

PHYSIO QUÉBEC

n° 01

PRINTEMPS / ÉTÉ 2016
VOLUME 43

ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC

L'OPPPQ

simplifie le processus
d'inspection professionnelle

EXPLICATION

ACTUALITÉS

61 % des membres thérapeutes en réadaptation physique se prononcent en faveur d'un changement de titre

CHRONIQUE DU CLINICIEN

Comment favoriser l'engagement du client dans son processus de réadaptation ?
L'entretien motivationnel en physiothérapie

L'OPPQ RECHERCHE DES COLLABORATEURS POUR SON BLOGUE

Partagez vos connaissances
et faites rayonner
la physiothérapie auprès
du grand public.

LE BLOGUE DE L'OPPQ, C'EST :
+ de 20 articles par an ;
+ de 100 000 visiteurs par an ;
+ de 3 500 partages
sur les réseaux sociaux.

NOUVEAU
PARTICIPEZ ET OBTENEZ
UN CRÉDIT DE 50 \$
VALIDE SUR LES ACTIVITÉS
DE FORMATION DE L'OPPQ.



La revue *Physio-Québec* est destinée aux quelque 7 000 professionnels de la physiothérapie issus des milieux public et privé. Cet outil diffuse de l'information relative, notamment, à la vie professionnelle, à la déontologie, aux dossiers actuels, aux nouvelles et aux événements concernant le milieu de la physiothérapie. De plus, chaque édition comprend des articles de fond portant sur divers sujets cliniques et sur les grands rôles des professionnels de la physiothérapie.

La revue permet également de présenter les réalisations des membres ainsi que les activités de l'Ordre et ses services. Publiée deux fois par année en versions imprimée et électronique, *Physio-Québec* constitue une source d'information essentielle pour tous les physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique du Québec.

La reproduction des textes est autorisée avec mention de la source.

RESPONSABLE
Thierry Vogler
Directeur des communications
tvogler@oppq.qc.ca

COORDINATION
Sandra Chabannel
Agente de communication
schabannel@oppq.qc.ca

CONCEPTION GRAPHIQUE
Ubik. Studio de Création
www.ubik-design.com

RÉVISION ET CORRECTION D'ÉPREUVES
Hélène Morin

DÉPÔT LÉGAL
Bibliothèques nationales
du Québec et du Canada
ISSN 0706-4284 (imprimé)
ISSN 1928-3695 (électronique)

Convention de la Poste-Publications :
N° 40010610



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
www.oppq.qc.ca

Politique publicitaire
La publication d'annonces publicitaires ne signifie aucunement que l'OPPQ se porte garant des produits ou services annoncés.

Visuel couverture : © Sébastien Fournier



Vous avez des idées de sujet à nous soumettre pour nos futurs articles ?
Vous souhaitez partager vos connaissances et participer à l'un de nos articles ?
Communiquez avec nous : communications@oppq.qc.ca



04 **Mot du président**

07 **Actualités**

61 % des membres thérapeutes en réadaptation physique se prononcent en faveur d'un changement de titre

08 **Mot du directeur général**

Le bilan des développements au secrétariat

10 **Bureau du syndic**

Le champ de la physiothérapie : nommons les choses pour ce qu'elles sont !

12 **Services juridiques**

Le dossier du client : un portrait réel de sa condition

14 **Inspection professionnelle**

Nouveau processus de surveillance : plus simple et moins long, mais tout aussi efficace

16 **Développement et soutien professionnels**

Le programme de formation continue de l'Ordre : une politique, une plateforme Web renouvelée et une offre de formation bonifiée

18 **Chronique du clinicien**

Comment favoriser l'engagement du client dans son processus de réadaptation ? L'entretien motivationnel en physiothérapie

Optimiser vos interventions thérapeutiques à l'aide de l'isocinétisme

24 **Chronique des récipiendaires**

Association entre le profil de force musculaire et les capacités aux déplacements chez les personnes atteintes des phénotypes adulte classique et adulte tardif de la dystrophie myotonique de type 1

Altération du contrôle moteur à la suite d'une entorse latérale de la cheville et l'intérêt du *Star Excursion Balance Test* (SEBT) pour sa mesure.

30 **Chronique étudiante**

Une mesure goniométrique fidèle des mouvements de l'avant-bras

32 **À l'honneur Événements**

33 **Communications**

34 **Nouveaux membres**



Le mot du président

Message from the President

Denis Pelletier, physiothérapeute, M. Sc.
Diplômé en physiothérapie sportive

La référence des physiothérapeutes aux médecins spécialistes et l'ordonnance verbale : savoir s'en servir dans l'intérêt fondamental de nos patients

Il a été question, ces derniers mois, de deux sujets forts intéressants pour l'exercice de la physiothérapie au Québec : la référence des physiothérapeutes aux médecins spécialistes et l'ordonnance verbale d'un médecin faite à un physiothérapeute au bénéfice d'un patient.

Prenons quelques instants pour revenir sur les grandes lignes de ces sujets.

Référence des physiothérapeutes aux médecins spécialistes

Les physiothérapeutes peuvent référer à un médecin spécialiste dans les cas relevant de leur champ d'expertise et les médecins spécialistes peuvent recevoir et traiter directement ces cas, au bénéfice des patients et du système de santé. Cette façon de faire favorise une prise en charge efficace et plus rapide pour le patient qui sera évalué directement par le médecin spécialiste le plus approprié pour sa condition médicale sans avoir à se faire réévaluer par un médecin omnipraticien d'abord. À titre d'exemple, on peut penser à un physiothérapeute référant un patient à un orthopédiste.

Cette situation n'est pas unique et des exemples existent déjà dans le système de santé québécois. Par exemple, un optométriste peut référer un patient à un ophtalmologiste, un psychologue à un psychiatre ou encore un audiologiste à un oto-rhino-laryngologiste.

Qu'arrive-t-il si un physiothérapeute désire orienter un patient vers un médecin spécialiste en radiologie pour un test d'imagerie ou pour une intervention thérapeutique ?

Certains radiologistes offrent à leur clientèle divers moyens d'investigation et de traitement (par exemple, des tests d'imagerie ou des infiltrations sous guidage échographique ou radiologique). Ces interventions se font habituellement sur prescription médicale. Or, pour éviter d'imposer des délais plus longs aux patients qui ont besoin de ces interventions,

certains physiothérapeutes souhaitent diriger ces cas directement au radiologiste. Dans ces circonstances, lorsqu'un radiologiste accepte de recevoir directement un patient qui lui a été référé par un physiothérapeute, il doit assumer certaines responsabilités afin de respecter ses obligations déontologiques. Le radiologiste doit, notamment, établir un diagnostic et élaborer un plan de traitement incluant la prescription des analyses, des examens et de la médication requise pour le patient. De plus, il doit assurer le suivi médical requis ou, si le patient a un médecin de famille, convenir avec celui-ci du suivi médical. Ce suivi pourrait également se faire en collaboration avec le physiothérapeute. Étant donné ces divers enjeux, il est important que les canaux de collaboration et de communication entre le médecin de famille, le physiothérapeute et le radiologiste soient établis dès le départ pour que le patient en bénéficie.

Ordonnance verbale

En plus de pouvoir référer directement un patient à un médecin spécialiste, un physiothérapeute peut également servir d'intermédiaire entre un médecin de famille et un médecin spécialiste grâce à une ordonnance verbale du premier.

Reprenons l'exemple du médecin radiologiste. Un médecin de famille qui a déjà évalué le patient pour sa condition clinique et qui travaille en collaboration étroite avec un physiothérapeute pourrait, à la suite d'une demande de ce dernier, lui communiquer une ordonnance verbale pour qu'un examen radiologique soit effectué.

Le physiothérapeute remplira alors une requête pour un examen radiologique selon l'ordonnance verbale reçue du médecin et ce dernier sera identifié sur la demande. En recevant cette ordonnance, le professionnel de la santé responsable d'effectuer l'examen demandé sera alors autorisé à le faire et le radiologiste interprétera l'examen et fera parvenir ses conclusions au médecin de famille et au

physiothérapeute. Le médecin de famille sera alors responsable d'assurer le suivi requis selon les résultats de l'investigation. ■

Pour en apprendre davantage, je vous invite à lire les documents pertinents suivants :

- **La référence du physiothérapeute à un médecin spécialiste, par l'OPPPQ**
<https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/2015/10/La-reference-du-physiotherapeute-a-un-medecin-specialiste.pdf>
- **Orienter n'égale pas prescrire, par le Collège des médecins**
<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/orienter-negale-pas-prescrire.aspx>

Des changements importants à l'inspection professionnelle

Dans le présent numéro du Physio-Québec, le comité d'inspection professionnelle vous présente la nouvelle politique encadrant le processus d'inspection professionnelle. En accord avec la nouvelle philosophie de rédaction simplifiée des dossiers, les outils d'inspection utilisés seront simples et rapides à remplir pour les membres tout en conservant la rigueur du processus d'inspection. De plus, les outils d'inspection utilisés correspondront à la réalité des membres et tiendront compte du fait qu'ils sont cliniciens ou non. Je vous invite à en apprendre davantage en consultant la chronique de l'inspection professionnelle. ■

Le président,

Physiotherapist referral to medical specialists and verbal prescriptions: how to use them in our patients' fundamental interest

The last months have seen discussion of two topics of great interest to Quebec physiotherapists, i.e. physiotherapist referral to medical specialists and physicians' verbal physiotherapy prescriptions.

Let's briefly discuss these two topics.

Physiotherapist referral to medical specialists

Physiotherapists can refer their patients to medical specialists in cases within their field of expertise. Medical specialists, for their part, can accept and directly treat patients referred to them by physiotherapists. This benefits patients and the healthcare system alike while improving case management efficiency by allowing medical specialists to directly assess patients without a general practitioner's referral. A physiotherapist referring a patient to an orthopedist would be just such a situation. This situation is far from unique, and other examples exist in the Quebec healthcare system. Optometrists, psychologists, or audiologists can refer patients respectively to an ophthalmologist, a psychiatrist, or an otorhinolaryngologist, for example.

What happens when a physiotherapist wants to refer a patient to a radiologist for an imaging test or therapy?

Certain radiologists offer patients various means of investigation and treatment, such as imaging tests or ultrasound-guided and radiological infiltrations. Such procedures usually require a medical prescription. To avoid longer wait times for patients who are in need of these procedures, some physiotherapists prefer to refer these patients directly to a

radiologist. A radiologist who accepts patients referred by a physiotherapist must assume certain responsibilities to comply with his ethical obligations. In particular, radiologists must establish a diagnosis and develop a treatment plan that includes prescribing tests, examinations, and drugs. In addition, the radiologist must provide medical followup or, if the patient has a family physician, consult with him or her on the required medical followup. The followup can also be done in collaboration with the physiotherapist. Given the stakes involved, it is important for the sake of the patient that family physicians, physiotherapists, and radiologists establish mutual channels of collaboration and communication from the outset.

Verbal prescription

Besides directly referring a patient to a medical specialist, a physiotherapist who has been given a family physician's verbal prescription can also serve as intermediary between family physician and medical specialist. For example, a family physician who has already assessed the patient's clinical condition and who is working in close collaboration with a physiotherapist could, upon request from the family physician, give a verbal prescription for a radiological examination.

The physiotherapist will then fill out a radiological examination request according to the verbal prescription made by the family physician, who will be identified on the request form. Upon receiving the prescription, a health care professional will be authorized to perform the requested examination, and a radiologist will interpret the results and will

send his or her findings to the family physician and the physiotherapist. The family physician will then be in charge of the proper followup.

For more information, please read the following relevant documents:

- **La référence du physiothérapeute à un médecin spécialiste, par l'OPPPQ**
<https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/2015/10/La-reference-du-physiotherapeute-a-un-medecin-specialiste.pdf>
- **Orienter n'égale pas prescrire, par le Collège des médecins**
<http://www.cmq.org/nouvelle/fr/orienter-negale-pas-prescrire.aspx>

IMPORTANT PROFESSIONAL INSPECTION CHANGES

In the current issue of Physio-Québec, the Professional Inspection committee details its new professional inspection policy. To streamline the process, the professional inspection forms will be quick and easy to fill out, while maintaining the same level of thoroughness as the previous professional inspection forms. Moreover, the professional inspection forms will reflect members' specific situations and take into account whether the member is a clinician or not. You can learn more by reading the professional inspection column. ■

President,



Vous pouvez suivre le président de l'Ordre sur les réseaux sociaux :

- Facebook: www.facebook.com/oppqpresident/
- Twitter: @OPPPRESIDENT
- LinkedIn: sous le nom de Denis Pelletier



L'excellence de nos professions est partout autour de nous : osons la reconnaître

L'Ordre vous invite à soumettre votre candidature ou celle d'un de vos collègues pour l'édition 2016 des prix Excellence physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique de l'OPPQ.

Ces prix soulignent les réalisations en physiothérapie et la participation engagée des membres qui contribuent de façon particulière à l'avancement et au rayonnement de nos professions.



Prix Excellence OPPQ

Pour en savoir plus sur la façon de procéder pour soumettre une candidature (au plus tard le 15 septembre 2016), rendez-vous au www.oppq.qc.ca > Membres > Prix, bourses et subventions > Prix Excellence, ou écrivez-nous à excellence@oppq.qc.ca.

ACTUALITÉS

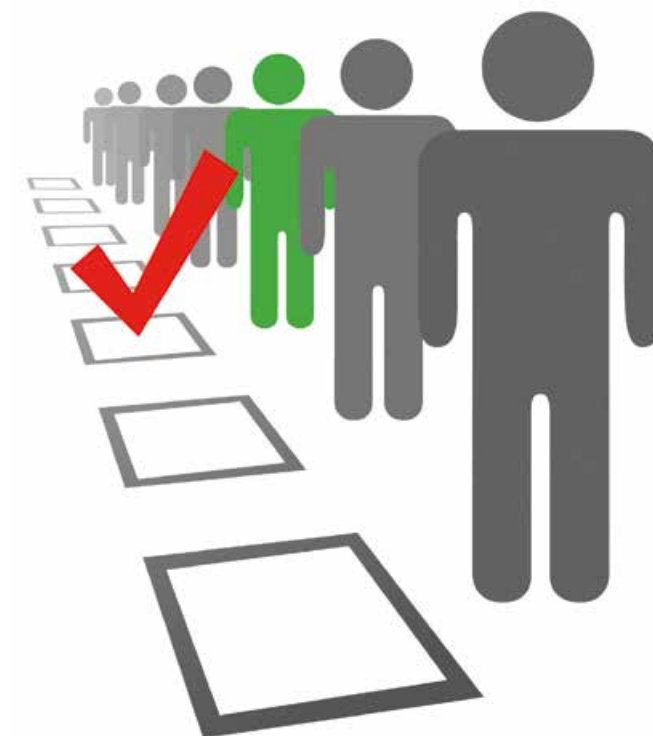
61 % des membres thérapeutes en réadaptation physique se prononcent en faveur d'un changement de titre

Le 28 juin dernier, alors que se tenait le dépouillement du vote sur le changement éventuel du titre professionnel des thérapeutes en réadaptation physique (T.R.P.), ces derniers se sont prononcés majoritairement en faveur d'un changement de titre.

Ainsi, 61 % des membres ayant participé au vote ont exprimé leur accord pour que l'OPPQ amorce des démarches auprès de l'Office des professions (OPQ) dans le but de remplacer officiellement le titre de thérapeute en réadaptation physique par celui de technologue en physiothérapie dans le Code des professions.

Résultats obtenus aux termes du dépouillement des bulletins de vote

Le taux de participation à la consultation qui s'est tenue au cours du mois de juin est de 58,4 %. Au total, 2 382 membres T.R.P. ont reçu leur bulletin de vote par la poste au cours du mois de mai.



La consultation en quelques chiffres

1 393 membres ont participé à la consultation
833 membres ont voté pour le changement
537 membres ont voté contre le changement

Quand le changement de titre entrera-t-il en vigueur ?

Si l'Ordre a formellement obtenu le mandat de la part des membres T.R.P. d'entamer des démarches auprès de l'OPQ, il est important de noter que le processus s'étendra minimalement sur plusieurs mois. En attendant que ce changement soit officialisé, tous les T.R.P. doivent continuer d'exercer sous leur titre actuel (T.R.P.).

Soulignons que les membres seront informés de toute avancée liée à ce dossier au cours des prochains mois.

Pourquoi ce changement maintenant ?

L'OPPQ et les membres ayant voté pour ce changement croient fermement qu'il est temps de faire un geste concret et important pour atteindre l'objectif stratégique d'accroître le rayonnement de la profession.

C'est notamment pourquoi l'Ordre met parallèlement en place une série de mesures qui contribueront au développement de la profession. Parmi celles-ci, mentionnons la création d'une attestation de perfectionnement d'études collégiales (AEC) destinée au T.R.P. et des modifications substantielles au Règlement 94m).

Technologue en physiothérapie — pourquoi ce titre ?

Le nouveau titre a été retenu après une recherche rigoureuse menée par une terminologue agréée. Selon son rapport, cette dénomination constitue le meilleur choix parmi une série d'autres termes analysés, car elle reflète mieux la nature du travail d'un T.R.P., qui dépasse celui d'un technicien. Ce nouveau titre contribuerait à mieux faire reconnaître ces professionnels comme intervenants en physiothérapie par la population et par d'autres professionnels de la santé, tout en préservant leur identité professionnelle.

Pour en savoir plus sur la réflexion du conseil d'administration ayant mené à cette proposition de changement de titre, pour consulter tous les documents d'information disponibles et pour connaître les détails de la consultation menée auprès des membres, rendez-vous en ligne à oppq.qc.ca/mon-compte/proposition-changement-titre-trp/ ■



Le mot du directeur général

Par Claude Laurent, notaire, Adm. A., directeur général et secrétaire de l'OPPQ

Le bilan des développements au secrétariat

L'année 2015-2016 qui vient de se terminer à l'OPPQ a notamment été marquée par l'entrée en vigueur du *Règlement sur l'exercice de la physiothérapie en société*, par le traitement de nombreuses demandes d'attestations de formation pour procéder à des manipulations vertébrales ou articulaires et par la création d'un tout nouveau statut étudiant de l'OPPQ. Voici un aperçu des derniers développements à ces égards.

Exercice en société

Le *Règlement sur l'exercice de la physiothérapie en société* prévoyait que les membres qui exerçaient déjà en société avaient jusqu'au 26 mars 2016 pour produire leur première déclaration au secrétaire de l'Ordre. Au moment d'écrire ces lignes, 445 membres ont produit une déclaration dans les délais, attestant qu'ils exerçaient déjà en société par actions ou qu'ils venaient de s'incorporer¹. Cinq déclarations en société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL) ont été reçues. Pourtant, les membres exerçant actuellement en société en nom collectif (SENC) auraient avantage à passer à la SENCRL².

Notons que le *Code des professions* et notre règlement obligent tous les membres exerçant en société à produire une déclaration annuelle. Cette déclaration annuelle sera grandement simplifiée et sera transmise par voie électronique seulement, comme c'est le cas pour la déclaration initiale.

Délivrance d'attestations de formation

Depuis l'été 2014, l'Ordre a commencé à délivrer des attestations de formation pour l'exercice de manipulations vertébrales ou articulaires. À ce jour, 486 attestations ont été délivrées, principalement à la suite de demandes de dispense de la part de ceux qui avaient déjà une formation adéquate. L'ensemble des demandes est préalablement analysé selon des critères rigoureux.

De plus en plus d'attestations sont maintenant délivrées directement, à la suite de formations offertes par des organismes reconnus par l'Ordre (universités québécoises et Association québécoise de physiothérapie manuelle orthopédique — AQPMO). À ce jour, 151 attestations ont été émises ainsi, sans passer par le processus de dispense.



En parallèle, l'Ordre poursuit aussi la délivrance d'attestations pour l'utilisation des aiguilles sous le derme (UASD)³, désormais appelée « poncture physiothérapique avec aiguilles sèches ». À ce jour, 187 attestations ont été émises.

Nouveau statut étudiant

Depuis septembre 2015, les étudiants en physiothérapie au collégial ou à l'université peuvent s'inscrire à un registre auprès de l'Ordre. Cela leur permet de bénéficier de nombreux avantages professionnels et commerciaux ainsi que de mieux connaître leur univers professionnel et de s'y impliquer. À ce jour, 136 cégépiens et 112 universitaires se sont inscrits à ce registre totalement informatisé, ce qui va bien au-delà de nos prévisions pour une première année. ■

¹ Les salariés de ces sociétés qui ne sont ni actionnaires ni associés n'ont aucune déclaration à produire à l'Ordre.

² *Physio-Québec*, automne-hiver 2014, p. 7

³ *Règlement sur une activité de formation des physiothérapeutes pour l'utilisation des aiguilles sous le derme pour atténuer l'inflammation en complément d'autres moyens*

SAVIEZ-VOUS QU'EN TANT QUE PHYSIOTHÉRAPEUTE, THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE ET ADHÉRENT AU STATUT ÉTUDIANT VOUS AVEZ DROIT À DE NOMBREUX RABAIS ?



Tout membre ou adhérent au statut étudiant de l'OPPQ bénéficie de rabais sur certains produits et services offerts par des entreprises œuvrant dans des secteurs aussi variés que les assurances, les services bancaires, les services de télécommunication, le tourisme et les loisirs.

Pour en savoir plus et pour profiter de plusieurs rabais, rendez-vous au oppq.qc.ca/membres/programme-rabais-privileges

Le champ de la physiothérapie : nommons les choses pour ce qu'elles sont !

Au fil des années, nos professions se sont développées en regard des grandes évolutions scientifiques et sociales. Aujourd'hui, plusieurs professionnels exercent dans des sphères de la santé autrefois méconnues et ont développé des domaines de pratique variés. Parmi eux, citons la pédiatrie (pour le traitement de la plagiocéphalie, par exemple), la rééducation périnéale et pelvienne ou encore la rééducation vestibulaire.

À cet égard, toute intervention en physiothérapie doit être conforme au champ de pratique tel que décrit dans le *Code des professions*¹. À sa lecture, il est possible de constater que le champ descriptif de la physiothérapie demeure très large et couvre de nombreux domaines d'intervention, par exemple, l'orthopédie, la neurologie, la rhumatologie, la cardiologie ou la pneumologie.

Notre champ, l'un des plus stimulants du domaine de la santé, nous permet de développer nos connaissances de manière inimaginable, d'établir une relation professionnelle étroite avec nos clients et de pratiquer une diversité d'interventions dans le but d'optimiser leur rendement fonctionnel optimal.

La diversité des interventions cliniques en physiothérapie

De nouvelles techniques, approches et interventions cliniques se développent sans cesse. Or, plusieurs membres de notre Ordre se demandent si ces dernières relèvent du champ de la physiothérapie et si elles peuvent être utilisées — et nommées — comme telles.

L'important demeure de s'assurer d'être perspicace dans le choix de ces techniques afin de veiller à ce que notre profession s'exerce à l'intérieur des normes généralement reconnues de la science et de la pratique de la physiothérapie².

Cela dit, et dans le respect des obligations déontologiques encadrant l'exercice de la profession, il est tout à fait possible pour les professionnels de la physiothérapie d'utiliser différentes approches de traitement pour lesquelles ils ont la compétence et le droit d'exercice selon leur catégorie de permis.

Par exemple, l'approche McKenzie, la rééducation posturale globale (RPG), l'approche Bobath, la facilitation proprioceptive neuromusculaire (PNF), la puncture physiothérapique (attestation requise), les manipulations périphériques ou vertébrales (attestation requise), l'électrothérapie, les techniques myofasciales sont quelques moyens mis à la disposition de nos membres pour traiter différentes conditions physiques.



Par Louise Gauthier, pht, LL. M.
Syndique



Ce qu'il faut retenir, c'est que ces techniques diverses doivent être appliquées par un professionnel de la physiothérapie, dans le cadre d'un raisonnement clinique en physiothérapie et basé sur une finalité qui respecte le champ de pratique de la physiothérapie, c'est-à-dire le rendement fonctionnel optimal.

Plusieurs membres de notre Ordre, par exemple, s'adonnent à une pratique en physiothérapie avec approche ostéopathique. Dans cette optique, nous pouvons constater que de nombreuses interventions utilisées en physiothérapie, telles que les techniques myofasciales et plusieurs mobilisations, sont aussi des modalités utilisées en ostéopathie. Toutefois, il faut que le professionnel de la physiothérapie réalise ses interventions dans le cadre d'un plan de traitement en physiothérapie.

Dans le dossier, nommons les interventions pour ce qu'elles sont

C'est dans ce contexte que nous devons aussi considérer les notes au dossier du client. Dans l'exercice de la physiothérapie, les membres doivent éviter de décrire les traitements de manière générale et doivent plutôt désigner les interventions réalisées par leur appellation précise. Ainsi, si vous utilisez l'approche McKenzie auprès d'un client, il est recommandé de décrire le geste posé et non uniquement de mentionner de manière générale et générique que cette approche est utilisée.

Il en est de même pour la physiothérapie avec « approche ostéopathique ». Cette terminologie est à bannir de notre vocabulaire en matière de tenue des dossiers. La technique utilisée doit être décrite pour ce qu'elle est. Par exemple, si vous faites une technique myofasciale au niveau de la musculature pelvienne en postérieur, il faudra l'inscrire ainsi. Dans cette approche,

nommer de façon générale vos interventions comme des « techniques ostéopathiques » est ambigu et ne définit pas précisément les gestes posés.

N'oublions pas que le dossier du client doit refléter vos interventions cliniques lors de la prise en charge et du suivi, de manière à ce que tout autre professionnel puisse être en mesure de comprendre ce qui a été fait auprès du client.

Se réapproprier son champ d'exercice

En conclusion, j'invite grandement nos professionnels de la physiothérapie à se réapproprier les techniques, les interventions et les approches thérapeutiques qui sont comprises dans le champ de la physiothérapie et à les nommer par leur nom, c'est-à-dire des techniques, interventions et approches en physiothérapie !

Ainsi, le physiothérapeute et le thérapeute en réadaptation physique pourront contribuer à enrichir l'exercice de leur profession par tout type de formation qui respecte le cadre réglementaire du champ de pratique de la physiothérapie selon leur catégorie de permis. ■

¹ Article 37 n) du *Code des professions*.

² Article 6 du *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique*.

Le dossier du client : un portrait réel de sa condition

Dernièrement, l'Ordre a été interpellé par certains de ses membres et par leurs clients au sujet de la pertinence de trouver dans le dossier d'un client certains éléments ou commentaires le concernant. Cet article vise à sensibiliser les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique à l'importance d'inscrire avec exactitude les renseignements pertinents qui correspondent à l'histoire de soins du client ayant recours à des services de physiothérapie.

Le Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice, les équipements et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec établit aux articles 6 et 7 le contenu du dossier qui doit être constitué par le professionnel de la physiothérapie.

L'information clinique à inscrire dans le dossier du client doit être liée à l'exercice des activités professionnelles en physiothérapie, telles que décrites à l'article 37 n) du Code des professions : « évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardio-respiratoire, déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal ».

Seuls les éléments factuels pertinents à la prise en charge et au suivi du client doivent figurer au dossier. Il est possible pour un professionnel de la physiothérapie de relever des renseignements émis par un autre professionnel habilité à le faire et de les noter à son dossier. Toutefois, le professionnel de la physiothérapie ne peut exprimer un jugement clinique dans un domaine qui ne relève pas de son champ d'exercice. Par exemple, à la suite de son évaluation neuromusculosquelettique, le physiothérapeute ne peut conclure dans le dossier physiothérapique de son client que ce dernier est en dépression ou a un trouble du déficit de l'attention, car cela ne relève pas de son champ d'exercice. Ce type de diagnostic relève plutôt du domaine médical ou psychologique. Le fait d'inscrire ce type d'information dans le dossier du client peut laisser croire que vous exercez une activité réservée à d'autres professionnels et vous pourriez alors être passible d'une poursuite pénale pour exercice illégal¹.

De plus, le dossier ne doit, en aucun cas, contenir des commentaires désobligeants sur un client ni inclure des remarques concernant des problèmes administratifs ou des conflits personnels. Tout physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation



Par Marie-France Salvas
Avocate, secrétaire du conseil de discipline

physique devrait adresser ses remarques, ses critiques ou ses griefs aux autorités compétentes par les voies appropriées.

Le client a des droits concernant les renseignements recueillis sur sa personne par le professionnel de la physiothérapie. Le droit d'accès à son dossier de physiothérapie et le droit à la rectification de l'information en sont des exemples. L'exercice de ces droits est assujéti à certaines règles.

Le droit à la rectification du dossier

Le Code des professions² impose à tout professionnel le devoir de respecter le droit du client à la correction de l'information contenue dans son dossier.

Un client a le droit de demander la rectification de son dossier en physiothérapie s'il est d'avis

qu'un renseignement contenu à son dossier n'est **pas nécessaire**, si l'information inscrite est **équivoque** ou **inexacte** ou si son dossier lui apparaît incomplet. Voici quelques motifs pouvant justifier l'exercice du droit à la rectification par le client :

- la présence de notes équivoques, illisibles ou suggérant une ambiguïté ;
- des notes résultant d'une erreur objective ;
- l'absence d'une information importante ;
- l'inscription d'une information non pertinente aux fins de son dossier en physiothérapie ou qui ne relève pas du domaine de la physiothérapie.

Il est important de rappeler qu'une information incomplète, une absence d'information, une information erronée ou qui outrepassé le domaine de compétence de la physiothérapie peuvent causer un préjudice important au client. Par exemple, sur la base de l'information que l'on

trouve au dossier, un organisme payeur comme la CNESST (anciennement CSST), la SAAQ ou un assureur privé peut refuser de payer ou de rembourser un soin.

Le client, confronté à l'une ou l'autre de ces situations, doit formuler une demande écrite au professionnel de la physiothérapie dans laquelle il donne des renseignements suffisamment précis pour permettre l'identification de l'information à rectifier, à supprimer ou à ajouter³.

Les évaluations et les diagnostics en physiothérapie ne constituent pas des renseignements qui peuvent être rectifiés, sauf dans des circonstances exceptionnelles et après démonstration d'une erreur qui découle de renseignements inexacts, incomplets ou équivoques.

À noter qu'une rectification ne doit jamais être effectuée par la suppression ou la destruction d'une partie du dossier. Ainsi, un élément au dossier ne doit jamais être modifié ou maculé, par exemple par une rature qui masquerait complètement ce qui avait été préalablement noté. Les corrections ou les ajouts au dossier doivent être faciles à distinguer des notes initiales. Le physiothérapeute ou le thérapeute en réadaptation physique doit, lorsqu'il est

d'avis qu'une rectification s'impose, rédiger une note complémentaire et la dater du jour où la correction a été apportée⁴.

Lorsque des renseignements ont été corrigés ou supprimés, le membre doit, à la demande de son client, transmettre une copie rectifiée au client ainsi qu'à toute personne à qui les renseignements avaient été communiqués antérieurement⁵.

Lorsque le membre ne voit aucun motif raisonnable qui justifie la correction ou la suppression d'information demandée par son client, il doit refuser d'y acquiescer. Il doit également en informer par écrit le client en lui fournissant les motifs de son refus et inscrire ceux-ci au dossier de physiothérapie du client⁶.

En guise de conclusion, il est important de rappeler que l'information que l'on consigne dans le dossier du client doit être exacte, complète et liée au champ d'exercice de la physiothérapie, et ce, dans le but d'éviter tout préjudice aux clients. ■

Pour toute question sur la tenue des dossiers, consultez la page Web : oppq.qc.ca/membres/tenue-dossiers/

¹ Articles 188 et suivants du Code des professions

² Article 60.6 du Code des professions

³ Article 61 du Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique

⁴ Article 8 du Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice, les équipements et la cessation d'exercice des membres de l'OPPQ (cahier explicatif, page 6)

⁵ Article 62 du Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique

⁶ Article 63 du Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique

L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec a choisi La Personnelle comme assureur de groupe **auto, habitation et entreprise**

Votre Ordre a choisi les avantages de La Personnelle. Découvrez pourquoi **96%[†]** de nos clients renouvellent leur contrat année après année.

1 888 476-8737
lapersonnelle.com/oppq

† Source: Rapport de suivi de groupe, septembre 2015. La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. Certaines conditions, exclusions et limitations peuvent s'appliquer.





La bonne combinaison.

Nouveau processus de surveillance : plus simple et moins long, mais tout aussi efficace

Alors qu'en décembre dernier l'OPPQ procédait à une réforme de la tenue des dossiers afin d'en simplifier la rédaction, c'est maintenant au tour du processus d'inspection de connaître d'importants changements.

Comme vous le savez, dans sa mission de protection du public, l'Ordre a le devoir de s'assurer que la pratique de ses membres se conforme aux normes des professions et qu'elle ne compromet pas la sécurité du public. L'inspection professionnelle constitue la méthode privilégiée par l'OPPQ pour lui permettre de réaliser ce mandat.

Or, dans une volonté de réduire le temps consacré par les membres à leur exercice d'inspection, l'Ordre a procédé à un travail minutieux afin de mettre sur pied un nouveau processus de surveillance qui se veut tout aussi rigoureux, mais dont les outils ont été grandement simplifiés.

Un processus entièrement renouvelé

La principale nouveauté du processus d'inspection professionnelle réside dans le fait que l'OPPQ centralise désormais l'information qu'il doit recueillir dans un seul document et diminue la quantité de documents à lui transmettre. Cette nouvelle procédure réduira sensiblement le temps que les membres doivent consacrer à cet exercice.

► UN QUESTIONNAIRE PLUS SIMPLE ET PLUS RAPIDE À REMPLIR

À compter de maintenant, les membres inspectés seront invités à remplir directement à l'écran un seul questionnaire et à le soumettre en ligne. Celui-ci sera entièrement adapté à leur réalité professionnelle, qu'ils soient cliniciens ou non. Seules les questions pertinentes à leur pratique leur seront adressées.

► LA FIN DE L'AUTOÉVALUATION DU DOSSIER CLIENT ET DU BILAN RÉFLEXIF

L'Ordre étant dans l'obligation d'examiner les dossiers dans le cadre de son programme d'inspection, il le fera uniquement pour s'assurer que ceux-ci respectent les exigences prévues au règlement¹ et qu'il n'y a pas d'indices de risque pour la sécurité du public. Par ailleurs, quoique les membres doivent remettre une copie d'un dossier client dans le cadre de l'inspection, ceux-ci n'auront plus à en faire l'autoévaluation. Il leur suffira de transmettre à l'Ordre une copie d'un dossier de leur choix fermé au cours de la dernière année.

Il est à noter que les membres non cliniciens n'ayant traité personne depuis plus d'un an n'auront pas, par conséquent, à faire parvenir à l'Ordre un dossier client. Seules les questions pertinentes à leur pratique leur seront adressées.

Par ailleurs, l'Ordre a mis fin à l'utilisation du questionnaire intitulé *Bilan réflexif*, portant sur la pratique professionnelle et qui exigeait des membres une analyse critique de leur pratique professionnelle.



Gilbert Chartier, pht
Directeur de l'inspection professionnelle
Président du comité d'inspection professionnelle (CIP)

Le processus, étape par étape

- 1 Réception de l'avis d'inspection par courrier postal.
- 2 Transmission à l'OPPQ du questionnaire rempli.
- 3 Transmission à l'OPPQ d'une copie du dossier client de votre choix, fermé au cours de la dernière année.
- 4 Vérification par l'OPPQ de votre portfolio de formation continue couvrant la dernière période de la Politique d'amélioration continue des compétences (PACC).
- 5 Évaluation de vos documents par un inspecteur à l'aide d'une procédure standardisée et d'outils validés.
- 6 Réception de la lettre de décision du comité d'inspection professionnelle indiquant la conformité de vos documents ou, s'il y a lieu, les lacunes réglementaires à corriger. Habituellement, celle-ci vous est transmise dans un délai de trois mois.
- 7 Suivi personnalisé de remédiation lors d'identification de lacunes.

Les professionnels qui recevront un avis d'inspection par courrier postal disposeront de cinq semaines pour remplir le questionnaire en ligne et le transmettre à l'Ordre ainsi que les documents demandés, le cas échéant.

Sélection des membres

Environ 15 % des membres font l'objet d'une inspection au cours d'une année. Ils sont choisis de façon chronologique et séquentielle, en fonction de la date de leur dernière inspection. De plus, tous les membres ayant obtenu leur permis d'exercice depuis deux ans sont systématiquement visés par une évaluation de leur pratique afin d'assurer qu'elle est en règle, efficiente et sécuritaire.

Le comité d'inspection professionnelle (CIP) a également le devoir de répondre à toutes les demandes provenant du conseil d'administration (CA), aux signalements reçus et aux renseignements transmis par le Bureau du syndic.

Le nouveau processus d'inspection, c'est :

- ✓ Un seul questionnaire à choix multiples à remplir
- ✓ Un processus qui correspond à la réalité professionnelle des membres
- ✓ Un processus moins chronophage
- ✓ Un processus qui met désormais moins l'accent sur la tenue des dossiers

= un gain de temps pour tous



Ce fonctionnement permet de toucher tous les membres une fois tous les six à sept ans. À ce rythme, un membre devrait passer par cinq ou six épisodes d'inspection au cours de sa carrière. Tout membre pourrait cependant être soumis plus fréquemment à une inspection si le CIP le jugeait nécessaire.

Si l'inspection est un exercice encore redouté par plusieurs, qui y voient une mesure répressive plutôt que constructive, l'OPPQ tente depuis plusieurs années de la faire évoluer. Désormais, l'inspection professionnelle représente une occasion de faire le point sur l'ensemble de votre pratique. Il s'agit d'une expérience enrichissante à laquelle vous avez la responsabilité de vous conformer et qui est aussi un véritable gage de protection du public.

En instaurant ce nouveau cadre d'inspection, plus simple et plus moderne, l'OPPQ souhaite réduire considérablement le temps que vous consacrez à cet exercice tout en lui conservant sa rigueur et sa pertinence pour tous. ■

¹ Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice, les équipements et la cessation d'exercice des membres de l'OPPQ.

Pour en savoir plus sur le nouveau processus de surveillance, consultez :



Le programme annuel d'inspection professionnelle 2016-2017



Une vidéo d'animation expliquant les grands changements

Au oppq.qc.ca/membres/inspection-syndic-et-reglements/inspection-professionnelle/

Pour obtenir plus d'information, communiquez avec la Direction de l'inspection professionnelle au : inspection@oppq.qc.ca

Le programme de formation continue de l'Ordre : une politique, une plateforme Web renouvelée et une offre de formation bonifiée



Par Sandy Sadler, pht
Directrice du développement
et du soutien professionnels

Le programme de formation continue de l'Ordre a vu officiellement le jour il y a maintenant 20 ans. L'Ordre a toujours été considéré depuis comme un acteur-clé dans le développement professionnel de ses membres, particulièrement parce que la formation continue est une composante essentielle et un enjeu important de son mandat de protection du public.

Le marché de la formation continue en physiothérapie a cependant bien changé dans les dernières années et l'on observe, à notre plus grande satisfaction, un accroissement de l'offre. C'est dans ce contexte que l'Ordre a décidé d'élaborer une politique lui permettant de positionner de façon plus précise son programme de formation continue. Nous vous en présentons ici les grandes lignes.

La Politique du programme de formation continue : un positionnement et des actions ciblées¹

L'Ordre s'est doté d'une politique lui permettant de définir les orientations qu'il compte donner à son programme de formation continue pour les prochaines années. Le schéma qui suit vous permet de saisir ces orientations d'un seul coup d'œil.



Tout d'abord, relevons que le programme de formation continue de l'Ordre s'est donné pour mission d'offrir aux membres des formations pertinentes, accessibles, diversifiées et étroitement liées à la pratique de la physiothérapie. De cette mission découlent de nombreux principes directeurs qui guident l'Ordre dans ses décisions entourant le programme de formation continue. Nous vous présentons quatre principes directeurs déterminants de cette politique.

1 L'ACCESSIBILITÉ SUR DEUX PLANS

Pour ce qui est de la formation, le principe d'accessibilité s'exprime de deux manières. Tout d'abord, l'Ordre s'engage à augmenter graduellement et de façon significative son offre de formation à distance. L'OPPQ espère ainsi permettre aux membres exerçant en régions éloignées et à ceux qui ne peuvent s'absenter du travail de bénéficier d'un espace de formation qui correspond à leur réalité géographique et professionnelle.

Le deuxième élément auquel l'Ordre accorde une importance particulière est l'accessibilité financière. L'OPPQ a la volonté de continuer à offrir de la formation abordable.

2 LE RESPECT DES BESOINS DE FORMATION ASSOCIÉS AUX DEUX TITRES PROFESSIONNELS

L'Ordre reconnaît également l'importance d'offrir des formations adaptées aux besoins communs et respectifs des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique. Nous considérons qu'il est de notre responsabilité de proposer un programme de formation continue qui rejoint les deux catégories de professionnels. Nous veillerons à ce que notre offre de formation reflète cette réalité.

3 LA VOLONTÉ DE COUVRIR L'ENSEMBLE DU CHAMP D'EXERCICE

Un troisième principe directeur méritant d'être souligné est la volonté qu'a l'Ordre de couvrir l'ensemble du champ d'exercice de la physiothérapie avec son programme de formation continue. En plus de correspondre aux champs d'intérêt et d'expertise variés des membres, nous sommes convaincus que cela encouragera l'appropriation et l'occupation, par les professionnels de la physiothérapie, de leur vaste champ d'exercice.

4 LA VALORISATION DU TRANSFERT ET DE L'INTÉGRATION DES CONNAISSANCES

L'Ordre souhaite valoriser dans son programme de formation continue des activités axées sur le transfert et l'intégration des connaissances. Tous les formateurs seront invités à inclure des activités pédagogiques permettant aux membres d'acquérir de façon durable de nouvelles connaissances, notamment par des discussions de cas. Cette dimension optimisera certainement le développement des compétences des membres et, conséquemment, la qualité des services physiothérapeutiques offerts à la population.

Un outil de recherche et d'inscription plus convivial

L'entrée en vigueur de cette politique a été l'occasion pour l'Ordre de renouveler visuellement la section du site Web consacrée au programme de formation continue. Les images ci-dessous présentent les principaux changements.



Informez-nous de vos besoins en formation continue ou faites-nous part de votre intérêt à devenir formateur pour l'OPPQ.

Intéressé par une activité pour laquelle aucune date n'est programmée? Faites-nous part de votre intérêt et nous communiquerons avec vous dès qu'une date sera fixée.

Des formations aux sujets variés

Ce travail de réflexion sur la vision du programme de formation continue a donné naissance à une toute nouvelle offre de formations. En parcourant notre programmation 2016-2017, vous remarquerez à quel point nous vous proposons une année captivante en apprentissage. De nouveaux formateurs, de nouveaux sujets et de nouvelles plateformes de diffusion enrichissent désormais notre calendrier de formation.

Finalement, nous comptons sur vos commentaires pour que le programme de formation continue de l'Ordre réponde autant que possible à vos besoins. N'hésitez pas à nous les communiquer au programmefc@oppq.qc.ca.



Rendez-vous en ligne pour découvrir le tout nouveau programme de formation continue.

oppq.qc.ca/formation/formation-continue/
Suivez-nous @FormationsOPPQ

¹ Précisons que la Politique du programme de formation continue n'est aucunement associée à la Politique d'amélioration continue de la compétence (PACC).

Comment favoriser l'engagement du client dans son processus de réadaptation ? L'entretien motivationnel en physiothérapie



Myriam de Lorimier, pht,
Membre de l'Association francophone
de diffusion de l'entretien
motivationnel (AFDEM)

Vous est-il déjà arrivé de ressentir de la frustration ou de la lassitude face à certains clients qui ne suivent pas vos recommandations ?

Prenons l'exemple de M. Fournier, 50 ans, qui souffre de douleur aux genoux avec arthrose confirmée sur radiographie. Lors des séances de traitement précédentes, il a admis qu'il ne faisait pas ses exercices, car il n'en avait pas le temps.

Qu'avez-vous envie de lui dire ? La plupart d'entre nous lui rappelleront pourquoi il est important de faire ses exercices.

Exemple d'un échange lors d'une séance :

- **Thérapeute :** Vous savez, M. Fournier, l'arthrose, c'est... Les exercices permettent de... Je peux bien vous donner des traitements qui vous soulageront sur le coup, mais si vous voulez quelque chose qui dure, il va falloir que vous fassiez vos exercices.

- **M. Fournier :** Oui, mais je suis débordé au travail. J'ai essayé de les faire le midi, pendant mes pauses, ou après mes journées de travail, mais je n'ai pas d'énergie pour ça.

- **Thérapeute :** Ça n'a pas besoin d'être bien long. Vous pouvez faire quelques minutes d'exercices quelques fois par jour. Vous qui travaillez à l'ordinateur, vous pourriez vous mettre une alarme pour vous y faire penser.

- **M. Fournier :** Oui, mais je suis souvent en réunion.

Malgré ces renseignements et ces conseils, M. Fournier, comme d'autres clients, ne semble pas enclin à vouloir faire ses exercices. Que faire ?

Une approche communicationnelle s'est démontrée efficace pour aider les clients à s'engager dans le changement : l'entretien motivationnel.

Qu'est-ce que l'entretien motivationnel ?

L'entretien motivationnel (EM) a pris naissance dans les années 1980, dans le cadre du traitement des dépendances. Un premier livre sur le sujet a été publié par William R. Miller et Stephen Rollnick en 1991. Rapidement, cette approche s'est étendue à plusieurs autres domaines, comme la prévention des infections au VIH, l'observance médicamenteuse, les changements de comportement dans la prise en charge des maladies chroniques, etc. On compte maintenant des milliers d'articles et de publications sur l'EM et des centaines d'essais cliniques. Cette approche a été démontrée efficace dans le domaine des changements de comportements liés à la santé.

L'EM est un « style de conversation collaboratif pour renforcer la motivation propre d'une personne et son engagement vers le changement ». L'un des objectifs de l'EM est d'explorer les motivations intrinsèques de la personne, pour l'aider à résoudre son ambivalence, et ce, dans un esprit de partenariat, de non-jugement et d'altruisme.

Avant de voir plus précisément comment atteindre cet objectif, regardons de plus près ce qu'est l'ambivalence et ce qui nuit à sa résolution.

Pourquoi le client résiste-t-il ?

Il est bien rare qu'une personne soit totalement dépourvue de motivation. Toutefois, face à un changement de comportement ou d'habitude, il n'est pas rare que la personne soit ambivalente. Elle voit des avantages à changer, mais elle y voit aussi des inconvénients. C'est une étape normale vers le changement. La façon dont nous, professionnels de la santé, intervenons auprès d'une personne ambivalente aura un impact sur sa motivation à changer. Plus on argumente pour le changement, plus la personne ambivalente aura naturellement tendance à défendre les avantages du statu quo. La personne peut alors sembler résistante, alors qu'en fait, elle n'exprime que l'autre versant de son ambivalence.

Ce désir naturel que nous avons de corriger une problématique, de protéger la personne et de la conduire plus rapidement dans la bonne direction a été nommé « réflexe correcteur » par Miller et Rollnick. C'est au contact de ce réflexe correcteur que l'ambivalence peut devenir de la résistance. Même exprimé avec les meilleures intentions, ce réflexe que nous avons a bien des chances d'éloigner la personne du changement souhaité, comme on l'a vu plus haut avec M. Fournier.

Comment intervenir autrement ?

D'abord, en se mettant dans un état d'esprit différent. Du dégageant et certains savoir-faire sont essentiels pour y parvenir.

L'esprit de l'EM

Les fondements sur lesquels s'appuie l'EM sont le partenariat, le non-jugement, l'altruisme et l'évocation.

► PARTENARIAT

Nous, professionnels de la physiothérapie, sommes des experts de la fonction et de la mobilité. Le client, lui, est expert de sa propre vie et de sa condition. L'enjeu est d'unir ces deux expertises. Nous sommes un partenaire du client sur sa route vers le changement. Un partenaire qui partagera son expertise dans le respect de l'autre, selon les besoins du client et non en lui imposant sa vision. C'est une relation d'égal à égal. Les auteurs utilisent la métaphore suivante : l'EM est une danse et non une lutte.



► NON-JUGEMENT

Cet élément de l'esprit de l'EM implique quatre aspects :

- Reconnaître la valeur de la personne, accepter qu'elle soit différente de nous. Ce qui nous semble important ne l'est peut-être pas pour le client. L'inverse est tout aussi possible. Une personne qui se sent jugée ou qui ne se sent pas acceptée est peu susceptible de changer.
- Être empathique, chercher à comprendre la réalité du client. Tenter de percevoir ce que vit cette personne en se mettant à sa place. Plusieurs études ont démontré que plus l'intervenant est empathique, plus l'adhésion du client au traitement est importante.
- Soutenir l'autonomie du client, reconnaître son droit d'effectuer ou non le changement. Pour changer, le client doit se sentir libre de le faire. On ne peut contraindre quelqu'un à changer ; il faut collaborer avec lui.
- Valoriser le client, reconnaître ses capacités et ses efforts.

► ALTRUISME

À la base, nous avons choisi le domaine de la physiothérapie comme profession par désir d'aider les autres. L'altruisme, c'est vouloir le bien de l'autre, c'est donner la priorité aux besoins du client et agir dans l'intérêt de celui-ci, et non dans notre propre intérêt.

► ÉVOCATION

L'EM est une approche centrée sur la personne, sur ce qu'elle est et les capacités qu'elle a. Le rôle du professionnel est de favoriser l'expression des motivations et des capacités de la personne plutôt que de lui dire pourquoi et comment changer. C'est au client d'exprimer ses motivations à changer, car les gens sont convaincus par ce qu'ils s'entendent dire eux-mêmes. Plusieurs études ont démontré que plus une personne exprime ses besoins, ses désirs,

ses raisons et ses capacités à effectuer un changement, plus le changement est susceptible de se produire.

Notre mission est donc de susciter et de renforcer ce discours vers le changement tout en respectant l'esprit de l'EM. L'EM n'est pas une technique, mais une façon d'être en relation avec la personne pour la guider vers un objectif précis, en utilisant certains savoir-faire.

Les savoir-faire de l'EM

Les savoir-faire essentiels peuvent être facilement mémorisés sous l'acronyme OuVER pour questions Ouvertes, Valorisation, Écoute réflexive et Résumés.

► LES QUESTIONS OUVERTES

Poser des questions ouvertes oblige la personne à réfléchir et l'invite à participer activement à son processus de changement. Elles donnent l'occasion à la personne de s'exprimer librement.

► LA VALORISATION

Le fait de mettre en évidence les forces et les capacités de la personne, de souligner les efforts accomplis et les gestes faits, de mettre en valeur le processus plutôt que le résultat permettra à la personne d'augmenter son sentiment d'efficacité. Les gens ont besoin de croire qu'ils peuvent y arriver.

► L'ÉCOUTE RÉFLECTIVE

Comment montrer notre empathie au client ? Comment lui signifier notre écoute et notre compréhension de ce qu'il a partagé ? Les reflets exprimés permettent au client de se sentir écouté et compris. Le fait de reformuler ou d'émettre une affirmation qui reprend le sens sous-jacent du discours de la personne crée un sentiment de confiance et encourage la personne à préciser et à poursuivre sa réflexion.

► LES RÉSUMÉS

Reprendre les éléments principaux de la conversation aide la personne à voir plus clair dans son processus de changement. Les résumés sont en fait de longs reflets. En rassemblant les différents discours en faveur du changement, les résumés peuvent avoir un effet puissant sur la motivation de la personne à s'engager dans le changement.

Reprenons l'exemple de M. Fournier (qui n'a pas le temps de faire ses exercices) en s'inspirant cette fois-ci de l'esprit de l'EM et de ses savoir-faire :

- **Thérapeute :** Vous vous sentez submergé par les différentes tâches que vous avez.

- **M. Fournier :** Oui, je suis débordé au travail. J'ai essayé de les faire le midi, pendant mes pauses ou après mes journées de travail, mais je n'ai pas d'énergie pour ça.

- **Thérapeute :** Vous vivez une période plus difficile. Malgré la fatigue, vous avez fait des tentatives pour intégrer vos exercices à différents moments de la journée. Vous souhaitez retrouver l'énergie que vous aviez avant.

- **M. Fournier :** Oui, vraiment. Je ne me reconnais plus. J'ai l'impression que je ne fais plus rien. Je veux être en mesure de reprendre mes activités.

- **Thérapeute :** Quelles activités en particulier avez-vous hâte de reprendre ?

- **M. Fournier :** J'ai hâte de pouvoir recommencer à nager avec mon club de nageurs, de reprendre mes randonnées de vélo et les longues marches avec ma conjointe. Le problème, c'est qu'avec la douleur que j'ai aux genoux à cause de l'arthrose, je ne suis pas en mesure de faire ces activités.

- **Thérapeute :** Vous êtes un homme actif et vous n'aimez pas être ralenti par cette fatigue et cette douleur. De quelle façon les exercices en physiothérapie pourraient-ils vous aider avec votre arthrose et vos douleurs qui vous empêchent de faire ces activités ?

Comment donner de l'information selon l'esprit de l'EM

Fournir de l'information aux clients dans l'esprit de l'EM requiert l'utilisation d'un cinquième savoir-faire clé, représenté par l'acronyme **DFD** pour **D**emander-**F**ournir-**D**emander. Avant de fournir de l'information et après l'avoir fournie, nous poserons différentes questions au client pour favoriser sa collaboration et son autonomie. Ce savoir-faire permet, entre autres, d'éviter la résistance qui peut survenir chez un client ambivalent lorsqu'on agit selon le réflexe correcteur en donnant de l'information au client sans lui demander la permission de le faire.

Dans l'entretien ci-dessus, la dernière question posée par le thérapeute est un exemple de ce que peut être le premier D de l'acronyme DFD. Cette question permet d'évaluer ce que M. Fournier connaît sur les bienfaits des exercices et lui donne la possibilité de verbaliser l'importance de les faire. En évoquant lui-même les avantages des exercices, M. Fournier a plus de chances de les faire. Voici ce que peuvent inclure les différentes étapes de ce savoir-faire :

1^{re} étape – Demander

- Ce que la personne connaît
- La permission de lui partager de l'information
- Ce que la personne aimerait savoir

Par exemple :

- *Permettez-vous que je complète ce que vous venez de dire ?*

2^e étape – Fournir

- De l'information pertinente pour la personne
- Des conseils qui répondent aux besoins de la personne et qui valorisent son autonomie
- Un menu d'options

3^e étape – Demander

- Ce que la personne pense de cette information
- Ce qu'elle a compris
- L'impact que cette information a sur elle, comment réagit-elle

Par exemple :

- *Qu'est-ce que ça vous apporte de savoir ça ?*

Cet article est un survol de ce qu'est l'entretien motivationnel. Un peu comme l'apprentissage d'une langue ou d'un instrument de musique, cette approche demande de la pratique. Au départ, certains savoir-faire peuvent sembler un peu artificiels et il n'est pas inhabituel de se sentir maladroit. S'accorder patience et indulgence est souhaitable pour que client et thérapeute en bénéficient. À la différence de la persuasion, l'EM favorise l'engagement du client dans la prise en charge de sa condition, sans demander plus de temps. À vous de découvrir ce que vous pouvez gagner à utiliser l'EM. ■

Les 4 principes de base de l'EM (les 4 E)

- 1 Éviter le réflexe correcteur
- 2 Écouter avec empathie
- 3 Explorer et comprendre les motivations propres de la personne
- 4 Encourager l'espoir et renforcer le sentiment d'efficacité personnelle

Myriam de Lorimier pratique régulièrement l'entretien motivationnel. Elle a été amenée à concevoir et donner différents ateliers sur l'entretien motivationnel tant aux étudiants de la Faculté de médecine qu'aux étudiants de la Faculté des sciences de réadaptation de l'Université de Montréal. mdelorimier.em@gmail.com

Précisons qu'une formation sur le sujet sera prochainement offerte aux membres de l'OPPQ.

Référence

- Miller et Rollnick. *L'entretien motivationnel – Aider la personne à engager le changement*, InterÉditions, 2013.

Ressources en ligne

- Site de l'AFDEM : www.entretienmotivationnel.org
- Site du Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT) : www.motivationalinterviewing.org



TOUT LE CRÉDIT VOUS REVIENT

Vous savez comment fonctionne un REER :

vous mettez de l'argent de côté et en échange vous obtenez une déduction d'impôt.

Mais savez-vous pourquoi vous bénéficiez d'économies d'impôt supplémentaires lorsque vous épargnez dans votre REER au Fonds de solidarité FTQ ?

Parce que le Fonds a une mission unique : aider l'économie du Québec.

Il a l'obligation d'investir la majorité de ses actifs dans l'économie d'ici et de créer et maintenir des emplois chez nous.

En investissant dans votre REER au Fonds, vous posez un geste solidaire.

ET POUR CELA, VOUS BÉNÉFICIEZ D'ÉCONOMIES D'IMPÔT ADDITIONNELLES.

Vous avez de quoi être fier !



1 800 567-FONDS (3663)



Optimiser vos interventions thérapeutiques à l'aide de l'isocinétisme



Par Pierre-Yves Lauzon, T.R.P., et François Cabana, pht, M. Sc.

L'isocinétisme s'intéresse à la contraction musculaire maximale maintenue durant toute une amplitude de mouvement et exécutée à une vitesse constante imposée. La méthode implique l'utilisation d'un ordinateur couplé à un dynamomètre qui enregistre et analyse les paramètres du mouvement. Le Biodex et le Cybex sont des exemples de ce type d'appareil. L'étude des courbes obtenues ne permet pas d'émettre un diagnostic, mais plutôt de connaître les répercussions fonctionnelles des groupes musculaires à l'étude. Plus spécifiquement, cela permet d'évaluer de façon objective et spécifique la fonction musculaire afin de cerner les déficits et de réaliser une rééducation plus adaptée et personnalisée.

Bien qu'il soit sous-utilisé au Québec, l'isocinétisme est utilisé fréquemment en Europe et aux États-Unis¹ comme outil d'évaluation et de rééducation. Au Québec, les établissements d'enseignement, certains instituts de recherche, certains hôpitaux et certaines cliniques privées utilisent cet appareil. Reconnue comme un outil valide, fidèle et précis^{2,3,4}, cette technologie est toutefois sous-exploitée actuellement, car méconnue des thérapeutes.

Pourtant, la littérature scientifique abonde sur l'utilisation clinique de cet outil en réadaptation. Nous présentons brièvement trois situations dans lesquelles la littérature recommande l'isocinétisme : la prévention d'une blessure, les bilans dans un processus de réadaptation et finalement, l'entraînement isocinétique spécialisé.

Prévention d'une blessure

« Mieux vaut prévenir que guérir. » Qui n'a pas entendu ce dicton ? Il s'applique tout particulièrement à la clientèle sportive. Actuellement, l'usage de certains paramètres isocinétiques à titre d'indicateurs de lésions potentielles est grandement étudié et, selon les conclusions de plusieurs auteurs, il serait utile de procéder à des examens isocinétiques préventifs avant le début de la saison sportive afin de déceler des déficits et de les corriger à l'aide d'exercices de renforcement.

À cet effet, citons une étude de Croisier et coll.⁵ qui s'est intéressée aux blessures des ischio-jambiers, car elles ont le taux de récurrence le plus élevé dans les sports lorsqu'il y a un retour au jeu trop hâtif ou une réadaptation incomplète (de 12 % à 31 %)⁵. Ses auteurs ont voulu savoir si les déséquilibres de force notés chez

des joueurs de soccer pouvaient être des facteurs prédisposant aux blessures aux ischio-jambiers et si l'élimination de ces déséquilibres pouvait réduire l'incidence des blessures.

Dans leur étude, Croisier et coll.⁵ ont comparé les asymétries bilatérales entre la force des ischio-jambiers et celle des quadriceps (ratio ischio-jambiers/quadriceps) à différentes vitesses. Quatre groupes ont été formés, dont le dernier était composé d'athlètes n'ayant pas de déséquilibre (sujets sains). Le premier groupe incluait des athlètes qui présentaient des déficits musculaires, mais qui n'avaient pas été traités par des exercices adaptés et qui n'ont pas eu de réévaluation isocinétique finale. Leur taux de blessures a été de 4 à 5 fois plus élevé (RR = 4,66) en comparaison aux sujets sains. Le deuxième groupe incluait des athlètes avec déficits musculaires qui ont pris part à un programme d'exercices adaptés, mais qui n'ont pas eu de réévaluation isocinétique finale. Leur risque relatif de blessure est demeuré élevé (RR = 2,89) comparativement aux sujets sains. Finalement, le troisième groupe était constitué d'athlètes présentant des déséquilibres musculaires, qui ont fait une rééducation personnalisée et ont eu une réévaluation isocinétique de leur condition. Leur risque relatif de blessures était le plus faible (RR = 1,43) comparativement au groupe sans déséquilibre.

Il est donc évident qu'il est important d'avoir un bon portrait fonctionnel de la force musculaire de la cuisse en équilibre. D'autres auteurs se sont aussi penchés sur ce paramètre et abondent dans le même sens.^{7,8}

Les bilans isocinétiques dans un processus de réadaptation

L'évaluation dans un processus de réadaptation est l'aspect de l'isocinétisme le plus étudié dans la littérature scientifique^{9,10}. Lorsqu'effectuée sur un membre blessé, l'évaluation isocinétique permet de relever les déficits et de les comparer avec le côté sain ou avec des valeurs normatives. Au total, vingt paramètres peuvent être étudiés afin de mieux guider le processus de réadaptation.

Par exemple, il est possible de mesurer la force maximale à diverses vitesses angulaires et de documenter l'évolution de la condition. L'appareil isocinétique permet également de quantifier la puissance moyenne. Cela constitue une donnée intéressante, surtout chez des athlètes pratiquant des sports qui impliquent des mouvements à haute vitesse. L'indice de fatigabilité musculaire, paramètre important à considérer pour la rééducation des lésions attribuables aux mouvements répétitifs, peut aussi être quantifié dans un bilan isocinétique. Mentionnons finalement la plus-value de l'isocinétisme dans la détermination des ratios agoniste-antagoniste.

L'entorse de la cheville fait l'objet de nombreuses études dans lesquelles les chercheurs observent des sujets avec instabilités chroniques. Après un survol de la littérature^{11,12}, on constate que quelques indicateurs dominants ressortent pour ce type d'atteinte :

- 1 une faiblesse des éverseurs, pas toujours en concentrique, souvent plus en excentrique à haute vitesse (120°/seconde) ;
- 2 un ratio de force éverseurs/inverseurs trop bas (un ratio de 1 : 1 étant souhaitable) ;
- 3 une force excentrique déficitaire des fléchisseurs plantaires.

Cette analyse réalisée grâce au bilan isocinétique permet d'adapter le renforcement musculaire de l'individu. Dans cette perspective, les bilans isocinétiques optimisent le renforcement musculaire.

Entraînement isocinétique spécialisé

Cet aspect de l'isocinétisme est moins connu. Dans un contexte d'entraînement isocinétique spécialisé, l'isocinétisme permet d'optimiser les paramètres de progression optimale de la charge et de la vitesse, par exemple, pour les exercices excentriques de plus en plus prescrits dans la rééducation des tendinopathies.

En 2007, M. Croisier et ses collègues¹³ ont publié les résultats de leur étude sur l'efficacité d'un programme d'entraînement excentrique isocinétique sur des sujets avec épicondylite latérale chronique en comparaison avec un groupe contrôle dont les membres ont subi une intervention dite passive (glace, TENS, ultrasons, massage transverse profond et étirements). La douleur, les gains de force, la réduction des incapacités occupationnelles dans le quotidien et dans les activités sportives étaient quantifiés. De plus, ils ont évalué les changements à l'examen échographique sur le tissu tendineux.

L'utilisation de l'appareil isocinétique a permis aux chercheurs de contrôler :

- 1 la vitesse du mouvement ;
- 2 la résistance constante dans tout le mouvement ;
- 3 une rétroaction visuelle instantanée durant la contraction qui permettait au patient de s'ajuster ;
- 4 une amplitude de mouvement contrôlée pour limiter les angles douloureux ;
- 5 un retour à la position de départ passif au lieu d'une phase de contraction concentrique.

Le programme de renforcement isocinétique excentrique présenté dans cette étude a permis de diminuer significativement la douleur, d'améliorer la qualité du tissu tendineux à l'échographie (chez 89 % des patients), d'effectuer le retour aux activités de la vie quotidienne et sportive avec moins de symptômes et de corriger les déficits de force musculaire notés en maximisant le niveau de performance excentrique. Ainsi, l'isocinétisme devient un outil qui permet d'optimiser les paramètres d'intervention et augmente l'efficacité de nos interventions.

À la lumière des avantages qu'offre cette méthode, devrions-nous tous avoir un appareil isocinétique dans notre clinique ? Nous croyons que non.

Il serait intéressant de s'inspirer du modèle européen qui intègre les principes de référence dans son concept de continuum de soins. Par exemple, en France, lorsque la condition du patient nécessite un bilan isocinétique, celui-ci est référé par le kinésithérapeute vers le centre clinique le plus près qui offre ce service. Le thérapeute du centre effectue le bilan et envoie les données cliniques au kinésithérapeute traitant afin qu'il puisse utiliser l'information pour optimiser le traitement du patient.

Nous croyons que ce modèle pourrait très bien s'appliquer au Québec. C'est d'ailleurs ce que propose le Centre d'expertise isocinétique (C.E.I.), en activité depuis 2013. La philosophie de pratique du C.E.I est celle du continuum de soins, dans lequel les patients et les athlètes qui souhaitent se prévaloir de services d'isocinétisme peuvent y avoir accès directement ou sur recommandation de leurs thérapeutes. Notre expertise est donc optimisée pour en faire bénéficier la communauté médicale et les patients.

En conclusion, la littérature scientifique documente les possibilités que nous offrent les bilans isocinétiques. Dans ce texte, nous vous avons présenté trois

orientations qui permettent d'encadrer la prise en charge thérapeutique. Le blogue www.isocinetiquesherbrooke.ca est mis à la disposition des cliniciens qui souhaitent en apprendre davantage sur le sujet. Mentionnons qu'une formation sur le sujet sera prochainement offerte aux membres de l'OPPQ. ■



Références

1. Lemire, P. « Historique et fondamentaux de la technologie isocinétique appliquée au mouvement humain », *Mov. Sport Sci.*, 2014, no 3, p. 7-14.
2. Montgomery, L.C., L.W. Douglass et P.A. Deuster. « Reliability of an isokinetic test of muscle strength and endurance », *J. Orthop. Sports Phys. Ther.*, 1989, vol. 10, no 3, p. 315-322.
3. De Araujo Ribeiro Alvares, J.B., et coll. « Inter-machine reliability of the Biodex and Cybex isokinetic dynamometers for knee flexor/extensor isometric, concentric and eccentric tests », *Phys. Ther. Sport Off. J. Assoc. Chart. Physiother. Sports Med.*, 2015, vol. 16, no 1, p. 59-65.
4. Feiring, D.C., T.S. Ellenbecker et G.L. Derscheid. « Test-retest reliability of the biodex isokinetic dynamometer », *J. Orthop. Sports Phys. Ther.*, 1990, vol. 11, no 7, p. 298-300.
5. Petersen, J., et P. Hölmich. « Evidence based prevention of hamstring injuries in sport », *Br. J. Sports Med.*, 2005, vol. 39, no 6, p. 319-323.
6. Croisier, J.-L., S. Ganteaume, J. Binet, M. Genty et J.M. Ferret. « Strength imbalances and prevention of hamstring injury in professional soccer players: a prospective study », *Am. J. Sports Med.*, 2008, vol. 36, no 8, p. 1469-1475.
7. Croisier, J.-L., S. Ganteaume et J.M. Ferret. « Preseason isokinetic intervention as a preventive strategy for hamstring injury in professional soccer players », *Br. J. Sports Med.*, 2005, vol. 39, no 6.
8. Grace, T.G., E.R. Sweetser, M.A. Nelson, L.R. Ydens et B.J. Skipper. « Isokinetic muscle imbalance and knee-joint injuries. A prospective blind study », *J Bone Jt. Surg Am*, 1984, vol. 66, no 5, p. 734-740.
9. Ellenbecker, T.S., et A.J. Mattalino. « Concentric Isokinetic Shoulder Internal and External Rotation Strength in Professional Baseball Pitchers », *J. Orthop. Sports Phys. Ther.*, 1997, vol. 25, no 5, p. 323-328.
10. Ghroubi, S., et coll. « Contribution of isokinetic muscle strengthening in the rehabilitation of obese subjects », *Ann. Phys. Rehabil. Med.*, 2016, vol. 59, no 2, p. 87-93.
11. Amaral De Noronha, M., et N.G. Borges. « Lateral ankle sprain: isokinetic test reliability and comparison between invertors and evertors », *Clin. Biomech. Bristol Avon*, 2004, vol. 19, no 8, p. 868-871.
12. Fox, J., C.L. Docherty, J. Schrader et T. Applegate. « Eccentric plantar-flexor torque deficits in participants with functional ankle instability », *J. Athl. Train.*, 2008, vol. 43, no 1, p. 51-54.
13. Croisier, J.-L., M. Foidart-Dessalle, F. Tinant, J.-M. Crielaard et B. Forthomme. « An isokinetic eccentric programme for the management of chronic lateral epicondylar tendinopathy », *Br. J. Sports Med.*, 2007, vol. 41, no 4, p. 269-275.

Association entre le profil de force musculaire et les capacités aux déplacements chez les personnes atteintes des phénotypes adulte classique et adulte tardif de la dystrophie myotonique de type 1



Émilie Petitclerc,
pht, M. Sc.^{a,b,c}

Luc J. Hébert,
pht, Ph. D.^{d,e}

Jean Mathieu,
M.D., M. Sc., FRCP(c)^{a,b,c}

Johanne Desrosiers,
ergo, Ph. D.^f

Cynthia Gagnon,
ergo, Ph. D.^{a,b,c}

^a Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke
^b Groupe de recherche interdisciplinaire sur les maladies neuromusculaires, CIUSS Saguenay-Lac-Saint-Jean
^c Centre de recherche – Hôpital Charles-Le Moine
^d Faculté de médecine, Université Laval
^e Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale, IRDPQ
^f Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSS Estrie

Introduction

La dystrophie myotonique de type 1 (DM1) est la forme la plus fréquente de dystrophie musculaire chez l'adulte¹. Cette maladie neuromusculaire affecte notamment les systèmes nerveux, cardiovasculaire, endocrinien, oculaire, respiratoire, digestif et musculaire². La prévalence mondiale varie entre 1 et 10 individus par 100 000 habitants² et augmente jusqu'à 189 individus par 100 000 habitants dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean³. La DM1 est donc une maladie rare, mais de forte prévalence dans certaines régions du Québec. Cette étude s'est intéressée aux deux phénotypes les plus courants de la DM1, soit les phénotypes adulte classique (DM1-AC) et adulte tardif (DM1-AT)⁴.

Dans le phénotype DM1-AC, les symptômes débutent généralement entre l'âge de 10 et 30 ans⁵. Les personnes atteintes développent, entre autres symptômes, de la faiblesse musculaire et de la myotonie, notamment aux membres inférieurs (MIs)². Dans le phénotype DM1-AT, de moindre gravité, les symptômes apparaissent à partir de 40 ans et se limitent souvent à de la myotonie aux mains et à la présence de cataractes⁶. La faiblesse musculaire progresse à un rythme lent (perte de force de 1 % à 3 % année) suivant un schéma de distal à proximal, généralement symétrique^{7,8}. L'évolution des symptômes étant très variable¹, le pronostic est difficile à établir, d'autant plus que les déficiences musculaires des MIs en DM1, ainsi que leur effet sur les limitations physiques, ont été peu décrits et, à ce jour, jamais séparément pour chacun des phénotypes DM1-AC et DM1-AT. Pourtant, cette différenciation est essentielle pour cibler les besoins en réadaptation propres à chacun des phénotypes. Par ailleurs, aucune des classes de la *Muscular Impairment Rating Scale* (MIRS), une échelle de catégorisation de la gravité de l'atteinte musculaire en DM1 cotée à partir du bilan musculaire de 11 groupes musculaires, n'est associée à un profil fonctionnel spécifique, ce qui permettrait de préciser rapidement certaines atteintes physiques potentielles et d'orienter les interventions en réadaptation dès les premières visites. De plus, l'étude de l'effet des faiblesses des MIs sur les limitations aux déplacements est nécessaire afin de mieux cibler les interventions qui permettront de maintenir un rendement fonctionnel optimal dans cette population. En effet, comme il n'existe aucun traitement curatif, les personnes atteintes de DM1 nécessitent un suivi par une équipe de réadaptation interdisciplinaire au sein d'une clinique de maladies neuromusculaires, incluant des physiothérapeutes. Malheureusement, les services de réadaptation offerts à cette population dépendent encore

beaucoup de l'expertise développée par les intervenants et présentent par conséquent une grande variabilité⁹. Cette situation pourrait s'expliquer par la méconnaissance de l'atteinte musculaire et fonctionnelle propre à chacun des phénotypes et le processus d'évaluation souvent incomplet qui en découle, ce qui limite l'établissement d'objectifs précis d'intervention. De plus, l'absence de consensus international concernant la méthode d'évaluation de la force musculaire (bilan musculaire manuel [BMM]) ou bilan musculaire quantitatif [BMQ]) et les tests fonctionnels à privilégier auprès de la clientèle DM1 constitue un défi supplémentaire.

Cette étude avait donc pour but de décrire les faiblesses aux MIs et les limitations physiques des personnes présentant les phénotypes DM1-AC et DM1-AT de la DM1 ainsi que de documenter l'effet de ces faiblesses sur les limitations physiques dans cette population.

Méthodologie

Cette étude consiste en une analyse secondaire de données issues d'une étude transversale multidisciplinaire qui visait à cerner les déterminants de la participation sociale et de la qualité de vie des personnes atteintes de DM1 (n = 159 DM1-AC et n = 41 DM1-AT). La force de quatre groupes musculaires des MIs a été mesurée à l'aide du BMM et du BMQ par dynamométrie manuelle. Les participants ont été catégorisés selon leur niveau d'atteinte musculaire à l'aide de la MIRS. Les capacités physiques ont été évaluées à l'aide de tests fonctionnels standardisés (échelle de l'équilibre de Berg [BBS], vitesse de marche sur 10 m [10MWT] et Timed Up & Go [TUG]).

Les scores médians au BMM ont été rapportés pour chaque phénotype et pour chaque classe de la MIRS. Afin de pouvoir comparer les résultats au BMQ entre les participants et entre les groupes musculaires, les torques de chaque participant ont été exprimées sous forme de pourcentage de force attendue en comparant les torques obtenues à celles attendues, calculées pour chaque participant à partir des équations prédictives développées par Hogrel et coll., 2007¹⁰. Les deux côtés ont été évalués et leur moyenne a été calculée pour chaque phénotype (tableau 1) et pour chaque classe de la MIRS.

Des diagrammes en boîte ont été construits pour chaque groupe musculaire afin de comparer les résultats de force obtenus en utilisant le BMM et le BMQ (figure 1). Des analyses de régression linéaire multiple ont été réalisées pour déterminer la contribution de chaque groupe musculaire aux scores obtenus aux tests fonctionnels.

Résultats

Dans le phénotype DM1-AT, bien que les résultats au BMM indiquent des forces normales, le BMQ a révélé des pertes de force de 12 % à 20 %. Dans ce phénotype, de 22 % à 48 % des participants présentaient des limitations aux déplacements. Les participants catégorisés 1 et 2 à la MIRS (pas de faiblesse aux MIs) présentaient des faiblesses au BMQ (déficit de 11 % à 24 %) et entre 38 % et 42 % de ces personnes présentaient des limitations lors du TUG et du 10MWT. Pour tous les groupes musculaires évalués, nous avons observé pour une même torque une grande variabilité des scores au BMM (figure 1). Finalement, les dorsifléchisseurs de la cheville et les extenseurs du genou étaient les groupes les plus associés aux scores fonctionnels (tableau 2).

FIGURE 1 : Forces obtenues au BMQ (N) pour chaque score au BMM.



TABLEAU 1 : Forces au BMM (sur 10) et au BMQ (% de force attendue) pour chaque phénotype

	BMM		BMQ	
	DM1-AT	DM1-AC	DM1-AT	DM1-AC
	Médiane (min-max)	Médiane (min-max)	Moyenne (IC 99 %)	Moyenne (IC 99 %)
Fléchisseurs de la hanche	10,0 (7,0-10,0)	9,0 (5,0-10,0)	83,5 ± 16,3 (76,4-90,5)	65,6 ± 17,9 (61,7-69,5)
Extenseurs du genou	10,0 (6,0-10,0)	9,5 (3,0-10,0)	79,6 ± 17,6 (71,8-87,4)	63,8 ± 20,5 (59,3-68,3)
Fléchisseurs du genou	10,0 (8,5-10,0)	9,5 (5,0-10,0)	103,9 ± 18,5 (95,9-111,9)	81,2 ± 21,4 (76,5-85,9)
Dorsifléchisseurs de la cheville	10,0 (6,5-10,0)	7,0 (3,0-10,0)	88,3 ± 23,1 (77,3-97,3)	54,2 ± 26,6 (48,4-60,0)



Maude Bastien,
M. Sc., phd

Hélène Moffet,
Ph. D., phd

Laurent Bouyer,
Ph. D.

Altération du contrôle moteur à la suite d'une entorse latérale de la cheville et l'intérêt du *Star Excursion Balance Test* (SEBT) pour sa mesure

Introduction

La prévalence de l'entorse latérale de la cheville (ELC) est très élevée au sein d'une population sportive et militaire^{1,2}. Il a été démontré que près du tiers des individus ayant eu une ELC ont, plusieurs mois et années après leur blessure initiale, une instabilité persistante à la cheville³. Cette instabilité résiduelle est associée à une plus grande fréquence de récurrence d'entorses. L'instabilité chronique à la cheville a été largement associée à un contrôle moteur perturbé⁴ et à la rétention de stratégies motrices inadéquates à la suite de la blessure initiale⁵. De plus, des altérations du contrôle moteur lors de tâches motrices complexes ont été notées malgré la quasi-disparition des signes et symptômes locaux⁴. Ceci suggère qu'en plus d'atteindre le système musculosquelettique, cette blessure locale a un impact sur d'autres systèmes impliqués dans le contrôle du mouvement humain, tel le système nerveux central. De plus, des altérations bilatérales du contrôle moteur, c'est-à-dire non seulement du côté du membre inférieur lésé, mais aussi du côté non lésé, ont également été notées chez ces personnes⁶. Ces résultats montrent l'importance d'établir quels outils permettent d'évaluer la qualité du contrôle moteur chez les personnes avec une ELC, en complémentarité aux mesures utilisées pour suivre localement l'évolution de la condition de la cheville. Le *Star Excursion Balance Test* (SEBT), un des tests largement utilisés auprès de la population avec ELC, a été désigné comme étant particulièrement pertinent étant donné sa grande exigence sur le plan du contrôle moteur, sans compter qu'il présente de bonnes qualités métrologiques^{4,5,7,8}. La variable utilisée pour juger de la performance et de la qualité du contrôle moteur lors du SEBT est la distance maximale d'atteinte (DMA) estimée visuellement par un évaluateur. La validité concomitante entre cette variable et une mesure étalon, effectuée avec un instrument de mesure dont la précision et l'exactitude sont reconnues, demeurerait toutefois à être démontrée. De plus, il est à noter que la DMA est le résultat final des stratégies motrices mises en place pour réussir la tâche. L'étude de ces stratégies était toutefois essentielle pour expliquer la performance au test, c'est-à-dire la magnitude de la DMA, en plus de révéler les altérations du contrôle moteur des individus moins performants.

Dans le présent article, les résultats découlant des principaux objectifs de mon projet de maîtrise en médecine expérimentale à l'Université Laval sont présentés. Ces objectifs sont :

- 1 d'évaluer la validité concomitante entre la mesure de la DMA par estimation visuelle et la mesure étalon chez une population militaire avec et sans ELC dans les différentes directions d'atteinte du SEBT ; et
- 2 de comparer la performance et la qualité du contrôle moteur à partir de variables indicatrices de la stratégie globale au SEBT pour deux groupes de militaires avec ou sans ELC.

Méthode^{9,11}

Un échantillon de 20 militaires (n=10 ELC et n=10 sans ELC)¹¹ a été réuni. L'évaluation en laboratoire se déroulait 8 à 10 semaines après le traumatisme initial pour le groupe avec ELC. Pour l'objectif 1, la DMA au SEBT a été mesurée de façon concomitante par un évaluateur (mesure par estimation visuelle) et le système de capture du mouvement tridimensionnel (mesure étalon calculée à partir d'un point sondé au bout du pied). Le système utilisé, l'Optotrak 3D, est composé de trois caméras et de 45 marqueurs infrarouges. La DMA par le membre inférieur en déplacement a été lue directement sur un ruban à mesurer (lecture en cm) fixé au sol lors du toucher du bout du pied pour chacune des directions du test (antéromédiale [AM], médiale [M], postéromédiale [PM], voir figure 1). La variable indicatrice de performance pour chaque condition au SEBT est une moyenne de la DMA (n = 3 essais) qui a été normalisée par la taille du participant⁹.

Pour l'objectif 2, en plus de la DMA normalisée par la taille des participants (DMA) et des questionnaires fonctionnels valides et fidèles, soit les *Foot and Ankle Disability Index* (FADI) et *Lower Extremity Functional Scale* (LEFS)¹⁰, des variables spatiotemporelles et de la cinématique ont été choisies pour étudier les stratégies globales utilisées lors de la tâche. Les variables de stratégie globale sont celles rattachées au comportement du centre de masse (CoM) global du corps, soit a) son abaissement et b) l'étendue (nommée peak-to-peak) de sa vitesse verticale au toucher¹¹.

TABLEAU 2 : R2 et coefficients bêta

	R2	Coefficients bêta		
				p
TUG	,426	Extenseurs du genou	,398	<0,001
		Dorsifléchisseurs de la cheville	,234	0,002
BBS	,409	Dorsifléchisseurs de la cheville	,387	<0,001
		Extenseurs du genou	,252	0,02
10MWT	,618	Dorsifléchisseurs de la cheville	,448	<0,001
		Extenseurs du genou	,213	0,02
		Fléchisseurs du genou	,179	0,03

Retombées cliniques

Cette étude a permis de décrire des profils de force et de capacité aux déplacements pour la plus grande cohorte de personnes atteintes des phénotypes DM1-AC et DM1-AT à ce jour et, pour la première fois, séparément pour chacun des phénotypes.

Bien que moins atteintes, une proportion importante des personnes présentant le phénotype DM1-AT ont des pertes de force musculaire substantielles aux MIs et des limitations aux déplacements. De même, des pertes de force mesurées au BMQ et des limitations aux déplacements ont été notées chez les participants cotés 1 et 2 sur la MIRS où, par définition, aucune faiblesse des MIs n'est mesurée au BMM¹¹. Considérant le faible niveau d'activité physique des personnes atteintes de DM1¹² ainsi que la démonstration de l'absence d'effet délétère de l'exercice chez cette population¹³ en clinique, il est d'ores et déjà recommandé aux personnes présentant le phénotype DM1-AC de maintenir un niveau d'activité physique suffisamment élevé afin de préserver leur force musculaire et ainsi de demeurer le plus longtemps possible fonctionnelles. Les pertes de force musculaire et les limitations aux déplacements mesurées dans notre échantillon de personnes présentant le phénotype DM1-AT et de personnes cotées 1 ou 2 sur la MIRS démontrent la nécessité de recommander et d'encourager le maintien d'un niveau d'activité physique suffisamment élevé chez le phénotype DM1-AT, et très tôt dans la maladie pour les deux phénotypes, c'est-à-dire dès les premières cotes de la MIRS.

Une dimension importante de l'évaluation de la force musculaire des MIs en DM1 réside dans le choix de la méthode d'évaluation. La comparaison des résultats des deux méthodes utilisées désigne le BMQ comme un outil plus valide que le BMM pour la mesure de la force en DM1. Alors que les scores au BMM montrent une force normale, le BMQ permet de détecter des pertes de force chez le phénotype DM1-AT de même que pour les personnes cotées 1 ou 2 sur la MIRS, suggérant une atteinte musculaire plus précoce que ce que l'utilisation du BMM seul aurait indiqué. De plus, au contraire du BMM, les résultats au BMQ sont cohérents avec les scores aux tests fonctionnels. La grande variabilité des cotes attribuées à l'aide du BMM pour une même torque confirme également que le BMQ permet une mesure plus précise et discriminante de la force. Considérant la lente progression de la perte de

force en DM1, le BMQ est une méthode certainement plus appropriée pour évaluer les déficiences musculaires chez cette clientèle et prendre les bonnes décisions cliniques qui sont nécessairement guidées par la localisation et l'ampleur des faiblesses musculaires.

Les analyses de régression effectuées confirment que les dorsifléchisseurs de la cheville et les extenseurs des genoux sont de bons indicateurs de la fonction des MIs chez les patients DM1. Ces groupes musculaires devraient donc être des cibles d'évaluation et d'intervention de choix en réadaptation.

Conclusion

Cette étude a permis de dresser un portrait des déficiences musculaires des MIs et des capacités aux déplacements pour chacun des phénotypes DM1-AC et DM1-AT de la DM1. Cette étude a aussi permis d'explorer l'effet de la faiblesse des groupes musculaires évalués sur les capacités aux déplacements de cette population. Ces résultats pourront contribuer à optimiser la prise en charge clinique des personnes atteintes de ces phénotypes de la DM1 par des interventions ciblées sur les besoins de chacune. Les répercussions d'autres déficiences musculaires ou d'autres systèmes sur les capacités aux déplacements chez les patients DM1 devront aussi être étudiées afin de mieux comprendre l'impact de ces différents facteurs sur le rendement fonctionnel optimal de cette clientèle. Enfin, de plus amples recherches seront nécessaires pour établir un profil plus complet des atteintes musculaires et des limitations physiques, ainsi que pour déterminer leur rythme de progression chez chacun des phénotypes DM1-AC et DM1-AT séparément. Ces résultats peuvent modifier la pratique des physiothérapeutes et T.R.P., car ils suggèrent fortement de revoir les méthodes d'évaluation de la force musculaire chez cette clientèle et d'abandonner l'utilisation du BMM au profit de méthodes quantifiées. ■

Références

1. Mathieu, J., M. De Braekeleer, C. Prévost et C. Boily. « Myotonic dystrophy: clinical assessment of muscular disability in an isolated population with presumed homogeneous mutation », *Neurology*, janv. 1992, vol. 42, no 1, p. 203-208.
2. Harper, P. *Myotonic dystrophy*, 3e éd., Londres, WB Saunders, 2001.
3. Mathieu, J., M. De Braekeleer et C. Prévost. « Genealogical reconstruction of myotonic dystrophy in the Saguenay-Lac-Saint-Jean area (Quebec, Canada) », *Neurology*, mai 1990, vol. 40, no 5, p. 839-842.
4. Harley, H.G., S.A. Rundle, J.C. MacMillan et coll. « Size of the unstable CTG repeat sequence in relation to phenotype and parental transmission in myotonic dystrophy », *Am J Hum Genet*, juin 1993, vol. 52, no 6, p. 1164-1174.
5. International Myotonic Dystrophy Consortium. « New nomenclature and DNA testing guidelines for myotonic dystrophy type 1 (DM1) », *Neurology*, mars 2000, vol. 54, no 6, p. 1218-1221.
6. Arsenaault, M.E., C. Prévost, A. Lescault, C. Laberge, J. Puymirat et J. Mathieu. « Clinical characteristics of myotonic dystrophy type 1 patients with small CTG expansions », *Neurology*, avril 2006, vol. 66, no 8, p. 1248-1250.
7. Mathieu, J., H. Boivin et C.L. Richards. « Quantitative motor assessment in myotonic dystrophy », *Can J Neurol Sci*, mai 2003, vol. 30, no 2, p. 129-136.
8. Hébert, L.J., J.F. Remec, J. Saulnier, C. Vial et J. Puymirat. « The use of muscle strength assessed with handheld dynamometers as a non-invasive biological marker in myotonic dystrophy type 1 patients: a multicenter study », *BMC Musculoskeletal Disord*, 2010, p. 11-72.
9. Cup, E.H., A.J. Pieterse, S. Knuijt et coll. « Referral of patients with neuromuscular disease to occupational therapy, physical therapy and speech therapy: usual practice versus multidisciplinary advice », *Disabil Rehabil*, mai 2007, vol. 29, no 9, p. 717-726.
10. Hogrel, J.Y., C.A. Payan, G. Ollivier et coll. « Development of a French isometric strength normative database for adults using quantitative muscle testing », *Arch Phys Med Rehabil*, oct. 2007, vol. 88, no 10, p. 1289-1297.
11. Mathieu, J., H. Boivin, D. Meunier, M. Gaudreault et P. Bégin. « Assessment of a disease-specific muscular impairment rating scale in myotonic dystrophy », *Neurology*, fév. 2001, vol. 56, no 3, p. 336-340.
12. Gagnon, C., M.C. Chouinard, L. Laberge et coll. « Prevalence of lifestyle risk factors in myotonic dystrophy type 1 », *Can J Neurol Sci*, janv. 2013, vol. 40, no 1, p. 42-47.
13. Voet, N.B.M., E.L. van der Kooij, I.I. Riphagen, E. Lindeman, B.G.M. van Engelen et A.C.H. Geurts. « Strength training and aerobic exercise training for muscle disease », *Cochrane Database Syst Rev*, janv. 2010, no 1, CD003907.

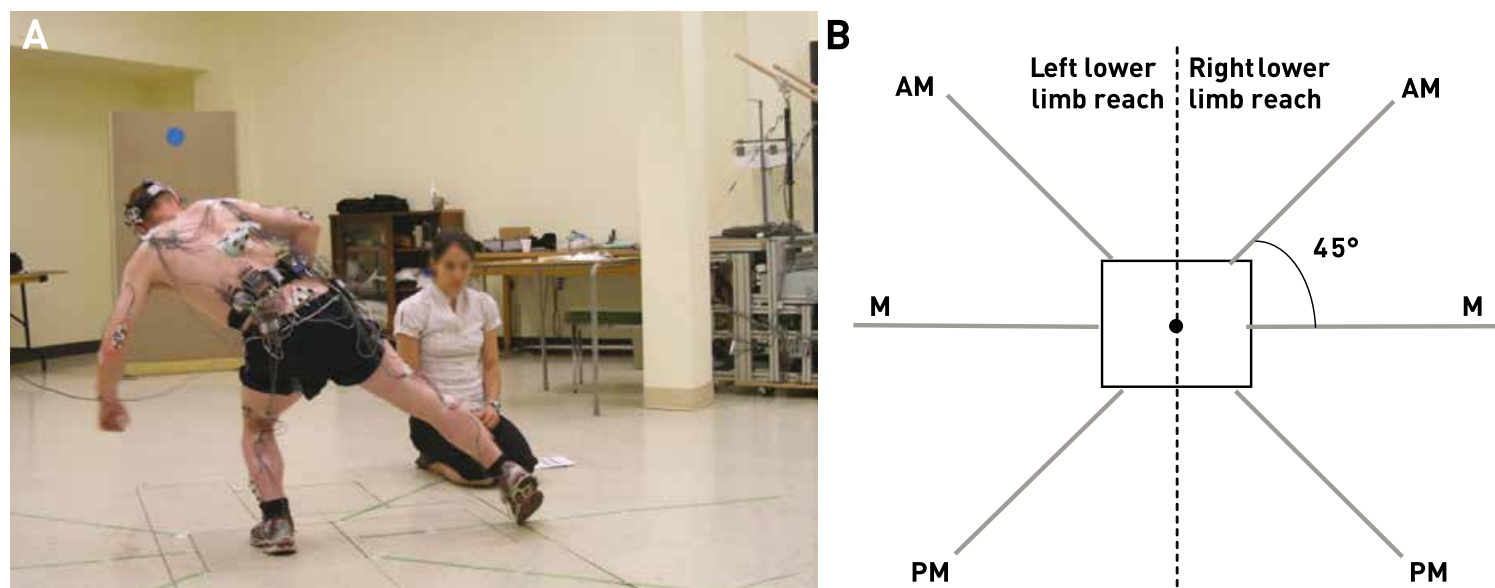


FIGURE 1 : Montage expérimental du SEBT lors de l'évaluation en laboratoire⁹.

A : exemple d'un participant effectuant le test pour le membre inférieur gauche en direction médiale au SEBT ;

B : les diverses conditions étudiées par le test SEBT

Analyse statistique

Pour l'objectif 1, la validité concomitante de l'estimation visuelle de la DMA avec une mesure étalon a été évaluée à partir d'un calcul de coefficient de corrélation intraclass (CCI ; 95 % IC) et du R2 ajusté de la régression de ces variables. Pour l'objectif 2, des tests non paramétriques (*Mann-Whitney Exact Test*) ont été utilisés pour comparer les caractéristiques personnelles des participants et leurs résultats aux questionnaires fonctionnels entre les groupes. Des analyses multivariées ont permis de déterminer s'il y avait un effet du groupe et du membre inférieur (membre lésé et non lésé, comparativement au membre dominant du groupe témoin) pour les variables de stratégies globales étudiées dans les différentes conditions du test. Les différences de moyenne (DM) intergroupe et leur intervalle de confiance (IC 95 %) ont été calculés pour les résultats significatifs.

Résultats

Voir figures de l'article¹¹ au
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25515309>

OBJECTIF 1 : Des corrélations très importantes et hautement significatives ($p < 0,001$) entre l'estimation visuelle et la mesure de DMA prise par l'Optotrak 3D ont été démontrées pour l'échantillon complet (R2 ajusté : 0,98). Le niveau de concordance entre ces mesures était aussi excellent pour chaque groupe et pour toutes les directions (CCI global : 0,991 ; 95 % IC [0,989-0,993]).

OBJECTIF 2 : Les caractéristiques personnelles des groupes avec ou sans ELC étaient comparables, mais leur capacité fonctionnelle différait, et ce, à 8 semaines post-entorse. Le groupe ELC avait une capacité fonctionnelle inférieure (module FAD1 sport : $79,4 \pm 18,4$ comparativement à $98,1 \pm 2,6$; LEFS : $73,3 \pm 6,8$ comparativement à $79,1 \pm 1,4$; $p < 0,05$) ainsi qu'un moins

bon résultat au SEBT dans toutes les directions sauf la direction M du membre non lésé (DM [95 % IC] : 3,13 % de la taille [0,87-5,40] à 4,56 % de la taille [1,47-7,65], $p < 0,05$; figure 4¹¹). Lors du toucher, le groupe ELC démontrait une plus petite amplitude d'abaissement du CoM et une plus petite étendue des variations de vitesse verticale que le groupe témoin dans toutes les directions étudiées ($p < 0,05$; figure 2A¹¹). Ces résultats suggèrent que les stratégies motrices globales le long de l'axe vertical autour du toucher sont modifiées à la suite d'une ELC. Des différences entre les deux membres (lésé et non lésé) du groupe ELC et le membre dominant du groupe témoin ont été mises en évidence pour la variable d'abaissement du CoM dans les directions d'atteinte AM et PM ($p < 0,05$; figure 4B¹¹).

Discussion

Nos travaux ont démontré la validité concomitante de la DMA estimée visuellement par un évaluateur à la fois par une forte association avec la mesure étalon et par des coefficients élevés de corrélation intraclass entre les deux méthodes de mesure. Cette excellente validité concomitante justifie d'utiliser la procédure clinique standardisée de passation du SEBT afin de limiter les erreurs de mesure. Cette procédure prévoit une mesure de la DMA pendant le test, à l'aide de rubans à mesurer apposés au sol et de marqueurs autocollants utilisés par l'évaluateur au moment de l'atteinte (contact au sol). Cette procédure diffère de celle qui a été décrite dans la littérature jusqu'à maintenant, soit une mesure réalisée à l'aide d'un ruban à mesurer non fixé au sol et à la suite du mouvement d'atteinte.

À l'aide des variables de stratégie motrice globale, nous avons par ailleurs mis en lumière les altérations du contrôle moteur caractérisant les moins bons résultats au SEBT des individus avec ELC, comparativement à celles d'un groupe témoin. Le moins bon résultat au SEBT du groupe ELC pourrait s'expliquer par des altérations des stratégies motrices, notamment par un moins grand abaissement du CoM. En effet, l'abaissement du CoM lors du SEBT permet d'accroître la stabilité corporelle au moment où le membre inférieur est projeté dans la direction d'atteinte. La démonstration de la présence d'altérations bilatérales du contrôle moteur à la suite d'une ELC est également un résultat inédit, particulièrement en ce qui a trait à la mise en évidence d'une altération des stratégies motrices et de l'organisation du mouvement à partir de variables globales. La présence d'altérations bilatérales

dans les performances motrices lors de tâches complexes à la suite d'une ELC avait été suggérée⁶. Depuis la publication de nos travaux¹¹, un autre groupe de chercheurs a confirmé l'altération bilatérale des stratégies motrices lors du SEBT à la suite d'une première ELC¹².

Conclusion

Nos travaux ont démontré la pertinence du SEBT pour évaluer la qualité du contrôle moteur des personnes avec une ELC. D'abord, la distance maximale d'atteinte, soit la variable de performance à ce test, se mesure facilement dans un contexte clinique et est tout aussi valide que celle mesurée avec une instrumentation sophistiquée. D'autre part, la diminution de la DMA et l'altération des stratégies motrices et du contrôle moteur chez les personnes avec ELC démontrent bien le potentiel de cette mesure pour le suivi de leur récupération motrice. Enfin, la démonstration d'une altération bilatérale du contrôle moteur à la suite d'une ELC souligne l'importance d'une rééducation plus globale qui ne se limite pas à la cheville blessée.

Ces travaux, réalisés dans le cadre de mon projet de maîtrise au CIRRIIS, à l'Université Laval, ont été cités dans deux articles scientifiques^{9,11}. Je tiens à remercier l'ensemble des participants, les organismes subventionnaires qui ont soutenu mes études et le projet (OPPQ-REPAR, IRSC, CIRRIIS) et les chercheurs (Hélène Moffet, Ph. D., pht ; Laurent Bouyer, Ph. D. ; Marc Perron, M. Sc., pht ; Luc J. Hébert, Ph. D., pht ; Jean Leblond, Ph. D.) et les professionnels de la physiothérapie de la base militaire de Valcartier qui ont participé à ce projet. ■

Références

1. Cameron, K.L. et coll. *J Athl Train*, 2010, p. 29-38.
2. Waterman, B.R. et coll. *J Bone Joint Surg Am*, 2010, p. 2279-2284.
3. van Rijn, R.M. et coll. *Am J Med*, 2008, p. 324-331.
4. Munn, J. et coll. *J Sci Med Sport*, 2010, p. 2-12.
5. Arnold, B.L. et coll. *Med Sci Sports Exerc*, 2009, p. 1048-1062.
6. Wikstrom, E.A. et coll. *Gait Posture*, 2010, p. 407-414.
7. Hertel, J. et coll. *J Orthop Sports Phys Ther*, 2006, p. 131-137.
8. Gribble, P.A. et coll. *Meas Phys Ed Exerc Sc*, 2003, p. 89-100.
9. Bastien, M. et coll. *J Sport Rehabilitation*, 2014, p. 44-55.
10. Martin, R.L. et coll. *J Orthop Sports Phys Ther*, 2007, p. 72-84.
11. Bastien, M. et coll. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2014, p. 436, en ligne [<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25515309>]
12. Doherty, C. et coll. *Journal of Athletic Training*, 2015, p. 651-664.



Méliissa Bédard

Une mesure goniométrique fidèle des mouvements de l'avant-bras

INTRODUCTION

Il est souvent nécessaire de faire le bilan articulaire des mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras lors de l'évaluation d'une blessure au membre supérieur, soit pour identifier une déficience de mobilité, soit pour évaluer le résultat des traitements. Contrairement à celle d'autres mouvements, la méthode d'évaluation de la mobilité de ces mouvements ne fait pas consensus.

Depuis plusieurs années, une méthode « maison » est enseignée à l'Université de Montréal pour mesurer les mouvements de l'avant-bras. Cette méthode vise à respecter à la fois la biomécanique des mouvements et l'anatomie des articulations radio-ulnaires en prenant une mesure qui utilise les os de l'avant-bras comme point de repère. Les qualités clinicométriques de cette mesure, dont la fidélité, ne sont pas connues.

La fidélité, soit la reproductibilité d'une mesure, est une qualité fondamentale de toute mesure. Généralement, les mesures goniométriques présentent une bonne fidélité « intrajuge » (mesures prises par la même personne) et « interjuge » (mesures prises par plus d'un évaluateur)¹.

Une recension des écrits a permis de trouver quelques études portant sur la fidélité des mesures articulaires de la pro-supination²⁻⁷. Par contre, dans certains articles^{3,5,6}, la méthode utilisée est peu décrite et difficile à reproduire. De plus, certaines des méthodes analysées sont des mesures fonctionnelles lors desquelles l'alignement du goniomètre se fait à distance des os de l'avant-bras, par exemple à l'aide d'un crayon tenu dans la main⁴. Ces méthodes de mesure plus fonctionnelles nous renseignent peu sur la mobilité spécifique à l'avant-bras. La méthode testée dans la présente étude (méthode « maison ») permet de respecter la mécanique des os de l'avant-bras et de limiter les compensations par le mouvement d'autres articulations, car le goniomètre est placé directement sur les os de l'avant-bras.

Le but de la présente étude pilote est de documenter chez des sujets sains la fidélité intrajuge et interjuge de cette méthode « maison » d'évaluation des mouvements actifs de l'avant-bras. Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en santé (CÉRES) de l'Université de Montréal.

MÉTHODOLOGIE

► PARTICIPANTS

Les 41 participants à l'étude ont été recrutés à l'École de réadaptation de l'Université de Montréal. Pour être inclus

dans l'étude, ils devaient être en bonne santé, avoir plus de 18 ans et ne pas présenter les critères suivants : condition médicale instable, atteinte ou pathologie affectant les deux membres supérieurs, incluant les conditions orthopédiques, neurologiques, rhumatoïdes ou syndromes douloureux.

► DEVIS EXPÉRIMENTAL

Les données démographiques ont été recueillies par l'une des étudiantes impliquées dans l'étude. Par la suite, chacun des participants a été évalué lors de deux séances, l'une en matinée et l'autre en après-midi de la même journée, par deux évaluatrices. Lors de chacune des séances, chaque évaluatrice a mesuré à deux reprises le mouvement de supination et de pronation du côté dominant chez chacun des participants. L'ordre des évaluateurs et des mouvements a été déterminé de façon aléatoire.

► PROCÉDURE

La mesure des mouvements a été réalisée alors que le participant était assis sur une chaise, dos non appuyé, coude fléchi à 90°, avant-bras et poignet en position neutre. La branche fixe du goniomètre en métal de 35 cm était appliquée sur la partie distale du radius et de l'ulna sur la face antérieure pour la supination ou postérieure pour la pronation, la branche mobile était perpendiculaire au sol, tout en gardant le centre articulaire le plus près possible en proximal de la styloïde ulnaire (voir figures 1 et 2). Les mouvements actifs et non douloureux ont été évalués.

FIGURE 1 : mesure de la pronation



FIGURE 2 : mesure de la supination



► STATISTIQUES

Des statistiques descriptives ont été réalisées pour les données démographiques et pour les amplitudes mesurées. La fidélité a été estimée à l'aide de coefficients de corrélation intraclass (ICC2 [1,1]) et les erreurs types de mesure (SEM) ainsi que les changements minimaux détectables (MDC) ont été calculés. Le MDC représente le changement minimal requis pour être considéré réel chez un individu.

RÉSULTATS

La moyenne d'âge des participants était de 24 ans (18-43). La moyenne des deux mouvements calculée à partir des mesures prises par les deux évaluateurs est présentée dans le tableau 1. Ce tableau présente aussi l'étendue des coefficients de fidélité, les SEM et MDC.

TABLEAU 1 : Moyenne des amplitudes et coefficients de fidélité

	PRONATION ACTIVE	SUPINATION ACTIVE
Amplitude	80,2° ± 9,3°	89,5° ± 5,1°
ICC (ICC2 [1,1])	Intrajuge : 0,79-0,80 Interjuge : 0,76-0,85	Intrajuge : 0,59-0,60 Interjuge : 0,59-0,60
SEM	Intrajuge : 4° Interjuge : 4°-5°	Intrajuge : 3° Interjuge : 3°
MDC	Intrajuge : 11°-12° Interjuge : 10°-13°	Intrajuge : 9° Interjuge : 8°-10°

DISCUSSION

Les amplitudes mesurées chez nos participants correspondent à celles rapportées dans les livres de référence de goniométrie⁸. Les petits écarts-types démontrent une homogénéité de l'échantillon particulièrement en supination.

Selon les critères de Portney et Watkins⁹, la fidélité, autant intrajuge que interjuge, est bonne en pronation et modérée en supination. En effet, les

coefficients de corrélation démontrent une fidélité en pronation supérieure à celle de la supination. Cette différence peut s'expliquer par une plus grande possibilité d'erreurs de procédure lors de la supination, entre autres parce que le repérage de la styloïde ulnaire est plus difficile en supination. L'homogénéité peut aussi influencer sur les coefficients, tant au point de vue des mesures que de l'âge de l'échantillon. Les SEM et MDC, qui ont une signification clinique plus importante puisqu'ils sont exprimés en degrés, sont plus petits pour la supination, et ce, malgré des coefficients moindres.

Même si l'étude apporte des informations intéressantes pour le travail clinique, certaines limites peuvent être soulevées. D'abord, les évaluatrices n'étaient pas aveugles à leur propre mesure et elles étaient relativement peu expérimentées, ce qui a pu influencer sur les mesures. Par ailleurs, l'échantillon n'est pas représentatif de la population générale ni de celle avec des pathologies.

CONCLUSION

Cette étude de la méthode « maison » d'évaluation de pronation et de supination active chez des sujets sains démontre une fidélité assez bonne pour suggérer son utilisation en clinique. Il serait cependant intéressant que la recherche documente la fidélité de cette méthode chez une population avec atteinte au membre supérieur.

Répercussions en clinique

Lors d'utilisation en clinique, un changement minimal de 13° en pronation et de 10° en supination est nécessaire pour être considéré comme réel.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient madame Julie Bérubé qui a été d'une aide précieuse à la rédaction de cet article ainsi que tous les participants sans qui l'étude n'aurait pas été possible.

Références

- Gadjosik, R.L., et R.W. Bohannon. « Clinical Measurement of Range of Motion: Review of Goniometry Emphasizing Reliability and Validity », *Physical Therapy*, 1987, vol. 67, p. 1867-1872.
- Colaris, J., M. Van der Linden, R. Selles, N. Coene, J. Hein Allema et J. Verhaar. « Pronation and supination after forearm fractures in children: Reliability of visual estimation and conventional goniometry measurement », *Injury*, juin 2010, vol. 41, no 6, p. 643-646.
- Gadjosik, R.L. « Comparison and reliability of three goniometric methods for measuring forearm supination and pronation », *Perceptual and Motor Skills*, 2001, vol. 93, p. 353-355.
- Karagiannopoulos, C., M. Sitler et S. Michlovitz. « Reliability of 2 functional goniometric methods for measuring forearm pronation and supination active range of motion », *Journal of Orthopedic and Sports Physical Therapy*, 2003, vol. 33, p. 523-531.
- Armstrong, A.D., J.C. MacDermid, S. Chinchalkar, R.S. Stevens et G.J. King. « Reliability of range-of-motion measurement in the elbow and forearm », *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 1998, vol. 7, p. 573-580.
- Flowers, K.R., J. Stephens-Chisar, P. LaStayo et B.L. Galante. « Intrarater reliability of a new method and instrumentation for measuring passive supination and pronation: A preliminary study », *Journal of Hand Therapy*, 2001, vol. 14, p. 30-35.
- Johnson, P.W., P. Jonsson et M. Hagberg. « Comparison of measurement accuracy between two wrist goniometer systems during pronation and supination », *Journal of electromyography and kinesiology*, 2002, vol. 12, p. 413-420.
- Norkin, C., et D.J. White. *Measurement of joint motion : a guide to goniometry*, 4e édition, F.A. Davis Company, Philadelphie, 2009.
- Portney, L.G., et M.P. Watkins. *Foundations of clinical research : Applications to practice*, Upper Saddle River Editions, New Jersey, 2000.

Un prix décerné au programme de qualification professionnelle en physiothérapie



Le programme de qualification professionnelle en physiothérapie (QPP) a reçu le prix d'excellence en innovation du rectorat de l'Université de Montréal. Rappelons que ce programme a été mis en place par l'École de réadaptation de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, en collaboration avec l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, afin de favoriser l'intégration au marché du travail québécois des physiothérapeutes formés à l'étranger.

Le programme, dont le développement a été financé par le ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion, a été spécifiquement conçu pour les professionnels de niveau universitaire formés en physiothérapie à l'extérieur du Canada. La réussite du programme permet aux candidats d'obtenir de l'OPPQ un permis de pratique comme physiothérapeute au Québec. Depuis janvier 2014, l'École de réadaptation a accueilli 66 étudiants.

C'est notamment pour son aspect novateur et pour ses activités d'apprentissage de qualité que le programme s'est vu décerner cette récompense.

Félicitations à tous ceux qui ont contribué au succès de ce programme.

Journée de formation avancée en rééducation vestibulaire : un véritable succès !

Le 16 avril dernier, c'est dans une ambiance très stimulante que s'est tenu cet événement unique de formation avancée visant à parfaire les habiletés cliniques des professionnels de la physiothérapie en rééducation vestibulaire.

En plus des 330 membres rassemblés à Montréal, plus d'une centaine de professionnels du Québec et de la France ont eu la possibilité d'assister à cette formation grâce à la webdiffusion.

Les conférenciers — des médecins et physiothérapeutes engagés et enthousiastes à l'idée de partager leur expertise — ont permis aux participants de mettre à jour leurs connaissances sur les données probantes en rééducation vestibulaire, de pousser leur réflexion et leur raisonnement clinique encore plus loin et d'ajouter plusieurs outils à leur pratique clinique.

Si ce domaine de pratique vous intéresse, il est toujours possible de vous inscrire à l'une des formations sur la rééducation vestibulaire : oppq.qc.ca/formation/formation-continue/programme-de-formation-continue-de-lordre/. ■



Les personnes présentes ont également eu l'occasion de découvrir les produits offerts sur le marché grâce au salon des exposants, en plus de profiter de moments d'échange avec leurs pairs et les conférenciers.

Quelques données sur les outils de communication de l'OPPQ (entre le 1^{er} juin 2015 et le 1^{er} juin 2016)

SITE WEB DE L'OPPQ*



± 500 000
visites
enregistrées



± 41 000 visites mensuelles
+ 1 million de pages vues

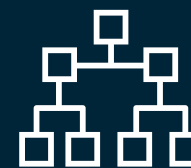


± 80 000 recherches effectuées dans le répertoire des membres



± 100 offres d'emploi publiées dans la page « Petites annonces »

BLOGUE DE L'OPPQ POUR LE GRAND PUBLIC*



oppq.qc.ca/blogue

± 130 000 pages consultées

Des centaines de partages sur les réseaux sociaux
25 professionnels de la physiothérapie y ont partagé leurs connaissances

PAGE FACEBOOK DE L'OPPQ POUR LE GRAND PUBLIC

DEPUIS SA MISE EN LIGNE EN MAI 2015



± 3 170
personnes
suivent la page



150 publications affichées



+ 10 000 interactions enregistrées
(partages, commentaires, j'aime)



+ 145 000 visionnements des vidéos de l'OPPQ

* D'après les données analysées entre le 1^{er} juin 2015 et le 1^{er} juin 2016 dans Google Analytics (outil d'analyse d'activité Web).

Bienvenue à toutes et à tous

INSCRIPTIONS PHYSIOTHÉRAPEUTES

Abi Karam, Ragia
 Aburub, Ala' Sami Mahmoud
 Aghigh, Noorosadat
 Allen Demers, Fannie
 Alzoubi, Fadi
 Applebaum, Eva
 Ariane, Shabeer Ahmad
 Auais, Mohammad
 Baldwin, Kerrie
 Beauséjour, Julie
 Bélanger, Gabrielle
 Benjamin, Claudia
 Bergeron, Philippe
 Bernard, Émile
 Bilodeau, Marie-Claude
 Blanchette, Ariane
 Boucher, Amélie
 Boulay, Roxanne
 Breton, Dominic
 Briand, Michèle
 Brocard, Adam
 Bulger, Kimberly
 Busseau, Yannick
 Buyuklieva, Veneta
 Cabana-Boucher, Gabriel
 Caicedo, Maria-Inès
 Campagna Wilson, Lucie
 Cao, Sangni
 Caron, Jean-Maxime
 Caron-Gamache, Elizabeth
 Carrier, Sarah
 Castonguay, Rosine
 Champagne, Audrey
 Champagne, Julie-Anne
 Chan, Adrienne
 Charbonneau, Janick
 Chiasson, Jenyère
 Chrétien, Caroline
 Chung Wing, Michael
 Courteau-Godmaire, Claudine
 Coutrins Balestra, Kenia
 Cristina
 Couturier, Pierre-Luc
 Culhane, Leo
 Da Silva Luz, Alessandro
 Carlos
 Dahan, Jessica
 Dee, Anne Mariel
 Delbecq, François
 Deli Hussein, Roni

Des Ruisseaux-Langlois, Joé
 Desgagné, Corinne
 Di Dong, Xin
 Dionne, Alexandre
 Dionne, Monika
 Dolan, Katelyn
 Dong, Xuan Huy Harry
 Doslo, Dajana
 Doucette, Ariane
 Drolet, Caroline
 Dubé, Kamille
 Dubois, Florence
 Dufour, Philippe
 Duncan, Kristen Rose
 Dupont, Emmanuelle
 Elsayed, Maher
 Feldhammer, Sarah
 Fernandes Alvarenga, Tiago
 Fournier Belley, Amélie
 Fournier, Vincent
 Fradet, Sarah
 Freire Santos, Gilson
 Gadoury, Priscilla
 Garant, Stéphanie
 Gendron, Christophe
 Gendron, Sue-Anne
 Giguère, Anabelle
 Girard, Endrick
 Godhue, Nadia
 Godin-Lambert, Karine
 Goes De Castro, Priscilla
 Gosselin, Jessica
 Grégoire, Christine
 Guay, Carolyne
 Hamel, Matthieu
 Hamel, Valérie
 Hsieh, Tina
 Huberdeau, Jessyca
 Jean, Nathalie
 Jetté, Mathieu
 Juste, Evans
 Jutras, Laurence
 Kearvell, Kimberly
 Kelly, Jaclyn
 Kundrat Brasil, Adriana
 Kwiatkowska, Michalina
 Labrie, Isabelle
 Lacroix, Caroline
 Lamontagne, Marie-Andrée
 Lamontagne, Simon
 Lamy, Julien
 Langis, Alexandre

Laplante-Laberge, Xavier
 Laporte, Virginie
 Laroche, Josée
 Lauzière, Jean-Philippe
 Leclerc, Rachelle
 Leitao Pereira, Nadajna
 Ornila
 Lemelin, Marlène
 Lemery, Olivia
 Lepage, Alexandra
 Lesieur, Marie-Philippe
 Lévesque, Catherine
 Longtin, Christian
 Loo, Catherine Alison
 Lu, Xiao Meng
 Luong, Marie-Rose
 Mallet, Jocelyn
 Marcotte, Sophie
 Marsalik, Magdalena
 Martin, Laurence
 Martin, Tania Lauren Marie
 Mate, Kedar K.
 Matos, Amanda
 Meilleur-Durand, Melody
 Mhaweji, Marie-Antoinette
 Michael, David
 Minville, Eloïse
 Montambault, Mathilde
 Montembeault, Roxane
 Montpetit, Tanya
 Moquin, Sylvie
 Morin-Gosselin, Roxanne
 Nadeau, Alec
 Nguyen, Nicholas
 Okilj, Maja
 Paquin, Sara
 Parada Salazar, Heriberto
 Patry McMillan, Carole-Anne
 Patry, Sarah
 Pelletier, Scinthia
 Perrotti, Romina
 Picard, Anne-Julie
 Pilon, Stephanie
 Posthuma, Ruth
 Pottier, Samantha
 Quessy, Phillip
 Raje, Uma
 Richard Solomon, Chloé
 Richard, Marie-Pier
 Rioux-Franks, Annie-Claude
 Robitaille, Isabelle
 Roszkowski, Anne Marie

Royer, Nicolas
 Sacerwicz, Julie
 Samson, Katherine
 Sanchez, Carolina
 Savard, Geneviève
 Savoca, Damiano
 Schouela, Victoria
 St-Pierre Robert, Émilie
 Sylvestre, Charles-Olivier
 Ta, An-Tchi
 Tanguay, Nicolas
 Tassitano Dit Spain, Myriam
 Tessier, Luc
 Théorêt, Laurence
 Truong, Wing Ting
 Turcotte, Cyndia
 Vallières, Paméla
 Videnova Nikolaeva, Vanya
 Viel, Julie
 Vigneault, Camille
 Violette, Anne-Marie
 Weixi Li, Brian
 White, Stephanie
 Wight, Sara
 Yang, Min Jie
 Yang, Weiyi
 Yang, Xiao Ting
 Zavadovskaya, Tatyana
 Zhu, Helen
 Zhuo Wei, Feng

INSCRIPTIONS THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

Andrews-Côté, Véronique
 Amano, Jérémy
 Beaudet, Mireille
 Beaugrand-Champagne,
 Geneviève
 Bédard, Amélie
 Bélair, Mélanie
 Bélisle-L'Anglais, Sandra
 Bellerive, Noémie
 Labbé, Eugénie
 Labonté, Audrey
 Lamoureux, Jason
 Laverdière, Jessica
 Leblanc, Roxanne
 Leclerc-Charette, Jean-
 François
 Lessard, Noémy

Boudreault, Marie-Pier
 Brodeur, Annik
 Brunelle-Gillard, Jessica
 Brunette, Phylcia
 Chapdelaine, Noémie
 Chevarie, Mathieu
 Ciciola, Claudia
 Clark, Justin
 Coallier, Josiane
 Corbeil, Alexandre
 Couturier, Christina
 Crevier-Morin, Maude
 Cronier-Grenier, Janie
 Dame, Joanie
 De Muy Larose, Magalie
 Delage, Émilie
 Deschênes, Marianne
 Deslauriers, Laurence
 Despars, Gabrielle
 Doré, Sara-Eve
 Dostie, Alexandra
 Drolet, Josée-Anne
 Dubord, Geneviève
 Dufresne, Sarah
 Dugas, Josiane
 Duguay, Cathy
 Duguay, Véronic
 Dumont, Kathleen
 Escobar, Sandra Milena
 Fedouai, Anissa
 Fink-Mercier, Marianne
 Fopa Kongni, Blaise
 Fortin, Carole-Ann
 Gagné, Alex
 Gagnon, Élodie
 Galarneau, Noémie
 Gauthier, Sandra
 Gélinas, Marie-Anne
 Giguère, Joanie
 Guévremont, Jécika
 Jarry, Gabrielle
 Jetté-Paquette, Perline
 Katsivalis, Angie
 Kenney, Isabelle
 Labbé, Eugénie
 Labonté, Audrey
 Lamoureux, Jason
 Laverdière, Jessica
 Leblanc, Roxanne
 Leclerc-Charette, Jean-
 François
 Lessard, Noémy

Lévesque, Andrée-Anne
 Marques De Gouveia, Kleidy
 Cristina
 Martin, Anne-Marie
 Martin, Natacha
 Méthot, Nicolas
 Morasse, Chanelle
 Morin, Laurence
 Morin, Marc-Antoine
 Museau, Anne-Thérèse Régine jr
 Naghmouchi, Nesrine
 Nobert, Caroline
 Noreau, Jessica
 Ouellet, Sophie
 Ouk, Victoria Phan
 Paquet, Sabrina
 Paquette, Myriam
 Pelletier, Myriam
 Pelletier-Brochu, Charles
 Pépin, Alexandra
 Plante, Roxanne
 Poirier, Audrey
 Poitras Després, Joanny
 Raiche, Marie-Pier
 Rainville, Marie-Laurence
 Reimnitz, Mélissa
 Roussel, Louis-Charles
 Roussel, Marc-André
 Routhier, Éloïse
 Salazar, Legna
 Sandoval-Linares, Kathy
 Rossania
 Sayles, Nathaniel
 Taillefer, Melanie
 Tellier, François
 Tremblay Wood, Alison
 Tremblay, Catherine
 Tremblay, Étienne
 Tremblay, Pascale
 Turgeon, Emilie
 Vaillancourt, Amélie
 Vilayvong, Jordan
 Zinno, Sophia

INSCRIPTIONS – T.R.P. À PHYSIOTHÉRAPEUTE

Bérubé, Guillaume
 Bigras, Renée
 Bouchard, Marc-Antoine
 Bourassa, Claire
 Daigle, Frédérique

Desrosiers, Simon
 Dupont Giard, Michèle
 Fournier, Maude
 Gourde, Marie-Christine
 Paquet, Anne-Sophie
 Pelland, Marie-Ève
 St-Pierre, Karine
 Tanguay, Julie

RÉINSCRIPTIONS

Albert, Kayla
 Amira, Rouina
 Audet, France
 Beaudoin, Nathalie
 Beaudry, Dominique
 Bélanger, Annie
 Bélec, Valérie
 Belzile, Ariane
 Bilodeau, Mélissa
 Bos, Sophie
 Brousseau, Francine
 Cantin-Aubert, Marie-Ève
 Chaffey, Stephanie
 Chagnon, Solymar
 Champagne, Catherine
 Charbonneau, Joanie
 Chartier, Marie-Pier
 Clavet, Heidi
 Cliche, Anne-Marie
 Cotton, Marie Eve
 Crevier Chabot, Nathalie
 Croft, Francis-Joël
 Cronin, Marie-Ève
 D'Amours, Serge
 Desbois, Odile
 Desormeaux, Julie
 Drouin, Dany
 Dulong, Marie-Ève
 Duval, Audrey
 Farly, Marilyn
 Gagnon, Mélissa
 Gemme-Giroux, Émilie
 Gordon-Loiello, Kirstie
 Gouin, Caroline
 Goulet, Andrée-Ann
 Gourde, Esther
 Grenier, Valérie
 Harvey, Audrey
 Hong, Luke Samuel
 Hudon, Geneviève
 Jolin, Marie-Ève
 Jouvin, Ludovic

Labelle, Valérie
 Laberge, Audrey
 Lacharité, Andréanne
 Lamarre-Biebuyck, Pascale
 Lapointe, Marie-Pier
 Lavigneur-Blouin, Audrey-Ève
 Lebrouk, Mina
 Leclerc, Audrey
 Lehoux, Kathy
 Létourneau, Lorie
 Levasseur, Lydia
 Mailhot, Caroline
 Mainella, Christopher
 Martin, Cynthia
 McCann, Véronic
 Messier-Viau, Maryse
 Michaels, Robin
 Morasse, Caroline
 Morin, Christine
 Nadeau, Isabelle
 Nadeau, Mélissa
 Néron, Marielle
 Nkongolo Mamhy, Ngole
 Nwankwo, Jennifer
 Paquet, Dominique
 Paquin, Valérie
 Parizeault, Kim
 Pélissier, Mariane
 Pelletier, Valérie
 Pétrosky, Sandra
 Pisco, Amélie
 Poirier, Liette
 Potvin, Chantal
 Price, Michelle
 Privé, Isabelle
 Rail, Julie
 Richard-Carbonneau,
 Marjolaine
 Rocznik, Laine
 Ruel, Jacinthe
 Ruest, Audrey
 Sarra-Bournet, Catherine
 Simard, Mélanie
 Song, Ziqi
 Tardif, Karine M.
 Tarte, Marie-Eve
 Tessier, Marilyn
 Therrien, Catherine
 Turgeon, Emilie
 Zaarour, Georges

PROFESSIONNEL

COMMUNICATEUR

GESTIONNAIRE

EXPERT

COLLABORATEUR

PRATICIEN ÉRUDIT

PROMOTEUR ET DÉFENSEUR DE LA SANTÉ

28
29
OCTOBRE
2016



PHYSIOTHÉRAPIE 360

L'ÉVÉNEMENT
ANNUEL DE
DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL

HILTON SHERATON LAVAL
2440 AUTOROUTE DES LAURENTIDES, LAVAL

Pour plus d'information sur la programmation et pour
vous inscrire, consultez le site Web de l'Ordre.

[oppq.qc.ca/
formation/
formation-continue/
physiotherapie-360/](http://oppq.qc.ca/formation/formation-continue/physiotherapie-360/)



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

PREUVE DE COMPÉTENCE