

# **La démarche diagnostique en Kinésithérapie : Un concept de soins**

Dominique DELPLANQUE,

Conférence INK, Salon mondial de rééducation, Vincennes, octobre 2009

La démarche diagnostique, concept de soins en cours de construction, est le fruit d'un questionnement sur le réel qui n'est pas le seul fait des chercheurs mais concerne tous les professionnels qui se posent des questions sur leur pratique.

## **Qu'est-ce qu'un concept ? [1]**

Un concept, la plus petite unité de la science, est un objet abstrait, basé sur des opérations mentales permettant d'organiser les perceptions et les connaissances. Le concept est un point de départ pour l'activité intellectuelle, car il confère un pouvoir explicatif nouveau à celui qui en maîtrise l'usage. Le concept sert à organiser les connaissances et permet le raisonnement logique. Il est une représentation originale ou réfléchie de ce qui est commun à plusieurs objets selon des déterminations de caractère général. Il est porteur d'intentionnalité et a pour but d'appréhender le réel par les attributs qui le concrétisent.

Les concepts, aboutissement d'une construction intellectuelle, façonnent alors une représentation du monde qui répond aux soucis et intérêts d'une communauté. Celle-ci peut alors s'appuyer sur une connaissance partagée. Chaque membre de cette communauté doit comprendre la même chose et analyser les situations à partir des mêmes critères.

Pour être compréhensible, un concept doit être situé dans un champ phénoménal et social. Situation environnementale et concept interagissent et vont d'une part renforcer le concept et d'autre part donner du sens et apporter un éclairage à la situation. Le champ phénoménal est ici le domaine de la santé. Chaque professionnel de santé, avec le même concept, aura une approche singulière, reflet de sa culture disciplinaire. « Chaque discipline aborde le monde par son biais, ce qui veut dire que chaque communauté voit et vit son monde » [2].

Les concepts sont réunis en vertu de leur pertinence dans un domaine donné afin de rendre compte du réel, formaliser les connaissances, les combiner entre elles et les rendre opérantes.

Le concept est composé d'attributs, d'éléments de définition, de propriétés, d'invariants, caractéristiques, indicateurs et critères. Ces attributs permettent de passer de l'abstrait au concret, de décrire le concept, de le caractériser, de lui donner un sens particulier. Les attributs sont eux-mêmes des concepts, parfois plus simples qui ont leur propre sens.

Par exemple, le concept d'autonomie a quatre attributs identifiés : Prise de décision pour soi / Conscience de ses actes, intégrité intellectuelle / Gestion de ses dépendances / Maîtrise de son environnement, de ses ressources.

Le concept ne s'évalue que par ses attributs qui l'opérationnalisent et vont le rendre concret et observable à travers de critères et d'indicateurs.

L'analyse d'un concept est un processus inductif qui consiste à cerner le concept, à décrire ses propriétés, son mode opératoire.

La méthode d'analyse de Wilson [Thinking with concepts. Ed. Cambridge University, 1963] pour exposer les concepts permet de donner une première approche simple, pragmatique sur les concepts de soins.

Wilson propose une analyse qui repose sur les points suivants :

- Une dénomination, présentation du concept
- Son origine
- Une définition du concept
- L'identification des antécédents, s'il y en a
- Une détermination des attributs du concept
- L'élaboration de cas modèles, de cas contraires ou de concepts voisins.
- Une recension des écrits qui traitent des prototypes ou des cas exemplaires.

C'est à partir de cette méthode que nous allons tenter de présenter le concept de démarche diagnostique en kinésithérapie à l'exception des cas contraires, voisins et cas limites.

## **Démarche diagnostique en kinésithérapie.**

### **Présentation**

Alors que le diagnostic médical correspond à nommer une maladie ou un état dans l'évolution d'une maladie, que le diagnostic infirmier décrit les réactions de la personne face au processus de la maladie, le diagnostic kinésithérapique s'intéresse aux symptômes et/ou handicap d'un patient présentant des dysfonctionnements ou déficiences et incapacités physiques.

L'élaboration du projet de kinésithérapie est le processus par lequel est déterminé un but réaliste à la prise en charge par un kinésithérapeute [3, 4]. Partie d'un projet thérapeutique plus vaste, souvent multidisciplinaire, dont les finalités sont partagées par l'ensemble des intervenants, sa singularité ne tient qu'aux modes et aux champs d'action spécifiques à la kinésithérapie. Partant d'un diagnostic médical et d'une prescription de rééducation, ce projet est alors l'aboutissement d'une démarche d'évaluation conclue par la formalisation d'un diagnostic kinésithérapique.

Celui-ci a pour finalité d'établir une représentation de la situation clinique et de son évolutivité mais aussi d'évaluer les ressources de la kinésithérapie à en modifier le pronostic ou, tout au moins, à permettre au patient de réaliser son projet de vie.

Cette intention est déclinée en un programme d'objectifs réalisables par la mise en œuvre de moyens adaptés.

Le diagnostic intègre donc l'évaluation des dysfonctionnements dans une situation clinique donnée. Ceux-ci s'expriment par des symptômes et/ou des handicaps dont la modification attestera de l'efficacité de la prise en charge. Le handicap exprimé par le patient lui-même dans un contexte donné ainsi que ses demandes au regard du projet thérapeutique global rendent alors singulier chaque diagnostic. Le choix des objectifs et des techniques de kinésithérapie sont ensuite dictés par la compréhension de la genèse des dysfonctionnements (physiopathologie) couplée à une parfaite connaissance des modes d'action de la kinésithérapie ainsi que des recommandations de bonne pratique professionnelle. L'exigence de qualité et de sécurité de la prise en charge impose aussi une réelle étude "bénéfice/risque" qui peut paradoxalement aboutir à une abstention thérapeutique liée à la reconnaissance de contre-indications liées au contexte.

### **Origine du concept**

Le décret du 08 Octobre 1996 relatif aux actes et à la profession de masseur kinésithérapeute introduisait la notion de diagnostic kinésithérapique.

Le décret des compétences n°2000-577 du 27/6/2000 confirme et renforce ce concept de diagnostic kinésithérapique

Si le concept "diagnostic kinésithérapique" est récent, il recouvre un savoir faire répandu qui doit nous imposer maintenant la formalisation par écrit du diagnostic kinésithérapique, la traçabilité du projet de soins et de l'évaluation de la réalisation dudit projet. Outils de décision et de communication, ils valent alors pour le médecin et le patient, véritable contrat exhaustif et explicite, du début à la fin du traitement kinésithérapique.

Les pré requis à la démarche diagnostique sont donc : autonomie, identité professionnelle, prise en charge holistique, analyse de situation, méthode de résolution de problème, prise de décision.

### **Définitions**

Le diagnostic kinésithérapique est étayé par plusieurs définitions. L'AFNOR énonce qu'un diagnostic est l'analyse des points forts et des points faibles. L'AFREK propose une définition plus spécifique pour la rééducation, par l'utilisation des concepts de la CIH. Le diagnostic kinésithérapique devient, alors, l'identification des déficiences, incapacités et désavantages d'un malade. Cependant, cette dernière définition n'envisage plus les points forts, c'est-à-dire les éléments sur lesquels le patient et le kinésithérapeute pourront s'appuyer pour mettre en œuvre une rééducation.

La parution récente de la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) modifie ce point de vue, car elle intègre des points positifs (intégrité, activité, participation) ainsi que les facteurs environnementaux facilitateurs ou ceux créant des obstacles.

Pour nous [3, 4], le diagnostic kinésithérapique correspond à la reconnaissance de dysfonctionnements susceptibles de justifier d'objectifs réalistes de kinésithérapie dans le cadre d'un projet thérapeutique. Projet dont l'objectif est de permettre au patient de réaliser son projet de vie. Cette conception rejoint celle de Jean Wils [5] : « le diagnostic kinésithérapique essaie d'évaluer les chances ou les probabilités de réussite du soin qu'il

propose en même temps qu'il le propose... Il vise à évaluer et déterminer la place possible de la kinésithérapie, ses critères et ses indicateurs de qualité, pour anticiper sur la récupération fonctionnelle du malade et réajuster la stratégie thérapeutique.».

Ce diagnostic n'est pas figé car, comme le souligne Éric Viel [6], «Le diagnostic kinésithérapique doit être considéré comme constamment révisable, par contraste avec le diagnostic médical posé une fois pour toutes et invariable puisque nominal.».

Il s'inscrit dans une démarche plus large qui replace la kinésithérapie au sein d'un projet de soin global et pluri-professionnel : «Le diagnostic est une démarche inductive, déductive et prédictive, qui fait constamment l'aller et retour entre le malade, les théories et les pratiques médicales et kinésithérapiques pour mieux inscrire la rééducation dans le projet de soin.».

J. Signeyrole [7] décrit le diagnostic comme une activité de problématisation, qui sert non seulement à prendre des décisions thérapeutiques fondées, mais aussi à assumer une autonomie professionnelle.

La mise en lien des données issues du bilan et l'évaluation globale de l'ensemble des résultats du bilan, constituent un temps de réflexion et d'analyse qui doit permettre de préciser la problématique kinésithérapique. La mise en lien des données issues de l'examen clinique et des examens complémentaires permet d'évaluer les dysfonctionnements et d'en apprécier les répercussions sur le projet de vie du patient. Une réflexion pronostique permet alors de définir la visée du projet de kinésithérapie et les objectifs à atteindre en fonction de leur faisabilité et de la disponibilité de moyens thérapeutiques adaptés.

### **Principaux Attributs :**

#### **Le raisonnement clinique : [8, 9, 10]**

Les processus du raisonnement clinique sont analytiques (modèles hypothético-déductifs), non analytiques (reconnaissance de similarité avec un cas déjà vécu) ou mixtes.

Le modèle hypothético-déductif est caractérisé par une succession d'étapes comportant tout d'abord la génération d'hypothèses diagnostiques, puis la recherche d'informations cliniques infirmant ou confirmant les hypothèses. Les éléments cliniques recueillis peuvent eux-mêmes provoquer de nouvelles hypothèses. La compétence diagnostique relève de la qualité des hypothèses générées, de la pondération accordée aux informations recueillies et de la justesse de leur interprétation.

Ainsi, dès l'énoncé du diagnostic médical, en fonction du contexte (situation d'urgence ou chronicité, stade d'évolution), s'établit une «représentation-ébauche» du problème médical, à partir des connaissances concernant la physiologie (fonctionnement normal) ; l'anatomopathologie et la physiopathologie (dysfonctionnements) ; l'expression clinique et l'évolution des maladies (dysfonctionnements potentiellement présents) ainsi que leur traitement habituel (médical, kinésithérapique ou autre, dans le cadre des recommandations de bonne pratique) enrichies de l'expérience clinique.

Cette «représentation-ébauche» du problème médical comprend donc les déficiences, les incapacités et handicaps présagés, le tableau clinique vraisemblable ainsi que l'évolution prévisible en l'absence de traitement (histoire naturelle de la maladie).

La dimension pronostique de cette réflexion doit évaluer la potentialité, pour un patient donné, de diminuer ou de pallier les incapacités grâce à un traitement adapté afin de lui permettre de réaliser son projet de vie. Ici seront pesées, en particulier, la pertinence et l'efficacité de la kinésithérapie dans la stratégie thérapeutique globale. Seront aussi dégagées les modalités pratiques les plus probables (objectifs potentiels, posologie et choix technologiques probables, ébauche d'un système d'évaluation de l'efficacité de la kinésithérapie).

Au total, ces réelles hypothèses diagnostiques et thérapeutiques, éléments d'une problématique kinésithérapique, vont permettre d'orienter l'évaluation kinésithérapique vers la quête d'éléments ciblés, une recherche exhaustive et aveugle faisant perdre beaucoup de temps sans être plus efficace.

Il convient ensuite de relier les principaux objectifs qu'on sait réalisables en kinésithérapie respiratoire, aux dysfonctionnements qui les justifient. La recherche du dysfonctionnement et le choix d'évaluer certains critères plus significatifs que d'autres, sont issus de la connaissance préalable des atteintes physiopathologiques d'une maladie ainsi que de l'expérience.

### **L'évaluation : [3,4]**

Les différents modèles de l'évaluation mobilisés sont:

- L'évaluation mesure, le contrôle, celle-ci s'effectue par rapport à une norme
- L'évaluation cybernétique qui porte sur la procédure
- L'évaluation systémique qui porte sur les processus (manière d'être, d'aborder une situation, de s'y investir, investissement)
- L'évaluation complexe, c'est-à-dire conjuguer, articuler, mettre en lien des logiques d'évaluation contradictoires

Ainsi, recueillir des variables quantitatives ou qualitatives au cours d'un bilan requiert non seulement de connaître l'anatomie et la physiologie (normes de fonctionnement), mais aussi l'indication, la validité et la fiabilité des tests utilisés ainsi que leurs conditions optimales de réalisation.

D'autre part, une variable est une donnée brute qui n'a certainement pas la même valeur, le même sens pour tous les patients ou tous les contextes cliniques. Chaque résultat est donc interprété et apprécié (processus d'évaluation).

Enfin, dans le cadre du projet de soins, le système d'évaluation, élaboré simultanément, permet de juger de l'adaptation des techniques, de l'atteinte des objectifs, voire de la validité du projet et des hypothèses posées à chaque étape. Les boucles de régulation incluses dans ce système doivent permettre d'intégrer les modifications instantanées induites à court, moyen et long terme par l'exercice de la kinésithérapie (informations complémentaires éventuelles imprévisibles par le raisonnement clinique).

Il faut donc s'approprier des connaissances sur la méthodologie d'évaluation pour savoir déterminer les critères d'efficacité, d'efficacité ainsi que de rentabilité à court, moyen et long terme. L'efficacité est définie par l'écart entre le résultat obtenu et le résultat attendu. Le rendement est défini par le rapport entre l'énergie dépensée pour le soin et le résultat atteint. L'efficacité est définie par le rapport entre le rendement attendu et le rendement obtenu. La rentabilité s'exprime par le bénéfice obtenu pour le patient.

### **L'holisme : [11]**

Le terme holisme est dérivé du mot grec *holos* qui signifie entier. Il s'agit d'une conception philosophique qui considère qu'il n'est possible d'acquérir des connaissances sur une personne qu'à la condition de l'aborder dans sa totalité et non pas en étudiant chacune de ses parties séparément.

Il s'agit donc de reconnaître le patient dans son humanité et sa différence, puis d'approcher son projet de vie sans le modifier par le prisme de nos propres convictions. Une telle approche permet de bien prendre en compte la personne, et ce qu'elle souhaite : l'évaluation par le patient lui-même de sa qualité de vie, sans la réduire à l'impact de la maladie comme trop souvent dans les outils proposés en médecine, mais en considérant l'état de santé comme un état de bien-être multidimensionnel. Ainsi, le patient n'est plus seulement considéré en «moins» mais avec des «plus» qui peuvent servir un projet de réhabilitation au sens de «redevenir capable de».

### **Rapport bénéfice risque : [Rapport HAS] [12]**

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales acquises.

Les actes ne doivent pas faire courir des risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté

Tout professionnel de santé doit donc réaliser des actes pertinents. Pour cela, le bénéfice escompté et le risque encouru doivent être évalués sur des connaissances scientifiques.

Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. L'évaluation du rapport bénéfice risque est formalisée dans le cadre de la démarche diagnostique et précise que l'information du patient a été faite sur ce point.

La législation en cours affirme le droit du patient à l'information et l'obligation pour chaque professionnel de santé d'informer son patient. L'information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles. Il est fortement recommandé de conserver la trace de l'information fournie au patient, et ce pour des raisons médico-légales et de continuité des soins.

### **L'écriture : [13, 14, 15]**

Travail de mentalisation qui correspond à traduire en mots, en représentations verbales partageables les images, les mesures, les émois pour leur donner un sens communicable, compréhensible pour l'autre et pour soi. Ecrire pour un soignant, c'est exister, tout en faisant exister l'autre à travers ces lignes tracées sur le papier ou sur l'écran.

Et surtout, l'écriture procède d'une technique de soi qui consiste à pouvoir poser un regard sur ce que l'on a pu penser, dire ou faire, afin de se dépasser.

Les textes réglementaires récents imposent la formalisation par écrit du diagnostic kinésithérapique, la traçabilité du projet de soins et de l'évaluation de la réalisation dudit

projet. Outils de décision et de communication, ils valent alors pour le médecin et le patient, véritable contrat exhaustif et explicite, du début à la fin du traitement kinésithérapique.

### **Projet de soins : [3, 4]**

Le dictionnaire contemporain de la langue française définit le terme projet comme : « l'idée d'une chose que l'on se propose d'exécuter ». Il provient du mot latin *projicere* qui signifie jeter quelque chose vers l'avant.

Le projet de soins peut être collectif ou individualisé. Dans ce dernier cas, il est en lien avec la démarche de soins. La planification, terme qui a été remplacé par le terme projet de soin, est l'opération qui dans la démarche de soins, consiste à fixer les objectifs de soins et les délais pour les atteindre, à programmer les actes de soins et à organiser leur mise en œuvre ainsi que leur évaluation.

Ainsi, une fois établi le but global de la kinésithérapie en termes de qualité de vie, chaque objectif du projet de kinésithérapie sera précisé quant aux résultats à obtenir et aux moyens les plus pertinents pour y parvenir. Cette étape doit permettre d'argumenter les choix techniques, de prévoir l'évaluation du processus de rééducation et d'en planifier la mise en œuvre (posologie des séances de kinésithérapie).

Il est donc nécessaire de disposer de connaissances sérieuses sur les techniques de rééducation dans leur variété, leur mode d'action, leur posologie, leurs résultats. Le plus souvent, la kinésithérapie ne se résume pas à traiter directement un dysfonctionnement ou un symptôme mais tente de les modifier en agissant sur les causes (par exemple, dans une bronchectasie, désencombrer pour limiter un phénomène infectieux et diminuer l'inflammation qui en résulte donc les risques liés à la cicatrisation consécutive, elle-même source d'altération des bronches).

Comme ce projet de kinésithérapie doit s'intégrer dans celui, plus global, de toute l'équipe soignante, il paraît utile de disposer de connaissances sur le métier, le rôle, voire les représentations de chaque membre de l'équipe de soins pour organiser un travail d'équipe vers la continuité des soins. Enfin, ce projet doit être élaboré avec le patient, centré sur lui, et nécessite d'acquérir une capacité de formateur, en termes de pédagogie et d'éducation.

Au total, la stratégie thérapeutique mise en place doit être justifiée (argumentation), de qualité (validation des techniques, consensus), efficace et rentable (évaluation des soins) et au meilleur coût.

### **Utilisation du concept dans la pratique professionnelle.**

La démarche diagnostique s'applique dans toutes les situations de soins et constitue le fondement de la pratique kinésithérapique.

Par la mise en œuvre d'une démarche diagnostique dans l'élaboration du projet thérapeutique de kinésithérapie, le kinésithérapeute peut justifier, prouver, partager et collaborer à la fois avec les autres membres de l'équipe de soins et le patient. L'évaluation de la qualité de vie exprimée par le patient lui-même favorise la recherche de sens du projet de kinésithérapie, dont patient et soignants deviennent coauteurs et coacteurs.

Le kinésithérapeute est ainsi responsable juridiquement des actes qu'il effectue en application de son diagnostic, sans pouvoir se « retrancher » derrière la prescription

médicale. En effet, la démarche diagnostique peut, dans certains cas, faire reconsidérer l'indication de soins kinésithérapiques (contre indications, non utile,...). Elle est rémunérée par l'assurance maladie.

### Références bibliographiques :

- 1 – Formarier M. Approches épistémologique et opérationnelles des concepts, in Les concepts en soins infirmiers, Ed. Mallet Conseils, Lyon, 2009
- 2 – Fourez G. Apprivoiser l'épistémologie. Ed. De Boeck, Bruxelles, 2003
- 3 – Antonello M., Delplanque D. Comprendre la kinésithérapie respiratoire. 3<sup>ème</sup> Edition. Elsevier Masson, Paris, 2009
- 4 - Antonello M, Delplanque D, Selleron B. — Kinésithérapie respiratoire : démarche diagnostique, techniques d'évaluation, techniques kinésithérapiques. *Encycl Med Chir, Kinésithérapie-médecine physique-réadaptation*, Elsevier, Paris, 26-500-c10, 2003, 24 pp
- 5 -Wils J., Lepresle E., Langlois I., Lepresle C. — Rencontres kinésithérapiques de l'AP-HP, 1998, p. 13-7.
- 6 - Viel E. — Le diagnostic kinésithérapique. Masson, Paris, 1998, p. 36.
- 7 - Signeyrole J. — Problématiques en rééducation. *Kiné Actualité*, 2001, 800, 6-7.
- 8 - Charlin B. — Le raisonnement clinique : quelques données issues de la recherche. *Pédagogie médicale*, 2001, 2, 5-6.
- 9 – Housset B. Le raisonnement médical. *Référentiel Sémiologie*, Collège des enseignants de Pneumologie, 2009
- 10 - Chamberland M. — Les séances d'apprentissage du raisonnement clinique (ARC). *Ann. Méd. Interne*, 1998, 149 (8), 479-84.
- 11 – Owen M., Holmes C. « Holism » in the discourse of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. Vol 18, Issue 11, Nov 1993, p 1688-95
- 12 – Guest M. Diagnostic kinésithérapique et responsabilité professionnelle. *Bulletin Officiel du CNOMK*, Février 2008, N° 3, p 16
- 13 – Signeyrole J. Questions d'écriture. *Kiné Actualité*, 2001, 800, 8-10
- 14 – Signeyrole J. Problématiques en rééducation. *Kiné Actualité*, 2001, 800, 6-7
- 15- Touzet P. Ecriture de l'autre, écriture de soi. *Soins Psychiatrie*, 2007, 251, 36-9