



Accès direct en kinésithérapie : drapeaux rouges et critères de réorientation des suites d'un traumatisme musculo-squelettique

1- Publics concernés : MK

2- Méthodes DPC (HAS)

Programme d'évaluation des pratiques professionnelles par la méthode du Test de Concordance de Script.

3- Justification du choix des publics :

Le pacte de refondation des urgences présenté par Agnès Buzyn le 9 septembre 2019 avait déjà prévu l'accès direct au kinésithérapeute. La loi du 20 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé permet désormais sous certaines conditions, d'être directement pris en charge par un kinésithérapeute sans prescription médicale. (<https://www.ordremk.fr/actualites/patients/acces-direct-au-kinesitherapeute-comment-en-beneficier/>). Le contexte du traumatisme musculo-squelettique entre dans ce périmètre.

Dans ce contexte, il s'avère nécessaire de proposer une formation permettant aux kinésithérapeutes de discriminer le diagnostic d'exclusion et différentiel référencé insistant sur les signes cliniques perceptibles par le kinésithérapeute ainsi qu'une actualisation des recommandations en termes de prise en charge, notamment sur l'identification des « drapeaux rouges ».

Pour cela, ITMP propose un parcours EPP présentant les principaux tests cliniques à pratiquer lors du bilan ainsi que les signes cliniques à surveiller lors de la mise en place des techniques, relevant d'un diagnostic d'exclusion.

Population cible : adulte

Champ : traumatisme musculo-squelettique

4- Orientations prioritaires :

Orientation N° 268 : « drapeaux rouges et critères de réorientation »

5- Modes d'exercice :

Masseur-kinésithérapeute (qu'il ait un exercice libéral ou salarié au sein de l'établissement) exerçant dans une des structures suivantes :

les centres hospitaliers régionaux universitaires ; les centres hospitaliers ; les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ; les hôpitaux d'instruction des armées ; les établissements de santé, hôpital public ou privé ; les cliniques ; les centres de lutte contre le



cancer ; les établissements privés d'intérêt collectif ; les établissements ou services sociaux ou médico-sociaux ; les maisons de santé pluridisciplinaires ; les centres de santé ; les EHPAD ; les équipes de soins primaires ou spécialisés...

6- Durée de l'action : 4h

7- Prérequis pour participer

Masseur-kinésithérapeute (qu'il ait un exercice libéral ou salarié au sein de l'établissement) exerçant dans une des structures suivantes :

les centres hospitaliers régionaux universitaires ; les centres hospitaliers ; les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ; les hôpitaux d'instruction des armées ; les établissements de santé, hôpital public ou privé ; les cliniques ; les centres de lutte contre le cancer ; les établissements privés d'intérêt collectif ; les établissements ou services sociaux ou médico-sociaux ; les maisons de santé pluridisciplinaires ; les centres de santé ; les EHPAD ; les équipes de soins primaires ou spécialisés...

8- Action spécifique : non

9- Concepteur / Pilote de l'action

XAVIER DUFOUR, MK, DO , M2 Sciences de l'Education, Ergonome, formateur en formation initiale et continue

10- Résumé/Objectifs pédagogiques :

Contexte :

Les atteintes traumatiques musculo-squelettiques font partie des pathologies traitées quotidiennement par le kinésithérapeute compte tenu de leurs fréquences. Leur prise en charge se doit d'être précoce depuis l'établissement d'un diagnostic d'exclusion et différentiel kinésithérapique jusqu'à la phase de reprise du sport, en limitant les récurrences.

2 volets sont indispensables à aborder :

- Le diagnostic masso-kinésithérapique initial mené par le praticien : tests d'exclusion, tests différentiels
- Les signes cliniques d'exclusion pouvant apparaître lors de la prise en charge par des techniques de traitement manuel et instrumental

Cette action est un programme d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) d'une durée de 4 heures, basé sur une méthode recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS) : les Tests de Concordance de Script (TCS).



Ce programme s'appuie sur les dernières recommandations de la HAS.

Les méthodes pédagogiques utilisées dans ce programme sont les méthodes **active** et **affirmative**.

Objectifs généraux :

- Savoir se questionner et remettre en question sa propre pratique en intégrant les techniques d'évaluation différenciées.
- Identifier la mise en œuvre d'un bilan précis des douleurs, en utilisant une évaluation différentielle tissulaire fondée sur les recommandations de bonnes pratiques.
- Évaluer ses pratiques professionnelles en utilisant des TCS (Test de Concordance de Script) élaborés par un comité d'experts, spécifiquement adaptés à la gestion des signes de gravité.
- Définir des critères d'amélioration pour identifier une évolution préjudiciable de la prise en charge kinésithérapique nécessitant une réorientation.
- Savoir mettre en œuvre des actions d'amélioration afin d'orienter la pratique réelle vers la pratique recommandée.
- Maîtriser les fondamentaux d'anatomie et de physiologie essentiels pour comprendre les déficiences et incapacités associées.
- Émettre des hypothèses éclairées concernant l'origine des signes d'alerte en fonction des tensions tissulaires, et prenant en compte les déclencheurs potentiels.
- Établir un lien entre ces hypothèses et l'évolution des signes cliniques dans le cadre d'une prise en charge adaptée.

Objectifs pédagogiques :

- Acquérir une connaissance approfondie du traumatisme musculo-squelettique en général en explorant les mécanismes sous-jacents à la douleur associée.
- Développer des compétences avancées en matière d'interrogation et d'évaluation pour identifier de manière précise les facteurs de gravité nécessitant une réorientation.
- Élaborer un raisonnement clinique spécifique permettant de discriminer entre les différentes sources de douleur.
- Proposer une surveillance des signes cliniques de gravité au décours des interventions thérapeutiques individualisées en se fondant sur le raisonnement clinique élaboré, en tenant compte des particularités.
- Maîtriser les fondamentaux d'anatomie et de physiologie essentiels pour comprendre les déficiences et incapacités associées.



- Évaluer ses pratiques professionnelles en utilisant des TCS (tests cliniques standardisés) élaborés par un comité d'experts, spécifiquement adaptés à la gestion des signes de gravité.
- Savoir mettre en œuvre des actions d'amélioration afin d'orienter la pratique réelle vers la pratique recommandée dans la détection des signes de gravité.

11- Découpage chronologique de l'action par typologie et format

UNITE 1

- Typologie : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- Méthode : Test de concordance de script
- Format : présentiel
- Nombre heures : 4h
- **Justification de la méthode et du format**

Au regard du sujet abordé, le concepteur a décidé de réaliser cette action d'EPP sous un format présentiel.

Chaque apprenant bénéficie, s'il le souhaite, d'un échange formalisé et personnalisé avec le formateur, notamment sur le plan d'actions d'améliorations envisagé par l'apprenant à l'issue des retours de résultats. Ces derniers font l'objet d'une restitution individuelle et d'un échange entre participants.

Une méthode d'EPP a été utilisée pour cette action :

La méthode du Test de concordance de script (TCS)

La méthode des tests de concordance de script a été sélectionnée car les professionnels de santé doivent être capables, au quotidien, d'agir en situation d'incertitude et de mobiliser les ressources analytiques nécessaires pour prendre des décisions.

Elle nous a paru être la méthode la plus adéquate pour évaluer la progression de l'apprenant.

En effet, à l'issue, l'apprenant reçoit de l'expert l'analyse de ses réponses et l'évaluation de ses progrès avec éventuellement, si nécessaire, des recommandations complémentaires (plan d'amélioration)

Les TCS présentent l'avantage de permettre les échanges entre apprenants et avec le formateur.

Chaque apprenant peut également bénéficier, s'il le souhaite, d'un échange formalisé et personnalisé en ligne avec le formateur afin de débriefer dans le détail les écarts de ses réponses aux TCS par rapport aux réponses du panel d'experts à ces mêmes TCS.



La durée de 4h nous a semblé nécessaire mais suffisante pour réaliser ces TCS.

Organisation de la séquence :

Exploitation des TCS	Action de l'apprenant	Action du formateur
Phase individuelle 10 situations cliniques	Pendant 1h, l'apprenant remplit les documents papier en lien avec la résolution des TCS	Le formateur chemine dans les rangs, apportant les éléments explicatifs nécessaires (sans donner les solutions)
Phase individuelle	Pendant 30 minutes, l'apprenant échange avec le formateur	Le formateur chemine dans les rangs, il explicite à l'apprenant le plan d'amélioration
Phase collective	Pendant 2h30, des échanges socio-constructivistes sont favorisées	Le formateur procède à une restitution collective en rapport avec les grandes orientations des différents plans d'amélioration

Source : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807650/fr/test-de-concordance-de-script-tcs

13- Documents de description de l'action :

Questionnaire pré-formation en ligne (annexe 1) : durée libre

Ce questionnaire vise à évaluer le participant sur ses connaissances préalables.

Action d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) :

Unité 1 : Tests de concordance de script (TCS)

- Durée : 4h
- Objectif : évaluer l'amélioration des pratiques de l'apprenant

Afin d'évaluer les changements de pratiques à l'issue de la formation, l'intervenant a élaboré des tests de concordance de script, en s'appuyant sur des experts professionnels de santé, pour évaluer le raisonnement clinique et la capacité à prendre des décisions de l'apprenant



en situation d'incertitude.

Ces TCS ont été préalablement soumis à un panel de référence, constitué d'experts (A. CERIOLI et P. INCHAUSPE, CV joints) dans le domaine en question. Les questions posées sont celles que se posent les professionnels dans leur pratique et les réponses sont comparées à celles qu'ont données les membres d'un panel de référence (5 MK, CV joints). Chaque panéliste a répondu individuellement à une série de questions liées à la douleur aigüe cervicales chez les personnes âgées, mettant en lumière les aspects cruciaux du diagnostic, de l'inspection, et du raisonnement clinique spécifique à cette population. Les questions ont été formulées pour susciter des réponses tenant compte de l'incertitude et de l'ambiguïté souvent associées à ce contexte clinique complexe.

Ainsi, le professionnel de santé peut confronter son avis à ceux du panel de référence et obtenir un score qui lui permet de se situer par rapport à ces experts.

Les réponses du panel de référence sont préalablement enregistrées sur notre plateforme de formation et nous pouvons ainsi calculer les écarts et le score de chaque participant au fur et à mesure. L'intervenant a conçu des situations courtes portant sur un contexte clinique spécifique, ainsi que 3 à 5 items/hypothèses pour chacune. Le professionnel de santé doit évaluer l'effet que produirait l'apparition d'une nouvelle donnée sur l'hypothèse définie préalablement. Il répond à chaque ligne (question diagnostique, pronostique et/ou thérapeutique) sur l'échelle de Likert (5 ancrages : -2, -1, 0, +1, +2).

A l'issue des TCS, le professionnel de santé obtient ses résultats, l'analyse des écarts ainsi qu'une synthèse des messages clés.

A l'issue de cette séquence, l'expert transmettra ses résultats à l'apprenant en mentionnant d'une part les écarts des TCS par rapport au panel de référence et d'autre part l'amélioration des pratiques professionnelles.

Intégralité des TCS en annexe 2

Les TCS portent sur les points suivants :

1. Interrogation, inspection, et raisonnement clinique : Principes de l'évaluation spécifique initiale et au décours d'une prise en charge adaptée, des signes de gravité.
2. Traumatisme musculo-squelettique et douleur aigüe de cheville : Élaboration du raisonnement clinique dans le choix des tests spécifiques.
3. Traumatisme musculo-squelettique du genou : abord « bord de terrain » en urgence à la recherche des signes de gravité.
4. Traumatisme musculo-squelettique vertébral lombal : indicateurs cliniques en faveur d'une suspicion de fracture tassement chez l'adulte ostéoporotique.



5. Traumatisme musculo-squelettique vertébral cervical : indicateurs cliniques en faveur d'une suspicion de fracture chez l'adulte victime d'une chute de sa hauteur.
6. Traumatisme musculo-squelettique de l'épaule : indicateurs cliniques en faveur d'une luxation antérieure des suites d'une chute.
7. Traumatisme musculo-squelettique du coude : indicateurs cliniques en faveur d'une fracture de l'olécrane des suites d'une chute.
8. Traumatisme musculo-squelettique d'une inter phalangienne : indicateurs cliniques en faveur d'une lésion ligamentaire grave.
9. Détection de signes cliniques d'aggravation au décours de la prise en charge d'une fracture bimalléolaire ostéosynthésée en phase non consolidée.
10. Détection de signes cliniques d'aggravation au décours de la prise en charge d'une rupture partielle de coiffe opérée par suture tendineuse.

Ces thèmes permettent d'explorer les aspects spécifiques mettant résolument l'accent sur l'importance cruciale de l'interrogation, de l'inspection, et du raisonnement clinique. L'objectif est de garantir une prise en charge adaptée, en tenant compte des considérations spécifiques liées à cette population, conformément aux recommandations de bonne pratique.

Ce programme s'appuie sur une synthèse des connaissances scientifiques et des recommandations de bonne pratique.

Les méthodes pédagogiques utilisées dans ce programme sont les méthodes **active** et **affirmative**.

Questionnaire post-formation en ligne (annexe 1) : durée libre

Il est identique au questionnaire pré-formation. Le participant pourra comparer ses réponses et un retour sera fait par le formateur expert en ligne

Questionnaire de satisfaction (annexe 3)

Il vise à évaluer l'intérêt porté par le participant. Les questionnaires seront analysés par le webmaster et, après avis du concepteur, pourront générer des adaptations du contenu.

Évaluation de l'action d'EPP

L'évaluation de la l'action d'EPP suit le modèle de Kirkpatrick, recommandé par l'HAS et classiquement utilisé pour l'évaluation des formations en non présentiel.

- Mesure de la satisfaction, permettant une première mesure de l'efficacité de la formation et servant de donnée utile à l'amélioration pour le formateur ;
- Évaluation des comportements pratiques atteints : réalisation de deux tests sous forme de questionnaires relatifs à des cas cliniques. L'un au début et l'autre à la fin



de la partie sur l'évaluation des pratiques professionnelles. La phase d'évaluation des pratiques propose des tests de concordance de script ; en l'occurrence, il s'agit de mesurer le niveau de la pratique du professionnel.



Annexe 1 : Questionnaire pré et post-formation

- 1- Les traumatismes musculo-squelettiques sont possibles à diagnostiquer cliniquement
Oui
Non
- 2- Une déformation osseuse peut signifier une fracture
Oui
Non
- 3- La présence d'une tension importante dans le mollet peut signifier un syndrome des loges
Oui
Non
- 4- Le tableau clinique d'un traumatisme peut s'aggraver
Oui
non
- 5- Une fracture tassement vertébral est de diagnostic simple
Oui
Non
- 6- La présence de signes cliniques non mécaniques doit alerter le praticien
Oui
Non
- 7- Les critères d'Ottawa ont un niveau de validité fiable
Oui
Non
- 8- La percussion cherche à détecter une entorse
Oui
Non
- 9- L'œdème est toujours synonyme de fracture
Oui



Non

10- Les test de tiroir de cheville sont fiables

Oui

Non

Annexe 2 : TCS

1. Interrogation, inspection, et raisonnement clinique : Principes de l'évaluation spécifique initiale et au décours d'une prise en charge adaptée, des signes de gravité.
2. Traumatisme musculo-squelettique et douleur aiguë de cheville : utilisation des tests spécifiques à la recherche d'une lésion grave.
3. Traumatisme musculo-squelettique du genou : abord « bord de terrain » en urgence à la recherche des signes de gravité.
4. Traumatisme musculo-squelettique vertébral lombal : indicateurs cliniques en faveur d'une suspicion de fracture tassement chez l'adulte ostéoporotique.
5. Traumatisme musculo-squelettique vertébral cervical : indicateurs cliniques en faveur d'une suspicion de fracture chez l'adulte victime d'une chute de sa hauteur.
6. Traumatisme musculo-squelettique de l'épaule : indicateurs cliniques en faveur d'une luxation antérieure des suites d'une chute.
7. Traumatisme musculo-squelettique du coude : indicateurs cliniques en faveur d'une fracture de l'olécrane des suites d'une chute.
8. Traumatisme musculo-squelettique d'une inter phalangienne : indicateurs cliniques en faveur d'une lésion ligamentaire grave.
9. Détection de signes cliniques d'aggravation au décours de la prise en charge d'une fracture bimalléolaire ostéosynthésée en phase non consolidée.
10. Détection de signes cliniques d'aggravation au décours de la prise en charge d'une rupture partielle de coiffe opérée par suture tendineuse.

Situation clinique 1 : Mme C., 55 ans, se présente à votre cabinet au sein d'une MSP avec des douleurs aiguës dans le bas du dos, principalement du côté droit des suites d'une chute de sa hauteur. Elle décrit les douleurs comme des sensations de brûlure qui irradient jusqu'à la fesse et le bas de la jambe.

Les douleurs surviennent principalement après avoir été assise pendant de longues périodes et lorsqu'elle se lève pour marcher. Vous suspectez un drapeau rouge.

Si vous pensiez à...	Et que vous trouvez que...	L'impact de cette information sur votre hypothèse est... <u>Entourer vos réponses</u>
Que l'origine des douleurs est une compression discale paralysante	L'absence de signes duremériens, et de signe de Lasègue à l'examen clinique	-2 -1 0 1 2

Une origine fracturaire vertébrale	Pas de douleur au repos, percussion négative.	-2 -1 0 1 2
A une origine infectieuse	Pas de fébricule	-2 -1 0 1 2
A une origine tumorale	Ni perte de poids, ni fatigue inexpliquée, apparition récente et brutale	-2 -1 0 1 2

On utilise des ancrages identiques quelle que soit la situation :

- -2 : fortement négatif
- -1 : négatif
- 0 : neutre (ça ne change rien)
- +1 : positif
- +2 : fortement positif

Finalement, l'origine neurologique semble s'éloigner et vous pensez désormais à une origine articulaire.

Si vous pensiez à...	Et que vous trouvez que...	L'impact de cette information sur votre hypothèse est... <u>Entourer vos réponses</u>
Que l'origine des douleurs est liée à une souffrance en convergence facettaire	Le test en convergence est positif	-2 -1 0 1 2
Que l'origine des douleurs est liée à une raideur localisée	Les PA au niveau des articulaires sont « diminuées »	-2 -1 0 1 2
Que l'origine des douleurs est liée à un dérangement discal	Les mouvements répétés ne modifient pas les symptômes	-2 -1 0 1 2
Que l'origine des douleurs est liée à une souffrance en divergence facettaire	Le test en divergence est négatif	-2 -1 0 1 2



Malgré la présence d'une souffrance d'origine articulaire, vous suspectez une origine myotensive surajoutée

Si vous pensiez à...	Et que vous trouvez que...	L'impact de cette information sur votre hypothèse est... <u>Entourer vos réponses</u>
Que l'origine des douleurs est liée à une souffrance de type contracture	La palpation est positive	-2 -1 0 1 2
Que l'origine des douleurs est liée à une hypoextensibilité	Les tests d'étirement montrent une diminution de longueur	-2 -1 0 1 2
Que le tissu fascial présente des adhérences	Les tests de mobilité montrent une diminution	-2 -1 0 1 2

On utilise des ancrages identiques quelle que soit la situation :

- -2 : fortement négatif
- -1 : négatif
- 0 : neutre (ça ne change rien)
- +1 : positif
- +2 : fortement positif

Situation clinique 2 : Un patient de 35 ans se rend à votre cabinet au sein d'une MSP en accès direct des suites d'une torsion de cheville dans la rue. Vous cherchez à identifier des signes de gravité éventuelle.

Si vous pensiez à...	Et que vous trouvez que...	L'impact de cette information sur votre hypothèse est... <u>Entourer vos réponses</u>
Une fracture malléolaire	Les critères d'Ottawa sont négatifs	-2 -1 0 1 2

Un syndrome des loges	Pas de douleur au repos, pas de gonflement de la jambe ni en dorsiflexion, pas de perte de force.	-2 -1 0 1 2
Une luxation des fibulaires	Pas de positivité du test de ressaut en éversion	-2 -1 0 1 2
A une entorse grave	Les tests de laxité (talar test...) semblent partiellement positifs	-2 -1 0 1 2

On utilise des ancrages identiques quelle que soit la situation :

- -2 : fortement négatif
- -1 : négatif
- 0 : neutre (ça ne change rien)
- +1 : positif
- +2 : fortement positif

Situation clinique 3 : un patient est amené à votre cabinet situé dans une MSP directement suite à torsion du genou sur un terrain de foot avec perception d'un craquement (contact direct). Le patient est dans l'incapacité de marcher plus de 2 pas.

Si vous pensiez à...	Et que vous trouvez que...	L'impact de cette information sur votre hypothèse est... <u>Entourer vos réponses</u>
Une fracture d'un plateau tibial ou patellaire	Les signes de percussion, de palpation sont négatifs, il n'y a aucune déformation	-2 -1 0 1 2
Une lésion méniscale	Les tests de type grinding test et Thessaly sont négatifs.	-2 -1 0 1 2
Une rupture du tendon quadricipital	La palpation n'identifie pas de déchirance, l'extension du genou est complète	-2 -1 0 1 2
A une entorse grave du LCA	Les tests de laxité (Lachmann) sont positifs signant une très probable rupture	-2 -1 0 1 2



On utilise des ancrages identiques quelle que soit la situation :

- -2 : fortement négatif
- -1 : négatif
- 0 : neutre (ça ne change rien)
- +1 : positif
- +2 : fortement positif

Situation clinique 4 : Mme B., 58 ans, ostéoporotique et atteinte de Polyarthrite rhumatoïde se plaint de douleurs lombaires depuis 3 jours, date à laquelle elle est tombée « assise sur ses toilettes ». Elle se rend dans votre cabinet au sein d'une MSP.

Si vous pensiez à...	Et que vous trouvez que...	L'impact de cette information sur votre hypothèse est... <u>Entourer vos réponses</u>
Une poussée de rhumatisme inflammatoire	L'installation des symptômes a été contemporaine de la « chute ». la patiente n'avait pas de douleur avant	-2 -1 0 1 2
Une déchirure musculaire	La contraction des muscles de la région ne reproduit pas de douleur.	-2 -1 0 1 2
Une hernie discale	Pas de positivité des tests de Lasègue, Léris de Vasalva	-2 -1 0 1 2
A une fracture tassement vertébral	La douleur est constante, non soulagée par le repos et le test de percussion est positif	-2 -1 0 1 2

On utilise des ancrages identiques quelle que soit la situation :

- -2 : fortement négatif
- -1 : négatif
- 0 : neutre (ça ne change rien)
- +1 : positif
- +2 : fortement positif



Situation clinique 5 : Mr P. 45 ans, est tombé en arrière sur le dos et la tête en glissant dans la rue. Il se rend à votre cabinet des suites de l'installation d'une cervicalgie.

Si vous pensiez à...	Et que vous trouvez que...	L'impact de cette information sur votre hypothèse est... <u>Entourer vos réponses</u>
Une laxité traumatique du rachis cervical supérieur	Les tests de laxité (sharp purser test, ligament alaire, membrana tectoria) sont négatifs	-2 -1 0 1 2
Une radiculopathie	Le cluster de Wainer est négatif	-2 -1 0 1 2
Une atteinte de l'artère vertébrale	Le test du 5D and 3N'S est négatif	-2 -1 0 1 2
A une fracture vertébrale	La douleur est mécanique, avec absence de douleur à la percussion et un C spine Rule négatif	-2 -1 0 1 2

On utilise des ancrages identiques quelle que soit la situation :

- -2 : fortement négatif
- -1 : négatif
- 0 : neutre (ça ne change rien)
- +1 : positif
- +2 : fortement positif

Cas clinique 6 : Mr D., 40 ans, se plaint d'une douleur intense d'épaule suite à un service au tennis. Il se rend à votre cabinet avec une impotence fonctionnelle sévère.

Si vous pensiez à...	Et que vous trouvez que...	L'impact de cette information sur votre hypothèse est... <u>Entourer vos réponses</u>
Une déchirure du supra-épineux	Les tests tendineux (Neer...) sont négatifs	-2 -1 0 1 2

Une luxation acromio-claviculaire	La palpation ne détecte aucune asymétrie ni point exquis.	-2 -1 0 1 2
Une NCB paralysante	Les tests cervicaux sont négatifs	-2 -1 0 1 2
A une luxation d'épaule	La palpation de la tête humérale indique un décentrage antérieur avec ressaut notable à la mobilisation ; subluxation potentielle	-2 -1 0 1 2

On utilise des ancrages identiques quelle que soit la situation :

- -2 : fortement négatif
- -1 : négatif
- 0 : neutre (ça ne change rien)
- +1 : positif
- +2 : fortement positif

Cas clinique 7 : une jeune adulte de 30 ans se plaint d'une douleur de coude, des suites d'une réception au sol sur un praticable de gym (GAF). Elle se rend dans votre cabinet au sein d'une MSP le lendemain, bras en écharpe.

Si vous pensiez à...	Et que vous trouvez que...	L'impact de cette information sur votre hypothèse est... <u>Entourer vos réponses</u>
Une déchirure du biceps	La flexion de coude est conservée, pas de déhiscence à la palpation	-2 -1 0 1 2
Une luxation du coude	Aucune asymétrie dans les axes n'est à relever. La mobilité existe.	-2 -1 0 1 2
Une fracture de la tête radiale	On note un déficit d'extension active du coude et une palpation douloureuse en regard, avec œdème	-2 -1 0 1 2

Une fracture de l'olécrane	La palpation est sensible et semble montrer des irrégularités ; l'extension active est impossible	-2 -1 0 1 2
----------------------------	---	--------------------

On utilise des ancrages identiques quelle que soit la situation :

- -2 : fortement négatif
- -1 : négatif
- 0 : neutre (ça ne change rien)
- +1 : positif
- +2 : fortement positif

Cas clinique 8 : Un volleyeur de 25 ans se rend à votre cabinet au sein d'une MSP, avec une douleur au niveau de l'interphalangienne proximale du V, des suites d'un contre au filet. Il indique avoir « replacé » l'articulation immédiatement car « la phalange n'était plus dans l'axe ».

Si vous pensiez à...	Et que vous trouvez que...	L'impact de cette information sur votre hypothèse est... <u>Entourer vos réponses</u>
Une luxation de l'IP	L'examen clinique montre un axe conservé et une mobilité sub-normale	-2 -1 0 1 2
Une fracture de l'IP	On ne retrouve pas de déformation, ni de sensibilité au diapason, mais un œdème masque les reliefs	-2 -1 0 1 2
Une rupture tendineuse (ED)	Les tests de contraction sont positifs	-2 -1 0 1 2
Une lésion grave des ligaments collatéraux	Les tests en bâillement montrent une augmentation de l'amplitude de laxité	-2 -1 0 1 2

On utilise des ancrages identiques quelle que soit la situation :

- -2 : fortement négatif
- -1 : négatif
- 0 : neutre (ça ne change rien)
- +1 : positif



- +2 : fortement positif

Cas clinique 9 : Au sein de votre MSP, vous suivez une patiente de 40 ans qui a bénéficié d'une ostéosynthèse bimalléolaire par plaque à 10 semaines. Elle est en phase de reprise progressive de l'appui. Elle arrive au cabinet avec une cheville très douloureuse, et gonflée ce qui n'était pas le cas lors de la dernière séance.

Si vous pensiez à...	Et que vous trouvez que...	L'impact de cette information sur votre hypothèse est... <u>Entourer vos réponses</u>
Un déplacement de matériel	La patiente indique avoir respecté scrupuleusement les consignes, et « s'est réveillée comme cela » ; l'œdème masque.	-2 -1 0 1 2
Une rupture tendineuse	Les muscles sont tous contractiles	-2 -1 0 1 2
Une inflammation tendineuse des fibulaires	La contraction est douloureuse, ainsi que l'étirement et la palpation	-2 -1 0 1 2
Une lésion ligamentaire	Les tests de mobilités sont normaux, sans laxité	-2 -1 0 1 2

On utilise des ancrages identiques quelle que soit la situation :

- -2 : fortement négatif
- -1 : négatif
- 0 : neutre (ça ne change rien)
- +1 : positif
- +2 : fortement positif

Cas clinique 10 : Vous suivez Mme D, 59 ans, en centre hospitalier à 10 semaines d'une suture du supra-épineux. Elle est externe, et ce jour-là, elle arrive avec une impotence marquée.

Si vous pensiez à...	Et que vous trouvez que...	L'impact de cette information sur votre hypothèse est... <u>Entourer vos réponses</u>
Une tendinopathie réactive	Les circonstances d'apparition de l'impotence sont brutales, avec soulèvement de charge	-2 -1 0 1 2
Une luxation d'épaule	Aucun signe clinique en faveur : ni déformation, ni perte d'amplitude en passif	-2 -1 0 1 2
Une rupture tendineuse itérative	L'amplitude active est fortement déficitaire	-2 -1 0 1 2
Une origine cervicale à ses symptômes	Aucun test cervical ne déclenche de symptômes	-2 -1 0 1 2

On utilise des ancrages identiques quelle que soit la situation :

- -2 : fortement négatif
- -1 : négatif
- 0 : neutre (ça ne change rien)
- +1 : positif
- +2 : fortement positif

