

PHYSIO QUÉBEC

n°01

PRINTEMPS / ÉTÉ 2015
VOLUME 41

ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC

NOUVELLE ENTENTE POUR UNE PLUS GRANDE COLLABORATION ENTRE LES PHYSIOTHÉRAPEUTES ET LES PHARMACIENS

Services juridiques
**UNE INJONCTION
POUR ASSURER LA
PROTECTION DU PUBLIC**

Chroniques du clinicien
**LA DANSE ADAPTÉE CHEZ DES JEUNES
ATTEINTS DE MALADIES NEUROMUSCULAIRES :
UN PROJET PILOTE, UNE EXPÉRIENCE...**

COLLABORATEUR

PRATICIEN ÉRUDIT

COMMUNICATEUR

GESTIONNAIRE

PHYSIOTHÉRAPIE

360

L'ÉVÉNEMENT ANNUEL
DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

13 ET 14 NOVEMBRE
2015

HILTON QUÉBEC
1100, BOULEVARD RENÉ-LÉVESQUE EST, QUÉBEC

oppq.qc.ca/activites-de-formation/physiotherapie-360/

Le programme complet vous parviendra dans le courant de l'été !



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

PREUVE DE COMPÉTENCE

PROMOTEUR ET DÉFENSEUR DE LA SANTÉ

PROFESSIONNEL

EXPERT

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

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

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

RESPONSABLE

Thierry Vogler

Directeur des communications
tvogler@oppq.qc.ca

COORDINATION

Marine Pannier

Agente de communication
mpannier@oppq.qc.ca

CONCEPTION GRAPHIQUE

Ubik. Studio de Création

www.ubik-design.com

RÉVISION ET CORRECTION D'ÉPREUVES

Hélène Morin

DÉPÔT LÉGAL

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

Convention de la Poste-Publications :
No 40010610



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

7151, rue Jean-Talon Est, bureau 1000
Anjou (Québec) H1M 3N8
Téléphone : 514 351-2770
ou sans frais 1 800 361-2001
Télécopieur : 514 351-2658
Courriel : physio@oppq.qc.ca
www.oppq.qc.ca

Politique publicitaire

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

Visuel couverture : © Adam Gregor — Fotolia

SOMMAIRE

04 Mot du président

06 Mot du directeur général

Le domicile professionnel,
ce lieu méconnu

07 Bureau du syndic

L'évaluation à portée diagnostique
du physiothérapeute : un geste
solitaire d'une grande importance

09 Services juridiques

Une injonction pour assurer
la protection du public

10 Inspection professionnelle

La tenue des milieux cliniques :
un nouveau processus
d'autoévaluation

12 Développement et soutien professionnels

Nouvelle entente pour une
plus grande collaboration entre
les physiothérapeutes et les
pharmaciens

Le rôle des professionnels de
la physiothérapie auprès des
personnes atteintes d'une
infection à VIH/sida : une
tendance internationale

14 Chroniques du clinicien

La danse adaptée chez des
jeunes atteints de maladies
neuromusculaires : un projet
pilote, une expérience...

La prise en charge des troubles
de mobilité chez les personnes
âgées hospitalisées en unités de
courte durée gériatriques (UCDG) :
une approche structurée

18 Chroniques des récipiendaires

Effet d'un programme de
réadaptation sur les limitations
fonctionnelles, les symptômes et
la distance acromiohumérale

Évaluation de l'équilibre chez les
enfants après une commotion
cérébrale : choisir le bon outil

22 Chroniques étudiante

Les professionnels de la
physiothérapie sur Facebook,
j'aime ? 10 recommandations
pour instaurer de bonnes
pratiques sur les médias sociaux

La marche nordique chez
les personnes atteintes de
maladie pulmonaire obstructive
chronique — étude pilote

26 À l'honneur

27 Événements

28 Communications

30 Nouveaux membres



Le mot du président

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

Chères membres, chers membres,

Notre profession a grandement progressé grâce à l'approche scientifique. Cela nous a permis de nous affranchir des croyances et des modes portant ombrage au travail rigoureux fait par nos membres. Dans un texte remarquable intitulé *On the Value of Skepticism*¹, Bertrand Russell exposait toute l'importance du scepticisme dans la science. Pour Russell, nous devons être prêts à reconnaître tout résultat scientifiquement bien établi, non pas comme absolument vrai, mais comme suffisamment probable pour fournir la base d'une action rationnelle.

Cette réflexion de Russell nous permet d'apprécier avec plus de justesse l'initiative **Choosing Wisely**², de la fondation de l'**American Board of Internal Medicine** (ABIM).

Inspiré par l'augmentation soutenue du coût des services de santé qui pèse lourdement sur les budgets gouvernementaux, **Choosing Wisely** vise à promouvoir l'utilisation de soins nécessaires et efficaces tout en limitant la surutilisation des ressources médicales.

Au départ, l'ABIM a demandé aux différentes associations médicales américaines³ de produire cinq recommandations pour prévenir la surutilisation de tests ou de traitements dans leur champ respectif. Par la suite, l'ABIM a distribué cette information le plus largement possible par l'entremise des réseaux sociaux.

L'American Physical Therapy Association (APTA) est la première association de non-médecins à se joindre à ce groupe. Ses cinq recommandations⁴ peuvent même surprendre (voir encadré).

1. Ne pas utiliser d'agents physiques passifs à moins que cela facilite la participation à un programme actif.
2. Ne pas prescrire un dosage inférieur dans un programme de renforcement chez une clientèle âgée. Prendre en considération les habiletés et les objectifs du patient pour établir la fréquence, l'intensité et la durée du programme.
3. Ne pas recommander, à moins d'un avis médical contraire, le repos au lit chez un patient avec une thrombose veineuse profonde alors qu'un traitement par anticoagulothérapie efficace a été entrepris.
4. Ne pas recommander l'utilisation d'un appareil de mouvements passifs continus dans la phase postopératoire des patients ayant reçu une prothèse totale de genou sans complications.
5. Ne pas utiliser de baignoire d'hydromassage pour le traitement des plaies.

Librement traduit et tiré de
<http://integrity.apta.org/ChoosingWisely/5Things/>

Du côté canadien, l'Association médicale canadienne (AMC) et l'Université de Toronto ont combiné leurs efforts pour produire une version canadienne bilingue de **Choosing Wisely**, mise en ligne à <http://www.choosingwiselycanada.org/> ou <http://www.choisiravecsoin.org/>.

Plusieurs recommandations passionnantes se trouvent sur ce site et peuvent s'appliquer au quotidien des membres de l'OPPQ. À ce jour, il n'y a pas de recommandations qui émergent explicitement du domaine de la physiothérapie au Canada, comme cela se voit aux États-Unis.

Dans un souci d'offrir au public qui a recours à nos services les meilleurs soins possible, il est opportun que ce genre d'initiatives voient le jour et soient partagées avec nos membres et le public.

Le président,



Message from the president

Denis Pelletier, Physiotherapist, M.Sc.
Graduate in sports physiotherapy

Dear Members :

Our profession has made great progress through a scientific approach. Through science we slipped the fetters of certain beliefs and fads that have, at times, cast doubt on our members' excellent work. Bertrand Russell's remarkable essay, "On the Value of Skepticism," shows how vital skepticism is as a driver of scientific enquiry. Russell believes we must be ready to "admit any well-established result of science, not as certainly true, but as sufficiently probable to afford a basis for rational action."

*Russell's idea can help us better appreciate **Choosing Wisely**,² an initiative of the **American Board of Internal Medicine** (ABIM).*

*Inspired by the constantly increasing cost of health care, which is becoming a heavy burden on government budgets, **Choosing Wisely** advocates opting for necessary, effective treatment while avoiding the wasteful overuse of medical resources.*

ABIM first asked various American medical associations³ to contribute five recommendations designed to prevent overuse of tests or treatments in their fields. Then ABIM used social media to disseminate this information as widely as possible.

The American Physical Therapy Association (APTA) is the first association of non-physicians to join the initiative. At first glance, their five recommendations⁴ may be surprising (see sidebar).

Here in Canada, the Canadian Medical Association (CMA) and the University of Toronto joined forces to produce a bilingual

1. Don't employ passive physical agents except when necessary to facilitate participation in an active treatment program.
2. Don't prescribe under-dosed strength training programs for older adults. Instead, match the frequency, intensity, and duration of exercise to the individual's abilities and goals.
3. Don't recommend bed rest following diagnosis of acute deep vein thrombosis (DVT) after the initiation of anti-coagulation therapy, unless significant medical concerns are present.
4. Don't use continuous passive motion machines for the postoperative management of patients following uncomplicated total knee replacement.
5. Don't use whirlpools for wound management.

Source: <http://integrity.apta.org/ChoosingWisely/5Things/>

Canadian version of **Choosing Wisely**, which is available online at <http://www.choosingwiselycanada.org> and <http://www.choisiravecsoin.org>.

The sites present a wealth of fascinating recommendations, many of which can be applied to the daily work of OPPQ members. Note that we do not yet have any Canadian recommendations drawn specifically from the field of physiotherapy, as in the United States.

In the aim of offering the people who use our services the best possible care, we should applaud such valuable initiatives and share them with our members and the public.

President

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

www.facebook.com/oppqpresident/

@OPPPQPRESIDENT

sous le nom de Denis Pelletier.

¹ <http://www.users.drew.edu/~jlenz/brtexts.html>

² <http://www.choosingwisely.org/>

³ <http://www.choosingwisely.org/partners/>

⁴ <http://integrity.apta.org/ChoosingWisely/5Things/>

¹ <http://www.users.drew.edu/~jlenz/brtexts.html>

² <http://www.choosingwisely.org>

³ <http://www.choosingwisely.org/partners>

⁴ <http://integrity.apta.org/ChoosingWisely/5Things>



Le mot du directeur général

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

Le domicile professionnel, ce lieu méconnu

Tous les ans, lors du renouvellement de leur inscription au Tableau de l'Ordre, les membres sont invités à mettre à jour, sur le site Web de l'OPPQ, leurs coordonnées personnelles et professionnelles. Bien que ces renseignements soient obligatoires selon le Code des professions, plusieurs membres comprennent mal l'importance de bien indiquer leur domicile professionnel et il arrive souvent que certaines données soient négligées.

Le domicile professionnel d'un membre désigne le lieu où il exerce principalement sa profession¹. Par exemple, s'il exerce trois jours dans la clinique A et deux jours dans la clinique B, son domicile professionnel est la clinique A puisqu'il y exerce principalement sa profession. Un membre ne peut pas élire son domicile professionnel dans sa résidence personnelle à moins qu'il en ait fait sa clinique principale. Sa résidence pourrait également être son seul point de rattachement à condition qu'il travaille à son compte et exclusivement sur la route.

Seuls le physiothérapeute et le thérapeute en réadaptation physique qui n'exercent pas du tout leur profession ont le choix du domicile professionnel : soit la résidence personnelle, soit le lieu de travail principal. Le membre qui travaille exclusivement dans un restaurant, par exemple, pourrait choisir, comme domicile professionnel, sa maison ou son restaurant. Rappelons qu'exercer sa profession en physiothérapie peut inclure beaucoup plus que le fait de traiter physiquement un patient (*hands on*). Ainsi, les membres qui offrent des conseils, qui font de l'enseignement ou de la vente ou qui gèrent une équipe en physiothérapie exercent tous leur profession à un endroit donné. Le membre a donc la responsabilité d'informer l'Ordre de son domicile professionnel en indiquant précisément une adresse qui ne peut pas être une case postale. Il doit aussi faire connaître tous les autres lieux où il exerce sa profession.



© Andy Dean - Fotolia

Si le statut du membre vient à changer au cours de l'année, il aura alors 30 jours pour en informer l'Ordre. Si ce membre néglige de mettre à jour son profil, il pourrait recevoir une lettre du syndic de l'Ordre.

Si vous souhaitez vérifier vos renseignements ou les corriger, vous pouvez vous rendre sur le site Web de l'Ordre dans la section « mon compte », « mes informations » et « lieux de travail ». La colonne intitulée « principal » vous permettra d'indiquer votre domicile professionnel. Il faut comprendre que les renseignements qui se trouvent dans votre compte ainsi qu'au Tableau de l'Ordre sont utilisés à différentes fins. D'abord, ils permettent au public de vérifier si un professionnel est bien membre en règle de l'Ordre. Elles facilitent également aux clients la recherche d'un professionnel. Enfin, elles permettent aux membres de voter au bon endroit lors des élections de l'Ordre.

En conclusion, garder vos coordonnées à jour constitue une obligation pour tous les professionnels faisant partie du système professionnel québécois. Je vous invite donc à mettre à jour régulièrement ces renseignements. ■

¹ Article 60 du Code des professions

BUREAU DU SYNDIC

L'évaluation à portée diagnostique du physiothérapeute : un geste solitaire d'une grande importance

« Curieuse activité solitaire que celle d'écrire ». Patrick Modiano



Par Louise Gauthier, pht, LL. M. Syndique

L'évaluation du physiothérapeute suscite périodiquement plusieurs questions de la part de nos membres, notamment « à quel moment peut intervenir le thérapeute en réadaptation physique (T.R.P.) dans la prise en charge des clients ? » et « comment le physiothérapeute doit-il gérer son intervention dans la prise en charge interdisciplinaire ? ».

Nous tenterons avec ce texte de clarifier quelques éléments qui semblent encore obscurs pour certains professionnels.

« Évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique » fait partie des activités professionnelles réservées aux physiothérapeutes dans leur champ d'exercice, ainsi que le stipule le Code des professions¹.

L'évaluation du physiothérapeute résulte d'une démarche structurée à portée diagnostique, dont les assises reposent sur un raisonnement clinique basé sur les compétences professionnelles, les données probantes, les normes généralement reconnues en physiothérapie et les règles de l'art².

À ce titre, l'évaluation physiothérapique devient un enjeu important dans la prise en charge des clients par le T.R.P. Certes, avec le diagnostic médical non limité aux symptômes et l'information médicale pertinente, les T.R.P. peuvent également procéder à la prise en charge du client. Cependant, dans les deux cas, et selon la catégorie d'atteinte, des renseignements supplémentaires doivent s'y retrouver en conformité avec les exigences réglementaires prévues³.

L'évaluation du physiothérapeute et la prise en charge du client par le T.R.P.

L'évaluation du physiothérapeute, incluant son diagnostic physiothérapique, doit être finalisée avant de permettre au T.R.P. de prendre en charge un client. Elle constitue un des préalables dont a besoin le T.R.P. avant d'intervenir. La réglementation en vigueur prévoit l'existence de préalables pour les T.R.P. Le terme « préalable » se définit clairement comme étant : « [...] ce qui a lieu, se fait ou se dit avant autre chose, dans une suite logique d'événements, d'actes, de faits; qui doit précéder quelque chose [...] »⁴.

Dans ce sens, demander à un T.R.P. de participer à l'évaluation du physiothérapeute et à l'élaboration du diagnostic physiothérapique qui en découle ne peut avoir sa raison d'être. Il serait invraisemblable de demander au T.R.P. de participer à un processus qui contribue ultimement à lui fournir les préalables dont il a besoin pour procéder à sa propre collecte de données évaluatives.

L'évaluation physiothérapique constitue un geste à part entière se traduisant dans un document dont la signature du physiothérapeute authentifie le contenu. L'intégrité de ce document doit être protégée et aucune autre note ne peut y être ajoutée ou modifiée une fois

que l'évaluation est complétée par le physiothérapeute. Ainsi, un client qui demande l'accès à ce document obtient le portrait de sa condition physique au moment où le physiothérapeute a procédé à son évaluation.

L'évaluation interdisciplinaire est-elle assujettie aux mêmes règles de pratique que l'évaluation individuelle ?

Depuis déjà plusieurs années, l'évaluation interdisciplinaire devient un outil intéressant qui permet à de nombreux professionnels, de formations différentes, d'unir leurs compétences afin de dresser un meilleur portrait global de la personne. Elle contribue ainsi à mieux répondre aux besoins du client en matière d'interventions cliniques.

En tant que physiothérapeute, vous êtes appelé à faire des recommandations quant aux stratégies à adopter pour optimiser le rendement fonctionnel du client. Ce faisant, le physiothérapeute procède à l'évaluation physiothérapique du client et à un plan de traitement adapté à ce dernier.

La plupart du temps, l'évaluation interdisciplinaire se conclut par des recommandations communes issues des évaluations individuelles des différents professionnels concernés.

Quelle est la meilleure façon pour le physiothérapeute de gérer ce type de dossier ?

Dans le cadre d'une évaluation interdisciplinaire, il est recommandé au physiothérapeute de signer son évaluation individuelle afin de confirmer qu'il en est bien l'auteur. Le physiothérapeute est alors assujetti aux mêmes obligations professionnelles que s'il était le seul intervenant au dossier. De plus, en apposant sa signature sur cette section, il devient partie prenante de la conclusion commune et des orientations du plan de traitement interdisciplinaire. Le physiothérapeute doit ainsi reconnaître l'importance de sa participation dans un dossier partagé avec d'autres professionnels.

Il est bon de rappeler que le physiothérapeute est responsable du contenu et de la portée de son dossier. Il doit tenir compte des conditions et des restrictions propres à sa catégorie de permis dans le champ de la physiothérapie⁵.



Ce faisant, il doit porter une attention particulière à ne pas faire l'analyse de certains éléments qui touchent plus particulièrement les activités réservées à d'autres professionnels comme, entre autres, les médecins, les psychologues ou les ergothérapeutes.

À titre d'exemple, le physiothérapeute devra veiller à ne pas poser de diagnostic médical en se prononçant sur l'état de santé du client par des notes comme «l'examen physique du client nous montre clairement que nous nous trouvons devant une personne qui souffre d'insuffisance cardiaque». Il devra également faire attention à ne pas poser de diagnostic de nature psychologique tel que «le client présente, après analyse de certains tests, des problèmes de déficit d'attention limitant son cheminement scolaire».

Dans ces exemples, il est important de faire la distinction entre le fait de recueillir de l'information figurant dans l'historique du client et poser soi-même un diagnostic à l'extérieur du champ de la physiothérapie à la suite de l'interprétation analytique de certains tests.

Dans sa finalité, l'évaluation interdisciplinaire constituera les préalables nécessaires au thérapeute en réadaptation physique s'il y trouve l'évaluation physiothérapique et les renseignements supplémentaires liés à la catégorie d'atteinte du client. Il pourra par la suite prendre le client en charge en procédant à sa collecte de données évaluatives.

Les professionnels de la physiothérapie ont le devoir de respecter leurs obligations professionnelles. En ce sens, un travail d'équipe est préconisé, mais doit en tout temps répondre aux exigences associées à la fonction de chaque intervenant. ■

¹ Article 37.1, par. 3o a du Code des professions
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26.html

² Articles 6, 14 et 16 du Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC_26%2FC26R197.htm

³ Article 4 du Règlement sur les catégories de permis délivrés par l'OPPQ (94m)
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC_26%2FC26R196_1.htm

⁴ Centre de ressources textuelles et lexicales : <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/pr%C3%A9alable>

⁵ Article 9 du Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique

Une injonction pour assurer la protection du public

Le 30 mars dernier, l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, de concert avec l'Ordre des chiropraticiens du Québec et le Collège des médecins, a obtenu de la Cour supérieure une injonction interlocutoire ordonnant à un naturopathe de la région de Sherbrooke de cesser immédiatement de pratiquer des manipulations sur ses clients. Il s'agit d'une première dans le système professionnel québécois.

En droit, l'injonction interlocutoire¹ est une mesure exceptionnelle, une procédure spéciale permettant d'obtenir de la cour une ordonnance demandant à une personne de ne pas faire ou de cesser de faire quelque chose.

Rappelons que les trois ordres professionnels ont été informés, au mois de mars dernier, par un rapport du coroner, par des entrevues à la radio et à la télévision ainsi que par des articles de journaux, de la pratique d'une activité réservée par un naturopathe. Plus précisément, ce dernier pratiquait quotidiennement depuis 14 ans des manipulations cervicales et vertébrales sans détenir un permis d'exercice délivré par un ordre professionnel.

La manipulation vertébrale et articulaire est une activité réservée aux physiothérapeutes², mais qui fait aussi partie de l'exercice de la profession des médecins³ et des chiropraticiens⁴.

L'article 37.2 du Code des professions prévoit ce qui suit :

«Nul ne peut de quelque façon exercer une activité professionnelle réservée en vertu de l'article 37.1 aux membres d'un ordre professionnel, prétendre avoir le droit de le faire ou agir de manière à donner lieu de croire qu'il est autorisé à le faire, s'il n'est titulaire d'un permis valide et approprié et s'il n'est inscrit au tableau de l'ordre habilité à délivrer ce permis, sauf si la loi le permet.»

Toute personne qui contrevient à une disposition du Code des professions, notamment en exerçant une activité réservée aux membres d'un ordre professionnel, commet une infraction et est passible d'une amende d'au moins 1 500 \$ et d'au plus 20 000 \$ par constat d'infraction.

Le 19 mars dernier, donnant suite à l'information que nous avons reçue concernant

la pratique illégale de l'activité réservée aux membres par le naturopathe, l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec a intenté une poursuite pénale contre ce dernier. Il lui a ainsi signifié deux constats d'infraction dans lesquels on lui reproche d'avoir procédé à des manipulations vertébrales et articulaires sur une cliente et d'avoir agi de manière à donner lieu de croire qu'il était autorisé à le faire. L'Ordre des chiropraticiens du Québec de même que le Collège des médecins ont eux aussi intenté des poursuites pénales contre le naturopathe. Les dossiers seront entendus à la Cour du Québec, chambre criminelle, au cours des prochains mois.

Étant donné les affirmations du naturopathe démontrant qu'il pratiquait quotidiennement l'activité réservée aux professionnels, il était important pour les trois ordres professionnels concernés dans ce dossier d'agir promptement. C'est pourquoi ils ont demandé une injonction interlocutoire afin qu'il cesse immédiatement cette pratique, et ce, dans le but de protéger le public.

L'injonction interlocutoire que nous avons obtenue demeurera en vigueur jusqu'au jugement final sur les poursuites pénales intentées par les ordres professionnels.

Vous pouvez consulter le jugement sur l'injonction interlocutoire rendue par la Cour supérieure sur le site Web de CANLII au lien suivant : <https://www.canlii.org/fr/qc/qccs/doc/2015/2015qccs1213/2015qccs1213.html>

Il est important de rappeler que les membres d'un ordre professionnel se voient réserver des activités notamment en raison du risque de préjudice et des connaissances et des compétences exigées compte tenu de la complexité liée à la réalisation de ces activités. Dans sa mission de protéger le public et d'assurer la qualité des soins



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



© 3dKombinat - Fotolia

offerts à la population, l'Ordre est soucieux du respect des activités réservées à ses membres. Pour ce faire, en novembre dernier, le conseil d'administration a créé un nouveau poste d'agent de recherche et responsable de l'exercice illégal. Son mandat consiste à recueillir toute information relative aux personnes non membres de l'Ordre qui exercent des activités professionnelles réservées aux physiothérapeutes et aux thérapeutes en réadaptation physique (article 37.1, al.30 du Code des professions). Selon le résultat des enquêtes, l'Ordre pourra tenter des poursuites pénales contre ces non-membres. ■

¹ Article 752 du Code de procédure civile

² Article 37.1 paragraphe 3 ii) du Code des professions

³ Article 31, paragraphe 7 de la Loi médicale

⁴ Article 6 de la Loi sur la chiropratique

La tenue des milieux cliniques

Un nouveau processus d'autoévaluation

Dans la foulée de l'amélioration des approches d'inspection du Comité d'inspection professionnelle (CIP), le processus d'inspection par autoévaluation a entraîné une diminution importante des visites de surveillance générale. Aussi, l'évaluation du respect de la réglementation par les cabinets de consultation et du maintien des équipements dans les milieux cliniques s'en est trouvée d'autant réduite.

Le CIP propose donc une nouvelle approche pour assurer la conformité de ces aspects réglementaires. Le formulaire habituellement envoyé dans le cadre d'une visite de surveillance générale sera désormais envoyé à la personne responsable du milieu clinique pour qu'elle procède à une autoévaluation de son milieu. Les détails du processus figurent au programme annuel d'inspection professionnelle 2015-2016 et dans le guide explicatif de la «Trousse d'inspection,» disponible sur le site web de l'Ordre.

Outre les renseignements généraux relatifs au type de milieu (ex. : public ou privé) ou à sa localisation (ex. : maison privée ou centre hospitalier), les éléments découlant du Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec seront évalués au moyen de ce nouveau formulaire.

Le questionnaire d'autoévaluation portera, entre autres, sur la déontologie et les règlements, l'entretien des équipements, la prévention, la sécurité et la propreté. Des sections particulières seront réservées à des éléments concernant la pratique de la rééducation périnéale et pelvienne ainsi que la puncture physiothérapique avec aiguilles sèches (anciennement appelée UASD). Advenant un degré important de non-conformité de plusieurs des éléments évalués, une visite du milieu par un inspecteur pourra être envisagée.

Formulaire d'autoévaluation du milieu

Afin d'en apprendre davantage sur les aspects visés par le questionnaire, nous vous invitons à consulter le formulaire d'autoévaluation du milieu inclus dans la Trousse d'inspection. Vous pouvez également profiter de l'occasion pour valider la conformité de vos procédures et de vos installations à l'aide de ce questionnaire.



Gilbert Chartier, pht
Directeur de l'inspection professionnelle
Président du comité d'inspection professionnelle [CIP]

SAVIEZ-VOUS QUE?

Plusieurs membres nous consultent déjà sur la tenue de leur milieu clinique. Afin d'éclaircir certaines de vos interrogations, voici les réponses aux questions les plus souvent posées à ce propos.

Quel est le délai de conservation des dossiers?

Le membre doit conserver chaque dossier pendant au moins 5 ans à compter de la date du dernier service rendu.

Quand un dossier peut-il être détruit?

À l'expiration du délai de 5 ans, le membre peut procéder à la destruction d'un dossier à condition que celle-ci soit faite de manière à ce que la confidentialité des renseignements qui y sont contenus soit assurée.

Quelles sont les normes en matière de confidentialité?

Le membre doit utiliser un cabinet de consultation aménagé de façon à préserver le caractère confidentiel des conversations qu'il a avec les clients qui le consultent. Il doit également assurer la confidentialité et l'intégrité de ses dossiers en restreignant l'accès aux seules personnes autorisées.

Quelles sont les normes en matière de sécurité et de propreté des milieux?

Le membre doit s'assurer que son cabinet de consultation et, le cas échéant, la salle d'attente et les autres locaux liés à la pratique de sa profession restent propres et sécuritaires. La lingerie et la literie doivent être propres et disponibles en quantité suffisante.

Quels sont les documents qui doivent être affichés dans les milieux?

Le membre doit être en mesure de fournir à son client un exemplaire à jour du Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique et, s'il y a lieu, un exemplaire à jour du Règlement sur la procédure de conciliation et d'arbitrage des comptes des membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. Il doit également indiquer sur chacun de ces règlements les coordonnées de l'Ordre.

Le membre peut afficher ses diplômes et ses attestations délivrés par l'Ordre ainsi que toutes autres preuves de formation à condition que celles-ci soient liées à l'exercice de la physiothérapie.

Quelle est la fréquence d'entretien des équipements?

Le membre doit s'assurer que toute pièce d'équipement devant être inspectée, calibrée ou étalonnée est vérifiée aussi souvent que l'exige un fonctionnement optimal. Les spécifications de l'équipement et les normes scientifiques reconnues doivent également être prises en considération. La sécurité électrique de tout équipement doit être vérifiée même si celui-ci ne comprend pas de composante électronique (ex. : table basculante électrique).

Un registre contenant la date de vérification, l'identification de l'équipement, le résultat obtenu et la signature de la personne ayant procédé à la vérification doit être gardé à jour par le membre. Ce registre doit être conservé tant que le membre détient ou a la garde de l'équipement concerné.

Remerciement aux inspecteurs contractuels

L'hiver dernier, l'Ordre a dû procéder à une restructuration de son fonctionnement qui l'a



© OPPO/ Frédéric Blanchet

obligé à mettre fin aux activités de plus de 15 inspecteurs contractuels après plusieurs années de loyaux services auprès du Comité d'inspection professionnelle.

Nous tenons à les remercier très sincèrement pour toutes ces années de dévouement et d'engagement auprès de l'Ordre, ainsi que de leurs consœurs et confrères physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique à qui ils ont offert un service professionnel unique de qualité.

Il nous reste à leur souhaiter bonne chance dans leurs projets et, pour certains, dans la poursuite de leur collaboration avec l'Ordre dans ses nombreux chantiers qui s'inscrivent dans son mandat de protection du public.

Merci à :

Marie-France D'Astous , T.R.P., Maryse Chagnon, pht, T.R.P., Nicole Charest, T.R.P., Jocelyne Dumont, T.R.P., Karel Larin, T.R.P., Hélène Laroche, pht, Guendalina Matteau, T.R.P., Lyne Paquin, pht, Manon Pilon, pht, Gaétan Poirier, pht, Hélène Sabourin, pht, Véronique Tanguay, pht, Johanne Théberge, T.R.P., et Anne Thibaut, pht.

Par ailleurs, veuillez noter que les services d'inspection de l'Ordre sont désormais assurés par ces trois inspecteurs permanents : Yolanda Baggio, pht, Marie-Josée Gagnon, pht, et Régis Paillé, T.R.P. ■

À venir

Dans le prochain article du Comité d'inspection professionnelle, nous vous informerons des changements les plus marquants qui découleront de l'entrée en vigueur du nouveau Règlement sur la tenue des dossiers, des milieux cliniques et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. Un nouveau guide explicatif sur les aspects juridiques du règlement et un guide de rédaction vous seront présentés. La simplification de la tenue de dossiers sera grandement privilégiée. Enfin, nous vous expliquerons les changements notables qui touchent les milieux cliniques et les équipements.

Nouvelle entente pour une plus grande collaboration entre les physiothérapeutes et les pharmaciens



L'OPPQ a annoncé au début du mois de juin l'entrée en vigueur d'un partenariat avec l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ). Cette entente de collaboration concerne les physiothérapeutes et les pharmaciens consultés en première ligne — et non sur recommandation d'un médecin — par une clientèle présentant un problème neuromusculosquelettique. Nous vous présentons ici les grandes lignes de ce partenariat qui permettra aux physiothérapeutes et aux pharmaciens de communiquer plus efficacement entre eux afin de mettre leur expertise au service de leurs clients de manière optimale.



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



Les origines du partenariat

Les physiothérapeutes et les pharmaciens sont des intervenants de première ligne incontournables du système de santé québécois. Ils sont pour plusieurs clients les premiers, et parfois les seuls, professionnels de la santé consultés.

Les physiothérapeutes et les pharmaciens possèdent chacun une riche expertise à la fois distincte et complémentaire. D'une part, les physiothérapeutes ont une expertise reconnue en ce qui a trait à l'évaluation des déficiences et des incapacités des systèmes neurologique, musculosquelettique et cardio-respiratoire. Dans certains cas cependant, leur formation est insuffisante sur le plan de la pharmacologie, notamment en regard des interactions médicamenteuses, des effets secondaires et des risques associés à chacun des médicaments offerts en vente libre. D'autre part, les pharmaciens sont fréquemment appelés à conseiller leurs clients pour des problèmes musculosquelettiques alors que leur champ d'expertise couvre les médicaments. Bien qu'il soit possible que le pharmacien et le physiothérapeute communiquent ensemble afin de coordonner les renseignements pertinents à une gestion optimale d'un cas commun, il semble que le travail inter-disciplinaire entre eux soit plutôt inhabituel.

Un formulaire facilitant l'échange d'informations cliniques

Dans le but d'optimiser l'efficacité des soins offerts à la population, l'OPPQ et l'OPQ ont décidé de créer un outil facilitant la communication et la collaboration entre leurs professionnels. Cet outil se présente sous la forme d'un formulaire permettant d'échanger des informations cliniques pertinentes entre le physiothérapeute et le pharmacien. Les renseignements cliniques partagés à l'aide de ce formulaire serviront à compléter les données recueillies par chacun des deux professionnels auprès de leur client. Au pharmacien, cet échange permet de connaître plus exactement la nature du problème de santé neuromusculosquelettique dont souffre son client et d'obtenir de l'information sur les mesures de suivi proposées en physiothérapie. Cette communication aidera le pharmacien à recommander, lorsque nécessaire, le traitement pharmacologique le plus approprié à la situation. En partageant en retour avec le physiothérapeute la nature de la thérapie médicamenteuse suggérée, le pharmacien permet au physiothérapeute de mieux apprécier l'apport d'une modalité pharmacologique à l'atteinte des objectifs thérapeutiques du client. Enfin, le pharmacien peut aussi utiliser ce formulaire pour amorcer une collaboration, par exemple lorsqu'il oriente lui-même un patient vers un physiothérapeute. Il va de soi que le véritable gagnant dans ce partenariat est le client. Une plus grande collaboration entre son physiothérapeute et son pharmacien lui permettra d'optimiser la contribution de ces deux professionnels dans l'atteinte de ses objectifs de santé.

Une collaboration à mettre en pratique dès maintenant

Le *Formulaire de communication physiothérapeute-pharmacien* est en ligne dès maintenant sur le site Internet de l'Ordre dans la section «Dossier professionnel» sous l'onglet «Collaboration physiothérapeutes et pharmaciens». Mentionnons qu'un document précisant l'objet de cette collaboration a également été élaboré par les deux ordres. Intitulé *Cadre de collaboration de première ligne à l'intention des pharmaciens et des physiothérapeutes*, ce document est aussi en ligne dans la section «Dossier professionnel» sous l'onglet «Collaboration physiothérapeutes et pharmaciens». Les physiothérapeutes sont invités à intégrer rapidement à leur pratique l'utilisation de ce mode de communication avec leurs collègues pharmaciens, et ce, au bénéfice de leur client. ■

Avide de connaissances liées à la place de la médication en vente libre dans le champ de la physiothérapie ?
Ne manquez pas la conférence de Paul Castonguay à ce sujet lors de la prochaine édition de Physiothérapie 360° en novembre prochain !

Le rôle des professionnels de la physiothérapie auprès des personnes atteintes d'une infection à VIH/sida : une tendance internationale

Lors de la dernière édition de la World Confederation for Physical Therapy, qui a eu lieu en mai dernier à Singapour, la plupart des thématiques touchant le vaste champ de la physiothérapie ont été abordées. Dans le cadre de cet article, nous trouvons intéressant de partager le résumé d'une conférence portant sur le rôle peu connu, mais non négligeable, de la physiothérapie auprès des personnes atteintes d'une infection à VIH/sida.

Sur le plan international, on observe que l'on accorde de plus en plus d'importance aux équipes de réadaptation dans les soins aux personnes séropositives. Plusieurs raisons expliquent cette tendance. Premièrement, le VIH/sida est décrit par plusieurs comme une maladie chronique qui entraîne des handicaps épisodiques, c'est-à-dire qui présente des périodes imprévisibles et fluctuantes d'invalidité, tout comme l'arthrite et la sclérose en plaques. Contrairement au VIH/sida, ces maladies sont bien connues du domaine de la réadaptation et il n'y a aujourd'hui plus de preuve à faire quant à la pertinence de l'intervention de professionnels de la physiothérapie auprès de cette clientèle. Le parallèle peut être fait avec la clientèle séropositive qui vit des problématiques fonctionnelles importantes au cours de sa vie.

De plus, grâce au succès des traitements médicamenteux, le nombre de personnes qui vivent et vieillissent avec le VIH augmente. Plusieurs personnes séropositives ont maintenant une vie plus longue et une meilleure qualité de vie. Il ne sera pas rare de rencontrer cette clientèle dans la pratique physiothérapique. Cependant, le processus

de vieillissement avec le VIH présente des défis qui diffèrent de ceux d'autres personnes vieillissantes et un professionnel actif auprès d'une clientèle âgée doit en être conscient.

L'émergence du rôle des professionnels de la physiothérapie auprès de la clientèle atteinte d'une infection à VIH/sida n'est donc pas surprenante. L'expertise des professionnels de la physiothérapie est tout à fait indiquée pour aider ces individus à réaliser leur plein potentiel physique et pour améliorer leur autonomie. À cet effet, le Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale met à la disposition des intervenants œuvrant en réadaptation un document traitant de façon assez exhaustive des interventions de réadaptation les plus appropriées chez cette clientèle. Un chapitre est également consacré aux interventions qui favorisent la réadaptation des enfants et des bébés séropositifs, aspect fort important de la réalité de certains milieux de soins. Ce document intitulé *Un guide complet des soins aux personnes atteintes d'une infection à VIH – Module 7 : Services de réadaptation* est en ligne au <http://www.hivandrehab.ca/FR/information/documents/mod7f.pdf>

COMMUNIQUÉ

Pour faire le point sur la physiothérapie animale



Qu'ont en commun les professionnels de la physiothérapie et les médecins vétérinaires ? Les deux groupes de professionnels peuvent prodiguer des traitements de physiothérapie, mais leur clientèle diffère !

Comme vous le savez sans doute, la réadaptation animale est une pratique dont on entend de plus en plus parler, autant en médecine vétérinaire qu'en physiothérapie. C'est en observant les résultats de la réadaptation physique auprès des humains que les médecins vétérinaires ont décidé d'en adapter les techniques au profit de la réadaptation animale. Bien que la clientèle diffère, les modalités de traitement sont très similaires pour ces deux groupes de professionnels. Dans ce contexte, il est donc important de rappeler certaines règles et la législation en vigueur, notamment les dispositions du Code des professions, plus spécifiquement l'article 37.1 dudit Code qui précise les activités réservées au professionnel de la physiothérapie, et la *Loi sur les médecins vétérinaires*.

Au Québec, comme dans d'autres provinces canadiennes et ailleurs dans le monde, seuls les médecins vétérinaires peuvent prodiguer des traitements de physiothérapie aux animaux. Ainsi, l'expression « physiothérapie animale » peut être utilisée par les médecins vétérinaires qui la pratiquent. Cependant, les médecins vétérinaires qui offrent des services de réadaptation animale ne peuvent utiliser le titre de « physiothérapeute », même si le mot « animal » est ajouté à la suite. En effet, il est important de comprendre que le titre de « physiothérapeute » est exclusivement réservé aux membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec.

À chacun son titre et sa clientèle !

La danse adaptée chez des jeunes atteints de maladies neuromusculaires : un projet pilote, une expérience...



Par MéliSSa Martel,
pht, M. Sc.

Lorsqu'on travaille avec des personnes atteintes de maladies chroniques, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes, l'intégration dans une activité sportive demeure un défi, malgré les ressources disponibles. Les jeunes vivant avec une maladie neuromusculaire ne font pas exception à cette règle. Pourtant, lorsqu'on les questionne, leur intérêt pour le sport est bien réel, toutefois la participation ne se concrétise pas facilement. En effet, ces jeunes présentent des faiblesses musculaires qui limitent les mouvements de grande amplitude et les changements de position. De plus, leur endurance étant généralement limitée, des pauses assises ou une adaptation du mouvement peuvent être nécessaires afin de limiter la fatigue, surtout s'il s'agit de maladies évolutives. Les jeunes doivent vivre avec des pertes de fonction et, par conséquent, avec des deuils fréquents, d'où l'importance d'être intégrés dans une activité sportive qui leur permet de vivre des réussites et qui favorise un sentiment d'accomplissement.

Pourquoi la danse?

La danse est de plus en plus utilisée à des fins thérapeutiques. On trouve d'ailleurs dans la littérature plusieurs preuves de son efficacité chez les personnes âgées tant sur le plan physique que sur le plan cognitif. Cependant, très peu de données sont disponibles pour appuyer son utilisation chez les enfants.

Avec une clientèle pédiatrique atteinte de maladies évolutives, nous devons faire preuve de beaucoup d'imagination afin de rendre les thérapies intéressantes et variées pour maintenir l'intérêt des jeunes. En effet, leur suivi en réadaptation se fera sur une longue période et la plupart d'entre eux auront des thérapies à intervalles réguliers jusqu'à 18 ans. Ayant constaté la difficulté des jeunes à s'intégrer dans une activité sportive et l'intérêt marqué de plusieurs d'entre eux pour la danse, je me suis questionnée sur l'efficacité de la danse adaptée à titre de thérapie. J'y ai vu une manière différente d'aborder la physiothérapie, avec des objectifs thérapeutiques similaires, mais en favorisant également une approche ludique et globale qui permettrait d'obtenir des effets sur le plan moteur, tout en remplissant des objectifs de socialisation, de conscience et d'expression corporelle, d'amélioration de l'estime de soi, de créativité et de collaboration en groupe.

Le projet pilote

À l'été 2014, trois jeunes filles âgées de 8 à 10 ans, atteintes de maladies neuromusculaires variées, ont accepté de participer à un projet pilote afin de tester la faisabilité d'un groupe de danse adaptée aux maladies neuromusculaires et d'en documenter l'efficacité. En tout, ces jeunes ont suivi 24 cours de danse à raison de deux fois par semaine durant 12 semaines. Chacun des cours comportait une période d'échauffement, des ateliers abordant différentes thématiques liées à la danse (l'espace, le temps, etc.), des enchaînements dansés visant principalement des objectifs de renforcement et d'équilibre, des chorégraphies créées en groupe et des étirements variés.

À la fin du projet, un spectacle a été présenté aux parents, amis et intervenants engagés auprès de ces jeunes.

Évaluations et résultats

Chacune des jeunes a été évaluée avant et après le projet. Les évaluations comprenaient des tests d'équilibre ainsi que des tests fonctionnels sur une plateforme de force, la mesure de la force musculaire à l'aide d'un dynamomètre ainsi que la mesure de la souplesse musculaire avec un goniomètre.

Des améliorations significatives ont été remarquées sur le plan de la force musculaire, particulièrement à la hanche et aux fléchisseurs plantaires, ainsi que pour ce qui est de l'équilibre et de la souplesse. Étant donné le peu de sujets étudiés durant ce projet, d'autres études seront nécessaires afin de confirmer les résultats obtenus.

Impacts connexes

L'objectif principal du projet était de documenter les effets moteurs d'un entraînement de danse adaptée. Toutefois, d'autres impacts connexes et non négligeables ont été notés. En effet, l'expérience a permis aux jeunes de se lier socialement et a également facilité les échanges entre les parents qui nous ont rapporté avoir apprécié cette occasion de discuter avec des familles qui vivaient des difficultés semblables.

Aussi, le jour du spectacle, l'excitation et le sentiment de fierté étaient palpables autant du côté des parents que des jeunes. Pour chacune d'elles, il s'agissait d'une toute première expérience d'activité sportive, d'un premier spectacle, mais surtout d'une première occasion de démontrer ses capacités à son entourage, de s'accomplir comme jeune sportive et de faire partie intégrante d'un groupe.

La suite...

Étant donné les résultats prometteurs et l'intérêt marqué des jeunes, un deuxième volet a été développé et est en cours. Neuf jeunes âgés de 7 à 12 ans atteints de la maladie de Charcot-Marie-Tooth (CMT) ont été évalués en mars dernier à l'aide du CMT pediatric scale¹, une échelle validée chez ces jeunes. Cinq d'entre eux participent à un groupe de danse à raison de deux fois par semaine pendant 10 semaines et les quatre autres agissent à titre de groupe contrôle. Ce second projet propose d'évaluer les effets moteurs, mais aussi cognitifs et psychosociaux d'un entraînement de danse adaptée.

Finalement, je crois que le projet de danse adaptée m'a permis de réaliser que la physiothérapie peut être telle qu'on l'imagine; elle peut être amusante, pertinente et signifiante pour le jeune. Elle peut représenter l'accomplissement, l'intégration, le plaisir, la réussite...

Je tiens à remercier mes collaborateurs dans ce projet : Martin Lemay, Ph. D., Claire Cherrière, étudiante, Marie-Joanie Raymond, étudiante, Sylvie Fortin, enseignante au département de danse à l'UQAM, et Louis-Nicolas Veilleux, Ph. D. ■

¹ J. Burns et coll. «Validation of the Charcot-Marie-Tooth disease pediatric scale as an outcome measure of disability», Ann Neurol, mai 2012; 71(5): 642-652. [En ligne], 2013. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22522479], consulté le 24-04-2015.



© MéliSSa Martel

MAINTENANT VOUS POUVEZ RETOURNER JOUER DEHORS

STABILISATEUR POUR CHEVILLE FIX-LOC^{MC} :

Conçu pour stabiliser la cheville et fournir un support au ligament.

Fait au Québec.

Vendu en pharmacie.

formedica.com

FORMEDICA[®]



Andréanne Juneau
physiothérapeute, M. Sc.,
Centre de réadaptation
Constance-Lethbridge



François Dubé, physiothérapeute,
M. Sc., Institut universitaire de
gériatrie de Montréal (IUGM)
et Université de Montréal

Marie-Jeanne Kergoat, M.D.,
RCPC, IUGM, directrice du
Regroupement des unités de
courte durée gériatriques et des
services hospitaliers de gériatrie
du Québec (RUSHGQ)

Judith Latour, M.D., FRCPC,
Centre hospitalier de l'Université
de Montréal (CHUM), responsable
du sous-comité sur la mobilité du
RUSHGQ

Aline Bolduc, M. Sc., IUGM,
coordonnatrice du RUSHGQ

La prise en charge des troubles de mobilité chez les personnes âgées hospitalisées en unités de courte durée gériatriques (UCDG) : une approche structurée

En janvier 2013, le sous-comité de travail sur la mobilité du Regroupement des unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ) a publié un document d'intérêt qui s'adresse, entre autres, aux professionnels de la physiothérapie œuvrant dans les unités de courte durée gériatriques (UCDG). Ce document intitulé *Approche interprofessionnelle structurée des troubles de la mobilité dans les unités de courte durée gériatriques* (que nous appellerons ci-dessous « l'Approche ») peut être consultée librement sur l'accès invité du site www.rushgq.org ⁽¹⁾.

L'objectif principal de l'Approche est de proposer une démarche interprofessionnelle pragmatique et structurée en UCDG auprès de patients présentant des troubles modérés à sévères de la mobilité (TMSM). Les troubles de la mobilité sont une problématique importante dans les 60 UCDG du Québec. Selon les cliniciens membres du RUSHGQ, une proportion élevée des personnes hospitalisées dans les UCDG présentent des TMSM et ces troubles représentent un défi quotidien pour les professionnels. L'appellation TMSM est définie dans le document et englobe plusieurs problématiques, dont le déconditionnement, le déclin fonctionnel, les démarches instables, les risques de chutes et les douleurs incapacitantes. Le but de cet article est de présenter brièvement le contenu de l'approche interprofessionnelle structurée des troubles de la mobilité.

L'approche interprofessionnelle structurée en UCDG

Survot du document

Pour élaborer l'Approche, le sous-comité de travail a utilisé un processus de consultation des professionnels membres du RUSHGQ. Après une recension de la littérature pertinente, trois tables de travail ont été créées (médecins, infirmières et physiothérapeutes). Les participants de chaque table de travail ont eu à préciser les éléments spécifiques à leur profession. Quant aux autres catégories de professionnels (ergothérapeutes, pharmaciens, travailleurs sociaux, nutritionnistes), elles ont été consultées par l'entremise de groupes de discussion ou par questionnaire écrit. Au total, 60 professionnels provenant de 30 UCDG différentes ont participé à l'élaboration de l'Approche.

L'intégration des éléments retenus par les différents groupes de professionnels a été effectuée par les membres du sous-comité et révisée par les tables de travail.

L'Approche est divisée en quatre phases stratégiques (A-B-C-D) et regroupe au total 12 étapes qui sont détaillées ci-dessous. Les phases A-B-C s'adressent directement aux cliniciens. Huit des 12 étapes sont d'intérêt pour les professionnels de la physiothérapie et sont présentées dans le tableau 1.

A- Arrivée à l'UCDG

Une évaluation d'admission de la mobilité de chaque personne âgée qui séjourne à l'unité doit être réalisée par le médecin, l'infirmière et le physiothérapeute*, et ce, dans les 24 à 48 heures suivant l'admission. L'objectif de cette évaluation est de cibler les patients avec TMSM qui ont un potentiel de récupération. Les étapes suivantes de l'Approche sont appliquées pour les patients avec TMSM. Les autres doivent être traités selon les principes de l'« approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier », qui vise le maintien de la mobilité chez tous les patients admis à l'hôpital afin de prévenir le syndrome d'immobilisation (2). Des consultations auprès d'autres professionnels (ergothérapeute, travailleur social, pharmacien, nutritionniste) peuvent être

* L'Approche du RUSHGQ utilise le terme « physiothérapeute » pour désigner les professionnels de la physiothérapie. Bien que certains éléments de l'Approche portent spécifiquement sur des notions d'évaluation à portée diagnostique [qui sont réservées aux physiothérapeutes], le thérapeute en réadaptation physique peut participer à certaines étapes de l'Approche, dans le respect de la réglementation qui régit sa pratique professionnelle, notamment de l'article 4 du Règlement sur les catégories de permis délivrés par l'OPPQ (Règlement 94m).

demandées selon les besoins du patient. Une fois les évaluations de base complétées, l'équipe traitante doit émettre sa première recommandation sur la mobilité en utilisant une terminologie validée telle que celle de la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF). Le degré d'autonomie de la personne pour ses transferts et déplacements doit être établi et communiqué au patient, à ses proches et à l'équipe. Cette recommandation devra être révisée régulièrement en fonction de l'évolution du patient.

B-Durant le séjour

Chaque intervenant est appelé à poursuivre ses évaluations et à commencer des interventions en partenariat avec le patient et ses proches. Les recommandations de chaque discipline concernant la mobilité doivent être communiquées au patient, ses proches et aux autres professionnels. Une attention particulière est portée sur l'importance d'établir une stratégie de communication entre les professionnels de l'UCDG à propos de l'évaluation et de l'évolution du patient. Plusieurs moyens ont été proposés par les professionnels consultés lors des tables de travail. L'Approche recommande aussi d'inclure un objectif de mobilité lors des réunions interprofessionnelles et de l'inscrire au plan d'intervention individualisé. Finalement, le rôle des proches doit être précisé afin de favoriser la mobilité du patient durant l'hospitalisation et ils doivent être mis au courant des recommandations adaptées (environnement, besoins de base, participation aux AVQ, douleur, orientation, etc.).

Tableau 1.
Principales étapes de l'Approche s'adressant aux physiothérapeutes

A. Arrivée à l'UCDG	
	1 Effectuer une évaluation d'admission sur la mobilité et cibler les patients avec TMSM
	2 Établir une première recommandation sur la mobilité
	3 Informer le patient, ses proches et l'équipe
B. Durant le séjour	
	4 Compléter l'évaluation initiale en utilisant des outils standardisés
	5 Proposer des interventions en partenariat avec le patient et ses proches
	6 Communiquer avec les autres professionnels à propos de l'évaluation et de l'évolution de la mobilité du patient (inclure un objectif de mobilité dans les réunions interdisciplinaires)
C. Planification du congé	
	7 S'assurer d'avoir établi les diagnostics et les interventions à propos des TMSM
	8 Transmettre les renseignements sur la mobilité au patient, à ses proches, au médecin de famille et aux intervenants de la communauté en fonction de l'orientation au moment du congé

C- Planification du congé

L'équipe doit s'assurer que tous les diagnostics se rapportant aux TMSM sont établis et que les interventions appropriées sont déterminées. Cela peut inclure d'orienter le patient vers les ressources adéquates (CLSC, hôpital de jour, centre de jour, etc.). Les renseignements sur la mobilité doivent être transmis au patient et à ses proches, au médecin de famille



et aux intervenants de la communauté en fonction de l'orientation au moment du congé.

D- Efficacité et adhésion à l'Approche

La dernière phase consiste à évaluer l'efficacité et l'adhésion à l'Approche dans un processus d'amélioration continue de la qualité des soins. Cette phase concerne surtout les questionnaires de l'UCDG.

Des ressources d'évaluation recommandées en physiothérapie

Le document de l'Approche comprend tous les détails nécessaires aux médecins, infirmières et physiothérapeutes concernant les évaluations cliniques recommandées. L'annexe 4 du document (p. 97 à 112) porte plus spécifiquement sur l'évaluation d'admission et l'évaluation initiale complète du physiothérapeute. Des valeurs normatives de certains tests standardisés sont également présentées.

Conclusion

Les troubles de la mobilité chez les personnes âgées sont une problématique fréquemment rencontrée en UCDG. Les travaux produits par le sous-comité de travail sur la mobilité du RUSHGQ visent à offrir une prise en charge interprofessionnelle mieux structurée, sécuritaire, efficace et centrée sur le patient et ses proches en présence de troubles modérés à sévères de la mobilité.

Le professionnel de la physiothérapie, l'un des principaux acteurs de cette Approche, doit s'assurer d'effectuer son évaluation en utilisant des outils standardisés et de diffuser ses recommandations sur la mobilité à l'équipe, au patient et à ses proches. Les renseignements portant sur la mobilité doivent être transmis aux intervenants de la communauté pour assurer la continuité des soins. Comme mentionné par les auteurs, l'Approche est un document qui pourra être revu et amélioré au fil du temps par les professionnels d'UCDG.

Le document peut être consulté sur le site du RUSHGQ (www.rushgq.org) dans la section « accès invité ». ■

Références :

(1) Latour J., M.-J. Kergoat, T.T.M. Vu, F. Dubé, L. Duquette, C. Forget, C. Fortier, M. Regnière, M. Saindon et A. Bolduc. *Approche interprofessionnelle structurée des troubles de la mobilité dans les unités de courte durée gériatriques (UCDG)*, Montréal, Regroupement des unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ), 2013.
(2) Kergoat M.-J., A. Dupras, L. Juneau, M. Bourque, D. Boyer et coll. *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* : cadre de référence, Québec (province), Canada, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2011.



Alexandre Savoie
pht^a

Jean-Sébastien Roy
pht, Ph. D.^{a,b}

Catherine Mercier
erg, Ph. D.^{a,b}

François Desmeules
pht, Ph. D.^{c,d}

^a Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et en intégration sociale, Québec

^b Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval, Québec

^c Centre de recherche hospitalier Maisonneuve-Rosemont, Université de Montréal

^d École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

Effet d’un programme de réadaptation sur les limitations fonctionnelles, les symptômes et la distance acromiohumérale

Mise en situation

La douleur à l’épaule touche une part considérable de la population québécoise. Les études traitant de la prévalence des différentes atteintes musculosquelettiques la classent au 2^e ou au 3^e rang ^[1]. Parmi les différentes atteintes touchant l’épaule, la tendinopathie de la coiffe des rotateurs est la plus fréquente. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer l’apparition de cette tendinopathie de la coiffe des rotateurs ^[2]. Parmi celles-ci, on trouve une diminution du contrôle des muscles scapulaires et glénohuméraux ^[2], ce qui mènerait à un rétrécissement de l’espace sous-acromial et de la distance acromiohumérale (DAH). Il a été suggéré que l’entraînement moteur pourrait corriger ces déficits de contrôle ^[3, 4] et ainsi diminuer les niveaux de douleur et d’incapacité. À ce jour, peu d’études ont évalué l’effet de l’entraînement moteur à l’épaule sur les niveaux de douleur et d’incapacité de personnes souffrant d’une tendinopathie de la coiffe.

Objectifs

- 1 Évaluer l’effet d’un programme de réadaptation axé sur l’entraînement moteur sur les niveaux de douleur et d’incapacité de personnes présentant une tendinopathie de la coiffe des rotateurs.
- 2 Caractériser la DAH de personnes atteintes d’une tendinopathie et évaluer l’effet du programme de réadaptation sur leur DAH.

Hypothèses

Le programme mènera à des améliorations statistiquement et cliniquement significatives pour ce qui est des niveaux de douleur et d’incapacité. De plus, une diminution significative de la DAH est attendue en position d’élévation. Toutefois, seul un sous-groupe de participants devrait présenter cette diminution de la DAH.

Méthode

Le recrutement s’est fait à l’aide de la liste d’envoi de l’Université Laval. Un groupe de 25 participants (15 hommes, 10 femmes ; âge moyen : 42,6 ±11,5 ans ; durée des symptômes : 99,3 ±141,3 semaines) souffrant d’une tendinopathie de la coiffe des rotateurs a été retenu. Les participants devaient présenter un test positif dans chacune des catégories suivantes : 1) arc douloureux de mouvement, 2) test de Neer ou

de Kennedy-Hawkins et 3) douleur lors du mouvement résisté de rotation externe, de rotation interne ou au test Empty Can. Ces tests ont une sensibilité et une spécificité ≥0,74. ^[5] Parmi les critères d’exclusion, on comptait un antécédent de chirurgie au cou ou à l’épaule, une cervicobrachialgie, une capsulite et des signes cliniques d’une déchirure complète de la coiffe des rotateurs.

Les participants ont pris part à deux séances d’évaluation et à un programme de réadaptation. Lors de la première évaluation, les participants ont rempli les questionnaires *Disability of the Arm, Hand and Shoulder* (DASH) et *Western Ontario Rotator Cuff Index* (WORC) afin d’établir leur niveau de douleur et d’incapacité. Des questions touchant leur symptomatologie ont été posées, puis les mesures échographiques de la DAH ont été réalisées. Par la suite, les participants ont suivi un programme de réadaptation de six semaines, incluant 10 séances supervisées en physiothérapie et un programme d’exercices à domicile. Les traitements ont eu lieu dans deux cliniques privées de la région de Québec. À la fin du programme de réadaptation, les variables ont été réévaluées (DASH, WORC, DAH).

Tous les participants ont suivi le même programme de réadaptation qui incluait de l’entraînement moteur, du renforcement musculaire et des conseils. L’entraînement moteur visait à permettre aux participants de prendre conscience de leurs déficits moteurs au niveau des articulations scapulaire et glénohumérale lors de mouvements du membre supérieur et à corriger ces déficits. Le niveau de difficulté de l’entraînement moteur a progressé à partir des paramètres suivants : amplitude articulaire, vitesse de mouvements, résistance et utilisation ou non de rétroactions extrinsèques.

Les niveaux de douleur et d’incapacité ont été évalués à l’aide des versions canadiennes-françaises des questionnaires WORC et DASH autoadministrés. Le WORC évalue les symptômes de patients souffrant d’atteintes de la coiffe des rotateurs. Le score final varie de 0 à 100 (incapacité minimale). Le DASH évalue le niveau d’incapacité du membre supérieur. Le score varie de 0 à 100 (incapacités maximales). Ces questionnaires sont valides, fidèles et sensibles au changement chez notre population cible ^[6, 7]. La différence cliniquement significative (CID) est de 13 % pour le WORC et de 10 % pour le DASH.



La DAH a été évaluée par un physiothérapeute à l’aide d’une mesure échographique ^[8]. Cette mesure représente la distance tangentielle entre la tête humérale et la pointe inférieure de l’acromion. Les mesures de la DAH ont été prises en position de repos, ainsi qu’à 45° et 60° d’abduction active. Vingt volontaires asymptomatiques ont également pris part à deux évaluations espacées de six semaines afin d’établir des valeurs normatives de la DAH.

Pour les analyses statistiques, des tests t indépendants ont été réalisés pour évaluer l’effet du programme de réadaptation sur les niveaux de douleur et d’incapacité. Pour la DAH, un ANOVA à mesures répétées a été réalisé afin d’évaluer l’effet du groupe (avec et sans tendinopathie) et du temps (au départ et après six semaines). Finalement, puisque notre hypothèse était que seul un sous-groupe présenterait initialement une diminution de la DAH, deux sous-groupes ont été créés pour effectuer des analyses secondaires à partir de l’intervalle de confiance du groupe asymptomatique.

Résultats

À la suite de l’intervention, les participants ont vu leur niveau de douleur et d’incapacité diminuer significativement (p<0,001). En effet, le DASH s’est amélioré de 17,1 points (de 30,8 à 13,3), et le WORC de 30,0 points (de 50,7 à 80,7). Ces changements sont supérieurs aux CID des deux questionnaires.

Pour ce qui est de la DAH, une interaction temps X groupe (p = 0,019) a été observée. Cette interaction démontre que les deux groupes ont évolué différemment dans le temps : les participants avec tendinopathie

ont augmenté leur DAH alors que la DAH des sujets asymptomatiques est restée stable. Les comparaisons post-hoc montrent une augmentation significative de la DAH pour le groupe avec tendinopathie après six semaines, comparativement aux mesures initiales. Cependant, les comparaisons post-hoc ne montrent aucune différence significative entre les groupes avant ou après (p > 0,190) le programme.

Les analyses secondaires ont montré que seul un sous-groupe de participants souffrant de tendinopathie (DAHinf) présentait une DAH initialement plus petite. Le sous-groupe composé des autres participants (DAHmoy) présentait une valeur de la DAH se situant à l’intérieur de l’intervalle de confiance du groupe témoin. À la suite de l’intervention, le sous-groupe DAHinf a connu une augmentation significative de l’amplitude de la DAH, alors que le sous-groupe DAHmoy est resté stable. Toutefois, aucune différence significative entre les deux groupes n’a été observée lors de la comparaison des changements de niveaux de douleur ou d’incapacité puisque les deux sous-groupes se sont significativement améliorés.

Discussion

Le programme axé sur l’entraînement moteur a permis de diminuer les niveaux de douleur et d’incapacité de participants souffrant d’une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Le programme a également permis d’augmenter la DAH, particulièrement chez le sous-groupe qui présentait une DAH initialement plus petite. Ainsi, les résultats suggèrent que seul un sous-groupe de patients souffrant d’une tendinopathie de la coiffe des rotateurs présente des déficits de mouvement.

Bien qu’il y ait une différence significative dans les changements à la DAH entre les sous-groupes DAHinf et DAHmoy, les deux sous-groupes ont vu des améliorations semblables quant aux niveaux de douleur et d’incapacité. Il est donc possible de conclure que les changements à la DAH à la suite de l’intervention ne peuvent expliquer à eux seuls l’amélioration des symptômes chez les personnes présentant une tendinopathie de la coiffe. De plus, puisque le sous-groupe DAHmoy a présenté une amélioration significative des niveaux de douleur et d’incapacité, il est probable que l’entraînement moteur puisse avoir un effet bénéfique sur d’autres facteurs que la DAH.

Conclusion

À la suite d’une intervention axée sur l’entraînement au mouvement, une diminution significative des niveaux de douleur et d’incapacité et une augmentation significative de la DAH ont été observées. Les physiothérapeutes pourront donc privilégier cette intervention chez des sujets souffrant d’une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. ■

1. Picavet, H.S. et J.S. Schouten. « Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study », *Pain*, 2003, vol. 102, n°s 1-2, p. 167-78.
2. Seitz, A.L. et coll. « Mechanisms of rotator cuff tendinopathy: intrinsic, extrinsic, or both? », *Clin Biomech* (Bristol, Avon), 2011, vol. 26, no 1, p. 1-12.
3. Roy, J.S. et coll. « Effect of motor control and strengthening exercises on shoulder function in persons with impingement syndrome: a single-subject study design », *Man Ther*, 2009, vol. 14, no 2, p. 180-8.
4. Worsley, P. et coll. « Motor control retraining exercises for shoulder impingement: effects on function, muscle activation, and biomechanics in young adults », *J Shoulder Elbow Surg*, 2013, vol. 22, no 4, p. e11-9.
5. Michener, L.A. et coll. « Reliability and diagnostic accuracy of 5 physical examination tests and combination of tests for subacromial impingement », *Arch Phys Med Rehabil*, 2009, vol. 90, no 11, p. 1898-903.
6. Kirkley, A., C. Alvarez et S. Griffin. « The development and evaluation of a disease-specific quality-of-life questionnaire for disorders of the rotator cuff: The Western Ontario Rotator Cuff Index », *Clin J Sport Med*, 2003, vol. 13, no 2, p. 84-92.
7. Roy, J.S., J.C. MacDermid et L.J. Woodhouse. « Measuring shoulder function: a systematic review of four questionnaires », *Arthritis Rheum*, 2009, vol. 61, no 5, p. 623-32.
8. Desmeules, F. et coll. « Acromio-humeral distance variation measured by ultrasonography and its association with the outcome of rehabilitation for shoulder impingement syndrome », *Clin J Sport Med*, 2004, vol. 14, no 4, p. 197-205.



Lisa Grilli
pht, M. Sc., physiothérapeute à l'Hôpital de Montréal pour enfants, Centre universitaire de santé McGill

Krithika Sambasivan
M. Sc., doctorante en science de la réadaptation, École de physiothérapie et d'ergothérapie, Université McGill

Isabelle Gagnon
pht, Ph. D., chercheuse clinicienne à l'Hôpital de Montréal pour enfants, Centre universitaire de santé McGill

Évaluation de l'équilibre chez les enfants après une commotion cérébrale : choisir le bon outil

Introduction

La capacité à maintenir notre équilibre est au cœur de nos activités quotidiennes. Des problèmes d'équilibre sont fréquemment rapportés à la suite d'une commotion cérébrale tant chez les adultes que chez les enfants ¹⁻⁴. En effet, des travaux antérieurs de notre groupe ont démontré que des déficits d'équilibre, persistant jusqu'à trois mois après la blessure, pouvaient être décelés à l'aide d'outils sensibles, telles les plates-formes de force, mais que la plupart des outils cliniques disponibles n'arrivaient à détecter ces troubles que durant la période aiguë post-commotion ⁵. La décision de permettre ou non à un enfant ou à un adolescent de retourner à ses activités physiques à la suite d'une commotion repose largement sur l'expression, par l'enfant lui-même, de la résolution de ses symptômes post-commotionnels, ainsi que sur sa capacité à fonctionner normalement sur le plan cognitif. L'équilibre devrait toutefois être considéré comme un élément essentiel de cette prise de décision ². Par conséquent, il apparaît important de fournir aux cliniciens des outils fiables et sensibles qui peuvent détecter ces déficits subtils ⁶, afin d'accroître leur confiance lorsqu'ils doivent prendre des décisions sur le retour à l'activité physique avec les enfants concernés et leur famille.

L'objectif principal de cette étude était donc de comparer l'équilibre statique et dynamique des enfants ayant récupéré d'une commotion cérébrale à celui d'enfants en bonne santé, appariés pour l'âge, en utilisant des mesures cliniques simples sur les deux groupes. Nous posions l'hypothèse que si des différences existaient, nous voulions explorer lesquelles de ces mesures seraient les plus sensibles pour les détecter.

Méthodologie

Cette étude a été réalisée à la Clinique de commotions cérébrales de l'Hôpital de Montréal pour enfants. L'approbation éthique fut obtenue du Comité d'éthique de la recherche du Centre universitaire de santé McGill, de même que le consentement des parents et l'assentiment de chaque enfant participant.

Participants : Vingt-sept enfants et adolescents âgés de 8 à 17 ans (moyenne d'âge 13,2 ± 2,2 ans), présentant un diagnostic médical confirmé de commotion cérébrale et ayant récupéré complètement (selon l'équipe clinique traitante), furent recrutés à leur congé de la clinique. Aux fins de cette étude, le statut de récupération complète fut défini comme

le moment où l'enfant avait été asymptomatique au repos pendant au moins une semaine et avait réussi le test d'effort physique administré à la clinique, à la suite duquel un retour par étapes progressives à l'activité physique était autorisé. Le test d'effort physique consiste en plusieurs séries de diverses épreuves telles que des sauts, des pompes, des redressements assis, des activités de ballon et une activité aérobique à 70 %-80 % de fréquence cardiaque maximale soutenue pendant 10 à 15 minutes.

Mesures et procédure : Les enfants et adolescents furent testés à l'aide de trois outils cliniques de mesure de l'équilibre et de la marche dans des conditions de tâches simples et doubles. Les trois échelles cliniques utilisées étaient le sous-test d'équilibre du Bruininks-Osteresky (BOT-2), le *Balance Error Scoring System* (BESS) et la *Community Balance and Mobility Scale* (CBMS). Le sous-test d'équilibre du BOT-2 ⁷ est une mesure d'équilibre statique et dynamique sans perturbation conçue pour les individus âgés de 4 à 21 ans. Le sous-test consiste en neuf exercices testant la capacité à se tenir debout ou marcher avec une base de support restreinte, avec ou sans vision. Le BESS ⁸ évalue l'équilibre statique et fut développé spécifiquement pour la clientèle commotionnée. Ce test consiste en six épreuves de 20 secondes chacune, exigeant de l'individu qu'il se tienne debout au sol ou sur une surface instable, les yeux fermés, avec bases de support variées. Le nombre d'erreurs commises au cours de la période de 20 secondes est comptabilisé et utilisé pour le calcul du score total du test. Une erreur est définie comme un ajustement postural ou une incapacité à rester en position. La CBMS ⁹ mesure quant à elle les habiletés d'équilibre dynamique lors de diverses tâches de marche libre, avec obstacle ou en tandem, par exemple. Ce test fut développé pour la clientèle TCC.

Trois paradigmes de la marche ont aussi été utilisés pour ajouter à notre compréhension de l'équilibre dynamique des enfants, soit la marche à une vitesse déterminée par le participant (vitesse facile à soutenir), la marche avec obstacle et la marche en tandem. Pour remplir la condition de double tâche, à toutes les tâches de marche s'ajoutait une tâche arithmétique simple, à savoir compter à rebours par bonds de trois tout en effectuant la marche sur un tapis de mesure GAITRite™. Deux essais étaient alloués aux participants pour chacune des tâches. La moyenne des deux essais a été comptabilisée. Le système GAITRite™ consiste en un tapis de 4,87 m qui automatise la mesure de paramètres de marche spatiotemporels en deux dimensions à l'aide de plaques de pression insérées dans le tapis.

Résultats

Des troubles d'équilibre furent détectés chez le groupe d'enfants commotionnés à l'aide des trois échelles cliniques utilisées (voir tableau 1). Plus précisément, les enfants blessés avaient des scores plus faibles au sous-test d'équilibre du BOT-2 (p = 0,005), à la CBMS (p = 0,005) et faisaient plus d'erreurs lors du BESS (p < 0,001).

En ce qui concerne l'analyse de la marche, outre une vitesse plus lente en tandem, les enfants avec commotions éprouvaient plus de difficulté à exécuter toutes les tâches, ce qui était signalé par une augmentation du temps passé en double appui et une plus grande largeur de pas. L'ajout de double tâche a altéré tous les paradigmes de marche pour les deux groupes, mais il n'y avait aucune différence entre les groupes. Une analyse discriminante a révélé que de toutes les variables étudiées, le score du BESS, la largeur des pas pendant la marche à vitesse facile à soutenir, la vitesse

et le pourcentage de temps passé en double appui lors de la marche en tandem étaient les meilleurs indicateurs distinguant un individu du groupe commotionné d'un autre du groupe témoin.

Discussion et impact sur la pratique clinique

La petite taille de notre échantillon représente de toute évidence une limite importante de cette étude et nos résultats doivent être considérés dans ce contexte. Nous avons toutefois démontré que les enfants et les adolescents ont des déficits d'équilibre persistants lorsqu'on les compare au groupe témoin, malgré le fait qu'ils sont asymptomatiques au repos et jugés cliniquement prêts à reprendre graduellement des activités physiques. Les tests d'équilibre dynamique comme la marche en tandem pourraient être de meilleurs indicateurs de la récupération chez les

enfants après une commotion, car ils peuvent mieux détecter des déficits subtils. La double tâche ne semble pas mener à une meilleure discrimination que les tests d'équilibre dynamique utilisés seuls, du moins au sein de notre échantillon. À ce stade et vu la taille de notre échantillon, il est difficile de poser des hypothèses expliquant ce résultat, mais la tâche cognitive était difficile pour les deux groupes et le choix de celle-ci dans des études ultérieures devrait faire l'objet d'une réflexion.

Ce dernier aspect devrait continuer à être étudié cependant en explorant l'utilité de tâches cognitives d'une autre nature. ■

Nous remercions notre agent de financement du Programme de partenariat OPPQ-REPAR (2012-2014). Nous tenons aussi à remercier tous les participants au projet et l'équipe de traumatologie de l'Hôpital de Montréal pour enfants pour leur soutien extraordinaire.

Table 3—Group performance (means ± SD) on the three clinical balance measures

* Statistical significance at $\alpha=0.05$; BOT-2—Bruininks-Osteresky Test for Motor Proficiency, second edition; BESS—Balance Error Scoring System; CBMS—Community Balance and Mobility Scale; SLS—Single Leg Stance

Clinical measures	TCCL Group (Mean± SD)	Control Group (Mean± SD)	t values	p value	Confidence intervals at 95%	Effect size Cohen's d
<u>BOT-2—balance subtest</u>						
Total point score	33.23±2.22	35.09±2.05	-3.002*	0.004	[-3.11,-0.61]	-0.87
Standing on beam tandem	3.69±0.62	4.00±0.00	-2.540*	0.018	[-0.56,-0.06]	-0.71
Standing SLS on beam eyes closed	2.27±1.12	3.59±1.37	-3.687*	0.001	[-2.04,-0.60]	-1.05
<u>BESS</u>						
Total number of errors	20.23±5.49	13.55±4.97	4.389*	< 0.001	[3.62,9.75]	1.28
<u>CBMS</u>						
Total score	84.77±5.42	88.64±3.71	-2.830*	0.007	[-6.62,-1.12]	-0.83

Références

- McCrory, P., W.H. Meeuwisse, M. Aubry et coll. «Consensus statement on concussion in sport: the 4th International Conference on Concussion in Sport held in Zurich, November 2012», *British Journal of Sports Medicine*, 2013, vol. 47, no 5, p. 250-258.
- Guskiewicz, K.M. «Balance assessment in the management of sport-related concussion», *Clinics in Sports Medicine*, 2011, vol. 30, no 1, p. 89.
- Slobounov, S., C. Cao, W. Sebastianelli, E. Slobounov et K. Newell. «Residual deficits from concussion as revealed by virtual time-to-contact measures of postural stability», *Clinical neurophysiology: official journal of the International Federation of Clinical Neurophysiology*, 2008, vol. 119, no 2, p. 281.
- Martini, D.N., M.J. Sabin, S.A. DePesa et coll. «The Chronic Effects of Concussion on Gait», *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2011, vol. 92, no 4, p. 585-589.
- Gagnon, I., B. Swaine, D. Friedman et R. Forget. «Children show decreased dynamic balance after mild traumatic brain injury», *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2004, vol. 85, no 3, p. 444-452.
- McCrea, M., W.B. Barr, K. Guskiewicz et coll. «Standard regression-based methods for measuring recovery after sport-related concussion», *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2005, vol. 11, no 1, p. 58-69.
- Bruininks, R. *Bruininks-Osteresky Test of Motor Proficiency (BOT-2)*, 2005.
- Guskiewicz, K.M. «Postural stability assessment following concussion: one piece of the puzzle», *Clinical Journal of Sport Medicine*, 2001, vol. 11, p. 182-189.
- Wright, M.J. et C. Bos. «Performance of children on the Community Balance and Mobility Scale», *Phys Occup Ther Pediatr*, 2012, vol. 32, no 4, p. 416-29.
- Greene, B.R., T.G. Foran, D. McGrath, E.P. Doheny, A. Burns et B. Caulfield. «A Comparison of Algorithms for Body-Worn Sensor-Based Spatiotemporal Gait Parameters to the GAITRite Electronic Walkway», *Journal of Applied Biomechanics*, 2012, vol. 28, no 3, p. 349-55.



Alexandre Campeau Larrivée^a



Maude Charbonneau^a



Maude Laliberté^{a,b,c}

Émilie Samson^a

Debbie Ehrmann Feldman^{a,b}

^a École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

^b Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR)

^c Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique, Faculté de médecine, Université de Montréal

Les professionnels de la physiothérapie sur Facebook, j'aime ?

10 recommandations pour instaurer de bonnes pratiques sur les médias sociaux

Les médias sociaux sont en plein essor et les professionnels de la physiothérapie font face au défi de leur utilisation, car il n'existe aucun guide clair pour orienter leurs comportements en ligne. Dans le cadre d'un travail effectué en 2013-2014 par trois finissants de l'Université de Montréal, un projet de recherche à devis mixte a été réalisé pour analyser les diverses utilisations de Facebook par les professionnels de la physiothérapie québécois francophones. D'abord, une revue de la littérature grise concernant les médias sociaux en physiothérapie a été effectuée, soit une recension des écrits non académiques comprenant les articles de journaux (mai 2013) et les politiques d'organismes réglementaires nationaux et internationaux (juillet-octobre 2013). Puis, le contenu québécois de Facebook associé à la physiothérapie a été exploré (septembre-octobre 2013). Finalement, des professionnels de la physiothérapie québécois ont rempli un sondage à l'automne 2013 (322 participants) afin de décrire leur utilisation de Facebook. À la lumière de ces diverses données, 10 recommandations concernant l'utilisation de Facebook ont été émises. L'objectif de cet article est de résumer la section «recommandations» de ce travail publié sur Papyrus¹ et de présenter quelques documents-clés conçus pour les professionnels de la physiothérapie et portant sur les bonnes pratiques à adopter sur les médias sociaux. Les résultats sont également en ligne sur une page Facebook et dans une capsule vidéo éducative sur YouTube.

Recommandations

1 Employés, informez-vous ! Employeurs, informez-les !

Les professionnels doivent connaître la politique de médias sociaux de leur milieu de travail et du site sur lequel ils naviguent, ainsi que les normes encadrant leur pratique. L'ignorance n'est pas une excuse valable et en cas de manquement, des sanctions disciplinaires et légales peuvent s'appliquer. Les employeurs doivent s'assurer que leurs employés connaissent les politiques en vigueur. Le sondage réalisé révèle que 41,6 % des répondants ne savaient pas s'il existait une politique sur les médias sociaux dans leur milieu de travail.

Plusieurs politiques internationales proposent un encadrement rigoureux plutôt que d'interdire totalement l'utilisation des médias sociaux dans un contexte professionnel.

2 Précisez au nom de qui vous parlez, dissociez vos propos personnels de vos propos professionnels.

Les professionnels doivent dissocier leurs points de vue personnels de ceux de leur employeur, de leur association et de leur profession. En effet, 14,4 % des répondants du sondage admettaient rédiger des publications à propos de leur travail ou de leurs patients.

3 Les règles déontologiques ne s'appliquent pas seulement durant vos heures de travail : soyez professionnel en tout temps !

Les professionnels doivent se comporter sur les médias sociaux comme ils agiraient sur leur lieu de travail. Bien que les politiques soulignent la nécessité de demeurer professionnel dans les interactions avec les patients sur les médias sociaux, la revue de presse a relevé plusieurs incidents où des professionnels de la santé ont été sanctionnés pour avoir commis des actes non professionnels. Certains répondants du sondage admettaient avoir lu des publications désobligeantes de professionnels de la physiothérapie au sujet de leurs patients ou de leur travail.

4 Gardez une distance professionnelle dans vos interactions en ligne avec les patients.

Les professionnels doivent utiliser un compte professionnel s'ils interagissent en ligne avec des patients et limiter leurs échanges à leur domaine d'expertise. Ils doivent employer un ton formel et éviter de commenter les photos ou les publications d'un patient, ceci afin de séparer leur vie professionnelle de leur vie personnelle. Le sondage révélait que 20,5 % des répondants étaient amis Facebook avec des patients et qu'un faible pourcentage possédait une page (2 %) ou un profil (3 %) professionnel.

5 Préservez la confidentialité des renseignements concernant vos patients.

En tout temps, le secret professionnel et le droit à la vie privée des patients doivent être respectés. Lors de l'exploration du contenu de Facebook en physiothérapie, des photos de patients facilement identifiables et des discussions publiques entre un professionnel de la physiothérapie et un abonné contenant des informations confidentielles ont été observées. La diffusion de ces données pourrait porter préjudice à la clientèle.



6 N'oubliez pas que tout le contenu des médias sociaux est du domaine public.

Les professionnels doivent être conscients qu'ils n'ont aucun contrôle sur la propagation ni sur la permanence du contenu qu'ils publient. Celui-ci peut être sauvegardé et redistribué sur Facebook ou ailleurs sur le Web. Si un professionnel utilise les médias sociaux de manière inadéquate, l'atteinte à sa réputation ou à celle de sa profession peut persister longtemps.

7 Partagez votre savoir !

Les professionnels gagneraient à profiter de la popularité des médias sociaux pour effectuer du transfert de connaissances et pour promouvoir la santé. L'analyse du contenu québécois de Facebook nous permet d'affirmer que ce réseau social est utilisé par les milieux pour éduquer leur clientèle sur la santé. En ce sens, l'Association canadienne de physiothérapie soutient que les réseaux sociaux pourraient permettre d'effectuer un suivi avec le patient en lui fournissant des outils de traitement en ligne (par ex., des vidéos).

8 Vérifiez l'exactitude du contenu partagé et mentionnez la source de votre publication.

Les professionnels doivent respecter le droit d'auteur, publier des textes de bonne qualité scientifique et provenant de sources fiables. Or, en observant le contenu de Facebook en physiothérapie, il n'est pas rare de voir des publications faisant la promotion de produits ou d'entreprises sans qu'elles soient accompagnées de déclaration de conflit d'intérêts. De plus, des publications sans mention de sources ont aussi été observées. Comme de plus en plus de patients se tournent vers les médias sociaux pour obtenir

de l'information sur la physiothérapie, il devient essentiel que les professionnels y soient présents afin de partager un contenu exact.

9 Soyez innovateurs !

Les médias sociaux offrent une multitude de possibilités aux professionnels. Ils constituent un outil de plus à leur arsenal pour contribuer à l'avancement de leur profession. L'analyse du contenu québécois de Facebook révèle que l'utilisation actuelle de ce réseau social comprend de la diffusion d'information sur les services offerts, les disponibilités et les heures d'ouverture des établissements, de la publicité de même que du transfert de connaissances dans le domaine de la santé. L'analyse médiatique rapporte que Facebook pourrait être un moyen de faciliter l'accès au réseau de la santé et y diminuer les temps d'attente, notamment en l'utilisant pour la prise de rendez-vous et l'enregistrement auprès des établissements de santé.

10 Réfléchissez avant de publier !

Le professionnel doit prendre le temps de relire chacun de ses commentaires et doit se demander s'il est approprié avant de le publier. Il doit s'assurer que le contenu de ses interactions sur Facebook ne puisse pas être interprété de manière négative ou nuire à sa réputation en tant que professionnel, ainsi que celle de sa profession ou de son employeur. Il doit également présenter un comportement professionnel.

L'application de ces recommandations permettra aux professionnels de la physiothérapie d'utiliser les médias sociaux de façon innovatrice, mais prudente. Il est impératif de réfléchir aux répercussions des activités virtuelles, car les conséquences sont bien réelles.

¹ A. Campeau-Larrivée, M. Charbonneau et E. Samson. Les professionnels de la physiothérapie sur Facebook, j'aime ?, travail aux cycles supérieurs présenté à la Faculté de médecine en vue de l'obtention de la maîtrise en physiothérapie, sciences de la réadaptation, 2014, directeurs de recherche : D.E. Feldman et M. Laliberté.

Lectures recommandées

- Association canadienne de physiothérapie. *Canadian physiotherapists and social media: Issues and guidelines for us* [En ligne], 2013. [www.physiotherapy.ca/getmedia/b9e57240-1921-44a5-8a84-eadcbbf00fde1/Social-Media-Guidelines-FINAL-Eng.pdf.aspx] [5 mai 2015].
- Association canadienne de physiothérapie. « Mettez les médias sociaux à votre service », *Pratique de la physiothérapie*, hiver 2012, vol. 1, no 4, p. 12-5.
- Association canadienne de physiothérapie. « Gardez l'œil bien ouvert », *Pratique de la physiothérapie*, été 2012, vol. 2, no 3, p. 13-6.
- Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. *Pour une utilisation éthique et responsable des médias sociaux — Guide de référence*, janvier 2013, 99 pages.
- Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. *Politique d'utilisation des médias sociaux d'un établissement de santé et de services sociaux* (projet type), novembre 2011.
- Ahmed O.H., L.S. Claydon, D.C. Ribeiro, A. Arumugam, C. Higgs, G. David Baxter. « Social media for physiotherapy clinics: considerations in creating a Facebook page », *Physical Therapy Reviews*, 2013, vol. 18, no 1, p. 43-6.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Camille Beaulieu-Poulin pour sa collaboration à la réalisation et à l'analyse du sondage ; l'OPPQ, l'ACP, le REPAR, la FPPQ et le CRIR pour nous avoir permis de distribuer le sondage ; ainsi que France Pottie pour ses commentaires sur les versions précédentes de cet article. ■

La marche nordique chez les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique — étude pilote

Par **Stephanie Antoniades^{1,2,3}**, **Jennifer Chung Lim^{1,2,3}**, **Nikita Gandhi^{1,2,3}**, **Mathilde Montambault^{1,2,3}**, **Lisa Ricci^{1,2,3}**, sous la supervision de **Jadranka Spahija**, Ph. D., professeure associée et chercheure^{1,2,3}

¹ École de physiothérapie et d'ergothérapie, Université McGill, Montréal, ² Centre de recherche Feil/Oberfeld, Hôpital juif de réadaptation, site du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR), Laval, ³ Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Université de Montréal, ⁴ Programme Sciences sans frontières (Science Without Borders program), ⁵ Soins intensifs, Hôpital général juif, Montréal.



De gauche à droite : Richard Preuss, PT, PhD, Professeur adjoint, SPOT, Stephanie Antoniades, Mathilde Montambault, Nikita Gandhi, Barbara Mazer, PhD, Professeure adjointe, SPOT, Université McGill, Sara Ahmed, PT, PhD, Professeure agrégée, SPOT, Université McGill

Ce texte présente les résultats du projet de recherche ayant remporté le premier prix parmi ceux effectués par les étudiants de deuxième année à la maîtrise professionnelle de l'École de physiothérapie et d'ergothérapie McGill en 2014. Il a été réalisé par cinq étudiantes avec la collaboration de David Anekwe^{1,2,3}, étudiant au doctorat en sciences de la réadaptation de McGill, d'Isabelle Barreira^{1,3,4}, stagiaire d'été de recherche (programme Sciences sans frontières) et de Michel de Marchie⁵, intensiviste de l'Hôpital général juif.

Objectif

Cette étude visait à comparer les effets de la marche nordique (MN) à ceux de la marche habituelle (MH) sur la distance de marche, la perception d'essoufflement, la fatigue des jambes et les aspects physiologiques et métaboliques à court terme chez les personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et chez des individus en santé.

Méthode

Cette étude pilote a été réalisée à l'aide d'un modèle croisé randomisé. Onze participants atteints de MPOC ont été recrutés parmi les patients participant au projet RESPIR de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et parmi les patients participant au programme de réadaptation pulmonaire de l'Hôpital juif de réadaptation de Laval. Le groupe témoin était constitué de cinq participants dont l'âge et le sexe étaient similaires au groupe de patients MPOC. Les participants ont chacun effectué deux tests de marche de six minutes (6MWT), une fois avec et une fois sans les pôles de marche nordique. Leurs sensations d'essoufflement et de fatigue des jambes ont été évaluées toutes les minutes à l'aide de l'échelle de Borg. Les paramètres métaboliques et de respiration ont été mesurés à l'aide de l'appareil de télémétrie portable Cosmed K4b2. L'analyse de la distance parcourue lors des tests de marche a été effectuée à l'aide de tests t de Student appariés. Des mesures ANOVA répétées ont été effectuées afin d'analyser la différence intrasujet de la moyenne des autres paramètres.

Résultats

Chez les patients atteints de MPOC, la différence entre les distances de marche ou les mesures de sensation d'essoufflement ou de fatigue des jambes n'était pas significative entre la MN et la MH. Toutefois, les mesures d'essoufflement présentaient une tendance à la baisse lors de la MN, tandis qu'une hausse de la fréquence respiratoire, de la ventilation minute, de la consommation d'oxygène, de la dépense énergétique et de la fréquence cardiaque a été notée ($p < 0,05$). Chez les sujets témoins, aucune différence significative n'a été notée entre les données recueillies lors de la MN et de la MH.

Conclusion

La MN chez les patients atteints de MPOC entraîne une augmentation de la charge d'exercice sans toutefois augmenter la sensation d'essoufflement ou de fatigue des jambes. La MN constitue donc une stratégie prometteuse à adopter dans le contexte de programmes de réhabilitation pulmonaire.

Prenez soin de vos patients.

Soumettez leurs demandes de règlement d'assurance rapidement et efficacement.

Avec la solution de demandes de règlement en ligne de TELUS Santé, vos patients bénéficieront du même service qu'ils reçoivent à la pharmacie ou chez le dentiste. Vous pouvez désormais soumettre les demandes de règlement à de nombreux assureurs au nom de vos patients. L'inscription est **rapide**, c'est **simple** à utiliser et c'est **gratuit**.

Pas étonnant qu'autant de professionnels de la santé l'utilisent.

Inscrivez-vous : telussante.com/eclaimsPhysioQC

Offerte avec :

Avantage
MA^{IMUM}

Cowan

Desjardins
Assurances
VIE - SANTÉ - RÉGIME

Financière
Sun Life

Great-West
Assurances

IA INDUSTRIELLE
ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS

JOHNSON

JOHNSTON GROUP

Manuvie

ORDRE D'ASSURANCE COLLECTIVE DES
CHAMBRES DE COMMERCE

Standard Life

propulsé par TELUS SANTÉ

Microprogramme de 2^e cycle en rééducation périnéale et pelvienne en physiothérapie de l'Université de Montréal : une quatrième cohorte de diplômés au Canada !



Le programme de physiothérapie de l'Université de Montréal tient à féliciter les physiothérapeutes de la quatrième cohorte du microprogramme de deuxième cycle en rééducation périnéale et pelvienne. Ces diplômées pratiquent auprès de diverses clientèles dans le réseau public et au privé.

Ce microprogramme de 15 crédits (250 heures), le premier au Canada, a vu le jour en janvier 2010. Il a pour but de permettre aux physiothérapeutes de développer une expertise unique et d'acquérir les compétences nécessaires à l'évaluation et aux traitements physiothérapeutiques des diverses problématiques périnéales et pelviennes auprès de clientèles variées (hommes et femmes; enfants et adultes; ainsi que les clientèles neurologique et gériatrique).

Ce programme de 2^e cycle, basé sur des données probantes et une pratique éthique, se donne par modules de fins de semaine sous forme de lectures scientifiques, de conférences, d'ateliers de raisonnement clinique, d'ateliers pratiques, de stages d'observations cliniques et d'échanges multidisciplinaires.

Ce programme en rééducation périnéale et pelvienne est offert tous les ans. La date limite d'admission est le 1^{er} novembre.

Pour plus d'information, visitez le www.readap.umontreal.ca/rpp.

Le prix Conférence commémorative Enid-Graham décerné à Mindy Levin



Le 18 juin dernier, la physiothérapeute Mindy Levin a reçu le prix Conférence commémorative Enid-Graham, décerné par l'Association canadienne de physiothérapie (ACP) afin de souligner l'excellence de sa carrière dans le domaine de la physiothérapie.

Chercheuse et enseignante reconnue par ses pairs, Mindy Levin pratique la physiothérapie depuis 37 ans. Elle est actuellement professeure à l'École de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill, chercheuse au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR) ainsi que titulaire de la Chaire de recherche du Canada en rééducation motrice niveau 1.

Ses travaux de recherche s'intéressent particulièrement à la réhabilitation motrice à la suite de problèmes neurologiques. Elle attache également une grande importance à la formation des futures générations de physiothérapeutes. Pour elle, le développement de l'esprit critique et de la confiance en soi chez ses étudiants représente la clé de leur réussite et leur permettra de faire avancer la profession.

Madame Levin perçoit la distinction qu'elle a reçu comme une reconnaissance de ses pairs pour son travail et son engagement. « *Mon souhait est que nous puissions sans cesse faire avancer le domaine de la physiothérapie tout en contribuant à son amélioration* », nous a confié cette professionnelle passionnée et engagée.

Le président de l'Ordre rencontre le ministre de la Santé et des Services sociaux



De gauche à droite, Luc Fortin, député de Sherbrooke, Gaétan Barette, ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, Denis Pelletier, président de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec

Le 2 avril dernier, Denis Pelletier, président de l'Ordre, rencontrait Gaétan Barette, ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, lors d'un événement. À cette occasion, ils ont pu échanger sur la contribution accrue que pourraient offrir les physiothérapeutes pour faciliter l'accès aux soins de première ligne. Monsieur Pelletier en a profité pour remettre au ministre un document préparé par l'Ordre en ce sens.

Le tournoi de golf de l'OPPQ est de retour

À l'initiative de Gilles Courchesne et d'Yvan Laflamme, le tournoi de golf de l'OPPQ était de retour cette année. L'édition 2015 a eu lieu le 6 juin dernier au Club de golf de Lévis. L'organisation de cet événement, ainsi que de la journée de formation qui l'a précédé, a été prise en charge par les cliniques PCN et l'entreprise Atlas Médic. Tous les profits ont été versés à la Fondation canadienne de physiothérapie qui finance la recherche dans ce domaine. Au total, 10 000 \$ ont été amassés.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué au succès de cette journée qui sera de retour l'an prochain à Montréal. Nous vous tiendrons informé.



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



L'Ordre vous invite à soumettre votre candidature ou celle d'un de vos collègues pour l'édition 2015 des prix Excellence physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique de l'OPPQ.

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

Pour en savoir plus sur la façon de procéder pour soumettre une candidature (au plus tard le 15 septembre 2015), rendez-vous au www.oppq.qc.ca > Membres > Prix, bourses et subventions > Prix Excellence ou écrivez-nous à excellence@oppq.qc.ca.

Campagne web : de nouvelles vidéos sur les deux professions de la physiothérapie et une nouvelle page facebook grand public pour mieux rayonner



Le 11 mai dernier, à l'occasion du Mois national de la physiothérapie au Canada, l'OPPQ lançait ses nouvelles vidéos mettant en vedette des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique. À cette occasion, la nouvelle page Facebook de l'Ordre destinée au grand public voyait également le jour.

Deux vidéos pour faire rayonner les deux professions

Afin de poursuivre son objectif de faire connaître les deux professions de la physiothérapie au grand public, l'OPPQ a réalisé deux vidéos qui donnent la parole aux physiothérapeutes et aux thérapeutes en réadaptation physique. Ces deux vidéos, de six minutes chacune, présentent les témoignages de professionnels décrivant leur quotidien et

leur vision de la profession. Ces vidéos ont également été fractionnées en six portraits individuels de deux minutes chacune.

Une stratégie de communication entièrement Web

En raison de la popularité grandissante du Web et des réseaux sociaux, l'OPPQ a opté pour une stratégie de communication entièrement Web pour diffuser ces vidéos. Réalisée à l'interne, cette stratégie table sur les différentes plateformes Web de l'Ordre pour faire connaître et circuler ses vidéos.

Ainsi, du 11 au 29 mai 2015, les différents portraits ont été diffusés sur le site Web de l'OPPQ (section grand public), le blogue, la chaîne YouTube ainsi que la nouvelle page Facebook de l'Ordre. Les vidéos ont également été publicisées sur Facebook et YouTube afin d'augmenter leur visibilité sur ces différents réseaux sociaux.

Premiers résultats de la campagne

Du 4 mai au 1^{er} juin 2015

» Nombre de vues totales de nos vidéos sur Facebook et YouTube : 182 282

» Portée¹ totale de nos vidéos sur Facebook : 441 065

¹ La portée comprend le nombre de personnes ayant été exposé aux vidéos sur leur fils d'actualité Facebook.



Mathieu Guillemette, une source d'inspiration

Pour terminer ce lancement, la dernière semaine du mois de mai a été l'occasion de présenter une vidéo un peu différente des autres. Mathieu Guillemette, patient victime d'un AVC en 2013, y expose brièvement son parcours de réadaptation à la suite de son accident. Ce témoignage touchant et sincère a également été diffusé sur toutes les plateformes Web de l'Ordre et a été publicisé pour maximiser son impact.

Une page Facebook pour le grand public

À l'occasion du lancement de ses nouvelles vidéos mettant en vedette les deux professions de la physiothérapie, l'OPPQ a aussi inauguré sa propre page Facebook destinée principalement au grand public. Cette page permettra de partager de nombreux contenus liés aux différents aspects de la physiothérapie et de ses professions.

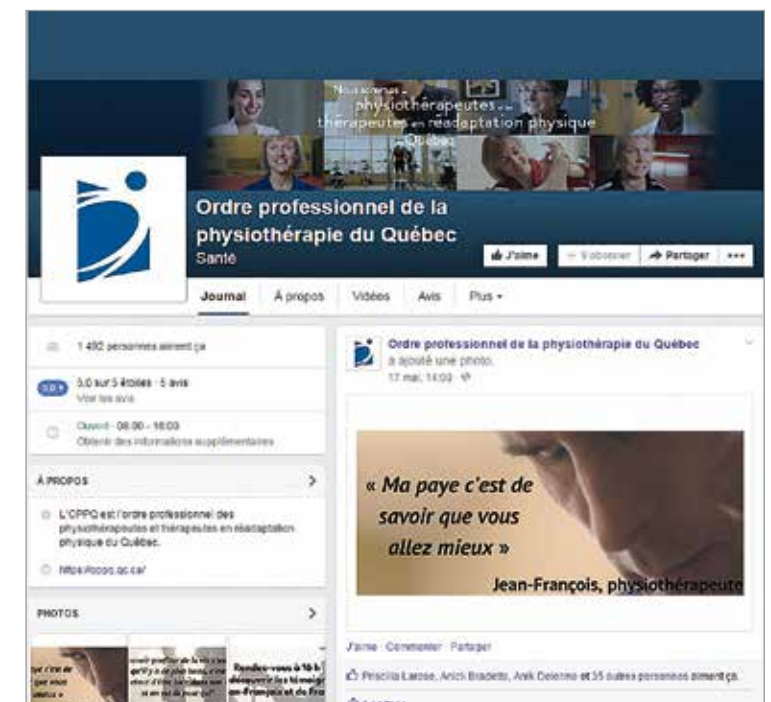
La page Facebook de l'Ordre sera également utilisée pour diffuser à plus grande échelle les contenus produits par l'Ordre et destinés au public. Elle permettra ainsi d'augmenter la présence et le rayonnement de la physiothérapie sur la Toile tout en la rendant plus accessible à la population québécoise.

Cette page se distingue donc de la page Facebook du président qui, elle, permet à Denis Pelletier de partager avec ses collègues physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique le compte-rendu de ses activités et le fruit de ses réflexions.

Nous restons donc persuadés que ces deux pages représentent un intérêt pour nos membres et nous vous invitons à les découvrir et à les partager. ■



Suivez-nous sur la nouvelle page Facebook de l'OPPQ
www.facebook.com/ordre.physiotherapie.quebec



Visionnez ces vidéos, aimez-les et partagez-les afin qu'elles soient vues par le plus grand nombre possible !

Nous tenons à remercier tous les participants qui nous ont permis de réaliser ces vidéos : Nadine Alphonse, T.R.P., Geneviève Beaudoin, T.R.P., Marie-Eve Beaulieu, pht, Jean-François Crépault, pht, Raymonde Fortin, pht, Julie Gardiner, pht, Francine Gosselin, T.R.P., et Mathieu Guillemette, patient.

Bienvenue à toutes et à tous

INSCRIPTIONS
PHYSIOTHÉRAPEUTES

Abou-Sharkh, Ahmed
Adams, Vincent
Agudelo, Daniel-Fernando
Archambault, Samantha
Baribeau, Sébastien
Beaudoin-Hamel, Vincent
Bédard, Amélie
Bédard, Gabrielle
Bernier Blanchet, Marilyne
Bertrand-Charrette, Michaël
Blanchette, Mary-Lee
Brassard, Dominic
Brochu, Jean-François
Brochu, Olyvia
Caplan, Ryan
Carpentier-Larivière, Jade
Carrier, Émilie
Castano Castellanos, Juliana
Chagnon, Valérie
Champagne, Marilyne
Charaan, Fawzi
Charbonneau-Dufresne, Florence
Charrette, Caroline
Chung Lim, Jennifer
Collard, Robin
Côté Grenier, Évelyne
Côté Lapierre, Julie
Côté, Amélie
Côté-Levesque, Michèle
Dagenais, Christine
Dagenais, Pascale
Dalle-Vedove, Simon
Dénommée, Marianne
Desai, Roma
Desaulniers-Rioux, Mélanie
Desgreniers, Joël
Desharnais, Karine
Desjardins, Stéphanie
Dubé, Audrey
Dubois, Lauriane
Dufour, Sophie-Krystale
Dupont, Laurie-Anne
Durand, Joanie
Eilayyan, Owis
Ellemo, Eric R.
Emond-Larochelle, Justine
Erdan, Talia
Fauvel, Lyne
Firoozi, Sadollah
Fournier, Marie-Andrée
Fradet, Cynthia
Gagnon, Marie-Pier
Gandhi, Nikita
Garceau Bolduc, Corine
Garon, Bastien

Gauthier, Josiane
Girard, Marylène
Gosselin, Mélanie Anne
Grenier, Geneviève
Hébert, Virginie
Houeto, Deenanon
Jawad, Jad
Jobin Marchand, Maude
Joyal, Catherine
Kessentini, Ikram
Khalife, Rachel
Khalil, Jennifer
Laberge, Lisa-Marie
Lacroix, Valérie
Lafleur, Steven
Lalumière Boucher, Mathieu
Lamontagne, Anne-Sophie
Larouche, Nancy
Laviolette, Geneviève
Le Berre, Mélanie
Leclerc, Maude
Lemoine, Marie-Eve
Levasseur Paquin, Charlotte
Levesque, Lisa
Lillie, Kristen
Liu, Jia Yi
Loiseau, Marie-France
Marino Christie, Marisa
Marquis, Vincent
Max, Jessica
McKell, Telina
Mechim, Zeineb
Ménard-Pétrin, Camile
Mendez Agudelo, Zaira Liliana
Mercier, Julie
Meza Segura, Lorena
Miehe, Anika Sophie
Mongeau, Laetitia
Morency, Philippe
Morin, Caroline
Nagil, Maria
Normandeau, Michel
Oricheskys-Turcotte, Elise
Paillé McCallum, Jessica
Paquin-Jean, Clodel
Pécourt, Roxanne
Plante, Marisabelle
Poitras, Émilie
Procter, Steven
Rafla, Cherif Sobhi
Reid, Isabelle
Revert, Clair
Ricci, Lisa
Rinkenbach, William
Rondeau, Benjamin
Rousseau, Marie Michelle
Roy-Richard, Chloé

Sabourin-Germain, Marie-Pier
Samson, Pierre-Olivier
Sylvestre, Elizabeth
Thanh Bach, Huy
Thériault-Loranger, Christine
Tousignant, Simon
Trejos Rodriguez, Erika Maria
Tremblay, Marie-Josée
Turner, Émilie
Uchoa Lima, Samanta Lorens
Vaillant, Mireille
Veigas, Luciano
Villeneuve, Emilie
Wenhang, Yu
Yockell, Nelly
Yu, Irene Jade

THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION
PHYSIQUE

Alexandre, Marielle
Ameziane, Liza
Asselin, Émélie
Barrette, Geneviève
Beaudry-Pearson, Sophie-Ann
Beaulieu, Emily
Bélanger-Plante, Sophie
Bélanger-Seyer, Andréanne
Béliveau, Catherine
Blais, Elsa
Blais, Joséane
Büb, William
Cliche, Vicki-Anne
Desrosiers, Marily
Domingues Ribeiro, Nathalie
Escobar, Vanessa
Fortier, Sabrina
Gagnon, Lydia
Gaudreau, Joanie
Gonneville, Véronique
Gosselin, Rosemary
Guarin Franco, Ingrid Viviana
Larouche, Josée
Lefebvre, Frédérick
Lépine, Marie-Ève
Massicotte, Jessica
Mokhnar, Hind
Mulvaney-Norris, Shelley
Ouellet-Laplante, Sarah
Pozzi, Jean-David
Rousseau, Stéphanie
Turenne, Florence
Usal, Émilie
Valiquette, Mauly
Varela Valle, Marco Antonio
Viens-Desjardins, Valérie

DE T.R.P. À PHYSIOTHÉRAPEUTES

Breton, Emilie
Cardin, Mélissa
Carrier, Marie-Josée
Cayouette, Marie-Pier
Chabot, Sabrina
Fréchette, Anne-Shirley
Gagnon, Andréanne
Mesa, Monica
Pagé, Gabrielle
Sénéchal, Audrey
St-Martin, Andréane

RÉINSCRIPTIONS

Andrade, Edja
Arsenault, Véronique
Aubin, Ariane
Aubry, Valérie
Audet, France
Audet, Vanessa
Beaulieu, Annik
Bélanger, Sonia
Béliveau, Catherine
Bérubé, Julie
Bettez Quessey, Camille
Blondin, Audrey
Boucher, Angélique
Boudreault, Pascale
Bournival, Marlène

Chainey, Marie-Luc
Chalifoux, Maude
Chassé, Carolyne
Comeau, Caroline
Comtois-Laurin, Emilie
Cotton, Marie-Eve
Cousineau, Marie-Helene
Cuillerier, Amélie
Da Rosa, Julia Braga
Davidson, Lindy
Derghazarian, Tamar
Deschesnes, Mélanie
Desrosiers, Julie
Dion, Caroline
Dion, Marie-Michèle
Frenette, Joana
Gagné, Virginie
Gagnon-Vivier, Laurence
Gentilcore-Saulnier, Evelyne
Gervais-Cadrin, Geneviève
Ginchereau, Audrey-Maude
Girard, Fanny
Gosselin, Caroline
Grenier, Lauryane
Hasler, Erika
Irimia, Florin
Labelle, Jolène
Lachapelle, Caroline
Lalonde, Liette
Lamarche, Virginie

Lamarre, Julie
Langerud, Kyla
Lapointe, Evelyne
Lazzerini, Liliana
Legault, Jacinthe
Legoupil, Patrick
Lemaire, Murielle
Lemay, Jacinthe
Lepage, Mélany
Letarte, Jessy
Martel, Colette
Massicotte, Josée
Messier, Karine
Miller, Chantal
Moquin Rochefort, Katéri
Painchaud, Véronique
Panneton, Lysanne
Pearson, Sandra
Pilon, Karine
Poirier, Véronique
Prince, Yamo
Pruneau, Sylvie
Robinson, Megan
Roy, Frédéric
Roy, Johanne
Tardif, Stephanie
Tremblay, Anik
Vachon, Marie-Eve
Vin, Anilou
Zioud, Mounia

Adhérez...à ce qui fonctionne.



Nouveau!

Aiguille d'acupuncture Energy



HawkGrips

Afin d'obtenir un prix et une présentation contactez votre représentant Patterson Medical

Meilleure prise
Protège vos mains
Augmentation des références médicales
Publicité personnalisée sans frais
Annonce gratuite sur notre site internet
Options pour tous les budgets
Sans frais ni contrat promotionnel



Exclusif!

www.HawkGrips.com

Rolyan

Smart Handle

PATTERSON MEDICAL

Exclusif!

Obtenez une mesure objective en temps réel de la force exercée ainsi que du nombre de répétitions complétées



Afin d'obtenir plus d'information, veuillez contacter Patterson Medical au:

1-800-665-9200 ou www.pattersonmedical.ca



Faites partie de la Communauté des conducteurs vigilants de La Personnelle, grâce à Ajusto.

La Personnelle s'engage à rendre les routes plus sûres en offrant **Ajusto**^{MC}. Ce programme d'assurance basé sur l'usage vous permet de suivre en tout temps vos habitudes de conduite sur votre téléphone intelligent et de les améliorer.

DEMANDEZ UNE SOUMISSION ET SUIVEZ CES 3 ÉTAPES SIMPLES

ÉTAPE

1



**Téléchargez
l'application**



ÉTAPE

2

**Conduisez
prudemment**



ÉTAPE

3

**Économisez
jusqu'à 25 %**



Demandez une soumission et
découvrez pourquoi plusieurs ordres
professionnels et leurs membres
choisissent La Personnelle.

lapersonnelle.com/ajusto
1 855 801-8830



laPersonnelle

Assureur de groupe auto et habitation



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

Ajusto est souscrit auprès de La Personnelle qui désigne La Personnelle, assurances générales inc., au Québec. ^{MC} Ajusto est une marque de commerce de Desjardins Assurances générales inc., utilisée avec permission par La Personnelle, assurances générales inc. Les économies correspondent à un pourcentage accordé sur la majorité de la prime. Notez qu'elles seront automatiquement appliquées à celle-ci lors du renouvellement. Certaines conditions, exclusions et limitations s'appliquent. Apple et le logo Apple sont des marques déposées par Apple Inc., enregistrées aux États-Unis et dans d'autres régions. App Store est une marque d'Apple Inc. Google Play est une marque de commerce de Google inc.