués;
- **Reconnaître et identifier (discerner) précocement tous les signes et symptômes pouvant mimer des atteintes ou des affections dans le champ de pratique du physiothérapeute mais relevant en réalité d'autres systèmes organiques ou de conditions psychologiques en dehors du champ de compétence du physiothérapeute;**
- Reconnaître les manifestations cliniques de problèmes de santé co-existants ou facteurs de risques pouvant influencer le problème pour lequel le patient consulte ou pouvant constituer des précautions ou contre-indications à certains tests ou interventions (ex : nutrition inadéquate, problème cardiaque, obésité, abus d'alcool, etc.);
- **Analyser les données recueillies aux différentes étapes du processus d'évaluation selon un modèle de résolution de problèmes en démontrant un raisonnement clinique rigoureux et constant;**
- Établir la liste des problèmes cliniques prioritaires à traiter en considérant aussi les problèmes potentiels possibles à prévenir;
- Faire preuve d'**un excellent jugement clinique (savoir reconnaître, discerner, déterminer, choisir, etc.) afin d'émettre le diagnostic en précisant la nature, sévérité et stade du problème de santé et en identifiant le (les) déficience(s) principale(s) et la (les) limitation(s) ou restriction(s) principale(s);**

- Identifier, dans un contexte de prévention, les facteurs de risque liés à la personne et à l'environnement;
- Discerner les éléments de l'évaluation qui ont/peuvent avoir un impact sur les interventions et le pronostic.

Attitudes :

- Démontrer une vigilance constante face aux manifestations cliniques pouvant mimer des atteintes ou des affections dans le champ de pratique du physiothérapeute, et ce, à chaque étape du processus d'évaluation;
- Considérer le contexte global de la personne (i.e. tenir compte de toutes les dimensions de la personne incluant ses facteurs de risques et affections associées, son environnement et ses habitudes de vie) afin de déterminer son impact réel sur le rendement fonctionnel optimal;
- Travailler en équipe dans le cadre d'une pratique collaborative;
- **Savoir reconnaître ses limites.**

4.4.2. Connaissances, habiletés et attitudes plus spécifiquement en regard de la formulation du libellé diagnostique

Connaissances :

- **Les modèles conceptuels existant tel le modèle du PPH, la CIF ou tout autre modèle applicable à l'un ou l'autre des systèmes/clientèles;**
- **Les systèmes de classification existants et couramment utilisés en clinique selon la clientèle traitée (ex : McKenzie, la CIF, Scheets, GMFCS, NYHA, SMAF, etc.);**
- La nomenclature et la terminologie des principaux outils d'évaluation des déficiences et du rendement fonctionnel;
- La nomenclature et la terminologie réservées à certaines disciplines connexes à la physiothérapie.

Habiletés :

- **Formuler le libellé selon le concept proposé;**
- Communiquer, oralement ou par écrit, au patient, aux autres collègues et professionnels le contenu du diagnostic émis.

À la lumière de ce qui précède, dans le contexte de pratique actuel et avec la mise en œuvre de la maîtrise professionnelle en physiothérapie, les programmes universitaires en physiothérapie ont déjà bonifié la formation des futurs physiothérapeutes. Certains détails de ces formations sont décrits à l'Annexe 14.

4.5. Objectif 5

Émettre une série de recommandations et de lignes directrices afin d'assurer la mise en œuvre de cette activité pour les physiothérapeutes en considérant tous les impacts cliniques et légaux.

En fait, ce dernier objectif, à la lumière des travaux complétés par le groupe de travail devrait plutôt se lire comme suit :

Émettre une série de recommandations afin de guider la poursuite des travaux qui devront assurer la validation du concept proposé et sa mise en œuvre.

Le groupe de travail recommande les actions suivantes :

1. Qu'il y ait une période de consultations, portant sur le contenu du concept proposé, auprès de membres ciblés de la communauté physiothérapique, de différents milieux académiques, cliniques et administratifs;
2. Que le contenu du rapport déposé par le groupe de travail sur l'élaboration d'un concept diagnostique en physiothérapie soit revu par le Service de l'inspection professionnelle;
3. Que le rapport final déposé par le groupe de travail sur l'élaboration d'un concept diagnostique en physiothérapie soit soumis à l'avocate de l'OPPQ et au Syndic afin que, d'un point de vue législatif, son contenu ne porte d'aucune façon préjudice aux futures étapes à venir pour la mise en œuvre du concept diagnostique proposé;
4. Que le rapport final préliminaire, après lecture et révision par l'avocate de l'OPPQ et le Syndic, soit une dernière fois révisé et validé par le président du groupe de travail et les membres, et qu'il fasse ensuite l'objet d'un dépôt final au CA de l'OPPQ;
5. Que simultanément au dépôt du rapport final au C.A. de l'OPPQ, le rapport final soit déposé pour l'obtention d'un numéro ISBN afin de rendre ce document public et protéger les droits d'auteurs qui seront l'OPPQ et les membres du groupe de travail sur l'élaboration d'un concept diagnostique en physiothérapie;
6. Que le groupe de travail sur l'élaboration d'un concept diagnostique en physiothérapie propose au Comité exécutif une liste de membres qui devraient composer le futur comité d'implantation qui aura comme mandat principal d'assurer la mise en œuvre du concept proposé;
7. Qu'afin d'assurer la continuité des travaux, le futur comité d'implantation comprenne un à deux membres qui ont fait partie du présent groupe de travail sur l'élaboration d'un concept diagnostique en physiothérapie;

8. Que le futur comité d'implantation consulte et travaille de concert avec les milieux académiques d'enseignement (corps professoraux des universités et collèges), les moniteurs cliniques et les professeurs de clinique lors de la mise en œuvre du concept final;
9. Qu'une formation uniformisée en regard du concept diagnostique soit enseignée dans les quatre programmes universitaires. Le Comité d'implantation devra alors travailler étroitement avec le Comité de la formation des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique afin de préciser le contenu de cette formation;
10. Qu'au moment de la mise en œuvre du concept diagnostique, une formation obligatoire standardisée unique soit offerte à tous les membres de l'OPPQ, laquelle aurait pour objectifs, en regard du niveau de responsabilité de poser un diagnostic : a. d'informer les membres sur les modifications apportées à la réglementation, notamment en ce qui concerne le Règlement sur la tenue des dossiers et le *Code de déontologie*, b. d'informer les membres sur l'adoption des normes professionnelles ou des lignes directrices visant à encadrer cette pratique, c. de bien expliquer le cadre de référence auquel devront se référer l'ensemble des physiothérapeutes pour l'exercice de ce niveau de responsabilité et d. de s'assurer que chaque membre comprend bien ce qu'implique l'atteinte de cette compétence;
11. Que l'ensemble des travaux du comité de travail sur l'élaboration du concept diagnostique puisse faire l'objet de communications scientifiques à la discrétion des membres du groupe de travail.

La reconnaissance du diagnostic par la communauté

Sur le plan clinique, compte tenu de la pratique en accès direct et de la contribution unique qu'il apporte au système de santé québécois, le physiothérapeute doit pouvoir exercer ce niveau de responsabilité qu'est celui d'émettre un diagnostic dans son champ de compétence. Malheureusement, cette pratique n'est pas encadrée parce qu'elle n'a pas de cadre de référence et dans ce contexte, il est impossible pour l'OPPQ d'assurer pleinement la protection du public. Il est donc impératif et urgent de corriger cette lacune importante. Et d'ailleurs, tel que décrit précédemment à la section 3.6, certains textes législatifs et jurisprudentiels supportent cette position de conférer au physiothérapeute la responsabilité d'émettre un diagnostic dans son champ de compétence.

Évidemment, le C.A. de l'OPPQ pourrait, dans l'exercice de son pouvoir de réglementation des membres de l'OPPQ, demander que des modifications soient apportées à sa réglementation, notamment en ce qui concerne le Règlement sur la tenue des dossiers et le Code de déontologie. De plus, le C.A. pourrait adopter

des normes professionnelles ou des lignes directrices visant à encadrer la pratique de ses membres en ce qui concerne le diagnostic posé par les physiothérapeutes selon le concept proposé. Ces normes viseront à établir un cadre de référence auquel devra se référer l'ensemble des physiothérapeutes pour l'exercice de ce niveau de responsabilité.

Le Comité de la formation des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique, qui est composé notamment de deux membres nommés par la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec et d'un membre nommé par le ministre de l'Éducation pour la formation universitaire, pourrait être saisi de cette question. L'article 2 du *Règlement sur le comité de la formation des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique* prévoit ce qui suit :

« Le comité est un comité consultatif ayant pour mandat d'examiner, dans le respect des compétences respectives et complémentaires de l'Ordre, des établissements d'enseignement collégial et universitaire et du ministre de l'Éducation, les questions relatives à la qualité de la formation des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique.

La qualité de la formation s'entend de l'adéquation de la formation aux compétences professionnelles à acquérir pour l'exercice de la profession de physiothérapeute ou de thérapeute en réadaptation physique. »

Et de toute évidence, pour être cohérent avec sa vision, sa mission et son mandat de protection du public, l'OPPQ, via son C.A., devra se positionner quant à savoir s'il impose à la catégorie de ses membres physiothérapeutes une formation d'appoint sur le diagnostic et les implications qui en découlent. Si l'OPPQ en arrive à la conclusion qu'il faut imposer une formation obligatoire à ses membres, le *Projet de règlement de formation continue obligatoire des membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec*²³ prévoit déjà un article qui se lit comme suit : « Le Conseil d'administration peut imposer, par résolution, aux membres ou à une classe d'entre eux une activité de formation continue particulière parmi les activités de l'Ordre ou les activités de la liste prévue à l'article 7. »

²³ Depuis le 1^{er} avril 2010, la *Politique de formation continue obligatoire des membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec* (qui était un projet de règlement) a été changée pour *La Politique d'amélioration continue des compétences*, conformément à une décision adoptée par le C.A. du 19 mars 2010. Ce changement n'altère en rien la justesse des informations relatives aux exigences de formation auprès des membres. L'OPPQ explore actuellement d'autres avenues qu'un tel projet de règlement.

Le concept diagnostique proposé devra aussi faire l'objet d'une grande promotion auprès de nos membres, des autres professionnels de la santé, de même qu'auprès des décideurs et organismes gravitant autour de la physiothérapie. Il est important de faire ressortir que le diagnostic émis par le physiothérapeute apporte une plus-value au système de santé québécois et qu'il contribue à assurer la protection du public.

Plus la reconnaissance de ce niveau de responsabilité pour le physiothérapeute qu'est celui de poser un diagnostic sera grande à tous les niveaux, plus il sera facile de justifier une modification législative dans les lois et règlements qui régissent l'OPPQ ou tout autre règlement régissant le système de la santé.

Mais peu importe l'issue finale et la législation, le fait d'adopter ce niveau de responsabilité de poser un diagnostic selon le concept proposé répond avant tout à des impératifs cliniques. Il est important de faire preuve de consensus et d'adopter un seul concept diagnostique, même s'il n'est pas parfait, car le contexte de pratique de la physiothérapie indique clairement que ce niveau de responsabilité est nécessaire pour offrir des soins accessibles de qualité tout en assurant la protection du public. Et si telle est aussi la conclusion du législateur, celui-ci devra permettre aux physiothérapeutes d'exercer ce niveau de responsabilité en ajustant la législation et non l'inverse.

La physiothérapie est une jeune profession qui a acquis ses lettres de noblesse par le travail soutenu et rigoureux de ses membres. La reconnaissance de l'accès direct a bonifié le système de santé, et tout laisse croire que la reconnaissance au physiothérapeute d'exercer ce niveau de responsabilité de poser un diagnostic permettra d'aller encore plus loin et de faire encore mieux, et ce, pour le bénéfice de la population.

Annexe 1

Algorithme de raisonnement clinique HOAC (Hypothesis-Oriented Algorithm for Clinicians II)

La première version de ce modèle a été publiée en 1986, et en 2002, une nouvelle version est publiée pour mieux répondre aux changements qui sont survenus dans le domaine de la santé. La version II du modèle original est un raccourci du modèle plus compatible avec le Guide de l'APTA, reconnaissant aux physiothérapeutes le besoin de poser un diagnostic. Il fournit aux cliniciens un cadre conceptuel de la pratique clinique basée sur la science et met l'accent sur la correction des déficits fonctionnels et sur les changements des incapacités en relation avec ces déficits.

Ce modèle a formé la base du guide national au Royaume-Uni concernant les clientèles atteintes d'AVC et de sclérose en plaques. C'est un modèle centré sur la personne qui suggère que la maladie est une dysfonction de la personne dans son environnement physique et social. On y divise les problèmes des patients en deux grandes catégories : ceux qui existent quand le patient est vu et qui demandent un suivi et ceux qui peuvent survenir dans le futur et qui demandent de la prévention.

Définition, description du modèle, de l'approche :

Ce modèle présente aux cliniciens une approche centrée sur le patient, ce qui est une nouveauté. L'auteur réfère ici au modèle d'invalidité (*disablement*) de Nagi qui est selon lui, le plus utile pour la pratique clinique. La version 1 ou 2 utilisent les termes du modèle de Nagi pour identifier les déficiences lorsque cela s'y prête : pour examiner comment les déficiences entraînent des déficits fonctionnels (incapacités) et pour examiner si les interventions choisies pour améliorer ou réduire les déficiences apportent des changements dans la fonction et au niveau des incapacités. Dans certains cas, les physiothérapeutes peuvent faire des hypothèses à l'effet que des facteurs autres que des déficiences peuvent amener une perte fonctionnelle. Par exemple, une limitation sociétale comme le fait d'avoir un trajet tout en courbes et en pentes pourrait empêcher un patient de se rendre à l'école en marchant.

Les éléments du modèle HOAC :

Dans cet algorithme, il existe deux types majeurs de problèmes reliés aux patients : ceux qui existent quand le patient est vu et qui demandent un suivi et ceux qui peuvent survenir dans le futur et qui demandent de la prévention. Le traitement pour ces deux types de problèmes est différent et l'évaluation des résultats également. En même temps qu'il existe deux types de problèmes (réels et anticipés), il y a également deux façons d'identifier ces problèmes. Le problème identifié par le patient (PIP) et le problème non identifié par le patient (NPIP). Dans le premier cas (PIP), les limitations fonctionnelles et les incapacités existent déjà quand le physiothérapeute voit le patient. C'est le patient lui-même qui identifie son problème. Le physiothérapeute émet alors une hypothèse sur la cause des problèmes et établit des critères d'évaluation lesquels peuvent être

utilisés pour évaluer les résultats des interventions et l'exactitude de l'hypothèse et les stratégies de traitement du patient. Le patient peut identifier les problèmes existants, tout comme il peut manifester des inquiétudes pour des problèmes potentiels. Par exemple, un patient peut se plaindre de douleur à l'épaule et anticiper des limitations fonctionnelles telle une incapacité à se préparer un repas. Cette perte de fonction potentielle devient un problème anticipé.

Les problèmes non identifiés par le patient peuvent être réels ou hypothétiques. Par exemple, les enfants peuvent être incapables d'identifier des problèmes secondaires à des déficits du système nerveux central. Un enfant pourrait par exemple, s'asseoir dans une position qui compromet sa capacité à respirer à cause d'une diminution de son expansion thoracique. L'enfant n'est pas à même de voir le problème, mais un membre de la famille ou de l'équipe soignante (NPIP) peut croire qu'un problème apparaîtra. Dans ce cas, le physiothérapeute ou le soignant sera la meilleure personne pour identifier les problèmes.

Dans le modèle HOAC, la justification des problèmes anticipés par le patient lui-même ou par quelqu'un d'autre, ne peut être basée que sur la théorie ou sur des données probantes (*data evidence based*). Quant aux hypothèses qui servent à éliminer des problèmes réels (PIPs ou NPIPs), elles peuvent être vérifiées par un changement quelconque dans l'incapacité et l'invalidité, changement qui peut être mesuré. De plus, un problème anticipé, s'il est bien traité n'arrivera pas. Par conséquent, aucun changement observable ne sera fait et la justification basée sur le résultat ne sera pas possible pour vérifier les interventions axées sur la prévention parce que, même sans intervention, le problème aurait pu ne pas apparaître.

Auteurs :

Rothstein Jules M, Echternach John L, Riddle Daniel L.

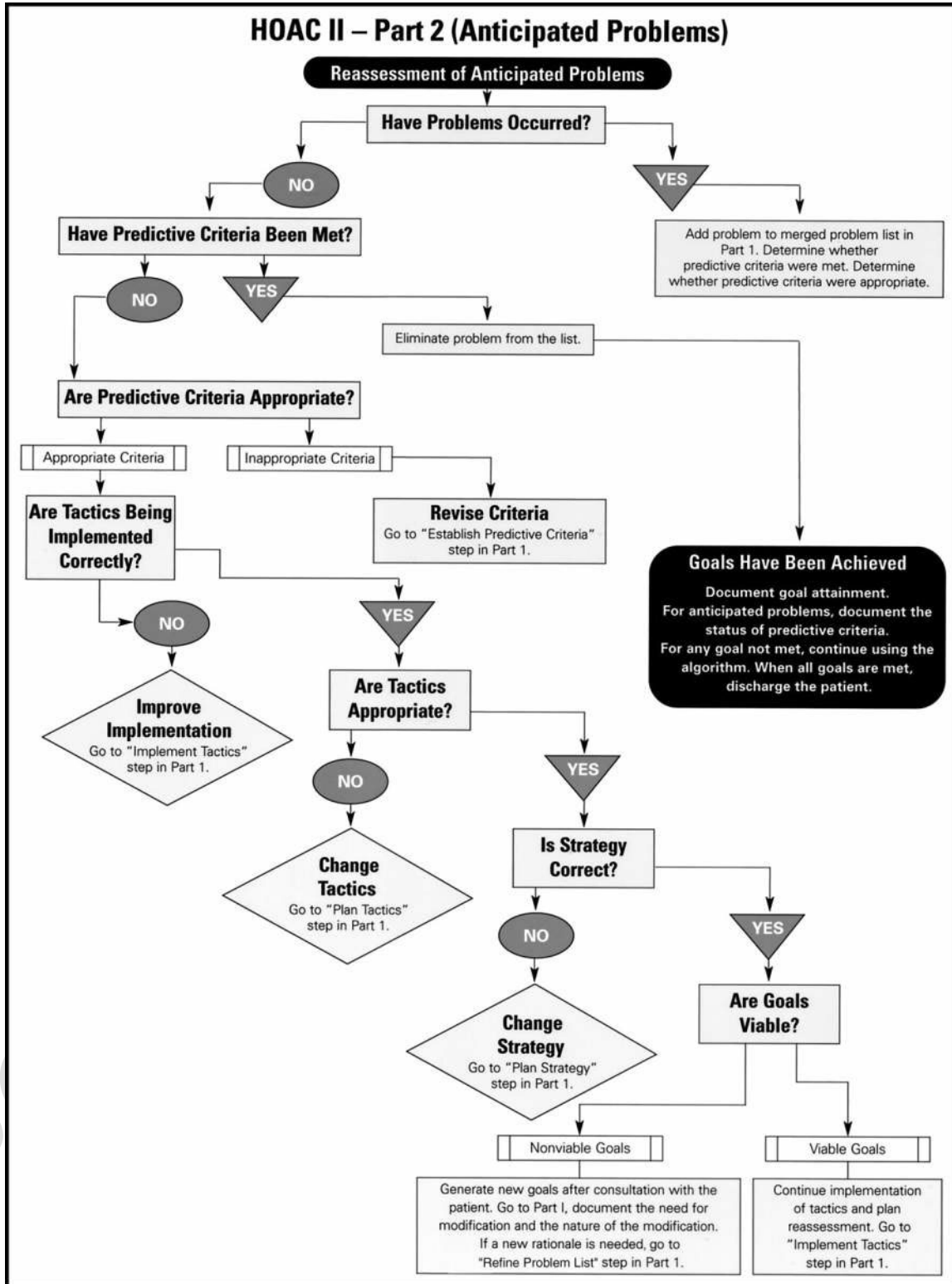
Clientèles visées :

Toutes clientèles. Ce modèle s'applique à un patient sans égard à son âge ou à son problème et permet aux physiothérapeutes d'identifier les problèmes même quand les patients sont incapables de les identifier eux-mêmes. On y retrouve un concept de prévention, qui était absent dans la première version, et la façon de justifier et de documenter les interventions reliées à la prévention.

Faisabilité en clinique, exemples rapportés, applicabilité :

Depuis que cet algorithme a été publié, des changements importants sont survenus dans les soins du système de santé. Par exemple, la discussion est ouverte sur l'importance que les physiothérapeutes posent des diagnostics, et on accepte généralement le besoin de voir les patients selon un modèle d'incapacités. Ce modèle implique le patient dans la prise de décision et peut être utilisé pour fournir aux organismes payeurs de meilleurs arguments pour justifier les interventions posées.

Schéma du modèle de raisonnement HOAC-II



Annexe 2

Stratégies spécifiques de recherche utilisées pour la recension des écrits selon chaque clientèle/système

Domaine	Moteur de recherche	Mots clés
Nursing	Pubmed CINAHL Google Catalogue CRESUS WorlCat	Nursing, diagnostic, nursing diagnosis, classification, critics, applicability, validity, quality, impact, decision making, nursing assessment
Neurologie	Pubmed Proquest Scirus CINAHL PsycINFO Embase Atrium Elsevier Réseau U Ottawa Google Masson France, Synapse (ACP) Amazon Amicus neurology report	Spinal cord, multiple sclerosis, motor prognosis, physical therapy, physiotherapy*, diagnosis concept, classification, diagnosis classification, diagnosis taxonomy, physical classification, stroke, brain injury, diagnosis, preferred practice pattern, professional autonomy, direct access, best practice neurolog*, concept, theory, review, physical, therapy, orthopedic, diagnostic, neurologique, kinésithérapie neurologique, diagnostic kinésithérapique, autonomie professionnelle
Pédiatrie	Medline (via Pubmed) Cinahl Eric Embase Social Science Pedro Psycinfo Google Social sciences	Physiotherap*, physical therap*, diagnos*, paediatric, pediatric not treatment, clinical impression, professional role, professional practice, clinical competence, clinical practice, task performance, analysis, decision making, modalities, speciality, medical, judgement, make, ability, physical therapist Sahrman s, Zimny n 2004,

		Childs j 2005 advancing
Cardio respiratoire	Pubmed Pedro NARIC's REHABDATA Atrium Frownfelter D., Dean E. <i>Clinical Case Study Guide to accompany Principles and Practice of Cardiopulmonary Physical Therapy</i> , 3 ^e édition, Mosby, St-Louis, 1996.	Direct access, cardiopulmonary physical therapy, cardiopulmonary physiotherapy, autonomous practice physiotherapy, diagnostic classification, diagnosis concept, physical therapy practice, physical therapy diagnosis, best practice, Dean E
Gériatrie	Pubmed CINAHL Pedro Google Cochrane Embase Hearth information reseach unit McMaster evidence-base APTA section geriatric Worldcat Amicus Précis pratique de gériatrie. Arcan-Hébert 1997 The Merck manual of hearth and aging 2004 The Merck manual of geriatrics 2000 Geriatric Emergency medicine A.C.E.P. 2004 Clinical in geriatric medicine 2006 Journal Geriatric physical therapy (APTA)	Physical therapy, aged, old age, physiotherapy*, diagnosis, clinical diagnosis, diagnostic classification, geriatric*, diagnostic procedure, differential diagnosis, diagnostic clinique en physiothérapie gériatrique, diagnosis functional geriatrics, physiotherapy
Musculo squelettique	Pubmed CINAHL Thèses Canada Google Pedro Périodiques scientifiques: JOSPT, Physical Therapy, Scandinavian journal of physiotherapy, Physiotherapy Canada	Physical Therapy physiotherapy, diagnosis, orthopaedics, musculosqueletal, chiropract*, professional autonomy, classification, Davenport TE, Norton BJ, Delitto A, Boissonnault WG, Di Fabio RP, Wainner RS, Fritz JM, Sahrman SA, Greathouse DG, Goodman C, Zimny NJ, Snyder TE
Général	Michel Gedda : Décision kinésithérapique. Identité, démarche, chaînes logiques. Masson. 2001. Éric Viel: Le diagnostic kinésithérapeutique : le	

	<p>bilan-diagnostic en pratique libérale et hospitalière. Collection : le point en rééducation. 2^e édition. Masson. 2000, 136 pages.</p> <p>American Physical Therapy Association. <i>Guide to Physical Therapist Practice</i>, 2^e édition, Phys Ther 2001:81:9-744.</p>	
--	--	--

POUR INFORMATION

Annexe 3

Matrice de lecture utilisée pour extraire les citations et les identifier selon la référence d'origine et l'objectif auquel ces citations se rapportent.

La matrice de lecture a été utilisée pour mettre en évidence les citations importantes des articles retenus comme **pertinents prioritaires communs**. Le nombre de ces articles s'est accru au fil des travaux du groupe de travail, passant de 17 à 31. Les articles sont présentés par ordre chronologique. Chaque membre devait identifier les citations pertinentes en fonction des quatre premiers objectifs du groupe de travail. Par la suite, une mise en commun a été effectuée. Au total, 117 citations (allant de quelques phrases à des tableaux complets) ont été retenues et répertoriées. Celles qui faisaient consensus ont été extraites et reproduites dans une grille qui permettait de l'identifier selon la référence d'origine et l'objectif auquel ces citations se rapportaient.. Afin d'illustrer notre démarche pour le lecteur, nous avons ici produit la matrice pour les premiers articles recensés.

<u>Référence</u>	<u>Objectif spécifique 1</u>	<u>Objectif spécifique 2</u>	<u>Objectif spécifique 3</u>	<u>Objectif spécifique 4</u>	<u>Commentaires</u>
	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 d'avoir recours ou non au diagnostic en physiothérapie.	Décrire les différentes approches diagnostiques qui existent et vérifier dans quelle mesure elles peuvent être utilisées et/ou adaptées pour définir un concept diagnostique en lien avec la pratique de la physiothérapie au Québec.	Proposer une définition conceptuelle du diagnostic en physiothérapie.	Identifier les connaissances et habiletés nécessaires au physiothérapeute pour exercer ce niveau de responsabilité qu'est celui de poser un diagnostic selon le concept proposé.	
<p>Consigner un résumé de l'argumentation et/ou citer l'argumentation entre guillemets. Inscrire la référence complète (page, colonne, ligne, etc.).</p> <p>Ajouter vos commentaires.</p>					

Annexe 4

Matrice de lecture présentant des exemples de citations pertinentes (par objectif) extraites à partir de la revue systématique des références et de leur classement. Les citations extraites des 17 premiers articles sont ici présentées par ordre chronologique à titre d'exemple et parce qu'elles ont été considérées fort pertinentes.

Référence	Objectif	Citations retenues
Sahrman S. Diagnosis by the physical therapist— a prerequisite for treatment. Phys Ther. 1988 Nov;68(11):1703-6.	Objectif spécifique 1	<p>"A logical premise is that direct-access practice requires PTs to identify, or "diagnose", the conditions to be treated. In 1984, the APTA House of Delegates passed the motion that "PTs may establish a diagnosis within the scope of their knowledge, experience and expertise." p. 1703 CG L14-19</p> <p>"Direct-access practice highlights the need for PTs to name the condition they are treating because the patient would not be entering the health care system with a label provided by the referring physician." p. 1703 CG L26-CD L2</p> <p>"<i>Evaluation</i> means to determine or fix the value of something." p. 1703 CD L10-11</p> <p>"1. Medical diagnosis is not a sufficient diagnosis to direct physical therapy. 2. Diagnostic categories must be developed by PTs that clarify what they can diagnose by virtue of their education and license. 3. Diagnostic categories will provide 1) a means of communication with colleagues and consumers about conditions requiring physical therapist's expertise, 2) the necessary classification for deriving treatment effectiveness and prognosis, and 3) a grouping of conditions toward research can be directed. Practice based on diagnoses would augment treatment effectiveness, and assessment of that efficacy should reduce the tendency toward cultism associated with practice based almost entirely on treatment approaches." P. 1703 CD L36-1704 CG L13</p> <p>"...PTs can provide a more relevant diagnosis that does relate to the cause than is provided by the medical practitioner using these terms." p 1704 CG P4 L4-8</p> <p>"Thus, by the members of the physical therapy profession recognizing their role and responsibility to become diagnosticians, they can begin to classify signs and symptoms more actively and develop the categories that will enhance the effectiveness of their practice and their contributions to health care." p. 1704 CG P4 L13-18</p> <p>"What are the implications and benefits of developing diagnostic categories? In Webster's unabridged dictionary, diagnosis is defined in several ways. The first definition is "the act or art of identifying a disease by its signs and symptoms." The second is a concise technical description of a <i>taxon</i> (taxonomy being the study of the general principles of a scientific classification). The third definition is "the investigation or analysis of the cause or nature of a condition, situation, or problem." These definitions express two important things about diagnosis: 1) a label is given to a condition, and 2) that label provides characteristics of the condition when</p> <p>it is communicated to others. Because the condition can be classified, treatment can be defined, and a prognosis can often be given. Because of the common knowledge provided by the label, the condition can be identified more readily and accurately in patients. Signs, symptoms, and specific tests are indicators of the condition and are thus important information in the development of the diagnosis. In addition, because of the communication that is made possible by use of a specific label, the underlying processes and the effectiveness of treatment are usually known." p. 1704 CD P1</p>

"Historically, physical therapy, or treatment with natural means, was ordered by physicians based on their diagnoses of musculoskeletal pain or movement impairment. Exercise or a physical agent could be used to alleviate or improve the condition. Depending on the setting, the specificity of the direction provided by physicians varied from the detailed prescription to the general referral for evaluation and treatment. Time, which has been accompanied by changes in responsibilities for both physicians and PTs, has also demonstrated an expansion of PTs' knowledge of physiology and pathophysiology. The practice of medicine by physicians has moved toward a chemical basis. Their knowledge of molecular and submolecular structures is fundamental to their practice because of the pathophysiological basis of most diseases; gross anatomy has been de-emphasized. Physical therapists' primary responsibility has been to understand anatomy and the components of kinesiology and *kinesio pathology*, or the study of disorders of movement (in contrast to *pathokinesiology*, or the study of movements related to a given disorder), because this information is the basis of their practice. Additionally, other professionals have little academic preparation in these areas. The different academic directions for PTs and physicians are why, in part, PTs must become diagnosticians." [p. 1704 CD P3 en entier](#)

(Suite) Sahrman S.

Diagnosis by the physical therapist—
a prerequisite for treatment. *Phys Ther.* 1988 Nov;68(11):1703-6.

"The generic definition of the term diagnosis as stated in this communication will help establish which conditions require a diagnosis by physicians and which conditions require diagnosis by physical therapist." [p. 1706 CD L2-6](#)

"...PTs should have a clear statement of the meaning of the diagnostic word and the context in which they will responsibly and legally use it." [p. 1705 CD P1 L3-5](#)

"The development of these diagnostic categories would also enable PTs to be more effective in their treatments because, rather than providing purely symptomatic relief by application of physical agents, they would be identifying causative factors and trying to correct them." [p. 1706 CG P2 L13-18](#)

Objectif spécifique 2

"The *International Classification of Diseases: Clinical Modification* is a

compendium of diagnoses and procedures that has been used by the Health Care Financing Administration for constructing the diagnosis-related groups that are the bases of payment for Medicare and other third-party payers." [p. 1704 CG P2 L10-15](#)

"An example to clarify this point can be found in patients with hemiplegia. The physician, after examination and adequate testing, will diagnose the condition of the patient as a cerebrovascular accident (CVA) and may even specify whether it was of embolic or thrombotic origin and indicate the primary vessels involved. This diagnosis, however, provides only a limited amount of information that is pertinent to the physical therapy management of the patient. In only a very general way does the diagnosis of CVA direct the PT's treatment. The general treatment goal is to restore mobility of the patient within the environment and of the limbs wherein possible. But what of the subclassification of the characteristics of the hemiplegia itself? The additional general label of "flaccid" or "spastic" surely means little when considering treatment or prognosis. What is necessary is for a PT to classify or categorize, by specific assessments, the components of the movement dysfunction that will provide definitive guidelines for treatment and for a prognosis. The label attached to the final composition of these assessments, whether it is as general as "type 1 hemiplegia" or as specific as "nonfragmented volitional movement with severe tone dysfunction", would be the diagnosis by the PT." [p. 1705 CG P2](#) (ex. AVC)

"The definition I propose is as follows: Diagnosis is the term that names the primary dysfunction toward which the PT directs treatment. The dysfunction is identified by the PT based on the information obtained from the history, signs, symptoms, examination, and tests the therapist performs or requests." [p. 1705 CD P1 L7-13](#)

(Suite) Sahrman S.

Diagnosis by the physical therapist—
a prerequisite for treatment.

"This definition is broad enough to include the practice of any of the physical therapy specialties and to provide for future growth as the profession incorporates additional forms of examination and testing. This definition is clearly not meant to be a "physical therapy diagnosis," which would imply that it would be unique to a PT. As PTs disseminate information about the diagnostic labels they use, a wide variety of other practitioners would be expected to recognize the same signs and symptoms in their patients and to use these terms when referring patients to PTs for confirmation of the presence of these conditions and for treatment." [p. 1705 CD P2 en entier](#)

"Implicit in this definition, however, is the understanding that PTs would not diagnose conditions that require tests or procedures that are outside their practices. Thus, therapists could not establish the diagnostic label of "fracture" unless their physical examination showed visual or manual

evidence of bone separation. This diagnosis would be a designation of severe soft tissue injury; if a fracture were suspected, the therapist would THEN refer the patient to a physician for radiological examination and additional diagnosis. Similarly, PTs could not diagnose a herniated disk, because they currently do not request the tests required for establishing this diagnosis. Furthermore, in my experience, this type of diagnosis is not adequate to direct my treatment prescription, although the information may be useful to me. My treatment prescription would be based on the diagnosis I obtain by examining the patient's alignment faults and by noting the movements that affect the symptoms. The diagnosis that I would make might be "lumbar hyperflexion with neural impingement." This diagnosis directs my treatment prescription; because it is the resolution of these alignment and movement faults that will be the basis for the exercise and body mechanics programs that I will teach the patient." [p. 1705 CD P3 ex. hernie discale](#)

"Too often the belief is expressed that the PT must be able to make a differential medical diagnosis, that is, to identify the specific disease. That type of differential medical diagnosis requires a medical education." [p. 1706 CG P3 L14-CD P1 L2](#)

"The generic definition of the term diagnosis as stated in this communication will help establish which conditions require a diagnosis by physicians and which conditions require diagnosis by PTs." [p. 1706 CD P1 L2-6](#)

Objectif spécifique 3

"A step taken toward clarifying the body of knowledge was the adoption of a philosophical statement that identified movement dysfunction as the physical therapy content area of expertise." [p. 1703 CG P1 L13-14](#)

"*Evaluation* means to determine or fix the value of something." [p. 1703 CD P1 L10-11](#)

"Future efforts should certainly be directed toward using the correct terminology for the examinations, tests, and measurements we perform." [p. 1703 CD P1 L22-24](#)

"*Diagnosis* is the name given to a collection of relevant signs and symptoms. No other word adequately connotes or denotes what is meant by the term diagnosis." [p. 1704 CG P2 L2-5](#)

"Surely, the function of a diagnosis is to provide information that can guide treatment." [p. 1704 CG P3 L10-12](#)

"These definitions express two important things about a diagnosis: 1) a label is given to a condition, and 2) that label provides characteristics of the condition when it is communicated to others." [p. 1704 CD P1 L9-12](#)

"Signs, symptoms, and specific tests are indicators of the condition and are thus important information in the development of the diagnosis." [p. 1704 CD P1 L16-18](#)

"What is necessary is for a PT to classify or categorize, by specific assessments, the components of the movement dysfunction that will provide definitive guidelines for treatment and for a prognosis." [p. 1705 CG](#)

		<p><u>P2 L15-19</u></p> <p>"These diagnoses will direct treatment and provide a means to begin communicating about treatment, prognosis, kinesiotherapy, and perhaps etiology." <u>p. 1705 CG P4 L2-4</u></p>
	Commentaires	<p>Distinction entre évaluation et diagnostic (outcome) mais aussi entre dx et classification (obj. 3)</p> <p>« As a PT, I believe that these issues are important and that the future of our profession depends on how responsibly we pursue implementing our role as diagnosticians. » <u>P. 1703 CD P2 L5-8</u></p> <p>Plusieurs dx de l'ICD pourraient être utilisés par les phts (En MSK possibilité de dx selon ICD-acte partagé avec md)</p> <p>Contre nature de ne pas nommer une chose avant de les regrouper</p> <p>"...that PTs would not diagnose conditions that require tests or procedures that are outside their practices." <u>p. 1705 CD P3 L2-3</u></p>
Rose SJ. Physical therapy diagnosis: role and function. Phys Ther. 1989 Jul;69(7):535-7.	Objectif spécifique 1	<p>"The linkage between direct access and diagnosis is the inherent belief by the majority of those involved (professional participants and lay public alike) that seeing a patient in the direct-access mode requires the practitioner to make a medical diagnosis." <u>p. 535 CC P1 L2-9</u></p> <p>"The absence of a generally accepted description (ie, a definition) of a physical therapy diagnosis, or of a document that identifies the role and function of this diagnosis, allows legislators and members of the health care community to believe that PTs want to diagnose disease in a manner similar to that used by their physician colleagues." <u>p. 535 CC P2 L16-26</u></p> <p>"Although limitations currently exist, the diagnostic process is a productive method for making clinical decisions about applying the most appropriate treatment or management strategy for a given individual patient. Our newly emerging role and responsibility for determining treatment and management strategies dictates that PTs make diagnoses. Excellence in practice, now and in the future, requires PTs to be skilful diagnosticians." <u>p. 537 CD P4 L1-13</u></p> <p>"...the objectives of a physical therapy diagnosis are focused on classifying dysfunction rather than disease and are directed primarily to planning and predicting outcome of treatment, thus are distinctly different from a medical diagnosis." <u>p. 535 CD P1 L2-8</u></p> <p>"The elements of our diagnoses are patient's clinical data (symptoms, signs and personal demographics). At certain times, however, we may use paraclinical tests performed by other practitioners." <u>p. 536 CD P3 L5-11</u></p>
(Suite) Rose SJ. Physical therapy diagnosis: role and function.	Objectif spécifique 2	<p>"It would prevent us from searching for a singular treatment for all patients for whom only the general nature of the clinical problem has been identified". <u>p. 537 CG P3 L1-5</u></p> <p>"Diagnosis is the term that names the primary dysfunction toward which the PT directs treatment. The dysfunction is identified by the PT based on information obtained from the history, signs, symptoms, examination, and tests the therapist performs or requests." <u>p. 535 CD P3 citation Rose appuie Sahrman</u></p> <p>"Establishing a physical therapy diagnosis allows the clinician to name and classify clusters of symptoms, signs and demographic data of similar patients who have responded successfully to a specific treatment. Using the systematic process of classifying clinical data, developing categories based on the classification process, and naming categories of successfully treated patients increases the probability that the clinician will replicate—or surpass—the best results obtained in previous situations." <u>p. 536 CG P2 L15-28</u></p>

		<p>"The process of classifying clinical data into named categories of clinical entities is currently accepted as scientifically sound method for establishing a diagnosis. After the elements of, or criteria for, the categories of a clinical entity are established by the process of classification, it is essential to determine whether the categories are mutually exclusive and exhaustive." p. 536 CG P3 L1-10</p> <p>"The physical therapy diagnosis should be the end result of using scientific methods of classification to develop mutually exclusive and exhaustive categories of clinical entities." p. 536 CD P3 L1-5</p>
	Objectif spécifique 3	<p>"...dysfunctions that are primarily, but not exclusively, of the movement system." p. 536 CG P2 L3-5</p>
	Objectif spécifique 4	<p>"Identifying the role and function of physical therapy diagnoses also should provide evidence that they have distinguishing characteristics, are limited to our body of knowledge and scope of practice, and are complementary to (and not in conflict with) diagnoses made by other health care practitioners. The current political-legal aspects of this issue mandate that the profession clearly communicate that the intention of the physical therapy diagnosis is not to infringe on the practice of others or to assume roles that are beyond the scope of our education and training." p. 535 CG P1 L6-21</p> <p>"The homogeneity of patients forming the comparison groups can protect studies against a "washout effect". p. 537 CC P4 L1-3</p> <p>"Coming to grips with defining both substance and terminology is a critical first step that should increase the probability of reliability (ie, consistency) of physical therapy diagnoses." p. 537 CD P2 L9-14</p>
	Commentaires	<p>"Thus the diagnosis provides a name that creates a sense of reality that is beneficial to the patient and the practitioner. Naming, therefore, has the wonderful clinical value of providing a shorthand for communication and, in many instances, a source of comfort for both practitioner and patient." p. 536 CC P1 L16-24 (confort psy pour patient et pht-cancer vs tendinite vs rien)</p> <p>Dx spécifique vs tx spécifique (Piette 2006)</p>
Rothstein JM. Patient classification. [Editor's note]. Phys Ther. 1993 Apr;73(4):214-5.	Objectif spécifique 2	<p>"...—the development of meaningful clinical categorizations that can be used to guide treatment and determine prognoses." p. 214 P2 L5-7</p> <p>"Diagnostic categories that are unique for any profession condemn that profession to isolation." p. 215 P1 L3-4</p>
Fosnaught M. A critical look at diagnosis. PT Magazine. 1996; 50:48-53.	Objectif spécifique 1	<p>"The current political-legal aspects of this issue mandate that the profession clearly communicate that the intention of the physical therapy diagnosis is not to infringe on the practice of others or to assume roles that are beyond the scope of our education and training." p. 49 CG P2 L8-14</p> <p>"..., the consensus among PTs is that the medical diagnosis alone typically does not provide sufficient direction for the physical therapy treatment" p. 50 CG P1 L6-10</p> <p>"Boissonnault believes that formalized diagnostic categories might give PTs some leverage in negotiating appropriate physical therapy care plan with payers." p. 51 CC P2 L1-4</p> <p>"Other issues with which diagnosis has been linked are direct access to physical therapy services and the closely related issue of PTs as primary care providers. Because direct access allows the patient to come directly to the PT without undergoing a medical evaluation and receiving a</p>

medical diagnosis, concerns about PTs' inability to label the patient's "disease" have led some in the medical community to continue to oppose direct access and the role of primary care provider for PTs." [p. 51 CD P2 L1-11](#)

"...the clinical data (signs and symptoms) still remain the most powerful criteria for establishing a diagnosis." [p. 49 CD P1 L10-12](#)

"We complement physicians in that our niche is movement dysfunction. That's our emphasis—we diagnose movement dysfunction and screen for disease to help us decide if the patient needs to see the physician, and the physicians do it the other way around—they diagnose specific diseases and screen for dysfunction to help them decide whether the patient needs to see a PT." [p. 52 CG P1 L1-9](#)

"...and development of diagnostic categories for the conditions we treat will be one step in that direction." (physiothérapie plus efficace en termes de résultats) [p. 52 CC P1 L14-16](#)

Objectif spécifique 2

"...some PTs have suggested the strategy of breaking down a general medical diagnosis into subcategories to direct treatment. Says Delitto, "We need a taxonomy of diagnoses that would be at a level separate from the medical diagnosis. For example, when a person comes in with a medical diagnosis of degenerative disk disease, there should be subcategories of that medical diagnosis, each of which would be treated a different way." [p. 50 CG P2 L2-12](#)

Dx ne doit pas être une catégorie des problèmes du patient

"...the diagnostic process may not always produce a diagnosis..." [p. 53 CG P1 L4-5](#)

(Suite) Fosnaught M.

A critical look at diagnosis.

"Formulation and development of a useful classification schema will require 1) using measurement theory and advanced statistical techniques (factor and cluster analyses) to validate clinical observations and systematize the complexities of clinical findings and 2) using advanced technology that enables simultaneous collection, storage, and repeated acquisition of data that characterize multiple elements of movement." [p. 53 CG P3 L5-15](#)

Objectif spécifique 3

"They go through a process of collecting data, putting the data into clusters, which means defining or classifying data by like findings such as signs, symptoms, or the result of diagnostic tests to establish a working hypothesis, and confirming or disconfirming that hypothesis until they reach a diagnosis or put a label onto the clusters of data." [p. 49 CG P1 L5-13](#)

"The policy defines diagnosis as "a label encompassing a cluster of signs and symptoms commonly associated with a disorder or syndrome or category of impairment, functional limitation, or disability." [p. 49 CG P4 L6-11](#)

"Evaluation, then, is a process ; diagnosis, the end result." [p. 49 CC P2 dernière phrase](#)

Commentaires

"The term "diagnosis"...should not be used to reflect ownership of the condition which would be the inevitable consequence of using the phrase "physical therapy diagnosis", cautioned Jette, adding in a later writing, "I recommend using the phrase "diagnosis by a PT" instead of the phrase "physical therapy diagnosis" to describe this process. Manifestations of disease diagnosed by the PT will frequently not be in the exclusive realm of the PT's scope of practice." [p. 52 CC P5 L1-CD P1 L11](#)

"Asks Rothstein, "Are we talking about physical therapy diagnosis being diagnosis unique to the profession, or are we talking simply about a diagnosis made by a PT that could be made by someone else, but is in a particular instance being made by a PT? Many people have warned that physical therapy should not have something called a "physical therapy diagnosis". That would serve to create a separate reality from the main

		body of health care—it would alienate us.” <u>p. 52 CD P2</u>
		“Rothstein argues that any categories developed by PTs “have to be generalizable. They can’t be specific to each profession. We can’t have one patient with one problem having 10 diagnostic labels from 10 different health care practitioners—it doesn’t make sense. Particularly when we think about outcomes—if we don’t have a shared diagnosis, how can we compare the results of our outcomes?” <u>p. 52 CD P3</u> (PT dx vs dx by a PT ?/categories have to be generalizable)
Schenkman M, Bliss ST, Day L, Kempainen S, Morse J, Pratt J.	Objectif spécifique 1	“Another essential goal of intervention is to limit further decline. Therefore, preventive strategies are critical.” <u>p. 147 CD P2 L1-2</u>
Multisystem model for management of neurologically impaired adults—an update and illustrative case. Neurology Report. 1999 Oct;23(4):145-57.	Objectif spécifique 2	“Sound clinical reasoning, guided by disablement models, also can assist clinicians communication with other health care professionals.” <u>p. 156 CD P6 L1-p.157 CG P1 L1</u> “In summary, the model assisted the clinician to make decisions regarding the order and implementation of intervention strategies.” <u>p. 155 CG P2 L1-3</u> <u>Résumé</u> Les auteures proposent une intégration des divers modèles conceptuels basée sur la classification internationale de production des déficiences, incapacités et handicaps (CIDIH) en les combinant au modèle original proposé par Schenkman et Butler (1989) et en l’appliquant à la neurologie. L’objectif est d’offrir un cadre conceptuel permettant de couvrir l’ensemble des phénomènes menant au handicap incluant les facteurs de risques et des modulateurs. Une histoire de cas complexe est utilisée pour illustrer le propos. Un lien est fait avec le « Guide to physical therapist practice » de l’apta <u>Commentaires</u> 1. Avantages : Comme la pratique neurologique diffère de celle en musculo-squelettique et que le diagnostic est souvent connu au départ, ce modèle a l’avantage d’offrir un cadre conceptuel permettant de choisir les évaluations et les interventions appropriées. Il est aussi un outil de communication entre les personnes concernées par le problème. Il peut aussi servir à regrouper des populations comparables pour fins de recherche d’efficacité d’interventions. Ces cadres conceptuels inspirés de la CIDIH offrent donc le même type d’avantage que l’établissement d’un diagnostic physiothérapique. Il est particulièrement pertinent pour les cas neurologiques complexes car ils reposent sur une vision multidimensionnelle du problème. Par définition, il repose sur un diagnostic de base connu (ex : AVC, Parkinson, SEP), mais a l’avantage de faire ressortir les caractéristiques propres à chacune des personnes atteintes. Dans une vision d’interdépendance professionnelle ces cadres conceptuels ont l’avantage d’être opérationnels et déjà connus. 2. Désavantages : À l’intérieur de ce type de modèles, il est difficile de souligner la spécificité de la physiothérapie et de bien mettre en évidence sa contribution à la résolution des problèmes. L’expertise de la physiothérapie est surtout requise dans la section incapacité, section d’importance relative à l’intérieur de ces modèles. De plus, en présence d’un cas complexe (plusieurs diagnostics neurologiques différents ou mal identifiés, atteintes multi systémiques), la tentation est grande de faire une liste d’épicerie des diverses incapacités et de ne plus faire le lien avec les causes primaires (pathologies). Ce faisant, les évaluations sont moins élaborées, le choix des protocoles de traitements moins spécifiques et l’établissement du pronostic plus aléatoire.

Scheets, PK, Sahrman SA, Norton, BJ.

Diagnosis for physical therapy for patients with neuromuscular conditions. Neurology Report. 1999 Oct;23(4):158-69.

Objectif spécifique 1

"The system of diagnoses for physical therapy for patients with neuromuscular conditions described in this paper includes the medical diagnosis as an important moderating variable which has an impact on physical therapy intervention but does not direct intervention. Consequently, disease is not selected as the level of classification in this system. The categories described in this system are based on differences in impairment level variables and the potential of identified deficits to improve with natural recovery. The following sections consist of an overview of the system of diagnoses proposed in this paper and the clinical examination process used to collect the data needed to make a diagnosis." [p. 159 CG P1 L1-13](#)

Objectif spécifique 2

(Suite) Scheets, PK, Sahrman SA, Norton, BJ.

Diagnosis for physical therapy for patients with neuromuscular conditions.

"For example, complete spinal cord injury at a given level is an example of a medical diagnosis that is associated with a prediction of functional outcome and that directs physical therapy intervention.⁸ PTs can readily identify the types of interventions needed and strategies to be used to improve the patient's level of independence when the medical diagnosis is complete spinal cord injury." [p. 158 CD P3 L8-15](#) (voir exemples ds section "Level of classification")

"This system of diagnoses includes 17 categories of patients whose primary movement deficit is related to one of the following:

1. muscle tone dysfunction and the inability to fractionate or isolate movement at one segment (5 categories),
2. weakness (2 categories),
3. the timing and sequencing of movement needed for equilibrium,¹⁰
4. dyscoordination with equilibrium and nonequilibrium tasks,
5. diminished speed of movement,
6. loss of range of motion (2 categories),
7. loss of joint position sense or loss in multiple sensory modalities,
8. impaired perception of vertical alignment,
9. impaired perception of motion in the environment, and
10. inability to learn motor tasks.

(Suite) Objectif spécifique 2

A list of the category names (diagnoses) appears in Table 1. A summary of category descriptions, key examination findings, and general interventions associated with each diagnosis are provided in the Appendix. [p. 159 CG P3-CD P2 L4](#)

"TABLE 1. List of Diagnoses for Neuromuscular Physical Therapy:

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." [p. 159 TABLEAU 1](#)

"To determine the primary movement dysfunction, the therapist must perform an examination of impairments and functional tasks, analyze the performance of functional tasks relative to observed impairments, use the guidelines provided by the descriptions and examination results for each diagnosis, and make a judgment about the primary cause of the movement dysfunction." [p. 162 CD P1 L2-7](#)

"Information about the recovery of patients with specific neuromuscular medical diagnoses is used to

(Suite) Scheets, PK, Sahrman SA, Norton, BJ.

Diagnosis for physical therapy for patients with neuromuscular conditions.

determine whether or not the identified

primary movement dysfunction is expected to improve. In this system of diagnoses, the label, "Type 1," is used to indicate a good potential for motor recovery or improvement, and the label, "Type II," is used to indicate poor potential for motor recovery or improvement. For example, a patient whose primary movement deficit is weakness from Guillain Barre has a good potential for motor recovery²²⁻²⁴ and may be given a diagnosis of Force Production Deficit, Type 1. Alternately, a patient whose primary movement deficit is weakness from chronic steroid myopathy has a poor potential for motor recovery¹⁶ and may be given a diagnosis of Force Production Deficit, Type II. For situations in which no known data exists about the potential for improvement in motor behavior relative to the medical diagnosis, the therapist uses information about the patient's prior level of function, disease course, and medical treatments in making a determination about the potential for improvement. The next sections consist of an explanation of a "working diagnosis" used for some cases and a discussion of the differences in intervention based on the diagnosis for physical therapy." [p. 162 CD P3 en entier](#)

"The diagnosis the therapist selects is termed the "working diagnosis." In addition to naming the working diagnosis, the therapist designates the test results or data that is to be gathered at a given point in time (usually within 2 weeks or less) to confirm the diagnosis. The therapist also provides a differential diagnosis that consists of other possibilities and the test results or data that will either confirm or disconfirm each. The therapist initiates intervention consistent with the working diagnosis. Intervention is altered if one of the differential diagnoses becomes the definitive diagnosis". [p. 163 CG P1 L7-17](#)

"Making a diagnosis prior to initiating treatment has been a significant change in orientation for the staff. In the initial phases of implementation, the staff tended to select a diagnosis that matched the treatment they had already chosen rather than allowing the diagnosis to direct intervention. After discussing many patient cases, however, it was apparent that making a diagnosis prior to determining a plan of care helped therapists make a more complete long-term plan, attend to preventive measures earlier in the patient's care, and address the core of the patient's needs with more efficiency." [p. 164 CG P3 en entier](#)

"Pilot data have been collected throughout the implementation of the system. Reliability of classification by clinicians and students has been established for some of the impairment level variables²⁸ and in the ability to determine the difference between patients needing treatment directed toward learning normal essential movement components and learning compensatory movement strategies (unpublished data). Some data has been collected that support the descriptions of the diagnoses by indicating a relationship among different impairment level variables." [p. 164 CD P3 en entier](#)

"The system is based on measuring impairment level variables, observing analysis of mobility, and understanding the patient's potential for motor recovery as it relates to the medical diagnosis(es). The PT searches for the primary cause of the movement dysfunction while performing the examination." [p. 165 CD P4 L1-5](#)

"As a result, the diagnosis system serves as a "guidebook" in the therapist's search for the category that best fits the patient." [p. 162 CG P2 L16-18](#)

On ne doit pas classer le patient mais des conditions. La notion de Working Dx est intéressante de même que Dx différentiel. [p. 163](#)

"This system of diagnoses for patients with neuromuscular disorders is a "work in progress"." [p. 165 CD P2 L1-2](#)

Résumé :

Dans cet article, les auteures présentent un système diagnostique physiothérapeutique pour les conditions

(Suite) Scheets, PK, Sahrman SA, Norton, BJ.

Diagnosis for physical therapy for patients with neuromuscular conditions.

(Suite) Objectif spécifique 2

neuromusculaires, basé sur les incapacités reliées aux mouvements (« different movement related impairments »). Les catégories diagnostiques sont définies, les avantages de cette classification sont exposés ainsi que des évaluations et interventions proposées. La notion de pronostic (et de récupération spontanée) occupe une place importante à l'intérieur même de cette classification. Deux histoires de cas complètent le propos. Un lien avec le « Guide to physical therapist practice » est fait.

1. Avantages :

Ce modèle propose plus de catégories diagnostiques de type neuromusculaire que le « Guide to physical therapist practice » ce qui permet de couvrir un plus grand éventail de situations. La classification a été élaborée à partir d'une spécificité propre à la physiothérapie i.e. le mouvement anormal. Le lien avec la fonction est donc présent. De plus, les catégories diagnostiques sont généralement bien définies et opérationnelles. Plusieurs de ces catégories sont divisées en sous-catégories permettant une plus grande spécificité. Cette sub-division repose habituellement sur la notion de pronostic et mène à des interventions différentes. Ces catégories diagnostiques sont présentées en patrons (clusters) reliant évaluation, pronostic et traitement. Ceci facilite l'apprentissage pour les étudiants et novices.

Désavantages :

Il manque une définition claire de ce que les auteures comprennent par neuromusculaire, car dans la liste de diagnostics, on retrouve des éléments du domaine sensoriel (« perceptuel deficit ») ou cognitif (« mobility consult »). De plus, certaines catégories diagnostiques (ex : « force production deficit-type I ») ne peuvent être comprises sans un support didactique, ce qui limite les échanges avec les autres professionnels.

Certaines catégories (ex : « sensory selection and weighting deficit ») manquent de précision ou ne sont pas basées sur des connaissances récentes (ex : spasticité). Tous les domaines en lien avec la neurologie ne sont pas couverts (ex : équilibre). L'évaluation et le traitement des incapacités ne sont pas reliés à la physiopathologie.

(Suite) Objectif spécifique 2

Objectif spécifique 3

"A basic concept in using the system of diagnoses is that the physical examination is performed in order to make a diagnosis rather than to identify treatment strategies. Because making a diagnosis is the goal of the examination, the therapist collects data on multiple factors and attempts to sort and collect the results into clusters that are consistent with the descriptions of the diagnoses identified in the system." [p. 162 CG P2 L3-11](#)

Boissonneault W.

Objectif spécifique 1

Differential diagnosis: taking a step back before stepping forward. PT Magazine. 2000 Nov;8(11):46-55. (Suite) Boissonneault W.

"We must state loudly and clearly that we accept the responsibility that accompanies patient care without referral." [p. 3 P2 L5-7](#)

Differential diagnosis: taking a step back before stepping forward.

(Suite) Objectif spécifique 1

"In this model, it is dear that after evaluating the collected data, the physical therapist will make one of three decisions : number 1, referral/consultation; number 2, diagnose and treat, number 3, both choices 1 and 2 would be appropriate. If the decision is that a referral is not warranted, then the therapist would develop a diagnosis through a process I will call Differential Diagnosis Phase II. I believe the model before you more completely represents our scope of practice—a practice that has the best interests of our patients in mind." [p. 3 P5 en entier](#)

"Even though physical therapists receive training in this medical screening or Differential Diagnosis Phase I process, these skills are not always used to their fullest in clinical practice. The question is, why not? One

answer is attitude—our own.” p. 4 P7 L3-5

“In order for Differential Diagnosis Phase I to take place effectively, the collection of this data is absolutely necessary. Since the data collected during the review of systems is different from that collected from past medical/surgical history, it is imperative that this category of data be added to figure 3 in chapter 1 of the Guide.

My recommendation for changes in the Guide should not be construed as criticism of the document. APTA has made it dear that the Guide to Physical Therapist Practice is an evolving document. Only through continued revisions will this important document accurately reflect high-quality patient/client management.

Our responsibilities

Next, I would like to discuss my observations of a considerable obstacle to physical therapists becoming differential diagnosticians. Even though physical therapists receive training in this medical screening or Differential Diagnosis Phase I process, these skills are not always used to

their fullest in clinical practice. The question is, why not? One answer is attitude—our own.

I have been teaching this material in physical therapy academic and seminar settings since February of 1989. These are some of the “attitudinal” comments I’ve heard from therapists over the years: “If the physicians did their job, or if the physicians didn’t miss things, I wouldn’t have to worry about this.” This statement is often steeped in resentment. Another related comment is: “Isn’t it the physician’s job to screen for occult disease and assess the patient’s health status?”

Is it the physician’s job? Of course it is, but it is also our job. If we are all meeting our differential diagnosis responsibilities it is less likely that a health concern or an occult disease will slip through the cracks for months and months or even years before being diagnosed and treated. Do physicians miss things? Of course! Do physical therapists miss things? Of course! There are number of reasons delayed and missed diagnosis occurs.” p. 4 P5 continu avec p. 5 P1

“I never had a patient who ended up having a cancer!” is another statement I hear implying that the therapist has never encountered these conditions clinically, so what’s the worry? Well, it may be true that a therapist has not had a patient who ended up having cancer, especially if the therapist has been practicing for a relatively short period of time or has a patient population primarily made up of people aged between 20 and 50 years. The question I ask is, why is cancer the only item we should be concerned about? Compared with many other significant diseases, cancer occurs relatively infrequently in the general population. This is compared with hypertension, which afflicts approximately 20% to 25% of the general population, with the estimation that another third of the population has occult hypertension.[2,3] Compare this also with chemical dependency, which is found in approximately 10% to 11% of the population. The lifetime prevalence of depression is 20% to 25% in women and 7% to 12% in men.[4] These entities are accompanied by significant morbidity and mortality.” p. 5 P3 en entier (exemple)

“Do physicians miss things? Of course! Do physical therapists miss things? Of course! There are a number of reasons delayed and missed diagnosis occurs.” p. 5 p1 L2-3

“For many diseases, the initial manifestation is simply pain--pain that is not severe or disabling enough to warrant extensive medical tests, so these patients end up in our clinics for treatment of their pain. The expected medical manifestations, such as fever, malaise, nausea, etc, often are not present initially. Patient denial also plays a role. It Is amazing what people will put up with, ignore, and downplay when it comes to

(Suite) Boissonneault W.

Differential diagnosis: taking a step back before stepping forward.

Objectif spécifique 2

(Suite) Boissonneault W.

Differential diagnosis: taking a step back before stepping forward.

their health. Considering the fact that we tend to see patients consistently over a period of weeks or months and spend more than 5 to 10 minutes with them

each visit, this puts us in a great position to detect subtle, intermittent complaints that may be manifestations of occult disease. " [p. 5 p2 en entier](#)

"I have never had a patient who ended up having cancer!" is another statement I hear implying that the therapist has never encountered these conditions clinically, so what's the worry? Well, it may be true that a therapist has not had a patient who ended up having cancer, especially if the therapist has been practicing for a relatively short period of time or has a patient population primarily made up of people aged between 20 and 50 years. .The question I ask is, why is cancer the only item we should be concerned about? Compared with many other significant diseases, cancer occurs relatively infrequently in the general population. This is compared with hypertension, which afflicts approximately 20% to 25% of the general population, with the estimation that another third of the population has occult hypertension. [2, 3] Compare this also with chemical dependency, which is found in approximately 10% to 11% of the population. The lifetime prevalence of depression is 20% to 25% in women and 7% to 12% in men. [4] These entities are accompanied by significant morbidity and mortality. " [p. 5 p3 en entier](#)

(Suite) Objectif spécifique 2

"So there are a number of other conditions that deserve our attention and concern, and they are present in significant numbers of patients we see. Generally speaking, clinically, we find what we have been trained to find, and we will not find those things that we are not looking for. " [p. 5 p4](#)

(Suite) Boissonneault W.

"The last item from the "comments I have heard" list is my favorite. Of course, no one in the room, including me, has ever uttered the phrase, "I don't have enough time!"." [p. 5 p5 en entier](#)

Differential diagnosis: taking a step back before stepping forward.

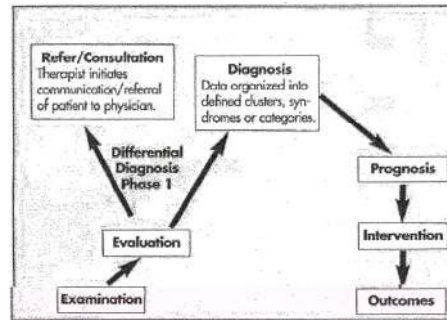
"Without a doubt, clinicians are being asked to do more in less time, educators are being asked to squeeze more material in, and researchers are under the gun to apply for more and more grants. So how do we deal with this? Well, unless someone has found a way to expand our day from 24 hours to 28, I believe the best solution lies within us." [p. 5 p6 en entier](#)

"Data Collection

For starters, we need to become more efficient and effective collectors of data. We need to become more proficient at clinical decision making. I have seen students, residents, and therapists ask questions while taking a history, and later when I ask them, "Why did you ask that question?" they can't give me an answer. I ask the resident or therapist, "This patient reports fatigue and night pain. What else should you ask the patient to determine the relevance of this information?" and I get a blank look. I have witnessed students, residents, and therapists taking a history with a line of questioning that goes something like this: "Tell me about your back pain; when did it begin? I see you also have numbness in your foot; when did

that start? Your hip hurts too? How did that start? What makes your low back worse? I see you are on non-steroidals. How many do you take in a day? Is your back pain constant or does it come and go? Who in your family has cancer? What makes your hip pain better? Are you doing any exercises for your hip?" At this point, as a mentor, my head is spinning." [p. 5 p7 en entier](#)

Figure 2: ([pAGE 11](#))



“The final item I want to briefly discuss is the last line of differential diagnosis defense, which is the response to treatment.” p. 8 P4 L1-2
Propose differential Dx phase 1 pour référence au besoin.

Précise les étapes : examen, évaluation, diagnostic, pronostic, intervention et résultats. p. 11
Figure 4 : Data collection methodology. p. 13

Objectif spécifique 4

“Even though physical therapists receive training in this medical screening or Differential Diagnosis Phase I process, these skills are not always used to their fullest in clinical practice. The question is, why not? One answer is attitude—our own.” p. 4 P7 L3-5

“A clinical medicine course, not a pure pathology course, should be a key component of any physical therapy curriculum. The emphasis of this course should be twofold - - first, how an existing disease and the prescribed medical treatment can have an impact on the rehabilitation process, and second, how to screen for yet-to-be diagnosed conditions.” p. 8 P6 L4-8

“Next, it is not only what we teach that is important, but how we teach it. There is nothing wrong with a student coming out with a 9-page low back pain examination form as long as he or she is well schooled in the decision-making process of deciding what to prioritize from that form. I believe this

is best taught in the context of various patient case scenarios.” p. 9 P4 L1-4

“We need to become more proficient at clinical decision making.” P. 5 P7 L1-2

Commentaires

« ...screening for previously diagnosed psychologic disorders is equally as important as screening the other body systems.” p. 4 p1 L1-2 (mental disorders/APTA guide?)

Australian society for geriatric medicine.

Objectif spécifique 2

Geriatric assessment and community practice. Position statement No.8. (2000). 8 pages.
<http://www.asgm.org.au/>
(Consulté le 29 octobre 2007).

“Assessment can be defined as: “a multidimensional, usually interdisciplinary, diagnostic process used to quantify an elderly individual's medical, psychosocial and functional capabilities and problems with the intention of arriving at a comprehensive plan for therapy and long-term follow-up”[1]. It has two essential components: the process of evaluation coupled to an appropriate management plan. Comprehensive geriatric assessment (CGA) is a fundamental part of a specialist geriatrician's practice.” p. 2 CD P1 en entier

“At the heart of geriatric assessment is a multidisciplinary team made up typically of medical practitioners, nursing staff, physiotherapists, occupational therapists and social workers. Other allied health practitioners in areas such as speech pathology, podiatry and dietetics may also be needed occasionally. The team should

(SUITE) Australian society for geriatric medicine.	<p>meet regularly to discuss the patients under its care and set goals and plans for its patients. Input from general practitioners is also relevant." <u>p. 5 CG P2 en entier</u></p> <p>"Although by its nature assessment is a team process, it may not be practical for the entire team to review every case. In inpatient settings, review by multiple team members usually occurs, particularly as these patients are often in an acute health crisis and have complex problems and circumstances. In ACAS assessments, given the large workloads and the need to visit people in their own homes across a large geographic area, it is not practical for multiple therapists to see each patient. In this instance a single team member, or a limited number of team members, can review the case with the ability to consult the rest of the team should the need arise. However care must be exercised not to overlook areas to which another professional may clearly contribute." <u>p. 5 CG P3 EN ENTIER approche multi, langage commun</u></p>
Geriatric assessment and community practice. Position statement No.8.	<p>Objectif spécifique 3</p> <p>"Home is the most appropriate location for assessment for most older persons who are not acutely unwell." <u>p. 4 P4 L1-3</u></p> <p>"Functional based assessments such as observation of gait, arising from a chair and other simple daily activities are easier and better performed at home where the environmental hazards can be directly observed." <u>p. 6 CD P3 dernière phrase</u> (importance de l'environnement)</p>
	<p>Objectif spécifique 4</p> <p>"Part of geriatric assessment is acting as an advocate for an older person's rights and trying to ensure that the person is able to make informed choices about future care. In addition, if there is a suspicion of abuse of that person's rights (elder abuse) then intervention is necessary." <u>p. 3 CG P3 en entier</u></p> <p>"Assessment teams need to develop culturally sensitive ways of dealing with Aboriginal and other groups." <u>p. 5 CG P1 dernière phrase</u></p>
<p>Zimny NJ.</p> <p>Diagnostic classification and orthopaedic physical therapy practice: what we can learn from medicine. J Orthop Sports Phys Ther. 2004 Mar;34(3):105-9; discussion 110-5.</p>	<p>Objectif spécifique 1</p> <p>"Some of the challenges include (1) the relative subjectivity of the classification process itself, (2) the lack of mutually exclusive and jointly exhaustive categories in clinical problems, and (3) the difficulty of deciding at what level of specificity or generality the label called the diagnosis should be set." <u>p. 106 CD P1 L3-8</u></p>
	<p>Objectif spécifique 2</p> <p>"In the <i>Guide</i>, there are PPP diagnoses consisting of impairments that are unassociated with a condition. Practice pattern B, "impaired posture,"¹¹ and practice pattern C, "impaired muscle performance,"¹¹ are 2 examples. The lack of association of a condition with these impairments implies that, by themselves, the impairments might be the source of pain and other functional difficulties. However, as Sahrman¹⁸ has pointed out, identifying impairments is different than using information about impairments to establish whether or not a specific condition exists. In fact, some PTs have expressed concern that by adopting a diagnostic classification system (such as the PPP), that focuses on broad impairment consequences, more specific pathokinesiological sources of the patient's problem might be ignored." <u>p. 108 CD P2 en entier</u></p>
<p>(SUITE) Zimny NJ.</p> <p>Diagnostic classification and orthopaedic physical therapy practice: what we can learn from medicine.</p>	<p>(SUITE) Objectif spécifique 2</p> <p>"In medicine, when a specific cause or source of the problem is known and amenable to treatment, treatment of the cause or source is usually considered more effective than treating its individual signs and symptoms. In physical therapy, identifying specific cause-like diagnoses, such as pathokinesiological movements, may likewise be a more effective basis for intervention than considering and managing individual impairments as isolated phenomena. Though relatively recently introduced into physical therapy practice, there is some preliminary support for the validity of specific movement diagnoses.^{4,10,19} What remains unclear is the relationship, if any, that these cause-like types of movement diagnoses and classification systems have to the impairment-based diagnostic classification framework advocated in the <i>Guide</i>. If the experience in medicine is a guide, it may be unrealistic to think that there will be one universally agreed on diagnostic classification system that is appropriate to all circumstances in physical therapy practice and is able to meet the needs of all users." <u>p. 108 CD P3 – critique sur le modèle de</u></p>

Sharman)

"This review relating to diagnostic classification within orthopaedic

physical therapy is timely, as I believe it raises issues that are critical to the future survival and relevance of the profession. No longer can physical therapy (and with it, physiotherapy and manual therapy) be seen as a profession involved simply in symptom palliation, without consideration for the underlying basis and overall management of a disorder in all its complexity." [p. 110 CG P1 en entier](#)

(Suite) Objectif spécifique 2

"Take the "case of chronic low back pain (LBP), the most expensive health care problem in people 25 to 50 years of age. In spite of the large number of pathological conditions that can give rise to LBP, most cases (85%) are classified as "nonspecific" because a definitive diagnosis cannot be achieved by current radiological methods.² Furthermore, the presence of pathoanatomical findings in the lumbar spine often poorly correlate with levels of pain and disability.⁹ This situation commonly results in either indiscriminate or generally directed management approaches being administered for patients with these conditions. It has been proposed that this vague term, *nonspecific chronic low back pain*, conceals a multitude of conditions.⁷" [p. 110 CG P2 en entier](#)

(Suite) Zimny NJ.

Diagnostic classification and orthopaedic physical therapy practice: what we can learn from medicine.

"It is well recognized that the classification of LBP disorders into homogenous groups and the application of specific interventions tailored for these groups are likely to enhance treatment efficacy.⁷ However, a recent review of literature suggests that there is little agreement as to what methodology to apply to this problem.⁴ The majority of studies to date that relate to the classification of LBP have focused only on a single dimension of the problem. These consist of pathoanatomical factors (predominantly within the domain of medicine), signs and symptoms, or physical impairments (predominantly within the domain of physical therapy), and psychosocial factors (predominantly within the domain of psychology). Few studies have considered all 3 of these dimensions of LBP within their methodology or classification system." [p. 110 CG P3 en entier](#)

(Suite) Objectif spécifique 2

"Clearly there is a need for new criteria to subgroup people within this population, because a focus purely on pathoanatomical factors or signs and symptoms in isolation is not sensitive to identifying the basis of the majority of these pain disorders. A recent focus within physical therapy, in response to this problem (as stated by the author), has been the classification of patients on the basis of movement impairments. This classification system is based on the premise that "movement impairments" are the cause of musculoskeletal pain and dysfunction." [p. 110 CG P4 en entier](#)

"While it is well recognized that movement and motor control impairments exist with LBP disorders, the mere presence of these impairments does not establish cause and effect. Movement and motor control impairments are known to occur secondary to the mere presence of pain.¹² Pathological processes, such as neurogenic and radicular pain, neuropathic pain,

inflammatory disorders, fractures, and tumours all result in altered motor behavior in response to pain. Psychological processes such as stress, fear, anxiety, depression, hysteria, and somatisation are also known to disrupt motor behavior.^{5,6,8} Attempts to "normalize" the movement or motor control impairment in many of these disorders would be inappropriate and ineffective." [p. 110 CG P5 en entier](#)

(Suite) Zimny NJ.

Diagnostic classification and orthopaedic physical therapy practice: what we can learn from medicine.

"There is, however, growing evidence that disorders do exist where movement and motor control impairments appear to result in abnormal tissue loading and pain, leaving them amenable to specific physical therapy intervention.^{1,10,11} However, to assume that all musculoskeletal pain disorders lie within this classification system ignores clinical reality and the potential impact of pathoanatomical and/or psychosocial factors as contributory or dominating factors within a disorder. In other words, if movement or motor control impairments are present in a disorder, causation cannot automatically be assumed. The therapist must establish whether these impairments themselves contribute to the disorder or are simply a secondary effect

of another process.” [p. 110 CD P2 en entier](#)

“Historically, physical therapy has focused on symptom palliation. Recently, our profession has taken significant steps to develop an evidence-based approach to practice. However, the scope of any classification system will be limited if it is 1-dimensional in nature, focusing on physical impairments without acknowledging the potential role that pathoanatomical and psychosocial factors play in a disorder. We must not negate the overwhelming evidence of the impact that psychological factors such as fear, anxiety, stress, beliefs, and personality traits, and social factors such as work, family, and financial compensation, to name but a few, have on pain and its expression in the motor system.” [p. 110 CD P3 en entier](#)

“It is critical that the classification of musculoskeletal pain disorders be contingent on understanding and identifying the factors underlying a disorder, while understanding the stage of the disorder and the potential contribution of both organic and nonorganic factors that relate to it.³ For a classification system to be adequately tested, it should fulfill a number of criteria. First, it should clearly define the characteristics of a group. This group should be capable of being clearly defined from other groups. This group should be able to be identified by a number of practitioners skilled in the classification system. The validity of the classification system then needs to be tested to determine if the characteristics of the group are indeed real phenomena. Perhaps most importantly the classification system needs to be tested in its ability to determine and predict the outcome of the disorder. The gold standard for this is to test the classification system by way of randomized controlled research.” [p. 110 CD P4 en entier](#)

“The author rightly states that it is unlikely that there will be one universally agreed upon diagnostic classification. However, the physical therapy profession faces an enormous challenge: the identification of clinical diagnostic subgroups within the “nonspecific” chronic LBP population, based on a multidimensional framework, while considering the stage of the disorder and developing treatment interventions that are in their management.” [p. 111 CG P2 en entier](#)

“...physicians primarily classify the causes of disease, disorders and injury. In contrast, PTs primarily classify the consequences. Consequences are the impairments, functional limitations, or disabilities that result from disease, disorder or injury.” [p. 107 CD P3 L4-9](#)

(Suite) Zimny NJ.

Diagnostic classification and orthopaedic physical therapy practice: what we can learn from medicine.

Objectif spécifique 3

“Essentialism is the belief that diseases exist fully formed and that they consist of immutable, distinct groupings that are just “out there waiting to be discovered. Once a disease is discovered and its etiology known, treatment is logically a matter of eliminating or modifying the etiological agent.” [p. 106 CG P2 L2-7](#)

“A nominalist approach does not require a cause to be known for treatment to occur. Diagnostic criteria to establish and label a disease come from authoritarian sanction of specific clusters of signs and symptoms.” [p. 106 CG P3 L9-13](#)

“Despite the apparent and acknowledged advantages of diagnostic classification, the process, in and of itself, is recognized as a complicated task and it has been a challenge to rigorously apply the process to clinical medicine. Some of the challenges include (1) the relative subjectivity of the classification process itself, (2) the lack of mutually exclusive and jointly exhaustive categories in clinical problems, and (3) the difficulty of deciding at what level of specificity or generality the label called the diagnosis should be set.” [P. 106 CG P5-CD P1 en entier](#) (pour avancer, il ne faut pas attendre la perfection)

“If the experience in medicine is a guide, it may be unrealistic to think that there will be one universally agreed on diagnostic classification system that is appropriate to all circumstances in physical therapy practice and is able to meet the needs of all users.” [p. 108 CD P3 dernière phrase](#)

Commentaires de O’Sullivan [p. 110-111](#)

(SUITE) Objectif spécifique 3	"For this reason, as others have already suggested, we might want to consider separating the concepts of diagnoses and classification in our minds, instead of commonly referring to the package of "diagnostic classification". Diagnosis is one way to classify, but all classification is not by diagnosis. We seem to be doing both." <u>P. 115 CG L6-12</u>
Commentaires	"Unlike studies of treatment effectiveness, such as the RCT, my experience has shown me that the study designs and statistical concepts used to study the diagnostic process are some of the more poorly understood methodologies. In addition, the whole area of diagnosis is almost always forgotten when the topic of evidence-based practice is broached. These are 2 shortcomings that may well explain the lack of data-driven investigation in this area." <u>p. 113 CD P2</u> Commentaire de Delitto (consultations avec universités)
Donato EB, DuVall RE, Godges JJ, Zimmerman GJ, Greathouse DG. Practice analysis: defining the clinical practice of primary contact physical therapy. J Orthop Sports Phys Ther. 2004 Jun;34(6):284-304.	Objectif spécifique 1 "They found that the costs for physical therapy visits were 123% higher when patients were first seen by a physician as compared to when they were seen by a PT directly. Hattam and Smeatham found that 72.4% of patients seen in a primary care orthopaedic screening service were effectively managed by physical therapy specialists who gave advice on management, referral to physical therapy or podiatry, injection therapy, or referral for further investigation. This finding was supported by Byles and Ling, who found that 40% to 60% of patients seen in a hospital-based outpatient orthopaedic setting could be managed by an experienced PT. Weale and Bannister also found that PTs were as effective as staff-grade surgeons in managing orthopaedic outpatients and achieved better outcomes and higher levels of patient satisfaction when treating low back pain. Studies by James and Stuart and Overman et al show higher levels of patient satisfaction and functional improvements for low back pain after being treated by PTs compared to physicians. Physicians involved in these studies endorsed the primary contact role of the PTs. And finally, Snow et al found that 73.4% of randomly selected individuals living in south Florida stated that they would see a PT directly." <u>p. 285 CD P1 L3-fin</u> (références à sortir)
(Suite) Donato EB, DuVall RE, Godges JJ, Zimmerman GJ, Greathouse DG. Practice analysis: defining the clinical practice of primary contact physical therapy.	"Primary contact care (PCC)—also described as first contact care—with NPCs has reduced ambulatory health care expenditures and has produced favorable outcomes. Primary contact care is defined as the provision of health care services at the first point of entry into the health care delivery system by primary contact providers (PCPs)." <u>p. 285 CG P1 L8-14</u> "PTs are optimally positioned to provide primary contact neuromusculoskeletal health care services within the context of a collaborative practice model." <u>p. 285 CG P2 L10-13</u> "There are numerous studies on the effectiveness of primary contact physical therapy (PCPT) intervention that show successful outcomes with regard to reduced health care costs, effective patient management, and the public's favourable perception of seeing a PT for PCC." <u>p. 285 CG P4</u>

	Objectif spécifique 3	"The key differences in the perceived level of clinical competencies between the PCC and the nonPCC groups were in the areas of selecting and ordering imaging procedures, identifying signs and symptoms of nonmusculoskeletal conditions, establishing physical therapy diagnoses and prescribing
	(suite) Objectif spécifique 3	over-the-counter medications. This study has important implications for defining the role and function of PTs in PCC and may provide curricular direction to professional, postprofessional, and clinical residency or fellowship-based educational settings." p. 295 CD P4 L9-19
	Objectif spécifique 4	Tableaux 4 à 8 "However, 4 professional responsibilities, 3 procedures and 6 knowledge areas were identified as moderately to extremely important by the PCC group when compared to CG. For example, ordering imaging studies, identifying abnormalities and signs of nonmusculoskeletal conditions, establishing a physical therapy diagnosis, and prescribing over-the-counter medications are tasks that were perceived as specifically important professional responsibilities in the practice of PCC (Table 8). Both PCMPPT's (mean, 3.6) and PCCPT's (mean, 3.8) perceive establishing a physical therapy diagnosis that dictates the appropriate physical therapy intervention as extremely important compared to the perception of the NPCPT's (mean, 2.8)." p. 293 CG P2 L7-21
Sahrman SA. Are physical therapists fulfilling their responsibilities as diagnosticians? J Orthop Sports Phys Ther. 2005 Sep;35(9):556-8.	Objectif spécifique 1	"I believe that we are seriously compromising recognition and respect for the profession because we are not engendering in every PT the responsibility of being a diagnostician." p. 556 P2 L1-3 "We need to start with some general but concrete examples that can impact a large segment of practice such as low back pain. We cannot afford to wait until the medical community identifies another health professional who will fill the need for skill in performing a diagnostic physical exam." p. 558 P3 L10-13
(Suite) Sahrman SA. Are physical therapists fulfilling their responsibilities as diagnosticians?	Objectif spécifique 2	"Obviously, there are a lot of questions about the type of diagnoses that Pts should or can make. Does the communication to the physician contain the phrase "My diagnosis for physical therapy is," for example, "lumbar extension/rotation," as in the case described above? Even Medicare requires a treatment diagnosis. For example, to avoid political problems couldn't our communications contain the phrase, "The treatment diagnosis for physical therapy is lumbar extension that results in hip pain"? With this wording we could also cover the necessary ICD-9 code." p. 557 P3 L3-10 "Thus, we have agreed that our expertise should be movement or movement system problems. We have agreed that our diagnoses should be at the impairment and functional limitations levels. I believe that cogent arguments can be made to limit our diagnoses to syndromes of impairments and not include functional limitations, which would have many advantages in focusing our expertise." p. 557 P4 L10-14

	Objectif spécifique 3	<p>"We have the skill and the knowledge to identify (1) mechanical problems that are not systemic problems and (2) the causative site of symptoms that can be referred from various anatomical segments. This type of diagnostic exam is within our scope of practice and should not become part of the practice of another health professional." p. 558 P3 L 13-16</p>
Childs JD, Whitman JM, Sizer PS, Pugia ML, Flynn TW, Delitto A. A description of physical therapist's knowledge in managing musculoskeletal conditions. BMC Musculoskelet Disord. 2005 Jun 17;6:32.	Objectif spécifique 1	<p>"Although its de-emphasis in medical school curricula has been repeatedly implicated [1,5,7-9] almost half of American medical schools still do not require any formal training in musculoskeletal medicine [10]. This lack of confidence is reflected by poor performance on formal assessments of knowledge in musculoskeletal medicine [7] and less than optimal practice patterns for patients with musculoskeletal conditions [11]." p. 2 CG P1 L5-12</p> <p>"Musculoskeletal conditions account for roughly 25% of patient complaints in the primary care setting [1]." p. 2 CG L1-2</p> <p>"The authors concluded that training in both medical school and non-orthopaedic residency training programs was inadequate, a sentiment that has been echoed elsewhere [13]." p. 2 CG P1 L27-30</p> <p>"Considerable evidence supports the benefits of early access to physical therapy care [14-18]." p. 2 CG P2 L1-2</p> <p>"Figure 1 reveals that both PT students and licensed PTs tended to have higher levels of knowledge in managing musculoskeletal conditions than medical students, physician interns and residents, and all physician specialists except orthopaedists." p. 5 CG P3 L1-5</p> <p>"In comparison to previous studies among physicians, [7,12] PTs demonstrated higher levels of knowledge in managing musculoskeletal conditions than medical students, physician interns and residents, and most physicians specialists except for orthopaedists." p. 6 CD P2 L4-10</p> <p>"Combined with existing evidence demonstrating that PTs are capable of providing safe and effective care for patients with musculoskeletal conditions in a direct access setting at a reduced cost to the healthcare system and employers, the results of this study may have implications for health and public policy decisions regarding the care of patients with musculoskeletal conditions." p. 6 CD P2 dernière phrase</p>
(suite) Childs JD, Whitman JM, Sizer PS, Pugia ML, Flynn TW, Delitto A. A description of physical therapist's knowledge in managing musculoskeletal conditions.	Objectif spécifique 4	<p>"These data provide preliminary evidence that an increased focus on the diagnosis of commonly encountered musculoskeletal conditions and orthopaedic emergencies is occurring in the curricula of doctoral physical therapy programs." p. 5 CD P2 L15-19</p> <p>"One of the key findings from this study was that performance among licensed PTs who were board-certified was significantly better when compared to their non board-certified colleagues, lending further credibility to the PT board-certification process, which was not initiated until the 1980s." p. 6 CG P1 L17-23</p> <p>Les physiothérapeutes expérimentés ont des niveaux de connaissance plus élevés que des étudiants en médecine, des résidents et internes et des médecins spécialistes pour la gestion de conditions musculosquelettiques.</p> <p>"The results of this study corroborate existing clinical studies demonstrating that PTs can provide safe and effective care for patients with musculoskeletal conditions in a direct access setting." p. 6 CD P2 L1-4</p>
Moore JH, McMillian DJ, Rosenthal	Objectif spécifique 1	<p>"During the 40-month observation period, 472 013 patient visits were recorded. Of these, 112 653 (23.9%)</p>

MD, Weishaar MD.

Risk determination for patients with direct access to physical therapy in military health care facilities. J Orthop Sports Phys Ther. 2005 Oct;35(10):674-8.

were new patients, with 50 799 (45.1%) of the new patients seen through direct access without physician referral. Throughout the 40-month data collection period, there were no documented adverse effects resulting from the PT diagnoses or management as a result of patient direct access or referral for physical therapy services. Additionally, none of the PTs had their credentials or state license modified or revoked for disciplinary action. There also were no litigation cases filed against the PTs during the same time period." [p. 676 CG dernier paragraphe L1-13](#)

"By functioning in a primary care role to manage musculoskeletal injuries, military PTs are able to work more efficiently and effectively, reducing excessive patient visits, initiating rehabilitation closer to the time of injury or onset of symptoms, and ensuring that serious injuries are expedited to orthopaedic surgeons." [p. 677 CG P2 L4-10](#)

(suite) Moore JH, McMillian DJ, Rosenthal MD, Weishaar MD.

"Early access to physical therapy has been reported to have far-reaching benefits of reduced medical costs, improved patient satisfaction, enhanced recovery time, reduced sick leave, prevention of chronic problems, and reduction of the total amount of physical therapy needed." [p. 675 CG P1 L13-18](#)

Les patients vus par physiothérapeutes en accès direct dans le militaire sont à risque minimum.

Objectif spécifique 4

"All but 11 of the PTs in this study (84/95 [88%]) attendee the 2-week postgraduate specialty training in the COL Douglas Kersey Neuromusculoskeletal Evaluation Course conducted at Fort Sam Houston, Texas. While this training on how to perform a clinical examination on PATIENTS with musculoskeletal injuries is not necessarily unique, it does provide advanced clinical and laboratory education in evidence-based diagnosis and management of patients with musculoskeletal injuries,

including advanced topics on differential diagnosis, radiology, and pharmacology." [p. 675 CD P1 L12-fin](#)

Johnson MP, Abrams SL.

Historical perspectives of autonomy within the medical profession: considerations for 21st century physical therapy practice. J Orthop Sports Phys Ther. 2005 Oct;35(10):628-36.

Objectif spécifique 1

"Jules Rothstein recently argued that, as a profession, interdependence should be our goal." [p. 629 CG P3 L9-11](#)

"The physical therapy profession, in contrast, rose from a model of dependence." [p. 634 CG P2 L1-2](#)

"Society is calling for a change and we are positioned to facilitate that change through a model of care that (1) focuses on disablement rather than disease, (2) emphasises multidisciplinary collaboration instead of dominance, and (3) is consistent with recommendations from national and international organizations." [p. 634 CD P2 L6-13](#)

"This will occur only if we can (1) accept the mantle of responsibility that comes with expanded authority and autonomy, including the imperative for interdependent practice, (2) successfully regulate ourselves as professionals, (3) maintain high standards of practice and research, assuring high quality services, and, (4) uphold our tradition of a patient/client centered care." [p. 634 CD P4 L6-13](#)

"...PTs appear poised and ready for the emergence of a multidisciplinary, interdependent health care model in an era of chronic illness and growing emphasis on health and wellness." [p. 635 CG L2-6](#)

Davenport TE, Kulig K, Resnik C.

Diagnosing pathology to decide the appropriateness of physical therapy: what's our role? J Orthop Sports Phys Ther. 2006 Jan;36(1):1

Objectif spécifique 1

"The diagnostic process and its product are dynamic and evolve over the course of a patient's care." [p. 1 P2 L5-6](#)

"Distinction between "medical diagnosis" and "diagnosis of movement impairment syndromes" would seem to jeopardize communication between PTs and physicians in clinical settings and statehouses alike, because diagnosis as it relates to movement impairment syndromes is not yet a well established concept outside the physical therapy literature." [p. 2 P3 L10-14](#)

		<p>"PTs are capable of diagnosing pathology to determine the appropriateness of physical therapy for their patients because of their time, education, and experience in managing patients with neuromusculoskeletal diseases." p. 2 P4 L1-3</p>
<p>Boissonnault W, Goodman C. Physical therapists as diagnosticians: drawing the line on diagnosing pathology. J Orthop Sports Phys Ther. 2006 Jun;36(6):351-3.</p>	<p>Objectif spécifique 1</p>	<p>"Medical screening is the process of evaluating patient examination data for the purpose of deciding whether a patient referral is warranted." p. 352 P3 L4-6</p> <p>"...the proposed body systems screening model works." "...the proposed body systems screening model works." p.353 P1 L6-7</p> <p>"...we believe that attempting to provide the educational training to do so and make the needed legislative changes to allow such practice by PTs would take away from efforts to better define our niche within the healthcare system and advance the science supporting our practice." p. 353 P2 L10-13</p>
<p>Deyle GD. Direct access physical therapy and diagnostic responsibility: the risk-to- benefit ratio. J Orthop Sports Phys Ther. 2006 Sep;36(9):632-4.</p>	<p>Objectif spécifique 1</p>	<p>"Perhaps the most convincing evidence is that legislators in 43 states have voted to allow their constituents to have direct access to physical therapy care." p. 632 P3 L8-10</p> <p>"This optimal combination of substantial benefit, with little or no risk, is relatively rare in the healthcare field and therefore represents an attractive healthcare investment." p. 633 P6 L2-4</p>

Annexe 5

Lettre type d'invitation envoyée aux quatre directeurs (H. Moffet, D. Gravel, Michel Tousignant et Mindy Levin) des programmes québécois de physiothérapie lors des consultations



Québec, le 29 avril 2007

Hélène Moffet, Ph.D., pht
Professeure titulaire
Université Laval, Local : 3236
Faculté de Médecine, Pavillon Ferdinand-Vandry
Cité universitaire
Québec (Québec), Canada, G1K 7P4

Objet : Rencontre-consultation concernant la notion de diagnostic en physiothérapie

Chère collègue,

Suite à la première réunion du XXXI^e Bureau de l'OPPQ tenue le vendredi 2 juin 2006, le Bureau de l'OPPQ a résolu de former un comité pour travailler à l'élaboration de la définition du diagnostic en physiothérapie. L'objectif général de ce nouveau groupe, appelé groupe de travail sur l'élaboration du diagnostic 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 de processus diagnostiques déjà existants.

Dans le cadre de leur mandat, les membres du groupe de travail souhaiteraient vous rencontrer lors de leur prochaine journée de travail qui se tiendra le mardi 15 mai 2007 prochain au Pavillon La Laurentienne de l'Université Laval. Il nous apparaît essentiel de vous permettre, à vous et tous les membres du corps professoral, enseignants et chargés de cours de votre programme, de contribuer à nos travaux. Nous sommes au début de notre réflexion et nous aimerions connaître la position de votre programme universitaire de physiothérapie en regard de ce niveau de responsabilité du physiothérapeute qui n'est pas encore officiellement reconnu dans la législation.

Je communiquerai avec vous prochainement pour connaître votre disponibilité et si jamais la date de notre prochaine rencontre ne vous convenait pas, nous pourrions certainement vous suggérer une autre date. Afin de guider nos discussions lors d'une rencontre éventuelle, je vous achemine en filières attachées, la liste des membres, le mandat ainsi que les objectifs généraux et spécifiques du groupe de travail et une série de questions qui serviront de pistes de réflexion pour notre rencontre.

En 2007, plusieurs associations et organismes canadiens et québécois et plusieurs universités canadiennes reconnaissent l'urgence de reconnaître aux physiothérapeutes ce niveau de responsabilité qu'est celui de poser un diagnostic avant de traiter un patient. De l'avis de tous les membres du groupe de travail, la définition conceptuelle de ce que devrait être le diagnostic en physiothérapie au Québec devra avant tout tenir compte des besoins des patients, de la réalité du système de santé québécois (ex : l'accès direct en physiothérapie) et de la pratique actuelle de la physiothérapie, ce qui passe nécessairement par la formation universitaire. Viendra ensuite la définition d'un cadre législatif cohérent pour reconnaître ce niveau de responsabilité et assurer la protection du public.

Soyez assuré, Dre Moffet, que je demeure disponible pour toute clarification ou discussion qui contribuera au succès de notre rencontre et de nos échanges.

Annexe 6

Questions posées aux quatre directeurs des programmes universitaires québécois de physiothérapie en mai 2007

En lien avec le mandat et les objectifs du groupe de travail sur le diagnostic en physiothérapie de l'OPPQ, dans une première démarche de consultations, voici une série de questions que le groupe de travail aimerait adresser aux enseignants, professeurs et membres de votre programme universitaire de physiothérapie.

1. Dans la formation actuelle des physiothérapeutes à l'intérieur de votre programme d'enseignement universitaire :

- a. Est-ce que ce niveau de responsabilité qu'est celui de poser un diagnostic avant de traiter un patient est abordée et si oui, quelle est votre définition du diagnostic en physiothérapie?
- b. Si cette notion n'est pas enseignée, quelle est la position officielle de votre institution à cet égard?

2. Selon vous et les membres de votre corps professoral, existe-il une réelle problématique en regard de l'absence d'une reconnaissance officielle de l'acte diagnostique pour le physiothérapeute? Et si oui :

- a. Quel est le portrait global de cette problématique rencontrée par les enseignants, professeurs et moniteurs de stage en regard du diagnostic en physiothérapie?
- b. Cette problématique est-elle différente dans le contexte de la formation des physiothérapeutes selon la clientèle traitée ou selon le secteur privé ou public?

3. À la lumière de vos observations des dernières années :

- a. Compte tenu du nombre important de physiothérapeutes pratiquant en accès direct, comment votre institution forme-t-elle les futurs physiothérapeutes quant à l'item analyse dans la tenue de dossiers :
 - i). Est-ce que vous les formez à identifier l'affection du patient?
 - ii) Est-ce que vous les formez à énoncer clairement leurs conclusions en nommant l'atteinte ou simplement en énumérant une liste de problèmes?

iii) Et si vous les formez à énoncer clairement leurs conclusions, quels termes doivent-ils utiliser, est-ce qu'il y a une liste des termes recommandés?

b. Quelles sont les attentes ou quelle est la position de vos moniteurs de stage à cet égard?

4. Dans le contexte de la prestation des soins de santé au Québec et en lien avec votre mandat de former nos physiothérapeutes, est-ce qu'il y a des arguments particuliers qui, selon vous, justifieraient présentement auprès des membres de l'OPPQ, des autres professionnels du système de santé québécois et des décideurs politiques, la nécessité de reconnaître aux physiothérapeutes le droit et le devoir de poser un diagnostic avant de traiter un patient?

5. Dans le même ordre d'idées que la question 4, présentement, selon le niveau de formation qui est imposé aux étudiants et futurs physiothérapeutes, selon l'expérience vécue sur le terrain par vos moniteurs de stage et selon les discussions au sein de votre programme d'enseignement :

a. Compte tenu de la pratique actuelle, le fait de ne pas reconnaître officiellement au physiothérapeute ce niveau de responsabilité de poser un diagnostic avant de traiter un patient est-il contradictoire avec la formation qui doit être donnée?

b. Quelles sont les préoccupations des enseignants et des professeurs de votre programme de physiothérapie en regard du diagnostic en physiothérapie? Est-ce qu'ils reconnaissent ce niveau de responsabilité dans leur enseignement auprès des étudiants? Et si oui, pourquoi, quels sont leurs arguments?

6. La question de la définition du diagnostic en physiothérapie a-t-elle déjà été abordée au sein de votre programme d'enseignement? Et si oui, pourriez-vous partager avec nous le contenu de ces discussions et l'avis du corps enseignant à ce sujet?

7. De façon globale, quelles sont les recommandations, préoccupations, conseils ou avis que vous aimeriez transmettre au groupe de travail d'étude sur le diagnostic en physiothérapie de l'OPPQ?

8. En regard de la question du diagnostic par des non-médecins, que savez-vous de la position des autres Facultés ou départements universitaires ou autres organismes de réglementation ou d'accréditation, québécois ou canadiens?

9. Comment voyez-vous la contribution de votre programme au sein des travaux du groupe de travail sur le diagnostic en physiothérapie?

Annexe 7

Questions posées lors des consultations avec la présidente du Comité de l'inspection professionnelle (CIP) de l'OPPQ et la coordonnatrice du Service de l'inspection professionnelle de l'OPPQ en février 2007

En lien avec le mandat et les objectifs du groupe de travail sur le diagnostic en physiothérapie de l'OPPQ, dans une première démarche de consultations, voici une série de questions que le groupe de travail aimerait adresser au CIP.

1. Dans la pratique actuelle de la physiothérapie au Québec :

- a. À la case analyse, quelle est la définition adoptée par le CIP, et cette définition est-elle différente selon la clientèle traitée?
- b. Quelle est la démarche des inspecteurs et du CIP quant à l'item analyse : qu'est-ce qui est demandé au membre inspecté et comment cela est-il évalué?

2. Selon le CIP, existe-il une réelle problématique en regard de la section analyse et de l'absence de reconnaissance de l'acte diagnostique pour le physiothérapeute? Et si oui :

- a. Quel est le portrait global de cette problématique rencontrée par les enquêteurs, inspecteurs et membres du CIP en regard du diagnostic en physiothérapie?
- b. Cette problématique est-elle différente selon la clientèle traitée ou selon le secteur privé ou public?

3. À la lumière de vos observations des dernières années :

- a. Comment les physiothérapeutes pratiquent-ils en réseau privé dans le contexte de l'accès direct quant à l'item analyse :
 - i). Est-ce qu'ils identifient l'affection du patient?
 - ii) Quel est le pourcentage des membres qui énoncent clairement leurs conclusions en nommant l'atteinte (et parallèlement, quel est le pourcentage qui ne s'en tient qu'à énumérer une liste de problèmes?)
 - iii) Et parmi ceux qui énoncent leurs conclusions clairement, quels termes utilisent-ils, est-ce qu'il y a un consensus au niveau des termes utilisés?
- b. Quelles ont été ou quelles sont les attentes (critères d'évaluation) du CIP à cet égard?

4. Dans le contexte de la protection du public, est-ce qu'il y a des arguments particuliers qui, selon les inspecteurs, enquêteurs et membres du CIP, justifieraient présentement auprès des membres de l'OPPQ, des autres professionnels du système de santé québécois et des décideurs politiques, la nécessité de reconnaître aux physiothérapeutes le droit et le devoir de poser un diagnostic avant de traiter un patient?

5. Dans le même ordre d'idée que la question 4, présentement, selon l'expérience vécue sur le terrain par les inspecteurs et les enquêteurs, et selon les discussions au sein du CIP en regard des visites de vérification générale :

a. Le fait de ne pas reconnaître officiellement au physiothérapeute ce niveau de responsabilité que de poser un diagnostic avant de traiter un patient met-il en danger la protection du public?

b. Quelles sont les préoccupations des membres de l'OPPQ en regard du diagnostic en physiothérapie? Est-ce qu'ils revendiquent ce niveau de responsabilité? Et si oui, pourquoi, quels sont leurs arguments?

6. La question de la **définition du diagnostic en physiothérapie** a-t-elle déjà été abordée au sein du CIP? Et si oui, pourriez-vous partager avec nous le contenu de ces discussions et l'avis de vos membres à ce sujet?

7. De façon globale, quelles sont les **recommandations, préoccupations, conseils ou avis** que vous aimeriez transmettre au groupe de travail sur le diagnostic en physiothérapie de l'OPPQ?

8. En regard de la question du diagnostic par des non-médecins, que savez-vous de la position des autres CIP des autres ordres professionnels ou organismes de réglementation ou d'accréditation, québécois ou canadiens?

9. Comment voyez-vous la contribution du CIP au sein des travaux du groupe de travail sur le diagnostic en physiothérapie?

Annexe 8

Questions posées lors des consultations avec les membres du SIP qui ont été consultés/rencontrés sur une base volontaire en mai 2007

En lien avec le mandat et les objectifs du groupe de travail sur le diagnostic en physiothérapie de l'OPPQ, dans une première démarche de consultations, voici une série de questions que le groupe de travail aimerait adresser aux inspecteurs - enquêteurs SIP.

1. Dans la pratique actuelle de la physiothérapie au Québec :

- a. À la case analyse, quelle est la définition adoptée par le SIP et cette définition est-elle différente selon la clientèle traitée?
- b. Quelle est la démarche des inspecteurs et du SIP quant à l'item analyse : qu'est-ce qui est demandé au membre inspecté et comment cela est-il évalué?

2. Selon le CIP, existe-il une réelle problématique en regard de la section analyse et de l'absence de reconnaissance de l'acte diagnostique pour le physiothérapeute? Et si oui :

- a. Quel est le portrait global de cette problématique rencontrée par les enquêteurs, inspecteurs et membres du SIP en regard du diagnostic en physiothérapie?
- b. Cette problématique est-elle différente selon la clientèle traitée ou selon le secteur privé ou public?

3. À la lumière de vos observations des dernières années :

- a. Comment les physiothérapeutes pratiquent-ils en réseau privé dans le contexte de l'accès direct quant à l'item analyse :
 - i). Est-ce qu'ils identifient l'affection du patient?
 - ii) Quel est le pourcentage des membres qui énoncent clairement leurs conclusions en nommant l'atteinte (et parallèlement, quel est le pourcentage qui ne s'en tient qu'à énumérer une liste de problèmes?)
 - iii) Et parmi ceux qui énoncent leurs conclusions clairement, quels termes utilisent-ils, est-ce qu'il y a un consensus au niveau des termes utilisés?
- b. Quelles ont été ou quelles sont les attentes (critères d'évaluation) du SIP à cet égard?

4. Dans le contexte de la protection du public, est-ce qu'il y a des arguments particuliers qui, selon les inspecteurs, enquêteurs et membres du SIP, justifieraient présentement auprès des membres de l'OPPQ, des autres professionnels du système de santé québécois et des décideurs politiques, la nécessité de reconnaître aux physiothérapeutes le droit et le devoir de poser un diagnostic avant de traiter un patient?

5. Dans le même ordre d'idée que la question 4, présentement, selon l'expérience vécue sur le terrain par les inspecteurs et les enquêteurs, et selon les discussions au sein du SIP en regard des visites de vérification générale :

- a. Le fait de ne pas reconnaître officiellement au physiothérapeute ce niveau de responsabilité que de poser un diagnostic avant de traiter un patient met-il en danger la protection du public?
- b. Quelles sont les préoccupations des membres de l'OPPQ en regard du diagnostic en physiothérapie? Est-ce qu'ils revendiquent ce niveau de responsabilité? Et si oui, pourquoi, quels sont leurs arguments?

6. La question de la **définition du diagnostic en physiothérapie** a-t-elle déjà été abordée au sein du SIP? Et si oui, pourriez-vous partager avec nous le contenu de ces discussions et l'avis de vos membres à ce sujet?

7. De façon globale, quelles sont les **recommandations, préoccupations, conseils ou avis** que vous aimeriez transmettre au groupe de travail sur le diagnostic en physiothérapie de l'OPPQ?

8. En regard de la question du diagnostic par des non-médecins, que savez-vous de la position des autres SIP des autres ordres professionnels ou organismes de réglementation ou d'accréditation, québécois ou canadiens?

9. Comment voyez-vous la contribution du SIP au sein des travaux du groupe de travail sur le diagnostic en physiothérapie?

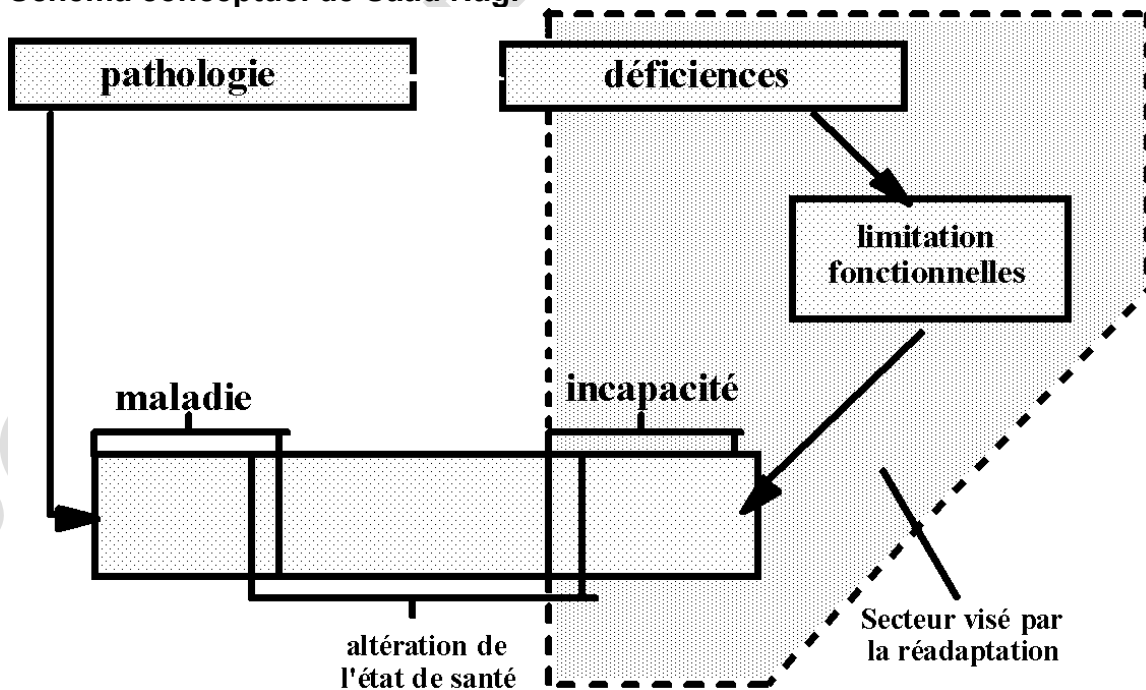
Annexe 9

Le modèle de Nagi

En 1965, le sociologue américain Saad Nagi a présenté ses premiers travaux conceptuels sur le « phénomène handicapant ». En 1976, il a présenté à nouveau ses définitions révisées qui ont été adoptées beaucoup plus tard par le *National Center on Medical Research in Rehabilitation* des États-Unis, suite à la publication de *Disability in America*. (Pope et Tarlov, 1991) Son cadre conceptuel établissait une distinction entre la pathologie, la déficience, la limitation fonctionnelle et l'incapacité. Dans ses travaux, il identifiait la réadaptation comme étant centrée principalement sur les limitations fonctionnelles et les incapacités, ce qui contrastait avec le modèle biomédical classique lui-même centré sur la pathologie et la guérison.

Selon le modèle de Nagi, les limitations fonctionnelles constituent un concept distinct. Elles seraient davantage liées aux activités associées aux rôles sociaux (ex : soins d'un enfant, marcher sur une certaine distance) qu'aux limitations établies par un examen médical (la capacité de transporter un poids ou de plier un genou blessé, par exemple). Le modèle considère en outre que l'incapacité est établie non seulement par les caractéristiques des déficiences comme leur type et leur gravité, mais aussi par la façon dont la personne définit une situation donnée et y réagit et la façon dont les autres définissent cette situation, comme en font foi leurs réactions et leurs attentes.

Schéma conceptuel de Saad Nagi



Définitions :

Déficiences : anomalie anatomique, physiologique, intellectuelle ou émotionnelle.

Limitation fonctionnelle : fonctionnement sensorimoteur de l'organisme, efficacité de l'adaptation psychologique au stress de la vie, et capacités intellectuelles de raisonnement.

Incapacité (handicap) : limitations dans l'exercice des rôles et activités sociaux par rapport au travail, à la vie familiale ou à la vie autonome.

Auteurs

Saad Nagi, sociologue américain.

Clientèles visées

Le modèle s'adresse aux intervenants du domaine des personnes handicapées.

Faisabilité en clinique, exemples rapportés, applicabilité

Les concepts de Nagi demeurent largement utilisés dans les milieux anglophones de l'Amérique du Nord.

Qualités métrologiques

?

Annexe 10

Guide de l'APTA : Étapes, contenu, éléments de la gestion du patient et terminologie utilisée.

Étapes qui ont mené au développement de la version actuelle du guide :

- **Février 1992**, le *Board* des directeurs de l'APTA amorce un processus visant à déterminer si des paramètres de pratique pourraient être définis pour la profession de la physiothérapie.
- Le *Guide to Physical Therapist Practice, volume I : A Description of Patient Management* élaboré par des groupes de travail sur les paramètres de pratique et la taxonomie est approuvé en **mars 1995** par le *Board* de l'APTA.
- En **juin 1995**, la chambre de délégués adopte le modèle conceptuel sur lequel est fondé le volume I et donne son aval au développement du volume II par des panels d'experts.
- **Entre octobre 1995 et septembre 1996** les panels élaborent les *Preferred Practice Patterns (PPP)* qui seront examinés une première fois par un groupe de 200 réviseurs sélectionnés. La version révisée sera ensuite revue par un deuxième groupe de 600 réviseurs et par des membres experts de l'APTA.
- **En 1997**, le volume I et II forment un tout, le Guide, qui subira des révisions dans les deux années subséquentes. Des formulaires guides cliniques et de satisfaction seront élaborés pendant la même période.
- En **1998**, débute l'élaboration de la partie III du Guide portant sur les tests et mesures de résultats utilisés pour les systèmes cardiopulmonaire, tégumentaire, musculosquelettique et neurologique à partir d'une vaste revue de littérature.
- De **1999 à 2000**, le document sera encore raffiné et on y intégrera la partie III, ce qui mènera à la seconde édition du Guide de l'APTA.
- En **2002**, l'APTA lance le site *WEB Hooked on Evidence* visant à développer une base de données d'évidences sur les services/interventions en physiothérapie.

APERÇU DU CONTENU

Le Guide interactif facilite la compréhension de la pratique de la physiothérapie, décrivant le modèle d'incapacité et les concepts qui y sont associés et il décrit les bases de la gestion du patient dont les 5 éléments sont:

- Examen
- Évaluation
- Diagnostic
- Pronostic, incluant le plan de traitement
- Intervention

Les 5 éléments de la gestion du patient

Examen

Évaluation de dépistage complet et un processus de *testing* spécifique qui mène au diagnostic ou lorsque approprié, à référer à un autre clinicien. Il comprend l'histoire, la revue des systèmes et les tests et mesures.

Histoire : Essentiellement, l'anamnèse et le questionnaire subjectif.

Revue des systèmes : Évaluation objective sommaire portant sur quatre systèmes et sur les capacités de communication, affectives ou de cognition, langage et apprentissage :

- Cardiorespiratoire (ex. : fréquence cardiaque et respiratoire, pression artérielle, oedème);
- Tégumentaire (ex. : présence de cicatrices, coloration anormale);
- Musculosquelettique (ex. : amplitudes articulaires globales, symétrie, force globale);
- Neuromusculaire (ex. : coordination grossière des mouvements dans des activités locomotrices, contrôle moteur);
- État de conscience, orientation, réponses émotionnelles, etc.

Tests et mesures : À partir de l'histoire et de la revue des systèmes, le physiothérapeute établit les besoins du patient et pose des hypothèses diagnostiques qu'il investiguera davantage en sélectionnant parmi 24 types de tests et mesures spécifiques. Ces dernières ont pour but d'identifier les causes des déficiences et limitations fonctionnelles et d'établir un diagnostic, un pronostic, un plan de soins et de sélectionner les interventions. Le physiothérapeute peut aussi décider, à partir de l'histoire et de la revue des systèmes, de ne pas poursuivre l'examen et de référer à un autre clinicien.

Pour chacun des 24 types de tests et mesures, on retrouve :

- Les indications à partir de l'histoire et de la revue des systèmes, le physiothérapeute recueille de l'information indiquant la présence possible d'une pathologie (maladie, désordre, condition), de déficiences, de limitations fonctionnelles ou d'incapacités qui orientent vers cette catégorie de tests et mesures.
- Tests et mesures : Énumération des différents types de tests et mesures qui peuvent être utilisés pour caractériser le concept d'intérêt. Pour chaque type de mesure, on retrouve les tests qui sont associés et les références auxquelles le physiothérapeute peut référer pour connaître les propriétés métrologiques dudit instrument.
- Les catégories d'outils pouvant être utilisés pour recueillir l'information.
- Les types de données générées.

Évaluation

Il s'agit essentiellement du processus de résolution (jugement clinique) basé sur les données recueillies à l'examen qui vont amener le physiothérapeute à poser son diagnostic et établir le pronostic et le plan de soins.

Diagnostic

À l'opposé du médecin qui identifie la maladie, le désordre ou la condition au niveau de la cellule, du tissu, de l'organe ou du système, le physiothérapeute utilise des étiquettes qui identifient l'impact d'une condition sur la fonction au niveau du système et au niveau de la personne. La description de la condition du patient est faite en des termes qui guident le physiothérapeute pour déterminer le pronostic, le plan de soins et la stratégie d'intervention. Le diagnostic identifie la dysfonction primaire vers laquelle le physiothérapeute orientera son intervention. Les PPP décrivent la gestion des patients et sont regroupés par un ensemble de déficiences qui se présentent habituellement ensemble. Chaque PPP représente une classification diagnostique.

Pronostic incluant le plan de traitement

Le pronostic prédit le niveau optimal d'amélioration fonctionnelle et le temps pour atteindre ce niveau.

Le plan de traitement spécifie les objectifs anticipés et les résultats attendus, le niveau d'amélioration optimal attendu, les interventions spécifiques qui seront effectuées ainsi que la durée attendue et la fréquence des interventions.

PPP

Chaque PPP contient :

- Les critères de classification tirés de l'examen :
 - Inclusion, fondée sur les facteurs de risque, les conséquences des pathologies (maladies, désordres, ou conditions), des déficiences, des limitations fonctionnelles et des incapacités,
 - Exclusion ;
- ICD-9-CM codes : Fournis à titre d'information et non pour codification ;
- Examen : Description de l'histoire, revue des systèmes, tests et mesures qui aident à confirmer le PPP ;
- L'évaluation, le diagnostic et le pronostic incluant le nombre attendu de visites et la durée anticipée ainsi que les facteurs qui peuvent entraîner le besoin d'un nouvel épisode de soins ou qui peuvent affecter la fréquence des visites ou la durée d'un épisode de soins ;
- Liste des interventions qui peuvent être utilisées pour ce PPP ainsi que les buts et résultats anticipés ;
- Réexamen, mesures de résultats et critères de congé.

Procédure

- Histoire ;
- Revue de système ;
- Décision de poursuivre ou référer à un autre clinicien ;
- Identification des indications cliniques clés qui guident vers le choix des tests et mesures à effectuer ;

- Évaluation basée sur l'examen, les tests et mesures afin d'établir un diagnostic et pronostic ;
- La déficience primaire est considérée pour déterminer le PPP le plus approprié et valide en référant aux critères d'inclusion et d'exclusion ainsi qu'au ICD-9-CM codes ;
- Dans un cas d'incertitude persistante, la section des tests et mesures peut suggérer d'autres tests à effectuer pour confirmer le PPP ;
- Le plan de traitement, le pronostic, les buts anticipés, les mesures de résultats, les critères de congé sont déterminés en référant aux sections du PPP une fois confirmé.

POUR INFORMATION

Définitions des termes selon le modèle de Nagi

Pathologie/physiopathologie (maladie, désordre, condition) :

Réfère à un état pathologique ou physiopathologique en cours et qui est caractérisé par un ensemble de signes et symptômes et qui est reconnu comme anormal par le patient et le clinicien. Habituellement au niveau cellulaire et représentant le diagnostic médical. L'utilisation du modèle d'incapacité ne remet pas en cause l'importance du modèle médical traditionnel.

Déficiences :

Typiquement une conséquence de la maladie, du processus pathologique ou des lésions. Altération des structures ou des fonctions anatomiques, physiologiques ou psychologiques qui résulte des changements de l'état normal et contribue à la maladie.

Limitations fonctionnelles :

Restriction de capacité d'accomplir une activité physique, tâche ou activité de façon efficace, typiquement attendue ou de façon compétente.

Incapacité :

Incapacité ou diminution de capacité à accomplir des actions, tâches ou activités en relation avec les soins personnels, l'entretien de la maison, le travail (travail/école/jeux), les rôles communautaires ou les loisirs dans le contexte socioculturel et l'environnement physique de l'individu.

Annexe 11

Caractéristiques des médecines alternatives ou pratiques non standardisées en opposition avec celles ayant un fondement scientifique

Caractéristiques des médecines alternatives ou pratiques non standardisées

Dans la littérature, cinq critères permettent d'identifier les pratiques considérées non standardisées ou médecines alternatives (Golden 1980, Harris 1996) soit :

1. Les traitements proposés sont fondés sur des théories non congruentes sur les plans anatomiques et physiologiques;
2. Les traitements sont indiqués pour un large spectre de diagnostics;
3. Les effets négatifs potentiels des traitements ne sont pas discutés/présentés;
4. Aucune étude de type RCT ou série de cas sur le traitement proposé n'a été publiée dans une revue avec comité de pairs;
5. La thérapie a un aspect émotif et les études qui ne réussissent pas à confirmer son efficacité sont rejetées.

Caractéristiques des médecines ayant un fondement scientifique

Tout traitement ayant un fondement scientifique devrait répondre aux critères suivants (Golden 1980, Harris 1996) :

1. Les théories qui sous-tendent l'approche de traitement sont supportées par des évidences anatomiques et physiologiques valides;
2. L'approche de traitement est conçue pour une population spécifique de patients ;
3. Les effets négatifs potentiels du traitement proposé sont connus;
4. Des études publiées dans des journaux avec comité de pairs supportent l'efficacité du traitement;
5. Les études avec révision de pairs incluent des articles avec de bons devis, des études à caractère randomisé de type RCT ou séries de cas;
6. Les promoteurs du traitement sont ouverts et prêts à discuter des limites de leur traitement.

Annexe 12

Le modèle de processus de production du handicap, Classification québécoise (PPH)

Le modèle québécois du processus de production du handicap (PPH) a été élaboré par une équipe de l'Université Laval, à Québec, dirigée par l'anthropologue Patrick Fougeyrollas. En 1987, a eu lieu à Québec, une réunion regroupant plusieurs experts internationaux représentant diverses organisations internationales, comme l'OMS, l'ONU, le Conseil de l'Europe, l'OPHQ et le comité québécois sur la CIDIH. Ce fut alors le point de départ d'une concertation internationale pour améliorer la compréhension du PPH et pour réviser la CIDIH. L'automne 1998 voit la finalité de ces travaux aboutissant à une nouvelle version de la CIDIH.

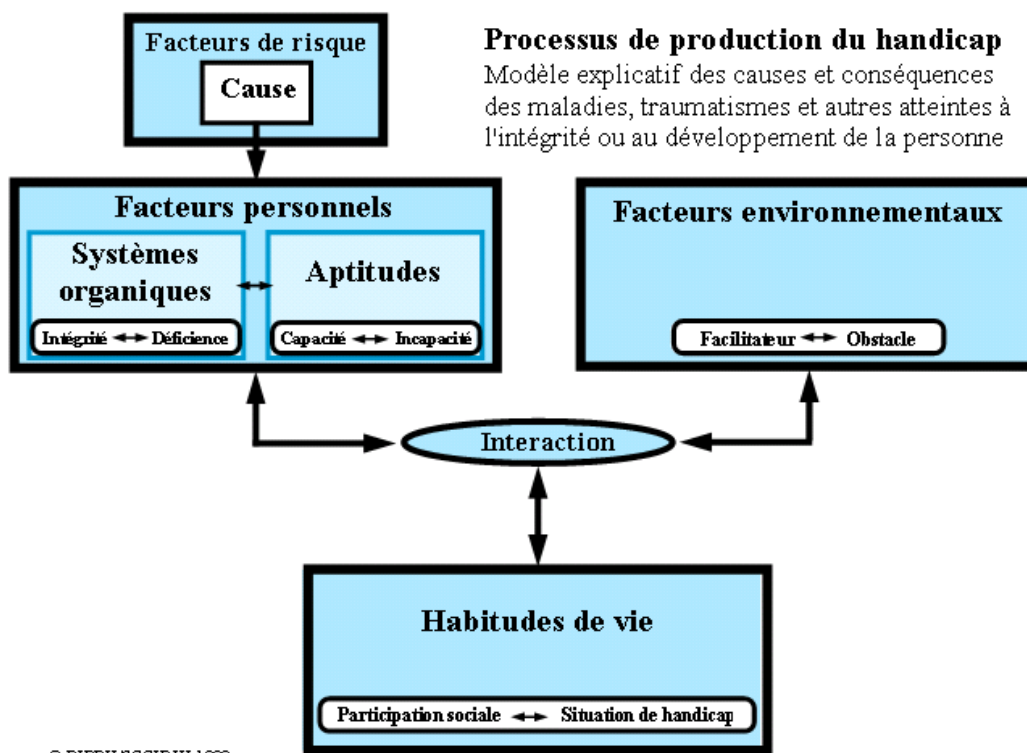
Définition, description du modèle, de l'approche

Le modèle du PPH qui a grandement contribué à l'examen et à l'amélioration éventuelle de la CIDIH, rejette l'explication de cause à effet linéaire de l'incapacité. Plutôt, il présente l'incapacité comme l'interaction entre trois types de facteurs : les facteurs personnels (âge, sexe et identité culturelle), les facteurs environnementaux (le contexte social dans lequel la personne vit) et les habitudes de vie (les activités quotidiennes de la personne).

Le PPH met l'accent non plus sur une déficience permanente qui fait partie du système organique d'une personne, mais bien sur d'autres facteurs évolutifs qui ont un impact sur la participation de cette personne à la société. Selon la perspective du modèle québécois, l'incapacité dépend du contexte, de l'environnement dans lequel une personne vit et exerce ses activités quotidiennes. Si ce contexte est adapté à la personne, l'incapacité peut se modifier, voire disparaître.

Le modèle conceptuel est un outil pratique qui nous aide à comprendre l'ensemble du processus du handicap. Il permet d'illustrer la dynamique du processus interactif entre les facteurs personnels (intrinsèques) et environnementaux (externes) déterminant le résultat situationnel de la performance de réalisation des habitudes de vie correspondant à l'âge, au sexe et à l'identité socioculturelle des personnes. La classification québécoise comprend trois éléments : un modèle conceptuel avec un schéma graphique, des définitions conceptuelles et des nomenclatures avec leurs échelles de cotation.

Schéma conceptuel



Définitions conceptuelles

Facteurs de risque :

Un facteur de risque est un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.

Facteur personnel :

Un facteur personnel est une caractéristique appartenant à la personne, telle que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc.

Système organique :

Un système organique est un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune.

Aptitude :

Une aptitude est la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale.

Facteur environnemental :

Un facteur environnemental est une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société.

Habitude de vie :

Une habitude de vie est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe,

l'identité socioculturelle, etc.) Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence.

Nomenclatures et échelles de cotation

À chacune des définitions du modèle conceptuel correspond une nomenclature exhaustive et une échelle de mesure des capacités et incapacités.

Les **facteurs de risque** comprennent : des risques biologiques, liés au fonctionnement du corps de la personne, des risques liés à l'environnement physique (l'ensemble des éléments naturels et artificiels qui entourent une personne), des risques liés à l'organisation sociale (structure, mode de fonctionnement de la société), des risques liés aux comportements individuels et sociaux (manières d'agir ou de réagir des individus, de leurs proches, de leurs familles et de la société en général). À ces facteurs de risque correspond une échelle de mesure qualitative des causes qui ont effectivement entraîné une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne. Ces causes peuvent être soit prédisposantes, déclenchantes, persistantes ou encore aggravantes.

Les **systèmes organiques** comprennent quatorze systèmes du corps humain : nerveux, auriculaire, oculaire, digestif, respiratoire, cardiovasculaire, hématopoïétique et immunitaire, urinaire, endocrinien, reproducteur, cutané, musculaire, squelettique et morphologique. L'échelle de mesure de ces systèmes se définit en opposant intégrité ou déficience, c'est-à-dire, la qualité du système organique inaltéré ou le degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique.

Les **aptitudes** se subdivisent en 10 catégories qui elles-mêmes se subdivisent en sous-catégories. Les 10 catégories d'aptitudes concernent les activités intellectuelles, le langage, les comportements, les aptitudes reliées aux sens et à la perception, aux activités motrices, à la respiration, digestion, excrétion, reproduction et à la protection et à la résistance.

L'échelle de mesure de ces aptitudes se définit en termes de capacité (expression positive d'une aptitude) ou d'incapacité (degré de réduction d'une aptitude).

Les **facteurs environnementaux** se divisent en facteurs sociaux qui eux-mêmes se divisent en facteurs politico-économiques et socioculturels et facteurs physiques qui incluent la nature et les aménagements. L'échelle de mesure pour les facteurs environnementaux s'exprime en termes de facilitateur ou d'obstacle, c'est-à-dire un facteur environnemental qui favorise ou entrave la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels (déficiences, incapacités et autres caractéristiques d'une personne). Les **habitudes de vie** sont classées en 13 champs d'activités : nutrition, condition corporelle, soins personnels, communication, habitation, déplacements, responsabilités, relations interpersonnelles, vie communautaire, éducation,

travail, loisirs et autres habitudes. La mesure des habitudes de vie s'évalue en participation sociale ou en situation de handicap. La participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultat de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux, alors que la situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie étant de la même façon le résultat de l'interaction entre les facteurs personnels et les facteurs environnementaux.

Auteurs

Ce modèle a été élaboré par une équipe de l'Université Laval, à Québec, dirigée par l'anthropologue Patrick Fougeyrollas. René Cloutier, Hélène Bergeron, Ginette St-Michel, Jacques Côté, Marcel Côté, Normand Boucher, Kathia Roy, Marie-Blanche Rémillard.

Clientèles visées

Modèle qui s'applique à toute personne et tout contexte, clinique ou administratif.

Faisabilité en clinique, exemples rapportés, applicabilité

Peut être utilisé dans de nombreux champs d'application tel que mentionné dans le livre de Processus de Production du Handicap :

- applications statistiques pour le développement de bases de données, d'enquêtes épidémiologiques ou de populations;
- gestion de systèmes d'information clientèle, évaluation des programmes et des politiques;
- intervention personnelle ou clinique : évaluation des besoins, expertise spécialisée, plan de services individualisé, évaluation des résultats, suivi du progrès du patient;
- politiques sociales : évaluation de l'admissibilité à un programme, de l'indemnisation dans les compagnies d'assurance;
- cadre de référence pour le développement de la recherche : mesures de résultats en santé, en adaptation-réadaptation, en intégration sociale;
- éducation, promotion, information : promotion des droits, sensibilisation, transferts des connaissances;
- modèle adopté et utilisé dans tous les centres de réadaptation du Québec ?

Qualités métrologiques

?

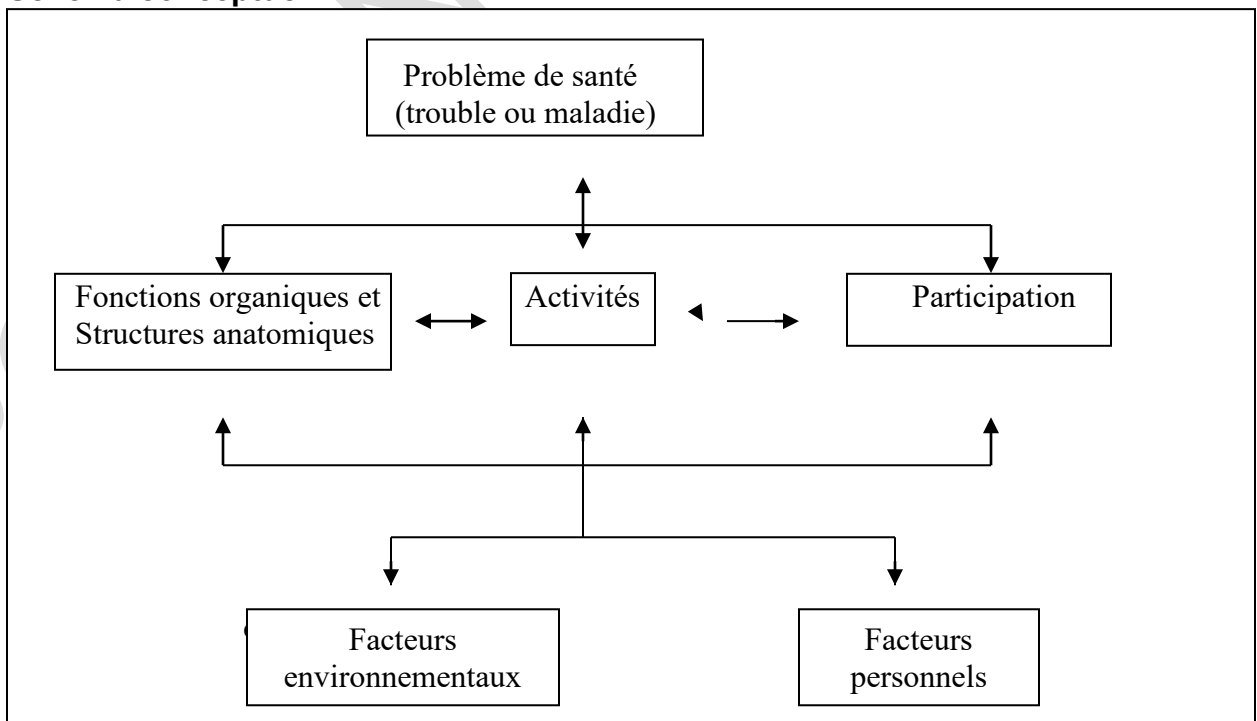
Annexe 13

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

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, la CIF, appartient à la famille des classifications internationales proposées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour être appliquées à divers aspects de la santé. Elle a été publiée en 2001 et est une révision de la CIDIH qui avait été publiée pour la première fois en 1980. Cette classification illustre un changement radical : plutôt que de considérer la personne ayant une incapacité comme une personne diminuée, elle décrit la structure corporelle, le fonctionnement, les activités et la participation d'une façon objective. Selon l'approche générale et inclusive de la CIF, le terme générique «fonctionnement» désigne toutes les fonctions de l'organisme, les activités et la participation, tandis que le terme « incapacité » englobe l'interaction entre les déficiences et les limites imposées par des facteurs externes aux activités ou à la participation.

L'un des principaux objectifs de la CIF consiste à établir un langage commun permettant de coder un large éventail d'informations sur la santé et les problèmes de santé, y compris l'incapacité. Grâce à ce langage normalisé, il est plus facile de comparer les états de santé entre les nations, les disciplines et les sciences. La CIF est encore relativement récente, mais elle est considérée partout dans le monde comme une amélioration substantielle par rapport à la CIDIH. Il faut souligner que la CIF a bénéficié grandement de la collaboration des personnes handicapées et de leurs organisations.

Schéma conceptuel



La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé propose un langage uniformisé et normalisé de même qu'un cadre pour la description des états de la santé et des états connexes de la santé. La CIF définit les composantes de la santé et certains éléments connexes de la santé comme l'éducation et le travail. Ces domaines sont décrits en prenant la personne en tant qu'individu ou être social selon 2 listes de base : 1) les fonctions organiques et les structures anatomiques, 2) les activités et la participation.

Cette classification peut être appliquée à divers aspects de la santé et sert de canevas permettant de recueillir un large éventail d'informations relatives à la santé (par exemple, diagnostic, fonctionnement et handicap, raisons de contact avec les services de santé). Elle utilise un langage commun permettant aux divers spécialistes scientifiques de communiquer sur la santé et les soins de santé dans le monde entier. Elle fournit une approche multidimensionnelle de la classification du fonctionnement et du handicap en tant que processus interactif et évolutif. Cette classification basée sur une approche biopsychosociale repose sur l'intégration de deux modèles conceptuels antagonistes : le modèle médical qui décrit le handicap comme un problème de la personne, conséquence directe d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un autre problème de santé et qui nécessite des soins médicaux sous forme de traitement individuel par des professionnels. Le modèle social d'autre part présente le handicap comme un problème créé par la société et une question d'intégration complète des individus dans la société. Le handicap n'est pas alors un attribut de la personne, mais plutôt un ensemble complexe de situations créées par l'environnement social.

Définitions:

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

Les structures anatomiques : parties anatomiques du corps, telle que les organes, les membres et leurs composantes.

Les déficiences : problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, tels qu'un écart ou une perte importante.

Une activité : exécution d'une tâche ou d'une action par une personne.

Participation : implication d'une personne dans une situation de vie réelle.

Les limitations d'activité : difficultés que rencontre une personne dans l'exécution d'activités.

Les restrictions de participation : problèmes qu'une personne peut rencontrer dans son implication dans une situation de vie réelle.

Les facteurs environnementaux : environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie.

Auteurs

Organisation mondiale de la Santé 2001

Clientèles visées

La CIF couvre tous les aspects de la santé humaine et certaines composantes du bien-être qui relèvent de la santé. Elle les décrit en termes de domaines de la santé et de domaines connexes de la santé. Elle ne concerne pas uniquement les personnes handicapées, mais bien tout un chacun.

Faisabilité en clinique, exemples rapportés, applicabilité

Cette classification peut être appliquée à divers aspects de la santé et sert de canevas permettant de recueillir un large éventail d'informations relatives à la santé (par exemple, diagnostic, fonctionnement et handicap, raisons de contact avec les services de santé).

Qualités métrologiques connues

?

Annexe 14

Formation universitaire existante connue à ce jour et en lien avec des éléments du concept diagnostique proposé

À l'Université de Montréal, le cours *Diagnostic en physiothérapie*, est donné en fin de formation, à la session d'hiver, et il permet d'intégrer l'ensemble des apprentissages pour les différents systèmes ou clientèles. Les objectifs de ce cours sont d'approfondir les notions d'évaluation et de diagnostic en physiothérapie pour une clientèle ayant une problématique complexe et de maîtriser les notions de responsabilité professionnelle du diagnostic émis par le physiothérapeute. L'utilisation d'ARC (apprentissage par raisonnement clinique) est la méthode pédagogique favorisée pour ce cours, ce qui est tout à fait favorable pour mettre en application le nouveau concept proposé par le groupe de travail. Bien entendu, l'intégration de ce nouveau concept sera commencée plus tôt, dès la première session du programme intégré baccalauréat-maîtrise, selon l'avancement des connaissances et habiletés nécessaires. Il reste à s'assurer que le lien entre ces connaissances et habiletés, qui sont à la base de la démarche diagnostique, et le libellé, tel que proposé, soit fait.

À l'Université de Sherbrooke, dès l'automne 2009, un cours spécifique sera donné sur le diagnostic émis par le physiothérapeute. Ce cours aura pour objectifs : de décrire la problématique et les notions de responsabilités professionnelles en lien avec le diagnostic en physiothérapie, d'approfondir la problématique du diagnostic en physiothérapie dans le cadre de la pratique clinique au Québec, de définir la terminologie et les concepts liés au diagnostic en physiothérapie, et de permettre aux étudiants d'intégrer les concepts théoriques du diagnostic à des cas cliniques en lien avec les différentes clientèles et différents systèmes et milieux de pratique en physiothérapie. De plus, lors de la formation à la maîtrise, 9 éléments de compétences ont été identifiés afin de permettre à l'étudiant de mener une démarche d'évaluation complète. Parmi ces éléments de compétence, certains sont en lien direct avec l'exercice du diagnostic par le physiothérapeute et avec le concept ici proposé : émettre des hypothèses et identifier les aspects pertinents à évaluer, référer la personne à un autre professionnel si la condition de la personne est hors de son champ de compétences, poser un diagnostic clinique, établir le pronostic de la condition en se basant sur les données probantes, les meilleures pratiques et l'ensemble des caractéristiques de la condition de la personne et utiliser les outils de dépistage pertinents aux principaux problèmes de santé publique liés à la réadaptation.

À l'Université Laval, le programme de formation est un continuum baccalauréat-maîtrise. Ainsi, en 1^{re} année du baccalauréat, le cours « Démarche clinique en physiothérapie » permettra d'introduire la notion de diagnostic en physiothérapie, le cours « Physiopathologie générale et implications cliniques » permettra d'acquérir des connaissances accrues des *red flags* et le cours « Mesure et évaluation en physiothérapie » donnera au futur physiothérapeute une

connaissance de base des qualités métrologiques des tests. En 2^e année, les cours « Processus diagnostique, intervention et habiletés cliniques en système musculosquelettique, neurologie et cardiorespiratoire » donneront d'autres connaissances et habiletés à l'étudiant par la présentation de cas cliniques simples. Enfin, en 3^e année du baccalauréat, le cours « Pharmacologie clinique et le physiothérapeute » donnera des notions plus extensives sur les influences des agents chimiques sur la fonction de l'appareil locomoteur. Au niveau de la 1^e année de la Maîtrise, le cours « Imagerie » donnera à l'étudiant des notions avancées en imagerie médicale et le cours « Intervention intégrée en réadaptation fonctionnelle » abordera l'intégration des connaissances enseignées dans un contexte de pratique en soins aigus, dans la communauté et en intervention en 1^e ligne (diagnostic différentiel) par la présentation de cas cliniques complexes avec simulation.

Et quant à l'Université McGill, elle aussi prend pour acquis que le physiothérapeute puisse émettre un diagnostic. Dans son programme de maîtrise en physiothérapie, la compétence 1 se lit comme suit : *Évaluer la performance physique et fonctionnelle et les besoins d'un client ou d'une population* et au point 1.3 on y lit : *Déterminer des diagnostics différentiels et fonctionnels en physiothérapie*. Le cours PHT 623 s'intitule : *Differential Dx and management*. Des démarches seront entreprises par le président du groupe de travail sur le diagnostic en physiothérapie afin de proposer que la formation spécifique sur le diagnostic émis par le physiothérapeute qui est donnée aux universités de Montréal, de Sherbrooke et Laval soit également donnée aux étudiants de McGill.

Annexe 15

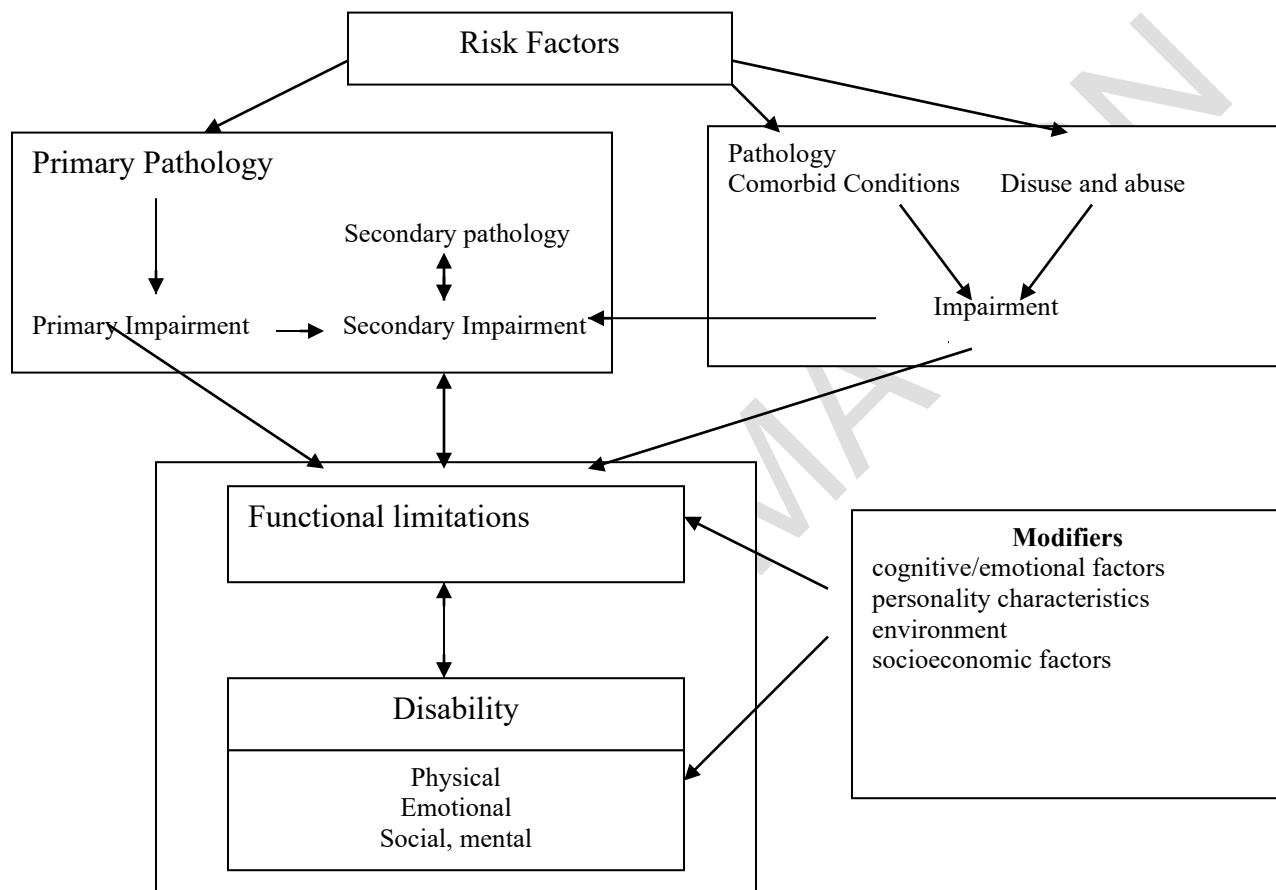
Le modèle de Schenkman / Modèle multisystèmes pour la gestion des adultes ayant des affections neurologiques

Définition, description du modèle, de l'approche :

Le modèle de Schenkman et de Butler a été publié en 1989. C'est un modèle qui met l'accent sur les interrelations entre les déficiences et les incapacités résultant d'un processus pathologique unique. Ce modèle utilise le parcours menant à l'incapacité proposée par Nagi en y ajoutant les facteurs de risque et modificateurs tels qu'élaborés par plusieurs autres auteurs. Le modèle proposé par Schenkman et Butler sur le raisonnement clinique s'appuie sur le modèle taxonomique de l'OMS, tiré de la CIDIH. Il existe d'autres modèles qui tiennent compte de ces concepts (déficiences et incapacités) en lien avec des pathologies sous-jacentes multiples. Le modèle de Schenkman utilise le parcours menant à l'incapacité proposée par Nagi en y ajoutant les facteurs de risque et modificateurs tels qu'élaborés par plusieurs autres auteurs.

Le modèle proposé par Schenkman et Butler sur le raisonnement clinique s'appuie sur le modèle taxonomique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), tiré de la (CIDIH) la Classification internationale de la Déficience, Incapacités et Handicaps. Le canevas conceptuel de l'OMS décrit une progression de la maladie vers la déficience qui entraîne l'incapacité qui elle-même entraîne finalement le handicap. Schenkman et Butler établissent une différence entre les déficiences résultant d'une pathologie neurologique primaire (appelées effets directs de la maladie) et les déficiences qui surviennent comme séquelles de la maladie (appelées effets indirects de la maladie). Le modèle original identifie aussi des processus pathologiques qui peuvent résulter en séquelles de la pathologie neurologique initiale. Dans ce modèle, les problèmes identifiés peuvent avoir des causes multiples; on les appelle effets interactifs (*composite effects*) de la maladie. Ce modèle décrivant un patron qui conduit à l'incapacité qui est non linéaire permet au clinicien de prévoir des stratégies de prévention pour corriger ou améliorer les incapacités ou encore l'incite à utiliser des stratégies de compensation pour les dommages irréversibles.

Schéma conceptuel du modèle d'invalidité basé sur le modèle de Nagi, incluant la contribution de Schenkman et Butler, Verbrugge et Jette, Buchner et Wagner.



Définitions :

La pathologie primaire réfère à la première condition pour laquelle le patient est référé, exemple : dommage au système nerveux central associé à un AVC.

La pathologie secondaire, selon Schenkman et Butler, serait un processus pathologique conséquent à la pathologie primaire. Un exemple : une fracture de hanche suite à l'AVC initial du patient. Les conditions comorbides réfèrent à des pathologies préexistantes, comme des conditions arthritiques ou encore une maladie cardiaque sous-jacente. Le mauvais usage et l'abus (*disuse et abuse*) réfèrent aux habitudes qui conduisent à l'invalidité indépendamment du processus spécifique de la maladie. Ensemble ou séparément, les incapacités résultant de la pathologie primaire ou secondaire ou des conditions comorbides ou encore du mauvais usage ou de l'abus peuvent conduire aux limitations fonctionnelles. Ultimement, les limitations fonctionnelles conduisent à l'incapacité. Les modificateurs qui influencent les limitations fonctionnelles du

patient sont variés : facteurs cognitifs/émotionnels, caractéristiques personnelles, facteurs socioéconomiques et environnement.

Le but de l'intervention est d'améliorer la fonction et de diminuer l'incapacité. Le physiothérapeute qui applique ce modèle sera en mesure de procéder à l'évaluation, d'évaluer les relations entre les facteurs le long du continuum, de déterminer le pronostic de récupération et d'utiliser les bonnes stratégies d'intervention. Lorsque les incapacités originent de divers systèmes à l'évaluation initiale, le modèle aide le clinicien à déterminer quels seront les plus importants facteurs responsables des limitations fonctionnelles et donc ceux à évaluer en détail. Lors de l'évaluation, le clinicien porte une attention aux interrelations entre les différentes incapacités et aux modificateurs qui les influencent de sorte qu'il pourra décider quelles incapacités devront être traitées prioritairement pour maximiser la récupération fonctionnelle du patient.

Schenkman et coll. suggèrent que le traitement soit dirigé vers les incapacités sous-jacentes en plus des limitations fonctionnelles du patient si l'on soupçonne que ces incapacités contribuent aux limitations fonctionnelles ou si elles sont susceptibles d'entraîner des limitations fonctionnelles ou d'ajouter une pathologie dans le futur. Bien que peu d'études soient disponibles pour démontrer une telle approche; on a vérifié expérimentalement les bienfaits d'un programme d'assouplissement chez les personnes souffrant de la maladie de Parkinson. Les résultats d'une étude randomisée ont démontré des améliorations significatives de l'équilibre chez ces personnes comparativement à un groupe témoin. Lorsque le clinicien dirige son traitement vers les incapacités sous-jacentes, il doit choisir d'utiliser soit des stratégies correctrices ou compensatoires. Les stratégies correctrices visent justement ces incapacités sous-jacentes. Ces mesures correctrices sont particulièrement applicables pour traiter les incapacités secondaires qui contribuent aux limitations fonctionnelles et qui peuvent s'améliorer avec le traitement. Un exemple : une diminution de force musculaire aux membres inférieurs associée à une perte fonctionnelle; un programme d'entraînement de la force musculaire peut améliorer la marche même pour des personnes âgées de 80 ans et plus. Les stratégies compensatoires visent à améliorer une habileté fonctionnelle en dépit d'une incapacité irréversible. Par exemple, un patient qui aurait une négligence de son côté gauche pourrait être entraîné à porter attention consciemment à l'espace de son côté gauche.

Quand le clinicien décide d'utiliser des mesures correctrices ou compensatoires, il doit soupeser la probabilité que les incapacités sous-jacentes s'améliorent (récupération naturelle de la blessure par la plasticité neurale) versus les exigences d'améliorer la fonction immédiatement en dépit des incapacités sous-jacentes permanentes. Le clinicien juge également de l'influence des modificateurs et des conditions comorbides pour arriver à son raisonnement clinique.

Un autre but d'intervention essentiel est de limiter toute autre perte (*further decline*), voilà pourquoi les stratégies de prévention sont cruciales. Dans ce cas, les interventions (renforcement, entraînement de la souplesse) sont utilisées pour prévenir les incapacités secondaires, incluant la faiblesse et la perte de souplesse. Ces interventions sont aussi utilisées pour prévenir une pathologie secondaire (conditionnement cardiaque pour diminuer la probabilité d'une maladie cardiaque, la prévention des chutes pour diminuer le risque de fracture de hanche, l'entraînement respiratoire pour diminuer la possibilité d'une pneumonie).

Auteurs

Schenkman, Butler, basé sur le modèle de Nagi avec la contribution de Verbrugge et Jette, de Buchner et Wagner

Clientèles visées

Neurologique

Faisabilité en clinique, exemples rapportés, applicabilité

L'application du modèle en physiothérapie vise à différencier clairement les déficiences et les incapacités aidant ainsi les physiothérapeutes à distinguer la cause et l'effet parmi les problèmes qui affectent la fonction du patient. Deuxièmement, le modèle décrit un patron qui conduit à l'incapacité qui est non linéaire indiquant aux cliniciens le besoin de prévoir des stratégies de prévention pour minimiser les séquelles. Enfin, le modèle donne une idée et un guide au clinicien en regard des décisions qu'il doit prendre, à savoir utiliser des stratégies pour corriger et améliorer les incapacités ou encore utiliser des stratégies de compensation pour les dommages irréversibles. Dans ce modèle, celui-ci différencie clairement la pathologie (défiance), les incapacités, les limitations fonctionnelles et le handicap. Un exemple : la défiance serait la faiblesse musculaire, la perte de sensibilité; les limitations fonctionnelles seraient la mobilité au lit, la stabilité en position debout. Et l'incapacité serait de ne pouvoir fonctionner de façon autonome à la maison ou encore de participer à des activités de loisir. Verbrugge et Jette ont amélioré le modèle de Nagi en ajoutant des modificateurs du processus d'invalidité en décrivant des facteurs de risque intra-individuels (style de vie, comportement) ou encore extra-individuels (soins médicaux, réadaptation). Finalement, Buchner et Wagner ont ajouté le concept de mauvais usage (*disuse*) et d'abus (*abuse*). De plus, dans le modèle d'invalidité de Nagi, ce dernier établit une relation entre le handicap et la qualité de vie.

Ce modèle amélioré permet au clinicien de déterminer la meilleure stratégie d'évaluation, d'évaluer les résultats et d'exprimer clairement un rationnel pour les interventions thérapeutiques. Il permet aussi de porter une attention sur les questions sociales pertinentes, l'utilisation des ressources, la qualité de vie et l'importance des facteurs de risque dans la thérapie du patient.

L'application de ce modèle d'invalidité dans le traitement de problèmes complexes est très utile au physiothérapeute dans sa pratique. Ce processus de raisonnement clinique lui fournit un canevas organisationnel auquel se greffent l'évaluation et l'intervention. De plus, il aide le clinicien à clarifier l'analyse de ses choix d'intervention. Il explique le fait que des patients avec des conditions sous-jacentes similaires peuvent atteindre des résultats très différents. Le processus aide également le clinicien à communiquer avec les autres professionnels de la santé, les membres des familles, les donneurs de soins (*caregivers*) et les personnes dans les milieux d'enseignement clinique et académique. Finalement, ce processus fournit un cadre à partir duquel le physiothérapeute peut identifier des résultats d'études qui vont aider la physiothérapie à l'intérieur du système de santé.

Qualités métrologiques

?

Annexe 16

Liste des abréviations.

A	ACP	Association canadienne de physiothérapie
	APTA	<i>American Physical Therapy Association</i>
	ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
	AVC	accident vasculaire cérébral
	AVQ	activités de la vie quotidienne
B	BM	blessé médullaire
C	C.A.	Conseil d'administration
	CIDIH	Classification internationale des déficiences, des incapacités et des handicaps
	CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
	CIM	Classification internationale des maladies
	CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
	CIP	Comité d'inspection professionnelle
	CHSLD	centre hospitalier de soins de longue durée
	CRPS	<i>chronic regional pain syndrom</i>
	CLSC	centre local de santé communautaire
	CRDP	centre de réadaptation en déficience physique
	CSSS	Centre de santé et des services sociaux
D	D	droit
	DÉSS	diplôme d'études supérieures spécialisé
	DMSK	douleur musculosquelettique
	DSM	directional <i>susceptibility to movement</i>
E	ERIC	<i>Education Resources Information Center</i>
F	FRSQ	Fonds de recherche en santé du Québec
G	G	gauche
	GCNP	groupe consultatif national en physiothérapie
	GMFCS	<i>Gross Motor Function Classification System</i>
H	HOAC	<i>Hypothesis-Oriented Algorithm for Clinicians</i>
I	ICD	<i>International Classification of Diseases</i>
	IOM	<i>Institute of Occupational Medicine</i>
	IRSST	Institut de recherche en santé et sécurité au travail
	ISOSMAF	système de classification basé sur le profil de l'autonomie fonctionnelle

J	JOSPT	<i>Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy</i>
L	LCR	liquide céphalorachidien
M	MEC MSQ MSSS	mise en charge musculosquelettique Ministère de la santé et des services sociaux
N	NPIP N-MSQ	problème identifié par une personne autre que le patient neuromusculosquelettique
O	OMS ONU OPHQ OPPQ	Organisation mondiale de la Santé Organisation des Nations Unies Office des personnes handicapées du Québec Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
P	PIP PPH PPP	problème identifié par le patient Processus de la production du handicap <i>Preferred Practice Pattern</i> / patron préféré de pratique
R	RCT REPAR	<i>Randomized Clinical Trial</i> Réseau de recherche provincial en adaptation-réadaptation
S	SAAQ SEP SIP SMAF	Société de l'assurance automobile du Québec sclérose en plaques Service d'inspection professionnelle Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
T	TAEC TCC	troubles associés à l'entorse cervicale traumatisme crâniocérébral

RÉFÉRENCES

DOCUMENTS pertinents prioritaires communs

1. Boissonnault W. (2000). Differential diagnosis: taking a step back before stepping forward. *PT Magazine*, 8(11):46-55.
2. Boissonnault W, Goodman C. (2006). Physical therapists as diagnosticians: drawing the line on diagnosing pathology. *J Orthop Sports Phys Ther*, 36(6):351-3.
3. Childs JD, Whitman JM, Sizer PS, Pugia ML, Flynn TW, Delitto A. (2005). A description of physical therapist's knowledge in managing musculoskeletal conditions. *BMC Musculoskelet Disord*, 6:32.
4. Coffin-Zadai CA. (2007). Disabling our diagnostic dilemmas. *Phys Ther*, 87(6):641-53.
5. Craik RL. (2007). Let's get on with it! *Phys Ther*, 87(6):631-2.
6. Davenport TE, Kulig K, Resnik C. (2006). Diagnosing pathology to decide the appropriateness of physical therapy: what's our role? *J Orthop Sports Phys Ther*, 36(1):1-2.
7. Dean E. (1997). Oxygen transport deficits in systemic disease and implications for physical therapy. *Phys Ther*, 77(2):187-202.
8. Deyle GD. (2006). Direct access physical therapy and diagnostic responsibility: the risk-to-benefit ratio. *J Orthop Sports Phys Ther*, 36(9):632-4.
9. Donato EB, DuVall RE, Godges JJ, Zimmerman GJ, Greathouse DG. (2004). Practice analysis: defining the clinical practice of primary contact physical therapy. *J Orthop Sports Phys Ther*, 34(6):284-304.
10. Fosnaught M. (1996). A critical look at diagnosis. *PT Magazine*, 50:48-53.
11. Gedda M. *Décision kinésithérapique : identité, démarche, chaînes logiques*. Masson, (2001).
12. Geriatric assessment and community practice. Position statement No.8. Australian society for geriatric medicine. (2000). 8 pages. [<http://www.asgm.org.au/>] (Consulté le 29 octobre 2007).
13. Gezequel B. (2005). Le diagnostic kinésithérapique: approche pragmatique. *KS*, 454:17-25.
14. Goodman CC, Snyder TEK. *Differential diagnosis for physical therapists: screening for referral*. 4th ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 2007.
15. *Guide to Physical Therapist Practice*. 2nd ed, Alexandria, VA: American Physical Therapy Association; 2001. Revised 2003.

16. Jette AM. (1989). Diagnosis and classification by physical therapists: a special communication. *Phys Ther*, 69(11):967-69.
17. Jette AM. (2006). Toward a common language for function, disability, and health. *Phys Ther*, 86(5):726-34.
18. Johnson MP, Abrams SL. (2005). Historical perspectives of autonomy within the medical profession: considerations for 21st century physical therapy practice. *J Orthop Sports Phys Ther*, 35(10):628-36.
19. Miller EW, Ross K, Grant S, Musenbrock D. (2005). Geriatric referral patterns for physical therapy: a descriptive analysis. *J Geriatr Phys Ther*, 28(1):20-7.
20. Moore JH, McMillian DJ, Rosenthal MD, Weishaar MD. (2005). Risk determination for patients with direct access to physical therapy in military health care facilities. *J Orthop Sports Phys Ther*, 35(10):674-8.
21. Nall C. (2006). Looking back, looking forward: achievements and future directions of physiotherapy in Australia. *Aust J Physiother*, 52(4):235-6.
22. Norton BJ. (2007). "Harnessing our collective professional power": diagnosis dialog. *Phys Ther*, 87(6):635-8.
23. Norton BJ. (2007). Diagnosis dialog: progress report. *Phys Ther*, 87(10):1270-3.
24. Rose SJ. (1986). Description and classification: the cornerstones of pathokinesiological research. *Phys Ther*, 66:379-81.
25. Rose SJ. (1989). Physical therapy diagnosis: role and function. *Phys Ther*, 69(7):535-7.
26. Rothstein JM. (1993). Patient classification. [Editor's note]. *Phys Ther*, 73(4):214-5.
27. Sahrmann SA. (1988). Diagnosis by the physical therapist—a prerequisite for treatment: a special communication. *Phys Ther*, 68(11):1703-6; Comment in: *Phys Ther*. 2001, 81(5):1152-4.
28. Sahrmann SA. (2005). Are physical therapists fulfilling their responsibilities as diagnosticians? *J Orthop Sports Phys Ther*, 35(9):556-8.
29. Scheets PK, Sahrmann SA, Norton BJ. (1999). Diagnosis for physical therapy for patients with neuromuscular conditions. *Neurology Report*, 23(4):158-69.
30. Schenkman M, Bliss ST, Day L, Kemppainen S, Morse J, Pratt J. (1999). Multisystem model for management of neurologically impaired adults—an update and illustrative case. *Neurology Report*, 23(4):145-57.
31. Zimny NJ. (2004). Diagnostic classification and orthopaedic physical therapy practice: what we can learn from medicine. *J Orthop Sports Phys Ther*, 34(3):105-9; discussion 110-5.

DOCUMENTS pertinents secondaires communs

32. Benson CJ, Schreck RC, Underwood FB, Greathouse DG. (1995). The role of Army physical therapists as nonphysician health care providers who prescribe certain medications: observations and experiences. *Phys Ther*, 75(5):380-6.
33. Case K, Harrison K, Roskell C. (2000). Differences in the clinical reasoning process of expert and novice cardiorespiratory physiotherapists. *Physiotherapy*, 86(1):14-21.
34. Childs JD and Cleland JA. (2006). Development and application of clinical prediction rules to improve decision making in physical therapist practice. *Phys Ther*, 86(1):122-31.
35. Childs JD, Whitman JM. (2005). Advancing physical therapy practice: the accountable practitioner. *J Orthop Sports Phys Ther*, 35(10):624-7.
36. Copeland B. (1996). Letter to the Editor. *J Phys Ther Educ*, 10(2):95.
37. Culver LL. (2002). The screening process: making the “go” or “no go” decision. *PT Magazine*, 10(1):20-2.
38. Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, Woolhead G, Bannister G, Nelson I, Kammerling M. (1999). A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J Epidemiol Community Health*, 53:643-50.
39. Davenport TE, Watts HG, Kulig K, Resnik C. (2005). Current status and correlates of physicians' referral diagnoses for physical therapy. *J Orthop Sports Phys Ther*, 35(9):572-9.
40. Dekker J, van Baar ME, Curfs EC, Kerssens JJ. (1993). Diagnosis and treatment in physical therapy: an investigation of their relationship. *Phys Ther*, 73(9):568-77; discussion 577-80.
41. Delitto A, Snyder-Mackler L. (1995). The diagnostic process: examples in orthopedic physical therapy. *Phys Ther*, 75(3):203-11.
42. Delplanque D. (1999). Le bilan en kinésithérapie respiratoire: le bon sens clinique de la démarche thérapeutique. *KS*, 389:44-6.
43. Deyle GD. (2005). Musculoskeletal imaging in physical therapist practice. *J Orthop Sports Phys Ther*, 35(11):708-21.
44. Di Fabio RP. (1999). Secrets of diagnosis. *J Orthop Sports Phys Ther*, 29(9):504-5.
45. Edwards I, Jones M, Carr J, Braunack-Mayer A, Jensen GM. (2004). Clinical reasoning strategies in physical therapy. *Phys Ther*, 84(4):312-36.
46. Finger ME, Cieza A, Stoll J, Stucki G, Huber EO. (2006). Identification of intervention categories for physical therapy, based on the *International*

- Classification of Functioning, Disability and Health: A Delphi exercise. Phys Ther, 86(9):1203-20.*
47. Fougeyrollas P, Cloutier R, Bergeron H et al. Révision de la proposition québécoise de classification: Processus de production du handicap, Réseau international sur le processus de production du handicap, CQCIDIH/SCCIDIH, 1996.
 48. Fougeyrollas P, Noreau L, Bergeron H, Cloutier R, Dion SA, St-Michel G. (1998). Social consequences of long term impairments and disabilities : Conceptual approach and assessment of handicap. *Int J Rehabil Res, 21(2):127-41.*
 49. Fritz J, Flynn TW. (2005). Autonomy in physical therapy: less is more. *J Orthop Sports Phys Ther, 35(11):696-8.*
 50. Gallagher M, Puskar B. (2002). Not "just" a physical therapist. *Phys Ther, 82(10):1043.*
 51. George SZ, Delitto A. (2005). Clinical examination variables discriminate among treatment-based classification groups: A study of construct validity in patients with acute low back pain. *Phys Ther, 85(4):306-14.*
 52. Greathouse DG, Schreck RC, Benson CJ. (1994). The United States Army physical therapy experience: evaluation and treatment of patients with neuromusculoskeletal disorders. *J Orthop Sports Phys Ther, 19(5):261-6.*
 53. Guccione AA. (1991). Physical therapy diagnosis and the relationship between impairments and function. *Phys Ther, 71(7):499-504.*
 54. Hackett GI, Bundred P, Hutton JL, O'Brien J, Stanley IM. (1993). Management of joint and soft tissue injuries in three general practices: value of on-site physiotherapy. *Br J Gen Pract, 43(367):61-4.*
 55. Heriza CB, Lunnen KY, Fischer J, Harris M. (1983). Pediatric practice in physical therapy. A survey. *Phys Ther, 63(6):948-56.*
 56. Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK and on behalf of The Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. (2007). What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy, 93(1):3-11.*
 57. International classification of functioning, disability and health: ICF. Geneva, Switzerland : World Health Organization; 2001.
 58. International statistical classification of diseases and health related problems. (The) ICD-10. 2nd ed. Geneva, Switzerland : World Health Organization; 2005.
 59. Jensen GM, Gwyer J, Shepard KF, Hack LM. (2000). Expert practice in physical therapy. *Phys Ther, 80(1):28-43.*

60. Jette DU, Ardleigh K, Chandler K, McShea L. (2006). Decision-making ability of physical therapists: physical therapy intervention or medical referral. *Phys Ther*, 86(12):1619-29.
61. Maluf KS, Sahrman SA, Van Dillen LR. (2000). Use of a classification system to guide nonsurgical management of a patient with chronic low back pain. *Phys Ther*, 80(11):1097-111.
62. Massey BF Jr. (2002). 2002 APTA presidential address: "What's all the fuss about direct access?" *Phys Ther*, 82(11):1120-3.
63. Massey BF Jr. (2005). 2005 APTA Presidential address: "For the sake of our patients, it is the right thing to do". *Phys Ther*, 85(11):1238-42.
64. McPoil TG, Martin RL, Cornwall MW, Wukich DK, Irrgang JJ, Godges JJ. (2008). Heel pain--plantar fasciitis: clinical practice guidelines linked to the international classification of function, disability, and health from the orthopaedic section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther*, 38(4):A1-A18.
65. Norton BJ. (2004). Focus on diagnosis. *J Orthop Sports Phys Ther*, 34(3):103-4
66. Ozdinler AR. (2004). A vision: direct access to physiotherapy. *Physiotherapy*, 90(4):225.
67. Portney LG. (2004). Evidence-based practice and clinical decision making: it's not just the research course anymore. *J Phys Ther Educ*, 18(3):46-51.
68. Robert G and Stevens A. (1997). Should general practitioners refer patients directly to physical therapists? *Br J Gen Pract*, 47(418):314-8.
69. Rothstein JM, Echtermach JL, Riddle DL. (2003). The Hypothesis-Oriented Algorithm for Clinicians II (HOAC II): a guide for patient management. *Phys Ther*, 83(5):455-70.
70. Sandstrom RW. (2007). The meanings of autonomy for physical therapy. *Phys Ther*, 87(1):106-9.
71. Soroka M, Krumholz D, Bennett A, and The National Board of Examiners Conditions Domain Task Force. (2006). The practice of optometry: National Board of Examiners in Optometry survey of optometric patients. *Optometry*, 77(9):427-37.
72. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. (2002). Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Phys Ther*, 82(11):1098-107.
73. Thornquist E. (2001). Diagnostics in physiotherapy – processes, patterns and perspectives. Part I. *Adv Phys Ther*, 3(4):140-50.
74. Thornquist E. (2001). Diagnostics in physiotherapy – processes, patterns and perspectives. Part II. *Adv Phys Ther*, 3(4):151-62.

75. Umphred D. (1995). Physical therapy differential diagnosis in the clinical setting. *J Phys Ther Educ*, 9(2):39-45.
76. VanSant AF. (2006). Physical therapy diagnoses. *Pediatric Physical Therapy*, 18(3):181.
77. VanSant AF. (2007). Diagnosis. *Pediatric Physical Therapy*, 19(2):107.
78. VanSwearingen JM, Brach JS. (2001). Making geriatric assessment work: selecting useful measures. *Phys Ther*, 81(6):1233-52.
79. Viel E. (1999). Le diagnostic kinésithérapique : vous savez le faire, alors sachez le faire. *KS*, 389:4-8.
80. Viel E. Le diagnostic kinésithérapique : le bilan-diagnostic en pratique libérale et hospitalière. Collection : Le point en rééducation. 2^e édition, Masson, (2000). 136 pages.
81. Viel E. Bien rédiger le bilan-diagnostic kinésithérapique. Masson, (2006). 200 pages.
82. Zimny NJ. (1995). Physical therapy diagnosis. [Letters to the Editor]. *Phys Ther*, 75(7):635-6.
83. Zimny NJ. (1995). Physical therapy management from physical therapy diagnosis: necessary but insufficient. *J Phys Ther Educ*, 9(2):36-8.

DOCUMENTS pertinents spécifiques

84. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation, *Guidelines for cardiac rehabilitation and secondary prevention programs*, 4th edition, Human Kinetics, Champaign, 2004.
85. American College of Sports Medicine, *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*, 7th edition, Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia, 2006.
86. American Geriatrics Society Education Committee. (2002). The training of geriatric fellows in rehabilitation: AGS Educational Guideline. *J Am Geriatr Soc*, Feb;50(2):389-90.
87. Campbell SK. (2006). Are Models of Disability Useful in Real Cases? Pediatric case examples realized in Research, Clinical Practice, and Education. *Phys Ther*, 86(6):881-7.
88. Cigolle CT, Langa KM, Kabeto MU, Tian Z, Blaum CS. Geriatric conditions and disability: the Health and Retirement Study. *Ann Intern Med*, 2007 Aug 7;147(3):156-64.
89. Campbell SK, Palisano RJ, Vander Linden DW. Physical therapy for children. 3rd ed. Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 2006.
90. Dubuc N, Hébert R, Desrosiers J, Buteau M, Trottier L. Disability-based classification system for older people in integrated long-term care

- services: the Iso-SMAF profiles. 2006 Mar-Apr;42(2):191-206. Epub 2005 Aug 25.
91. Dzienkowski RC, Smith KK, Dillow KA, Yucha CB. (1996). Cerebral palsy: a comprehensive review. *Nurse Pract*, 21(2):45-8, 51-4, 57-9; quiz 60-1.
 92. Flacker JM. (2003). What is a geriatric syndrome anyway? *J Am Geriatr Soc*, Apr;51(4):574-6.
 93. Frownfelter D, Dean E. Clinical Case Study Guide to accompany principles and practice of cardiopulmonary physical therapy. 3rd ed. St-Louis, MO: Mosby; 1996.
 94. Frownfelter D, Dean E. *Cardiovascular and Pulmonary Physical Therapy-Evidence and Practice*, 4th edition, Mosby Elsevier, St-Louis, 2006.
 95. Gordon J, Quinn L. (1999). Guide to Physical Therapist Practice: a critical appraisal. *Neurology Report*, 23(3):122-8.
 96. Harris BA, Dyrek DA. (1989). Model of orthopaedic dysfunction for clinical decision making in physical therapy practice. *Phys Ther*, 69(7):548-53.
 97. Harro CC. (1999). Overview on the *Guide to Physical Therapist Practice* and it's implications for neurologic physical therapy. *Neurology Report*, 23(3):90-4.
 98. Inouye SK, Zhang Y, Jones RN, Kiely DK, Yang F, Marcantonio ER. (2007). Risk factors for delirium at discharge: development and validation of a predictive model. *Arch Intern Med*, Jul 9;167(13):1406-13.
 99. Isaacs ER. (1995). Should Physical Therapists Diagnose: A Neurologist's Viewpoint. *J Phys Ther Educ*, 9(2):63-4.
 100. Michaud LJ and Committee on Children With Disabilities. (2004). Prescribing therapy services for children with motor disabilities. *Pediatrics*, 113(6):1836-8.
 101. Moore JH, Goss DL, Baxter RE, DeBerardino TM, Mansfield LT, Fellows DW, and Taylor DC. (2005). Clinical diagnostic accuracy and magnetic resonance imaging of patients referred by physical therapists, orthopaedic surgeons, and nonorthopaedic providers. *J Orthop Sports Phys Ther*, 35(2):67-71.
 102. Nicholson DE. (1999). Using the *Guide to Physical Therapist Practice* in professional physical therapist education. *Neurology Report*, 23(3):117-21.
 103. Noonan V, Dean E. (2000). Submaximal Exercise Testing: Clinical Application and Interpretation. *Phys Ther*, 80(8):782-807.
 104. Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B. (1997). Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*, Apr;39(4):214-23.

105. Petersen T, Olsen S, Laslett M, Thorsen H, Manniche C, Ekdahl C, Jacobsen S. (2004). Inter-tester reliability of a new diagnostic classification system for patients with non-specific low back pain. *Aust J Physiother*, 50(2):85-94.
106. Riddle DL, Hillner BE, Wells PS, Johnson RE, Hoffman HJ, Zuelzer WA. (2004). Diagnosis of lower-extremity deep vein thrombosis in outpatients with musculoskeletal disorders: a national survey of physical therapists. *Phys Ther*, 84(8):717-28.
107. Rosenbaum PL, Walter SD, Hanna SE, Palisano RJ, Russell DJ, Raina P, Wood E, Bartlett DJ, Galuppi BE. (2002). Prognosis for gross motor function in cerebral palsy: creation of motor development curves. *JAMA*, 288(11):1357-63.
108. Scheets PK, Sahrman SA, Norton BJ. (2007). Use of movement system diagnoses in the management of patients with neuromuscular conditions: a multiple-patient case report. *Phys Ther*, 87(6):654-69.
109. Snijders AH, van de Warrenburg BP, Giladi N, Bloem BR. (2007). Neurological gait disorders in elderly people: clinical approach and classification. *Lancet Neurol*, 6(1):63-74.
110. Sullivan JK, Hershberg J, Howard R, and Fisher BE. (2004). Neurologic differential diagnosis for physical therapy. *J Neurol Phys Ther*, 28(4):162-8.
111. van den Beld WA, van der Sanden GA, Feuth T, Janssen AJ, Sengers RC, Verbeek AL, Gabreëls FJ. (2006). A new motor performance test in a prospective study on children with suspected myopathy. *Dev Med Child Neurol*, 48(9):739-43.
112. Wood E, Rosenbaum P. (2000). The Gross Motor Function Classification System for cerebral palsy : a study of reliability and stability over time. *Dev Med Child Neurol*, 42(5):292-6.

DOCUMENTS complémentaires

113. Al-Qattan M. (2003). Classification of Secondary Shoulder Deformities in Obstetric Brachial Plexus Palsy. *J Hand Surg[Br]*, 28(5):483-6.
114. Topics in physical therapy: neurology. An APTA Professional Development Home Study Course. Editor: Riolo L. Alexandria, Va: American Physical Therapy Association. (2002).
115. Bamberger S. (2005). Autonomous practice and patient empowerment. *Pt Mag Phys Ther*, 13(2):8-9.
116. Bennett CJ, Grant MJ. (2004). Specialisation in physiotherapy: A mark of maturity. *Aust J Physiother*, 50(1):3-5.

117. Boyce RA. (2005). Direct access physiotherapy in Australia. *Physiotherapy*, 91(1):61-2.
118. Bridon F, Surmont C. (1999). Le diagnostic kinésithérapique : problématique de formation et perspectives. *KS*, 389:13-18.
119. Cavarec F. (2003). Ce que peut apporter le diagnostic kinésithérapique aux futurs masso-kinésithérapeutes. *KS*, 429:37-44.
120. Cavarec F. (2003). Mise en situation professionnelle : vingt minutes pour construire un diagnostic kinésithérapique. *Kinésithérapie*, 23-24:53-7.
121. Daker-White G. et al. (1999). A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J Epidemiol Community Health*, 53(10):643-50.
122. Description of advanced clinical practice: geriatric physical therapy. Alexandria, Va: American Physical Therapy Association. (1999).
123. Deutsch JE. (2004). Editor's note: confused about physical therapy diagnosis and differential diagnosis? *J Neurol Phys Ther*, 28(4):153.
124. Dickens V, Ali F, Gent H. et Rees A. (2003). Assessment and Diagnosis of Knee Injuries. The value of an experienced physiotherapist. *Physiotherapy*, 89(7):417-22.
125. DuVall RE. (2003). Re: direct access and autonomous practice. *PT Mag Phys Ther*, 11(12):8-9.
126. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (2009), rapport final: Infirmière pivot et clinique interdisciplinaire musculosquelettique: le cas du CSSS Arthabaska – Érable, mars 2009, Unité ÉTMIS, 91 pages.
127. Faby S. (1998). A model for diagnostics in neurological rehabilitation: an answer to "the biopsychosocial disease consequence model in rehabilitation" of Talo *et al.* *Int J Rehabil Res*, 21:113-26.
128. Failletaz P, Galluchon T, LeDinahet T. (1998). Le diagnostic kinésithérapique et son processus d'élaboration. *KS*, 380:39-41.
129. Gardiner J, Turner P. (2002). Accuracy of clinical diagnosis of internal derangement of the knee by extended scope physiotherapists and orthopaedic doctors. Retrospective audit. *Physiotherapy*, 88(3):153-7.
130. Gedda M. (1998). Au coeur de la kinésithérapie: son diagnostic. *Kinésithér Sci*, 375:39-50.
131. Gedda M. (2002). En deux mots : pourquoi l'utilisation des termes déficience et incapacité est inadaptée à notre exercice? *Kinésithérapie, les cahiers*, 11-12:78-80.
132. Gedda M, Tardivat M. (1999). Du diagnostic kinésithérapique masso-kinésithérapique : mystifications ou vérités ? *KS*, 389:22-32.

133. Gedda M. (2002). Savoir kinésithérapique : de la pathologie aux problèmes de santé. *KS*, 427:9-11.
134. Golden GS. (1980). Nonstandard therapies in developmental disabilities. *Am J Dis Child*, 134:487-91.
135. Gravel J, Gouin S, Bailey B, Roy M, Bergeron S, Amre D. (2007). Reliability of a computerized version of the Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale. 2007 Oct;14(10):864-9. Epub 2007 Aug 29.
136. Haley SM, Dumas HM, Ludlow LH. (2001). Variation by diagnostic and practice pattern groups in the mobility outcomes of inpatient rehabilitation programs for children and youth. *Phys Ther*, 81(8):1425-36.
137. Harris SR. How should treatments be critiqued for scientific merit? *Phys Ther*, 1996;76(2):175-81.
138. Harro CC. (1999). The Guide to Physical Therapist Practice: directed self study or group study questions. *Neurology Report*, 23(3):86.
139. Harro CC. (2000). Neurology section practice issues forum, CSM 2000: Promoting awareness, advocacy, and action. *Neurology Report*, 24(3):113-5.
140. Hattam P. et Smeathem A. (1999). Evaluation of an orthopaedic screening service in primary care. *Br J Clin Govern*, 4(2):45-9.
141. Herman MJ, Pizzutillo PD. (2005). Spondylolysis and spondylolisthesis in the child and adolescent: a new classification. *Clin Orthop Relat Res*, (434):46-54.
142. Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK and The Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. (2006). Self-referral to physiotherapy: deprivation and geographical setting. Is there a relationship? Results of a national trial. *Physiotherapy*, 92(1):16-25.
143. Holdsworth LK, Webster VS, McFadyen AK and The Scottish Physiotherapy Self Referral Study Group. (2006). Are patients who refer themselves to physiotherapy different from those referred by GPs? Results of a national trial. *Physiotherapy*, 92(1):26-33.
144. Holdsworth LK, Webster VS. (2004) Direct access to physiotherapy in primary care: now? -and into the future? *Physiotherapy*, 90(2):64-72.
145. Huddleston JM et al. (2004). Medical and Surgical Comanagement after Elective hip and Knee Arthroplasty. *Ann Intern Med*, 141(1):28-39.
146. Leduc Y, Cauchon M, Émond JG, Ouellet J. (1995). Utilisation d'un système informatisé de classification pour les soins de première ligne : trois années d'expérience. *Le médecin de famille canadien*, 41:1338-345.
147. Magistro CM. (1989). Clinical decision making in physical therapy: a practitioner's perspective. *Phys Ther*, 69(7):525-34.
148. Moore J. (2001). Direct access. *PT Magazine*, 9(2):77-9.

149. Mundt C, Backenstrass M. (2005). Psychotherapy and classification: psychological, psychodynamic, and cognitive aspects. *Psychopathology*, 38:219-22.
150. Nagi S.Z. (1965). Some conceptual issues in disability and rehabilitation In *Sociology and Rehabilitation* (Edited by Sussman M.B.), p. 100-13, American Sociological Association, Washington D.C.
151. Oi S, Matsumoto S. (1992). A proposed grading and scoring system for spina bifida: Spina Bifida Neurological Scale (SBNS). *Child's Nerv Syst*, 8(6):337-42.
152. Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B. (1997). Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*, 39(4):214-23.
153. Palisano RJ, Hanna SE, Rosenbaum PL, Russell DJ, Walter SD, Wood EP, Raina PS, Galuppi BE. (2000). Validation of a model of gross motor function for children with cerebral palsy. *Phys Ther*, 80(10):974-85.
154. Perrein D. (1999). Analyse, comportement et stratégie kinésithérapiques. *KS*, 389:41-3.
155. Pope AM, Tarlov AR. (1991) Disability in America; toward a National Agenda for Prevention. Institute of Medicine, Ed. National Academy Press, Washington D.C., USA, 39 pages.
156. Russell DJ, Avery LM, Rosenbaum PL, Raina PS, Walter SD, Palisano RJ. (2000). Improved scaling of the Gross Motor Function Measure for children with cerebral palsy: evidence of reliability and validity. *Phys Ther*, 80(9):873-85.
157. Russell DJ, Leung KM, Rosenbaum PL. (2003). Accessibility and perceived clinical utility of the GMFM-66: evaluating therapists' judgements of a computer-based scoring program. *Phys Occup Ther Pediatr*, 23(2):45-8.
158. Schunk C, Thut C. (2003). Autonomous practice: issues of risk: how PTs can ensure that hard-won freedoms don't literally become liabilities. *PT Mag Phys Ther*, 11(5): 34-8, 40.
159. Shumway-Cook A, Woollacott MH. Motor control: translating research into clinical practice, 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2007.
160. Studer M. (1999). The *Guide to Physical Therapist Practice*: a case manager's perspective. *Neurology Report*, 23(3):95-9.
161. Vaillant J, Plas F, Bouchet JY, Caillat-Miousse JL, Cossalter B, Michon D, Prel G. (1999). Le diagnostic kinésithérapique. *KS*, 389:9-12.
162. Wade DT. (2002). Diagnosis in rehabilitation: woolly thinking and resource inequity. *Clin Rehabil*, 16(4):347-9.

163. Wade DT. (2005). Describing rehabilitation interventions. *Clin Rehabil*, 19(8):811-8.
164. Watson G. (1996). Neuromusculoskeletal physiotherapy: encouraging self-management. *Physiotherapy*, 82(6):352-7.
165. Wils J, Lepresle E, Langlois-Wils I, Lepresle C. (1999). Réflexion sur la notion de diagnostic kinésithérapique. *KS*, 389:19-21.

POUR INFORMATION