

Kinésithérapie fondée sur des preuves : concepts et situations pratiques

G. Reyckler, N. Audag, W. Poncin, D. Saey, O. Contal

La kinésithérapie fondée sur les preuves est une notion centrale dans la pratique clinique actuelle. Il s'agit d'une pratique intégrative qui englobe tant les éléments scientifiques (connaissances) que l'expertise individuelle et collective des praticiens, et les éléments et préférences propres aux patients.

© 2019 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : EPB ; Evidence-based physiotherapy ; Pratique intégrative ; Raisonnement clinique ; Expertise

Plan

■ Introduction	1
■ De quoi s'agit-il ?	1
■ Trois éléments cardinaux	2
Connaissances	2
Expertise	3
Patient	3
■ « Evidence-based practice » en pratique, un exemple	3
■ Conclusion	4

■ Introduction

La kinésithérapie fondée sur les preuves est une notion centrale dans la pratique clinique actuelle et largement décrite dans la littérature scientifique. Il est en effet nécessaire de s'y référer lorsqu'on se retrouve face à une situation clinique, et ce quelle qu'elle soit. En réalité, elle est devenue le garant pour le patient de recevoir le meilleur soin possible dans sa situation, au vu de sa condition. L'enseignement s'en est emparé au cours des deux dernières décennies sans pour autant que ne disparaissent certaines incompréhensions pour aborder cette approche ^[1].

■ De quoi s'agit-il ?

Pour bien comprendre ce que recèle cette notion datant du XIX^e siècle mais devenue populaire seulement depuis la fin du XX^e siècle, il faut se pencher sur la définition de l'« evidence-based medicine » par David Sackett ^[2] et dont la World Confederation for Physical Therapy s'est largement inspirée pour l'adapter à la kinésithérapie ^[3]. D'après cette définition, la kinésithérapie fondée sur les preuves est une pratique intégrative qui englobe tant les éléments scientifiques (connaissances) que l'expertise individuelle et collective des praticiens, et les éléments et préférences

propres aux patients (Fig. 1). L'« evidence-based practice » est le recours « rigoureux, explicite et judicieux » aux éléments les plus robustes qui sont à la disposition du thérapeute au moment de la réalisation de l'acte thérapeutique. Cette notion est souvent mal interprétée et, à ce titre, mérite qu'on s'y attarde. La mauvaise compréhension de la notion est liée en partie à la traduction qui en est faite. « Evidence-based » est souvent traduit littéralement en français par « fondé sur les preuves » alors qu'en réalité, il s'agit bien de se fonder sur des niveaux de preuve qui reflètent l'analyse critique de la validité et de l'utilité des résultats trouvés, plus que sur des preuves irréfutables. De ce fait, on a tendance à croire par erreur que cette notion implique que seul ce qui est clairement « prouvé » est valable.

Les trois mots centraux de la définition sont probablement les bases essentielles à la compréhension de la notion et amènent à la nécessité d'une réflexion raisonnable fondée sur des arguments solides. Cette explication laisse en réalité une réelle marge de manœuvre, bien éloignée de ce que pensent certains professionnels lorsqu'on leur parle de pratiques fondées sur les preuves. Les preuves seules ne définissent pas la modalité thérapeutique à appliquer, mais aident le praticien à identifier une stratégie de soins optimale pour un tableau clinique donné en intégrant les aspects propres au patient comme ses préférences et ses attentes qui sont tout aussi importantes dans le choix de cette stratégie. L'expertise des pairs ainsi que les savoirs expérimentiels des patients jouent donc un rôle important dans cette démarche et cela contredit l'interprétation erronée associée à cette notion comme étant l'usage exclusif de ce qui a été démontré noir sur blanc et le rejet du reste. Néanmoins, cela ne doit pas nous mener dans le travers trop souvent rencontré en kinésithérapie, qui consiste à croire qu'on puisse se permettre de pratiquer un soin fondé uniquement sur une conviction personnelle sous prétexte que l'on « sait que ça fonctionne » parce qu'on « l'a préalablement constaté sur tous nos patients ». Nombre de nos pratiques ont souffert et souffrent encore de ce genre de discours qui empêchent l'évolution des pratiques vers une meilleure prise en charge. Les preuves restent un élément indispensable pour asseoir nos pratiques et pour obtenir une reconnaissance accrue de notre profession.

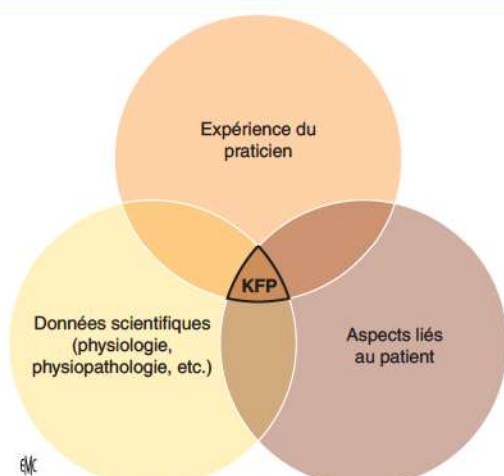


Figure 1. Schéma illustrant le principe de la kinésithérapie fondée sur les preuves (KFP) qui correspond à l'intersection des trois ensembles.

■ Trois éléments cardinaux

Une fois ce préambule bien compris, il paraît évident que cette pratique fondée sur les preuves implique une notion d'évolution liée au temps. Elle ne peut en aucun cas être assimilée à une pratique fondée sur une théorie fixe et immuable telle que le seraient des textes fondateurs. Cette idée est confortée par le fait que la kinésithérapie, au contraire de la médecine, ne vise en aucun cas à traiter et encore moins à guérir des pathologies mais bien à améliorer des tableaux cliniques ou des symptomatologies.

Ce qui est vrai aujourd'hui ne le sera peut-être et même probablement plus dans quelques années. En effet, les connaissances et l'expertise des kinésithérapeutes évoluent avec le temps et un même patient ne reçoit aujourd'hui en toute logique pas le même traitement que celui qu'il a reçu il y a quelques années, et ce sans que la qualité de la prise en charge du thérapeute ne puisse être remise en question au moment du premier traitement.

À titre d'exemple, les premières descriptions de la kinésithérapie respiratoire de désencombrement portaient sur l'utilisation des postures à travers la technique communément appelée drainage postural [4]. Cela nous ramène à une période autour de la moitié du ^{xx}e siècle. En y pensant bien, l'idée n'était pas si saugrenue que ça. Néanmoins, aujourd'hui, grâce à l'expertise accumulée de différents cliniciens, les connaissances physiopathologiques et les nombreuses recherches publiées dans ce domaine depuis cette époque, il semble raisonnable de dire que d'autres techniques sont au moins aussi, voire plus efficaces pour aider au désencombrement des voies aériennes, et ce dans de nombreuses situations cliniques [5]. Il ne serait donc pas logique de continuer à retrouver cette technique, seule, en tête de liste des techniques de désencombrement, ni dans l'enseignement ni dans les pratiques. Est-ce pour autant qu'il faille la bannir définitivement ? Probablement pas, mais elle ne devrait plus être la technique de référence auprès des kinésithérapeutes vu qu'il y a suffisamment d'arguments pour justifier le non-recours au drainage postural en routine. Un thérapeute qui le pratiquerait de manière systématique priverait possiblement ses patients d'un traitement plus adapté, voire même plus efficace puisqu'il n'a pas pu montrer sa supériorité dans des études qui l'ont investigué [6]. Si on se centre sur le bien-être du patient et sur les aspects pratiques, le drainage postural a certes l'avantage de pouvoir être pratiqué sans apport d'un thérapeute mais il nécessite des postures pas toujours confortables et des séances longues si on respecte la durée de cinq à dix minutes requises par posture, sachant qu'il en existe jusqu'à 22 selon les écoles. Néanmoins, ce même drainage postural pourrait, dans certains cas, se révéler utile et efficace dans des situations spécifiques que chacun pourra imaginer.

Cette pratique intégrative ne doit en aucun cas être une manière de déjuger certains collègues mais, au contraire, favoriser une vision permettant de stimuler et d'encourager à un développement personnel des thérapeutes au profit des patients. Ainsi, un kinésithérapeute fraîchement sorti des études, s'il possède un bon niveau de connaissances, se doit d'améliorer son expertise clinique qui, de manière logique, est insuffisante à cette période de sa carrière professionnelle et, en parallèle, continuer à augmenter son niveau de connaissances et adapter ces dernières en fonction des évolutions liées à la recherche dans le domaine, le tout afin de pouvoir prodiguer des soins de qualité. Le thérapeute chevronné n'est pas en reste mais c'est la mise à jour des connaissances qui va devoir focaliser probablement son attention [7].

La kinésithérapie fondée sur les preuves s'intègre également parfaitement dans la notion de raisonnement clinique, quel que soit le modèle choisi [8] et dans la démarche d'évaluation en kinésithérapie [9]. Le principe du raisonnement clinique repose sur l'énonciation d'une hypothèse face à la situation clinique que le thérapeute doit mettre à l'épreuve pour établir le meilleur traitement possible tout en le réévaluant en permanence. Les hypothèses sont émises par la confrontation à une situation déjà connue du thérapeute ou par décisions analytiques à l'instar d'un diagnostic différentiel, autrement dit, fondées sur un cheminement conditionnel. La reconnaissance de la situation repose pour beaucoup sur l'expertise du clinicien liée au savoir expérimental du patient. C'est la reconnaissance de l'importance de cette expertise dans la qualité de la prise en charge des patients qui sous-tend par exemple la création de centres de référence pour le suivi de pathologies bien ciblées (maladies neuromusculaires, maladies orphelines, mucoviscidose, scoliose, etc.). Cette centralisation ou ce rassemblement d'expertise a un bénéfice majeur sur les patients et peut même aller jusqu'à l'augmentation de l'espérance de vie comme cela a été montré dans la mucoviscidose [10].

Connaissances

Les connaissances doivent être les fondements de la démarche clinique et résultent de la transmission des savoirs par l'enseignement ou lors de l'apprentissage individuel. Elles proviennent des résultats fournis par les différents travaux de recherches, notamment les travaux de recherche clinique, et s'enrichissent au gré du temps et des avancées. Elles doivent pouvoir s'articuler entre elles pour promouvoir l'action thérapeutique optimale.

L'importance de ces connaissances donne un rôle majeur tant à la nécessité de leur amélioration qu'à la qualité de l'enseignement et du système de formation continue. Le besoin de connaissances solides comme fondement renforce cette nécessité. C'est probablement le challenge majeur de la kinésithérapie au cours des prochaines années. Pour ne pas rater le train de l'évolution des pratiques dans le monde de la santé et garder, voire justifier une place de choix dans l'arsenal thérapeutique offert aux patients, il faut tendre vers un niveau de formation et un niveau de preuve aussi élevé que possible pour nos pratiques. Une enquête réalisée en 2012 auprès d'étudiants français montrait que l'enseignement de la kinésithérapie restait perfectible puisque seuls 50 % des étudiants interrogés connaissaient la notion d'« evidence-based practice », même si ce chiffre est à nuancer puisqu'il était influencé par l'année d'étude [1]. L'universitarisation en France, l'apparition de champs de compétences particulières en Belgique et l'augmentation de par le monde du nombre de kinésithérapeutes porteurs de doctorats sont toutes des avancées qui vont dans le sens de l'amélioration.

Un exemple pour illustrer l'impact du temps sur les connaissances et de celles-ci sur la prise en charge des patients est l'évolution des pratiques en termes de mobilisation des patients en réanimation ou la remise en activité de ceux présentant une insuffisance respiratoire chronique. L'impact de l'inactivité musculaire sur la force des muscles non sollicités était bien connu depuis les années 1980, notamment grâce à des travaux réalisés (hors du champ de la médecine) sur des astronautes dont les muscles n'étaient plus soumis à la gravité [11, 12]. Le parallélisme avec les patients alités de manière prolongée et les conséquences

comparables de l'immobilisation sur leur fonction musculaire ont été depuis confirmés par des travaux scientifiques réalisés sur des patients de réanimation, et ce même si d'autres facteurs interviennent [13, 14]. Cependant, ce n'est que bien plus tard que la profonde détérioration musculaire a été prise en considération au niveau du traitement et que la notion de mobilisation précoce a fait son apparition pour ces patients, avec notamment les premières recommandations traitant de ce sujet en 2008 et émanant d'un groupe de travail sous l'égide de l'*European Respiratory Society* et de l'*European Society of Intensive Care Medicine* [15]. Il est d'ailleurs intéressant de constater qu'à partir de ce moment-là, de nombreux travaux consacrés à la mobilisation précoce des patients de réanimation sont apparus et que plus un seul congrès dédié à la réanimation ne peut se passer de cette thématique dans son programme. Une évolution similaire est observée concernant la prise en charge des patients atteints de bronchopneumopathies chroniques obstructives pour lesquels on est passé d'un traitement reposant essentiellement sur le repos et une kinésithérapie de désencombrement, pour être remplacé aujourd'hui par une pratique d'activités physiques adaptées comme vecteur essentiel du traitement, et ce à tout moment de la maladie. De nombreuses prises en charge dans divers domaines comme les étirements ont également subi de grosses évolutions avec le temps, remettant parfois complètement en question les pratiques antérieures.

Expertise

L'expertise est l'ensemble des éléments acquis au cours de la pratique professionnelle par les pairs, ou par le thérapeute, et qui s'accompagnent d'une réflexion. Elle est sous-tendue par la notion d'esprit critique. Cette expertise permet de reconnaître une situation ou de pratiquer un geste thérapeutique de la manière la plus adaptée à la situation clinique en tenant compte du patient et en se fondant sur les expériences passées. Le lien est souvent mince entre l'expertise qui est en relation directe avec la personne et sa pratique et la connaissance qui dépend des données scientifiques. Les connaissances peuvent guider l'expertise mais l'expertise personnelle peut également précéder les connaissances.

Patient

Une place importante doit être consacrée à la personnalisation de la rééducation en fonction du patient lorsque l'on pratique la kinésithérapie fondée sur les preuves. En effet, le patient est un élément central de cette notion. L'adage qui dit que « une personne n'est pas l'autre » s'applique ici parfaitement. Ainsi, la préférence du patient est toujours à considérer si on veut lui prodiguer le meilleur soin possible. La préférence peut dépendre de nombreux facteurs personnels ou culturels et requiert qu'on s'en préoccupe délibérément car le patient ne prendra peut-être pas l'initiative de la mentionner clairement et spontanément. Cette préférence peut contribuer grandement à améliorer le traitement puisque, comme on le sait, l'adhésion thérapeutique est favorisée par un traitement mieux toléré [16].

La situation du patient joue également un rôle essentiel. S'il existe parfois suffisamment de données scientifiques pour associer certaines techniques à certains tableaux cliniques, cette association peut être battue en brèche par divers éléments propres au patient face auquel est confronté le thérapeute. C'est notamment le cas lorsque le patient présente des troubles associés tels que des troubles psychiatriques qui empêchent la réalisation de la technique qui semblait pourtant être celle de choix sur base de la littérature scientifique et de l'expertise du clinicien, ou encore en présence d'une douleur localisée à l'endroit où le thérapeute devrait poser ses mains pour réaliser la manœuvre thérapeutique choisie, etc.

Tous ces éléments découlant du patient unique que l'on traite doivent être pris en considération et occupent une part intégrante de la kinésithérapie fondée sur les preuves. Et par patient unique, il faut entendre non seulement l'individu mais aussi son entourage et le moment présent qui fait que le patient du jour n'est pas celui du lendemain et n'est pas celui de la veille. Une grande

faculté d'adaptation est nécessaire de la part du thérapeute pour parfois remettre en question des principes qui, sur papier, peuvent sembler les plus optimaux et exclure les recettes et autres automatismes thérapeutiques.

■ « Evidence-based practice » en pratique, un exemple

Le désencombrement des voies aériennes constitue l'une des pierres angulaires du traitement des patients atteints de pathologies respiratoires chroniques suppuratives, comme c'est souvent le cas dans les bronchiectasies non liées à la mucoviscidose. Un des arguments physiologiques justifiant le désencombrement au long cours chez ces patients consiste à éliminer le surplus de mucus susceptible d'entraîner des exacerbations à répétition, et donc limiter le déclin de la fonction pulmonaire avec effet plausible sur la mortalité. Alors que ce lien est bien accepté par la communauté scientifique, il n'existait jusqu'il y a peu aucune preuve validant cet argument. L'*evidence-based practice* était donc ici largement piloté par les hypothèses et l'expertise acquise par les pairs.

Il a fallu attendre début 2018 pour obtenir de la recherche des résultats confortant la pratique fondée sur l'expertise. En effet, Munoz et al. étudient les effets d'une technique de désencombrement des voies aériennes largement utilisée depuis longtemps, l'expiration lente totale glotte ouverte en décubitus latéral (ELTGOL) chez des patients atteints de bronchiectasies non liées à la mucoviscidose [17]. L'étude est rigoureuse sur le plan scientifique. Il s'agit d'une étude randomisée contrôlée et multicentrique. Il a été demandé à la moitié des patients ($n = 22$) de réaliser la technique susmentionnée à raison de deux séances de 30 minutes par jour pendant un an alors que l'autre moitié des patients devaient pratiquer des séances quotidiennes d'étirement des muscles du membre supérieur et thoracobrahial (groupe placebo). Pendant toute la durée de l'étude, les patients du groupe ELTGOL expectoraient plus de sécrétions que ceux du groupe placebo. Mais il était surtout intéressant de souligner qu'à la fin de l'étude, les patients du premier groupe avaient eu significativement moins d'exacerbations et reportaient une meilleure qualité de vie que les patients du groupe placebo. Ces nouvelles données viennent donc conforter l'hypothèse selon laquelle la toilette bronchique quotidienne limite le risque de contracter des exacerbations en favorisant la clairance mucociliaire.

Reste à savoir si ces résultats seront reproduits par d'autres études, et s'ils seront transposables à d'autres techniques de désencombrement, etc. Cela renvoie à la notion de validité externe de telles études. L'élément « patient » reste certainement à prendre en compte. Dans l'étude de Munoz et al., les patients recrutés étaient tous hypersécrétant, ne suivaient pas de programme de révalidation pulmonaire et ne pratiquaient pas régulièrement une technique de désencombrement pulmonaire auparavant [17]. À l'évidence, les patients sélectionnés ne représentent qu'un « sous-groupe » de patients atteints de bronchiectasies non liées à la mucoviscidose. Bien que ces critères de sélection soient indispensables pour réduire les facteurs confondants d'une étude scientifique, ils isolent une grande partie de la population concernée que l'on rencontre pourtant au quotidien. Par exemple, un patient bénéficiant déjà de séances de drainage bronchique au long cours a acquis un attachement probable à la technique de désencombrement pratiquée régulièrement. S'il ne s'agissait pas de l'ELTGOL, pas sûr que le patient soit prêt à considérer une nouvelle modalité thérapeutique. Et qu'en est-il du patient non hypersécrétant, ou du patient qui suit de manière concomitante un programme de révalidation pulmonaire sachant le lien qui existe entre pratique d'une activité physique et amélioration de la clairance mucociliaire [18] ? Faut-il imposer à ces derniers la pratique régulière et, il faut bien l'admettre, chronophage, du désencombrement bronchique ? Par ailleurs, il est improbable que, dans la vie réelle, les patients pratiquent quotidiennement seul ou à l'aide d'un kinésithérapeute une heure de désencombrement par jour jusqu'à la fin de leur vie ! Cet exemple illustre bien l'importance de l'intégration du volet « patient » dans le

processus *evidence-based practice*, sa prise en considération dans le cheminement décisionnel thérapeutique du kinésithérapeute est primordiale.

■ Conclusion

La kinésithérapie fondée sur les preuves est sans nul doute une opportunité pour notre profession, voire une nécessité. Elle doit permettre à la kinésithérapie de s'intégrer de manière durable dans les nouveaux systèmes de soins de santé émergeant dont l'évolution est inéluctable, notamment en fonction des contingences économiques toujours plus sévères. Cette approche doit en effet permettre de donner du crédit à nos pratiques vis-à-vis des institutions et des collègues du monde scientifique en offrant une garantie de soins optimaux et de qualité pour les patients. Cette approche ne fait sens que si la communauté scientifique contribue à l'amélioration des connaissances dans le domaine de la kinésithérapie. À ce titre, les exigences méthodologiques en lien avec la recherche et les modalités de publication, qui ne font que croître depuis quelques années, participent à cette démarche. La communauté scientifique se doit d'augmenter la qualité des travaux autant que faire se peut. À ce titre, une description précise des interventions et l'apport des grilles de lecture/écriture est essentielle (Consort, Prisma, *consensus on exercise reporting template* [CERT])^[7, 19]. De même la formation de base et la formation continue doivent également jouer un rôle majeur en fournissant un socle solide à la pratique professionnelle qui apporte également sa part à la kinésithérapie fondée sur les preuves.

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs n'ont pas transmis de liens d'intérêts en relation avec cet article.



■ Références

- [1] Regnaud J, Rostagno S, Remondière R. Enquête sur l'enseignement de l'Evidence-Based Practice dans la formation initiale en masso-kinésithérapie-physiothérapie en 2012. *Kinesither Rev* 2013;**13**(136):45–51.
- [2] Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Br Med J* 1996;**312**:71–2.
- [3] Veras M, Kairy D, Paquet N. What is Evidence-Based Physiotherapy? *Physiother Can* 2016;**68**:95–8.
- [4] Morland A. Bronchiectasis, with repeated haemoptysis treated by postural drainage followed by pneumonectomy. *Proc R Soc Med* 1937;**31**:123–4.
- [5] Main E, Prasad A, Schans C. Conventional chest physiotherapy compared to other airway clearance techniques for cystic fibrosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD002011.
- [6] Mortensen J, Falk M, Groth S, Jensen C. The effects of postural drainage and positive expiratory pressure physiotherapy on tracheo-bronchial clearance in cystic fibrosis. *Chest* 1991;**100**:1350–7.
- [7] Scurlock-Evans L, Upton P, Upton D. Evidence-based practice in physiotherapy: a systematic review of barriers, enablers and interventions. *Physiotherapy* 2014;**100**:208–19.
- [8] Pelaccia T, Tardif J, Tribby E, Charlin B. An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual-process theory. *Med Educ Online* 2011 Mar 14;**16**.
- [9] Fritz JM, Wainner RS. Examining diagnostic tests: an evidence-based perspective. *Phys Ther* 2001;**81**:1546–64.
- [10] FitzSimmons SC. The changing epidemiology of cystic fibrosis. *J Pediatr* 1993;**122**:1–9.
- [11] Herbison GJ, Talbot JM. Muscle atrophy during space flight: research needs and opportunities. *Physiologist* 1985;**28**:520–7.
- [12] Riley DA, Ellis S. Research on the adaptation of skeletal muscle to hypogravity: past and future directions. *Adv Space Res* 1983;**3**:191–7.
- [13] Kramer CL. Intensive Care Unit-acquired weakness. *Neurol Clin* 2017;**35**:723–36.
- [14] Medrinal C, Prieur G, Frenoy E, Combret Y, Gravier FE, Bonnevie T, et al. Is overlap of respiratory and limb muscle weakness at weaning from mechanical ventilation associated with poorer outcomes? *Intensive Care Med* 2017;**43**:282–3.
- [15] Gosselink R, Bott J, Johnson M, Dean E, Nava S, Norrenberg M, et al. Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task Force on Physiotherapy for Critically Ill Patients. *Intensive Care Med* 2008;**34**:1188–99.
- [16] Tak EC, van Uffelen JG, Paw MJ, van MW, Hopman-Rock M. Adherence to exercise programs and determinants of maintenance in older adults with mild cognitive impairment. *J Aging Phys Act* 2012;**20**:32–46.
- [17] Munoz G, de GJ, Buxo M, Alvarez A, Vendrell M. Long-term benefits of airway clearance in bronchiectasis: a randomised placebo-controlled trial. *Eur Respir J* 2018;**51**(1).
- [18] Dwyer TJ, Zainuddin R, Daviskas E, Bye PT, Alison JA. Effects of treadmill exercise versus Flutter(R) on respiratory flow and sputum properties in adults with cystic fibrosis: a randomised, controlled, cross-over trial. *BMC Pulm Med* 2017;**17**:14.
- [19] Page P, Hoogenboom B, Voight M. Improving the reporting of therapeutic exercise interventions in rehabilitation research. *Int J Sports Phys Ther* 2017;**12**:297–304.

G. Reyckler (gregory.reyckler@uclouvain.be).

N. Audag.

W. Poncin.

Institut de recherche expérimentale et clinique, Cliniques universitaires Saint-Luc, avenue Hippocrate 10, 1200 Bruxelles, Belgique.

D. Saey.

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, Université Laval, Québec, Canada.

O. Contal.

University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland (HES-SO) (HESAV), Delémont, Suisse.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Reyckler G, Audag N, Poncin W, Saey D, Contal O. Kinésithérapie fondée sur des preuves : concepts et situations pratiques. EMC - Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation 2019;**15**(2):1-4 [Article 26-006-E-10].

Disponibles sur www.em-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos/
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations



Cas
clinique

Cet article comporte également le contenu multimédia suivant, accessible en ligne sur em-consulte.com et em-premium.com :

1 autoévaluation

[Cliquez ici](#)