

Physio-QUÉBEC



SOMMAIRE

ÉDITORIAL

- 2 Nouveau site Web de l'Ordre
Par Lucie Forget, pht, M.A., présidente et directrice générale

CHRONIQUE JURIDIQUE

- 3 Le secret professionnel
Par Kevin Hort, étudiant en droit
Supervisé par Louise Richard, avocate

CHRONIQUE DES RÉCIPIENDAIRES

- 6 Réactions protectrices des muscles du plancher pelvien chez les femmes souffrant de vestibulodynie LOCALE provoquée
Par Evelyne Gentilcore-Saulnier, Linda McLean, Corrie Goldfinger, Caroline Pukall, & Susan Chamberlain
- 11 Qualité de vie des personnes amputées d'un membre inférieur durant et 3 mois après la réadaptation fonctionnelle intensive
Par Diana Zidarov, pht, M. Sc., Bonnie Swaine, pht, Ph. D., Christiane Gauthier-Gagnon, pht. M. Sc.



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

LES INFOS

- 17 En bref
18 Événements

OBJECTIF du *Physio-Québec*: L'objectif du *Physio-Québec* est de créer un réseau d'information de nature à servir de référence aux physiothérapeutes et aux thérapeutes en réadaptation physique du Québec. Cet outil de communication vise aussi à parler de leurs professions, de leurs réalisations, à présenter les activités de l'Ordre et ses services. La reproduction des textes est autorisée avec mention de la source.

ORDRE professionnel de la physiothérapie du Québec

7151, rue Jean-Talon Est, bureau 1000, Anjou (Québec) H1M 3N8

Téléphone : 514 351-2770 ou sans frais 1 800 361-2001 | Télécopieur : 514 351-2658 | Courriel : physio@oppq.qc.ca

Site Web : www.oppq.qc.ca

RÉDACTRICE et réviseure: Danielle Huet, B.A.

Tél.: 514 351-2770, poste 223 | Courriel: dhuet@oppq.qc.ca

CONCEPTION graphique: Manon Boulais, graphiste

Tél.: 514 865-7815

DÉPÔT légal: Bibliothèques nationales du Québec et du Canada
ISSN 0706-4284



ÉDITORIAL

Nouveau site Web de l'OPPQ!

par *Lucie Forget, pht, M.A.*
Présidente et directrice générale

À la lumière de la vision renouvelée de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, en fonction des lignes directrices de communication adoptées par le CA du 24 septembre 2009 et tout particulièrement, des attentes signifiées par les membres, l'Ordre met tout en œuvre pour mener à bien le dossier des communications, lequel compte parmi ses priorités.

Dans le but de maximiser les communications aux membres, aux étudiants, à la population, aux partenaires, ainsi qu'entre les membres eux-mêmes, la refonte du site Web est devenue nécessaire.

En décembre dernier, l'Ordre mandatait un consultant spécialiste dans le domaine du Web, en collaboration avec le Comité du site Web, pour établir un cahier de charge à distribuer aux compagnies soumissionnaires. Plusieurs d'entre elles ont fait parvenir un devis, et le C.A. a arrêté son choix sur Ixmédia en se basant sur un ensemble de critères objectifs. L'Ordre a donc demandé à cette firme de produire le devis final pour la refonte du site Web, ce qui permettra à l'Ordre de combler ses besoins en matière de Web.

Depuis janvier 2010, le Comité du site Web, en collaboration avec la firme Ixmédia, chemine afin de faire évoluer ce dossier et de préciser le plus adéquatement possible toutes les facettes à considérer dans ce processus. Les rencontres sont fructueuses, chacun des participants apporte des éléments pertinents qui permettent d'aborder ce dossier selon des perspectives variées et convergentes, toujours en fonction des orientations de l'Ordre. Lors du C.A. du 29 janvier 2010, Ixmédia a déposé le devis final pour le site Web, et les administrateurs ont pris connaissance de l'avancée des travaux. La mise en place du nouveau site devra être effective dès le mois de mai 2010.

Politique de FORMATION CONTINUE Période 2010-2013

Par ailleurs, conformément à son engagement de procéder à une évaluation globale de l'actuelle *Politique de formation continue* afin d'en faciliter l'application, le C.A. s'est prononcé le 29 janvier 2010 sur les orientations qui guideront la nouvelle version de cette politique. Cette politique bonifiée sera disponible, au plus tard le 1^{er} avril 2010, au début de la nouvelle période de son application!

Nous vous remercions sincèrement pour tous les commentaires que vous nous avez fait parvenir et qui nous ont aidés dans cette démarche.



Chronique JURIDIQUE

Le secret professionnel

par Kevin Hort, étudiant en droit
Supervisé par Louise Richard, avocate

Le secret professionnel est un droit du patient qui prend de plus en plus d'expansion, mais qui suscite également beaucoup d'interrogations auprès de nos membres. Conséquemment, des explications concernant l'étendue de ce droit s'imposent.

D'entrée de jeu, il est important de préciser que le secret professionnel est un droit fondamental garanti par la *Charte des droits et libertés de la personne* du Québec¹, ce qui attribue une importance capitale de ce droit dans le domaine juridique québécois. D'ailleurs, la lecture de la 3^e partie de la section III du *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique* pourra guider le professionnel dans ses interrogations sur le sujet.

Le secret professionnel se définit comme étant « une obligation imposée par la loi à certaines personnes de ne pas divulguer des faits qui leur ont été révélés confidentiellement ou dont elles ont pris connaissance dans l'exercice de leur profession. »²

Avant même d'établir l'étendue du secret professionnel, il est plus que pertinent de préciser les conditions d'application de cette obligation légale. Premièrement, il faut être en présence d'une consultation avec un physiothérapeute ou un thérapeute en réadaptation physique. Ainsi, il

est nécessaire que la personne consultée soit inscrite sur le Tableau de l'Ordre. Deuxièmement, il est impératif que la consultation soit voulue confidentielle par le client. Toutefois, cette consultation est présumée confidentielle jusqu'à preuve du contraire. Troisièmement, les informations divulguées au membre doivent lui être données en raison de sa qualification de physiothérapeute ou de thérapeute en réadaptation physique. Cette dernière condition qui semble être vide de sens à première vue est de loin la plus importante. En effet, elle signifie que le membre doit être consulté à titre de professionnel et non pas en tant qu'ami ou administrateur d'une entreprise. Ainsi, si une conversation a lieu entre un membre et son ami, mais qu'elle n'a pas comme but l'obtention d'un service professionnel, le secret professionnel ne trouvera pas application. Il en est de même pour un membre étant administrateur qui obtient une information grâce à sa position d'administrateur et non à titre de physiothérapeute ou de thérapeute en réadaptation physique.³

Au moment où ces conditions sont remplies, le droit au secret professionnel trouve application. Par conséquent, le secret professionnel est un concept large comprenant une panoplie d'informations. D'abord, toute information révélée par votre patient dès la première seconde de votre rencontre fait partie du secret professionnel que ce soit son nom, ses coordonnées, ses motifs de consultations, ses préoccupations, etc. Qui plus est, même l'information n'étant pas en lien avec la consultation en fait partie compte tenu que vous obtenez ces renseignements grâce à une relation de confiance dû à votre statut privilégié de professionnel qui s'est établie entre vous et le client.

De plus, le secret professionnel comprend également les informations que vous avez constatées vous-même grâce à votre expertise et vos connaissances professionnelles, sans la divulgation de votre client et qui concernent son état de santé. Ainsi, l'évaluation du patient, ses déficiences, incapacités, traitements et progressions font partie du secret professionnel. Finalement, entre aussi dans ce droit fondamental, sans égard à la date de conception, tout diagnostic ou rapport médical

1 *Charte des droits et libertés de la personne*, (L.R.Q., c. C-12), article 9

2 Hubert Rein, *Dictionnaire de droit québécois et canadien*, 3^{ème} édition, Éditions Wilson et Lafleur, 2004, à la page 523.

3 *Descôteaux c. Mierzwinski*, (1982) 1 R.C.S 860. (Adaptation du secret professionnel de l'avocat aux physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique)

Chronique JURIDIQUE

suite

Le secret professionnel

fait par un autre professionnel concernant votre patient. Bref, il est possible de résumer le contenu du secret professionnel comme étant toute information contenue dans le dossier de votre client.

Par ailleurs, le secret professionnel engendre des obligations qui dépassent la notion de divulgation de renseignements. Ces obligations sont prévues dans le *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec*. En effet, le membre est tenu de conserver les dossiers de ses clients dans un meuble ou un local pouvant être fermé à clef et auquel le public n'a pas accès librement.⁴ La raison de cette obligation est le désir d'assurer la confidentialité des informations contenues dans les dossiers des patients. Aussi, ce même règlement oblige le membre à utiliser un cabinet de consultation aménagé de façon à préserver le caractère confidentiel des conversations qu'il a avec les clients qui le consultent.⁵ Cette obligation a pour but de garantir la confidentialité des informations échangées avec le client pour ne pas qu'elles soient entendues par les autres clients ainsi que par d'autres employés de l'établissement.

Donc, un membre ne peut divulguer aucun renseignement protégé par le secret professionnel à un ami, à un membre de la famille, à un collègue de travail, à un autre professionnel de la santé ni même à un tribunal. Toutefois, il y a plusieurs exceptions à l'application de cette obligation ainsi que diverses sanctions qui peuvent être infligées à un membre ne respectant pas ce droit du client.

D'abord, il y a une exception qui permet la divulgation d'information confidentielle à un autre professionnel de la santé du même établissement si elle a pour objectif la poursuite de la relation médicale du patient.⁶ Ainsi, si votre client a besoin des services d'un ergothérapeute faisant partie du même établissement, il vous sera possible de communiquer les informations nécessaires à ce professionnel afin qu'il poursuive la relation médicale avec votre client. Néanmoins, si la communication de renseignement confidentiel est faite à un professionnel ne faisant pas partie du même établissement, il est impératif d'obtenir le consentement écrit de votre patient.

Dans un autre ordre d'idées, le *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physiques*⁷ prévoit une exception lorsque les quatre conditions suivantes sont remplies :

1. Intention du membre de prévenir un acte de violence dont le suicide.
2. Motif raisonnable de croire à un danger imminent.
3. De mort ou de blessures graves.
4. Qui menace une personne ou un groupe de personnes déterminées.

Le membre peut communiquer une information protégée par le secret professionnel.

Au moment où ces quatre conditions sont remplies, le membre a la possibilité de divulguer les renseignements protégés par le secret professionnel, mais il peut seulement communiquer ceux qui sont nécessaires à la prévention de l'acte de violence en question. De plus, le membre ne peut transmettre les informations qu'aux personnes exposées au danger, à leur représentant légal ou aux personnes susceptibles de leur porter secours. Lorsque le membre décide de divulguer cette information, il doit le faire sans délai. En plus, il doit consigner dans le dossier du client le motif qui l'a poussé à faire ce choix, le contenu et le mode de communication utilisés ainsi que le nom de la personne à qui a été communiquée l'information.

4 *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec*, (L.R.Q., c. C-26, a. 91), article 6.

5 Ibid, article 10

6 Jean-Louis Baudoin et Patrice Deslauriers, *La responsabilité civile*, 6^{ème} éditions, Éditions Yvons Blais, 2003, à la page 1033.

7 *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physiques*, (L.R.Q., c. C-26, a.87), articles 33 à 35.

Chronique JURIDIQUE

■
suite

Le secret professionnel

Par ailleurs, d'autres exceptions s'imposent devant certains tribunaux et dans certaines circonstances. Effectivement, le professionnel ne peut se servir de dispense de témoignage (en invoquant le secret professionnel) devant les cours criminelles.⁸ Or, lorsque le professionnel reçoit un *subpoena* pour se présenter devant un tribunal, où un de ses patients est accusé criminellement, le membre doit répondre aux questions des avocats même si certaines de ses réponses concernent des informations confidentielles. De plus, si un client poursuit un membre pour responsabilité professionnelle devant les tribunaux civils, il sera alors possible pour le membre de divulguer les informations confidentielles nécessaires lui permettant de présenter une défense adéquate. Également, lorsqu'un membre poursuit son client pour compte d'honoraires, il lui est possible de révéler aux tribunaux les services professionnels rendus à son client afin d'établir sa preuve pour obtenir sa réclamation.

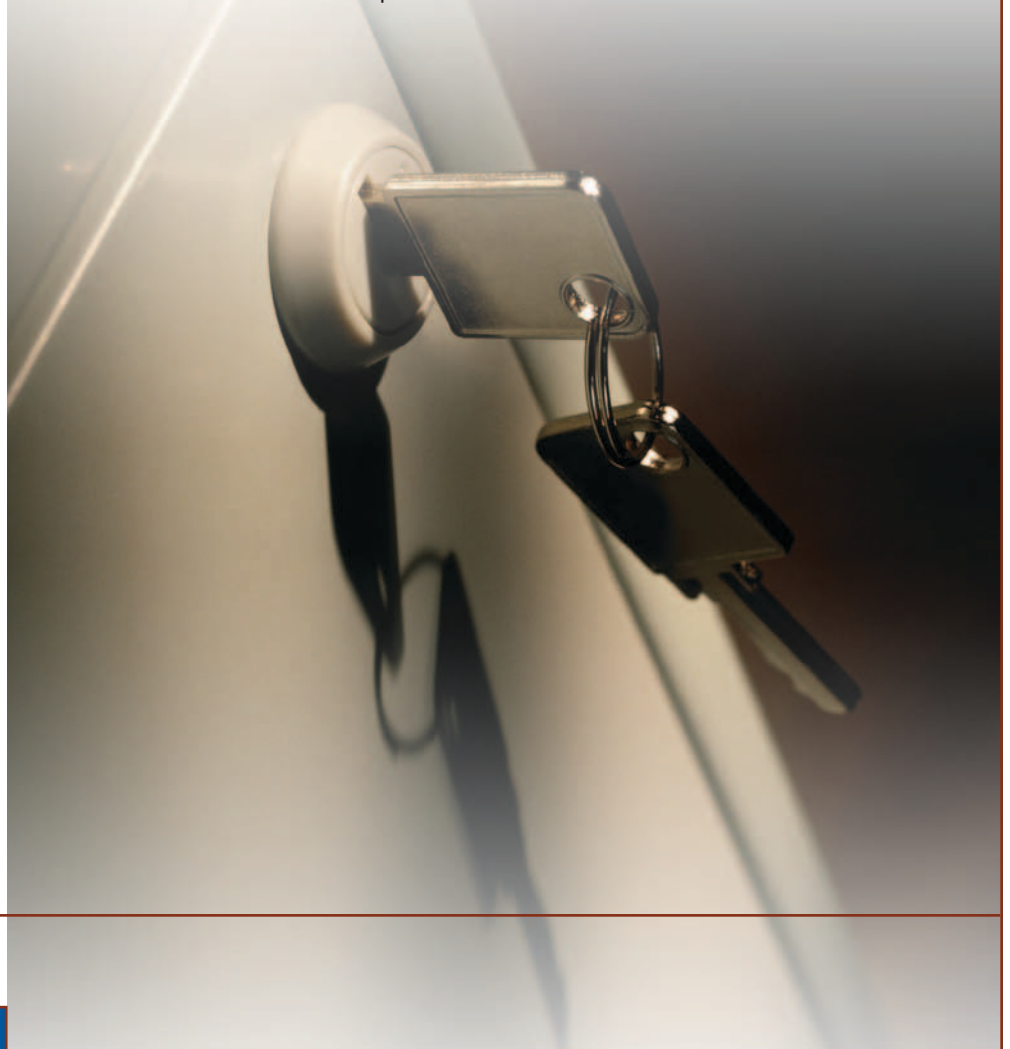
Finalement, il est possible que le client renonce partiellement ou totalement au secret professionnel. Pour ce faire, le membre doit obtenir un document écrit signé du client où il est clairement énoncé que ce dernier renonce à la confidentialité de son dossier ou qu'il en permet la communication. De cette façon, si le client intente des poursuites judiciaires ultérieurement contre le membre en prétendant qu'il n'a pas respecté son droit au secret professionnel, il sera possible pour ce dernier de se

protéger légalement en ayant en possession une preuve de renonciation écrite.

Naturellement, le secret professionnel est levé lorsque le client demande à un membre de témoigner pour lui devant une instance judiciaire.

Toutefois, si le membre ne respecte pas le droit au secret professionnel du patient et que la divulgation ne fait partie d'aucune des exceptions vues précédemment, il sera susceptible de poursuites judiciaires aux niveaux disciplinaire et civil. Les sanctions encourues au niveau disciplinaire

sont la réprimande, l'amende et la radiation temporaire du membre. Au niveau civil, les réclamations possibles peuvent être des dommages intérêts d'ordre moral, mais aussi d'ordre économique si le client est en mesure de les justifier. De plus, s'il est prouvé que le membre a volontairement transmis les informations confidentielles et qu'il a souhaité les conséquences préjudiciables dont son client a souffert suite à cette communication, des dommages punitifs pourront alors être accordés.



■
8 Précité, note 1, à la page 1034.



Chronique des RÉCIPIENDAIRES

Réactions protectrices des muscles du plancher pelvien chez les femmes souffrant de vestibulodynie LOCALE provoquée

par *Evelyne Gentilcore-Saulnier*¹

*Linda McLean*¹, *Corrie Goldfinger*²

*Caroline Pukall*² et *Susan Chamberlain*³

- 1 *School of Rehabilitation Therapy, Université Queen's, Kingston, Ontario*
- 2 *Department of Psychology, Université Queen's, Kingston, Ontario*
- 3 *Department of Obstetrics and Gynecology, Hôpital Général de Kingston, Kingston, Ontario*

Introduction

Les réactions protectrices des muscles du plancher pelvien (MPPs) sont associées aux symptômes de la vestibulodynie locale provoquée (VLP), la forme la plus répandue de douleur vulvaire chronique (Reissing et al, 2005 ; Rosenbaum, 2007). Une revue de la littérature considère la dysfonction des MPPs comme l'une des nombreuses composantes de la pathophysiologie de la VLP (Farage & Galask, 2005 ; Weijmar et al, 2005). Toutefois, le manque de données probantes concernant la fonction des MPPs chez les femmes souffrant de VLP justifie une recherche afin d'élucider leur rôle dans l'étiologie de cette condition chronique.

L'approche pelvi-périnéale en physiothérapie pour rééduquer les MPPs a été prouvée efficace dans le traitement de la VLP (Bergeron et al, 2001). Le traitement est basé sur l'hypothèse que les MPPs sont hypertoniques (l'hypertonie étant définie comme une grande résistance aux étirements passifs et/ou un tonus élevé au repos) et hyperactifs (ie, une réponse

musculaire exagérée à la douleur). Il inclut notamment de l'éducation, des exercices assistés par le biofeedback, des exercices d'étirement à l'aide de dilatateurs, de la thérapie manuelle et de l'électrothérapie (Rosenbaum, 2005).

En utilisant les données recueillies suite aux évaluations effectuées par des physiothérapeutes, des études récentes ont suggéré que le rôle des MPPs au sein de la pathophysiologie de la VLP pourrait être associé à une hyper réactivité spécifique des MPPs superficiels (Reissing et al, 2005). Toutefois, la présence de cette hyper réactivité des muscles superficiels comparativement aux muscles profonds du plancher pelvien n'a pas encore été objectivée par l'utilisation de l'électromyographie (EMG) de surface.

Nous avons donc émis l'hypothèse que les réactions protectrices à la douleur des muscles superficiels du plancher pelvien seraient plus importantes que celles des muscles profonds chez les femmes souffrant de VLP lorsque comparées à des femmes asymptomatiques. Cela n'a jamais

été évalué objectivement. En outre, des recherches antérieures ont établi des conclusions contradictoires pour savoir si oui (White et al, 1997, Jantos et al, 2008) ou non (Engman et al, 2004) les MPPs des femmes souffrant de VLP démontrent de l'hyper activité au repos.

Objectifs

Le but de cette étude consistait à déterminer, par l'utilisation de l'EMG, si les MPPs sont 1) hyper actifs au repos (grande activité EMG tonique de base des MPPs au repos) et/ou 2) hyper réactifs à la douleur (élévation de l'activité EMG suite à l'application d'un stimulus douloureux (SD)) chez un groupe de femmes souffrant de VLP par rapport à un groupe de femmes asymptomatiques. Elle visait aussi à déterminer si les réactions protectrices des MPPs avaient lieu avant ou après l'application du stimulus douloureux.

Hypothèses

Il était attendu que : 1) l'activité tonique de base des MPPs superficiels serait plus élevée chez les femmes souffrant de VLP comparativement aux femmes asymptomatiques, et que cette différence ne serait pas observée au niveau des MPPs profonds, 2) les réactions des MPPs

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

suite

Réactions protectrices des muscles...

superficiels seraient plus importantes chez les femmes qui souffrent de VLP par rapport aux femmes asymptomatiques, et que cette différence ne serait pas observée au niveau des MPPs profonds, 3) que toutes les femmes démontreraient des réactions protectrices plus grandes au niveau des MPPs superficiels par rapport aux MPPs profonds se traduisant alors par une activité EMG plus importante, et 4) que les réactions protectrices des MPPs profonds et superficiels surviendraient avant l'application du stimulus douloureux chez les femmes souffrant de VLP, démontrant ainsi la présence d'anticipation à la douleur (temps d'initiation plus court), ce qui ne serait pas le cas chez les femmes asymptomatiques.

Méthodologie

Participants

Cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université Queen's; le *Health Sciences Research Ethics Board*. Onze femmes diagnostiquées avec la VLP et 11 femmes asymptomatiques ont complété le protocole de recherche.

Matériel

Les données de l'EMG de surface ont été enregistrées et amplifiées en utilisant un système Delsys® 16-Channel Bagnoli EMG (gain de 1000, filtre 20-450 Hz, CMRR 100 dB à 60 Hz, impédance 100 Mohms, taux d'échantillonnage 1000 Hz). L'activité EMG a été enregistrée de façon différentielle à l'aide d'une sonde Femiscan™ pour les MPPs profonds (le groupe de muscles du *levator ani*), et à l'aide d'électrodes de

surface auto-adhésives placées bilatéralement sur les muscles *bulbocavernosus* pour les MPPs superficiels.

Protocole d'électromyographie

Chaque participante a été testée en position gynécologique classique avec les pieds et les jambes soutenus, avec le dos et la tête supportés par des oreillers. Les participantes ont d'abord effectué une contraction maximale volontaire (CMV) de leurs MPPs. Puis, l'activité EMG tonique au repos des MPPs a été enregistrée pendant dix secondes. Ensuite, un stimulus douloureux, qui consiste en une pression douloureuse, a été appliqué à la partie postérieure du vestibule à l'aide d'un appareil qui exerce des pressions standardisées par l'intermédiaire de la pointe d'un coton-tige; le *vulvalgésiomètre* (Pukall et al, 2007). La pression fut augmentée progressivement jusqu'à ce que la participante indique que le SD produisait une douleur évaluée à six sur une échelle numérique de 11 points (0-10). Lorsque ce seuil de douleur était atteint, il était considéré comme le SD pour cette participante. Au total, l'activité EMG des MPPs

a été enregistrée pendant trois applications de ce même SD. En utilisant le logiciel EMG Works Analysis, les données ont été tracées et projetées pour identifier les incohérences et les artefacts de mouvement. Les données avec trop d'artefacts de mouvement ne furent pas incluses dans l'analyse (5%). L'activité EMG tonique de base (au repos) a été soustraite de l'activité EMG de l'activité EMG des réponses protectrices.

Analyse de données

Des analyses de variance (ANOVAs) ont été utilisées pour tester les différences entre l'activité EMG au repos des MPPs profonds et superficiels, l'activité EMG des MPPs profonds et superficiels lors de réactions protectrices, et entre les deux groupes. Pour permettre des comparaisons entre les participantes, les données ont été normalisées en utilisant les valeurs de la CMV. Des ANOVAs ont aussi été utilisées pour calculer les différences entre les couches de MPPs et entre les groupes par rapport au temps d'initiation de leurs réponses protectrices.

Tableau 1 : Information démographique des participantes

Note: VLP = Vestibulodynie locale provoquée; BMI = index de masse corporelle; M = Moyenne; ET = Écart type

Caractéristiques des participantes	Groupe VLP M ± ET	Groupe Asymptomatique M ± ET	t-tests valeurs p
Âge (années)	22 ± 2	21 ± 1	0.06
BMI (kg/m ²)	22 ± 2	22 ± 2	0.84
Âge des premières menstruations (années)	12 ± 2	13 ± 1	0.21
Durée de la VLP (années)	4 ± 2	-	-

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

suite

Réactions protectrices des muscles...

Résultats

Caractéristiques des participants (Figure 1)

Des tests t ne révélèrent aucune différence entre les profils démographiques des deux groupes. De plus, il n'y avait pas de différence entre les groupes au niveau de la période de leur cycle menstruel où le protocole de recherche fut réalisé (VLP = 15 ± 7 jours, Asymptomatique = 20 ± 8 jours; valeur T = -1.39, $p=0.18$), excluant ainsi un biais possible causé par des variations hormonales au niveau de la perception des sensations douloureuses chez les participantes.

Comparaison de l'activité EMG non-normalisée (Figure 2)

Les femmes souffrant de VLP avaient une activité EMG au repos significativement plus élevée au niveau de leurs MPPs superficiels ($F=4.68$, $p=0.04$) comparativement à l'activité EMG au repos observée chez les femmes du groupe asymptotique. Aucune différence entre les groupes n'a été observée au niveau de l'activité EMG au repos des MPPs profonds ($F=1.87$,

$p=0.18$). Pour ce qui est de l'activité EMG des réactions protectrices, une différence significative entre les deux groupes indiquait une activité EMG plus élevée chez le groupe de femmes souffrant de VLP seulement au niveau des MPPs superficiels ($F=14.30$, $p<0.0005$), et non des MPPs profonds ($F=0.01$, $p=0.75$).

Comparaison de l'activité EMG normalisée (Figure 3)

Les participantes du groupe VLP ont aussi démontré une activité EMG significativement plus élevée au niveau de leurs MPPs superficiels comparativement à leurs MPPs profonds ($F=50.70$, $p=0.0001$). De façon similaire, l'activité EMG des réactions

Figure 1 : Valeurs EMG normalisées des réactions protectrices des MPPs

PVD = vestibulodynie locale provoquée

*Représente une différence significative entre les groupes à $p \leq 0.05$

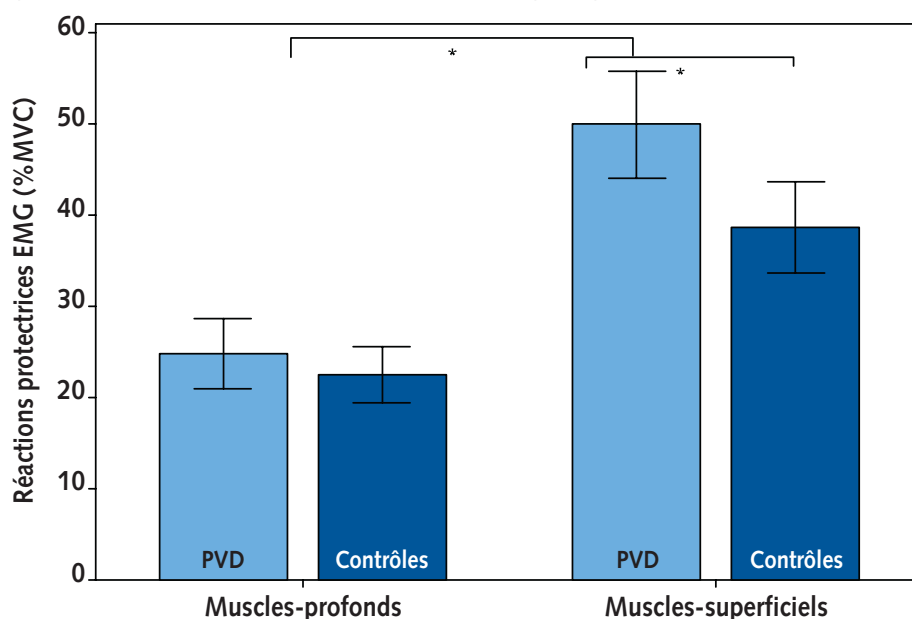


Tableau 2 : Valeurs EMG non-normalisées des MPPs

Note:

VLP = Vestibulodynie locale provoquée; M = Moyenne; ET = Écart type. *Représente une différence significative entre les groupes à $p \leq 0.05$

Valeurs EMG (Non-normalisées)	Groupe VLP M \pm ET (μ V)	Groupe Asymptomatique M \pm ET (μ V)	ANOVA Valeurs p
Muscles profonds: Au repos	6.56 \pm 2.63	5.58 \pm 2.10	F= 1.87, $p=0.18$
Muscles superficiels: Au repos	3.06 \pm 1.89*	2.35 \pm 0.86	F= 4.68, $p=0.04$
Muscles profonds: Réactions protectrices	7.08 \pm 3.16	7.25 \pm 3.12	F= 0.01, $p=0.75$
Muscles superficiels: Réactions protectrices	7.63 \pm 3.69*	5.20 \pm 3.73	F= 14.30, $p<0.0005$

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

suite

Réactions protectrices des muscles...

protectrices du groupe asymptomatique était significativement plus grande au niveau des MPPs superficiels que profonds ($F=30.18$, $p=0.0001$). Les comparaisons entre groupes ont révélé que le groupe VLP avait des réactions protectrices des MPPs superficiels plus élevées que le groupe asymptomatique ($F=8.55$, $p=0.004$), ce qui n'était pas le cas des muscles profonds où aucune différence entre les groupes n'a été observée ($F=0.92$, $p=0.34$).

Comparaison du stimulus douloureux (SD) entre les deux groupes

La moyenne de l'intensité du SD appliqué au vestibule vulvaire nécessaire pour causer un niveau modéré de douleur (6 sur 10) était significativement plus élevée dans le groupe asymptomatique (577 ± 184 g) comparativement au groupe VLP (376 ± 278 g; $F=11.93$, $p=0.001X$). En analysant les adjectifs utilisés par les participantes (brûlure, pincement, cou de couteau, etc.), il est possible d'affirmer que le SD reproduisait adéquatement la douleur vulvaire ressentie pendant les rapports sexuels.

Comparaison du temps d'initiation entre les deux groupes et les deux couches de MPPs

Aucune différence n'a été constatée au niveau des temps d'initiation des réactions protectrices au SD entre les plans de MPPs et les groupes. Les analyses n'ont révélé aucune interaction entre les groupes et les plans de muscles ($F=2.07$, $p=0.153$). Au sein des deux groupes, les réactions pro-

tectrices des MPPs superficiels et profonds étaient initiées après (0.5 ± 0.4 secondes), et non avant, l'application du SD.

Discussion et retombées cliniques

Ces résultats préliminaires suggèrent que les MPPs superficiels et profonds peuvent être impliqués dans des réactions de protection autant chez les femmes souffrant de VLP que chez celles qui n'en souffrent pas. Il semble toutefois que les MPPs superficiels seraient hyper réactifs à un SD et seraient hyperactifs au repos lorsque comparés aux MPPs profonds. Ces résultats suggèrent qu'une dysfonction spécifique des MPPs superficiels serait impliquée dans la pathophysiologie de la VLP. Il est possible que la polémique existant autour de la présence ou non d'une hyperactivité au repos des MPPs chez cette population soit simplement due au fait qu'aucune recherche n'a jusqu'à maintenant pris soin de différencier ces deux couches musculaires. Le petit nombre de participantes à cette recherche pourrait aussi avoir limité notre pouvoir statistique à voir une différence au niveau des MPPs profonds entre les deux groupes. Il est très possible que les MPPs profonds jouent un rôle dans ce type de vulvodynie, toutefois nous suggérons que ce rôle serait moindre comparativement à celui des MPPs superficiels.

Selon nos résultats de recherche comparant le statut des femmes souffrant de VLP avant et après 8 séances de traitement en rééducation pelvi-périnéale (Goldfinger et al, 2009), il est probable que l'efficacité démontrée de ce traitement serait en partie

attribuable à une diminution de l'hyper réactivité des MPPs superficiels (Gentilcore-Saulnier et al, 2009).

Nos résultats sont cohérents avec Reissing et al (2005) qui suggère que les MPPs superficiels sont hyper réactifs comparativement aux MPPs profonds chez les femmes souffrant de VLP.

Les résultats suggèrent également que, chez les femmes avec et sans VLP, les MPPs réagissent au stimulus douloureux, plutôt qu'à son anticipation; un comportement qu'il serait intéressant de comparer à une population de femmes souffrant de vaginisme par exemple. Cette étude ne nous permet pas de déterminer si la dysfonction des MPPs superficiels est un précurseur au développement de la VLP et donc, des études longitudinales sont nécessaires pour mieux comprendre l'impact de la dysfonction des MPPs sur la VLP.

Remerciements

Les auteurs voudraient remercier les associations suivantes pour leur support financier: l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, la Fondation Canadienne de Physiothérapie, *National Vulvodynia Association* (fond de recherche aux Drs Linda McLean et Caroline Pukall), CIHR (fond de recherche à Dr Caroline Pukall) et l'Université Queen's.

Les auteurs remercient les membres du *Sexual Health Research Lab* de l'Université Queen's pour leur participation dans le recrutement et la collecte de données, ainsi que toutes les participantes.

Chronique des RÉCIPÉNDIAIRES

suite

Réactions protectrices des muscles...

Références

- Bergeron S et al. (2001). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain*, 91(3):297-306.
- Engman M et al. (2004). Surface electromyography diagnostics in women with partial vaginismus with or without vulvar vestibulitis and in asymptomatic women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 25(3-4):281-94.
- Farage MA, & Galask RP. (2005). Vulvar vestibulitis syndrome: A review. *European Journal of Obstetrics*, 123(1):9-16.
- Gentilcore-Saulnier E, McLean L, Goldfinger C, Pukall C & Chamberlain S. (2009). Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. *Journal of Sexual Medicine*, in press.
- Goldfinger C, Pukall C, Gentilcore-Saulnier E, McLean L & Chamberlain S. (2009). Aprospective study of pelvic-floor physiotherapy: Pain and psychosexual outcomes in provoked vestibulodynia. *Journal of Sexual Medicine*, 6:1955-1968.
- Jantos M. (2008). Vulvodynia: A psychophysiological profile based on electromyographic assessment. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 33(1):29-38.
- Pukall CF, Young RA, Roberts MJ, Sutton KS, & Smith KB. (2007). The vulvalgesiometer as a device to measure genital pressure-pain threshold. *Physiological Measurement*, 28, 1543-50.
- Reissing ED et al. (2005). Pelvic floor muscle functioning in women with vulvar vestibulitis syndrome. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 26(2), 107-13.
- Rosenbaum TY. (2005). Physical therapy treatment of sexual pain disorders. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(4), 329-40.
- Weijmar SW et al. (2005). Women's Sexual Pain and Its Management. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 301-16.
- White G et al. (1997). Establishing the diagnosis of vulvar vestibulitis. *Journal of Reproductive Medicine*, 42(3), 157-60.

Réactions protectrices des muscles
du plancher pelvien chez les femmes souffrant
de vestibulodynie LOCALE provoquée



Chronique des RÉCIPIENDAIRES

Qualité de vie des personnes amputées d'un membre inférieur durant et 3 mois après la réadaptation fonctionnelle intensive

par Diana Zidarov, *pht*, M. Sc.^{1, 2}

Bonnie Swaine, *pht*, Ph. D.^{1, 2, 3}

Christiane Gauthier-Gagnon,
pht, M. Sc.¹

1 École de réadaptation, Université de Montréal, Montréal, Québec;

2 Institut de réadaptation de Montréal, Montréal, Québec;

3 Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain, Montréal, Québec.

Support financier: Ce projet a reçu une subvention de la Fondation de l'Institut de réadaptation de Montréal. Des bourses d'étude ont été octroyées à D. Zidarov par le Fonds de la recherche en santé du Québec, l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec et la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal.

L'amputation d'un membre inférieur est une procédure chirurgicale définitive qui a des conséquences importantes tant aux niveaux physique, psychologique et social que sur la qualité de vie (QV) de la personne amputée^{1, 2}. Les buts ultimes des programmes de réadaptation sont d'optimiser la mobilité et la fonction de la personne amputée d'un membre inférieur (PAMI) afin qu'elle puisse réintégrer son milieu de vie et finalement, améliorer sa QV.

La QV liée à la santé est devenue un concept de plus en plus utilisé comme mesure de résultat dans le domaine de la santé et de la réadaptation³⁻⁷. La QV est un concept complexe et il y a absence de consensus quant à une définition unique ou à propos des domaines la constituant^{5, 8, 9}. Cependant, il y a 2 aspects qui sont inclus dans presque toutes les définitions soit, la multidimensionnalité et la subjectivité de la QV.

L'aspect multidimensionnel est abordé en termes d'état de santé, de fonctions physique, psychologique et sociale, de douleur, de relations, de bien-être, etc.^{4, 5, 9, 10}. Le volet subjectif reflète la perception de la personne quant à sa QV selon ses expériences de vie, ses valeurs, ses attentes, son niveau d'éducation et l'environnement dans lequel elle vit^{6, 11, 12}. Pour évaluer la QV, des outils de mesure spécifiques à une population donnée ont été développés. L'avantage de ces outils, dits spécifiques, est qu'ils contiennent des items portant sur les préoccupations et les incapacités pertinentes à la population étudiée et qu'ils s'approchent des interventions des cliniciens¹³. Donc, ces outils donnent une image beaucoup plus précise des personnes ayant une condition spécifique¹⁴. Cependant, un désavantage de ces outils spécifiques est qu'ils ne permettent pas de comparer

entre elles des populations ayant différentes déficiences ou de comparer les personnes ayant des incapacités avec des personnes en santé^{7, 13}.

Les études de mesure de résultats ayant utilisé des outils de QV spécifiques sont peu nombreuses et relativement récentes¹⁴⁻¹⁷. Parmi celles-ci, 2 outils spécifiques à la PAMI furent utilisés: le Questionnaire d'évaluation de la prothèse (QEP)¹⁵ et le *Trinity Amputation and Prosthesis Experiences Scales* (TAPES)¹⁶. Harness and Pinzur¹⁴, avec un échantillon de PAMI dysvasculaire, ont démontré que les domaines fonctionnels et de mobilité étaient cotés plus bas que les domaines psychosociaux ou ceux ayant trait à l'apparence ou la satisfaction avec la prothèse. Gallagher et collaborateurs^{16, 17} obtiennent des résultats similaires avec des échantillons de personnes amputées suite à un trauma. En effet, les domaines ayant le score le plus bas sont ceux portant sur les activités physiques et fonctionnelles, suivies par les aspects psychosociaux et la satisfaction avec la prothèse. Bien que ces études aient contribué à notre compréhension de la QV des PAMI, elles ont toutes utilisé un devis transversal et ont été effectuées plusieurs mois ou années après l'amputation.

Chronique des RÉCIPENDAIRES

suite

Qualité de vie des personnes amputées...

Les interventions en réadaptation utilisent une approche holistique de la personne et recherchent l'amélioration de la QV des patients. La QV est une mesure de résultat particulièrement pertinente de la performance des soins de santé, car elle intègre de multiples domaines qui sont abordés au cours du processus de réadaptation. De plus, elle reflète la perception du patient par rapport à ses réalisations au cours de ce processus⁷. Afin de vérifier si les interventions offertes en réadaptation ont effectivement modifié la perception de la QV de la personne, celle-ci doit être évaluée au congé. À ce jour, selon notre connaissance, il n'y a pas eu d'études décrivant la perception de la QV des PAMI et son changement éventuel durant et après une réadaptation fonctionnelle intensive (RFI). L'objectif de cette étude était donc d'évaluer et de comparer la QV des PAMI à leur congé et 3 mois après leur congé de la RFI.

Méthodologie

Population de l'étude

Cette étude longitudinale exploratoire a été menée avec des PAMI qui ont été admises à l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal entre septembre 2005 et décembre 2006. Tous les patients ont suivi un programme de réadaptation individualisé offert par une équipe multidisciplinaire.

Les critères d'inclusion étaient: 1) d'avoir 18 ans et plus et d'avoir subi une amputation unilatérale au niveau trans-tibial (TT) ou trans-fémoral (TF) d'étiologies diverses, 2) d'avoir une compréhension

suffisante du français ou de l'anglais et d'avoir les capacités cognitives suffisantes pour répondre au questionnaire et, 3) d'être admis pour une première RFI avec entraînement prothétique.

Le protocole de recherche a été approuvé par le comité scientifique et le comité d'éthique du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR). Les participants ont tous signé un formulaire de consentement préalablement à leur participation au projet.

Procédure

Les données ont été recueillies à 2 temps d'évaluation: au moment du congé et 3 mois après le congé de la RFI. Toutes les données ont été recueillies avec un questionnaire soit autoadministré, soit administré par entrevue, dépendamment de la capacité de la personne à y répondre (ex: difficultés visuelles ou de compréhension de certaines questions). Les entrevues ont été conduites par le même évaluateur. Le dossier médical du patient a été utilisé pour y extraire les données suivantes: l'âge, le niveau et la date d'amputation, la durée de l'entraînement prothétique, la durée de séjour, les conditions associées et l'occupation au moment de l'amputation.

Outil de mesure: Questionnaire d'évaluation de la prothèse (QEP)

Le QEP¹⁵ est un outil spécifique aux PAMI qui évalue la qualité de vie reliée à la prothèse. Il permet à la personne amputée d'autoévaluer: les qualités de sa prothèse

ainsi que ses capacités et les impacts psychologiques et sociaux lors de l'utilisation de sa prothèse. L'outil comprend 82 items regroupés sous 9 sous-échelles validées: mobilité, apparence de la prothèse, frustration avec la prothèse, perception des autres en lien avec la prothèse, état du membre résiduel, charge sociale, bruits faits par la prothèse, utilité et bien-être. De plus, l'outil comprend des questions individuelles, non comprises dans les sous-échelles et portant sur la douleur, la satisfaction, les transferts, l'entretien de la prothèse, l'autoefficacité et l'importance accordée à différents aspects en lien avec la prothèse. Concernant la validité, les sous-échelles du QEP sont significativement corrélées ($r = 0.49 - 0.61$) aux sous-échelles du SF-36, du *Sickness Impact Profile* et du *Profile of Mood States*¹⁵. Au niveau de la fidélité, la consistance du QEP varie de bonne à excellente (α de Cronbach = $0.73 - 0.89$ pour les 9 sous-échelles) et les résultats au test-retest, de modéré à excellent ($ICC = 0.56 - 0.90$ pour les 9 sous-échelles)¹⁵.

Dans notre étude, seules les 4 sous-échelles évaluant le bruit, l'utilité, l'apparence et le bien-être ont été utilisées. De plus, des questions individuelles portant sur la satisfaction avec la prothèse ($n = 1$) ainsi que des questions d'autoefficacité ($n = 3$) ont été retenues pour un total de 21 items. Les patients indiquaient leur réponse sur une échelle visuelle analogue de 10 cm avec les 2 extrémités de l'échelle indiquant les extrêmes des réponses possibles (ex: jamais et tout le temps). Un score pour chaque sous-échelle a été déterminé en calculant la moyenne

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

suite

Qualité de vie des personnes amputées...

arithmétique de toutes les questions qui étaient applicables à chaque participant dans la sous-échelle particulière.

Analyse des données

Pour chacun des 2 temps d'évaluation, des statistiques descriptives (moyennes, écart-types et étendues) ont été calculées pour les données continues. Des tests de *t* pour échantillons appariés ont été utilisés pour tester les différences entre les moyennes au congé et à 3 mois post congé du QEP. Le niveau de signification a été fixé à 0.05 pour toutes les analyses. Toutes les analyses ont été réalisées avec SPSS, version 14.0 pour Windows.

Résultats

Variables socio-démographiques et cliniques

Sur les 114 PAMI admises au programme au cours de la période d'étude, seulement 29 (26 %) répondaient aux critères d'admissibilité. Sur les 85 personnes restantes, 30 % étaient des réadmissions, 34 % avaient une amputation bilatérale, 11 % ne comprenaient pas suffisamment le français ou l'anglais, 16 % présentaient d'importants problèmes cognitifs ou psychiatriques et 9 % n'étaient pas considérées par l'équipe traitante comme des candidats à l'appareillage avec prothèse. Sur les 29 sujets éligibles, 6 (21 %) ont refusé de participer, 1 est décédé lors du suivi et 3 ont eu un congé non planifié empêchant la passation du questionnaire. Des données pour les 2 temps d'évaluation ont été obtenues pour 19 participants. Le tableau 1 résume leurs caractéristiques

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de l'échantillon

Variable	n	Fréquence (%)
Cause d'amputation		
Vasculaire	12	63.2
Traumatique	3	15.8
Tumeur	2	10.5
Infection	2	10.5
Niveau d'amputation		
Trans-tibial	16	84.2
Trans-fémoral	3	15.8
Genre		
Homme	14	73.7
Femme	5	21.7
Statut marital		
Marié/conjoint de fait	9	47.4
Célibataire	5	26.3
Divorcé/veuf	5	26.3
Occupation au moment de l'amputation		
Employé	12	63.2
Retraité	7	36.8
Variable	Moyenne ± SD	Étendue
Délai depuis l'amputation (jours)	73.3 ± 87.7	7 - 384
Durée de séjour en réadaptation (jours)	84.3 ± 23.3	59 - 146
Durée de l'entraînement prothétique (jours)	49.2 ± 19.2	29 - 105
Âge (années)	53.4 ± 14.6	26 - 78

sociodémographiques et cliniques. La cause principale de l'amputation était la maladie vasculaire périphérique (MVP) (63 %) associée ou non au diabète. Les participants avaient plusieurs conditions associées : 52,6 % avaient une haute tension artérielle, 42,1 % avaient des problèmes visuels, 21,1 % avaient des problèmes d'audition and 26,3 % avaient de l'insuffisance rénale chronique. Le délai moyen entre l'amputation et l'admission à la réadaptation ne différait pas de façon significative ($P > 0,05$) selon le niveau ou la cause d'amputation, la durée moyenne de séjour et la durée moyenne de l'entraînement prothétique.

QEP

En général, la perception globale des patients a été très favorable tant au congé qu'au suivi puisque il n'y a eu aucune différence significative entre les scores obtenus au congé et au suivi ($P > 0,05$) pour les 4 sous-échelles choisies du QEP (tableau 2). La moyenne des scores de satisfaction avec la prothèse était également élevée, indiquant une grande satisfaction avec la prothèse au moment du congé et au suivi (7.4 et 7.0 respectivement), sans différence significative entre ces scores.

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

suite

Qualité de vie des personnes amputées...

Tableau 2 : Scores moyens des sous-échelles du QEP, de la satisfaction avec la prothèse et de l'auto-efficacité avec prothèse évaluées au congé et 3 mois post congé

	Score possible	Moyenne au congé \pm SD*	Étendue au congé	Moyenne au suivi \pm SD*	Étendue au suivi	Valeur de <i>P</i>
Sous-échelles du QEP						
Bien-être	0 – 10	8.0 \pm 1.3	5.6 – 10.0	7.9 \pm 1.5	3.5 – 10	0.739
Apparence	0 – 10	6.8 \pm 1.6	3.6 – 8.8	7.5 \pm 1.8	2.1 – 10.0	0.235
Utilité de la prothèse	0 – 10	7.5 \pm 1.3	4.4 – 9.6	7.5 \pm 1.5	3.4 – 9.5	0.825
Bruits faits par la prothèse	0 – 10	8.7 \pm 1.7	3.6 – 10.0	7.9 \pm 2.4	1.6 – 10.0	0.111
Satisfaction avec la prothèse	0 – 10	7.4 \pm 1.5	4.9 – 10.0	7.0 \pm 1.7	3.1 – 9.1	0.498
Questions d'auto-efficacité						
Ajustement de la prothèse	0 – 10	5.5 \pm 1.5	1.8 – 7.7	5.6 \pm 2.3	2.0 – 10.0	0.776
Confort avec la prothèse	0 – 10	5.5 \pm 2.3	0 – 5.9	5.2 \pm 2.7	0 – 10.0	0.416
Activités quotidiennes avec la prothèse	0 – 10	6.9 \pm 1.7	4.4 – 10	4.6 \pm 2.7	0 – 9.4	0.003

*SD: déviation standard

Les patients ont indiqué que, même si l'ajustement et le confort de leur prothèse étaient inadéquats au congé, ils ont effectué en moyenne 55 % de leurs activités quotidiennes prévues. Les résultats étaient similaires lors du suivi 3 mois et il n'y avait pas de différence significative entre les scores obtenus au moment du congé et lors du suivi. En ce qui concerne le pourcentage d'activités effectuées sans prothèse, en moyenne, les patients ont effectué significativement moins d'activités sans leur prothèse au suivi que lors du congé ($t(17) = 3,43, P = 0,003$).

Discussion

Les résultats de cette étude sont très innovateurs, car pour la première fois, une étude décrit la QV des PAMI au congé de la RFI et évalue l'évolution éventuelle de cette dernière, 3 mois plus tard. Les résultats obtenus avec le QEP démontrent des scores élevés autant au congé de la réadaptation que lors du suivi, concernant la

satisfaction des PAMI avec leur prothèse et la perception qu'ils ont de son apparence, de son utilité et du bruit qu'elle fait. Ces résultats peuvent indiquer que la qualité de la prothèse définitive livrée au congé était adéquate et que le moment choisi, donc le congé de la réadaptation pour finir et livrer cette prothèse, était bien ciblé et en lien avec des problématiques du moignon (ex : maturation, guérison des plaies, etc.)

Les résultats obtenus aux sous-échelles sélectionnées sont similaires à ceux obtenus par Legro¹⁵ et Harness¹⁴ dans leurs études transversales. Cependant, contrairement à nos résultats (8.0/10 au congé et 7.9/10 au suivi), ces auteurs rapportent des scores de bien-être global inférieurs (7.2/10 et 6.7/10 respectivement) avec des participants évalués plusieurs années post réadaptation.

Ces différences peuvent être dues au fait que la qualité de vie est, par définition,

un concept dynamique⁷. En effet, la perception de la QV change selon la perception qu'en a la personne, perception différente d'une personne à une autre et même différente pour la même personne à différents moments dans sa vie en fonction de son vécu, de ses expériences, de ses attentes, ou de son adaptation à une modification de son état de santé par exemple¹⁸. Ces propriétés subjectives et en même temps dynamiques de la qualité de vie posent un défi quant à son évaluation dans les études longitudinales, car elles permettent l'introduction d'un phénomène psychologique désigné dans les écrits sous le terme de *response shift*¹⁸. En effet, plusieurs auteurs ont déjà documenté des perceptions de la qualité de vie qui demeurent stables dans le temps chez des patients atteints de maladies graves, potentiellement mortelles (ex. : cancer) ou avec des incapacités sévères et chroniques (ex. : lésion médullaire cervicale)^{19, 20}. Une explication possible de tous ces résultats contre intuitifs est ce

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

suite

Qualité de vie des personnes amputées...

response shift qui serait amorcé dès qu'il y a un changement de l'état de santé de la personne. La personne s'engagerait donc dans un processus psychologique d'évaluation, de réajustement et d'adaptation à sa nouvelle situation résultant en un maintien ou en une amélioration de sa qualité de vie^{21, 22}. Pris globalement, autant nos résultats que ceux des autres études, montrent que le bien-être perçu des PAMI est relativement élevé lors de différents moments d'évaluation dans le temps. Ceci peut indiquer que ce phénomène psychologique de *response shift* ait pu être initié au moment de l'amputation, moment auquel la personne a été confrontée à un nouveau changement de vie perçu comme étant majeur pour elle et qui a touché son bien-être psychologique, social et physique. Ce *response shift* a eu comme conséquence une perception de la qualité de vie qui est demeurée acceptable à ses yeux, malgré le vécu de changements importants, donc relativement élevée lorsque mesurée au congé et 3 mois après le congé de la RFI ou à un moment donné dans le temps²¹.

Limites de l'étude et implications cliniques

Une première limite de cette étude est liée au petit échantillon malgré une période de recrutement d'un an et demi. Il se peut donc que peu de différences significatives dans le temps aient été détectées en raison du manque de puissance statistique. De plus, tous les participants étaient des patients d'un seul établissement offrant de la RFI et étaient

candidats pour un appareillage avec prothèse. Conséquemment, la validité externe de cette étude s'en trouve diminuée et donc nos résultats ne peuvent pas être généralisés à la population totale des PAMI qui inclut les PAMI bilatéraux et ceux qui n'ont jamais été appareillés.

Malgré ces limites, il y a des points importants à retenir de cette étude. La spécificité du QEP offre, autant aux intervenants qu'aux gestionnaires de programmes, de l'information clinique utile pour évaluer la qualité de la prothèse définitive livrée au client à son congé. En effet, les données recueillies avec cet outil pourraient servir de niveau seuil pour indiquer le niveau moyen de satisfaction à atteindre par rapport aux différents aspects liés à la prothèse au congé de la réadaptation fonctionnelle. De plus, ce questionnaire a également été accueilli favorablement par les PAMI qui ont participé à la présente étude : ils ont trouvé important une telle évaluation portant spécifiquement sur la perception qu'ils ont de leur prothèse surtout avant leur congé de la réadaptation. Les points négatifs que nous avons relevés étaient liés au mode d'administration. En effet, les clients plus âgés avaient de la difficulté à s'autoadministrer le questionnaire principalement à cause de l'échelle de mesure. Ils avaient de la difficulté à saisir l'éventail de possibilités sur l'échelle visuelle analogue de 10 cm. C'est un aspect que les cliniciens devront prendre en considération s'ils veulent utiliser cet outil ou un autre utilisant le même type d'échelle dans leur pratique courante.

Conclusion

Les résultats de cette étude exploratoire démontrent que les PAMI ont une qualité de vie élevée reliée à la prothèse. En effet, ils ont une satisfaction élevée de leur prothèse en général ainsi qu'une perception satisfaisante de l'apparence et de l'utilité de celle-ci. Les résultats de cette étude font ressortir l'importance de la prothèse dans la qualité de vie perçue par la PAMI.

Références

1. Geertzen JHB, Martina JD, Rietman HS. Lower limb amputation Part 2 : Rehabilitation - A 10 year literature review. *Prosthet Orth Int* 2001;25:14-20.
2. Bilodeau S, Hebert R, Desrosiers J. Lower limb prosthesis utilisation by elderly amputees. *Prosthet Orth Int* 2000;24:126-32.
3. Wilson IB, Cleary PD. Linking Clinical Variables with Health-Related Quality of Life. *JAMA* 1995;273:59-65.
4. Renwick R, Nourhaghghi N, Manns PJ, Rudman DL. Quality of life for people with physical disabilities: a new instrument. *Int J Rehabil Res* 2003;26:279-87.
5. Macduff CC. Respondent-generated quality of life measures: useful tools for nursing or more fool's gold? *J Adv Nurs* 2000;32:375-82.
6. Jette AM. Using health-related quality of life measures in physical therapy outcomes research. *Phys Ther* 1993;73:528-37.
7. Andresen EM, Meyers AR. Health-related quality of life outcomes measures. *Arch Phys Med Rehabil* 2000;81(Suppl 2):S30-45.
8. Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: From where have we come and where are we going? *J Clin Epidemiol* 1999;52:355-63.

Chronique des RÉCIPiENDAIRES

suite

Qualité de vie des personnes amputées...

9. Cella D, Nowinski CJ. Measuring quality of life in chronic illness: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy measurement system. *Arch Phys Med Rehabil* 2002;83(Suppl 2):S10-7.
10. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. 1: Applications and issues in assessment. *BMJ* 1992;305:1074-7.
11. Dazard A, Boissel JP. Subjective Quality of Life Assessment in Therapeutic Trials: Presentation of a New Instrument in France. In: Orley J, Kuyken W, editors. *Measurement of quality of life in health care settings*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 1994. p 185-95.
12. Béthoux F, Calmels P, editors. *Guide des outils de mesure et d'évaluation en médecine physique et de réadaptation*. Paris: Frison-Laroche; 2003.
13. Finch E, Brooks D, Stratford PW, Mayo NE, *Physical Rehabilitation Outcome Measures*. 2nd ed. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins; 2002.
14. Harness N, Pinzur MS. Health related quality of life in patients with dysvascular transtibial amputation. *Clin Orthop Relat Res* 2001;383:204-7.
15. Legro MW, Reiber GD, Smith DG, Del Aguila M, Larsen J, Boone D. Prosthesis evaluation questionnaire for persons with lower limb amputations: Assessing prosthesis-related quality of life. *Arch Phys Med Rehabil* 1998;79:931-8.
16. Gallagher P, MacLachlan M. Development and psychometric evaluation of the Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales (TAPES). *Rehabil Psychol* 2000;45:130-54.
17. Gallagher P, Horgan O, Franchignoni F, Giordano A, MacLachlan M. Body image in people with lower-limb amputation: a Rasch analysis of the Amputee Body Image Scale. *Am J Phys Med Rehabil* 2007;86:205-15.
18. Ahmed S, Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Hanley JA, Cohen R. Using the patient generated index to evaluate response shift post-stroke. *Qual Life Res* 2005:2247-57.
19. Tierney DK, Facione N, Padilla G, Dodd M. Response Shift - A Theoretical Exploration of Quality of Life Following Hematopoietic Cell Transplantation. *Cancer Nurs* 2007;30:125-38.
20. Schwartz CE, Andresen EM, Nosek MA, Krahn GL. Response Shift Theory: Important Implications for Measuring Quality of Life in People With Disability. *Arch Phys Med Rehabil* 2007;88:529-36.
21. Wilson IB. Clinical understanding and clinical implications of response shift. *Soc Sci Med* 1999;48:1577-88.
22. Sprangers MAG, Schwartz CE. Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Soc Sci Med* 1999:1507-15.



Les INFOS

En bref

Sincères félicitations à D^{re} Carol L. Richards, récipiendaire de l'Ordre du Canada

Carol L. Richards, membre de l'ACP, est parmi les 57 nouveaux récipiendaires de l'Ordre du Canada, dont les noms ont été dévoilés par la gouverneure générale du Canada, Michaëlle Jean, le 31 décembre 2009. L'**Ordre du Canada** est la plus haute distinction civile remise au Canada. Elle est réservée à ceux et à celles qui sont considérés comme un exemple de la devise latine *Desiderantes meliorem patriam*, qui signifie « Désireux d'une patrie meilleure ». Créé en 1967, l'Ordre reconnaît les Canadiens qui ont contribué tout au long de leur vie à améliorer de façon majeure le Canada. Cette distinction vient souligner les réalisations de toute une vie, l'engagement dans la communauté et le service rendu à la nation. Madame Carol L. Richards obtient le statut d'officière de l'Ordre en raison de sa contribution à la physiothérapie.

D^{re} Carol L. Richards est Professeure titulaire au Département de réadaptation de la Faculté de médecine à l'Université Laval. Elle est directrice du Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRISS) sis à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPO). Directrice-fondatrice (1994-2003) du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR), elle est maintenant membre du Comité directeur du Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires. Elle a été Titulaire de la Chaire de recherche en réadaptation du

Canada de 2002-2008 et est toujours Titulaire de la Chaire de recherche en paralysie cérébrale de l'Université Laval (depuis juin 2003). Ses activités de recherche fondamentale et clinique portent sur la récupération locomotrice et l'intégration sociale des personnes souffrant de troubles neurologiques. Elle a contribué à la publication de plus de 145 articles scientifiques et chapitres de livres et plus de 230 abrégés. En 1997 elle a reçu le *Prix de mérite du Conseil interprofessionnel du Québec* et en 2000 le Prix « *Femme de mérite* », catégorie Science, technologie et santé du YWCA de Québec. Elle a reçu un *Green Visiting Professorship* de l'Université de la C.-B. (2002), le *Prix Enid Graham Memorial Lectureship* de l'Association canadienne de physiothérapie (2004) et le *Prix Jonas Salk du Ontario March of Dimes* (2005). Elle a présidé le Conseil consultatif de l'Institut canadien de l'appareil locomoteur et de l'arthrite (2001-2002), puis a été nommée membre du Conseil d'administration des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) (2002-2008). Elle est membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé depuis 2005 et a assumé le rôle de secrétaire de l'Académie de 2005 à 2007. Physiothérapeute de formation, la D^{re} Richards a reçu son doctorat de l'Université McGill. En 2001 l'Université d'Ottawa lui a discerné un doctorat honorifique.

L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec félicite Madame Richards, pour sa nomination, à titre d'Officière de l'Ordre du Canada, nomination qui souligne les réalisations de toute une vie, l'engagement dans la communauté et le service rendu à la nation.

Sincères félicitations à Madame Carol L. Richards pour les retombées de son engagement au sein de la physiothérapie.

Les grands prix Sirius du CHUQ 2009

Dans le cadre de la remise des grands prix Sirius du Centre hospitalier universitaire de Québec, le 10 novembre 2009, au Théâtre Le Capitole de Québec, quatre « étoiles » ont été décernées à des employés qui ont fait l'objet de témoignages particuliers de la part de la clientèle ou de collègues. Les « étoiles » sont remises à des personnes qui, par leur sourire ou leur générosité de cœur ont illuminé une personne en situation de vulnérabilité comme c'est souvent le cas lorsque l'on se retrouve à l'hôpital ou pour l'inspiration qu'ils ont suscitée chez des stagiaires à titre de mentor. Parmi ces employés, Gaétan Thibault, physiothérapeute, a été récipiendaire d'une « étoile ». Les stagiaires qui ont eu la chance d'avoir Gaétan Thibault comme superviseur de stage avaient un vibrant hommage à lui rendre. En voici un extrait : « Les gens comme toi, Gaétan, sont de beaux exemples à suivre. Tu donnes le goût aux nouvelles recrues de s'impliquer dans la profession et surtout de la faire avancer. Nous avons besoin de modèles qui réveillent en nous la curiosité intellectuelle. »

L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec est fier de souligner cette marque de reconnaissance à l'endroit de Monsieur Gaétan Thibault. Sincères félicitations !

Les **INFOS**

suite

En bref

Événements

Des membres de l'Ordre aux Jeux olympiques de Vancouver

Les Jeux olympiques d'hiver sont présents dans nos foyers par le biais des médias. Nos athlètes québécois et canadiens, vedettes incontestées de cet événement, y participent pour démontrer leur savoir-faire après des années de travail, de dévouement et de passion.

Afin de les assister dans l'accomplissement de leur rêve, plusieurs physiothérapeutes québécois ont joué un rôle majeur dans leur préparation pour ces Jeux. Parmi eux, quatre (4) physiothérapeutes membres de l'OPPQ les accompagnent à Vancouver dans la poursuite de leur rêve olympique et agissent comme membre de l'équipe médicale de la délégation canadienne. Geneviève Poliquin de Boischatel et Marcel Hardy de Québec sont impliqués avec nos skieurs alpins et Brigitte Gauthier, de Gatineau, travaille auprès de l'équipe de ski acrobatique. Raymonde Fortin, de Brossard, déjà à sa quatrième participation olympique, est à Vancouver à titre d'assistante-chef thérapeute pour la délégation du Canada. Elle voit au bon fonctionnement de la clinique médicale installée à Whistler pour la durée des Jeux.

L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec tient à les féliciter pour cette participation aux Jeux olympiques de Vancouver 2010.

Journée de sensibilisation de la Société d'arthrite**Le 24 septembre 2009**

Dans le cadre de la Journée de sensibilisation de la Société d'arthrite, qui s'est tenue à l'Assemblée nationale, en septembre dernier, quatre physiothérapeutes ont participé à une activité de dépistage de problèmes musculosquelettiques. Les physiothérapeutes qui ont participé à cette activité sont: Brenda Rodgers, de la Clinique

de physiothérapie Ste-Foy, Anne Cloutier, de la Clinique de physiothérapie Montcalm, Marie-Ève Toutant, du Groupe de médecine familiale Laurier, ainsi que Johanne Tardif, du CHUQ site CHUL, qui est aussi enseignante au programme de physiothérapie de la faculté de médecine de l'Université Laval. L'Ordre tient à remercier sincèrement ces physiothérapeutes qui, par leur participation, contribuent au rayonnement de la physiothérapie.

▼ *Johanne Tardif et Marie-Ève Toutant*



Brenda Rodgers et Anne Cloutier ►

