

Zeitschrift: Fisio active
Herausgeber: Schweizer Physiotherapie Verband
Band: 39 (2003)
Heft: 3

Artikel: Le Raisonnement Clinique : la tête avec les mains
Autor: Richoz, Christophe / Dunand, Jacques
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929639>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 03.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Le Raisonnement Clinique: la tête avec les mains

Christophe Richoz, Master of Manipulative Physiotherapy, adjunct lecturer – University of South Australia, physiothérapeute dipl., Genève,
Introduction de Jacques Dunand, directeur de l'Ecole de Physiothérapie de Genève

18

PHYSIOactive 3/2003

Mots clés:

raisonnement clinique, mécanismes
pathobiologiques, logiciels d'application,
standardisation

Le raisonnement clinique (RC) est une branche à part entière enseignée dans de nombreuses écoles de formation de par le monde. Cette approche fait peu à peu son chemin dans les écoles de formation suisses et sa pertinence est particulièrement précieuse dans le contexte de la reconnaissance de la profession de physiothérapeute en Suisse. La dimension biopsychosociale que revêt le RC complète adéquatement l'approche anamnétique et clinique traditionnellement conduite par la plupart des cliniciens. Alors que l'informatisation des données du patient est désormais disponible, la question de la standardisation et d'une structure d'application du RC est plus que jamais d'actualité.

ABSTRACT

Clinical Reasoning (CR) is taught as a separate branch in numerous training schools around the world. This concept of training is progressively adapted in Swiss training schools, and is particularly relevant in the context of Physiotherapy recognition in Switzerland. The biopsychosocial dimension of CR emphasizes and completes adequately the subjective and objective examination traditional approach.

CR and standardisation are raising issues while patient recording computer applications are starting to be available.

INTRODUCTION

QUELS SONT LES ENJEUX DE NOTRE PROFESSION AUJOURD'HUI?

Nous devons passer «de l'expérience vécue à l'expérience explicitée» et «d'une pratique naturelle à la démonstration rigoureuse de nos pratiques».

Depuis de nombreuses années les formations de base incluent dans leurs cursus l'apprentissage d'une démarche documentée des informations anamnestiques et cliniques pour suivre, avec le plus d'objectivité possible, les interventions thérapeutiques et anticiper, de façon cohérente avec les patients et les prescripteurs, le plus souvent, les décisions à prendre concernant l'investissement thérapeutique. Une sensibilité biopsychosociale coexiste à notre compréhension mécaniste et fonctionnelle des défauts de participations de nos patients. Néanmoins les mécanismes neurobiologiques et psychosociaux interférant avec les symptômes douloureux et les limitations fonctionnelles sont moins connus. D'autre part il n'existe pas de consensus ni de référence explicite pour partager les informations utiles à notre compréhension des situations rencontrées ni pour alimenter des bases de données compréhensibles en vue de travaux de validation et de recherche.

Ce serait une des conditions nécessaires pour enrichir la documentation des expériences pratiques et valoriser nos savoirs professionnels. C'est la voie royale pour une meilleure reconnaissance institutionnelle et politique de notre profession. Ce sont ces démarches, entre autres, qui ont permis dans certains pays le développement d'une pratique indépendante de la prescription.

La grande faiblesse de notre profession, ce qui nous est reproché et que nous pouvons entendre, semble être l'absence de transparence sur nos pratiques et sur leurs explicitations et parfois un manque de rigueur dans leur application, utilisant un langage peu «scientifique» et intégrant peu les réalités de l'environnement socio politique et économique.

Aujourd'hui le Raisonnement Clinique (RC) apporte cet outil utile à l'explicitation et à la démonstration rigoureuses de nos pratiques. Ceci permettra de renforcer nos compétences et d'améliorer notre fonction d'expert. C'est aujourd'hui, dans le contexte difficile des professions de la santé, qu'il s'inscrit particulièrement bien. Il n'est pas une recette miracle qui donne la science infuse. Il s'agit en fait d'une méthode, d'un outil de travail qui ne prétend nullement remplacer le style ou l'initiative personnelle, et encore moins le type d'approche thérapeutique; au contraire, le RC favorise l'esprit d'analyse, l'auto-évaluation du thérapeute et l'assiste tout en lui permettant de limiter au maximum l'erreur de jugement et les a priori néfastes au bon déroulement d'une prise en charge thérapeutique.

Le Raisonnement clinique est donc l'outil qui permet d'organiser nos fantaisies créatrices et nous assiste dans une démarche logique.

Il permet aussi, par une transcription organisée et systématisée de l'information, de nous outiller pour les prochaines étapes de développement de nos sociétés créatrices de risques et de revendications juridiques.

La mise en application du RC s'inscrit donc de manière totalement chronologique avec les obligations légales d'efficience et de rigueur qui sont dans notre environnement professionnel actuel.

Le RC implique des connaissances neurobiologiques et psychosociales qui permettent l'évaluation des mécanismes actifs chez le patient dans sa présentation clinique.

Cet article a pour but de présenter les grandes lignes du RC et son application dans la pratique courante.

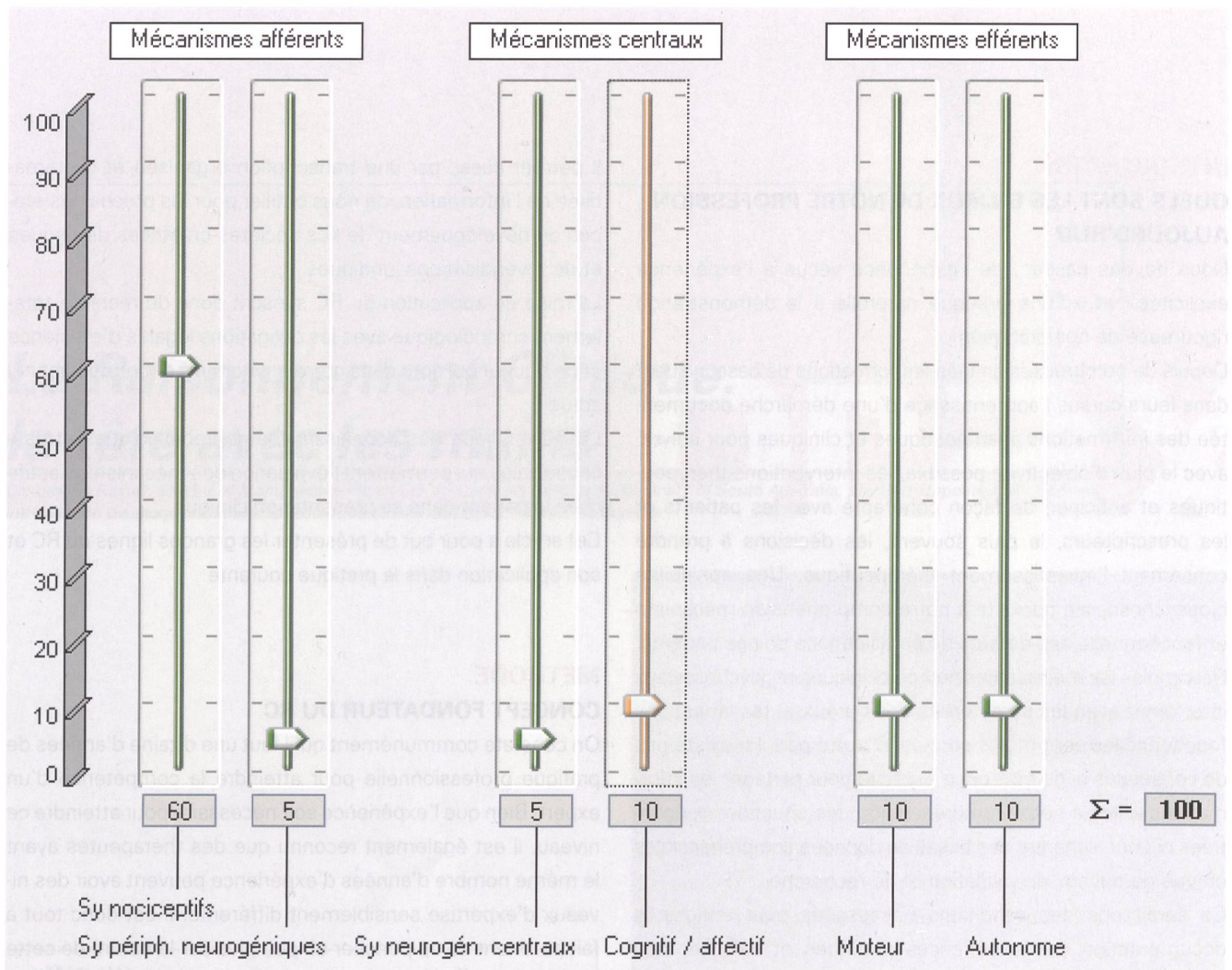
METHODE

CONCEPT FONDATEUR DU RC

On constate communément qu'il faut une dizaine d'années de pratique professionnelle pour atteindre la compétence d'un expert. Bien que l'expérience soit nécessaire pour atteindre ce niveau, il est également reconnu que des thérapeutes ayant le même nombre d'années d'expérience peuvent avoir des niveaux d'expertise sensiblement différents. Il est donc tout à fait pertinent de se pencher un peu plus sur la nature de cette expertise et sur l'organisation des connaissances: c'est ainsi qu'est né le RC comme branche à part entière dans certaines écoles de formation médicale anglo-saxonnes. Le but est de dispenser une méthode d'organisation de la connaissance et une remise en question personnelle de l'approche clinique.

Mark Jones [1, 2] identifie treize caractéristiques chez un expert:

- L'expert excelle principalement dans son propre domaine.
- L'expert possède un large aperçu des caractéristiques cliniques significatives dans son domaine.
- L'expert est rapide, efficace et dispose d'une marge d'erreur réduite.
- L'expert a une mémoire performante à court et long terme.
- L'expert se représente les impacts d'un problème à un niveau plus profond qu'un novice.
- L'expert consacre le temps nécessaire à l'aspect qualitatif des problèmes présentés.
- L'expert a une grande compétence autocritique.
- L'expert possède les dispositions affectives nécessaires au bon raisonnement (curiosité, confiance en soi, ouverture d'esprit, flexibilité, honnêteté, assiduité, calme, compassion et humilité).
- L'expert intègre la participation d'autres professionnels de la santé dans le processus décisionnel.
- L'expert utilise un niveau élevé de métacognition dans son raisonnement.



©Pathobiological Mechanisms, Tiré du logiciel de thérapie manuelle Physiosphere™ [8].

- L'expert identifie la valeur des différentes formes de connaissances dans son raisonnement et les utilisent de façon critique.
- L'expert est à l'écoute du patient, centré sur son problème.
- L'expert partage son expertise afin d'aider l'expertise des autres.

Jones soutient que même si les experts sont sensés obtenir de meilleurs résultats cliniques, le jugement de ces derniers ne se situe souvent qu'au niveau de la précision diagnostique ou des résultats cliniques. Ce qui est nécessaire, c'est une perspective plus large incluant la perception du patient. Le partage de la décision thérapeutique entre le patient et le clinicien est important si le «succès» thérapeutique doit être réalisé à partir de la perspective du patient.

Le RC se construit sur les connaissances acquises, la cognition (aptitudes cognitives) et la métacognition (la conscience et la capacité de penser à sa manière de raisonner). En conséquence, il est naturel que les moyens d'améliorer son RC soient issus de ces trois aptitudes.

MÉCANISMES PATHOBIOLOGIQUES

Déterminer le mécanisme actif dominant est le but principal du RC. Pour cela il faut être familier avec la notion de mécanisme pathobiologique. Ce terme provient du concept des universités australiennes, lui-même basé sur les travaux scientifiques dans le domaine de l'étude du cerveau et de la douleur. Il est notamment décrit par David Butler [3, 4, 6], Michael Shacklock [5] et Louis Gifford [6].

Il s'agit tout d'abord d'identifier la/les atteinte(s) tout au long de l'examen du patient. Le mécanisme dominant générant la/les atteintes doit ensuite être identifié, puis évalué, sachant que tous les mécanismes décrits dans ce concept ne sont jamais totalement inactifs ou absents; c'est pourquoi nous parlons de mécanisme dominant les autres mécanismes. Cela permet au thérapeute de se situer, de diriger l'examen du patient et d'établir les buts thérapeutiques en réévaluant constamment l'état de son jugement à chacune des étapes de la prise en charge.

Les mécanismes classifient les symptômes du patient en faisant référence à leurs sources selon trois groupes:

1. les mécanismes afférents (générant des influx vers le SNC et le cerveau)
2. les mécanismes centraux (au sein du SNC)
3. les mécanismes efférents (issus du SNC après analyse cérébrale)

Chacun de ces groupes est subdivisé en deux mécanismes:

- 1.a. le nociceptif (source tissulaire périphérique)
- 1.b. le neurogénique périphérique (source tissulaire nerf périphérique: la limite entre nociceptif et neurogénique périphérique étant le tissu conjonctif entourant le nerf)
- 2.a. le neurogénique central (atteinte ou déficience du SNC, modifications dans les voies de passage de la douleur, neuroplasticité, etc.)
- 2.b. le central cognitif, affectif (activation des émotions, des croyances et des représentations individuelles, du psychisme, des connaissances et de la compréhension de la maladie, etc.)
- 3.a. le moteur (présence de manifestations motrices efférentes, comme la contracture musculaire, la boîterie, la vigilance musculaire, etc.)
- 3.b. l'autonome (présence de manifestations autonomes, telles que moiteur, transpiration, palpitations, sueur, salivation, sécheresse buccale, peau colorée et marbrée, etc.)

Lors de la dominance de mécanismes centraux, il est évident que cette classification ne permet pas au thérapeute de développer des hypothèses sur la localisation précise des sources symptomatiques et les implications d'autres systèmes. Le thérapeute doit alors simplement s'éloigner d'une approche tissulaire et utiliser une approche plus holistique dans les stratégies d'intervention [2, 10, 11, 12].

Si un thérapeute, ou un médecin est capable d'identifier le mécanisme actif dominant du patient, alors il diminue considérablement ses chances de faire fausse route. La compétence technique intervient alors dans le choix thérapeutique appliqué suite à cette identification.

Cette classification des mécanismes a ceci d'intéressant et de remarquable qu'elle n'est en aucun cas réductrice et s'applique à toute approche thérapeutique. En effet, elle donne tout d'abord un reflet s'approchant le plus possible d'une réalité qui veut qu'une atteinte soit très rarement faite d'une seule cause et qu'il y a bel et bien interaction de multiples composantes. Elle implique pourtant que les thérapeutes acquièrent les connaissances neurobiologiques et psychosociales nécessaires.

Le but final est quand même d'appliquer une thérapie adaptée à la source de l'atteinte. Par exemple, si les éléments anamnestiques, physiques, les réactions aux traitements tendent à indiquer un mécanisme dominant central affectif, il sera vain de s'acharner à appliquer des stratégies de type mécaniste, mais il faudra au contraire tendre vers un choix plus interactif et communicatif. Il faut cependant bien se garder de ne pas perdre de vue la remise en question permanente des hypothèses générées par le raisonnement.

Il faut également signaler que l'on rattache généralement les systèmes neuroendocrinien et immunitaire aux mécanismes efférents [4], bien qu'ils soient à cheval entre les mécanismes efférents et afférents. En effet, Jones [2] nous rappelle les aspects sensoriels afférents et moteurs efférents de ces systèmes. Leur classification n'est pas encore admise par tous les auteurs, bien que leurs effets soient clairement établis.

Ce qui est essentiel au clinicien ici, c'est de savoir que tout comme pour le système autonome, le système neuroendocrinien et le système immunitaire peuvent être réactifs aux pensées et sentiments ressentis par le patient. Jones [2] soutient que le clinicien devrait être capable d'identifier d'éventuels facteurs qui peuvent potentiellement altérer ces systèmes, et il cite comme exemples: une récente opération, le stress, certains médicaments, le surentraînement chez certains athlètes, etc.

GÉNÉRATION D'HYPOTHÈSES

La génération d'hypothèses est la sagesse et l'intelligence du RC. En effet, le fait de garder à l'esprit en permanence les différentes hypothèses plausibles pour expliquer la ou les atteintes du patient permet d'être à l'affût de toute éventualité. Il s'agit d'être prêt à tout moment à adapter sa prise en charge en fonction des éléments qui confirment ou infirment telle ou telle explication, ce qui a pour sage conséquence de gagner un temps précieux sur le chemin du résultat. En un mot «penser sur et dans l'action» est la formule consacrée pour caractériser l'expert en RC. L'ennemi est ici l'application de protocoles sans réflexion.

Cette génération d'hypothèses démarre déjà au tout premier contact avec le patient, parfois même avant de le rencontrer en consultation! L'examen anamnestique est déjà dirigé par le foisonnement des hypothèses qui se bousculent ou parfois pas! La phase de test physique est le passage à l'acte du RC, et il permet la modification du classement par ordre de probabilité des hypothèses, permettant parfois même l'élimination de certaines d'entre elles. Ainsi va le processus mental tout au long des séances.

Cette description correspond très certainement à ce que de nombreux thérapeutes font sans l'avoir réellement mis sur papier. C'est là qu'intervient l'intérêt de passer par le processus de simulation, afin de développer la métacognition qui est essentielle au succès thérapeutique.

Déficiences/Limitations d'activités/ Restrictions de participation

Décrites dans le rapport de l'OMS sur la classification Internationale du Fonctionnement (CIF) [13] et dans la littérature physiothérapeutique par Gifford et Butler [6], elles nous renvoient aux limitations générales ou aux limitations spécifiques aux activités ou aux fonctions physiques, ou encore aux dysfonctions psychosociales, lorsque des pensées, des croyances et des émotions inadaptées, avec leurs conséquences sociales, affectent le comportement du patient. Elles se réfèrent également aux facteurs environnementaux (environnement physique et social dans lequel les gens vivent).

On définit les termes suivants:

- **Déficiences:** problèmes dans la fonction organique ou la structure anatomique, physiologique ou psychologique, telles anomalies ou perte.
- **Limitations d'activités:** difficultés rencontrées pour l'exécution de certaines activités, actions physiques ou tâches.
- **Restriction de participation:** problème rencontrés en s'impliquant dans une situation réelle.

Facteurs contribuant

Tout facteur associé ou prédisposant impliqué dans le développement et/ou le maintien du problème du patient. Ces facteurs peuvent être physiques ou biomécaniques, environnementaux, comportementaux, cognitifs et affectifs (psychosociaux), et héréditaires.

Source symptomatique

La source des symptômes renvoie à la structure ou au tissu cible duquel lesdits symptômes émanent en prêtant une attention particulière, si possible, à l'éventuelle pathologie présente dans cette structure. Articulations, muscles, tissus mous et mêmes nerfs sont des exemples de tissus cibles qui peuvent être touchés et déclencher la douleur. Les interprétations concernant les sources spécifiques des symptômes doivent être faites en référence au mécanisme pathobiologique dominant préalablement évalué.

Lorsqu'il s'agit de mécanismes nociceptifs ou neurogéniques périphériques, les dysfonctions tissulaires locales sont les plus faciles à identifier. Toutefois, lorsque le mécanisme dominant est central, avec par exemple une hyperalgésie secondaire (où le SNC maintient la sensibilité tissulaire locale), il peut y avoir des situations de faux tests positifs reflétant le dysfonctionnement du SNC et non pas une pathologie tissulaire locale.

Voici deux exemples d'atteintes avec leurs sources et leurs facteurs contribuant respectifs qui illustrent bien cette procédure:

1. source symptomatique: bourse sous acromiale ou coiffe des rotateurs.
Facteur contribuant: hypomobilité périarticulaire gléno-humérale ou force et endurance des rotateurs insuffisante.
2. source symptomatique: SNC.
Facteur contribuant: mauvaise compréhension et sentiments exacerbés par des conseils médicaux contradictoires, et environnement familial et professionnel stressant.

QUESTIONS CIBLÉES

Les questions ciblées sont essentielles à la détermination et à la confrontation d'hypothèses. En effet, elles permettent de confondre d'autres symptômes connus, pensées, sentiments que le patient n'offre pas spontanément et de déterminer d'autres activités ou postures aggravantes qui pourraient donner une source des symptômes plausible, des facteurs contribuant ou un mécanisme pathobiologique actif.

Précautions et contre-indications à l'examen physique et au traitement

L'utilisation d'un standard de questions de sécurité a pour double but de protéger le thérapeute contre d'éventuelles plaintes pénales concernant sa prise en charge et de déterminer si cette prise en charge comporte des limitations ou des risques inhérents à l'examen physique et au traitement du patient.

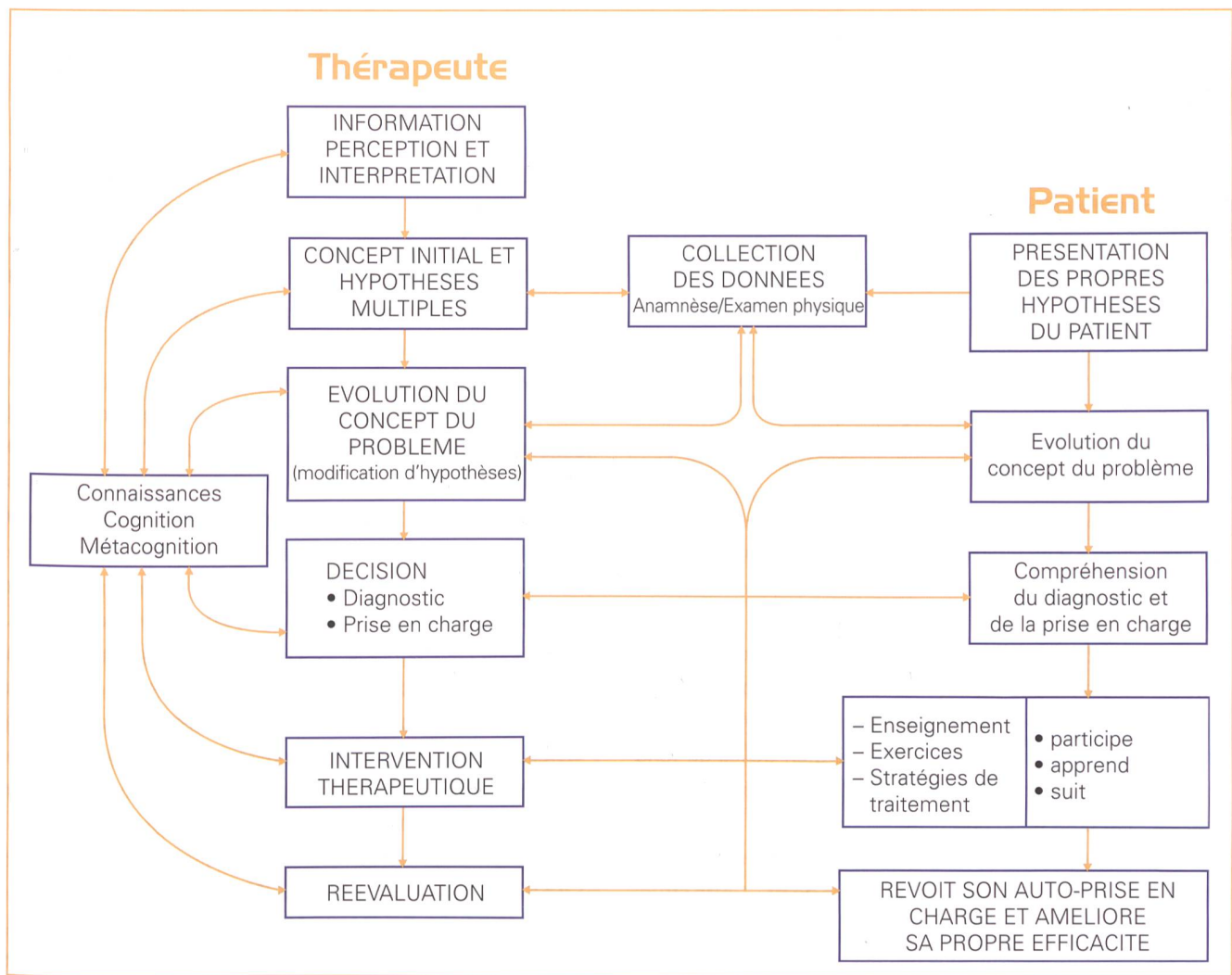
Pour tout patient, un questionnaire minimal de sécurité est requis et comprend des questions ciblant:

- la santé générale
- le niveau de forme physique
- la médication présente et passée (avec une attention sur les liquéfiantes du sang et la cortisone)
- les symptômes vertébro-basilaires
- les symptômes médullaires
- les symptômes de cauda equina
- la perte de poids
- les examens médicaux entrepris ou en cours
- les prédispositions familiales

Les précautions et contre indications sont également déterminées par la sévérité de l'atteinte, son degré d'irritabilité, l'évolution de l'atteinte, une pathologie spécifique et le mécanisme dominant actif.

Drapeaux jaunes, rouges, bleus et noirs

Les drapeaux sont un standard de classification par types des facteurs de risques qui influent sur le patient pris en charge. Ce standard nous provient de Nouvelle-Zélande. Kendall, Linton et Main [7] ont établi un guide de ces facteurs de risques en ce qui concernent la région lombaire. Les drapeaux rouges sont



Collaborative Reasoning: Cognitive Mapping - Adapté de Mark Jones [2].

les facteurs de risques physiques mettant en danger la vie. Les drapeaux jaunes sont les facteurs de risques psychosociaux qui augmentent le risque de chronicisation des symptômes.

On distingue encore parmi ces risques d'ordre psychosocial, les facteurs socio-économiques et socio-professionnels, à savoir les drapeaux bleus (caractérisant la perception du patient sur sa situation professionnelle) et les drapeaux noirs (caractérisant la convention nationale sur les conditions de travail, sur la maladie, ainsi que les conditions particulières de l'employeur du patient).

D'autres questions ciblées sont requises pour toutes les régions corporelles se référant à tous les systèmes. Il existe des standards dans la littérature clinique, mais il apparaît clairement que l'expérience et la perspicacité du thérapeute sont déterminantes dans cette procédure. Encore une fois l'application du protocole ne suffit pas.

Prise en charge et traitement

Cette phase du RC paraît évidente, mais elle mérite quelque attention. Le traitement fait référence aux hypothèses aussi bien concernant la santé générale du patient qu'aux mesures thérapeutiques et techniques disponibles.

On détermine une prise en charge par les hypothèses émises concernant:

- les mécanismes pathobiologiques
- les sources symptomatiques et leur(s) facteurs contribuant
- les précautions et contre-indications au traitement

On obtient les informations nécessaires par le profil personnel, la plainte principale, la localisation et le comportement des symptômes, la situation cognitive et affective du patient, l'apparition et la progression des symptômes, l'historique passé, les traitements passés, les découvertes de l'examen clinique, les dysfonctionnements généraux et spécifiques et enfin le traitement en cours et son évolution.

Pronostic

Le pronostic s'établit en fonction de l'attente générale du patient pour sa guérison et son retour à la fonction, sa capacité d'apprentissage à vivre avec son problème.

Les points suivants sont déterminés notamment à l'aide de:

- l'état affectif et cognitif du patient
- l'évaluation mécano-inflammatoire de la présentation
- le mécanisme symptomatique impliqué
- le degré d'irritabilité du problème
- le niveau de dommage ou d'atteinte
- la durée des symptômes et la progression du problème
- les maladies préexistantes
- les attentes du patient

STRATÉGIES UTILISÉES EN FORMATION

Ce paragraphe a pour but de présenter dans les grandes lignes les stratégies proposées dans la formation afin d'améliorer l'aptitude au RC:

- **Fiches cliniques:** les fiches cliniques sont des canevas permettant d'établir une identité clinique pour chaque atteinte répertoriée. En effet, le corps des connaissances se trouve dans l'identification clinique. Il s'agit là d'un travail de fond permettant la création d'une bibliothèque clinique personnalisée. On crée donc une fiche en donnant un nom à l'atteinte clinique ou la pathologie choisie et l'on en décrit les signes et symptômes dans une structure de RC. Cette structure est présentée comme un standard et permet également l'échange d'informations et la discussion entre collègues de travail.
- **Schémas cognitifs:** les schémas cognitifs sont des représentations graphiques de la connaissance acquise sur une atteinte ou une pathologie déterminée. On dispose ces informations de façon logique et organisée, reliés par des flèches de façon à donner un sens logique à cette connaissance. On peut ensuite comparer le schéma avec un nouveau schéma effectué, par exemple après un cours sur le sujet choisi. Cela est non seulement utile à l'étudiant, mais également à l'enseignant qui peut ainsi voir comment l'étudiant organise ses connaissances sur le sujet donné. On peut ainsi voir si ses propres lacunes ou celles d'un étudiant se trouvent plutôt dans les connaissances de base ou bien dans l'organisation de celles-ci et du RC.
- **Groupes de simulations:** le travail en petits groupes favorise la génération d'hypothèses et permet à chacun de confronter sa connaissance à celle des autres dans un esprit constructif.
- **Présentation de cas:** la génération d'hypothèses au travers de la présentation d'un cas réel est un excellent exercice qui se pratique par étapes avec des interruptions qui permettent de faire le bilan des informations reçues. C'est un exercice de stimulation et de simulation réflexive très utile.
- **Formulaires de RC:** ces formulaires sont utilisés dans les écoles de formation et sont relativement complexes. Ils soumettent l'utilisateur à des questions qui l'obligent à exposer son raisonnement et permettent ainsi aux formateurs de se rendre compte des cheminements utilisés par les étudiants.

Ces questionnaires sont généralement utilisés à domicile par les étudiants qui remplissent un questionnaire par patient, et généralement un patient sur lequel ils ont été examinés par l'enseignant. Le questionnaire se remplit tout au long de la prise en charge et même après plusieurs séances.

Applications dans la pratique courante

- **Outils informatiques:** certains logiciels existent maintenant et permettent non seulement l'utilisation d'une structure stimulant le RC et en même temps l'utilisation pratique avec les patients. Le logiciel Physiosphere™ [8] a été développé par une équipe de physiothérapeutes expérimentés en collaboration avec des ingénieurs en informatique, l'University of South Australia et l'Ecole de physiothérapie de Genève. Une version académique, véritable outil pédagogique pour la formation des étudiants, a été développée et est encore en cours de développement. Il existe également une version «cabinets privés» qui offre l'avantage des fonctionnalités de gestion de cabinet combinées à la gestion du dossier du patient dans une structure intégrant les principes du RC.

CLASSIFICATION DES TYPES DE RAISONNEMENT ET STRATÉGIES DE RAISONNEMENT (JONES, [2])

Jones précise bien que ces stratégies de raisonnement ne sont pas en réalité compartimentées comme décrit ci-dessous, mais se chevauchent parfois largement. Chacune d'entre elles nécessite cependant une orientation de pensée et d'action:

- Raisonnement diagnostic: l'élaboration diagnostique ou génération d'hypothèses
- Raisonnement narratif: la compréhension du patient et de son contexte
- Raisonnement de procédure: la détermination et l'entreprise des procédures de traitement
- Raisonnement interactif: l'établissement des rapports thérapeute-patient
- Raisonnement collaboratif: entretenir une approche collaborative pour décider des buts de traitement
- Raisonnement instructif: instruire le patient individuellement en fonction de sa situation particulière
- Raisonnement prédictif: imaginer des scénarios futurs avec le patient en explorant son choix et ses conséquences
- Raisonnement éthique ou pragmatique: prendre des décisions sur la poursuite d'un traitement en considérant les facteurs éthiques, moraux, politiques et économiques en analysant le travail des autres professionnels de la santé et les conséquences de la décision commune

CONCLUSION

Dans notre pays, tout comme dans d'autres pays d'ailleurs, nous nous trouvons, nous physiothérapeutes, à un tournant dont les enjeux sont vitaux. En effet, les directions prises dans les années à venir seront cruciales. Soit notre profession restera fantôme et esclave d'un système ambigu qui la brime et la dévalorise, soit elle fera ses preuves et ira de l'avant en utilisant un langage commun. Seules la solidarisation et l'ouverture vers l'extérieur permettront de hisser cette très respectable activité humaine et technique qu'est la physiothérapie au niveau de reconnaissance qu'elle mérite.

A mon sens, le RC, parmi d'autres, est une étape clef vers cet aboutissement.

Nous ne sommes pas seuls à penser que notre profession mérite une meilleure place dans le monde médical: j'en veux pour preuve la citation de deux monstres sacrés de la recherche scientifique, pionniers du concept de «gate control», Melzack et Wall [9]:

«La Physiothérapie est un domaine qui a été traité avec insuffisamment de respect par le monde médical et avec une rigueur scientifique inadéquate par les physiothérapeutes eux-mêmes. Aujourd'hui, alors que les indices scientifiques tendent à démontrer que la modulation sensorielle et la mobilisation active peuvent amener le système inhibiteur à entrer en action, le rationnel pour des thérapies diverses va devenir plus clair. En outre, comme l'élément efficace de toute thérapie est analysé, le traitement peut être ciblé sur des maladies spécifiques qui sont diagnostiquées avec une plus grande précision.»

En Europe, le RC, mais également la standardisation du langage et des codes que nous utilisons, la protection légale, la création de plate-forme d'échange de données médicales et donc l'informatisation des données du patient font partie des moyens utiles à notre profession pour qu'elle soit conforme aux nouvelles exigences à venir.

En Suisse, la physiothérapie doit se construire la place qu'elle mérite au sein des professions de la santé en se structurant, en fournissant des éléments objectifs relatifs à son efficacité, en améliorant la rigueur de la tenue des dossiers de patients, en communiquant avec d'autres professions médicales, en se solidarisant et en parlant le même langage qu'elles. Cette entreprise passe par une adaptation des formations (formation de base et formations continues) des physiothérapeutes pour répondre aux exigences qu'elle implique.

Tout comme les anglo-saxons, nous sommes également capables de revaloriser notre profession en nous ouvrant vers l'extérieur et en contribuant activement au mouvement vers le futur.

RÉFÉRENCES

1. JONES M and HIGGS J (1995). Clinical Reasoning in: Jones M and Higgs J (eds.) Clinical Reasoning in the Health Professions. New York, Butterworth-Heinemann.
2. JONES MA (2001). Case studies in Manual Therapy: Improving Your Clinical Reasoning. Part of coming release: Clinical Reasoning For Manual Therapists. Butterworth-Heinemann, Oxford.
3. BUTLER DS (1998). Course Notes 1998, used with permission. University of South Australia.
4. BUTLER DS (2000). The sensitive nervous system. Noigroup Publications. Adelaide.
<http://www.noigroup.com>
5. SHACKLOCK M (1999). Central Pain Mechanisms: A new horizon in manual therapy. Australian Journal of Physiotherapy 45, N° 2, 83-92.
6. GIFFORD LS and BUTLER DS (1997). The integration of pain sciences into clinical practice. Journal of Hand Therapy, 10, 86-95.
7. KENDALL N, LINTON S, MAIN C (2002). Guide to Assessing Psychosocial Yellow Flags in Acute Low Back Pain: Risk Factors for Long-Term Disability and Work Loss.
http://www.nzgg.org.nz/library/glc_complete/backpain2/patient.cfm
8. PHYSIOSPHERE, Manual Therapy Software
(<http://www.physiosphere.com> – ADOC Services Llc /Switzerland)
9. MELZACK R et WALL PD (1996). The Challenge of Pain. Penguin Books, 2nd edition.
10. MATTINGLY C (1991). The narrative nature of clinical reasoning. American Journal of Occupational Therapy 45: 998-1005.
11. MATTINGLY C (1991). What is Clinical Reasoning? American Journal of Occupational Therapy 45: 979-986.
12. RICHOSZ C (1998). Burn Injury, Hell Fire. Tutorial – University of South Australia.
13. OMS (2001). Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIH-2) – Genève, Suisse.

ANNONCE

Secrétariat d'entreprises privées

- Contentieux
- Recouvrement d'honoraires
- Gestion de secrétariat

Corinne FLOREY

Case postale 421, 1213 Petit-Lancy 1

Téléphone 078 698 15 43

E-mail: s.e.p@bluewin.ch