

PHYSIOTHÉRAPIE :
Approche et
démarche clinique
en gériatrie



Avril 2003

MISSION

L'Ordre a pour mission d'assurer la protection du public en surveillant l'exercice de la physiothérapie par ses membres et en contribuant à leur développement professionnel.

La nature et la qualité des services rendus par les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique doivent répondre aux besoins des personnes et tenir compte de l'évolution de la science et des pratiques physiothérapeutiques.

VALEURS

L'Ordre s'appuie sur des valeurs d'excellence, de respect des personnes et d'engagement pour assurer la réalisation de sa mission.

L'expression de la compétence du physiothérapeute et du thérapeute en réadaptation physique, par des actes professionnels de qualité optimale, traduit leur responsabilisation dans leur recherche de l'excellence.

De plus, le physiothérapeute et le thérapeute en réadaptation physique établissent une relation de confiance avec tous leurs clients et font preuve de respect des personnes, en les traitant avec dignité et intégrité.

L'engagement à leur profession témoigne de leur sentiment d'appartenance et de leur fierté à s'impliquer dans les différents volets de leur profession.

L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec

7151, rue Jean-Talon Est, bureau 1000

Anjou (Québec) H1M 3N8

(514) 351-2770 ou 1-800-361-2001

Télécopieur : (514) 351-2658

Courriel : physio@oppq.qc.ca

Site web : www.oppq.qc.ca

N.B. Toute reproduction de ce document en tout ou en partie doit en indiquer la source.

Afin d'alléger le texte, le mot « Ordre » est employé pour signifier : « Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec ».

Dans le présent texte, le générique masculin est utilisé sans discrimination.

**PHYSIOTHÉRAPIE :
Approche et démarche clinique
en gériatrie**

Table des matières

	page
Liste des schéma et annexes	iv
Remerciements	v
Phases de développement du document.....	vi
Notes au lecteur.....	viii
Préambule	x
1 INTRODUCTION.....	1
2 L'ENGAGEMENT DES PHYSIOTHÉRAPEUTES ET DES THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE EN GÉRIATRIE.....	4
2.1 Les valeurs et les principes.....	4
2.2 La protection du public	4
2.3 Les préjudices d'ordre physique (santé physique et santé générale)	6
3 L'APPROCHE FONCTIONNELLE : CADRE CONCEPTUEL ET APPROCHE CENTRÉE SUR LA TÂCHE	7
3.1 Le cadre conceptuel	7
3.2 L'approche centrée sur la tâche.....	12
4 LA DÉMARCHE CLINIQUE EN GÉRIATRIE.....	14
4.1 La démarche interdisciplinaire	14
4.2 La démarche physiothérapique.....	15
4.2.1 L'évaluation physiothérapique	17
4.2.1.1 L'histoire clinique et la revue des systèmes.....	17
4.2.1.2 Les tests et mesures de résultats	18
A) Les aptitudes : l'incapacité fonctionnelle et les risques de chute	18
B) Les systèmes organiques : la déficience	20
C) La douleur	21
4.2.2 L'opinion physiothérapique	22
4.2.3 L'orientation du traitement	22
4.2.4 L'intervention et la tenue de dossiers	25
4.2.4.1 L'évaluation initiale.....	25
4.2.4.2 Les notes évolutives	26
4.2.4.3 La note de cessation des services	26
4.2.5 Le suivi	27
4.2.6 La cessation des services en physiothérapie	28

5	LES RÔLES DU PHYSIOTHÉRAPEUTE DANS LE RÉSEAU GÉRIATRIQUE ...	29
5.1	Les rôles du physiothérapeute	29
5.2	Le réseau gériatrique.....	30
5.2.1	Les aidants naturels	30
5.2.2	Les ressources à domicile : le centre local de services communautaires (CLSC).....	32
5.2.3	Les ressources spécialisées externes et ambulatoires	33
5.2.3.1	La clinique externe d'évaluation gériatrique	33
5.2.3.2	L'équipe externe ambulatoire de gériatrie et de psychogériatrie	33
5.2.3.3	L'hôpital de jour	33
5.2.3.4	Le centre de jour	33
5.2.4	Les ressources de réadaptation en établissement	34
5.2.4.1	L'unité de courte durée gériatrique (UCDG).....	34
5.2.4.2	L'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)	34
5.2.4.3	L'unité des lits polyvalents.....	35
5.2.5	Les ressources d'hébergement et de soins de longue durée	35
5.2.5.1	La ressource intermédiaire et la ressource de type familial	35
5.2.5.2	Le centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	36
5.2.6	Les ressources dites privées.....	38
5.2.6.1	La résidence privée pour personnes retraitées.....	38
5.2.6.2	Les soins de physiothérapie dispensés dans les établissements publics par le secteur privé	39
6.	CONCLUSION	40
7.	BIBLIOGRAPHIE	41
8.	ANNEXES	44
	Annexe 1	45
	Annexe 2	51
	Annexe 3	56
	Annexe 4	65
	Annexe 5	67
	Annexe 6	68
	Annexe 7	70
	Annexe 8	72
	Annexe 9	74

Annexe 10.....	76
Annexe 11.....	79
Annexe 12.....	86
Annexe 13.....	87
Annexe 14.....	89
Annexe 15.....	90
Annexe 16.....	91

Liste des schéma et annexes

Schéma I	Réseau international sur le Processus de production du handicap
Annexe 1	Extraits d'articles de lois et de règlements pertinents à l'approche et à la démarche clinique en gériatrie
Annexe 2	Échelle de Berg
Annexe 3	Tinetti
Annexe 4	Test de la marche (Step Test)
Annexe 5	Assis à debout
Annexe 6	Test "Timed up and go" (TUG) ou Lever et marcher chronométré
Annexe 7	Vitesse de marche sur 10 mètres
Annexe 8	Test de 6 minutes de marche
Annexe 9	Lever pour marcher (LPM)
Annexe 10	"Timed stair test" (TST)
Annexe 11	"Chedoke McMaster stroke assessment" - section inventaire des incapacités fonctionnelles
Annexe 12	"Bed rise difficulty scale" (BRD)
Annexe 13	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)
Annexe 14	Autres tests fonctionnels
Annexe 15	Échelles d'évaluation de la douleur
Annexe 16	Avis de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec : <i>La participation d'une tierce personne au traitement de physiothérapie</i>

Remerciements

L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec désire remercier sincèrement les physiothérapeutes membres du Comité-conseil en géranto-gériatrie (secteur de Québec) qui, depuis 1997-98, ont contribué à l'élaboration de ce document. L'Ordre souligne l'expertise clinique et la persévérance dont ont fait preuve les physiothérapeutes dans la réalisation de ce mandat.

L'Ordre remercie particulièrement les physiothérapeutes suivants qui depuis 1997-98 ont contribué à la réalisation de ce document ainsi que tous ceux et celles qui y auraient contribué directement et indirectement :

*Gisèle Bourdeau, pht
Joanne Brulotte, pht
Annie Dallaire, pht
Manon Fortier, pht
Sylvie Latour, pht
Claire Lavigne, pht
Violaine Lavoie, pht
François Leblond, pht
Denis Martel, pht, responsable de l'élaboration du document
Jean-Guy Mercier, pht, M. Sc., responsable du Comité-conseil
Gilles Noël, pht, M.B.A.
Jacinthe Ouellet, pht
Céline Rompré, pht
Lyne Simard, pht
Louise Tanguay, pht
Steeve Turcotte, pht*

Phases de développement du document

Phase de démarrage

Au cours de l'année 1997-98, l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec donnait le mandat à son Comité-conseil en gériatrie (secteur Québec) de réviser le *Cahier des évaluations gériatriques*, diffusé par l'Ordre depuis novembre 1993 et proposé alors par le Groupe d'intérêt en géronto-gériatrie (section de Montréal). Cette révision a été menée en pensant plus particulièrement aux professionnels de la physiothérapie qui ont peu ou pas d'expérience en gériatrie ou qui disposent de peu de ressources sur l'approche fonctionnelle préconisée auprès des personnes âgées.

La réalisation de ce mandat tient compte de divers facteurs reliés à la protection du public âgé qui consulte en physiothérapie. Ces facteurs, sont notamment :

- les divers risques de préjudices pour la population âgée consultant en physiothérapie ;
- l'importance de l'information à donner au patient quant aux types d'interventions physiothérapiques posées en gériatrie et quant au pronostic de récupération des conditions présentées par cette partie de la population ;
- l'importance du respect des divers règlements régissant la pratique physiothérapique en général, mais aussi des règlements les plus pertinents à cette clientèle ;
- la nécessité du maintien des connaissances propres à la clientèle âgée, compte tenu de la science en évolution qu'est la gériatrie, pour une pratique sécuritaire et efficace auprès de cette clientèle.

Phase d'élaboration et de consultation

Les membres du Comité-conseil en gériatrie (secteur Québec) ont procédé à une analyse de leur propre pratique et à une recherche documentaire dans les revues scientifiques. Cette phase de recherche ainsi que la phase de rédaction de la première version du document représentent, sans nul doute, la plus grande partie des phases de développement de ce document.

La première version a été déposée à la coordination des affaires professionnelles de l'Ordre en mars 2002. Entre avril 2002 et décembre 2002, un groupe restreint du Comité-conseil a travaillé à préciser le contenu du document avec la coordination des affaires professionnelles.

Le document a été soumis pour consultation en décembre 2002 auprès de différents professionnels et organismes sélectionnés pour leur implication à la clinique, l'enseignement, la gestion ou la recherche liés à l'intervention destinée à la population âgée. Ces professionnels sont un ou des représentants des professions suivantes : ergothérapeute, infirmière, médecin gériatre, physiothérapeute en pratique privée et publique, physiothérapeute chercheur de carrière. Ces professionnels ont commenté la version de décembre 2002 du document à titre personnel ou à titre de représentants

de leur organisation. Les organismes sélectionnés sont les Université Laval, Université de Montréal et Université McGill (par l'entremise des directions de leur programme de physiothérapie), le Bureau de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (par l'entremise de deux physiothérapeutes administrateurs, l'un en pratique publique et l'autre en pratique privée), des établissements de soins (Centre d'hébergement St-Augustin du Centre de santé Orléans, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke) et l'Association des médecins gériatres du Québec.

L'Ordre tient à remercier chaleureusement toute autre personne, association ou organisme qui ont commenté le document lors de la phase de consultation de décembre 2002, mais également dans la phase d'élaboration. Leurs commentaires ont grandement enrichi la version définitive. De plus, l'Ordre tient à préciser que le choix des éléments retenus dans la version définitive de ce document n'engage que lui-même et les physiothérapeutes qui ont contribué à son élaboration.

Phase de diffusion

Le document sera officiellement diffusé lors du Colloque 2003 de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec en septembre 2003. Chaque participant à ce colloque en recevra un exemplaire. Toutefois, il sera disponible, sur demande, pour les physiothérapeutes et pour les thérapeutes en réadaptation physique désireux d'en connaître plus sur cette clientèle.

La consultation de ce document ne remplace pas la formation continue que les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique doivent maintenir pour pratiquer de façon sécuritaire et efficace avec la clientèle âgée.

Notes au lecteur

Note #1 : Recours au terme « équipe interdisciplinaire »

Dans ce document, le lecteur trouvera à plusieurs reprises l'appellation « équipe interdisciplinaire ». Cette appellation est utilisée dans le langage courant des intervenants en santé pour décrire une « équipe multidisciplinaire utilisant une mode de travail interdisciplinaire ».

La littérature distingue bien les concepts « équipe multidisciplinaire » et « mode de travail interdisciplinaire ». Nous recourons cependant aux appellations « équipe interdisciplinaire » ou « approche interdisciplinaire » pour décrire la participation des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique au sein des équipes de soins, et ce, dans un esprit de simplicité de langage et de réalisme émanant de la pratique sur le terrain.

Note #2 : Pratique des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique en gériatrie

Le présent document, en préparation depuis 1997-98, vise spécifiquement la démarche clinique du physiothérapeute, lequel œuvre avec les thérapeutes en réadaptation physique au sein d'équipes interdisciplinaires. Ces derniers ont intégré l'Ordre à la suite du *Décret 923-2002 Thérapeutes en réadaptation physique - Intégration à l'Ordre des physiothérapeutes* (le Décret d'intégration) entré en vigueur le 30 janvier 2003.¹ De ce fait, l'Ordre est maintenant dénommé « Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec ». L'entrée en vigueur de ce Décret d'intégration a déterminé une première vague d'inscriptions des thérapeutes en réadaptation physique à l'Ordre. L'Ordre souligne que les thérapeutes en réadaptation physique interviennent en toute compétence dans le champ de pratique de la physiothérapie selon leur niveau de responsabilité et dans la mesure, aux conditions et dans les cas prévus aux articles 3 et 4 du Décret d'intégration.

La grande majorité des diplômés collégiaux en techniques de réadaptation physique, pour leur part, ont joint l'Ordre au 1^{er} avril 2003, ou le feront au 1^{er} juin 2003 alors que s'appliqueront les dispositions particulières de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* pour l'Ordre professionnel de la physiothérapie.² Notamment, ces dispositions rendent obligatoire l'appartenance des diplômés collégiaux en techniques de réadaptation physique et des diplômés universitaires en physiothérapie à l'Ordre pour l'exercice des activités réservées aux membres de l'Ordre.

¹ Décret. (2002). 134 G.O. II, 8654 (Voir articles 3 et 4 à l'annexe 1)

² LOI MODIFIANT LE CODE DES PROFESSIONS ET D'AUTRES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ. (2002). chapitre 33

En conséquence, dans le contexte où :

- le présent document est en élaboration depuis 1997-98 et est finalisé en avril 2003 ;
- l'intégration des thérapeutes en réadaptation physique à l'Ordre décrétée au 30 janvier 2003 entraîne une adaptation progressive de l'organisation du travail dans les milieux selon les dispositions prévues au Décret d'intégration ;
- les thérapeutes en réadaptation physique interviennent en toute compétence dans la mesure, aux conditions et dans les cas prévus au Décret d'intégration lorsqu'ils disposent préalablement :
 - d'une « évaluation faite par un physiothérapeute », ou
 - d'un « diagnostic médical non limité aux symptômes qui indique, s'il y a lieu, le type de structure atteinte et qui est accompagné d'un dossier documentant l'atteinte » ;
- les dispositions particulières de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* s'appliqueront le 1^{er} juin 2003 et notamment, rendront obligatoire l'appartenance des diplômés collégiaux en techniques de réadaptation physique et des diplômés universitaires en physiothérapie à l'Ordre pour l'exercice des activités réservées aux membres de l'Ordre ;

l'Ordre a choisi de finaliser les travaux de son Comité-conseil en gériatrie en présentant la démarche clinique utilisée par les physiothérapeutes puisque l'évaluation faite par ceux-ci est l'une des dispositions prévues au Décret d'intégration pour que le thérapeute en réadaptation physique puisse exercer.

Préambule

La réponse aux besoins de la population âgée de plus de 65 ans pose déjà un défi au réseau de services de santé et de services sociaux compte tenu de son poids démographique et compte tenu des caractéristiques socio-économiques des aînés. Considérant la nette caractéristique de vieillissement de la population québécoise, les besoins en soins de santé de cette partie de la population n'iront qu'en augmentant dans les prochaines années. De plus, considérant que l'intervention des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique est fortement sollicitée pour le maintien de la santé physique ou pour le maintien de la mobilité de cette partie de la population, l'Ordre accorde une grande importance à la démarche clinique utilisée en gériatrie.

Quelle est la clientèle ciblée par ce document ?

L'approche et la démarche clinique présentées dans ce document ciblent principalement la clientèle âgée à risque de perte d'autonomie ou en perte d'autonomie, ambulatoire ou hébergée, traitée par les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique.

Faut-il être un professionnel expérimenté en gériatrie pour tirer profit des éléments présentés dans ce document ?

Ce travail a été mené en pensant plus particulièrement aux professionnels de la physiothérapie qui ont peu ou pas d'expérience en gériatrie ou qui disposent de peu de ressources sur l'approche fonctionnelle préconisée auprès des personnes âgées.

Cependant, tout professionnel en physiothérapie intervenant auprès de la clientèle adulte vieillissante bénéficiera de la lecture de ce document, qu'il pratique sur une base privée ou publique, auprès d'une clientèle présentant des conditions simples à évolution prévisible, auprès d'une clientèle âgée à profil non gériatrique ou auprès d'une clientèle présentant un profil gériatrique ou encore des conditions complexes à évolution moins prévisible.

1. INTRODUCTION

En 1997-98, l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec demandait à son Comité-conseil en géro-nto-gériatrie (section de Québec) de réviser le *Cahier des évaluations gériatriques*, diffusé par l'Ordre depuis novembre 1993 et proposé alors par le Groupe d'intérêt en géro-nto-gériatrie (section de Montréal). Cette révision a été menée en pensant plus particulièrement aux professionnels de la physiothérapie qui ont peu ou pas d'expérience en gériatrie ou qui disposent de peu de ressources sur l'approche fonctionnelle préconisée auprès des personnes âgées.

En janvier 2003, l'Ordre est devenu l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec à la suite de l'intégration des thérapeutes en réadaptation physique au sein de l'Ordre.³ En juin 2003, les dispositions particulières de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* s'appliqueront aux physiothérapeutes et aux thérapeutes en réadaptation physique. Entre autres dispositions, cette loi contient une description du champ de pratique de la physiothérapie. Nous la présentons d'entrée de jeu parce qu'elle précise la portée et la finalité des interventions posées en physiothérapie :

Évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire, déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal⁴

Les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique, selon leurs niveaux respectifs de responsabilité, évaluent et traitent les impacts des multiples pathologies sur la fonction physique et la mobilité de la personne âgée. Les professionnels de la physiothérapie posent les interventions propres à leur champ de pratique visant le rendement fonctionnel optimal des clientèles qui les consultent. De plus, ils conseillent le client, ses proches et les autres professionnels impliqués dans le traitement du client.

Particulièrement en gériatrie, cette intervention est faite en concertation avec les professionnels concernés dans l'intervention destinée à la clientèle âgée. Selon les besoins des clients, ces professionnels peuvent être notamment, et non exclusivement, les diététistes, les ergothérapeutes, les infirmiers, les infirmiers auxiliaires, les inhalothérapeutes, les médecins, les orthophonistes et audiologistes, les pharmaciens, les psychologues, les techniciens en loisirs, les travailleurs sociaux. Le travail en équipe interdisciplinaire est de première importance compte tenu de la diversité des besoins et des caractéristiques de cette clientèle.

³ Décret. (2002). 134 G.O. II, 8654

⁴ LOI MODIFIANT LE CODE DES PROFESSIONS ET D'AUTRES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ. (2002). Chapitre 33, article 1, paragraphe 3°.

Dans le cas des thérapeutes en réadaptation physique, ceux-ci interviennent dans la mesure, aux conditions et dans les cas prévus au Décret d'intégration lorsqu'ils disposent préalablement d'une « évaluation faite par un physiothérapeute », ou d'un « diagnostic médical non limité aux symptômes qui indique, s'il y a lieu, le type de structure atteinte et qui est accompagné d'un dossier documentant l'atteinte ».

Dans le cas des physiothérapeutes, la possibilité pour la population d'accéder directement à leurs soins leur confère un statut d'intervenant de première ligne.⁵ Ce statut s'ajoute à leur responsabilité légale de procéder à l'évaluation des clients afin d'orienter l'intervention physiothérapique, que celle-ci soit entreprise par eux-mêmes ou par les thérapeutes en réadaptation physique.

Nous rappelons que le but ultime des interventions posées en physiothérapie est d'obtenir le rendement fonctionnel optimal des personnes, soit en optimisant leur fonction physique, en la maintenant ou en compensant pour sa perte. La référence au volet « fonctionnel » prend tout son sens en gériatrie où un modèle biopsychosocial, appelé aussi approche fonctionnelle ou globale, a été développé. Ce modèle permet de cerner la problématique de l'état de santé de la personne âgée et d'évaluer les conséquences fonctionnelles de la perte de capacités résultant du vieillissement, laquelle peut limiter à divers degrés la réalisation des habitudes de vie de la personne.

La nécessité d'une approche particulière à la clientèle gériatrique découle des caractéristiques de la personne présentant un profil gériatrique, notamment des caractéristiques suivantes :

- la présence concomitante de plusieurs maladies (2 ou plus) et la présentation atypique de celles-ci ;
- la complexité des problèmes souvent de causes multiples ;
- la présence de conditions à caractère chronique et dégénératif ;
- la grande variabilité interindividuelle des conséquences fonctionnelles pour une même pathologie donnée ;
- l'influence non négligeable des composantes psycho-socio-économiques sur la fonction physique de cette population.

L'élaboration de ce document tient compte de divers facteurs reliés à la protection du public âgé qui consulte en physiothérapie. Ces facteurs sont, notamment :

- les divers risques de préjudices d'ordre physique, psychologique, émotif, moral ou financier pour la population âgée consultant en physiothérapie ;
- l'importance de l'information à donner au patient quant aux types d'interventions physiothérapiques posées en gériatrie et quant au pronostic de récupération des conditions présentées par cette partie de la population ;
- l'importance du respect des divers règlements régissant la pratique physiothérapique en général, mais aussi des règlements les plus pertinents à cette clientèle ;

⁵ CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. (1995). *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux*, avis 95-03, Québec, 47 pages

- la nécessité du maintien des connaissances propres à la clientèle âgée, compte tenu de la science en évolution qu'est la gériatrie, pour une pratique sécuritaire et efficace auprès de cette clientèle.

L'approche et la démarche clinique présentées dans ce document ciblent principalement la clientèle âgée à risque de perte d'autonomie ou en perte d'autonomie, ambulatoire ou hébergée, traitée par les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique.

Le document vise spécifiquement à :

- présenter les valeurs et principes sur lesquels se base la démarche physiothérapique auprès de la clientèle gériatrique ;
- présenter des outils de mesure de résultats utilisés pour évaluer les aptitudes de la clientèle âgée ;
- présenter les rôles du physiothérapeute au sein de l'équipe interdisciplinaire et le réseau gériatrique.

Dans les sections qui suivent, la mission de protection du public et les valeurs et principes guidant l'intervention physiothérapique en gériatrie seront exposés. Nous présenterons le cadre conceptuel et l'approche préconisés dans la démarche clinique du physiothérapeute en gériatrie. Les différentes étapes du processus d'intervention en physiothérapie seront abordées, soit l'évaluation et l'opinion physiothérapiques, l'orientation du traitement, l'intervention, le suivi et la cessation des services en physiothérapie. Nous terminerons en situant l'intervention du physiothérapeute au sein de l'équipe interdisciplinaire et au sein du réseau gériatrique. En annexe, le lecteur trouvera des informations réglementaires et cliniques utiles à sa démarche clinique.

2. L'ENGAGEMENT DES PHYSIOTHÉRAPEUTES ET DES THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE EN GÉRIATRIE

2.1 Les valeurs et les principes

La philosophie de l'intervention du physiothérapeute et du thérapeute en réadaptation physique en gériatrie s'inspire des valeurs et droits des usagers enchâssés dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2) (la LSSSS)⁶. Ces valeurs sont reprises dans la plupart des chartes des droits des usagers en vigueur dans les milieux publics de soins et se résument ainsi :

- la personne âgée a droit au respect de son intimité et de son intégrité sur les plans physique et psychologique ;
- la personne âgée a droit de participer activement aux décisions concernant les soins et traitements reçus ;
- la personne âgée a le droit d'être informée sur la nature des soins et traitements prodigués ainsi que leurs conséquences et effets ;
- il faut intervenir en prenant en considération la globalité de la situation ;
- la personne âgée a droit au respect de ses valeurs et croyances ;
- la personne âgée a le droit de recevoir des soins et services de qualité qui tiennent compte de la complexité de la situation et répondent à ses besoins en matière de réadaptation physique ;
- la personne âgée doit donner son consentement libre et éclairé⁷ avant toute intervention.

2.2 La protection du public

L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec poursuit sa mission de protection du public en s'appuyant sur des valeurs d'excellence, de respect des personnes et d'engagement de ses membres⁸.

Cette mission de protection du public trouve sa pleine mesure particulièrement en ce qui concerne la population âgée en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie. Ce degré d'attention est justifié par la grande variété de conditions pour lesquelles cette population consulte en physiothérapie et par l'état de fragilité et de vulnérabilité dans lequel elle risque de se retrouver si les conditions présentées évoluent défavorablement, si elle ne reçoit pas les soins appropriés ou si ceux-ci ne sont pas rendus de façon optimale tant pour la durée de l'épisode de traitements que pour le choix des modalités, notamment.

⁶ Voir à l'annexe 1

⁷ En outre des dispositions prévues par la LSSSS sur le consentement libre et éclairé de la personne ou de son représentant, le *Code civil du Québec* prescrit d'autres valeurs appuyant ces premières. Voir à l'annexe 1

⁸ Le lecteur peut consulter les informations sur la protection du public dans le site Internet de l'Ordre à l'adresse <http://www.oppq.qc.ca>

Les membres de l'Ordre reçoivent en consultation les personnes âgées qui vivent des pertes d'autonomie et, à des degrés divers, des situations de handicap en raison de déficiences ou d'incapacités liées à leur condition physique. En dehors de tout comportement « âgiste », les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique doivent être sensibles aux aspects particuliers de la clientèle gériatrique rendue vulnérable et être conscients de la grande variabilité des caractéristiques biologiques, physiques et socio-économiques de cette partie de la population. L'intervention physiothérapique destinée aux personnes âgées ayant des problématiques complexes de santé doit tenir compte des caractéristiques psychosociales et socio-économiques suivantes, observées cliniquement chez une partie de la population en perte d'autonomie⁹ :

- clientèle féminine en majorité ;
- vivant de façon isolée ou seule, souvent sous le seuil de la pauvreté ;
- présentant un niveau de scolarité peu élevé ;
- ayant un pauvre réseau social ;
- pour divers motifs, ayant un accès limité aux soins dispensés en privé ;
- rendue vulnérable par la présence de multiples pathologies où, très souvent, la polymédication contribue à augmenter cette vulnérabilité ;
- ayant un niveau d'habitudes d'activité physique moindre, tel que décelé depuis une décennie¹⁰ ;
- pouvant présenter des pertes cognitives ;
- vivant des situations importantes de stress (perte du domicile, deuils successifs et autres stress) ;
- qui, après une intervention physiothérapique et interdisciplinaire au besoin, peut retrouver un niveau fonctionnel adéquat lui permettant d'assurer sa pleine participation sociale.

Comme pour toutes les clientèles traitées en physiothérapie, la clientèle âgée, de par ses caractéristiques propres, pose le défi aux professionnels de baser l'intervention sur les meilleures données scientifiques et cliniques. Le physiothérapeute et le thérapeute en réadaptation physique peuvent s'appuyer sur les données probantes issues des sciences de la gérontologie et de la gériatrie qui ont connu un essor très important depuis plusieurs années. Les meilleures pratiques documentées constituent également une source de référence pour améliorer la pratique professionnelle. La sécurité et l'innocuité des interventions destinées à la clientèle âgée n'en sont que plus assurées. Cette pratique vise à diminuer tout risque de préjudices pour la population âgée.

Dans le contexte de la pratique physiothérapique, ces risques de préjudices sont d'ordre physique (santé physique et santé générale), mais peuvent être aussi d'ordre

⁹ ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. (1999). « Vieillessement de la population : un rôle accru pour les physiothérapeutes ». *Physio-Québec* ; 24(2) : 7-8.

¹⁰ KINO-QUÉBEC. (2002). *L'activité physique déterminant de la qualité de vie personnes de 65 ans et plus - Avis du Comité scientifique de Kino-Québec*, mai, page 18.

psychologique, émotif, moral ou financier. Nous élaborerons sur les risques de préjudices d'ordre physique dans la section ci-après.

2.3 Les préjudices d'ordre physique (santé physique et santé générale)

La clientèle référée en géronto-gériatrie présente une condition générale et physique altérée par le vieillissement. Les intervenants en physiothérapie doivent bien connaître le vieillissement normal, tant au point de vue physiologique que fonctionnel, pour agir de façon efficace auprès de cette clientèle tant pour l'évaluation (selon les dispositions prévues au Décret d'intégration), l'établissement du plan de traitement, la sélection et l'application des modalités de traitement et d'enseignement, le suivi que de la cessation des services en physiothérapie.

Tel qu'exposé précédemment, la clientèle à profil gériatrique présente de nombreuses pathologies. Lors de l'évaluation initiale, le physiothérapeute identifie l'influence des pathologies sur la mobilité et oriente l'intervention en conséquence. Les exemples suivants font appel à des connaissances, des interventions et des modes d'éducation spécifiques à cette clientèle :

- l'encadrement clinique d'une personne présentant une préservation de la fonction ambulatoire et une altération de ses fonctions cognitives ;
- la correction de la posture chez une personne avec un important problème d'ostéoporose affectant son dos ;
- l'impact de la polymédication sur la mobilité et le risque de chute ;
- le rôle des médicaments dans la création de douleurs chroniques et le recours à d'autres modalités de gestion de la douleur ;
- toutes autres caractéristiques de la condition de la personne, que ce soit le niveau de complexité ou la prévisibilité de l'évolution, sur lesquelles le physiothérapeute doit porter un jugement.

Ainsi, compte tenu de toutes ces caractéristiques et des risques de préjudices que peuvent subir les personnes âgées fragiles, la pratique physiothérapique en gériatrie doit être basée sur les valeurs et les principes de respect de la personne âgée, de son intégrité, de sa participation active aux décisions la concernant, mais également sur les données probantes et les meilleures pratiques documentées.

3. L'APPROCHE FONCTIONNELLE : CADRE CONCEPTUEL ET APPROCHE CENTRÉE SUR LA TÂCHE

3.1 Le cadre conceptuel

L'adoption d'un cadre conceptuel permet au physiothérapeute, et à tous les intervenants concernés dans l'évaluation et le traitement des problèmes de santé des personnes âgées, d'utiliser un langage commun facilitant l'orientation de l'intervention.

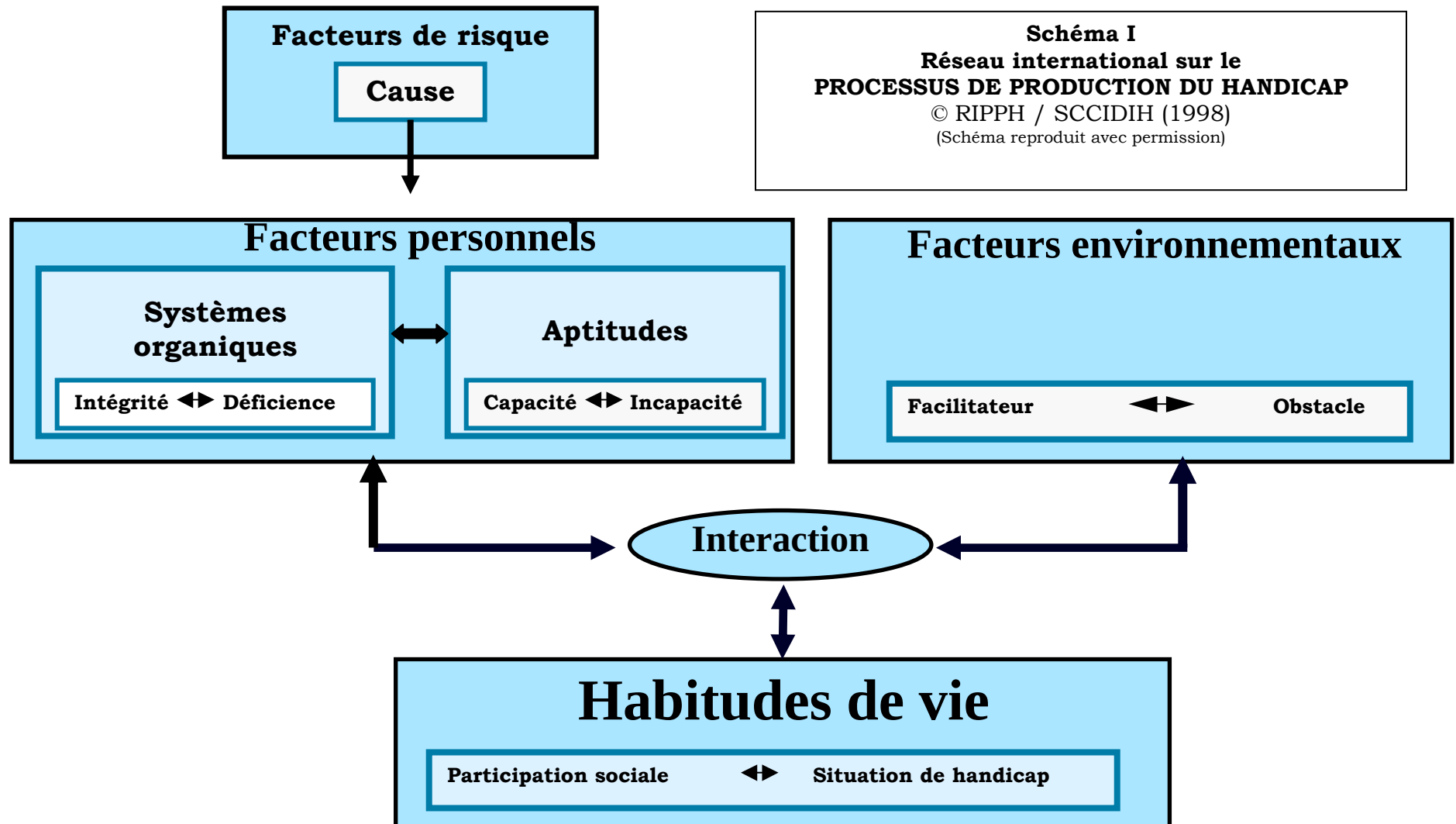
Différentes classifications expliquant le « handicap », ses causes et ses impacts sur le fonctionnement des individus sont actuellement publiées au bénéfice des intervenants du domaine de la santé. La *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*¹¹ et le *Modèle du Processus de production du handicap (PPH)*¹² sont deux exemples de classifications pour lesquelles différents travaux de développement et de recherche sont en cours depuis plusieurs années.

Étant donné la large diffusion du PPH au Québec, le choix de recourir à ses concepts pour articuler la démarche clinique du physiothérapeute s'est imposé naturellement. Nous définirons brièvement les concepts qui y sont associés pour fin de compréhension de la démarche clinique.

Le PPH présenté au Schéma I est un modèle explicatif des causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne. Le PPH permet au physiothérapeute de cerner adéquatement les caractéristiques de la personne en regard de ses facteurs personnels et des facteurs environnementaux interagissant sur ses habitudes de vie. Le langage commun que donne le PPH à tous les membres de l'équipe impliqués dans l'intervention destinée à la personne âgée permet l'arrimage de l'intervention de chacune des disciplines mises à contribution.

¹¹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*, 54^e Assemblée mondiale de la santé, Genève.

¹² RÉSEAU INTERNATIONAL SUR LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP. (2000). *Guide de formation sur les systèmes de classification des causes et des conséquences des maladies, traumatismes et autres troubles*, Québec, octobre, 251 pages.



Un **facteur personnel** est une caractéristique appartenant à la personne, telle que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc. Ce concept comprend les systèmes organiques et les aptitudes ainsi définis :

- Système organique : un système organique est un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune.
 - Intégrité : l'intégrité correspond à la qualité d'un système organique inaltéré.
 - Déficience : une déficience correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique.
- Aptitude : une aptitude est la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale.
 - Capacité : la capacité correspond à l'expression positive d'une aptitude.
 - Incapacité : une incapacité correspond au degré de réduction d'une aptitude.
 - Il est à noter que les « limitations fonctionnelles », les « problèmes fonctionnels » ou les « limitations d'aptitudes » décrites par le physiothérapeute suite à l'évaluation de la condition de son client, réfèrent à la notion « incapacité » ci-avant définie.

Un **facteur environnemental** est une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société. Le facteur environnemental peut agir en tant que facilitateur ou obstacle à la réalisation des habitudes de vie et ainsi définis :

- Facilitateur : un facilitateur correspond à un facteur environnemental qui favorise la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques d'une personne).
- Obstacle : un obstacle correspond à un facteur environnemental qui entrave la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques d'une personne).

Une **habitude de vie** est une activité courante ou un rôle social valorisé par la personne ou son contexte socioculturel selon ses caractéristiques (l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, etc.). Elle assure la survie et l'épanouissement d'une personne dans sa société tout au long de son existence. La personne peut vivre une situation de pleine participation sociale ou une situation de handicap ainsi définies :

- Situation de participation sociale : une situation de participation sociale correspond à la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles).
- Situation de handicap : une situation de handicap correspond à la réduction de la réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles).

En se basant sur le modèle du PPH, dès l'évaluation initiale, le physiothérapeute recherchera avec le client les habitudes de vie que celui-ci désire continuer à réaliser : par exemple, marcher quotidiennement à l'extérieur si cette activité est significative pour le client. Les habitudes de vie ciblées par l'intervention physiothérapique peuvent être liées particulièrement et non exclusivement à la réalisation des activités ou des rôles suivants :

- sa condition corporelle
- ses soins personnels
- son habitation
- ses déplacements
- ses loisirs
- ses responsabilités

Ensuite, le physiothérapeute évaluera les facteurs personnels de la personne âgée (aptitudes et systèmes organiques) sur lesquels il planifiera son évaluation et basera ses interventions.

L'évaluation des aptitudes permettra d'identifier les capacités et les incapacités reliées particulièrement et non exclusivement aux fonctions suivantes :

- activités motrices
 - la mobilité
 - les mouvements volontaires des parties du corps
 - la position statique posturale
 - la locomotion
- sens et à la perception
 - la fonction intéroceptive
 - douleur interne
 - la fonction proprioceptive
 - sens de l'équilibre du corps
 - la fonction extéroceptive
 - sens du toucher
- activités intellectuelles
 - conscience
 - vigilance
 - attention
 - conscience de la réalité
- respiration
 - respirer
 - tousser
 - souffler
 - expectorer

- digestion
 - assimilation d'aliments
 - mordre
 - mastiquer
 - avaler
 - déglutir
- excrétion
 - uriner
 - déféquer
- protection et résistance
 - résistance
 - endurance physique (cardiorespiratoire et musculaire)

L'évaluation des systèmes organiques permettra d'identifier l'intégrité ou la déficience de ceux-ci :

- système musculaire
 - pour préciser la qualité de la contraction musculaire (force ou faiblesse) ainsi que l'irritabilité des tendons par exemple
- système squelettique
 - pour préciser l'état de l'articulation (amplitude, alignement, stabilité) ainsi que l'irritabilité des tissus péri-articulaires non contractiles par exemple
- système nerveux
 - pour comprendre la nature des lésions nerveuses centrales ou périphériques et leurs effets sur la fonction de la personne par exemple
- système cutané
 - pour préciser l'état de la peau (plaie) par exemple
- système respiratoire
 - pour doser l'effort optimalement en cours d'intervention par exemple
- système cardiovasculaire
 - pour vérifier l'intégrité des systèmes artériel (tension artérielle, pouls), veineux et lymphatique (œdème) par exemple
- système urinaire
 - pour le contrôle volontaire de la musculature par exemple

De plus, le physiothérapeute participera, en tant que membre de l'équipe interdisciplinaire, à la recherche des différents facteurs de l'environnement qui facilitent ou font obstacle à la réalisation des habitudes de vie (activités courantes et rôles sociaux) de la personne. Ces facteurs de l'environnement peuvent être reliés particulièrement et non exclusivement aux facteurs suivants :

- facteurs sociaux (politico-économiques et socioculturels)
 - sécurité financière
 - soutien social
 - infrastructure du transport
 - organismes d'entraide
 - structure familiale
 - valeurs et attitudes

- facteurs physiques (nature et aménagement)
 - aménagement urbain ou rural
 - équipements de soins

Ces informations, couplées à celles recueillies par les autres professionnels, permettront au physiothérapeute d'élaborer un plan de traitement physiothérapique, lequel sera intégré au plan d'intervention de l'équipe et aura pour objectif de permettre au client de continuer à réaliser ses habitudes de vie.

3.2 L'approche centrée sur la tâche

L'approche centrée sur la tâche, basée sur l'évaluation et l'intervention fonctionnelles, est privilégiée auprès de la clientèle gériatrique. L'approche fonctionnelle met en lumière les composantes biologiques, psychiques, sociales, environnementales et économiques de la problématique de santé de la personne âgée. Elle nécessite l'intervention d'une équipe interdisciplinaire qui aide la personne à optimiser son rendement fonctionnel, et ce, dans un environnement physique et social satisfaisant. De plus, l'approche fonctionnelle, par sa philosophie d'évaluation particulière, permet souvent de constater une variation dans l'état de santé. De fait, une perte fonctionnelle peut signer l'apparition de troubles organiques cardiaques, pulmonaires, infectieux ou autres.

L'approche centrée sur la tâche est basée sur les nouvelles théories du contrôle moteur développées par Carr and Shepherd¹³ et sur l'approche par système de Woollacott and Shumway-Cook¹⁴. L'approche centrée sur la tâche précise que le mouvement normal émerge de l'interaction de plusieurs systèmes, chacun contribuant aux différents aspects du contrôle moteur. De plus, le mouvement serait organisé autour d'un but et contraint par l'environnement. L'environnement déterminerait alors la nature même du mouvement.

Cette approche suggère que le ré-entraînement du contrôle du mouvement réside dans les facteurs suivants :

- l'identification de la tâche fonctionnelle plutôt que dans l'identification du patron de mouvement perturbé ;
- la description des stratégies utilisées par la personne pour accomplir une tâche ;
- la quantification des sous-systèmes sensoriel, moteur et cognitif qui contraignent le mouvement.

¹³ CARR, J.H., et R.B. SHEPHERD. (1986). *A motor relearning program for stroke*, Heinemann Physiotherapy Aspen Corporation, Chap. 5 et 7.

¹⁴ SHUMWAY-COOK, A., et M. WOOLLACOTT. (2001). *Motor Control : Theory and Practical Applications*, Williams & Wilkins, 614 pages.

L'exemple clinique suivant aidera le lecteur à mieux comprendre l'approche centrée sur la tâche :

Un client ayant un problème de douleur et une limitation récente de la mobilité à un de ses genoux se présente pour une consultation chez le physiothérapeute. Le physiothérapeute recourant à l'approche centrée sur la tâche cherchera, lors de son entrevue d'évaluation, les tâches fonctionnelles perturbées par la douleur et la limitation de la mobilité. Par la suite, le physiothérapeute demandera au client d'exécuter des tâches se rapprochant le plus possible de celles qu'il fait habituellement dans son quotidien afin de déterminer les stratégies employées par le client pour réaliser ces tâches. Le physiothérapeute mettra en évidence les éléments des différents sous-systèmes qui causent la douleur et contraignent la mobilité. Pour terminer sa démarche clinique, le physiothérapeute planifiera le traitement en tenant compte des éléments relevés lors de l'évaluation. En fait, le traitement des systèmes est toujours mis en relation avec l'amélioration des tâches fonctionnelles.

Le portrait fonctionnel ainsi obtenu par cette évaluation comporte plusieurs avantages pour le client, le physiothérapeute et l'équipe traitante dans l'établissement d'un plan de traitement physiothérapique ou d'équipe. Applicable dans tous les milieux d'intervention, l'approche centrée sur la tâche permet au client, au physiothérapeute ou à l'équipe de :

- situer le niveau de capacités du client en terme de rendement fonctionnel optimal ;
- préciser les incapacités fonctionnelles du client ;
- s'entendre sur les buts poursuivis en termes de résultats à atteindre plutôt qu'en termes de signes et symptômes ;
- concrétiser les résultats obtenus, même s'ils apparaissent minimes ;
- déterminer la fin d'une étape de réadaptation physique.

4. LA DÉMARCHE CLINIQUE EN GÉRIATRIE

4.1 La démarche interdisciplinaire

La personne vieillissante peut présenter un état complexifié par l'impact des facteurs bio-psycho-émotionnels et socio-économiques. Lorsqu'un problème de santé s'installe chez la personne âgée, il se manifeste d'abord sur son niveau de capacités fonctionnelles et cette personne se rétablit souvent plus lentement. Elle est plus exposée aux pertes d'autonomie, à l'instabilité de son état physique et mental et à d'autres maladies. C'est pourquoi, il est important d'adopter une approche globale et interdisciplinaire dans l'intervention destinée à la personne âgée. L'implication de divers intervenants permet une vue d'ensemble des problèmes et une implication commune dans la recherche de leur résolution.

Le travail interdisciplinaire avec la clientèle gériatrique nécessite une communication étroite entre les professionnels qui travaillent quotidiennement en équipe. Selon les milieux, l'équipe peut compter sur le travail clinique de représentants de la plupart des professions impliquées dans l'intervention destinée aux personnes âgées. Dans certains milieux et pour des raisons diverses, le physiothérapeute intervient seul à titre d'intervenant de première ligne. Dans ces situations, celui-ci devra consulter ou référer à un intervenant extérieur au milieu, s'il constate que la condition du client le requiert, et devra développer et entretenir une collaboration avec cette ressource.

La synergie dans les interventions effectuées par chaque membre de l'équipe est de première importance. Elle est plus large et plus importante que la seule concertation dans les actions posées par les membres de l'équipe. La coordination avec d'autres professionnels, la consultation de ceux-ci en cours d'intervention, les démarches conjointes d'évaluation et de traitement, les plans conjoints d'intervention (alliant parfois l'action d'un intervenant agissant en tant que gestionnaire de cas ou intervenant pivot), sont autant de moyens déployés dans l'approche interdisciplinaire destinée à la clientèle. Il en est de même pour l'optimisation de l'organisation du travail dans le champ de la physiothérapie entre physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique pour qui les différentes dispositions contenues dans le Décret d'intégration servent de base réglementaire pour ce faire.

Trois modèles d'interaction peuvent être adoptés selon le niveau de collaboration et d'échange entre professionnels : l'interdisciplinarité, la transdisciplinarité et la multidisciplinarité. On parle d'interdisciplinarité lorsque des intervenants ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire de tâches. Cette concertation permet d'établir les objectifs consignés dans un plan conjoint d'intervention. Si les professionnels se font confiance, acceptent de partager et de chevaucher des rôles professionnels, il est question de transdisciplinarité. Si des intervenants issus de disciplines différentes se consultent sans nécessairement établir des objectifs communs ou un plan conjoint d'intervention, on est en présence de multidisciplinarité.

Dans cette situation, l'intervenant établit plutôt un plan d'intervention disciplinaire où les objectifs sont propres à son intervention.

Cette nécessité de concertation entre les disciplines, les programmes et les établissements est d'ailleurs prévue aux articles 102 et 103 de la LSSSS, lesquels prévoient l'élaboration des plans d'intervention par un établissement donné et des plans de services individualisés dans les cas où les services sont dispensés de façon concomitante par plusieurs établissements¹⁵.

De plus, la concertation entre les disciplines est concrétisée dans l'utilisation d'outils de synthèse propres à chaque programme d'un établissement ou à usage entre les établissements permettant ainsi aux différents intervenants de rassembler toute l'information concernant l'autonomie et les capacités du client. À titre d'exemples, ces outils sont le Barthel, le SMAF (Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle)¹⁶, la MIF (Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle)¹⁷ et, plus récemment, l'OEMC (Outil d'évaluation multiclientèle)¹⁸, lequel incorpore les données du SMAF. Le MSSS déploie actuellement l'utilisation de l'OEMC partout au Québec pour évaluer la situation et les services requis par la clientèle en perte d'autonomie.

4.2 La démarche physiothérapique

Avec le travail interdisciplinaire comme toile de fond, l'intervention du physiothérapeute en gériatrie se déroule selon un processus commun à toutes les clientèles traitées en physiothérapie. Ce processus comprend diverses étapes déterminant ainsi le cadre d'autonomie du physiothérapeute dans l'exercice de sa profession^{19, 20} :

- Avant de traiter un individu, le physiothérapeute doit d'abord évaluer la condition de celui-ci. Cette **évaluation physiothérapique** comprend, entre autres éléments :
 - le relevé de l'histoire clinique
 - lecture du dossier
 - l'entrevue avec le client ou la personne significative

¹⁵ Voir annexe 1

¹⁶ Voir annexe 13

¹⁷ AUDET, M. et Y.L. BOULANGER. (1990). (traduction française autorisée par State University of New-York par l'Institut de réadaptation de Montréal). *Guide for the use of the uniform data set for medical rehabilitation*, version 3.0, march 1990, State University of New-York, Buffalo. (Voir également l'annexe 11)

¹⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICE SOCIAUX. (2000). *Comité aviseur sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis notamment en institution ou à domicile*. septembre, 84 pages. (document disponible à la section documentation sous la rubrique publications du site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca)

¹⁹ AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION. (1999). *Guide to Physical Therapy Practice*, Virginia, Avril

²⁰ WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY. (1999). *Position Statement : Description of Physical Therapy*, United Kingdom, 4 pages.

- la revue des aptitudes
 - capacité
 - incapacité
 - la revue des systèmes
 - intégrité
 - déficience
 - les tests fonctionnels et mesures de résultats
 - l'identification des buts poursuivis par le client.
- À la suite de cette évaluation, le physiothérapeute émet une **opinion physiothérapique** en identifiant :
 - les incapacités
 - les déficiences des systèmes organiques
 - structures anatomiques
 - tendons
 - etc.
 - les conséquences de ces incapacités et de ces déficiences sur la fonction du client et la réalisation de ses habitudes de vie.
 - Le physiothérapeute détermine par la suite l'**orientation du traitement**, laquelle tient compte du pronostic et des objectifs visés par le traitement.
 - Le physiothérapeute pose l'**intervention** en recourant à divers moyens, que ce soit par :
 - des interventions directes
 - exercices adaptés à la condition du client
 - exercices inspirés de l'approche centrée sur la tâche
 - électrothérapie
 - etc.
 - l'enseignement aux clients, à sa famille et aux autres intervenants de l'équipe de soins
 - la coordination avec l'équipe de soins, la communication et la documentation de ses interventions (tenue de dossiers).
 - Le physiothérapeute effectue un **suivi** régulier en réévaluant régulièrement la condition du client en cours de traitement et en réorientant le traitement selon l'évolution observée.
 - Le physiothérapeute détermine le moment de la fin des traitements et, selon les résultats obtenus, il recommande la **cessation des services en physiothérapie**. Le cas échéant, il dirige le client pour un suivi approprié par un autre intervenant, programme ou établissement.

Chacune de ces étapes du processus d'intervention est reprise plus en détail dans les sections qui suivent. Nous réitérons que ces différentes étapes se réalisent toujours

dans un esprit de contribution interdisciplinaire visant à créer un état de pleine participation sociale pour la personne âgée qui consulte.

4.2.1 L'évaluation physiothérapique

Les diverses étapes de l'évaluation faite par le physiothérapeute ont pour but ultime de documenter l'orientation du traitement. L'orientation du traitement, le choix des modalités de traitement et la dispensation de celui-ci peuvent être faits par le physiothérapeute ou par le thérapeute en réadaptation physique, dans la mesure, aux conditions et dans les cas prévus par le Décret d'intégration pour ce dernier. Dans cette optique, l'évaluation physiothérapique a pour objet d'identifier la nature, le degré et l'impact de toute déficience ou incapacité de la fonction physique de l'individu.

4.2.1.1 L'histoire clinique et la revue des systèmes

L'histoire clinique débute par la collecte d'informations et constitue la première étape du processus d'évaluation. Cette collecte s'effectue par la consultation du dossier médical suivie de l'entrevue avec le client et les aidants naturels au besoin.

La revue des systèmes est un bref examen des différents systèmes organiques complétant au besoin les informations déjà consignées dans le dossier médical sur l'état général de santé du client. Elle aide à établir l'opinion physiothérapique, à orienter l'intervention et à sélectionner les modalités d'intervention. Selon les informations recueillies à la suite de cette revue, le physiothérapeute peut juger des problèmes de santé nécessitant la consultation ou la référence à un autre professionnel de la santé.^{21, 22}

Lors de l'entrevue avec le client et les aidants naturels au besoin, le physiothérapeute doit notamment adopter une attitude d'écoute, de compréhension et d'empathie, observer l'expression non verbale du client, surtout lors d'atteintes cognitives, et utiliser des questions ouvertes lorsqu'il désire connaître les attentes de son client face à l'intervention. Le physiothérapeute devrait ainsi :

- se présenter : nom et qualifications ;
- indiquer le motif de la rencontre ;
- respecter l'autonomie du client ;
- respecter les particularités du client (rythme et valeurs) ;
- obtenir le consentement du client avant d'entreprendre toute intervention ;
- vérifier et respecter les attentes et les besoins exprimés par le client ou son répondant ;
- aider le client à exprimer ses besoins personnels ;
- encourager le client à prendre en charge les facteurs déterminants de sa santé ;

²¹ AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION. (1999). *Guide to Physical Therapy Practice*, Virginia, April 1999, page 1-5

²² ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. (1990). *Code de déontologie des physiothérapeutes*, (c. C-26, r.136) (en révision), articles 3.01.02 et 3.01.08 (Voir annexe 1).

- protéger les droits du client à l'intimité physique et psychologique ;
- permettre au client d'exprimer ses sentiments en évitant de prendre en charge des problèmes hors de ses compétences ou pour lesquels il n'a pas la formation requise. Le cas échéant, le physiothérapeute doit référer à un autre professionnel ;
- vérifier auprès du client l'exactitude des informations recueillies au dossier ;
- s'assurer de la sécurité du client en tout temps.

4.2.1.2 Les tests et mesures de résultats

La valorisation par l'Ordre de la pratique basée sur les meilleures données probantes et sur les meilleures pratiques documentées dicte la présentation d'instruments de mesure de résultats utilisés pour évaluer les aptitudes de la clientèle âgée traitée en physiothérapie. D'entrée de jeu, nous proposons la consultation du document *Physical Rehabilitation Outcome Measures - A Guide to Enhanced Clinical Decision Making* de l'Association canadienne de physiothérapie, lequel document constitue le document de référence de choix pour l'usage approprié des instruments de mesure de résultats.²³

Nous proposons certains instruments de mesure de résultats dont l'utilisation est pertinente à l'étape de l'évaluation faite par le physiothérapeute selon la philosophie décrite dans les pages précédentes et selon que ces instruments ciblent les aptitudes (l'incapacité fonctionnelle et les risques de chute), les systèmes organiques (la déficience) ou la douleur.

A) Les aptitudes : l'incapacité fonctionnelle et les risques de chute

Les tests fonctionnels permettent de dresser un bilan fonctionnel le plus complet possible des différentes sphères d'incapacités pouvant être source de perturbations de la fonction et de la mobilité de la personne âgée. Dans cette perspective, le physiothérapeute évalue la mobilité et l'équilibre fonctionnel, deux facteurs de risque de chute importants. La capacité de maintenir son équilibre est fonction de la condition de la santé de la personne âgée, de la tâche à accomplir et du milieu dans lequel elle évolue. Il est donc très important que le physiothérapeute dépiste les personnes âgées à risque de chute afin de prévenir les blessures sérieuses, telle que la fracture de hanche et la perte d'autonomie subséquente. Ce dépistage est une activité primordiale renforçant le rôle dans la prévention des chutes joué par le physiothérapeute. Puisque l'altération de la mobilité est un signe précurseur de l'altération de la santé de la personne âgée, les résultats obtenus à l'évaluation et l'opinion physiothérapique qui en découle constituent des informations fort pertinentes à partager avec l'équipe interdisciplinaire.

Les outils dont dispose le physiothérapeute pour dépister les personnes âgées à risque de chute présentent des niveaux de sensibilité et de spécificité différents. Le

²³ FINCH, E., D. BROOKS, P. STRATFORD et N. MAYO. (2002). *Physical Rehabilitation Outcome Measures - A Guide to Enhanced Clinical Decision Making*, Second Edition, Santé Canada (Direction des systèmes pour la santé, Direction générale de la promotion et des programmes de santé) et Association canadienne de physiothérapie, BC Decker Inc, 292 pages.

physiothérapeute doit donc tenir compte des niveaux de sensibilité et de spécificité des tests fonctionnels afin de poser un jugement clinique adéquat sur la capacité de la personne à éviter la chute. Néanmoins, le choix des outils mesurant l'équilibre doit permettre au physiothérapeute d'orienter l'intervention, d'évaluer les résultats de celle-ci et de prédire avec le plus d'exactitude possible le niveau de risque de chute. La combinaison des résultats de divers tests fonctionnels administrés sur un même client permet d'améliorer le jugement clinique.

La seule peur de chuter est un facteur de risque important de la chute. Pour mettre en évidence la peur de chuter, le physiothérapeute questionnera la personne âgée sur son degré de confiance à réaliser des activités spécifiques ainsi que sur la fréquence à laquelle elle a évité des situations ou des activités à cause de sa peur de chuter.

Il existe des échelles de mesure qui évaluent la peur de la chute, notamment le « Falls Efficacy Scale »^{24, 25} et le « Activities-Specific Balance Confidence (ABC) Scale »^{26, 27}.

L'évaluation des conditions susceptibles d'entraîner des risques de chute et les performances observées lors de la réalisation d'activités (telles que les transferts, l'équilibre, la marche et l'endurance) sont deux sources d'information permettant de déterminer les sphères d'incapacités pouvant être la source de perturbations chez la personne âgée. La Grille d'évaluation de la sécurité à la marche (GEM)²⁸ s'inscrit dans cette optique et permet une évaluation objective de la capacité d'un client à marcher en sécurité.

Dans la section qui suit, nous présentons certains tests fonctionnels couramment utilisés en physiothérapie en considérant leur niveau élevé de validité et de fidélité et leur utilité à documenter l'équilibre ou la mobilité des clients. Cette sélection de tests représente les choix des membres du Comité-conseil en gériatrie (secteur Québec) basée sur l'expérience clinique de ceux-ci et sur les qualités métrologiques des tests. Les tests sélectionnés sont présentés aux annexes suivantes :

Annexe 2 : Équilibre de Berg

Annexe 3 : Tinetti

Annexe 4 : Test de la marche (Step Test)

²⁴ TINETTI, M.E., D. RICHMAN, et L. POWELL. (1990). « Falls efficacy as a measure of fear of falling ». *Journal of Gerontology*, 45, P239-P243.

²⁵ TINETTI, M.E. (1994). « Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders ». *Journal of Gerontology*, 49, M140.

²⁶ POWELL, L.E., et A.M. MEYERS. (1995). « The activities-specific balance confidence (ABC) scale ». *Journal of Gerontology*, 50A, M28-M34.

²⁷ FINCH, E., D. BROOKS, P. STRATFORD et N. MAYO. (2002). *Physical Rehabilitation Outcome Measures - A Guide to Enhanced Clinical Decision Making*, Second Edition, Santé Canada (Direction des systèmes pour la santé, Direction générale de la promotion et des programmes de santé) et Association canadienne de physiothérapie, BC Decker Inc, pages 71-3.

²⁸ BOUDREAULT, R., C. KAEGI ET J. ROUSSEAU. (2002). *Grille d'évaluation de la sécurité à la marche (GEM)*, Service de physiothérapie de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 29 pages

- Annexe 5 : Assis à debout
- Annexe 6 : Test “Timed up and go” (TUG) ou Lever et marcher chronométré
- Annexe 7 : Vitesse de marche sur 10 m.
- Annexe 8 : Test de 6 minutes de marche
- Annexe 9 : Lever pour marcher (LPM)
- Annexe 10 : “Timed stair test” (TST)
- Annexe 11 : “Chedoke McMaster Stroke Assessment” - section inventaire des incapacités fonctionnelles
- Annexe 12 : “Bed rise difficulty scale” (BRD)
- Annexe 13 : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)
- Annexe 14 : Autres tests fonctionnels

On retrouvera pour les annexes 2 à 13 une brève description du test, le but recherché, la procédure d'application, les instructions à donner au client et le matériel requis. Dans la mesure des informations connues à ce jour, les valeurs interprétatives des résultats y sont détaillées.

B) Les systèmes organiques : la déficience

Il existe de nombreux outils d'évaluation des déficiences physiques. Le diagnostic de la maladie et les résultats obtenus avec les outils diagnostiques auxquels la profession médicale recourt pour établir ce diagnostic sont associés au concept de la déficience.

Dans le champ de la physiothérapie, le physiothérapeute recourt à des tests fonctionnels, à divers outils et bilans pour établir les conséquences fonctionnelles des maladies affectant les systèmes musculaire, neurologique ou cardiorespiratoire des clients qui le consultent.

Selon que l'on utilise le cadre conceptuel du PPH ou de la CIF, il s'avère parfois difficile de distinguer si un test fonctionnel mesure la déficience, l'incapacité ou, dans certains cas, la situation de handicap de la personne évaluée. Étant souvent développé en dehors de ces cadres conceptuels, un même test peut englober des épreuves mesurant différents concepts. Le *Chedoke-McMaster Stroke Assessment*²⁹ et la *Mesure de l'indépendance fonctionnelle* en sont des exemples.

Dans ce contexte, on peut également citer, à titre d'exemples, les différents bilans obtenus avec les outils et tests couramment utilisés en physiothérapie. Cette énumération d'outils et de tests est évidemment non exhaustive : goniomètre, inclinomètre, dynamomètre, myomètre, *testing* musculaire, saturomètre, sphymomanomètre, manomètre, volumes respiratoires, index bras-cheville, échelle de Asworth, Fugel-Meyer, etc.

²⁹ GOWLAND, CAROLYN, CHEDOKE-MCMMASTER HOSPITAL and MCMMASTER UNIVERSITY. (1995). *Chedoke-McMaster Stroke Assessment : development, validation and administration manual*. Chedoke-McMaster Hospital and McMaster University, Hamilton, Ontario.

Considérant la disponibilité de divers outils de mesure de résultats et les chevauchements dans les concepts évalués, nous laissons le choix des outils nécessaires pour évaluer les déficiences présentes chez la personne âgée à la discrétion du physiothérapeute traitant. Celui-ci peut s'inspirer de divers recueils d'instruments de mesure de résultats, dont le document *Physical Rehabilitation Outcome Measures - A Guide to Enhanced Clinical Decision Making* cité précédemment.

C) La douleur

À l'annexe 15, nous proposons l'échelle visuelle analogue (EVA) et l'échelle numérique (EN) de la douleur. Ces outils validés permettent d'évaluer l'aspect qualitatif et quantitatif de la douleur. Dans chacun de ces outils, la personne doit faire une auto-évaluation de sa condition douloureuse.

Lorsque la communication est difficile ou même impossible avec la personne âgée parce qu'elle présente des problèmes cognitifs graves ou de la démence, le physiothérapeute peut utiliser un autre type d'échelle où la douleur du client est estimée par l'intervenant. On parle alors d'échelles d'hétéro-évaluation de la douleur. Ces outils d'évaluation impliquent une cotation en équipe afin d'apprécier les manifestations de douleurs par l'observation des modifications de comportement chez la personne non communicante. Ces modifications de comportements peuvent être notamment :

- l'apparition d'agressivité ou de repli ;
- la diminution de l'activité de la personne ;
- la présence de grimaces aux mouvements et à l'habillage ;
- les perturbations du sommeil de la personne.

Les échelles d'hétéro-évaluation de la douleur peuvent être :

- l'échelle Doloplus-2^{30, 31, 32, 33} ;
- l'échelle ECPA (Échelle Comportementale d'évaluation de la douleur pour la Personne Âgée)^{34, 35} ;
- des échelles basées sur l'observation de grimaces faciales ou de mimiques faciales³⁶.

³⁰ WARY, B., S. SERBOUTI et COLLECTIF DOLOPLUS. (2001). « DOLOPLUS 2. Validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée », *Douleurs*, n° 2, janvier.

³¹ <http://www.doloplus.com/rubperspec/public.htm>

³² WARY, B., F. CAPRIZ RIBIERE, M. FILBET, F. GAUQUELIN, et collaborateurs. (1999). « Comment évaluer la douleur chez les personnes âgées non communicantes ? », *Gériatries* ; 16 : 21-4.

³³ DION, D. et G. DESCHÊNE. (2002). « Évaluation d'une douleur », *Le Médecin du Québec*, décembre, 37(12) : 39-45

³⁴ WARY, B., *ibidem*

³⁵ MORELLO R. et coll. CHU, 14000 CAEN, France. Adresse de courrier électronique : morello-r@chu-caen.fr

³⁶ <http://www.nurspeak.com/tools/pain2.htm>

4.2.2 L'opinion physiothérapique

Les diverses informations relevées au cours de l'évaluation physiothérapique amènent le physiothérapeute à comprendre et à interpréter l'interaction entre l'individu, la tâche et l'environnement. L'opinion physiothérapique émise à la suite de l'évaluation est le résultat du raisonnement clinique, lequel fait appel à l'intégration de toutes les connaissances du physiothérapeute³⁷. Cette opinion tient compte des causes³⁸ probables de la condition observée chez le client et des différents éléments des systèmes organiques provoquant ses limitations fonctionnelles ainsi que de la réduction dans la réalisation de ses habitudes de vie.

Le recours à une classification reconnue pour décrire les limitations fonctionnelles est fortement souhaité lors de l'établissement de l'opinion physiothérapique³⁹. Le physiothérapeute orientera alors le traitement en tenant compte de l'ensemble de ces facteurs.

4.2.3 L'orientation du traitement

Le physiothérapeute oriente l'intervention physiothérapique à la lumière de la synthèse de l'évaluation et en dressant la liste des interventions envisagées. Ce plan de traitement vise à réduire ou corriger les signes, les symptômes, les problèmes physiques (déficiences) et les problèmes fonctionnels (incapacités) identifiés chez la personne âgée évaluée.

Le pronostic de récupération doit être estimé en fonction de divers éléments et indicateurs influençant de façon importante l'évolution et la récupération de la condition du client. Le pronostic de récupération doit tenir compte des éléments suivants :

- l'évaluation ;
- l'âge de la personne ;
- les causes de l'hospitalisation, la gravité de l'atteinte, les complications au cours de l'hospitalisation ;

³⁷ ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. (2001). *Grille d'évaluation des dossiers de physiothérapie - Guide d'utilisation - Clientèle gériatrique*, Comité d'inspection professionnelle, page 10.

³⁸ Définition selon le cadre conceptuel de PPH (2000) : une cause est un facteur de risque qui a effectivement entraîné une maladie, un traumatisme ou toute atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne. La cause peut être qualifiée de prédisposante, aggravante ou déclenchante de la maladie, du traumatisme ou de l'atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.

³⁹ ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. (2001). *Actes de la journée d'étude sur le diagnostic en physiothérapie tenue le 19 mai 2000*, 54 pages.

- les informations recueillies au dossier :
 - les antécédents
 - les affections associées
 - les hospitalisations antérieures
- les réactions psychologiques :
 - dépression
 - agressivité
 - isolement
 - etc.
- le comportement, la collaboration, la motivation ;
- le réseau de support et les contextes psychosocial et socio-économique ;
- les fonctions perceptivo-cognitives :
 - compréhension
 - mémoire
 - jugement
 - orientation
 - attention
 - concentration
 - praxie
 - perception visuelle
 - etc.
- le niveau de capacités antérieur et les besoins fonctionnels spécifiques à la personne âgée qui consulte ;
- les attentes du client ;
- les adaptations de l'environnement, les orthèses et prothèses ;
- l'opinion des autres professionnels, la consultation auprès de ceux-ci et les échanges continus avec ces derniers.

La liste des problèmes étant établie, le physiothérapeute et l'équipe de traitement déterminent les objectifs fonctionnels interdisciplinaires à poursuivre avec le client au cours de l'intervention.

Le problème à traiter devrait être formulé en terme d'incapacité à réaliser une activité fonctionnelle. Pour faciliter l'élaboration d'objectifs interdisciplinaires de traitement, le problème devrait être clairement identifié, documenté et quantifié à l'aide de mesures de résultats, si possible.

L'objectif fonctionnel, pour sa part, doit être formulé en terme de résultat dans la réalisation de l'activité fonctionnelle ciblée par le client et l'équipe interdisciplinaire. L'objectif doit, au préalable, être discuté avec le client et validé par l'équipe. Un objectif correctement formulé doit être descriptif d'une fonction, mesurable, précis dans l'action et dans le temps, réaliste et progressif.

L'évaluation du degré d'atteinte de l'objectif se fait avec le client lors des suivis en équipe interdisciplinaire, chaque discipline étant contributive par ses moyens propres à l'atteinte de l'objectif fonctionnel ciblé.

Les tableaux ci-après présentent des descriptions de limitations d'aptitudes ou de limitations dans la réalisation d'habitudes de vie assorties d'exemples de libellés d'objectifs fonctionnels interdisciplinaires visant à optimiser la fonction (le rendement fonctionnel) du client évalué⁴⁰.

Limitations d'aptitudes

Exemples de LIMITATIONS D'APTITUDES	Exemples d'OBJECTIFS FONCTIONNELS INTERDISCIPLINAIRES
Incapable de rester en position assise plus de 10 secondes sur le bord de son lit sans chuter.	Restera assise au bord du lit, sans danger, durant 5 minutes lors de l'activité d'habillage du haut du corps.
Difficulté à se lever debout, à partir de la position assise au bord du lit et nécessite l'aide d'une personne.	Se lèvera debout, à partir de la position assise au bord du lit, en 2 secondes avec mise en charge égale.
Incapable de marcher sans l'aide d'une personne.	Marchera 50 mètres sans surveillance avec une canne simple sur terrain plat.

Limitations dans la réalisation d'habitudes de vie

Exemples de LIMITATIONS DANS LA RÉALISATION D'HABITUDES DE VIE	Exemples d'OBJECTIFS FONCTIONNELS INTERDISCIPLINAIRES
Impossibilité de se rendre à la salle à manger en marchant avec sa canne.	Se rendra à la salle à manger en marchant avec sa canne deux repas sur trois à chaque jour.
Incapable de marcher 10 minutes à l'extérieur pour se rendre à l'épicerie.	Marchera 10 minutes pour se rendre à l'épicerie sans inconfort musculaire et sans essoufflement.

⁴⁰ RÉSEAU INTERNATIONAL SUR LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP. (2000). *Guide de formation sur les systèmes de classification des causes et des conséquences des maladies, traumatismes et autres troubles*, Québec, octobre, 251 pages.

4.2.4 L'intervention et la tenue de dossiers

Le physiothérapeute intervient en recourant à divers moyens, que ce soit par des interventions directes (exercices, électrothérapie, etc.), par l'enseignement au client, à sa famille et aux autres intervenants de l'équipe de soins ou par la coordination avec cette dernière, par la communication et par la documentation de son intervention (tenue de dossiers).

La coordination, la communication et la documentation (tenue de dossiers) revêtent une importance particulière compte tenu que les services rendus aux personnes âgées sont souvent dispensés dans un esprit d'interdisciplinarité entre les différents professionnels impliqués dans l'intervention. Ces mêmes éléments sont également importants considérant le *continuum* de soins recherché entre les différents programmes d'un même établissement et entre les établissements, soit par les protocoles établis entre ceux-ci ou par les plans de services individualisés établis pour un client donné.

Le *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des physiothérapeutes*⁴¹ (le *Règlement sur la tenue des dossiers*) indique les renseignements que le professionnel doit consigner pour chaque client. De ce *Règlement sur la tenue des dossiers*, nous reprendrons les éléments cliniques qui nous apparaissent pertinents dans l'esprit d'aider et de conseiller le physiothérapeute dans l'information à consigner au dossier du client et lors de la transmission d'informations.

La consignation de ces informations vise à aider l'intervention lors de l'évaluation initiale, le suivi lors de la rédaction de notes évolutives et la cessation des services en physiothérapie lors de la rédaction de la note de départ. De plus, la consultation du *Guide d'utilisation de la grille d'évaluation des dossiers de physiothérapie (Clientèle gériatrique)*⁴² élaboré par le Comité d'inspection professionnelle de l'Ordre s'avère utile pour une bonne tenue de dossiers.

4.2.4.1 L'évaluation initiale

À la suite de l'ouverture du dossier, le physiothérapeute doit tenir à jour ce dossier, jusqu'au moment où il cesse de rendre des services professionnels à la personne concernée.

⁴¹ ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. (2001). *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des physiothérapeutes*, (L.R.Q., c. C-26, a. 91) (en révision) (Voir annexe 1).

⁴² ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. (2001). *Grille d'évaluation des dossiers de physiothérapie - Guide d'utilisation - Clientèle gériatrique*, Comité d'inspection professionnelle, 13 pages.

À la suite de l'évaluation initiale et en outre de ce qui est prévu au *Règlement sur la tenue des dossiers*, le physiothérapeute devrait notamment consigner les renseignements suivants :

- âge, dominance du client ;
- raison de l'inscription ou de l'admission à un programme de réadaptation, de soins de longue durée ou de convalescence ;
- raison de la référence en réadaptation ;
- évolution depuis l'admission ou la référence ;
- affections associées ;
- antécédents médicaux ;
- traitements antérieurs et actuels ;
- fonctions mentales et perceptives ;
- examens pertinents en fonction du diagnostic à l'admission ou inscription ;
- médication ;
- services reçus à domicile, antérieurs ou actuels ;
- histoire sociale : scolarité, occupations antérieures, loisirs, habitudes de vie, réseaux familial et social ;
- niveau d'activité physique habituel ;
- niveau fonctionnel avant l'événement : aides techniques et adaptations ;
- histoire de chutes ;
- tout autre élément pertinent à la condition du client.

4.2.4.2 Les notes évolutives

Pour leur part, les notes évolutives doivent contenir une description des services professionnels rendus et leur date, les recommandations faites au client, les notes sur l'évolution du client et ses réactions au traitement.

La rédaction de ces notes doit être précise afin d'éliminer les ambiguïtés et éviter les erreurs d'interprétation, concise afin de cerner l'essentiel et claire afin que la formulation permette une compréhension immédiate par le lecteur.

Le recours à des outils de mesure de résultats, tels que ceux présentés à la section 4.2.1.2, est hautement utile pour juger de l'évolution de la condition du client en traitement. Ces mêmes mesures de résultats permettent de réorienter le traitement dans la phase de suivi.

4.2.4.3 La note de cessation des services

Lorsque les services sont cessés, le physiothérapeute rédige une note de départ. Avec la réalité du virage ambulatoire, il arrive parfois que les clients quittent l'établissement avant la fin de la période de l'intervention. La note de départ est souvent ce que reçoit le professionnel responsable du suivi du client à la sortie de l'établissement. La note de départ doit donc être explicite et donner un portrait juste du niveau fonctionnel du

client et des interventions qui ont été faites afin que ce professionnel puisse assurer le traitement dans un esprit de *continuum* de services.

En outre de ce qui est prévu au *Règlement sur la tenue des dossiers*, la note de départ devrait contenir des informations sur les éléments suivants :

- durée du séjour dans le programme ;
- diagnostic de référence et diagnostic de départ ;
- raison de la cessation des services ;
- portrait du client au départ incluant :
 - la description des capacités fonctionnelles reliées :
 - aux déplacements au lit
 - aux transferts
 - à la marche
 - à l'exécution des escaliers
 - etc.
 - les résultats obtenus aux tests fonctionnels (par exemple : échelle de l'équilibre, vitesse de marche, « Timed up and go », endurance à la marche) ou tout autre résultat de tests pertinents à la condition de la personne ;
 - le cas échéant, le besoin d'accessoires à la marche, orthèses, prothèses ;
 - les réactions du client au traitement et son niveau de collaboration ;
- recommandation d'interventions et identification des objectifs à poursuivre si le client est orienté vers un autre programme ;
- recommandations et informations pertinentes transmises au client et à la famille le cas échéant ;
- programme d'exercices, si pertinent ;
- signature complète, date et coordonnées.

4.2.5 Le suivi

La condition du client et ses réactions au traitement doivent être constamment observées et notées. Le physiothérapeute réoriente le traitement en fonction de ces observations. Des réévaluations et de nouvelles opinions physiothérapiques doivent être faites régulièrement afin de donner un traitement optimal en fonction des objectifs visés. Le physiothérapeute doit être particulièrement vigilant dans ces observations du fait que chez la personne âgée, la moindre amélioration ou régression de la condition peut avoir un impact significatif sur sa fonction physique.

Dans les cas particuliers où on observe un retard ou un délai indu dans l'atteinte des objectifs fonctionnels interdisciplinaires, l'équipe doit évaluer le réalisme des objectifs posés initialement et les formuler de façon à ce qu'ils correspondent au pronostic de récupération. S'il y a lieu, de nouveaux objectifs sont formulés et les traitements sont alors continués selon la nouvelle orientation.

4.2.6 La cessation des services en physiothérapie

Lorsque les objectifs de traitement sont atteints ou lorsque les services en physiothérapie ne sont plus requis, le physiothérapeute doit appuyer la cessation des services sur des critères objectifs et documenter le dossier en conséquence. La nécessité d'intervenir devrait être réévaluée ou l'intervention devrait être suspendue dans les cas suivants :

- les objectifs sont atteints :
 - dans ce cas, les interventions physiothérapeutiques sont cessées et, s'il y a lieu, une recommandation d'exercices et des conseils sont donnés au client et aux aidants naturels au besoin ;
- un niveau optimal de récupération est obtenu ;
- on constate une absence de motivation, de collaboration et d'intérêt chez le client face à sa réadaptation ;
- les ressources publiques, privées ou les aidants naturels, selon le cas, ont la capacité de poursuivre l'intervention ;
- le client refuse de poursuivre sa réadaptation ;
- on observe une détérioration de la condition de la santé physique ou mentale.

Ces quelques situations constituent autant de critères de cessation des services en physiothérapie ou de transfert de programme. Elles peuvent aider le physiothérapeute et l'équipe interdisciplinaire dans la prise de décision quant à l'arrêt ou à la réorientation des interventions physiothérapeutiques et interdisciplinaires.

5. LES RÔLES DU PHYSIOTHÉRAPEUTE DANS LE RÉSEAU GÉRIATRIQUE

5.1 Les rôles du physiothérapeute

Quel que soit l'établissement du réseau de la santé ou le programme dans lequel le physiothérapeute évolue, il joue des rôles importants à chaque étape du processus de maintien des capacités fonctionnelles.⁴³ La plupart des programmes des établissements de soins recourent aux compétences du physiothérapeute à titre de clinicien pour l'optimisation ou la récupération des capacités physiques de la clientèle.

De par leur formation universitaire dans les écoles affiliées des facultés de médecine, les physiothérapeutes peuvent exercer divers autres rôles professionnels. Selon leurs besoins, les programmes ou établissements recourront à l'expertise du physiothérapeute pour la consultation et la formation, l'enseignement, la gestion ou la recherche :

- la consultation et la formation auprès des intervenants de sa discipline ou d'autres disciplines, de groupes d'individus, d'organismes publics ou privés (associations, fondations, fournisseurs d'équipements ou de soins), mais aussi à titre d'intervenants de première ligne dans les cas de dépistage ou de signalement de conditions relevant de son champ de compétence ;
- l'enseignement dans les maisons d'enseignement universitaire et autres maisons d'enseignement reconnues par le ministère de l'Éducation, par le biais du professorat (professeurs de carrière), de charge de cours, d'enseignement clinique ou d'encadrement de stagiaires en milieu clinique ;
- la gestion des programmes de soins et des services de physiothérapie ou la collaboration à la gestion de ces programmes et services. Les physiothérapeutes possèdent les compétences pour déterminer la pertinence d'une demande en physiothérapie et la nécessité des services demandés, de façon à assurer une réponse efficace et une accessibilité adéquate à des services de physiothérapie de qualité. L'élaboration de politiques et procédures, la participation des physiothérapeutes aux programmes d'assurance-qualité des établissements sont des exemples de contributions des physiothérapeutes à la gestion. Avec leur formation de baccalauréat, les physiothérapeutes sont candidats à de multiples formations, de premier ou de deuxième cycle en administration ou dans les sciences connexes, leur donnant accès à des fonctions administratives et de gestion ;
- la recherche ou la collaboration à la recherche : les physiothérapeutes ont accès aux résultats de recherche, appliquent les connaissances à la pratique et participent ou mènent des projets de recherche seuls ou en collaboration.

⁴³ ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. (2000). *Le rôle des physiothérapeutes en CSLC et en CHSLD*, 28 pages.

Selon les besoins, le réseau gériatrique mettra à profit les divers rôles des physiothérapeutes, que ce soit pour l'aide directe aux aidants naturels ou la prestation de services, la consultation et la formation, l'enseignement, la gestion ou la recherche dans les ressources à domicile, en externe, en milieu hospitalier ou en milieu d'hébergement.

5.2 Le réseau gériatrique

5.2.1 Les aidants naturels

On regroupe sous l'appellation « aidants naturels » tous les individus de l'entourage immédiat de la personne âgée en perte d'autonomie qui, à titre non professionnel, lui assurent de façon régulière ou occasionnelle un soutien émotif et des soins et services. Ces soins et services sont de nature et d'intensité variées et visent à compenser les incapacités de la personne âgée. Ces individus peuvent être le conjoint, les enfants adultes, d'autres membres de la famille, des amis, des voisins ou autres personnes.⁴⁴ L'alinéa 2 de l'article 39.6 du *Code des professions* définit l'aidant naturel de cette façon : *une personne proche qui fournit sans rémunération des soins et du soutien régulier à une autre personne*⁴⁵.

La Politique de soutien à domicile récemment publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux retient le vocable de « proche-aidant » lequel désigne un rôle qu'une personne accepte librement de remplir, rôle reconnu par le système de santé et de services sociaux. Le proche-aidant ne saurait en aucun cas occulter ou remplacer le statut de parent, de mère, de père, de fille, de fils, etc.⁴⁶

Est donc considérée comme un proche-aidant, *toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel, à une personne ayant une incapacité. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami.*⁴⁷

Cette politique de soutien à domicile indique que le proche-aidant est considéré à la fois comme un client des services, un partenaire et un citoyen qui remplit ses obligations usuelles :

- à titre de client des services, le proche-aidant a besoin d'appui et d'accompagnement pour remplir son rôle. Une gamme de services et des mesures

⁴⁴ GARANT. L., et M. BOLDUC. (1990). *L'aide par les proches : mythes et réalités*. Revue de littérature et réflexions sur les personnes âgées en perte d'autonomie, leurs aidants et aidantes naturels et le lien avec les services formels, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 157 pages.

⁴⁵ LOI MODIFIANT LE CODE DES PROFESSIONS ET D'AUTRES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ. (2002). Chapitre 33, article 4.

⁴⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICE SOCIAUX. (2003). *La politique de soutien à domicile : Chez soi : le premier choix*. février, 45 pages (document disponible à la section documentation sous la rubrique publications du site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca)

⁴⁷ *Ibidem*, page 6

visant à appuyer les proches-aidants doivent être graduellement mises en place dans chaque région pour répondre à leurs besoins propres ;

- à titre de partenaire, le proche-aidant doit recevoir toute l'information (avec le consentement préalable de la personne qu'il aide), la formation et la supervision nécessaires pour maîtriser les tâches qu'il accepte librement d'effectuer ; il doit également savoir à qui s'adresser en cas d'urgence et avoir accès à une aide immédiate. Dans les services de longue durée, le proche-aidant participera activement à l'élaboration du plan d'intervention ou du plan de services individualisé, toujours si la personne ayant une incapacité y consent ;
- lorsque le proche-aidant agit à titre de citoyen qui remplit ses obligations sociales et familiales, des mesures doivent être prévues pour celui-ci dans ses obligations normales et habituelles (normes du travail, assurance emploi, mesures fiscales...).

L'implication des aidants naturels ou des proches-aidants, lorsque ceux-ci sont présents, est de première importance dans l'intervention destinée aux personnes âgées. Ces aidants doivent alors être considérés comme des partenaires et constituent un maillon essentiel du réseau de services destinés aux clients âgés.

Face aux aidants naturels ou aux proches-aidants, le physiothérapeute tient le rôle de formateur et de consultant. À partir de la collecte de l'information, il doit cibler les aidants naturels ou les proches-aidants qui peuvent être impliqués en tenant compte de leur volonté, leur disponibilité et de leurs capacités afin de favoriser le retour ou le soutien à domicile du client. Le physiothérapeute transmet ses recommandations aux personnes ciblées à ce titre. Il enseigne et vérifie, au besoin, certaines approches ou techniques nécessaires à l'application de ses recommandations. Par exemple, il démontre au conjoint le type de surveillance à accorder au client lorsque celui-ci doit circuler dans les escaliers, ou encore, il enseigne la technique pour le transfert du lit à la chaise pour un client demandant une aide légère aux transferts.

Lorsque la recommandation d'exercices est pertinente au plan de traitement du client, l'aidant naturel ou le proche-aidant peut également être impliqué, soit par une supervision ou par l'application de gestes thérapeutiques posés directement sur le client. Le physiothérapeute doit alors se conformer à l'Avis de l'Ordre sur *La participation d'une tierce personne au traitement de physiothérapie*.⁴⁸

Il est aussi important d'avoir un réseau de services gériatriques pour les personnes âgées nécessitant des soins dans un esprit de *continuum* de soins, ceci afin de mieux répondre à leurs besoins et leur permettre de vivre le plus longtemps possible dans le milieu de vie le mieux adapté pour elles.

Dans les prochaines sections, nous présenterons les divers services que la personne âgée peut obtenir en externe ou en étant admise dans une ressource nécessitant l'hospitalisation ou l'hébergement. De plus, une brève description des milieux de vie existant dans les réseaux public et privé sera donnée en espérant que ces

⁴⁸ ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. (1997). Avis sur *La participation d'une tierce personne au traitement de physiothérapie*, 2 pages (Voir annexe 16).

renseignements aideront à mieux orienter les personnes âgées vers les services adaptés à leurs besoins. Nous tenons toutefois à souligner les importantes différences existant entre les régions au Québec ainsi que la transformation importante qu'a connue et connaîtra encore le réseau de soins québécois dans l'organisation de soins destinés aux personnes âgées. Compte tenu du dynamisme du réseau et des différences interrégionales, les informations qui suivent sont apportées à titre indicatif et tiennent compte des informations connues à ce jour.

5.2.2 Les ressources à domicile : le centre local de services communautaires (CLSC)

L'article 80 de la LSSSS définit ainsi la mission d'un centre local de services communautaires :

[...] offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

Le CLSC est le maître d'œuvre des services de soutien à domicile. Le travail en équipe interdisciplinaire est l'une des caractéristiques des services rendus par les intervenants en CLSC. Le CLSC assume, au niveau local, un rôle de premier plan pour offrir à la population de son territoire des services de santé et des services sociaux courants. Le CLSC fournit directement au domicile des personnes les services appropriés. Il s'assure aussi de la disponibilité de l'éventail des services à domicile de première ligne nécessaires pour répondre aux besoins de la population de son territoire. Toute demande de service est suivie de l'évaluation des besoins en collaboration avec la personne, son entourage et les ressources concernées. Les personnes âgées qui reçoivent des interventions à domicile ont habituellement des difficultés à se déplacer pour recevoir ces services. Ainsi, en CLSC le physiothérapeute est appelé à procéder à diverses interventions à domicile, dont l'évaluation du client et de ses capacités fonctionnelles, l'établissement de recommandations quant aux moyens à privilégier pour permettre une utilisation optimale des capacités du client ainsi que la prestation de traitement visant à récupérer ou maintenir les capacités fonctionnelles ou à ralentir la détérioration de la condition du client.

De plus, le physiothérapeute est sollicité à titre de clinicien, consultant ou formateur pour les diverses ressources impliquées dans les différents services au domicile des clients. Il peut alors s'agir de formations spécifiques destinées à des représentants d'organismes communautaires, des groupes structurés d'entraide et de soutien, des entreprises d'économie sociales, des coopératives de services ou des travailleurs gré à gré dont la participation à de nombreuses activités destinées à la clientèle en font des partenaires privilégiés au soutien à domicile.

5.2.3 Les ressources spécialisées externes et ambulatoires

5.2.3.1 La clinique externe d'évaluation gériatrique

La clinique externe d'évaluation gériatrique est un service ambulatoire qui offre aux personnes âgées atteintes de maladies et en perte d'autonomie, une intervention ponctuelle, caractérisée par une approche globale et interdisciplinaire. Ce service procède à une évaluation diagnostique médicale et psychosociale complète, propose une thérapie axée sur l'amélioration et la stabilisation de l'état de santé, oriente le client vers les services capables de poursuivre le plan d'intervention et effectue la relance nécessaire.

5.2.3.2 L'équipe externe ambulatoire de gériatrie et de psychogériatrie

Dans certains milieux ou régions, l'équipe externe ambulatoire de gériatrie et de psychogériatrie se déplace au domicile du client, ce qui la distingue de l'équipe dispensant des soins en clinique externe.

L'équipe externe ambulatoire de gériatrie et de psychogériatrie est une ressource gériatrique spécialisée intervenant en complémentarité avec les ressources de première ligne. Elle dispense des services généraux aux personnes âgées en perte d'autonomie physique, cognitive et psychique. Elle s'inspire, dans sa pratique, des principes mis de l'avant par l'approche gériatrique, soit l'intervention précoce, continue, globale et interdisciplinaire. L'équipe vise la restauration ou le maintien des capacités fonctionnelles des personnes âgées et a comme objectif premier de faciliter le soutien des personnes âgées en perte d'autonomie physique et psychique dans leur milieu de vie naturel.

5.2.3.3 L'hôpital de jour

L'hôpital de jour est un service externe gériatologique spécialisé, de deuxième ligne pour une clientèle qui nécessite des interventions concertées pouvant comprendre l'évaluation diagnostique, le traitement (incluant la réadaptation), l'orientation, la formation et le soutien. Ces services sont offerts aux personnes âgées présentant une ou des problématiques non stabilisées sur les plans biologique, psychologique et social, à leurs proches et aux intervenants du réseau. L'hôpital de jour fait partie intégrante du réseau de soins et de services pour le soutien de la personne âgée dans son milieu de vie naturel et dans des conditions adéquates.

La mission de l'hôpital de jour étant de maintenir l'autonomie de la personne à domicile, le physiothérapeute évalue, traite et participe au travail de l'équipe interdisciplinaire.

5.2.3.4 Le centre de jour

Le centre de jour est un service qui dispense un programme contribuant au soutien des personnes âgées en perte d'autonomie dans leur milieu de vie naturel. Le centre

de jour a une vocation de maintien des acquis biologiques, psychologiques ou sociaux des personnes âgées. Il offre également un service de répit quotidien aux aidants naturels ou proches-aidants des personnes âgées en perte d'autonomie.

En centre de jour, le physiothérapeute peut jouer un rôle de clinicien, de consultant pour la conception de programmes, de formateur, de gestionnaire pour l'encadrement de personnel et la gestion des programmes. Il axera son intervention sur la consolidation de l'autonomie de la personne âgée et sur la maximisation de son intégration sociale.

5.2.4 Les ressources de réadaptation en établissement

5.2.4.1 L'unité de courte durée gériatrique (UCDG)

L'UCDG est un service gériatrique hospitalier offert aux personnes âgées présentant une perte d'autonomie fonctionnelle, signe ou conséquence d'une maladie, à laquelle peuvent s'ajouter des complications pluripathologiques, psychologiques ou sociales. L'UCDG est une unité à l'intérieur d'un centre hospitalier de courte durée. Dans cette unité, on évalue, traite et réadapte les personnes âgées durant une période de deux à huit semaines. La clientèle y séjourne pour une évaluation médicale et pour la stabilisation de son état de santé dans la phase aiguë. Le cas échéant, la clientèle bénéficie d'une orientation vers une ressource adéquate une fois le séjour terminé dans l'UCDG.

Le principal rôle du physiothérapeute en UCDG est celui de clinicien, soit d'évaluer et de traiter les problèmes de santé physique de la personne en collaboration avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire. Il peut être également consultant, gestionnaire ou collaborer à des projets de recherche.

5.2.4.2 L'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)

L'URFI est un service qui offre des programmes d'orientation et de réadaptation adaptés à la clientèle âgée. Sa mission est la réadaptation et la réinsertion sociale du client. La réadaptation comprend la récupération d'une ou de plusieurs fonctions perdues en tenant compte des autres fonctions et des problèmes de chaque individu. Une équipe interdisciplinaire fait l'évaluation globale du bénéficiaire aux plans physique, psychique et social, élabore et dispense un plan d'intervention de réadaptation. Les services de réadaptation sont disponibles en diététique, ergothérapie, inhalothérapie, orthophonie et audiologie, physiothérapie, psychologie et en service social notamment. La durée de séjour peut aller jusqu'à trois mois.

Au même titre que dans l'UCDG, le principal rôle du physiothérapeute en URFI est celui de clinicien, soit d'évaluer et de traiter les problèmes de santé physique de la personne en collaboration avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire. Il peut être également consultant, gestionnaire ou collaborer à des projets de recherche.

5.2.4.3 L'unité de lits polyvalents

Dans certaines régions, des établissements offrent de façon temporaire des services gériatriques interdisciplinaires destinés à des personnes âgées en perte d'autonomie. Ces services sont dispensés dans des « unités de lits polyvalents » ou dans des « lits gériatriques » et comprennent l'évaluation, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs. La durée de séjour dans ces unités peut aller jusqu'à trois mois. Dispensés de concert avec les services rendus par les ressources de première ligne, ces services interdisciplinaires contribuent au soutien des personnes âgées dans leur milieu de vie naturel et ce, dans les meilleures conditions possibles.

5.2.5 Les ressources d'hébergement et de soins de longue durée

5.2.5.1 La ressource intermédiaire et la ressource de type familial

L'appellation « ressource intermédiaire » est utilisée depuis plusieurs années pour dénommer des ressources de multiples natures, dont la croissance a été particulièrement marquée au cours des années 1980⁴⁹.

La ressource intermédiaire est ainsi définie à l'article 302 de la LSSSS :

Est une ressource intermédiaire, toute ressource rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou d'intégrer à la communauté un usager inscrit à ses services, lui procure, par l'entremise de cette ressource, un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien ou d'assistance requis par sa condition. [...]

Cette ressource comprend divers types d'organisations résidentielles dont les principaux modèles sont notamment des appartements supervisés, des maisons de chambre, des résidences de groupe et des maisons d'accueil. Cette dernière organisation résidentielle se distingue des « résidences d'accueil » par ses ressources humaines, matérielles ou financières, qui doivent être employées de manière à offrir les services nécessaires pour satisfaire les besoins des personnes âgées qui y sont orientées par un établissement. Certaines maisons d'accueil sont gérées par des établissements privés non conventionnés.

Pour leur part, les « résidences d'accueil » constituent une ressource de type familial et sont ainsi définies à l'article 312 de la LSSSS :

[...] une ou deux personnes qui accueillent chez elles au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel.

⁴⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2001). *Ressources intermédiaires - Cadre de référence*. Direction des communications, avril, 80 pages (document disponible à la section documentation du site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca)

La ressource intermédiaire est donc une personne physique ou morale autre qu'un établissement public. Elle est toutefois rattachée à un établissement public et celui-ci fournit les ressources professionnelles lorsque la condition des résidents le requiert. La ressource intermédiaire fournit aux clients de cet établissement des services permettant leur soutien dans la communauté ou leur intégration, soit l'hébergement adapté au besoin de la personne âgée et les services de soutien ou d'assistance, ces derniers comprenant des services de base et d'intervention :

- L'hébergement peut être d'une durée variable. L'hébergement à court terme répond à un besoin de transition, de dépannage, de convalescence ou de répit. L'hébergement à moyen terme assure à la personne âgée un milieu de vie qui favorise l'application d'un plan d'intervention permettant de lui offrir soutien ou assistance en vue de sa réintégration familiale ou sociale. L'hébergement à long terme permet d'assurer le soutien ou l'intégration de la personne dans un milieu de vie adapté à sa situation personnelle, familiale ou sociale.
- Les services de base comprennent l'ensemble des services qui contribuent à assurer à la personne âgée des conditions d'hygiène adéquates (entretien ménager, entretien de la literie et des vêtements, par exemple), une alimentation équilibrée et un encadrement adapté.
- L'intervention consiste à assurer à la personne âgée le soutien nécessaire pour surmonter les difficultés qui l'assaillent ou encore à empêcher une détérioration de sa situation. L'intervention se réalise par un ensemble d'activités dont les caractéristiques doivent être appropriées à la situation particulière de la personne âgée et viser son soutien ou son intégration dans la communauté. La nature de l'aide est habituellement définie dans le plan d'intervention relatif à la personne âgée et consiste en activités de vérification, de stimulation, de contrôle, d'assistance, de suppléance, d'apprentissage et d'évaluation. L'établissement public lié par contrat à la ressource intermédiaire mettra alors à la disposition de ses résidents les services professionnels pour pallier ces besoins. C'est à ce niveau que le physiothérapeute contribue à titre de clinicien, consultant, formateur ou à tout autre titre lorsque requis.

5.2.5.2 Le centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

L'article 83 de la LSSSS définit ainsi la mission d'un CHSLD :

*[...] offrir de façon temporaire ou permanente, un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, infirmiers, médicaux, pharmaceutiques et psychosociaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.
[...]*

La mission d'un tel centre peut comprendre l'exploitation d'un centre de jour ou d'un hôpital de jour.

Cette catégorie de centre regroupe maintenant les centres hospitaliers de soins de longue durée et les centres d'accueil de la classe des centres d'hébergement.

La personne âgée admise en CHSLD présente une perte d'autonomie sévère qui fait en sorte que les ressources familiales, à domicile ou intermédiaires ne peuvent plus répondre adéquatement. Les CHSLD offrent à leurs clientèles les services d'une équipe interdisciplinaire à laquelle se joignent les services d'animation-loisirs et l'accompagnement par les bénévoles dans la presque totalité des CHSLD.

Nous rappelons que l'hébergement temporaire est un service qui permet l'accueil de personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale pour une période limitée (maximale de trois semaines). Il favorise le soutien à domicile en admettant des personnes à des fins de convalescence, de répit à la famille ou dans les cas de problématiques sociales importantes. Il s'agit d'une période de transition pour le client permettant un répit aux aidants naturels et aux proches-aidants ainsi que des activités d'information et de formation pour les supporter dans leur rôle. Les clients âgés peuvent trouver ces ressources dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics et, comme nous le verrons ci-après, dans les CHSLD privés conventionnés et les CHSLD privés non conventionnés.

Selon les besoins des clientèles traitées en CHSLD, les physiothérapeutes sont sollicités à titre de cliniciens, consultants et formateurs, enseignants, gestionnaires ou collaborateurs à la gestion, chercheurs ou collaborateurs à la recherche.

Outre les CHSLD reconnus à titre d'établissements publics, nous retrouvons à ce chapitre des établissements privés conventionnés, détenteurs de permis du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les établissements privés conventionnés sont soumis, au même titre que les établissements publics, aux normes, directives, et règlements émanant du MSSS. Ils doivent par conséquent se conformer aux politiques d'admissions et de transferts élaborées en concertation avec les Régies régionales de la Santé et des Services sociaux du Québec. La prestation de services des établissements privés conventionnés fait l'objet d'un contrat entre chaque établissement et le MSSS.⁵⁰

Pour leur part, les CHSLD privés non conventionnés (autofinancés) sont détenteurs de permis de CHSLD. Ils ne sont toutefois pas subventionnés par le MSSS et sont assujettis à la LSSSS, laquelle fixe leurs obligations. À titre d'exemple, les établissements doivent se doter d'un code d'éthique, d'un comité des usagers, d'une procédure d'examen des plaintes. Les CHSLD privés non conventionnés sont concentrés principalement dans les grands centres urbains, offrant ainsi une ressource alternative à un bassin de population qui a des moyens financiers pour payer le gîte, le couvert, les soins et parfois les lits de transition.⁵¹

⁵⁰ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS. (2002). <http://www.aepc.qc.ca/public/presenta.htm>

⁵¹ ASSOCIATION DES CENTRES D'ACCUEIL PRIVÉS AUTO-FIANCÉS. (2002). <http://www.acapa.com>

5.2.6 Les ressources dites privées

5.2.6.1 La résidence privée pour personnes âgées

La résidence privée pour personnes âgées ne possède pas de permis du MSSS pour l'hébergement de personnes en perte d'autonomie. Elle offre le gîte et le couvert, peut recevoir des personnes en légère perte d'autonomie. La résidence privée pour personnes âgées est régie par les règles municipales d'habitation.

La résidence dite privée peut cependant faire l'objet d'une qualification par le *Programme de Qualification Continue des Résidences Privées* (PQCRP). Ce programme est réalisé en collaboration avec les CLSC, la Fédération de l'âge d'Or du Québec (FADOQ), l'Association des résidences pour retraités du Québec, les municipalités, les régies régionales et le Centre de recherche sur les services communautaires de l'Université Laval.⁵² Par une évaluation concertée et formative des ressources privées d'hébergement s'inscrivant volontairement au PQCRP, les résidences amorcent un processus de qualification des services qu'elles offrent, en fonction des besoins spécifiques de la clientèle qu'elles accueillent.⁵³ Les critères sur lesquels portent la qualification sont : la clientèle, l'administration, le bâtiment et les soins et les services. Lorsqu'un certificat de qualification est émis pour une résidence, celle-ci est inscrite dans le « Répertoire des résidences qualifiées ». Ce répertoire est disponible dans les CSLC, les clubs de l'Âge d'Or et les municipalités.

Dans les résidences dites privées, qualifiées ou non, les physiothérapeutes offrent des services à titre de cliniciens, de consultants ou de formateurs sur une base également privée. Les résidents, aux même titre que tout citoyen âgé, peuvent bénéficier des ressources au domicile offertes par un CLSC, fréquenter les ressources spécialisées externes et ambulatoires du réseau ou bénéficier des ressources de réadaptation en établissement.

⁵² FADOQ (RÉGIONS DE QUÉBEC CHAUDIÈRE-APPALACHES), CLSC DES RÉGIONS CHAUDIÈRE-APPALACHES, MUNICIPALITÉS DES RÉGIONS DE QUÉBEC ET CHAUDIÈRES-APPALACHES, ASSOCIATION DES RÉSIDENCES POUR RETRAITÉS DU QUÉBEC, RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX QUÉBEC ET CHAUDIÈRES-APPALACHES. (1999). *Programme de qualification continue des résidences privées*, Cahier de présentation, mars, 11 pages.

⁵³ <http://www.geronto.org/fr/clscnecassin/bienvieillir/fevrier2000/hebergement.htm>

5.2.6.2 Les soins de physiothérapie dispensés dans les établissements publics par le secteur privé

La situation de rareté de ressources professionnelles en physiothérapie documentée dans le secteur public⁵⁴ a entraîné le développement d'offres de services contractuels de source privée dans les établissements. Ainsi, des gestionnaires de certains établissements ont contacté des services avec les fournisseurs privés de soins.

Le plus souvent, le physiothérapeute agit alors sur une base contractuelle à titre de clinicien, mais également à titre de consultant pour conseiller l'établissement sur sa programmation clinique.

⁵⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2002). *Planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation physique*. Direction des communications, juillet, 241 pages (document disponible à la section documentation sous la rubrique publications du site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca)

6. CONCLUSION

Les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique évaluent, selon leurs niveaux respectifs de responsabilité, et traitent les impacts des multiples pathologies sur la fonction physique et la mobilité de la personne âgée.

Dans ce document, nous avons présenté l'approche et la démarche clinique du physiothérapeute auprès de la population âgée à risque de perte d'autonomie ou en perte d'autonomie. Nous avons situé l'approche et la démarche clinique dans l'environnement légal (*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*) et réglementaire (*Décret 923-2002 Thérapeutes en réadaptation physique - Intégration à l'Ordre des physiothérapeutes*) en vigueur en ce début d'année 2003.

Nous avons présenté l'approche sous l'angle du cadre conceptuel du Processus de production du handicap et de l'approche centrée sur la tâche. Les valeurs, les principes et les bases réglementaires, notamment pour la tenue des dossiers, ont été abordés.

Nous avons situé la démarche clinique en physiothérapie au sein d'une démarche interdisciplinaire à laquelle collaborent les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique.

La valorisation par l'Ordre de la pratique basée sur les données probantes et sur les meilleures pratiques documentées a dicté la présentation d'outils de mesure de résultats utilisés pour évaluer les aptitudes de la clientèle âgée desservie par le physiothérapeute et par le thérapeute en réadaptation physique.

La présentation des rôles du physiothérapeute dans le réseau gériatrique a montré la diversité des rôles possibles auprès des différents partenaires du réseau et des ressources mobilisées dans l'intervention destinée aux personnes âgées.

La mission de protection du public qui incombe à l'Ordre trouve sa pleine mesure particulièrement pour une partie de la population âgée à risque de perte d'autonomie et pour une autre partie de celle-ci rendue fragile et vulnérable à la suite de problèmes de santé complexes affectant son rendement fonctionnel. La valeur accordée à la pratique basée sur les meilleures données probantes et sur les meilleures pratiques documentées pose au physiothérapeute et au thérapeute en réadaptation physique le défi d'exercer auprès de cette population avec tout le sens critique requis en s'appuyant sur la science en plein essor qu'est la gériatrie.

7. BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PHYSICAL THERAPY ASSOCIATION. (1999). *Guide to Physical Therapy Practice*, Virginia, April

ASSOCIATION DES CENTRES D'ACCUEIL PRIVÉS AUTO-FIANCÉS. (2002). <http://www.acapa.com>

ASSOCIATION DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS. (2002). <http://www.aepc.qc.ca/public/presenta.htm>

AUDET, M. et Y.L. BOULANGER. (1990). (traduction française autorisée par State University of New-York par l'Institut de réadaptation de Montréal). *Guide for the use of the uniform data set for medical rehabilitation*, version 3.0, march 1990, State University of New-York, Buffalo.

BOUDREAULT, R., C. KAEGI ET J. ROUSSEAU. (2002). *Grille d'évaluation de la sécurité à la marche (GEM)*, Service de physiothérapie de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 29 pages

CARR, J.H., et R.B. SHEPHERD. (1986). *A motor relearning program for stroke*, Heinemann Physiotherapy Aspen Corporation, Chap. 5 et 7.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. (1995). *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux*, avis 95-03, Québec, 47 pages

Décret. (2002). 134 G.O. II, 8654

DION, D. et G. DESCHÊNE. (2002). « Évaluation d'une douleur », *Le Médecin du Québec*, décembre, 37(12) : 39-45

FADOQ (RÉGIONS DE QUÉBEC CHAUDIÈRE-APPALACHES), CLSC DES RÉGIONS CHAUDIÈRE-APPALACHES, MUNICIPALITÉS DES RÉGIONS DE QUÉBEC ET CHAUDIÈRES-APPALACHES, ASSOCIATION DES RÉSIDENCES POUR RETRAITÉS DU QUÉBEC, RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX QUÉBEC ET CHAUDIÈRES-APPALACHES. (1999). *Programme de qualification continue des résidences privées*, Cahier de présentation, mars, 11 pages.

FINCH, E., D. BROOKS, P. STRATFORD et N. MAYO. (2002). *Physical Rehabilitation Outcome Measures - A Guide to Enhanced Clinical Decision Making*, Second Edition, Santé Canada (Direction des systèmes pour la santé, Direction générale de la promotion et des programmes de santé) et Association canadienne de physiothérapie, BC Decker Inc, 292 pages.

GARANT. L., et M. BOLDUC. (1990). *L'aide par les proches : mythes et réalités*. Revue de littérature et réflexions sur les personnes âgées en perte d'autonomie, leurs aidants et aidantes naturels et le lien avec les services formels, Québec, MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, 157 pages.

GOWLAND, CAROLYN, CHEDOKE-MCMASTER HOSPITAL and MCMASTER UNIVERSITY. (1995). *Chedoke-McMaster Stroke Assessment : development, validation and administration manual*. Chedoke-McMaster Hospital and McMaster University, Hamilton, Ontario.

<http://www.doloplus.com/rubperspec/public.htm>

<http://www.geronto.org/frclscrenecassin/bienvieillir/fevrier2000/hebergement.htm>

<http://www.nurspeak.com/tools/pain2.htm>

KINO-QUÉBEC. (2002). *L'activité physique déterminant de la qualité de vie personnes de 65 ans et plus - Avis du Comité scientifique de Kino-Québec*, mai, 59 pages

LOI MODIFIANT LE CODE DES PROFESSIONS ET D'AUTRES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ. (2002). chapitre 33

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICE SOCIAUX. (2000). *Comité aviseur sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis notamment en institution ou à domicile*. septembre, 84 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2001). *Ressources intermédiaires - Cadre de référence*. Direction des communications, avril, 80 pages

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2002). *Planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation physique*. Direction des communications, juillet, 241 pages

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICE SOCIAUX. (2003). *La politique de soutien à domicile : Chez soi : le premier choix*. février, 45 pages

ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. (1990). *Code de déontologie des physiothérapeutes*, (c. C-26, r.136) (en révision).

ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. (1997). *Avis sur La participation d'une tierce personne au traitement de physiothérapie*

ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. (1999). « Vieillesse de la population : un rôle accru pour les physiothérapeutes ». *Physio-Québec* ; 24(2) : 7-8.

ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. (2000). *Le rôle des physiothérapeutes en CSLC et en CHSLD*, 28 pages.

ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. (2001). *Actes de la journée d'étude sur le diagnostic en physiothérapie tenue le 19 mai 2000*, 54 pages.

ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. (2001). *Grille d'évaluation des dossiers de physiothérapie - Guide d'utilisation - Clientèle gériatrique*, Comité d'inspection professionnelle, 13 pages.

ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. (2001). *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des physiothérapeutes*, (L.R.Q., c. C-26, a. 91) (en révision).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*, 54^e Assemblée mondiale de la santé, Genève.

POWELL, L.E., et A.M. MEYERS. (1995). « The activities-specific balance confidence (ABC) scale ». *Journal of Gerontology*, 50A, M28-M34.

RÉSEAU INTERNATIONAL SUR LE PROCESSUS DE PRODUCTION DU HANDICAP. (2000). *Guide de formation sur les systèmes de classification des causes et des conséquences des maladies, traumatismes et autres troubles*, Québec, octobre, 251 pages.

SHUMWAY-COOK, A., et M. WOOLLACOTT. (2001). *Motor Control : Theory and Practical Applications*, Williams & Wilkins, 614 pages.

TINETTI, M.E. (1994). « Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders ». *Journal of Gerontology*, 49, M140.

TINETTI, M.E., D. RICHMAN, et L. POWELL. (1990). « Falls efficacy as a measure of fear of falling ». *Journal of Gerontology*, 45, P239-P243.

WARY, B., S. SERBOUTI et COLLECTIF DOLOPLUS. (2001). « DOLOPLUS 2. Validation d'une échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée », *Douleurs*, n° 2, janvier.

WARY, B., F. CAPRIZ RIBIERE, M. FILBET, F. GAUQUELIN, et collaborateurs. (1999). « Comment évaluer la douleur chez les personnes âgées non communicantes ? », *Gériatries* ; 16 : 21-4.

WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY. (1999). *Position Statement : Description of Physical Therapy*, United Kingdom, 4 pages.

8. ANNEXES

ANNEXE 1

Extraits d'articles de lois et de règlements pertinents à la démarche du physiothérapeute en gériatrie

La **Loi sur les services de santé et les services sociaux** (la LSSSS) décrit les droits des usagers dans les articles 4 à 11 et l'article 15 en ces termes :

4. *Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources.*

[...]

5. *Toute personne a le droit de recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée.*

[...]

6. *Toute personne a le droit de choisir le professionnel ou l'établissement duquel elle désire recevoir des services de santé ou des services sociaux.*

[...]

7. *Toute personne dont la vie ou l'intégrité est en danger a le droit de recevoir les soins que requiert son état. Il incombe à tout établissement, lorsque demande lui en est faite, de voir à ce que soient fournis ces soins.*

[...]

8. *Tout usager des services de santé et des services sociaux a le droit d'être informé sur son état de santé et de bien-être, de manière à connaître, dans la mesure du possible, les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et les conséquences généralement associés à chacune de ces options avant de consentir à des soins le concernant.*

[...]

9. *Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, qu'elle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitement ou de toute autre intervention.*

Le consentement aux soins ou l'autorisation de les prodiguer est donné ou refusé par l'usager ou, le cas échéant, son représentant ou le tribunal, dans les circonstances et de la manière prévues aux articles 10 et suivants du Code civil.

[...]

10. *Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être.*

Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.

[...]

11. *Tout usager a le droit d'être accompagné et assisté d'une personne de son choix lorsqu'il désire obtenir des informations ou entreprendre une démarche relativement à un service dispensé par un établissement ou pour le compte de celui-ci ou par tout professionnel qui exerce sa profession dans un centre exploité par l'établissement.*

[...]

15. *Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 348.*

De plus, la LSSSS prévoit que ces droits peuvent être exercés par un représentant tel qu'indiqué à l'article 12 :

12. [...]

Sont présumées être les représentants les personnes suivantes, selon les circonstances et sous réserve des priorités prévues au Code civil :

[...]

2° le curateur, le tuteur, le conjoint ou un proche parent de l'usager majeur inapte ;

3° la personne autorisée par un mandat donné par l'usager majeur inapte antérieurement à son inaptitude ;

4° la personne qui démontre un intérêt particulier pour l'usager majeur inapte.

La LSSSS définit ainsi le *plan d'intervention* et *plan de services individualisé* :

102. *Un établissement doit élaborer [...] un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'usager par les divers intervenants concernés de l'établissement.* (nos soulignés)

103. *Lorsqu'un usager [...] doit recevoir, pour une période prolongée, des services de santé et des services sociaux nécessitant, outre la participation d'un établissement, celle d'autres intervenants, l'établissement qui dispense la majeure partie des services en cause ou celui des intervenants désigné après concertation entre eux doit lui élaborer le plus tôt possible un plan de services individualisé.* (nos soulignés)

Les articles 10 et 11 du **Code civil du Québec** évoquent les dispositions pour que la personne indique son consentement libre et éclairé :

10. « *Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.* »

11. « *Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention.* »

Le sujet du consentement libre et éclairé prenant toute son importance dans certains cas avec les personnes âgées, nous ne pouvons que recommander la lecture d'autres documents sur le sujet parmi la liste non exhaustive de références ci-jointes dont les ouvrages peuvent être consultés à l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec^{55,56,57,58,59,60}.

L'article 3 du **Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des physiothérapeutes**⁶¹ de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec stipule que :

3. Le physiothérapeute doit recueillir les renseignements nécessaires à l'exercice de sa profession. Il doit notamment consigner, dans le dossier de chaque client, les renseignements suivants :

1° la date d'ouverture du dossier ;

2° le nom du client, son sexe, sa date de naissance, son adresse et son numéro de téléphone ;

3° la description sommaire des motifs de consultation ;

4° la description des antécédents et des affections associées et tout renseignement ou document obtenu d'un membre d'un autre ordre professionnel ;

5° l'évaluation du rendement fonctionnel du client faite par le physiothérapeute ;

Le cas échéant, le physiothérapeute doit en outre consigner, dans le dossier de chaque client, les renseignements suivants :

1° la description des déficiences identifiées et des incapacités qui en découlent ;

2° l'orientation et le plan de traitement correspondant aux déficiences et incapacités identifiées ;

3° les recommandations faites au client ;

4° à chaque visite, la description des services professionnels rendus, les notes sur l'évolution de l'état du client et ses réactions au traitement ;

⁵⁵ COLLÈGE DES MÉDECINS. (1996). *Le consentement aux soins*, 15 pages

⁵⁶ GODBOUT, B., société d'avocats KRONSTROM DESJARDINS. (1995). *Les obligations légales du physiothérapeute dans le cadre de sa pratique professionnelle*, Notes de séminaire tenu en janvier 1995 à l'Ordre des physiothérapeutes du Québec, 32 pages

⁵⁷ ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. (1994). Direction des affaires juridiques, *La protection de la personne*, Collection Code civil du Québec, 57 pages

⁵⁸ CHALIFOUX, D. et J. LEMAY., société d'avocats FLYNN, RIVARD pour l'ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. (1993). *Le consentement aux soins requis par l'état de santé*, Collection Code civil du Québec, 57 pages

⁵⁹ DE LA SABLONNIÈRE, L., société d'avocats POTHIER, BÉGIN pour l'ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. (1993). *Le consentement aux soins non requis par l'état de santé*, Collection Code civil du Québec, 8 pages

⁶⁰ ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE. (1996). *Le consentement : Guide à l'intention des médecins du Canada*, 3^e édition, 22 pages

⁶¹ ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. (2001). *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des physiothérapeutes*, (L.R.Q., c. C-26, a. 91) (en révision)

5° l'évaluation du rendement fonctionnel du client à la fin du traitement et la date de celle-ci ;

6° les annotations, la correspondance et les autres documents sur les services professionnels rendus ;

7° tout document sur la transmission de renseignements à des tiers, notamment tout document signé par le client ou son représentant dûment autorisé, permettant la transmission de tels renseignements ;

8° les renseignements pertinents, autres que ceux consignés ou insérés en vertu du paragraphe 4° du premier alinéa, dont il est au courant et qui concernent les services rendus à son client par d'autres professionnels de la santé ;

9° le montant des honoraires ;

Le physiothérapeute qui inscrit un renseignement dans un dossier doit y apposer sa signature ou son paraphe, suivi de son titre.⁶²

Les articles 3.01.02 et 3.01.08 du **Code de déontologie des physiothérapeutes**⁶³ stipulent que :

3.01.02. Dans l'exercice de sa profession, le physiothérapeute doit tenir compte des limites de ses aptitudes de ses connaissances ainsi que des moyens dont il dispose. Il ne doit pas, notamment, entreprendre des travaux pour lesquels il n'est pas suffisamment préparé sans obtenir l'assistance nécessaire.

3.01.08. Avant de traiter un client, le physiothérapeute doit procéder à l'évaluation du rendement fonctionnel physique du client.

En outre, le physiothérapeute doit consulter un membre d'un autre ordre professionnel ou adresser ce client à un tel membre s'il le juge nécessaire pour déterminer les actes thérapeutiques à poser en vue d'obtenir le rendement fonctionnel maximum du client.

Les articles 3 et 4 du **Décret 923-2002 Thérapeutes en réadaptation physique - Intégration à l'Ordre des physiothérapeutes** (le Décret d'intégration) précisent les niveaux de responsabilité des thérapeutes en réadaptation physique au sein de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec :

3. Les activités professionnelles que les membres de l'Ordre peuvent exercer, outre celles qui leur sont autrement permises par la loi, sont celles prévues au paragraphe n de l'article 37 du Code des professions et du paragraphe 3° de l'article 37.1 de ce code.

⁶² ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. (2001). *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des physiothérapeutes*, (L.R.Q., c. C-26, a. 91) (en révision)

⁶³ ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. (1990). *Code de déontologie des physiothérapeutes*, (c. C-26, r.136) (en révision)

4. *Un physiothérapeute peut exercer l'ensemble des activités professionnelles prévues à l'article 3.*

Un thérapeute en réadaptation physique peut exercer, parmi celles prévues à l'article 3, les activités professionnelles suivantes : lorsqu'il dispose préalablement d'une évaluation faite par un physiothérapeute ou d'un diagnostic médical non limité aux symptômes qui indique, s'il y a lieu, le type de structure atteinte et qui est accompagné d'un dossier documentant l'atteinte, déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal, dans la mesure, aux conditions et dans les cas suivants :

1^o déterminer l'orientation de traitement, effectuer le choix des modalités de traitement et dispenser le traitement à l'égard d'un patient présentant une atteinte :

a) pour laquelle il existe un protocole établi dans un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2);

b) séquellaire nécessitant une rééducation à l'autonomie fonctionnelle ou une rééducation de perfectionnement ou de maintien des acquis.

2^o participer à l'orientation de traitement, effectuer le choix des modalités de traitement et dispenser le traitement à l'égard d'un patient dont le traitement vise :

a) une atteinte orthopédique ou rhumatologique autre que celles visées au sous-paragraphe a du paragraphe 3^o ou au sous-paragraphe e du paragraphe 4^o;

b) à prévenir des complications découlant d'atteintes vasculaires périphériques.

Dans les cas où il dispose de l'information étiologique ou d'une information suffisante sur la nature biomécanique de l'atteinte et sur les contre-indications et, s'il y a lieu, d'une indication du rappel, il peut en outre déterminer l'orientation du traitement.

3^o effectuer le choix des modalités de traitement et dispenser le traitement à l'égard d'un patient présentant :

a) une atteinte orthopédique ou rhumatologique dont le traitement interfère sur le processus de croissance;

b) une atteinte dont la période de réadaptation fonctionnelle intensive est terminée;

c) une atteinte respiratoire chronique et contrôlée;

d) une atteinte vasculaire périphérique;

e) une brûlure ou une plaie;

f) une lésion nerveuse périphérique.

4° dispenser un traitement d'usage général confié par un médecin ou un physiothérapeute à l'égard d'un patient présentant une atteinte :

a) impliquant une réadaptation fonctionnelle intensive;

b) impliquant des soins applicables à un grand brûlé;

c) impliquant une stimulation électrique d'un muscle dénervé;

d) neurologique ou résultant d'une maladie dégénérative, concernant un enfant;

e) orthopédique ou rhumatologique impliquant une approche ou une thérapie spécialisée;

f) respiratoire non contrôlée ou en phase aiguë;

g) vasculaire centrale. ⁶⁴

⁶⁴ Décret. (2002). 134 G.O. II, 5976

TESTS FONCTIONNELS

Les tests présentés ci-après ont été retenus par les membres du Comité-conseil en gériatrie (secteur Québec) pour leurs caractéristiques métrologiques et leur utilité à documenter l'équilibre ou la mobilité des clients.

Pour chaque test sélectionné et présenté aux annexes 2 à 13, on retrouvera à l'annexe correspondante :

- le but du test et une brève description ;
 - la procédure d'application ;
 - les instructions à donner au patient ;
 - le matériel requis
 - les valeurs interprétatives des résultats y sont détaillées à la lumière des résultats significatifs documentés à ce jour.
- Il est important de clarifier que les normes et valeurs prédictives d'un événement, par exemple la chute, sont établies après avoir fait l'objet d'une étude visant spécifiquement à démontrer leur valeur à prédire un événement. Par exemple, pour l'Échelle de Berg, l'étude de validation a démontré un lien entre certains scores et l'utilisation d'accessoires de marche. Selon l'auteure, à partir de ces études, on ne peut par contre conclure qu'un score « prédit l'utilisation d'un accessoire ». Il demeure tout de même utile d'avoir de tels valeurs interprétatives, mais leur application dans un contexte clinique doit être clairement démontrée.

Certains des tests fonctionnels présentés en annexes nécessitent une formation préalable pour leur administration. La seule consultation de ces annexes ne confère aucunement la compétence à quelque intervenant pour l'administration des tests fonctionnels. Par ailleurs, nous rappelons que un des devoirs déontologiques du physiothérapeute et du thérapeute en réadaptation physique envers son client est celui de *ne pas entreprendre des travaux pour lesquels il n'est pas suffisamment préparé sans obtenir l'assistance nécessaire*. (article 3.01.02 du *Code de déontologie des physiothérapeutes* (en révision))

ANNEXE 2

Échelle de Berg⁶⁵

Buts

- Évaluer la performance de l'équilibre d'un sujet.
- Évaluer le changement de la performance de l'équilibre d'un sujet.
- Prédire les risques de chute (la spécificité et la sensibilité)

Dimensions couvertes par le test

- L'échelle comporte 14 activités de la vie courante. Les éléments servent à évaluer la capacité du sujet à maintenir des positions ou à exécuter des mouvements de difficulté croissante tels que : s'asseoir, se lever, se tenir sur une jambe, et ce, en diminuant la base de sustentation.
- La capacité à maintenir l'équilibre pendant un changement de position.
- N.B. la capacité à maintenir l'équilibre suite à l'application d'une perturbation externe, telle une poussée, n'est pas évaluée par cette échelle.

Cotation

- Chaque tâche est cotée sur une échelle allant de 0 à 4, le score total maximal étant de 56 points.

Clientèles pouvant être évaluées par ce test

- Gériatrique (perte d'autonomie, risque de chute, peur de chuter etc.)
- Neurologique (AVC, SEP, Parkinson etc.)
- Orthopédique (fracture de hanche, arthroplastie etc.)

Procédure d'application

- Expliquer et démontrer les gestes à faire ;
- Le sujet porte ses chaussures habituelles ;
- Ne pas tenir le sujet lors du test ;
- Le sujet choisit la jambe sur laquelle il va se tenir en équilibre unipodal ;
- Le sujet choisit la jambe qu'il placera à l'avant lors du test pieds en tandem ;
- Pour la cotation, cocher la cote la plus basse ;
- Utiliser une chaise d'une hauteur standard avec accoudoirs ;
- Pour l'item 12, la hauteur du tabouret est de même hauteur qu'une marche normale (7,75 pouces ou 19,5 cm).

Matériel requis

- Chronomètre

⁶⁵ FINCH, E., D. BROOKS, P. STRATFORD et N. MAYO. (2002). *Physical Rehabilitation Outcome Measures - A Guide to Enhanced Clinical Decision Making*, Second Edition, Santé Canada (Direction des systèmes pour la santé, Direction générale de la promotion et des programmes de santé) et Association canadienne de physiothérapie, BC Decker Inc, pages 93-5.

Valeurs interprétatives des résultats

- Le score différenciant les sujets chuteurs des sujets non-chuteurs est de 45/56. Par contre, les niveaux de sensibilité et de spécificité de ce score sont de 53 % et de 93 % respectivement ;
- Le risque de chute pour un sujet ayant obtenu moins de 45/56 est multiplié par 2.7 pour l'année en cours ;
- Les sujets qui obtiennent 45/56 et plus ont vraisemblablement moins de risque de chute⁶⁶.
- L'échelle de Berg possède une bonne sensibilité et spécificité à prédire la nécessité d'utiliser un accessoire à la marche :
 - Un score de 46/56 et plus indiquerait la non nécessité d'utiliser un accessoire ;
 - Un score entre 31/56 et 45/56 indiquerait la nécessité d'utiliser un accessoire à l'extérieur ou pour de longues distances ;
 - Un score entre 20/56 et 30/56 indiquerait la nécessité d'utiliser un accessoire en tout temps ;
 - Il est à noter que la tranche entre 31 et 45/56 est celle qui a le plus de chevauchement quant à la nécessité d'utiliser un accessoire.
- Shumway-Cook et ses collaborateurs (1997)⁶⁷ indiquent des scores limites décrivant l'augmentation de la probabilité du risque de chute :
 - De 56/56 à 54/56 pour chaque point perdu : 3 % à 4 % d'augmentation de la probabilité du risque de chute ;
 - De 54/56 à 46/56 pour chaque point perdu : 6 % à 8 % d'augmentation de la probabilité du risque de chute ;
 - Inférieur à 36 / 56 : 100 % de risque de chute ;
- Un score du Berg 42 /56 sans histoire de déséquilibre donnerait une sensibilité de 91 % et une spécificité de 82 %. Un score du Berg de 51 /56 avec histoire de déséquilibre donnerait les mêmes niveaux de sensibilité et de spécificité.

⁶⁶ BOGLE THORBAHN, L.D., et R.A. NEWTON. (1996). « Use of the Berg Balance Test to Predict Falls in Elderly Persons ». *Physical Therapy*, 76(6) : 576-83.

⁶⁷ SHUMWAY-COOK, A., M. BALDWIN, N.L. POLISSAR et W. GRUBER. (1997). « Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults ». *Physical Therapy*. 77(8) : 812-19.

**Suggestion de formulaire combinant
les tests fonctionnels de mesure
d'équilibre suivants :**

- **Échelle de Berg**
 - **«Timed up and go»**
 - **Vitesse de marche**
- Endurance à la marche**

Date (a m. j)					
Initiales de l'intervenant					
1 Assis à debout					
2 Debout sans appui					
3 Assis pieds au sol					
4 Debout à assis					
É 5 Transferts					
P 6 Debout, les yeux fermés					
R 7 Debout, pieds ensemble					
E 8 Debout, bras en avant					
U 9 Ramasser objet au sol					
V 10 Debout, se tourner pour...					
E 11 Tourner 360°					
S 12 Pied touche le banc					
13 Debout, pieds tandem					
14 Debout, sur une jambe					
Total à l'échelle de Berg	/56	/56	/56	/56	/56
«Timed Up and Go» (sec)					
Temps de marche sur 10 m.	c : m :	c : m :	c : m :	c : m :	c : m :
Endurance à la marche Distance(m/mn)					

Accessoire : Marchette à roulettes (mr) ; Marchette standard (ms) ; Canne quadripode (cq) ; Canne simple (cs) ; Aucun (a)
Légende : Confortable (c) ; Maximale (m)

Commentaires :
Signature du physiothérapeute ou du thérapeute en réadaptation physique :

Adaptation par Denis Martel, physiothérapeute 2001-10-02

1- PASSER DE LA POSITION ASSISE À DEBOUT

Instructions : Veuillez vous lever en essayant de ne pas vous aider avec les mains

- (4) peut se lever sans l'aide des mains et garder son équilibre
- (3) peut se lever seul avec l'aide des mains
- (2) peut se lever en s'aidant de ses mains, après plusieurs tentatives
- (1) besoin d'un peu d'aide à se lever ou garder l'équilibre
- (0) besoin d'une aide modéré ou important pour se lever

2- SE TENIR DEBOUT SANS APPUI

Instructions : Essayez de rester debout deux minutes sans appui

- (4) peut rester debout sans danger pendant 2 minutes
- (3) peut tenir debout pendant 2 minutes, sous surveillance
- (2) peut tenir debout 30 secs. sans appui, sous surveillance
- (1) doit faire 3 essais pour tenir debout 30 secs. sans prendre appui
- (0) est incapable de tenir debout 30 secs. sans aide

3- SE TENIR ASSIS, SANS APPUI, PIEDS AU SOL OU SUR UN TABOURET

Instructions : Asseyez-vous les bras croisés pendant 2 minutes

- (4) peut rester assis(e) 2 minutes sans danger
- (3) peut rester assis(e) 2 minutes, sous surveillance
- (2) peut rester assis(e) 30 secondes, sous surveillances
- (1) peut rester assis(e) 10 secondes, sous surveillances
- (0) incapable de rester assis(e) sans appui, 10 secondes

4- PASSER DE LA POSITION DEBOUT À ASSISE

Instructions : Veuillez vous asseoir

- (4) peut s'asseoir correctement en s'aidant légèrement des mains
- (3) contrôle la descente avec ses mains
- (2) contrôle la descente avec le derrière des jambes sur la chaise
- (1) s'assoit sans aide, sans contrôler la descente
- (0) a besoin d'aide pour s'asseoir

5- TRANSFERTS (Arranger les chaises pour un transfert pivot)

Instructions : Assoyez-vous sur le siège avec accoudoirs et ensuite sans accoudoirs

- (4) exécute sans difficulté, en s'aidant un peu des mains
- (3) exécute sans difficulté, en s'aidant beaucoup des mains
- (2) exécute avec des instructions verbales et (ou) surveillance
- (1) a besoin d'être aidé par quelqu'un
- (0) a besoin de l'aide / surveillance de deux personnes

6- SE TENIR DEBOUT LES YEUX FERMÉS

Instructions : Fermez les yeux et restez immobile 10 secondes

- (4) peut se tenir debout sans appui pendant 10 secondes, sans danger
- (3) peut se tenir debout pendant 10 secondes sous surveillance
- (2) peut se tenir debout pendant 3 secondes
- (1) incapable de fermer les yeux plus de 3 secondes mais garde l'équilibre
- (0) a besoin d'aide à ne pas tomber

7- SE TENIR DEBOUT LES PIEDS JOINTS

Instructions : Placez vos pieds ensemble

- (4) peut joindre les pieds sans aide et rester 1 minute sans danger
- (3) peut joindre les pieds sans aide et rester 1 minute sous surveillance
- (2) peut joindre les pieds sans aide et rester debout moins de 30 secs.
- (1) a besoin d'aide à joindre les pieds mais peut tenir 15 secs.
- (0) a besoin d'aide et ne peut tenir plus de 15 secondes

8- DÉPLACEMENT VERS L'AVANT BRAS ÉTENDU

Instructions : Levez le bras à 90°. Étendez les doigts et allez le plus loin possible vers l'avant

- (4) peut se pencher sans danger, 25 cm et plus
- (3) peut se pencher sans danger, 12 cm et plus, moins que 25 cm
- (2) peut se pencher sans danger, 5 cm et plus, moins que 12 cm
- (1) peut se pencher mais sous surveillance
- (0) a besoin d'aide à ne pas tomber

9- RAMASSER UN OBJET AU SOL

Instructions : Ramassez votre chaussure qui est devant vos pieds

- (4) peut ramasser sa chaussure facilement et sans danger
- (3) peut ramasser sa chaussure mais sous surveillance
- (2) ne peut ramasser, s'arrête à 2 à 5cm de la chaussure et garde l'équilibre
- (1) ne peut ramasser sa chaussure, a besoin de surveillance
- (0) incapable d'essayer l'exercice / a besoin d'aide à ne pas tomber

10- SE RETOURNE POUR REGARDER PAR-DESSUS L'ÉPAULE GAUCHE ET L'ÉPAULE DROITE

Instructions : Retournez-vous et regardez directement derrière vous par-dessus votre épaule gauche puis la droite

- (4) se retourne des deux côtés ; bon déplacement du poids de l'autre côté
- (3) se retourne d'un côté seulement, mais mauvais déplacement du poids de l'autre côté
- (2) se tourne de profil seulement en gardant son équilibre
- (1) a besoin de surveillance
- (0) a besoin d'aide à ne pas tomber

11- PIVOTER SUR PLACE 360°

Instructions : Faites un tour complet de 360° et arrêtez, puis faites en autre tour complet de l'autre côté

- (4) peut se tourner 360° sans danger de chaque côté, en moins de 4 secs.
- (3) peut se tourner 360° sans danger d'un seul côté, en moins de 4 secs
- (2) peut se tourner 360° sans danger mais lentement
- (1) a besoin de surveillance ou de directives verbales
- (0) a besoin d'aide pour ne pas tombe

12- DEBOUT ET SANS SUPPORT, PLACEMENT ALTERNATIF D'UN PIED SUR UNE MARCHE OU TABOURET

Instructions : Placez en alternance un pied sur la marche ou un tabouret. Continuez jusqu'à ce que chaque pied ait touché le tabouret au moins 4 fois

- (4) peut se tenir sans appui, sans danger et toucher 8 fois en plus de 20 secs.
- (3) peut se tenir debout sans appui et toucher 8 fois en plus de 20 secs.
- (2) peut toucher 4 fois sans aide et sous surveillance
- (1) ne peut toucher plus de 2 fois ; a besoin d'aide
- (0) a besoin d'aide à ne pas tomber / ne peut faire l'exercice

13- SE TENIR DEBOUT SANS APPUI, UN PIED DEVANT L'AUTRE

Instructions : (faire une démonstration devant le sujet). Placez un pied directement devant l'autre. Si impossible, faites un grand pas

- (4) peut placer un pied directement devant l'autre sans aide et tenir 30 secs.
- (3) peut faire un grand pas sans aide et tenir la position 30 secs.
- (2) peut faire un petit pas sans aide et tenir la position 30 secs.
- (1) a besoin d'aide à faire un pas mais peut tenir 15 secs.
- (0) perd l'équilibre en faisant un pas ou en essayant de se tenir

14- SE TENIR DEBOUT SUR UNE SEULE JAMBE

Instructions : Tenez debout sur une seule jambe le plus longtemps possible, sans appui

- (4) peut lever une jambe sans aide et tenir plus de 10 secs.
- (3) peut lever une jambe sans aide et tenir de 5 à 10 secs.
- (2) peut lever une jambe sans aide et tenir 3 secs ou plus
- (1) essai de lever une jambe mais ne peut tenir plus de 3 secs
- (0) ne peut exécuter l'exercice ou a besoin d'aide à ne pas tomber

ANNEXE 3

Test de Tinetti⁶⁸ Équilibre et marche

Buts

- Évaluer les altérations de la mobilité associées aux risques de chute

Description

- Équilibre : une échelle composée de 14 tâches observables quantifiées sur une échelle à 2 ou 3 niveaux, selon la tâche et le rendement, pour un total maximum de 24 points ;
- Marche : échelle composée de 10 items associés à la marche à vitesse normale et rapide pour un total maximum de 16 points ;
- Score total sur 40 points.

Procédure d'application

Voir formulaire présenté ci-après

Qualités métrologiques

- Il n'y a pas de score limite pour départager de façon claire les chuteurs des non chuteurs

Valeurs interprétatives des résultats

- Un bas score prédirait la chute récurrente^{69,70}.
- La valeur prédictive est faible. Il est nécessaire d'utiliser d'autres mesures pour confirmer le risque de chute.

⁶⁸ TINETTI, M.E. (1986). « Performance-Oriented Assessment of Mobility Problems in Elderly Patients ». JAGS, no 34 : 119-26.

⁶⁹ RAICHE, M. (2000). « Screening older adults at risk of falling with the Tinetti balance scale ». (Statistical data include) (Brief article). *The Lancet* ; 356(9334) : 1001-1002.

⁷⁰ RAICHE, M. (1998). Séance de communication affichée « Validité prédictive du test de Tinetti dans le dépistage du risque de chute des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile » présentée au 1^{er} congrès du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation tenu à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec et publié dans *Revue canadienne de réhabilitation/réadaptation*, 11(4): 225.

Nom : _____ Date : _____ Score final : _____ / 40

TEST D'ÉQUILIBRE ET DE MARCHE DE TINETTI⁷¹

- ÉQUILIBRE -

Directives : Le sujet est assis sur une chaise dure sans accoudoirs. Les manœuvres suivantes sont examinées :

1. Équilibre assis :			
- penche ou glisse dans la chaise	0		
- stable, en sécurité.....		1	
2. Se lever :			
- incapable sans aide	0		
- capable, mais utilise ses bras pour s'aider		1	
- capable sans l'aide de ses bras			2
3. Essai pour se lever :			
- incapable sans aide	0		
- capable après plus d'un essai		1	
- capable au premier essai			2
4. Équilibre immédiat lors du lever :			
- instable (chancelant, oscillant).....	0		
- stable mais utilise une marchette, une canne ou s'agrippe à d'autres objets pour se soutenir		1	
- stable sans marchette, canne ou autres objets.....			2
5. Équilibre debout :			
- instable.....	0		
- stable avec pieds écartés (talons éloignés de plus de 4") ou utilise une canne, une marchette ou d'autres supports.....		1	
- talons rapprochés, sans aide.....			2
6. Poussées (le sujet se tient debout avec les pieds aussi près que possible, l'examineur Pousse légèrement le sujet à trois reprises sur le sternum à l'aide de la paume de La main) :			
- commence à tomber.....	0		
- chancelant, s'agrippe mais se stabilise		1	
- stable.....			2
7. Cou (décrire les symptômes si score = 0) :			
- symptômes ou démarche chancelante lors de mouvements latéraux ou d'extension	0		
- du cou			
- diminution marquée de l'amplitude, mais sans symptômes ou démarche chancelante.....		1	
- amplitude satisfaisante modérée et équilibre stable			2

⁷¹ Traduction libre du *Gait and Balance test* * par le Centre de recherche en gériatrie et gériatrie de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

* TINETTI, M.E. (1986). « Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients ». *J. Am. Geriatr. Soc.* ; 34 :119-26.

8. Yeux fermés (en position # 6) :			
- instable.....	0		
- stable.....		1	
9. Pivot de 360 :			
a) - pas discontinus	0		
- pas continus.....		1	
b) - instable (chancelant, s'agrippe)	0		
- stable.....		1	
10. Station debout sur une jambe (5 sec.) :			
a) Jambe droite			
- incapable sans appui.....	0		
- capable		1	
b) Jambe gauche			
- incapable sans appui.....	0		
- capable		1	
11. Extension du dos (laisser le sujet le faire lui-même) :			
- refuse d'essayer ou aucune extension ou utilise une marchette lorsqu'il le fait	0		
- essaie, mais faible extension		1	
- bonne extension			2
12. Lever les bras (demander au sujet d'atteindre la tablette la plus haute dans la cuisine) :			
- incapable ou instable, a besoin de se tenir	0		
- capable et stable		1	
13. Se pencher vers l'avant (mettre un crayon sur le plancher et demander au sujet de le ramasser) :			
- incapable ou instable.....	0		
- capable et stable		1	
14. S'asseoir :			
- non sécuritaire (juge mal ses distances ; se laisse tomber dans la chaise)	0		
- utilise les bras ou n'a pas un mouvement régulier		1	
- sécuritaire, mouvement régulier.....			2
SCORE POUR L'ÉQUILIBRE =		/ 24	

TEST D'ÉQUILIBRE ET DE MARCHÉ DE TINETTI
- MARCHÉ -

Directives : Le sujet est debout avec l'examineur. Le sujet marche dans le corridor ou dans la chambre, d'abord à son rythme habituel, puis revient à un rythme plus rapide, tout en étant sécuritaire (utilisant une marchette ou une canne si c'est le cas habituellement).

1. Initiation de la marche (immédiatement après le signal de départ) :			
- hésitations ou plusieurs essais pour partir	0		
- aucune hésitation		1	
2. Hauteur et longueur des pas : balancement de la jambe droite :			
a) - ne passe pas au-delà du pied gauche	0		
- passe au-delà du pied gauche		1	
b) - le pied droit ne quitte pas complètement le plancher	0		
- le pied droit quitte complètement le plancher		1	
3. Hauteur et longueur des pas : balancement de la jambe gauche :			
a) - ne passe pas au-delà du pied droit	0		
- passe au-delà du pied droit		1	
b) - le pied gauche ne quitte pas complètement le plancher	0		
- le pied gauche quitte complètement le plancher		1	
4. Symétrie des pas :			
- longueur de pas du pied gauche et du pied droit inégale (estimer)	0		
- longueur de pas du pied gauche et du pied droit semble égale		1	
5. Continuité du pas :			
- arrête ou fait des pas	0		
- les pas semblent continus		1	
6. Trajectoire (estimée en relation avec les tuiles du plancher, diamètre de 12 pouces.			
Observer le trajet d'un pied sur environ 10 pieds de marche) :			
- déviation marquée	0		
- déviation modérée ou utilise un auxiliaire à la marche		1	
- trajectoire droite sans auxiliaire à la marche			2
7. Tronc :			
- balancement marqué ou utilise un auxiliaire à la marche	0		
- pas de balancement mais plie les genoux ou le dos ou écarte les bras lors de la marche		1	
- pas de balancement, pas de flexion, pas d'écartement et pas d'auxiliaire à la marche			2
8. Position de marche :			
- talons écartés	0		
- talons se touchent presque lors de la marche		1	

9. Tourner :

- chancelant, instable.....
- discontinu mais ne chancelle pas ou n'utilise pas de marchette ou de canne ..
- stable, continu sans auxiliaire à la marche

10. Capable d'augmenter sa vitesse de marche (dire au sujet de marcher aussi vite qu'il le peut,

Tout en ayant un rythme sécuritaire) :

- aucun.....
- un peu.....
- beaucoup.....

SCORE POUR LA MARCHE =

0	1	2
0	1	2
/ 16		

ÉQUILIBRE ET MARCHE

Instructions générales

Expliquer au sujet qu'il devra exécuter plusieurs mouvements qui ressemblent à ceux fréquemment utilisés dans la vie de tous les jours. Mentionner au sujet qu'à tout moment, il peut refuser d'en faire. Le rassurer en lui disant que vous demeurez tout près et que vous ne lui demanderez pas d'exécuter des mouvements dangereux.

ÉQUILIBRE

- 1. Équilibre assis :** Les explications vont de soi.
- 2. Se lever :** Il est demandé au sujet de se croiser les bras sur la poitrine et de se lever de sa chaise. S'il en est incapable, il lui est permis de s'aider en poussant sur la chaise avec ses bras ou d'utiliser une aide technique.
Le sujet obtient le score 2 seulement s'il est capable de se lever, les bras croisés sur la poitrine, sans s'aider en poussant ou en utilisant une aide.
- 3. Essais pour se lever :** Chaque effort est compté comme un essai (par exemple : s'avancer sur le bout de la chaise).
Le sujet obtient le score 2 seulement s'il se lève en un seul mouvement.
- 4. Équilibre immédiat lors du lever :** Comme décrit ci-haut, le sujet se lève et se tient debout sans s'agripper à quoi que ce soit ou sans l'utilisation d'une aide.
- 5. Équilibre debout :** Donner au sujet la possibilité de reprendre son équilibre, puis lui demander de mettre ses pieds aussi près l'un de l'autre. Répéter la demande si nécessaire. Ne pas utiliser d'aide, sauf si nécessaire.
- 6. Poussées :** Le sujet se tient debout, les pieds rapprochés. L'examineur pousse avec la paume de sa main sur le sternum pendant environ 2 secondes. La pression doit être constante et non brusque.

⁷² *Ibidem*

7. Cou :

Il est demandé au sujet de tourner sa tête de chaque côté, aussi loin et haut que possible. L'examineur doit démontrer le mouvement. Une diminution marquée de l'amplitude de mouvement signifie que le sujet est capable de tourner sa tête à moins de la moitié du trajet d'un côté à l'autre ou est pratiquement incapable de regarder en haut.

Pour obtenir le score 2, le sujet doit avoir une amplitude de mouvement moyenne dans les deux mouvements latéraux et en extension. S'il y a une diminution marquée dans l'amplitude de mouvements dans un de ces trois mouvements, le sujet aura au maximum le score 1.

Les symptômes comprennent le sentiment de tête légère, d'étourdissement, le sentiment de manque de stabilité, etc.

8. Yeux fermés :

Le sujet se tient debout, les pieds rapprochés.

Le sujet obtiendra le score 1 seulement s'il est stable (aucun balancement, mouvement marqué du tronc ou déplacement des pieds et aucune aide ou appui).

9. Pivot 360 :

L'examineur doit démontrer le mouvement. Pour identifier des pas discontinus, le sujet doit déposer complètement son pied (talon et orteils) sur le sol avant de lever l'autre pied.

10. Station debout sur une jambe : Les explications vont de soi.

11. Extension du dos :

Il est demandé au sujet d'étirer son dos aussi loin que possible. Ayez un bras de disponible pour aider si nécessaire, mais ne retenez pas le sujet. Démontrez le mouvement au sujet. L'évaluation prend en compte uniquement le degré d'extension du dos et ne dépend pas de la flexion des genoux. Cette évaluation est subjective : vous devez comparer le sujet avec d'autres personnes que vous avez déjà examinées.

12. Lever les bras :

Il est demandé au sujet de lever les bras suffisamment haut pour se sentir sur la pointe des pieds. Le sujet doit prendre un objet placé sur une tablette.

Il ne perd pas de point s'il a besoin de placer une main sur le comptoir, pourvu qu'il réussisse à prendre un objet sur une tablette avec l'autre main. La stabilité réfère à la capacité de lever les bras et de prendre l'objet sans balancement ou sans sembler instable.

13. Se pencher vers l'avant :

Les explications vont de soi.

14. S'asseoir :

Pour obtenir le score 2, le sujet doit être capable de s'asseoir avec un simple mouvement sécuritaire sans utiliser ses bras ou une aide.

MARCHE

Choisir un grand espace sans obstacle. Expliquer au sujet que vous voulez observer sa démarche habituelle, en utilisant un auxiliaire à la marche au besoin. Si le corridor n'est pas suffisamment long, demandez au sujet de marcher aller-retour à plusieurs reprises. Cependant, ne considérez que la partie moyenne du trajet (c'est-à-dire ni les premiers pas, ni les derniers pas).

POUR LES POINTS 1 À 4, L'EXAMINATEUR DOIT MARCHER AUPRÈS DU SUJET.

- 1. Initiation de la démarche :** *S'il y a hésitation, le sujet obtient le score 0.*
- 2. et 3. Longueur et hauteur des pas :** Commencer l'observation après le troisième ou le quatrième pas. Observer chaque pied sur 5 pas. Le résultat est basé sur la moins bonne performance.
Si pour un des 5 pas, le pied ne dépasse pas l'autre pied, le sujet obtient le score 0 pour la longueur. Si pour un des 5 pas, le pied traîne sur le plancher, le sujet obtient le score 0 pour la hauteur.
Tenter d'observer seulement un côté à la fois.
- 4. Symétrie des pas :** *Si la longueur du pas ne semble pas égale de chaque côté dans au moins 3 des 5 cycles, le sujet obtient le score 0.*
- 5. Continuité des pas :** Commencer à observer la continuité après avoir décidé de la symétrie. Observer la continuité sur 5 cycles.
Si le sujet dépose un pied en entier (talon et orteil) sur le plancher, avant de lever l'autre pied du sol, le sujet obtient le score 0. Pour obtenir le score 1 dans la continuité, le sujet devra lever le pied du sol en ayant seulement les orteils du pied d'appui encore au sol.

POUR LES POINTS 5 À 8, L'EXAMINATEUR MARCHE DERRIÈRE LE SUJET.

- 6. Trajectoire :** La meilleure façon d'observer la trajectoire, c'est d'observer un pied en relation avec une ligne droite sur le plancher. S'il n'y a pas de ligne, l'examineur devra évaluer subjectivement la déviation. L'examineur observe la déviation en regardant un pied.
Pour obtenir le score 2, le sujet doit avoir une trajectoire en ligne droite et ne pas utiliser d'aide.

7. Tronc :

En marchant derrière le sujet, observez la quantité de mouvements latéraux du tronc, la quantité de flexion des genoux ou du dos, et si le sujet semble utiliser ses bras pour s'aider à garder son équilibre. Il ne devrait y avoir aucun mouvement latéral du tronc. Les genoux et le dos devraient être droits et les bras devraient être à côté du corps et non pas en abduction.

8. Position de marche :

En marchant derrière le sujet, observer la proximité des pieds du sujet sur 5 cycles.

Pour obtenir le score 1, les talons devraient presque se toucher lors de la marche.

9. Tourner :

Les explications vont de soi.

ANNEXE 4

Test de la marche (Step Test)

Buts

- Évaluer la stabilité dynamique du corps sur une jambe.
- Permettre d'identifier les problèmes d'équilibre pendant certaines activités potentiellement déstabilisantes comme la locomotion chez les patients ayant subi un AVC.

Procédure d'application

- Le sujet se tient debout, les pieds parallèles à 5 cm en avant d'un bloc de dimension prédéterminée. L'évaluateur se place à côté du sujet ;
- Le sujet doit déposer le pied de la jambe évaluée complètement sur le bloc et ensuite le déposer complètement au sol le plus rapidement possible durant une période chronométrée de 15 secondes ;
- Le sujet ne doit pas bouger le pied opposé durant le test. Il peut pratiquer plusieurs fois le geste avant de débiter le test ;
- Le nombre complet de marches exécutées est noté pour la cotation. Si durant le test il y a perte d'équilibre, le test est cessé. Le nombre de marches complètes exécutées et le temps d'exécution sont alors notés ;
- L'évaluateur procède ensuite de la même façon avec l'autre jambe.

Instructions à donner

« À « GO », vous déposez complètement le pied de la jambe évaluée sur le bloc et par la suite vous déposez le pied de la jambe évaluée complètement sur le sol. Vous recommencez avec la même jambe et ce, le plus vite possible. À « STOP », vous arrêtez. »

Matériel requis

- Chronomètre ;
- Bloc de 40 cm de large, 30 cm de profond et de 7,5 cm de haut.

Valeurs interprétatives des résultats

- Selon Hill et ses collaborateurs (1996)⁷³ :
 - Les sujets âgés sains obtiennent une moyenne de 17 marches ;
 - Les sujets hémiplegiques nécessitent en moyenne 6,95 répétitions pour la jambe non-affectée et 6,39 répétitions pour la jambe affectée.
- Le test de marche est un test valide et fidèle et il existe une forte corrélation entre la vitesse de marche, le "Forward Reach Test" et la longueur de pas avec le test de la marche.

⁷³ HILL, K.D., J. BERNHARDT, A.M. MCGANN, D. MALTESE et D. BERKOVITS. (1996). « A new test of dynamic standing balance for stroke patients: reliability, validity and comparison with healthy elderly ». *Physical Therapy* ; 48 : 257-62.

ANNEXE 5

Test assis à debout

Buts

- Mesurer le temps pris pour se lever debout.

Description

- Le sujet est assis sur une chaise avec dossier, sans ou avec accoudoir ;
- La chaise a les mêmes caractéristiques standards que les caractéristiques de la chaise utilisée dans le test T.U.G. (voir annexe 6)

Procédure d'application

À « GO » le sujet se lève debout. Le temps est mesuré à partir du moment où la consigne « GO » est donnée jusqu'à ce que le sujet soit debout.

Directive : « À « GO » levez vous debout ».

Valeurs interprétatives des résultats

Selon Alexander et ses collaborateurs (1991)⁷⁴ :

- durée normale (sans utilisation des accoudoirs) : 1,56 à 1,83 sec
- durée normale (avec utilisation des accoudoirs) : 3,16 sec

⁷⁴ ALEXENDER, N.B., A.B. SCHULTZ et D.N. WARWICK. (1991). « Rising from a chair: effects of age and functional ability on performance biomechanics ». *Journal of gerontology: Medical sciences* ; 46 : M91-8.

ANNEXE 6

Test “Timed up and go” (TUG) ou Lever et marcher chronométré⁷⁵

But

- Tester la mobilité fonctionnelle pour les personnes âgées frêles. La mobilité fonctionnelle fait référence à se coucher et sortir du lit, s'asseoir et se lever d'une chaise, s'asseoir et se lever de la toilette et marcher quelques mètres.

Procédure d'application

- Le sujet porte ses chaussures habituelles, il utilise un accessoire à la marche si nécessaire ;
- Aucune assistance physique n'est donnée ;
- Au début du test, le sujet est assis avec le dos appuyé au dossier d'une chaise standard (hauteur moyenne du siège : 46 cm), les mains sont sur les accoudoirs (hauteur moyenne des accoudoirs : 64 cm) et son accessoire à la marche est à portée de main ;
- Le temps d'exécution est mesuré à partir du moment où la consigne « GO » est donnée jusqu'au moment où le sujet retourne à la position de départ assise.

Instructions à donner

- « À « GO », vous vous levez, puis vous marchez à vitesse confortable et sécuritaire, vous vous rendez à la ligne, vous tournez et vous revenez vous asseoir » ;
- Le sujet fait le test une fois avant d'être chronométré, et ce, afin de se familiariser avec la procédure.

Matériel requis

- Chronomètre ;
- Chaise standard (décrite ci-haut) ;
- Démarcation au plancher d'une distance de 3 mètres.

Valeurs interprétatives des résultats

- Selon une étude de Podsiadlo et Richardson (1991)⁷⁶ :
 - Les sujets ayant obtenu un temps de **10 secondes et moins** sont considérés comme ayant un niveau d'indépendance élevé ;

⁷⁵ FINCH, E., D. BROOKS, P. STRATFORD et N. MAYO. (2002). *Physical Rehabilitation Outcome Measures - A Guide to Enhanced Clinical Decision Making*, Second Edition, Santé Canada (Direction des systèmes pour la santé, Direction générale de la promotion et des programmes de santé) et Association canadienne de physiothérapie, BC Decker Inc, pages 240-2.

⁷⁶ PODSIADLO, D., et S. RICHARDSON. (1991). « The Timed "Up & Go": A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons ». *JAGS* ; 39 :142-8.

- Les sujets ayant obtenu un temps de **moins 20 secondes** étaient indépendants pour les transferts de base. Tous étaient capables de transférer seul d'une chaise, de la toilette. Presque tous marchaient seuls ou avec une canne. À l'échelle de Berg, ils se classaient dans le tiers supérieur. Leur vitesse de marche était au moins de 50 cm/sec, une vitesse qui a été suggérée comme étant minimale pour traverser une rue. La majorité était capable de marcher 50 m, monter les escaliers et aller seuls sur la rue ;
 - Les sujets ayant obtenu **entre 20 et 29 secondes** se situent dans une zone grise. Il y avait beaucoup de variation dans l'équilibre, la vitesse de marche et la capacité fonctionnelle. D'autres évaluations ont été nécessaires pour clarifier leur niveau fonctionnel.
 - Les sujets ayant obtenu un temps de **30 secondes et plus** tendaient à être beaucoup plus dépendants, c'est-à-dire, à avoir besoin d'assistance pour plusieurs tâches. Environ 30 % de ceux-ci avait besoin d'aide pour le transfert à la chaise, à la toilette. La plupart avait besoin d'aide pour le bain ou la douche. Pratiquement aucun n'était capable de monter les escaliers sans assistance et aucun ne pouvait aller seul dans la rue. À l'échelle de Berg, ce groupe s'est classé dans la section moyenne ou inférieure. Leur vitesse de marche était égale ou inférieure à 50 cm/sec.
- Le test "Timed up and go" est sensible aux changements cliniques. Il permet de documenter le manque d'amélioration ou de détérioration de la condition du client. C'est un outil qui indique rapidement le degré de mobilité du sujet.
 - Selon OKUMIYA et ses collaborateurs (1998)⁷⁷, un temps supérieur à 16 sec. est prédicteur de chute.
 - Selon OKUMIYA et ses collaborateurs (1999)⁷⁸ :
 - un temps supérieur à 17 sec est prédicteur d'une diminution de BADL ("Basic activity of daily living" : fait référence à marcher, se nourrir, s'habiller, utiliser la toilette, se laver, se soigner, prendre ses médicaments) ;
 - un temps supérieur à 14 sec est prédicteur d'une diminution de IADL ("Instrument activity of daily living" : fait référence à prendre le transport public, magasiner, faire l'épicerie, préparer un repas, activité bancaire).

⁷⁷ OKUMIYA, K., K. MATSUBAYASHI, T. NAKAMURA, *et al.* (1998). « The Timed "Up and Go" test is a useful predictor of falls in community-dwelling older people ». *J Am Geriatric Soc* (letter) ; 46 : 928-9.

⁷⁸ OKUMIYA, K., K. MATSUBAYASHI, T. NAKAMURA, *et al.* (1999). « The Timed "Up and Go" test and manual bottom score are useful predictors of functional decline in basic and instrumental ADL in community-dwelling older people ». *J Am Geriatric Soc* (letter) ; 47 : 497-8.

ANNEXE 7

Vitesse de marche sur 10 mètres

But

- Mesurer le temps nécessaire pour parcourir une courte distance de marche (10 m) pour toute clientèle présentant une perte d'autonomie. Il sera possible par la suite d'établir la vitesse de marche sur 10 m ;
- Évaluer les changements dans le temps, soit l'amélioration ou la détérioration, suite à l'entraînement.

Procédure d'application

Le sujet se tient debout à un minimum de 1 mètre devant la ligne de 10 mètres. Le sujet doit marcher à vitesse confortable dans un premier temps. Dans un deuxième temps, on lui demande de marcher à vitesse maximale sur une distance de 12 mètres. Il peut utiliser un accessoire de marche lors du test. Lors du test le physiothérapeute ne stimule pas le sujet. Il marche légèrement en retrait afin d'assurer la sécurité. La distance chronométrée est celle de 10 mètres. Le premier mètre et le dernier mètre ne sont pas chronométrés, il permet l'accélération et la décélération.

Matériel requis

- Chronomètre
- Distance de 10 mètres délimitée au plancher, plus 1 mètre à chaque extrémité.

Valeurs interprétatives des résultats

Dans le tableau qui suit, nous présentons les vitesses de marche confortable et maximale selon Bohannon (1997)⁷⁹ :

Décade	Confortable en m/mn (cm/s)		Maximale en m/mn (cm/s)	
	Homme	Femme	Homme	Femme
20 - 29 ans	83,6 (139,3)	84,4 (140,7)	151,9 (253,3)	148,0 (246,7)
30 - 39 ans	87,5 (145,8)	84,9 (141,5)	147,4 (245,6)	140,5 (234,2)
40 - 49 ans	88,1 (146,2)	83,5 (139,1)	147,7 (206,9)	127,4 (212,3)
50 - 59 ans	83,6 (139,3)	83,7 (139,5)	124,1 (193,3)	120,6 (201,0)
60 - 69 ans	81,5 (135,9)	77,8 (129,6)	115,9 (193,3)	106,4 (174,4)
70 - 79 ans	79,8 (133,0)	76,3 (127,2)	124,7 (207,9)	104,9 (174,9)

⁷⁹ Adaptation et traduction française par Denis Martel, pht, de BOHANNON, R.W. (1997). « Comfortable and maximum walking speed of adults aged 20-79 : reference values and determinants ». *Age and aging* ; 26 : 15-19.

Tableau d'équivalence - Vitesse de marche (**cm/sec**)⁸⁰

Exemple : sujet prenant 20 sec pour parcourir une distance de 10 m ira à une vitesse de 50 cm/s (0,5 m/s)

Durée en sec	Distance 300 cm (ou 3 m) (9'10")	Distance 500 cm (ou 5 m) (16'5")	Distance 1000 cm (ou 10 m) (32'9")	
90	3,3	5,5	11,1	
85	3,5	5,8	11,7	
80	3,7	6,2	12,5	
75	4,0	6,6	13,3	
70	4,3	7,1	14,2	
65	4,6	7,7	15,3	
60	5,0	8,3	16,6	
55	5,5	9,0	18,2	
50	6,0	10,0	20,0	
45	6,6	11,1	22,2	
40	7,5	12,5	25,0	
35	8,5	14,3	28,5	
30	10,0	16,6	33,3	
25	12,0	20,0	40,0	↓
20	← 15,0	25,0 →	50,0*	
19	15,8	26,3	52,6	
18	16,6	27,7	55,5	
17	17,6	29,4	58,8	
16	18,7	31,2	62,5	
15	20,0	33,3	66,6	
14	21,4	35,7	71,4	
13	23,0	38,4	76,9	
12	25,0	41,6	83,3	
11	27,2	45,5	90,9	
10	30,0	50,0	100,0	
9	33,3	55,5	111,1	
8	37,3	62,5	125,0	
7	42,8	71,4	142,8	
6	50,0	83,3	166,6	
5	60,0	100,0	200,0	
4	75,0	125,0	250,0	
3	100,0	166,6	333,3	

⁸⁰ MARTEL, D. (2002). « La chute et les troubles de l'équilibre chez la personne âgée - Cahier Outils de mesure ». Notes de cours donné en 2002 par l'entremise des bourses syndicales du Syndicat des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique du Québec, 42 pages.

ANNEXE 8

Test de 6 minutes de marche⁸¹

Buts

- Connaître le niveau d'endurance du sujet et son niveau d'autonomie en regard de la locomotion.
- Estimer le $\dot{V}_{O_2}$ max chez les personnes présentant des incapacités

Procédure d'application

- Le sujet porte ses chaussures habituelles, il utilise un accessoire à la marche si nécessaire ;
- Aucune assistance physique ou encouragement ne sont donnés, aucune conversation n'est permise ;
- L'épreuve se déroule sur une surface ferme. Une distance préalablement mesurée peut être utilisée ;
- La personne marche à son rythme pendant 6 minutes sur un parcours prédéterminé. Les arrêts sont permis. Le temps d'exécution et le nombre total d'arrêts sont notés. L'évaluateur note la distance parcourue en 6 minutes.

Instructions à donner

- « Marchez le plus vite possible durant 6 minutes. Vous pouvez prendre des temps d'arrêt ».
- Durant le test, l'évaluateur encourage le client en utilisant des consignes standards à fréquence régulière (aux 30 secondes par exemple) :
 - « Ça va bien ! »
 - « Continuez comme ça ! »
 - « Gardez le rythme, il reste « x » minutes à faire ! »

Temps requis

- 20 à 30 minutes

Matériel requis

- Chronomètre ;
- Roue à mesurer pour mesurer la distance ou parcours préalablement mesuré.

⁸¹ STENPHEN, R.L., B. HYLTON et B. MENZ. (2002).« Physiologic, psychologic, and health predictors of 6-minute walk performance in older people » *Arch Phys Rehabil* ; 83 : July, 907-11.

Valeurs interprétatives des résultats

Selon Stenphen (2002)⁸² :

	Homme	Femme
Âge	Moyenne ± ET	Moyenne ± ET
62-69 ans	458 m ± 136 m	530 m ± 77 m
70-74 ans	493 m ± 146 m	463 m ± 107 m
75-79 ans	554 m ± 110 m	418 m ± 112 m
80-84 ans	406 m ± 122 m	379 m ± 113 m
85-89 ans	347 m ± 103 m	317 m ± 132 m
90 ans et plus	323 m ± 164 m	321 m ± 101 m
Moyenne générale	442 m ± 142 m	400 m ± 125 m

⁸² Adaptation et traduction française de Denis Martel, pht, de *ibidem*

ANNEXE 9

Lever pour marcher (LPM)

But

- Évaluer la capacité à exécuter la tâche LPM à la suite d'un AVC.
- Permet de mesurer la performance du sujet en terme de temps nécessaire pour compléter la tâche et en terme de stratégie motrice utilisée.

Initialement ce test a été conçu pour comparer 2 tâches :

- se lever debout
- se lever pour marcher.

La planification de ces tâches est différente dans les deux situations. Magnan et ses collaborateurs (1996)⁸³ indiquent que dans la seconde tâche (se lever pour marcher), le sujet qui se lève avec l'intention de marcher enchaîne de façon harmonieuse les deux tâches. Dans leur étude, le sujet faisait le premier pas avant même que la station debout soit atteinte.

Procédure d'application

- Position du sujet : assis, mains posées sur les genoux. Le sujet porte ses chaussures habituelles ;
- Au signal « GO » donné par l'évaluateur, le sujet se lève sans s'aider de ses bras et fait quelques pas vers une cible placée à 2 mètres ;
- Directive : « À « GO » Levez vous pour marcher jusqu'à la cible (exemple : la table) à vitesse confortable et sécuritaire. »
- Le test se termine une fois que le sujet se soit levé complètement debout. On ne lui donne aucune assistance physique, mais il peut utiliser un accessoire de marche si nécessaire ;
- Le sujet fait le test une ou deux fois avant d'être chronométré afin de se familiariser avec la procédure.

Caractéristiques métrologiques

Dans leur étude de la validité (concomitante, discriminante) de la mesure chronométrée, Dion et ses collaborateurs (2001)⁸⁴ démontrent que le temps obtenu lors du LPM par la majorité des patients cérébrolésés (validité discriminante) est 1,6 plus long que celui des cas témoins. De plus, la majorité des patients cérébrolésés n'arrive pas à se lever pour marcher. Ceux-ci exécutent cette tâche en 2 séquences (se lever et initier le premier pas) en y intercalant un arrêt. Les résultats obtenus à ce test ont mis en évidence un

⁸³ MAGNAN, A., J. BRADFORD, B. MCFADYEN et G. ST-VINCENT. (1996). « Modification of sit-to-stand task with the addition of gait initiation ». *Gait and Posture* 4 : 232-41.

⁸⁴ DION, L., F. MALOUIN, B. MCFADYEN, C. RICHARDS et G. ST-VINCENT. (2001). « The « rise-to-walk » test for assessing mobility after stroke : a validation and reliability study ». Mémoire de maîtrise, Université Laval.

problème fonctionnel. La durée du LPM chronométré directement par l'évaluateur est hautement corrélée avec celle mesurée par un système de mesure 3D (validité concomitante), ce qui en fait un test clinique simple et facile d'application.

Valeurs interprétatives des résultats

Selon Magnan et ses collaborateurs (1996)³⁰ :

- Durée normale : 1,35 sec
- Patients avec déficit léger : moins de 2 sec
- Patients avec déficit modéré : de 2 à 3 sec
- Patients avec déficit sévère : plus de 3 sec

ANNEXE 10

« Timed Stair Test »(TST)⁸⁵

But

- Évaluer la performance de tâches locomotrices plus exigeantes que la marche.

Clientèle pouvant être évaluée par ce test :

- clientèle gériatrique avec déficiences des systèmes neurologique et musculosquelettique.

Procédure d'application

Le TST consiste à mesurer le temps requis pour réaliser de façon consécutive 4 sous-tâches :

- sous-tâche 1 : se lever d'une chaise et marcher 3 mètres ;
- sous-tâche 2 : monter l'escalier de 13 marches ;
- sous-tâche 3 : tourner et descendre les marches ;
- sous-tâche 4 : revenir à la chaise, tourner et s'asseoir.

Le sujet peut utiliser les accoudoirs pour se lever de la chaise et s'asseoir. Il lui est également permis d'utiliser un accessoire à la marche ou la main courante de l'escalier si nécessaire.

La durée totale du TST ainsi que la durée de chacune des sous-tâches sont mesurées en utilisant un chronomètre avec fonction de temps de passage.

Pour fins de comparaison avec d'autres tâches locomotrices et de calcul d'un changement dans le temps, la durée peut être convertie en vitesse moyenne en divisant la distance parcourue (m) par la durée du test (sec).

Pour obtenir la distance parcourue dans les escaliers, on utilise la formule suivante :

- $\sqrt{\{(\text{hauteur totale de l'escalier})^2 + (\text{longueur totale de l'escalier})^2\}}$

⁸⁵ PERRON. M., F. MALOUIN et H. MOFFET. (soumis pour publication 2003). « Assessing locomotor recovery after total hip arthroplasty with the Timed Stair Tests ». *Clinical Rehabilitation*.

Le contact du tronc avec le dossier sert de guide visuel pour le début et la fin du test. Le début et la fin de chaque sous-tâche se définissent comme suit :

- sous-tâche 1 : du signal de départ au contact du pied avec la première marche ;
- sous-tâche 2 : du contact du pied avec la première marche au contact avec la dernière marche (palier) ;
- sous-tâche 3 : du contact du pied avec la dernière marche (palier) au contact du pied avec le sol ;
- sous-tâche 4 : du contact du pied avec le sol au contact du dos avec le dossier.

L'évaluateur note également si le patient utilise ou non un accessoire à la marche ou la main courante, et s'il monte et descend les escaliers de façon alternée.

Instructions à donner

« À « Go » vous vous levez , vous marchez jusqu'à l'escalier, vous montez l'escalier, vous tournez, vous redescendez, vous marchez jusqu'à la chaise, vous tournez et vous vous rasseyez. »

Matériel requis

- Chronomètre avec fonction de temps de passage ;
- Chaise avec accoudoirs placée à 30 cm derrière une ligne de départ située à 3 mètres de l'escalier ;
- Escalier de 13 marches
 - Étant donné les différences de dimension des escaliers d'un milieu à l'autre, les auteurs recommandent d'adapter la distance de marche en fonction de celle des escaliers de façon à respecter un rapport de 40 : 60 entre la durée du parcours sur le plat (sous-tâches 1 et 4) et la durée d'exécution des escaliers (sous-tâches 2 et 3) pour des individus sans incapacités.
 - Exemple avec un escalier de 8 marches, dont la hauteur de la marche est de 0,195 m et dont la profondeur est de 0,254 m. La distance parcourue dans l'escalier, obtenue par l'application de la formule ci-avant présentée, sera de 2,56 m, ce qui représente 60 % de la distance totale à parcourir. La distance de marche sera alors calculée à 1,70 m, ce qui représente 40 % de la distance.

Valeurs interprétatives des résultats

- Puisque les dimensions des escaliers varient beaucoup d'un milieu à l'autre, il est recommandé d'établir ses propres valeurs normatives en utilisant des sujets sains d'âge et de sexe comparables à la clientèle régulièrement évaluée ;
- Le calcul du déficit de vitesse pour chaque sous-tâche permet de mettre en évidence des incapacités reliées à des tâches locomotrices spécifiques ;
- La fidélité test-retest du TST est très élevée (CCI de 0.88) lorsque le test est effectué avec deux essais de pratique préalablement à la tenue du test.
- La validité de construit a été établie en démontrant ce qui suit :
 - le TST est en mesure de discriminer des sujets avec et sans incapacités locomotrices ;
 - le niveau de déficit locomoteur s'accroît avec l'exigence de la tâche et donc que le TST est en mesure de mettre en évidence des déficits chez des sujets qui présentent peu ou pas d'incapacités à des tâches locomotrices moins exigeantes comme la marche ;
 - il y a une bonne convergence avec le test de 10 mètres de marche.

Le TST implique non seulement l'exécution de tâches locomotrices plus exigeantes que la marche mais également la planification de la transition d'une tâche complexe à une autre (contrôle moteur proactif, ajustements locomoteurs anticipatoires).

Chedoke McMaster (AVC)⁸⁶
Section : inventaire des incapacités

But

- Mesurer des changements cliniques concernant les incapacités physiques lors de l'exécution de tâches par un individu suite à un AVC

Description

- L'évaluation consiste en un inventaire des incapacités comportant 2 sous échelles :
 1. fonction motrice générale (10 éléments) :
 - a. coucher sur le dos : tourner sur le côté sain
 - b. coucher sur le dos tourner sur le côté affecté
 - c. coucher latéral du côté sain : s'asseoir dans le lit
 - d. coucher latéral du côté sain : s'asseoir au bord du lit
 - e. coucher latéral du côté affecté : s'asseoir au bord du lit
 - f. rester debout durant 30 sec
 - g. transférer du lit à la chaise du côté sain
 - h. transférer du lit à la chaise du côté affecté
 - i. de la position assise, descendre assis au sol puis se relever avec appui
 - j. de la position debout, descendre assis au sol puis se relever sans appui
 2. la marche (5 éléments) :
 - a. marcher 25 mètres à l'intérieur
 - b. marcher 150 mètres à l'extérieur, sur terrain accidenté
 - c. marcher 900 mètres à l'extérieur, en 6 blocs de 150 mètres
 - d. utiliser l'escalier, 12 marches
 - e. distance marchée en 2 minutes
- L'emphasis est mise sur l'accomplissement de la tâche et non sur la qualité de l'exécution.

Clientèles pouvant être évaluées par ce test

- Toute clientèle ayant fait un AVC. La validité de cet outil n'a pas été testée spécifiquement avec la clientèle gériatrique ayant fait un AVC. Toutefois, de l'expérience des membres du Comité-conseil en gériatrie (secteur Québec), l'outil aurait une bonne valeur clinique ;
- Considérant la diversité des activités de base proposées dans l'échelle et la sensibilité de l'échelle (7 niveaux de performance de l'outil de « Mesure de l'indépendance fonctionnelle ») nous croyons que cet instrument est très

⁸⁶ FINCH, E., D. BROOKS, P. STRATFORD et N. MAYO. (2002). *Physical Rehabilitation Outcome Measures - A Guide to Enhanced Clinical Decision Making*, Second Edition, Santé Canada (Direction des systèmes pour la santé, Direction générale de la promotion et des programmes de santé) et Association canadienne de physiothérapie, BC Decker Inc, pages 103-5.

intéressant pour toutes clientèles gériatriques en perte d'autonomie et ce, même si la validité et la fidélité reposent sur une clientèle post AVC.

Cotation

- L'inventaire des incapacités a un score maximal de 100, soit 7 points pour chacun des 14 premiers éléments et 2 points en bonus pour l'élément 15 (marche 2 minutes). Le score minimum est de 14 ;
- De plus, 2 éléments significatifs (les 4^e et 5^e) ont été ajoutés sans toutefois faire partie du score final ;
- La cotation de chacun des 14 premiers éléments se fait à partir de la Mesure de l'indépendance fonctionnelle (M.I.F).

Description des niveaux de fonction et de leur cote M.I.F.

INDÉPENDANT

SANS AIDE

- 7 indépendance complète
toutes les tâches décrites constituant l'activité en question sont effectuées de façon sûre, sans modification, sans aide technique, sans l'aide d'une autre personne et dans un délai raisonnable.
- 6 indépendance modifiée
l'activité requiert soit un ou plus d'un élément suivant : une aide technique, un appareil, un temps d'exécution plus long que la normale ou le fait avec un risque acceptable.

DÉPENDANCE MODIFIÉE

AIDE

Une autre personne est nécessaire pour superviser ou pour aider physiquement, sans laquelle l'activité ne peut être réussie.

- 5 supervision ou arrangement
le sujet ne requiert pas plus d'aide qu'une présence, une suggestion ou un encouragement, sans contact physique, ou encore l'aide place ou prépare les objets nécessaires ou met en place un appareil.
- 4 assistance avec contact minimal
le contact est purement tactile et le sujet fournit 75 % et plus de l'effort.
- 3 assistance modérée
le sujet requiert plus d'aide que le simple contact tactile ou fournit la moitié (50 %) et plus de l'effort (jusqu'à 75 %)

DÉPENDANCE COMPLÈTE

Le sujet fournit moins de la moitié (50 %) de l'effort. Une assistance maximale ou totale est requise, sinon l'activité ne peut être faite.

- 2 assistance maximale
le sujet fournit moins de 50 % mais au moins 25 % de l'effort
- 1 assistance totale
le sujet fournit moins de 25 % de l'effort.

Valeurs interprétatives des résultats

- Un changement de 8 points à l'inventaire des incapacités correspond à un changement clinique important ;
- Un score de 70/100 et plus à l'inventaire des incapacités : retour à domicile et capable de vivre seul en regard des capacités motrices ;
- Un score de 30/100 et moins : soins de longue durée en regard des capacités motrices.

DISABILITY INVENTORY : GROSS MOTOR FUNCTION INDEX⁸⁷
Score Form Page 4

- Task 1 :** **Supine to side lying on strong side**
Position : Supine Lying, head on pillow, legs extended, arms by each side.
Instruction : « Roll over towards your strong side . »
Method : Assist if necessary and judge the amount of assistance given.
- Task 2 :** **Supine to side lying on weak side**
Position : Supine lying, head on pillow, legs extended, arms by each side.
Instruction : « Roll over towards your weak side. »
Method : Assist if necessary and judge the amount of assistance given.
- Task 3 :** **Side lying to long sitting through strong side**
Position : Side lying on the strong side, head on pillow, arms forward, legs slightly flexed.
Instruction : « Come up into sitting with your legs out in front of you. »
Method : May flex, abduct and externally rotate hips, and flex knees. Assist if necessary and judge the amount of assistance given.
- Task 4 :** **Side lying to sitting on side of the bed through strong side**
Position : Side lying on the strong side, head on pillow, arms forward, legs slightly flexed.
Instruction : « Come up into sitting with your legs over the side of the bed. »
Method : Assist if necessary and judge amount of assistance given and aids used. If the edge of the bed is used to pull self up, score a 6.
- Task 5 :** **Side lying to sitting on side of the bed through weak side**
Position : Side lying on the weak side, head on pillow, arms forward, legs slightly flexed.
Instruction : « Come up into sitting with your legs over the side of the bed. »
Method : Assist if necessary and judge amount of assistance given and aids used. If the edge of the bed is used to pull self up, score a 6.
- Task 6 :** **Remain standing**
Position : Standing.
Instruction : « Stay standing for 30 seconds. »
Method : Time for 30 seconds. Assist if necessary and judge assistance given.
Don't accept : Leaning against an object or holding on with hands.

⁸⁷ GOWLAND, CAROLYN, CHEDOKE-MCMASTER HOSPITAL and MCMASTER UNIVERSITY. (1995). *Chedoke-McMaster Stroke Assessment : development, validation and administration manual*. Chedoke-McMaster Hospital and McMaster University, Hamilton, Ontario, Section 7, pages 7-31 à 7-37.

Task 7 :	Transfer to and from bed towards strong side
Position :	a) Sitting in bed. b) Sitting in chair.
Instruction :	Bed to chair : « Come and sit in this chair. » Chair to bed : « Come and sit on the side of the bed. » Client is permitted to use the arm of a chair to turn, or to have the arm in a sling.
Method :	Assist if necessary and judge assistance given.
Required :	Safe performance of all aspects of task (including putting on brake, removal of foot pedal if necessary).
Task 8 :	Transfer to and from bed towards weak side
Position :	a) Sitting in bed. b) Sitting in chair.
Instruction :	Bed to Chair : « Come and sit in this chair. » Chair to bed : « Come and sit on the side of the bed. »
Method :	The client is permitted to use arm of chair to turn, or to have arm in a sling. Assist if necessary, and judge assistance given.
Required :	Safe performance of all aspects of task (including putting on brakes, removal of foot pedal if necessary).
Task 9 :	Transfer up and down from floor and chair
Position :	a) Sitting in the wheelchair or a regular chair. b) Long sitting in the middle of the mat, facing the wheelchair or a regular chair.
Instruction :	a) « Go down onto the mat. » b) « Come up and sit in the chair. »
Method :	The client attempts both a) and b). The client is permitted to use arms of chair, or to have arm in a sling. Assist if necessary, judge amount of assistance given.
Required :	Safe performance of all aspects of task (including putting on brakes, removal of foot pedal if necessary).
Task 10 :	Transfer up and down from floor and standing
Position :	a) Standing facing the mat. b) Long sitting in the middle of the mat.
Instruction :	a) « Get down onto the mat. » b) « Stand up. »
Method :	The clients attempts both a) and b). Assist if necessary, judge amount of assistance given.
Required :	Safe perfomance of task.

DISABILITY INVENTORY : WALKING INDEX
Score Form Page 4

A device is any type of walking aid. The highest score that a client can reach with a walking aid is a 6. To receive a 7, the client must walk independently.

To receive a score of 2 for each task the client must be able to walk with at most a maximal assist from only one person.

Task 11 : Walking indoors 25 meters

Position : Standing

Instruction : « Walk up and down the hall. »

Method : Measure distance walked. Assist if necessary and judge amount of assistance given. Assign a score of 5 if client walks 15 meters (but not 25) indoors independently.

Task 12 : Walking outdoors, over rough ground, ramps, and curbs (150 meters)

Position : Standing.

Instruction : « Walk outside on a lawn, a side walk, across a street, and up and down a hill. »

Method : Walk a minimum of 150 meters outdoors. Assist if necessary, judge amount of assistance given.

Required : Safe performance of the task.

Task 13 : Walking outdoors 6 blocks (900 meters)

Position : Standing.

Instruction : « Walk 6 city blocks (a distance of 900 meters with approximately one block 150 meters). »

Method : Assist if necessary, judge amount of assistance given.
Assign a score of 3 if the client completes 300 meters with moderate contact assistance.
Assign a score of 4 if the client completes 300 meters with minimal contact assistance.
Assign a score of 5 if the client walks 300 meters (but not 900) independently.

Required : Safe performance of the task.

Task 14 :

Position :
Instruction :
Method :

Walk up and down stairs

Standing.

« Go up and down 12 to 14 steps (one flight). »

Assist if necessary, judge amount of assistance given.

Assign a score of 1 if the client performs less than 25% of the task, requires the assistance of two people, or does not go up and down 4 to 6 steps.

Assign a score of 2 if the client performs 25% to 49% of task while going up and down 4 to 6 steps, and requires the assistance of one person.

Assign a score of 3 if the client performs 50% to 74% of task while going up and down 4 to 6 steps, and requires the assistance of one person.

Assign a score of 5 if the client goes up and down 4 to 6 steps independently, with or without an assistive device, and takes more than reasonable time or there are safety considerations. The railing is considered a device.

Task 15 :

Position :
Instruction :
Method :

Age appropriate walking distance for 2 minutes (2 point bonus)

Standing.

« Walk as quickly but safely as you can until I tell you to stop. »

Measure distance walked in 2 minutes. »

For 2 bonus points :

For clients 70 years of age or less, the distance walked should be a minimum of 96 metres. Over 70 years of age the distance walked should be a minimum of 84 metres.

Walking Aids :

Record any walking aids or orthoses uses.

ANNEXE 12

Test «Bed Rise Difficulty Scale» (BRD)

Buts

- Évaluer la mobilité d'un sujet au lit dans l'activité fonctionnelle de s'asseoir au bord du lit ;
- Mesurer le temps requis pour s'asseoir au bord du lit à partir de la position décubitus dorsal.

Description

Le sujet est couché sur le dos, à sa place habituelle dans le lit, les bras allongés le long du corps, les jambes dans le prolongement du tronc.

Procédure d'application

- Chronométrage : dès que le sujet bouge et jusqu'à ce que le tronc s'arrête ;
- Le mouvement des jambes une fois que le tronc est droit ou que le sujet est assis n'est pas chronométré ;
- Le sujet peut s'agripper au bord du lit ;
- Une pratique non chronométrée est effectuée préalablement au test.

Instructions

« Assoyez-vous sur le bord du lit, à votre rythme »

Valeurs interprétatives des résultats

Selon Cloutier (2001)⁸⁸, le seuil critique serait de 3 secondes.

⁸⁸ CLOUTIER, M-J. (2001). « Comparaison entre le BRD et deux tests fonctionnels, le TUG et l'échelle de Berg, auprès de personnes en perte d'autonomie et vivant à domicile; une étude préliminaire ». *Physio-Québec* ; 25(3) : 19-25.

ANNEXE 13

Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)^{89, 90}

Le SMAF est l'outil retenu par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour évaluer les clientèles des services à domicile et autres programmes afférents aux CLSC, pour l'évaluation des demandes d'orientation et d'admission et pour la planification des soins et services des usagers des CHSLD, qu'ils soient desservis en centre de jour, hôpital de jour, hébergés de façon temporaire ou permanente.⁹¹ Une formation est requise pour utiliser le SMAF.

Buts

- Évaluer l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée à partir des concepts de déficience, incapacité et handicap développés par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1981.
- Évaluer les 29 items des capacités fonctionnelles dans les cinq secteurs fondamentaux de l'autonomie :
 - les activités de la vie quotidienne (AVQ) [7 items] ;
 - la mobilité [6 items] ;
 - la communication [3 items] ;
 - les fonctions mentales [5 items] ;
 - les activités de la vie domestique [8 items].
- Permettre de suivre l'évaluation de la personne âgée dans les différents milieux de vie.

Procédure d'application

La cotation est réalisée selon des critères précis à partir de renseignements obtenus par questionnaire du sujet ou d'un tiers, d'observation ou même de la réalisation d'épreuves. Pour chacun des items, une évaluation des ressources en place pour pallier l'incapacité permet l'obtention d'un score de handicap. La stabilité de ces ressources est également estimée.

⁸⁹ Le SMAF a été conçu et validé grâce à l'appui du Conseil québécois de la recherche sociale et du Département de santé communautaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Copie disponible sur demande à : Système de mesure de l'Autonomie fonctionnelle, Dr. R Hébert, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 1036 Belvédère Sud, Sherbrooke, Québec, J1H 4C4, Canada ; rhebert@courrier.usherb.ca

⁹⁰ FINCH, E., D. BROOKS, P. STRATFORD et N. MAYO. (2002). *Physical Rehabilitation Outcome Measures - A Guide to Enhanced Clinical Decision Making*, Second Edition, Santé Canada (Direction des systèmes pour la santé, Direction générale de la promotion et des programmes de santé) et Association canadienne de physiothérapie, BC Decker Inc, pages 142-3.

⁹¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICE SOCIAUX. (2000). *Comité avisé sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis notamment en institution ou à domicile*. septembre 2000, 84 pages.

Chaque fonction est cotée sur une échelle de 4 degrés :

- 0 = autonomie complète ;
- - 1 (moins 1) = besoin de surveillance ou stimulation ;
- - 2 (moins 2) = besoin d'aide ;
- - 3 (moins 3) = dépendance totale

Un niveau de capacité intermédiaire (- 0.5 ou - 1.5) se retrouve à certains items pour marquer une fonction accomplie de façon autonome mais avec difficulté. On cote ce que la personne fait réellement et non ce qu'elle peut ou pourrait faire. Le score maximum (- 87) est obtenu en additionnant les cotes de chaque item. Pour les sujets en institution, une version abrégée de 20 items (score maximum de - 60) peut être utilisée en excluant les tâches domestiques et la marche à l'extérieur.

ANNEXE 14

Autres tests fonctionnels

Le physiothérapeute travaillant en gériatrie doit faire appel à d'autres professionnels afin de bien comprendre la globalité de la personne âgée. Il doit notamment travailler en collaboration avec l'ergothérapeute. Ce dernier utilise des évaluations pouvant aider le physiothérapeute à comprendre la problématique cognitive de la personne et la problématique motrice du membre supérieur.

Voici une liste non exhaustive d'autres tests fonctionnels :

Folstein

Évaluation standardisée sur 30 points pour le dépistage des déficits cognitifs. On y retrouve des informations sur les capacités suivantes :

- Orientation temporelle et spatiale ;
- Mémoire immédiate ;
- Attention et calcul ;
- Rétention mnésique
- Langage ;
- Praxie et construction.

PECPA-2R : Protocole d'examen cognitif de la personne âgée

- Dépistage des atteintes cognitives pathologiques chez la personne âgée qui souffre d'un syndrome cérébral organique ;
- Peut aider à documenter un profil cognitif déficitaire et aider à l'établissement d'une impression diagnostique ;
- Il est donné en pourcentage ;
- On y retrouve le Folstein.

AMPS : Assessment of motor and process skills

Il s'agit d'une évaluation simultanée de la qualité et de l'efficacité des habiletés motrices et opératoires, et de leurs impacts sur la capacité d'une personne à accomplir ses AVQ et AVD.

TEMPA : Test évaluant les membres supérieurs des personnes âgées

Il est composé de neuf tâches unilatérales et bilatérales liées aux activités de la vie quotidienne comme verser de l'eau, préparer un café, écrire, etc.

ANNEXE 15

Échelles d'évaluation de la douleur

But

- Quantifier la mesure subjective de la douleur

Nous avons retenu deux types d'échelles d'évaluation fréquemment utilisées :

- l'échelle visuelle analogique ;
- l'échelle numérique de la douleur.

Échelle visuelle analogique (EVA) ⁹²

L'EVA se présente sous la forme d'une ligne droite de 10 cm (100 mm). L'orientation de cette ligne peut-être horizontale ou verticale. Les extrémités représentent les limites extrêmes d'une échelle de la douleur, soit l'absence de douleur et la pire douleur jamais ressentie (douleur insupportable).

Il est important lors du test, de bien spécifier au patient la période de temps à laquelle il doit se référer pour identifier l'intensité de la douleur, soit en ce moment, soit au cours des 24 dernières heures, soit toute autre période identifiée par l'évaluateur. Celui-ci fait un trait sur la ligne afin d'indiquer l'intensité de sa douleur.

Exemple :

0	10
absence de	douleur
douleur	insupportable

Échelle numérique de la douleur (EN)

Le sujet doit choisir un nombre qui représente l'intensité de la douleur au moment du test. L'échelle varie de 0 à 10 : 0 représentant l'absence de douleur et 10 la pire douleur qu'on puisse imaginer. Le test peut être passé verbalement ou par écrit.

⁹² FINCH, E., D. BROOKS, P. STRATFORD et N. MAYO. (2002). *Physical Rehabilitation Outcome Measures - A Guide to Enhanced Clinical Decision Making*, Second Edition, Santé Canada (Direction des systèmes pour la santé, Direction générale de la promotion et des programmes de santé) et Association canadienne de physiothérapie, BC Decker Inc, pages 244-5.

AVIS DE
L'ORDRE DES PHYSIOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC

**LA PARTICIPATION D'UNE TIERCE PERSONNE
AU TRAITEMENT DE PHYSIOTHÉRAPIE**

La formation universitaire du physiothérapeute l'habilite notamment à déterminer l'impact d'une dysfonction musculosquelettique, neurologique ou cardiorespiratoire sur le rendement fonctionnel d'un client. Il est reconnu pour ses compétences à effectuer une évaluation physiothérapique, à déterminer l'orientation du traitement, à exécuter des actes professionnels qui s'inscrivent dans un processus continu d'interventions évaluatives et thérapeutiques, à l'intérieur d'une démarche clinique structurée, organisée et personnalisée, en vue d'atteindre les objectifs visés.

Le physiothérapeute se distingue par son niveau élevé de connaissances des systèmes musculosquelettique, neurologique et cardiorespiratoire, de même que par l'approche et la science reliées à sa pratique. Dans l'exercice de sa profession, le physiothérapeute peut avoir à solliciter la collaboration d'autres personnes, pour poser des actes qui s'inscrivent dans le cadre d'un traitement de physiothérapie, lorsque la condition du client l'exige. (*Articles 3.01.07, 3.03.02. Code de déontologie de l'OPQ*). Il est intrinsèque à la science de la physiothérapie que d'enseigner à un client assisté de son entourage le cas échéant, à se prendre en charge le plus tôt possible.

Un acte peut ainsi être enseigné par un physiothérapeute à un membre de la famille ou à une personne qui est disponible pour poser cet acte dans des situations particulières **pour un cas précis**, lorsque l'intérêt du client l'exige, par exemple, lorsque le client requiert des soins à domicile. (*Articles 3.01.07, 3.03.01. Code de déontologie de l'OPQ*).

Le physiothérapeute doit :

- évaluer un client, déterminer le plan de traitement, préciser la fréquence des traitements requis par la condition du client et faire ressortir les précautions à prendre, avant d'enseigner quelque acte que ce soit à une tierce personne; (Articles 3.02.03, 3.03.02. Code de déontologie de l'OPQ);
- préciser à une tierce personne son rôle et ses limites;
- fournir à une tierce personne, des directives précises concernant un programme spécifiquement élaboré pour répondre à la condition d'un client après avoir obtenu l'autorisation écrite du client pour divulguer tout renseignement de nature confidentielle obtenu dans l'exercice de sa profession; (Articles 3.06.01, 3.06.02. Code de déontologie de l'OPQ);
- enseigner à une tierce personne la technique choisie, en indiquant clairement les paramètres importants notamment, la région atteinte, la position dans laquelle placer le patient, la durée du traitement;
- s'assurer que cette tierce personne possède bien la technique qui lui a été enseignée avant de l'appliquer au client;
- s'entendre avec la tierce personne sur un moyen de communication efficace, le physiothérapeute s'assurant que la tierce personne a bien saisi l'importance de communiquer avec lui dès qu'elle note un changement dans l'état du client ou qu'elle se sent insécure en posant un ou des actes qui lui ont été enseignés; (Article 3.03.01 Code de déontologie de l'OPQ);
- assurer une supervision adéquate, à une fréquence qui permette d'évaluer l'impact des traitements dispensés par la tierce personne sur l'état physique du client, le physiothérapeute étant le seul habilité à évaluer l'impact d'un traitement de physiothérapie;
- s'assurer de noter au dossier du client toute information pertinente relative à ce type d'intervention; (Articles 2.02 c) d) e) h) g) k) m).- Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des physiothérapeutes de l'OPQ).

Lorsqu'un physiothérapeute détermine un plan de traitement et le signe, il est responsable pour la qualité des soins dispensés et l'impact de ces soins sur l'état physique du client.
--

Adopté au Bureau de l'Ordre des physiothérapeutes du Québec le 19 septembre 1997.