

Physio Québec

VOL. 45 | N° 2
AUTOMNE-HIVER 2018

LA REVUE DE
L'ORDRE PROFESSIONNEL
DE LA PHYSIOTHÉRAPIE
DU QUÉBEC

Le point sur les titres et abréviations





L'assurance habitation de La Personnelle

Un avantage exclusif à votre groupe

Fiez-vous à **La Personnelle** pour protéger vos biens les plus précieux. En confiant votre assurance habitation à La Personnelle, obtenez des protections personnalisées et optionnelles.

Économisez en combinant vos assurances



&



avec nous,
en plus de profiter de
tarifs de groupe exclusifs!

**Obtenez une soumission
et économisez!**

1 888 476-8737

lapersonnelle.com/oppq



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

Tarifs de groupe. Service unique.

La revue *Physio-Québec* est destinée aux quelque 8 000 membres 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.

Coordination de la production

Marie-Claude Clermont
Conseillère en communication
mcclermont@oppq.qc.ca

Conception graphique et production

Uzin3 | communicateurs graphiques

Révision et correction d'épreuves

Hélène Morin

Dépôt légal

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

Convention de la Poste-Publications :
N° 40010610

Politique publicitaire

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



7151, rue Jean-Talon Est, bureau 700
Anjou (Québec) H1M 3N8

☎ 514 351-2770 ou sans frais 1 800 361-2001

📠 514 351-2658

✉ physio@oppq.qc.ca

🌐 oppq.qc.ca

Sommaire

Mot du président

04 2019 prend son envol

Mot de la directrice générale

06 Rappel sur les obligations des membres de l'OPPQ envers la secrétaire

Chronique déontologique

08 Le Bureau du syndic : l'abc de la démarche d'enquête

Chronique juridique

11 Le point sur les titres et abréviations

Développement et soutien professionnels

14 Le bilan résisté isométrique, le bilan musculaire manuel et l'évaluation des myotomes : des bilans similaires aux différences essentielles

Inspection professionnelle et courtage en connaissances

20 Guides de pratique clinique : comment s'y retrouver?

Chronique du clinicien

22 La version française du Mini BESTest : une valeur ajoutée pour l'évaluation du contrôle postural

25 Les effets de la marche nordique chez la population institutionnalisée très âgée

Chronique du Fonds de recherche clinique

28 La stimulation transcrânienne pour potentialiser la réadaptation des personnes atteintes d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs : une étude randomisée à triple insu

32 Devrait-on remplacer la glace par la neurocryostimulation dans le traitement des entorses latérales aiguës de la cheville? Un essai clinique randomisé à simple insu

Chronique étudiante

36 Téléréadaptation : coûts et changements organisationnels

Événements

38 Congrès de physiothérapie Montréal18 : un événement riche en contenu et en rencontres

À l'honneur

40 Les distingués lauréats de 2018

42 Récipiendaires des bourses et subventions du Fonds de recherche clinique

Portrait

46 Chantal Dumoulin reçoit le prix Carol-L.-Richards 2018

48 Coopération internationale et physiothérapie : survol d'une mission en Tanzanie

Communications

50 L'OPPQ fait rayonner la physiothérapie!

52 Le saviez-vous?

53 Nouveaux membres et avis de décès



2019 prend son envol

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

L'année 2019 promet d'être bien remplie! L'OPPQ suit l'évolution de plusieurs dossiers importants qui concernent les professionnels de la physiothérapie et il maintient son engagement afin qu'ils jouent un rôle de premier plan dans le système de santé québécois. Survol de quelques sujets d'intérêt.

ATTESTATION POUR UN PROCHE AIDANT

Le 12 juin 2018, la *Loi sur les normes du travail*¹ a été modifiée. Dorénavant, il est possible pour un physiothérapeute et un thérapeute en réadaptation physique de remplir un formulaire pour attester qu'une personne agit à titre de proche aidant. Ce formulaire peut être téléchargé en ligne : <http://www.csst.qc.ca/formulaires/Pages/7012.aspx>.

Cette attestation fait partie des exigences auxquelles doit satisfaire un salarié qui souhaite s'absenter du travail pour être présent auprès d'un proche dont l'état de santé est précaire. La seule responsabilité du professionnel est d'attester du statut de proche aidant. Les absences du travail seront gérées entre le salarié et son employeur. Ce n'est donc pas le professionnel qui autorise le salarié à s'absenter du travail.

Un proche aidant voit « au bien-être et à la qualité de vie d'une personne qui a besoin de notre soutien »². En plus du parent, un plus grand nombre de personnes de l'entourage peut agir à titre de proche aidant. Un salarié peut maintenant agir comme proche aidant pour toute personne, même en l'absence de lien parental.

Le professionnel de la physiothérapie doit pouvoir conclure, à partir des informations que lui donne la personne qui demande l'attestation, que celle-ci agit effectivement comme proche aidant en apportant du soutien à une personne qui le requiert en raison de son état de santé. Le professionnel n'a aucune évaluation à faire de la personne qui demande l'attestation ni de la personne qui bénéficie de son aide. L'OPPQ demande à ses membres de conserver une trace écrite des informations qu'a données le proche aidant pour obtenir l'attestation ainsi qu'une copie du formulaire de demande rempli. La durée de validité de l'attestation de proche aidant s'évalue en fonction des besoins de la personne qui bénéficie de l'aide du travailleur. À partir des informations fournies par le proche aidant qui demande l'attestation, le professionnel indique jusqu'à quand celui-ci est susceptible d'agir comme proche aidant.

Enfin, il n'y a pas d'interdiction de facturer des frais pour l'émission d'une attestation de proche aidant.

Pour plus d'information sur les nouvelles dispositions de la *Loi sur les normes du travail* concernant l'attestation de proche aidant, consultez ce lien : <https://oppq.qc.ca/membres/actualites-et-dossiers/pht-t-r-p-autorises-a-signer-lattestation-de-proche-aidant-12-juin-2018/>

L'ENCADREMENT DE L'OSTÉOPATHIE

Les travaux en vue d'encadrer l'exercice de l'ostéopathie se sont intensifiés depuis le printemps dernier. Plusieurs rencontres, tantôt à Québec, tantôt à Montréal, ont été tenues dans les bureaux de l'Office des professions. L'Ordre y a participé activement et l'Office des professions veut présenter un projet au gouvernement bientôt. Nous vous tiendrons au courant des développements à ce propos.

PRESCRIPTION DE RADIOGRAPHIES PAR LES PHYSIOTHÉRAPEUTES

Le projet de *Règlement modifiant le Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par les membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec*, qui permettra aux physiothérapeutes de prescrire des radiographies dans les cas aigus et traumatiques, est à l'Office des professions depuis le mois d'octobre 2017. Le dossier progresse lentement et l'Ordre suit de près l'évolution de ce dossier important. Une attestation sera requise pour cette activité. Deux universités et l'Association québécoise de la physiothérapie (AQP) sont à pied d'œuvre pour développer une formation menant à l'obtention de l'attestation. Il sera plus facile de s'avancer davantage sur ces formations qualifiantes lorsque le projet de règlement sera accepté par le gouvernement.

De plus, il est important de signaler que l'attestation pour prescrire des radiographies sera offerte aux physiothérapeutes, quel que soit leur milieu de pratique (public ou privé).

Je termine ce mot du président en vous souhaitant le meilleur pour l'année 2019. Puissiez-vous, par votre travail de tous les instants, permettre à la population québécoise de retrouver la santé par un rétablissement optimal du rendement fonctionnel. C'est le bonheur que je vous souhaite. ●

Le président,

¹ *Loi sur les normes du travail*, RLRQ, c. N-1.1, art. 79.7, 79.8 et 79.8.1. Pour consultation en ligne : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/N-1.1>

² Ducharme, F. *Aider un proche au quotidien : trucs et astuces pour les aidants*, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 2011, 28 pages.

The new year is off to a great start!

The coming year promises to be an interesting one! OPPQ is tracking a number of important issues that concern physiotherapy professionals and is committed to ensuring that its members play a leading role in the Quebec healthcare system. Here is an overview of several topics of interest.

CAREGIVER ATTESTATIONS

Thanks to an amendment to the *Act Respecting Labour Standards*¹ adopted on June 12, 2018, physiotherapists and physical rehabilitation therapists can now complete a form attesting that an employee is acting as a caregiver. The form can be downloaded at <http://www.csst.qc.ca/formulaires/Pages/7012.aspx>.

This attestation is one of the requirements employees must meet when applying for leave to care for a relative who needs assistance because of a health problem. The physiotherapy professional's only responsibility is to attest to the person's status as a caregiver. Employee work absences are managed by their supervisors. Physiotherapy professionals cannot authorize employee leave.

Caregivers ensure the wellbeing and quality of life of those who need support.² In fact, many people besides a relative can act as a caregiver. Employees with no family ties to the person who they assist can be considered caregivers.

Based on the information they receive from the person requesting the attestation, physiotherapy professionals assess whether the person is acting as a caregiver, in other words whether they are providing support to someone who needs it for health reasons. The physiotherapy professional does not have to evaluate the person applying for the attestation or the person receiving assistance. OPPQ asks its members to keep a written record of the information caregivers provide to obtain the attestation as well as a copy of the completed application form. The attestation's validity period is evaluated based on the needs of the person the employee is assisting. Based on the information the caregiver provides, the physiotherapy professional indicates how long the caregiver is likely to be needed.

Physiotherapy professionals may bill the caregiver for issuing the attestation if they wish.

For more information on the new provisions of the *Act Respecting Labour Standards* concerning caregiver attestations, go to <https://oppq.qc.ca/membres/actualites-et-dossiers/pht-t-r-p-autorises-a-signer-lattestation-de-proche-aidant-12-juin-2018/>

REGULATING OSTEOPATHY

Work to regulate the practice of osteopathy has intensified since last spring. A number of meetings in Quebec City and Montreal were held at Office des professions. OPPQ participated actively and Office des professions wishes to submit a draft to the government soon. We will keep you posted on developments in this area.

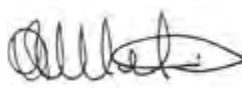
X-RAY PRESCRIPTIONS BY PHYSIOTHERAPISTS

The draft regulation *Règlement modifiant le Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par les membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec*, which will enable physiotherapists to prescribe x-rays in acute trauma cases, has been on the desk of Office des professions since October 2017. Work is going slowly and OPPQ is keeping a close eye on this important issue. Certification will be required for this activity. Two universities and Association québécoise de la physiothérapie (AQP) are in the process of developing the necessary training for certification. This work will go faster once the government has approved the draft regulation.

It is also important to note that physiotherapists working in both the private and public sector will be able to apply for certification.

I would like to end by wishing you the very best for 2019. The work you do helping Quebecers regain their health through improved functional performance is of utmost importance. ●

President,



¹ *Act Respecting Labour Standards*, CQLR, c. N-1.1, s. 79.7, 79.8, and 79.8.1. Online: <http://legisquebec.gouv.qc.ca/en/showdoc/cs/N-1.1>

² Ducharme, F. *Aider un proche au quotidien : trucs et astuces pour les aidants*, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, 2011, 28 pages.

SUIVEZ LE PRÉSIDENT DE L'ORDRE SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX



Facebook.com/
oppqpresident



@OPPQPRESIDENT



Sous le nom
Denis Pelletier



Marie-France Salvas, avocate

Directrice générale
et secrétaire de l'OPPQ

Rappel sur les obligations des membres de l'OPPQ envers la secrétaire

À l'occasion de ma nomination récente à titre de directrice générale et secrétaire de l'OPPQ, j'aimerais profiter de mon entrée en fonction pour vous affirmer mon véritable engagement à assurer la gestion de l'organisation en collaboration avec la présidence, le conseil d'administration et l'ensemble des directions de l'OPPQ. Je suis honorée de poursuivre la mission de l'Ordre, de déployer sa vision et ses valeurs dans mon nouveau mandat. C'est avec ce souci de protection du public que je souhaite vous rappeler les obligations envers la secrétaire qui vous incombent en tant que membre.

Le *Code des professions* et les règlements de l'Ordre, que vous pouvez consulter sur notre site Web¹, prévoient en effet différentes obligations pour les membres. Il s'agit essentiellement de renseignements que vous devez faire connaître au secrétaire.

Je vous propose donc de définir tout d'abord le rôle de secrétaire d'un ordre professionnel et de passer par la suite en revue les obligations les plus importantes qu'ont les membres envers cette personne.

QUE FAIT LE SECRÉTAIRE D'UN ORDRE ?

Les principales fonctions du secrétaire de l'OPPQ prévues au *Code des professions* et dans la réglementation sont les suivantes :

- Le secrétaire est responsable du Tableau des membres de l'Ordre. C'est à lui qu'il revient de le maintenir à jour, par exemple, en y inscrivant les nouveaux membres, en en retirant les membres qui cessent d'exercer la profession, en en radiant les membres qui n'ont pas payé leur cotisation annuelle ou qui font l'objet d'une décision disciplinaire à cet effet, etc. ;
- Le secrétaire assiste aux séances du conseil d'administration et du comité exécutif et assure le suivi des décisions prises ;
- Le secrétaire convoque les assemblées générales de l'Ordre. À cette fin, il assure la préparation nécessaire à la tenue de chaque assemblée, dont l'envoi d'un avis à tous les membres et la consultation des membres au sujet du montant de la cotisation annuelle ;

- Le secrétaire est responsable du processus d'élection des administrateurs de l'Ordre. Il doit notamment vérifier la conformité des candidatures soumises, rendre accessibles aux membres les documents de présentation des candidats, mettre en place les moyens nécessaires pour permettre à chaque membre d'exercer son droit de vote, procéder au dépouillement du scrutin, etc. ;
- Le secrétaire assure aussi le suivi des demandes de révision des décisions prises par les divers comités de l'Ordre ;
- Le secrétaire est responsable des demandes d'accès à l'information formulées par les membres ou le public.

VOS OBLIGATIONS ENVERS LE SECRÉTAIRE

Pour votre part, vous avez comme obligation envers le secrétaire de l'OPPQ de lui faire connaître certains renseignements portant sur votre pratique professionnelle. Voici donc les principaux renseignements que vous devez lui fournir.

1 Vos coordonnées professionnelles

Vous devez faire connaître au secrétaire le lieu où vous exercez principalement votre profession dans les 30 jours où vous commencez à exercer votre profession à cet endroit. Vous devez aussi faire connaître au secrétaire les autres lieux où vous exercez votre profession. Vos coordonnées professionnelles doivent être mises à jour en cas de changement.

Également, vous devez faire connaître une adresse électronique au secrétaire. Cette obligation vaut en tout temps.

1 En ligne : <https://oppq.qc.ca/membres/politiques-et-reglements/>



2 Une décision judiciaire ou disciplinaire rendue contre vous

Le membre qui fait l'objet d'une décision rendue contre lui par un tribunal – ou par un conseil de discipline d'une autre province ou d'un autre ordre – pour une infraction dans l'exercice de sa profession doit en aviser le secrétaire dans les 10 jours où il est informé de cette décision.

Le membre doit aussi aviser le secrétaire, dans le même délai, s'il fait l'objet d'une poursuite pour une infraction punissable de cinq ans d'emprisonnement ou plus.

3 Vos déclarations relatives à l'exercice en société

Comme l'OPPQ l'a rappelé à ses membres à plusieurs reprises dans les derniers mois, les membres qui sont actionnaires ou associés d'une clinique, et qui y exercent leurs activités professionnelles, doivent le déclarer à l'Ordre et se conformer au *Règlement sur l'exercice de la physiothérapie en société*. Lors de la constitution de la société, ils doivent notamment transmettre au secrétaire une déclaration initiale. Par la suite, une déclaration annuelle doit être transmise avant le 31 mars de chaque année. De plus, si un changement survient et fait en sorte que la dernière déclaration doit être mise à jour, une déclaration modificative doit être transmise sans délai.

Vous trouverez les informations nécessaires pour vous aider à remplir les exigences de ce règlement au lien suivant : <https://oppq.qc.ca/membres/politiques-et-reglements/exercice-en-societe/>.

4 Toute réclamation formulée contre vous auprès de l'assureur en responsabilité professionnelle et toute déclaration de sinistre

Cette situation s'applique notamment si quelqu'un vous reproche d'avoir commis une faute professionnelle. Par exemple, cela pourrait survenir si vous blessez un client dans le cadre d'un traitement.

Il se peut que la personne qui vous reproche la faute dépose une réclamation en responsabilité professionnelle sous la forme d'une mise en demeure ou d'une poursuite en responsabilité professionnelle à votre endroit.

« Toutes les situations présentées ici peuvent toucher la protection du public et la prestation des services de physiothérapie par les membres. L'Ordre, par l'entremise de son secrétaire, doit être mis au courant de ces situations afin de pouvoir accomplir sa mission. »

Vous devrez alors déclarer le montant réclamé ainsi que la nature des faits qui vous sont reprochés au secrétaire de l'OPPQ. Cette déclaration doit être faite dans les 30 jours de la prise de connaissance de cette réclamation ou de la déclaration de sinistre au moyen d'un avis écrit. Vous trouverez un formulaire de déclaration au lien suivant : <https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/Formulaire-divulgaration-reclamations-declarations-sinistre.pdf>.

5 Votre cessation d'exercice de la profession

Lorsque vous cessez d'exercer votre profession de physiothérapeute ou de thérapeute en réadaptation, de façon temporaire ou définitive, vous devez le déclarer au secrétaire de l'Ordre dans les 30 jours de la date à laquelle vous prévoyez de cesser d'exercer.

De plus, vous devez céder vos dossiers patients à un autre membre de l'OPPQ. Pour ce faire, vous devez conclure une convention de cession avec ce membre, qui deviendra cessionnaire de vos dossiers. Une copie de cette convention de cession doit être acheminée au secrétaire de l'Ordre.

Si toutefois vous ne trouvez aucun cessionnaire, vous avez la possibilité de conserver la garde de vos dossiers.

Les règles concernant la cessation d'exercice et la cession de dossiers se trouvent à l'article V du *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice, les équipements et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec*, que vous pouvez consulter au lien suivant : <https://oppq.qc.ca/membres/politiques-et-reglements/#reglements-oppq>.

En conclusion, lorsque surviennent des événements qui peuvent influencer sur votre pratique, il convient de vous demander s'il existe une obligation d'en informer le secrétaire de l'Ordre. Toutes les situations présentées ici peuvent toucher la protection du public et la prestation des services de physiothérapie par les membres. L'Ordre, par l'entremise de son secrétaire, doit être mis au courant de ces situations afin de pouvoir accomplir sa mission. ●

Le Bureau du syndic : l'abc de la démarche d'enquête



Par
Régis Paillé, T.R.P.
Syndic adjoint

La mission première d'un ordre professionnel est d'assurer la protection du public¹. À cette fin, certains mécanismes ont été prévus dans le *Code des professions* afin de contrôler l'exercice de la profession. Nommons, entre autres, le comité d'inspection professionnelle qui a pour objet la surveillance de l'exercice² de la profession chez les membres et le Bureau du syndic (ci-après « le syndic ») qui a un pouvoir d'enquête à l'égard d'un professionnel qui aurait commis une infraction à la réglementation qui encadre sa pratique³. Notre sujet porte principalement sur le processus d'enquête du syndic : à quoi doit s'attendre le professionnel de la physiothérapie ?

UNE DEMANDE D'ENQUÊTE : UN MOMENT STRESSANT POUR LE MEMBRE

Même si cela ne s'adresse qu'à un très faible pourcentage des professionnels de la physiothérapie, être informé qu'une demande d'enquête a été faite au syndic n'en demeure pas moins un moment difficile pour le membre visé. Malgré les tentatives du syndic pour rassurer le professionnel, la situation demeure complexe dans plusieurs cas. Cela crée parfois des périodes d'anxiété et des difficultés à poursuivre la routine quotidienne, que ce soit au travail ou dans sa vie personnelle. Le syndic demeure à l'écoute des membres et tente d'atténuer leur insécurité.

Le Bureau du syndic reçoit en moyenne 75 demandes d'enquête par année. Celles-ci proviennent de différentes sources : clients, organismes publics, firmes privées, professionnels de la physiothérapie⁴, comité d'inspection professionnelle, compagnies d'assurances, etc.

Il est à noter que dès que vous êtes informé qu'une enquête vous concerne, vous ne pouvez en aucun temps entrer en communication avec le demandeur d'enquête, sauf si le syndic vous y autorise⁵.

L'ENQUÊTE : UNE PROCÉDURE RIGOREUSE

Toute démarche d'enquête a ses particularités et est menée avec rigueur. Chaque situation exige une analyse sérieuse des faits et doit être contextualisée en considérant notamment les personnes impliquées dans le dossier et les normes généralement reconnues par la science et la pratique de la physiothérapie⁶. La durée de l'enquête varie d'un cas à l'autre en fonction de la nature des allégations et de la complexité du dossier d'enquête. Certains délais qui ne dépendent pas du syndic peuvent parfois être longs : les nombreuses rencontres, la demande de certains documents qui sont parfois difficiles à obtenir, les multiples imprévus, certaines recherches à faire selon la nature des informations transmises, la consultation auprès de personnes-ressources, etc.

Au cours de la démarche d'enquête, le syndic communique généralement avec le membre afin d'obtenir sa version des faits et lui donner la possibilité d'expliquer la situation. Il discute également avec le demandeur d'enquête et le tient informé de l'évolution de sa demande tout au long du processus⁷.

1 *Code des professions*, art. 23

2 *Code des professions*, art. 112

3 *Code des professions*, art. 122

4 *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique*, art. 42.

5 *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique*, art. 46.

6 *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique*, art. 6.

7 *Code des professions*, art. 123.1



« La durée de l'enquête varie d'un cas à l'autre en fonction de la nature des allégations et de la complexité du dossier. »

LA CONFIDENTIALITÉ : UN ÉLÉMENT ESSENTIEL

Dès la réception d'une information concernant un professionnel de la physiothérapie, la démarche d'enquête demeure hautement confidentielle. L'obligation de confidentialité a pour but de protéger la réputation du professionnel concerné et de ne pas lui causer préjudice. Il ne faut pas oublier qu'une enquête peut avoir de grandes répercussions sur la carrière d'un membre. Advenant le cas où une personne s'informe au syndicat de l'existence d'une demande d'enquête à propos d'un membre, le syndicat ne peut répondre. Cette obligation persiste dès le début de l'enquête jusqu'à sa fermeture, et même après. Cependant, si une plainte est déposée, l'objet de la plainte, soit les infractions reprochées, devient public⁸.

Toutefois, dans le cadre de l'enquête, malgré les demandes du syndicat de respecter la confidentialité des échanges, il peut arriver que certaines personnes puissent par inadvertance divulguer certaines informations. Les professionnels doivent respecter la confidentialité inscrite dans leurs obligations professionnelles et les non-membres doivent respecter le droit à la vie privée.

LA COLLABORATION : UNE OBLIGATION À LAQUELLE LE MEMBRE NE PEUT SE SOUSTRAIRE

Tout professionnel de la physiothérapie a l'obligation de collaborer à l'enquête du syndicat, qu'il soit ou non la personne visée par celle-ci. Toute demande faite à un membre par le syndicat dans le cadre d'une enquête doit recevoir une réponse de celui-ci. Il est prévu dans la réglementation que le professionnel ne puisse tromper un syndicat par des réticences ou de fausses déclarations, ou refuser de fournir un document ou des informations. Mentir ou faire obstacle à l'enquête peut être considéré comme faire entrave au travail du syndicat⁹ et peut entraîner de lourdes conséquences.

Ajoutons que le syndicat peut tout au long de l'enquête, s'il le croit nécessaire, faire un signalement au comité d'inspection professionnelle (CIP) s'il décèle un problème de compétence chez le membre¹⁰.

LA FIN DE L'ENQUÊTE : QU'EN EST-IL ?

A La fermeture de l'enquête

Une fois tous les faits connus, le syndicat analyse les éléments recueillis et juge si le membre a enfreint la réglementation en vigueur. Dans le cas où il n'y a pas de manquement, le syndicat ferme le dossier d'enquête. Le membre ainsi que le demandeur recevront une lettre qui les en informe. Le syndicat peut également transmettre au membre les recommandations qu'il considère comme nécessaires pour améliorer sa pratique professionnelle.

Lors de la fermeture de l'enquête, le demandeur d'enquête insatisfait de cette décision dispose d'une période de 30 jours pour demander l'avis du comité de révision¹¹ qui devra à son tour statuer sur la question en :

- 1 concluant qu'il n'y a effectivement pas lieu de déposer une plainte devant le conseil de discipline ;
- 2 suggérant au syndicat de faire un complément d'enquête et de rendre une nouvelle décision quant à l'opportunité de déposer une plainte ;
- 3 suggérant la nomination d'un syndicat *ad hoc* qui, après avoir fait sa propre enquête, pourra décider de porter plainte ou non.



8 Code des professions, art. 107.7

9 Code des professions, art. 114.

10 Code des professions, art. 122.1.

11 Code des professions, art. 123.5.

B La conciliation

Dans le cas où le syndic estime qu'il peut y avoir une entente entre les parties concernées, il peut consulter le demandeur d'enquête ainsi que le professionnel visé afin d'entreprendre un processus de conciliation. Ce mécanisme est une sorte de médiation entre les deux parties où le syndic joue un rôle de conciliateur. Pour entreprendre un tel processus, certaines conditions sont à considérer soit, entre autres, la gravité du manquement, l'historique du membre et la volonté des parties impliquées. Avant de proposer cette option, le syndic doit vérifier si le professionnel a déjà fait l'objet d'une déclaration de culpabilité concernant une infraction de même nature¹².

Si la démarche se conclut par un règlement complet, la demande d'enquête initiale est considérée comme ayant été retirée¹³.

¹² Code des professions, art. 123.6.

¹³ Code des professions, art. 123.7

C Le dépôt d'une plainte

Dans le cas où le syndic considère qu'il y a un manquement à la réglementation, il déposera une plainte devant le conseil de discipline. Le demandeur d'enquête recevra une lettre qui l'en avise. De son côté, le membre recevra une plainte disciplinaire par huissier précisant les infractions reprochées. Le professionnel pourra par la suite présenter sa défense et s'expliquer devant le conseil de discipline, qui jugera de sa culpabilité, ou non, ainsi que des sanctions appropriées. Le rôle du syndic à cette étape se limite à présenter les éléments de preuve qui l'ont amené à déposer une plainte et il revient au conseil de juger de la qualité de la preuve de chaque partie. En fait, le syndic propose des arguments au conseil de discipline qui dispose des faits et rend une décision envers le professionnel.

En terminant, rappelons que la raison d'être du syndic est avant tout la protection du public.

Pour plus d'information sur le processus d'enquête, nous vous invitons à consulter le site web de l'OPPQ à la page : <https://oppq.qc.ca/membres/syndic/>.

Atlas medic^{MD}

PARTENAIRE DE VOTRE RÉUSSITE !



FORMATIONS

Notre programme Médicvox présente plusieurs formations très utiles aux physiothérapeutes. Obtenez vos HFC!

Contrôle musculaire, région abdominale, Dynamic Tape, troubles de l'ATM, parkinson, traumatisme craniocérébral, fascias, neurologie, etc.



SERVICES-CONSEILS

On vous accompagne dans le développement de votre projet d'entreprise. Plan d'affaires, agrandissement, réaménagement, financement crédit-bail, etc.



FOURNITURES ET ÉQUIPEMENTS SPÉCIALISÉS

Nous proposons une vaste gamme de produits et nous sommes distributeur exclusif canadien pour plusieurs lignes d'équipements spécialisés. Dynamomètres, ultrasons, cryothérapie, électrothérapie, etc.



LA TABLE DE TRAITEMENT QU'IL VOUS FAUT!

 SIGNATURE3S

CONCEPTION UNIQUE ET ABORDABLE !

Conçue par nous, pour vous et pour un investissement durable !



ENTIÈREMENT
ERGONOMIQUE



CONFORT
EXCEPTIONNEL



STABILITÉ
OPTIMALE



DURABILITÉ
SUPÉRIEURE



MEILLEUR RAPPORT
QUALITÉ/PRIX

Atlas medic^{MD}

1 866 404-4497

f  



MAGASINEZ EN LIGNE!
atlasmedic.com/boutique

Le point sur les titres et abréviations



Par
**Daphné Thériault
De Carufel,**
avocate
Secrétaire du conseil
de discipline



L'OPPQ reçoit régulièrement des questions de ses membres ayant complété des formations continues sur la façon dont ils peuvent publiciser ces formations sur leurs cartes professionnelles, sur Internet, sur les factures qu'ils émettent, etc. En effet, de plus en plus d'organismes délivrent des certifications de toutes sortes et incitent les personnes qui les ont obtenues à faire suivre leur nom d'un titre, d'une abréviation ou d'initiales pour les faire valoir. Afin de clarifier ce que les membres peuvent faire et ne peuvent pas faire dans leur publicité et dans la façon dont ils se présentent au public de manière générale, nous vous proposons un bref tour d'horizon de la législation applicable.

LES TITRES DE NIVEAU UNIVERSITAIRE

Plusieurs membres qui ont complété une maîtrise ou un doctorat se demandent s'ils sont en droit de se dire maître ou docteur. Ces titres peuvent être utilisés, **avant** leur nom, par des avocats et des notaires pour le premier et des médecins, dentistes et médecins vétérinaires pour le second. Ils peuvent aussi être utilisés par d'autres professionnels ayant obtenu un diplôme universitaire de deuxième cycle, mais à certaines conditions¹.

Dans le cas des membres de l'OPPQ qui sont titulaires d'une maîtrise ou d'un doctorat, il n'y a **qu'une seule façon** d'utiliser le titre de « maître » ou de « docteur », soit en l'inscrivant **après** leur nom et en faisant suivre ce titre de la discipline dans laquelle ils détiennent le diplôme en question. Par exemple :

Monsieur X, docteur en [...]
Madame Y, maître en [...]

Ainsi, le titre ne doit pas apparaître avant le nom du membre, et ce, même si le membre est détenteur d'un diplôme obtenu à l'étranger qui lui donnerait le droit de faire précéder son nom du titre « maître » ou « docteur » à l'extérieur du Québec.

¹ Code des professions, RLRQ, c. C-26, art. 58.1.



LES TITRES DÉLIVRÉS PAR DES ORGANISMES PRIVÉS

Il est nécessaire de faire preuve de jugement pour utiliser les titres, abréviations ou initiales associés à de la formation en physiothérapie offerte par des organismes privés.

Il est alors de mise de se demander si la formation complétée a, au moins, une certaine reconnaissance dans le milieu professionnel, mais aussi dans le public, de manière à ce que les clients puissent juger si les connaissances et compétences acquises sont pertinentes aux fins des soins qu'ils recherchent. Nous pouvons penser à l'acronyme « FCAMPT » qui, bien qu'il soit très connu dans le milieu de la physiothérapie, est peu connu du public. Malgré cela, un client potentiel peut facilement trouver la signification de cet acronyme et apprendre qu'il désigne une formation avancée en thérapie manuelle.

L'OPPQ souhaite par ailleurs informer ses membres que la Colombie-Britannique a récemment interdit à des organismes privés, qui n'ont donc pas le statut d'université, d'offrir ou de faire la publicité de formations conduisant aux diplômes « *Doctorate of Physical Therapy* » et « *post-professional Doctorate of Physical Therapy* »².

Par conséquent, il est important de garder en tête que seul un établissement reconnu à titre d'établissement universitaire par une autorité compétente peut délivrer un titre de niveau universitaire.

LE TITRE DE SPÉCIALISTE

Afin qu'un professionnel puisse se dire spécialiste dans un domaine, il est nécessaire que son ordre ait adopté un règlement prévoyant des classes de spécialité et les certificats qui doivent être obtenus³. C'est le cas par exemple du Collège des médecins du Québec dont le *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du permis et des certificats de spécialiste* prévoit 60 classes de spécialité.

L'OPPQ n'a à ce jour adopté aucun règlement créant des classes de spécialité en physiothérapie. Ainsi, bien que plusieurs de nos membres exercent dans des domaines spécifiques dans lesquels ils ont acquis des connaissances très pointues, ils ne peuvent en aucun cas se dire spécialistes et laisser croire qu'ils sont spécialistes.

Il serait cependant acceptable qu'un membre puisse faire valoir une expertise acquise dans un secteur particulier. Par exemple, « Madame X, physiothérapeute, expertise en rééducation périmérale et pelvienne ».

L'USURPATION DE TITRE

Le *Code des professions* protège plusieurs titres professionnels et ne permet l'usage de chacun de ces titres qu'aux membres de l'ordre professionnel responsable de délivrer les permis donnant accès à ce titre. Il est donc interdit aux personnes qui ne sont pas membres en règle de l'ordre professionnel concerné d'utiliser les titres protégés par le *Code des professions*.

Les membres de l'OPPQ doivent eux aussi éviter d'utiliser des titres qui sont réservés à d'autres professionnels et éviter de laisser croire qu'ils sont autorisés à utiliser ces titres ou à exercer les activités professionnelles réservées à d'autres professionnels. Par exemple, les membres de l'OPPQ qui détiennent une attestation de formation pour l'utilisation des aiguilles sous le derme doivent éviter d'utiliser le titre « acupuncteur », car seuls les membres de l'Ordre des acupuncteurs du Québec peuvent l'utiliser.

Actuellement, l'OPPQ délivre deux types de permis : un permis de physiothérapeute et un permis de thérapeute en réadaptation physique. L'OPPQ demande aux membres de s'identifier conformément au permis détenu.

RAPPELONS QUE POUR LES MEMBRES DE L'OPPQ, LES TITRES, ABRÉVIATIONS ET INITIALES QUI LEUR SONT RÉSERVÉS, SELON LEUR CATÉGORIE DE PERMIS, SONT LES SUIVANTS⁴ :

- physiothérapeute ;
- *Physical Therapist* ;
- thérapeute en réadaptation physique ;
- thérapeute en physiothérapie ;
- technicien en réadaptation physique ;
- technicienne en réadaptation physique ;
- technicien en physiothérapie ;
- technicienne en physiothérapie ;
- pht ;
- P.T. ;
- T.R.P.

² Nous vous référons à ce sujet à la page suivante : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/education-training/post-secondary-education/institution-resources-administration/degree-authorization/application-status> (consultée le 22 octobre 2018).

³ *Code des professions*, préc. note 1, art. 58.

⁴ *Id.*, art. 37.

De plus, il est interdit aux non-membres d'utiliser un titre, une abréviation ou des initiales qui pourraient laisser croire au public qu'ils sont membres de l'OPPQ.

Enfin, toute personne qui contrevient aux règles prévues par le *Code des professions* en matière de protection des titres réservés s'expose à une poursuite pénale et est passible d'une amende variant de 2 500 \$ à 62 500 \$ par infraction. Dans le cas d'une entreprise, l'amende peut aller jusqu'à 125 000 \$ par infraction⁵.

L'OPPQ met à la disposition de ses membres et du public un formulaire de signalement d'usurpation de titre et d'exercice illégal de la physiothérapie au lien suivant :

<https://oppq.qc.ca/protection-du-public/exercice-illegal/formulaire-signaler-pratique-illegale/>.

LES RÈGLES DÉONTOLOGIQUES EN MATIÈRE D'UTILISATION DE TITRES DANS LA PUBLICITÉ

Le *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique* prévoit des règles auxquelles les membres doivent porter une attention particulière lorsqu'ils mentionnent leurs titres dans une publicité.

L'article 76 du Code prévoit l'obligation générale suivante en matière de publicité :

76. Le membre doit éviter, par quelque moyen que ce soit, de faire une représentation fausse, trompeuse ou incomplète quant à son niveau de compétence ou quant à l'étendue ou à l'efficacité de ses services, de ceux d'une autre personne qui exerce sa profession au sein de sa société ou de ceux généralement assurés par les membres de sa profession.

Les titres, abréviations et initiales utilisés doivent donc refléter la réalité : le membre ne doit pas induire en erreur le public quant aux compétences qu'il détient. Un titre, une abréviation ou des initiales inscrits sur une publicité et associés à un professionnel ne devraient pas nécessiter d'explication ou de nuances.

De plus, lorsque le membre utilise, dans sa publicité, un titre qui lui est réservé en fonction de sa catégorie de permis, il doit s'assurer que cette publicité concerne le champ de la physiothérapie⁶. Le membre ne doit donc utiliser ses titres qu'à des fins professionnelles et qui touchent à la physiothérapie.

En somme, des règles précises ont été mises en place pour baliser l'utilisation des titres, abréviations et initiales. Il revient à chaque membre de faire ses vérifications afin d'éviter d'induire le public en erreur et pour que sa publicité soit intègre. ●

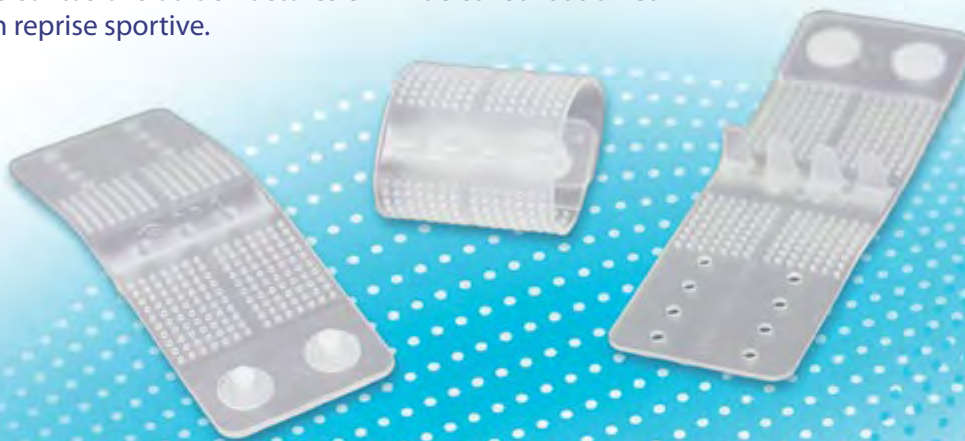
5 *Id.*, art. 188.

6 *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique*, RLRQ, c. C-26, r. 197, art. 80.

strap4u[®]
(strap for you)

ENTORSES • LUXATIONS • FRACTURES LE STRAP INNOVANT POUR LES DOIGTS

Dispositif médical destiné à soulager et immobiliser les blessures aux doigts, qu'il s'agisse d'entorses, de luxations, de contusions ou de fractures en fin de consolidation et en reprise sportive.



www.strap4u.com

Le bilan résisté isométrique, le bilan musculaire manuel et l'évaluation des myotomes : des bilans similaires aux différences essentielles



Par

Mélanie Benoit,

T.R.P., B. Sc.

Chargée de
projets à l'OPPO

La Direction du développement et du soutien professionnels (DDSP) occupe à l'Ordre une position unique qui lui permet d'être au fait des enjeux et des difficultés que vivent les professionnels de la physiothérapie dans leur pratique. Dans cet ordre d'idées, il a été porté à notre attention que plusieurs membres rencontraient des difficultés quand il est question de différencier le bilan résisté isométrique du bilan musculaire manuel et de l'évaluation des myotomes. Pourtant, chacun de ces tests apporte des informations différentes et permet d'orienter l'impression clinique. Cet article a comme objectif de faire un bref retour sur ces trois bilans afin qu'ils soient utilisés judicieusement dans votre pratique.

LE BILAN RÉSISTÉ ISOMÉTRIQUE (RISOM)

Le RISOM ou *Resisted Isometric Testing* permet principalement de déterminer si un tissu contractile est lésé et responsable de la douleur. Le test permet aussi de noter la présence d'irritabilité d'un tissu contractile et de qualifier, de façon préliminaire, la contraction musculaire.

Lors de ce bilan, l'articulation à évaluer est en position neutre ou en position de repos. Il est donc possible de procéder au bilan résisté isométrique même si l'amplitude articulaire n'est pas complète, par exemple, dans le cas d'une capsulite. Une contraction sous-maximale et graduelle est alors demandée au client, sans toutefois qu'un mouvement se produise.

Au dossier, le professionnel devrait indiquer la présence ou non de douleur ainsi que qualifier la contraction musculaire (voir tableau 1).

Un RISOM positif indique donc que votre client pourrait présenter une atteinte d'une structure contractile. Toutefois, il est possible d'obtenir un RISOM positif lors d'une atteinte d'une structure non contractile, par exemple en présence d'une bursopathie sous-acromiale aiguë, étant donné l'irritabilité des structures environnantes.

Tableau 1

RÉSULTAT DU RISOM	INTERPRÉTATION ¹
Fort et sans douleur	Indique qu'il n'y a pas de lésion des tissus contractiles.
Fort avec douleur	Indique une lésion locale du muscle ou du tendon. Il pourrait s'agir d'une elongation musculaire mineure ou encore d'une tendinopathie.
Faible et sans douleur	Indique, entre autres, une rupture musculaire. Il pourrait également s'agir d'une atteinte tendineuse ou encore nerveuse.
Faible et avec douleur	Indique une lésion sévère autour de l'articulation. La faiblesse est souvent provoquée par un réflexe d'inhibition secondaire à la douleur.

¹ David J. Magee, *Orthopedic physical assessment*, 6^e édition, Elsevier, 2014, pages 38-41.



« Le bilan musculaire peut être fait de façon manuelle ou à l'aide d'un dynamomètre. Ce dernier permet d'obtenir des données plus objectives et standardisées qui permettront d'apprécier l'évolution dans le temps, en plus d'augmenter la validité interévaluateur. »

LE BILAN MUSCULAIRE MANUEL

Lorsque la condition du client le nécessite et le permet (absence de précautions ou de contre-indications), le bilan musculaire est réalisé bilatéralement afin de qualifier et de quantifier la force musculaire volontaire d'un groupe musculaire ou d'un muscle en particulier. Il permet également d'évaluer la progression de la force dans le temps et de déterminer un programme de réadaptation adapté au client.

Le professionnel de la physiothérapie, selon la position optimale pour tester le groupe musculaire ou un muscle précis, demandera au client de contrer graduellement une résistance maximale. Les données obtenues sont très utiles, mais demeurent toutefois relatives. En effet, elles sont subjectives et peuvent être limitées par :

- la discrimination bilatérale de l'évaluateur ;
- la force maximale de l'évaluateur ;
- la relativité des cotations.

Le bilan musculaire peut être fait de façon manuelle ou à l'aide d'un dynamomètre. Ce dernier permet d'obtenir des données plus objectives et standardisées qui permettront d'apprécier l'évolution dans le temps, en plus d'augmenter la validité interévaluateur. Peu importe la technique employée, il est important de réévaluer le client avec la même méthode.

Si le bilan musculaire manuel global permet d'obtenir une cote pour un groupe de muscles responsable d'un mouvement, par exemple la flexion de l'épaule, le bilan musculaire manuel analytique, quant à lui, permet d'isoler et de tester un muscle spécifique. Ainsi, en présence d'une faiblesse découverte lors du bilan global, il pourrait être indiqué de procéder à une évaluation analytique et de trouver le ou les muscles à l'origine de cette faiblesse. La position d'évaluation de chacun des muscles variera de façon à l'isoler des autres muscles. Il va sans dire que cette analyse de la force musculaire permet de prescrire des exercices pertinents et spécifiques à la condition des clients.

Le même système de cotation peut être utilisé pour le bilan musculaire manuel analytique et le bilan musculaire manuel global (voir tableau 2).

Tableau 2

EXEMPLE DE SYSTÈME DE COTATION DU BILAN MUSCULAIRE MANUEL SELON MAGEE²

0	Aucun signe de contraction
1	Trace de contraction palpable ou visible sans mouvement perceptible
2-	1/2 du mouvement, sans gravité
2	Mouvement complété dans toute l'amplitude disponible, sans gravité
2+	1/3 du mouvement, avec gravité
3-	2/3 du mouvement, avec gravité
3	Mouvement complété dans toute l'amplitude disponible, contre la gravité
3+	Mouvement complété dans toute l'amplitude disponible contre la gravité et avec opposition minimale
4	Mouvement complété dans toute l'amplitude disponible, contre la gravité et avec opposition moyenne
5	Mouvement complété dans toute l'amplitude disponible, contre la gravité et avec opposition maximale

L'ÉVALUATION DES MYOTOMES LORS DU BILAN NEUROLOGIQUE

En présence de signes et de symptômes amenant le professionnel de la physiothérapie à soupçonner la présence d'une atteinte neurologique (faiblesse, paresthésie, irradiation de douleur, etc.), le professionnel de la physiothérapie doit procéder à un bilan neurologique. L'évaluation des myotomes, au moyen d'un test de résistance manuelle des muscles clés associés à la racine nerveuse ciblée, permet de vérifier une possible atteinte de la conductibilité nerveuse. Le bilan implique soit de faire plusieurs répétitions de la contraction (de cinq à sept fois) du même myotome ou encore de demander au client de tenir la contraction pendant au moins cinq secondes³ et ce, bilatéralement. Dans le cas d'un test positif, le professionnel de la physiothérapie pourra observer une diminution graduelle de la force qui apparaît en cours de contraction⁴. Cette diminution de force est notamment une conséquence de la diminution de recrutement de fibres et qui permet de présumer de l'atteinte d'une racine nerveuse.

UN EXEMPLE POUR CLARIFIER LE TOUT

Prenons l'exemple d'une condition affectant l'ischiojambier. Lors de l'évaluation, le bilan résisté isométrique est positif avec présence de douleur ainsi que d'une faiblesse lors de la flexion résistée du genou. Selon le mécanisme de blessure et l'ensemble des signes et symptômes, il pourrait être pertinent de procéder au bilan neurologique. Par exemple, en présence de paresthésies, la racine S2 pourrait être à l'origine des symptômes du client. À l'aide de l'évaluation du myotome S2, soit en évaluant la faiblesse musculaire graduelle de la flexion du genou, il sera possible de préciser son impression clinique en regard d'une potentielle atteinte nerveuse.

Dans le cas d'une atteinte musculaire, le bilan musculaire manuel (ou avec le dynamomètre) sera pertinent afin de qualifier et de quantifier la force des fléchisseurs du genou. Le bilan musculaire analytique permettra de préciser s'il y a une atteinte plus précisément au niveau du biceps fémoral, du semi-membraneux ou du semi-tendineux, le cas échéant.

Les trois bilans présentés dans cet article sont parfois confondus étant donné les similitudes qu'ils partagent quant à leur application. Bien qu'ils soient complémentaires, ils ont des finalités différentes qu'il faut bien comprendre pour les utiliser et les interpréter judicieusement. ●

2 op. cit., page 39.

3 op. cit., page 26.

4 Afin d'objectiver vos données, il est possible de les quantifier avec une échelle de cotation utilisée dans le bilan musculaire manuel ou à l'aide du dynamomètre. Il est également possible de qualifier la contraction en notant si elle est faible ou forte ou si le test est positif ou négatif.

Résumé

BILAN RÉSISTÉ ISOMÉTRIQUE, BILAN MUSCULAIRE MANUEL ET ÉVALUATION DES MYOTOMES

	INDICATIONS	POSITIONNEMENT DU MEMBRE	PROCÉDURE	INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS
BILAN RÉSISTÉ ISOMÉTRIQUE	1 Permet de vérifier la capacité du muscle ou du groupe musculaire à se contracter. 2 Permet de différencier entre une atteinte des tissus contractiles ou non contractiles. 3 Permet de déterminer la force qualitative de la contraction.	Lors du bilan, le membre testé est placé en position de repos ou en position neutre.	La contraction demandée est sous-maximale et graduelle. Aucun mouvement ne doit se produire. Note : à faire avant le bilan musculaire manuel global (lorsque la contraction provoque de la douleur, le bilan musculaire ne devrait pas être fait).	• Permet de déterminer si la contraction est faible, moyenne ou forte. • Permet de noter la présence de douleur et indique le site de la douleur. • Permet de constater l'irritabilité d'un tissu. • Ne permet pas de quantifier la force musculaire.
BILAN MUSCULAIRE MANUEL GLOBAL	Permet de quantifier la force d'un groupe musculaire.	Lors de ce bilan, le membre à évaluer est positionné dans le sens de la contraction, en fin de course ou lorsque le muscle est le plus sollicité.	La contraction demandée est progressive jusqu'à « casser » le mouvement. La force appliquée sera graduelle jusqu'à la capacité maximale du client.	• Permet de quantifier, selon un système de cotation, la force d'un groupe de muscles ayant pour action un même mouvement.
BILAN MUSCULAIRE MANUEL ANALYTIQUE	Permet d'isoler un muscle parmi un groupe musculaire et de quantifier sa force.	Lors de ce bilan, le membre à évaluer est positionné dans le sens de la contraction, en fin de course ou lorsque le muscle est le plus sollicité. Le mouvement demandé sera la combinaison de tous les mouvements du muscle.	La contraction demandée est progressive jusqu'à « casser » le mouvement. La force appliquée sera graduelle jusqu'à la capacité maximale du client.	• Permet de quantifier, selon un système de cotation, la force d'un muscle spécifique.
ÉVALUATION DES MYOTOMES	Permet d'identifier si une racine nerveuse est atteinte.	Lors de l'évaluation, le membre testé sera placé dans une position confortable pour le client.	La contraction demandée est sous-maximale et maintenue durant une période de 5 secondes ou plus. Il est également possible de répéter des contractions de 5 à 7 fois.	• L'évaluateur est à la recherche d'une faiblesse musculaire graduelle qui apparaît en cours de contraction des muscles clés associés à la racine nerveuse testée.

LA PACC 2016-2019 TIRE À SA FIN

Êtes-vous à jour ?

La période actuelle de la *Politique d'amélioration continue de la compétence* (PACC), qui a débuté le 1^{er} avril 2016, se terminera le 31 mars 2019. Il ne vous reste donc que quelques semaines pour combler vos heures de formation continue et compléter votre portfolio de développement des compétences.

PLANIFIEZ CETTE FIN DE PÉRIODE DÈS MAINTENANT

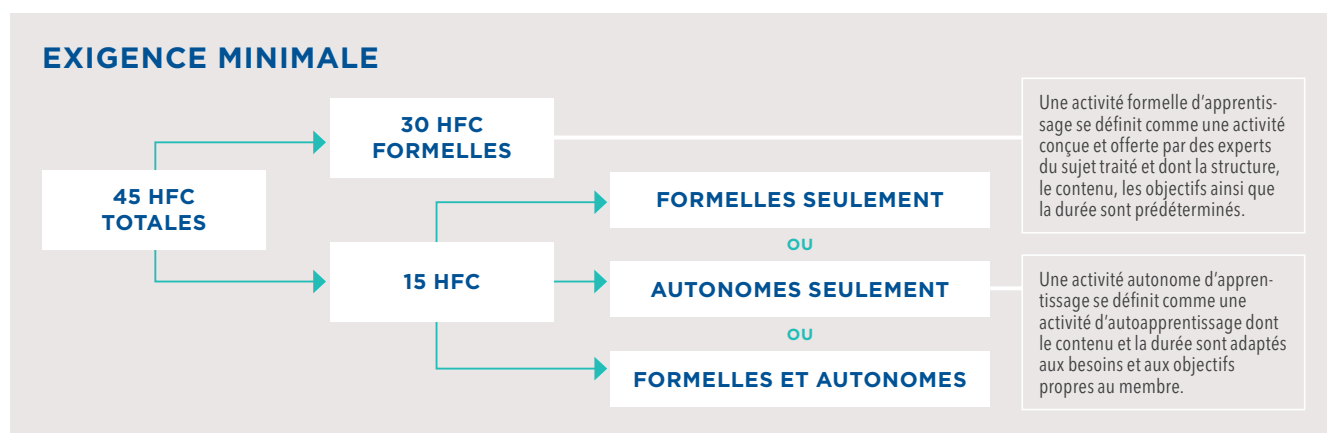
Voici quelques renseignements pour vous assurer de bien répondre aux exigences de la PACC.

1



Combien d'heures de formation continue devez-vous cumuler ?

À moins d'une situation donnant droit à une réduction ou à une dispense d'heures de formation continue, **tous les membres doivent minimalement cumuler 45 HFC** réparties de la façon suivante :



2



Quelles activités de formation continue pouvez-vous suivre ?

- Chaque membre est responsable de choisir et d'évaluer les activités d'apprentissage qu'il désire suivre. Les activités d'apprentissage n'ont pas à être évaluées par l'Ordre.
- Les activités de formation continue peuvent toucher tous les rôles décrits dans le *Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique*, dans la mesure où elles s'inscrivent dans un objectif de développement professionnel.

3



Vous détenez une attestation pour pratiquer des manipulations ?

ATTENTION

- Pour conserver votre attestation, **vous devez cumuler sept heures d'activités de formation continue** portant sur l'exercice des manipulations d'ici la fin de la période de la PACC 2016-2019.



Programme de FORMATION CONTINUE

Le programme de formation continue de l'Ordre :
**UNE OFFRE DE SERVICES PERTINENTE, ACCESSIBLE, DIVERSIFIÉE
ET ÉTROITEMENT LIÉE À LA RÉALITÉ DE LA PRATIQUE !**

IL VOUS MANQUE DES HFC POUR RESPECTER
LA **PACC 2016-2019** ?

VOICI DIFFÉRENTES FORMULES OFFERTES DANS NOTRE PROGRAMME
DE FORMATION POUR RÉPONDRE À VOS BESOINS VARIÉS !



WEBINAIRES ET WEBDIFFUSIONS

- Plus d'une quinzaine de webinaires et de webdiffusions
- Durée : 1 heure
- Accessibles par le Web
- Présentés par des conférenciers de renom
- Abordables
- Variété de domaines en physiothérapie



FORMATIONS EN SALLE

- Animées par un expert du domaine
- Permettent d'échanger avec des collègues de différents milieux
- Démonstrations et ateliers pratiques
- Prix concurrentiels
- Offertes à Montréal ou à Québec
- Offertes en format globe-trotteur
- Variété de domaines en physiothérapie



FORMATIONS EN LIGNE

- Accessibles par le Web
- Au rythme et au moment qui vous convient
- Élaborées avec des formateurs réputés
- De 4 à 16 HFC accordées
- Abordables
- Variété de domaines en physiothérapie



TABLES RONDES VIRTUELLES

- Centrées sur l'approfondissement des connaissances et des compétences
- Adaptées à vos besoins
- Animées par un expert du domaine
- Facilitent le partage de votre expérience avec vos pairs
- S'insèrent facilement dans votre emploi du temps
- Accessibles par le Web

INFORMATION

Consultez le catalogue du programme de formation continue sur le site Internet

[HTTPS://OPPQ.QC.CA/FORMATION/](https://oppq.qc.ca/formation/)



Guides de pratique clinique : comment s'y retrouver ?



Par

**Patrick
Doiron-Cadrin**

Directeur de l'inspection
professionnelle
et courtier en
connaissances

Les guides de pratique clinique font partie du paysage professionnel dans tous les domaines de la santé. S'il s'agit d'une source précieuse d'information pour les cliniciens, la multiplication de ces publications par les organismes régulateurs et les associations professionnelles sème, parfois, la confusion. Intégrer des lignes directrices à son plan de soins tout en préservant son autonomie professionnelle, est-ce possible ?

L'élaboration de modèles de soins basés sur des preuves scientifiques, ou *evidence-based practice*, a accentué la pression sur les professionnels de la santé pour qu'ils intègrent des données issues de la recherche dans la prise en charge de leurs clientèles. La quantité et la complexité des résultats de recherche publiés exposent les professionnels de la physiothérapie à une grande quantité d'information, qu'ils doivent trouver et évaluer. Ceux-ci doivent quotidiennement sélectionner les modalités d'évaluation et de traitement les mieux adaptées aux situations cliniques qu'ils rencontrent. Paradoxalement, l'accès aux résultats des travaux scientifiques demeure limité et souvent onéreux.

Les guides de pratique clinique, ou *clinical practice guidelines*, sont des énoncés formulés de façon systématique qui visent à soutenir les décisions cliniques ou, de manière plus générale, les politiques en santé^[1]. Ces documents sont généralement publiés sous le titre évocateur de « guide de pratique clinique », mais portent parfois d'autres appellations, les plus courantes étant « protocole », « énoncé » ou « consensus ». Ces lignes directrices, qui proviennent de groupes de chercheurs, d'associations de professionnels ou d'organismes à but non lucratif, font l'objet d'un grand intérêt depuis les années 1990 et visent à pallier l'accès limité des professionnels aux données probantes, ainsi que le temps limité dont disposent ces derniers pour les inclure dans leur pratique quotidienne.

Les guides de pratique ont un potentiel reconnu pour augmenter la qualité des soins, tout en facilitant l'accès aux meilleures pratiques. Dans ce contexte, ce type de publication présente plusieurs avantages, dont l'uniformisation des interventions et la réduction des coûts pour les systèmes de santé^[2]. Ils font aussi parfois l'objet de critiques, notamment en raison du manque de transparence de certains organismes, de la qualité méthodologique variable, ainsi que de l'atteinte potentielle à l'autonomie des professionnels^[3].

LE BON GUIDE POUR LA BONNE CLIENTÈLE

Plusieurs éléments de réflexion permettent d'évaluer la pertinence et la valeur des recommandations contenues dans un guide de pratique clinique pour en tirer le maximum et éviter les recettes thérapeutiques.

La bonne population

Un bon guide devrait préciser ses objectifs. Cible-t-il la prévention ou plutôt le traitement de certaines pathologies ? Les questions de santé couvertes par le guide sont-elles précises ? Le document spécifie-t-il la population cible, les interventions évaluées et les mesures de résultats utilisées pour en déterminer l'efficacité ? Le contexte des soins devrait être clairement spécifié. Ces informations sont importantes lorsque vient le temps de déterminer si une recommandation s'applique, ou non, à un client qui recevra des soins.

La rigueur méthodologique

Naturellement, les bons guides de pratique sont développés selon une méthodologie valide, rigoureuse et surtout... transparente. Des méthodes systématiques devraient donc avoir été employées lors de la recherche de preuves scientifiques et les critères de sélection des données probantes devraient être spécifiés au lecteur. Les résultats d'une revue systématique bien menée pèsent évidemment plus lourd qu'un consensus d'experts, même si ces derniers sont parfois nécessaires lorsque les résultats de recherche se font rares ou contradictoires. Les meilleures recommandations cliniques sont accompagnées d'une description des preuves scientifiques qui les supportent. Ces informations peuvent être publiées dans un document séparé du guide principal et permettent au professionnel, une fois de plus, d'exercer son jugement dans l'élaboration de son plan de traitement.



La composition du groupe de travail et les intérêts professionnels

Parce que les recommandations contenues dans les guides de pratique peuvent être teintées par l'opinion et l'expérience des groupes de travail, la composition des comités et des groupes d'experts (nom des participants, discipline, établissements auxquels ils sont affiliés, etc.) devrait donc, idéalement, être spécifiée pour permettre au lecteur de saisir le contexte de création du guide^[2]. Les meilleures publications présentent aussi une liste des conflits d'intérêts déclarés par les membres des groupes de travail et spécifient la provenance du financement.

L'apport des patients dans l'élaboration des lignes directrices est aussi de plus en plus reconnu depuis quelques années. Cette contribution peut prendre plusieurs formes, comme la participation à des réunions ou à des groupes types (*focus groups*), par exemple. La rétroaction de patients au cours de l'élaboration vise à augmenter l'acceptabilité des recommandations pour la population cible. Un professionnel de la physiothérapie pourrait donc se sentir plus à l'aise d'appliquer une recommandation clinique, sachant qu'un groupe de patients a pris part à sa création.

BIEN ÉVALUER LES FORCES ET LES FAIBLESSES

Pour aider les professionnels et les gestionnaires à évaluer la qualité méthodologique des guides de pratique clinique, un groupe de chercheurs, dirigé par une équipe de l'Université McMaster, a mis au point un outil issu d'un consensus international. La deuxième édition de l'*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument* (AGREE II) inclut 23 items qui couvrent les objectifs, la participation des groupes concernés, la rigueur de la démarche, la clarté, l'applicabilité et l'indépendance éditoriale^[4]. Cet outil gratuit et traduit en 19 langues, dont le français, a fait l'objet de travaux de validation^[5] et constitue un excellent point de départ pour les professionnels de la physiothérapie qui veulent s'outiller dans l'évaluation des guides de pratique clinique. Un résumé de la grille d'évaluation, sous forme de liste, se trouve aussi sur le site Web consacré à cet outil (<https://www.agreetrust.org/resource-centre/agree-ii-translations/>).

QUELQUES SUGGESTIONS DE GUIDES PERTINENTS

La base de données gratuite PEDro (www.pedro.org.au)

Les bases de données usuelles, telles que CINAHL, Medline et Embase

L'Association médicale canadienne (AMC) (www.cma.ca)

Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (www.nice.org.uk)

Le Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN) (<http://www.sign.ac.uk>)

Le National Health and Medical Research Council (NHMRC) (<http://www.nhmrc.gov.au/about>)

MGD Ltd. (www.eguidelines.co.uk)

Le Guidelines International Network (www.g-i-n.net)

La Turn Research Into Practice database (TRIP) (www.tripdatabase.com)

La Royal Dutch Society for Physical Therapy (<https://www.fysionet-evidencebased.nl/index.php/kngf-guidelines-in-english>)

L'American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) (<https://www.aaos.org>)

L'American College of Physicians (ACP) (www.acponline.org)

Les guides de pratique sont des incontournables sur le parcours des professionnels de la physiothérapie. Ces aides à la décision possèdent un potentiel reconnu pour améliorer l'efficacité des soins, mais présentent certaines limites que le clinicien averti sera en mesure de reconnaître. Pour être compatible avec une prise en charge basée sur des preuves scientifiques, l'application des recommandations devrait aussi tenir compte de l'expérience du professionnel, ainsi que des préférences du client. Les lignes directrices ne représentent donc pas une obligation d'agir, mais soutiennent plutôt les professionnels dans leur jugement clinique. ●

RÉFÉRENCES

- 1 Lohr, K.N., M.J. Field. *Clinical practice guidelines: directions for a new program*, National Academies Press, 1990.
- 2 Woolf, S.H., R. Grol, A. Hutchinson, M. Eccles et J. Grimshaw. "Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines," *BMJ*, 1999, vol. 318, n° 7182, p. 527-530.
- 3 Shaneyfelt, T.M., M.F. Mayo-Smith et J. Rothwangl. "Are guidelines following guidelines?: The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature," *JAMA*, 1999, vol. 281, n° 20, p. 1900-1905.
- 4 Brouwers, M.C., M.E. Kho, G.P. Brouman, J.S. Burgers, F. Cluzeau, G. Feder, B. Fervers, I.D. Graham, J. Grimshaw et S.E. Hanna. "AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care," *Canadian Medical Association Journal*, 2010, vol. 182, n° 18, p. E839-E842.
- 5 MacDermid, J.C., D. Brooks, S. Solway, S. Switzer-McIntyre, L. Brosseau et I.D. Graham. "Reliability and validity of the AGREE instrument used by physical therapists in assessment of clinical practice guidelines," 2005, *BMC Health Services Research*, vol. 5, n° 1, p. 18.

La version française du Mini BESTest : une valeur ajoutée pour l'évaluation du contrôle postural



Par

Jean-François Lemay,

pht, Ph. D.

École de réadaptation –
Université de Montréal

CIUSSS du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal

Le contrôle postural est une fonction fréquemment évaluée par les cliniciens et chercheurs. À cet égard, pas moins de 66 échelles d'évaluation existent à l'heure actuelle pour s'acquitter de cette tâche^[1]. Cette offre importante nous force à revoir notre pratique actuelle et à déterminer quelles évaluations sortent du lot.

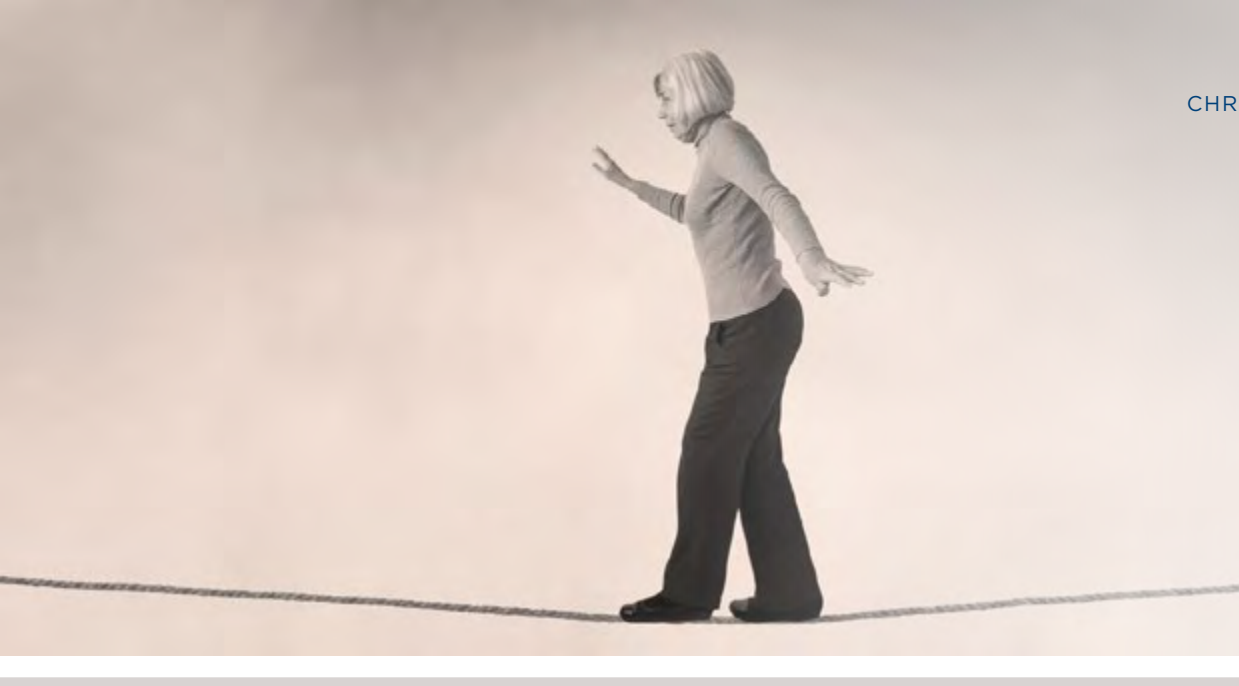
Cette sélection dépendra de plusieurs critères. Par exemple, afin de l'intégrer plus facilement à la pratique clinique, on devrait considérer la disponibilité de l'échelle d'évaluation, la familiarité du clinicien avec les différentes épreuves qui la constituent et la facilité à interpréter ses résultats en vue de déterminer quel est le traitement le plus approprié. Le choix devra également se baser sur les qualités métrologiques des évaluations candidates, telles que leur fidélité (à quel point la mesure est reproductible) et leur validité (à quel point les éléments de l'évaluation sont représentatifs du concept évalué). Cet article vous présentera l'une de ces évaluations qui gagne à être connue, le Mini BESTest, en précisant ses avantages par rapport à une autre évaluation très utilisée, soit l'échelle de Berg.

COMPRENDRE LE CONTRÔLE POSTURAL

Justement, comment définit-on ce concept appelé contrôle postural ? Il englobe l'équilibre ainsi que deux autres aspects, soit la posture et son orientation par rapport à l'environnement en général et à la gravité en particulier. Ultimement, le contrôle postural implique donc la configuration des différentes articulations, ce qui résulte en une posture ajustée en fonction de l'environnement pour que l'équilibre soit maintenu. La notion de contrôle postural met donc davantage l'accent sur les mécanismes sous-jacents dont il faut tester l'intégrité alors que l'équilibre résulte de l'intégrité de ces mécanismes complexes.

Plus spécifiquement, le contrôle postural est constitué de diverses composantes qu'il s'agira d'évaluer pour avoir un portrait complet de cette fonction^[1, 2], soit :

- 1 Les aspects biomécaniques (tels que la force et l'amplitude des membres inférieurs et du tronc).
- 2 Les limites de stabilité (soit l'excursion maximale effectuée par le centre de masse sans perte d'équilibre ou de changement dans la base de support).
- 3 La perception de la verticale (nécessaire pour orienter la posture selon la référence gravitaire).
- 4 Les ajustements posturaux anticipatoires (soit les activations musculaires précédant le mouvement pour éviter d'être déstabilisé par celui-ci).
- 5 Les réponses posturales automatiques (soit les synergies s'activant à la suite d'une déstabilisation pour éviter de chuter).
- 6 L'intégration sensorielle (soit la pondération des stimuli visuels, somatosensoriels et vestibulaires en fonction du contexte).
- 7 Le contrôle postural quasi statique (puisque même au repos de légers mouvements sont perceptibles).
- 8 Le contrôle postural dynamique (ce qui inclut notamment la marche).
- 9 Les influences cognitives (ou la déstabilisation induite par une tâche cognitive superposée à une tâche sollicitant le maintien de l'équilibre).



Bien que présentées de façon distincte, certaines de ces composantes se recoupent et peuvent être actives simultanément lors d'une tâche. Ainsi, la station debout non perturbée, ou contrôle postural quasi statique, implique également les composantes biomécaniques, l'intégration et la perception de la verticale. Ces composantes permettent donc de cartographier le contrôle postural, de le détailler dans ses moindres aspects. Par conséquent, une évaluation représentative du contrôle postural devrait maximiser le nombre de composantes évaluées.

ÉCHELLE DE BERG VS MINI BESTEST

Ce cadre conceptuel nous permet d'explorer une évaluation reconnue, soit l'échelle de Berg. Sans aucun doute la plus utilisée des échelles cliniques, elle couvre plusieurs composantes en omettant toutefois les réponses posturales automatiques ou le contrôle postural lors de la marche et en n'évaluant que très partiellement l'intégration sensorielle. Bien que l'échelle de Berg possède au final de très bonnes qualités métrologiques, certaines composantes oubliées doivent faire l'objet d'une évaluation complémentaire. C'est d'ailleurs le cas de la plupart des évaluations, qui néglige notamment l'évaluation des réponses posturales automatiques^[1].

L'une des options est d'effectuer des évaluations complémentaires couvrant les composantes manquantes. L'autre option est d'aller à la découverte d'une évaluation reconnue pour son exhaustivité.

Le Mini BESTest, une version raccourcie du BESTest, permet justement d'évaluer la plupart des composantes importantes du contrôle postural^[3]. Il contient des épreuves évaluant l'intégration sensorielle, les réponses posturales automatiques et le contrôle postural lors de la marche. Plutôt que de réinventer la roue, les concepteurs ont intégré des épreuves provenant d'autres évaluations reconnues, d'où l'impression de familiarité qui s'en dégage, tant du point de vue des épreuves que des scores à attribuer à la personne évaluée selon sa performance. Des analyses statistiques plus poussées limitent la redondance en éliminant certaines épreuves du BESTest possédant un niveau de difficulté similaire tout en préservant ses excellentes qualités métrologiques. En résulte une évaluation complète, rapide à faire et constituée d'épreuves familières. Déjà, plusieurs critères nommés d'entrée de jeu sont respectés. Cependant, bien que le Mini BESTest existe en plusieurs langues, il n'y avait aucune version française traduite en bonne et due forme jusqu'à tout récemment, ce qui était susceptible de limiter son utilisation dans les milieux francophones.

CATALOGUE
DE FORMATION

POUR EN SAVOIR D'AVANTAGE SUR CE CADRE CONCEPTUEL RELATIF AU CONTRÔLE POSTURAL, NOUS VOUS INVITONS À SUIVRE LA FORMATION EN LIGNE INTITULÉE CONTRÔLE POSTURAL : MIEUX ÉQUILIBRER SES INTERVENTIONS SELON LES DIFFÉRENTES PATHOLOGIES.

**Pour plus d'information :
consultez le catalogue de formation en ligne**

oppq.qc.ca/formation/



UN PROJET DE TRADUCTION DU MINI BESTEST

Une équipe du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR) s'est récemment attaquée à cette tâche. Plus spécifiquement, le Mini BESTest a fait l'objet d'une traduction et d'une adaptation transculturelle, un processus visant à rendre la version définitive représentative de la langue utilisée par une population donnée, soit dans ce cas-ci les professionnels de la physiothérapie francophones et leurs clientèles à évaluer.

Cette traduction et adaptation transculturelle s'est faite selon les meilleures recommandations à cet effet, qui se divisent en sept étapes distinctes^[4,5] :

- 1 Production de deux traductions en français par deux personnes indépendantes dont l'une est experte dans le domaine concerné.
- 2 Synthèse des deux versions en une seule par l'équipe de chercheurs.
- 3 Retraduction de cette version vers l'anglais par une traductrice professionnelle.
- 4 Comparaison de cette version anglaise avec l'originale afin d'y déceler les différences dans l'interprétation des consignes de la version originale pour ensuite corriger la version française en conséquence.
- 5 Commentaires sur cette version par des cliniciens ayant évalué quelques participants de leur population respective.
- 6 Ajustements à nouveau de l'évaluation à la suite des commentaires pour produire une version définitive.
- 7 Évaluation des qualités métrologiques de cette version pour vérifier si elles ont été maintenues au cours de ces sept étapes.

Dans ce dernier cas, 20 participants présentant des atteintes diversifiées (accident vasculaire cérébral, lésion médullaire, atteinte orthopédique) ont été évalués par deux professionnels familiarisés avec le Mini BESTest.

Le processus aura engendré une version comparable à la version originale tant du point de vue des instructions que de la fidélité. En outre, les consignes ont pu être uniformisées et précisées dans certains cas, la version originale n'étant pas sans défaut. En effet, le processus de traduction et d'adaptation transculturelle permet d'explorer une évaluation, et ce, avec plusieurs lentilles : signification détaillée de chaque terme utilisé dans le plus spécifique, comparaison entre les énoncés des différentes épreuves et des consignes dans le plus général. Pour donner un peu de lustre à l'aspect visuel de l'évaluation, une graphiste a retravaillé la disposition des divers éléments et l'esthétique générale de l'évaluation. Il en résulte une version moderne et hautement fonctionnelle pour le clinicien.

Au final, le Mini BESTest est une évaluation du contrôle postural pouvant être utilisée avec de multiples clientèles. Cette évaluation permet de compléter, voire de remplacer plusieurs tests qui ont présentement la préférence des cliniciens. Le Mini BESTest indique les composantes atteintes du contrôle postural : sélectionner des interventions spécifiques qui seront susceptibles d'entraîner des améliorations dans la performance de la personne évaluée en découle naturellement. Cette traduction et adaptation transculturelle de cette évaluation clinique devrait contribuer à sa diffusion dans la francophonie et ultimement à l'amélioration de l'évaluation du contrôle postural. ●

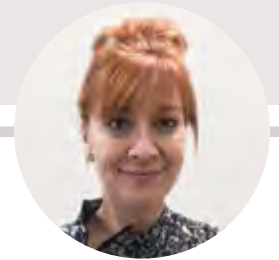
RÉFÉRENCES

- 1 Sibley, K.M., M.K. Beauchamp, K. Van Ooteghem, S.E. Straus et S.B. Jaglal. "Using the Systems Framework for Postural Control to Analyze the Components of Balance Evaluated in Standardized Balance Measures: A Scoping Review," *Archive of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2015, vol. 96, n° 1, p. 122-132.e29.
- 2 Horak, F.B., D.M. Wrisley et J. Frank. "The Balance Evaluation Systems Test (BESTest) to differentiate balance deficits," *Phys. Ther.*, 2009, vol. 89, n° 5, p. 484-498.
- 3 Franchignoni, F., F. Horak, M. Godi, A. Nardone et A. Giordano. "Using psychometric techniques to improve the balance evaluation systems test: The mini-BESTest," *J. Rehabil. Med.*, 2010, vol. 42, n° 4, p. 323-331.
- 4 Beaton, D.E., C. Bombardier, F. Guillemin et M.B. Ferraz. "Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures," *Spine (Phila. Pa. 1976)*, vol. 25, n° 24, p. 3186-3191.
- 5 Wild, D. et autres. "Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR task force for translating adaptation," *Value Heal*, 2005, vol. 8, n° 2, p. 94-104.

Les effets de la marche nordique chez la population institutionnalisée très âgée

Projet de stage de recherche clinique

Il est connu que la diminution de l'équilibre et la perte d'autonomie à la marche sont des problèmes importants chez les personnes âgées, qui augmentent le risque de chute^[1]. Ces chutes entraînent des complications médicales, plusieurs interventions et des dépenses. Les coûts annuels en soins de santé liés aux chutes chez les personnes âgées sont estimés à deux milliards de dollars^[2], ce qui en fait le type de blessure le plus coûteux pour les Canadiens^[3].



Par

Liz Ferland, T.R.P.

Hôpital Sainte-Anne



En réduisant de 20 % le nombre de chutes dans la population gériatrique, 4 400 décès pourraient être évités et 10,8 milliards pourraient être économisés^[3]. Plusieurs études démontrent les bienfaits de l'activité physique sur le maintien de l'autonomie fonctionnelle et la réduction du risque de chutes^[4]. Par contre, dans certains établissements de soins de longue durée, les ressources, les lieux, l'équipement et le temps alloué pour l'exercice sont très limités. En tant que professionnels de la physiothérapie, nous devons être en mesure de proposer des options réalistes à nos patients, afin d'offrir des interventions efficaces qui améliorent leur capacité fonctionnelle malgré ces contraintes.

LA MARCHÉ NORDIQUE

Dans cette optique de trouver des outils adaptés et efficaces pour ma clientèle en résidence, j'ai voulu explorer si la marche nordique (MN) peut favoriser la prévention des chutes ainsi qu'améliorer l'équilibre et le patron de marche de ces personnes de 80 ans et plus. La MN est une activité dérivée du ski de fond, qui consiste à utiliser des bâtons de marche pour faciliter les déplacements à pied. Elle est fréquemment recommandée comme intervention de prévention primaire et secondaire^[5]. L'utilisation des bâtons de marche permet de répartir le poids du corps sur quatre points et d'engager davantage les membres supérieurs et le tronc dans le patron de marche^[6]. Cette activité est une option de traitement peu coûteuse, efficace et réalisable en établissement d'hébergement de longue durée. Toutefois, il y a peu d'information disponible sur les effets de la MN sur l'équilibre, le patron de marche et le risque de chutes chez la population très âgée et institutionnalisée. Mon idée de recherche m'a menée à l'obtention d'une subvention de stage en recherche clinique pour T.R.P. de l'OPPO, lequel stage a été supervisé par Shawn Robbins, pht, Ph. D.

LE PROJET DE RECHERCHE

Le projet de recherche consistait à intégrer au quotidien des résidents un programme de marche (figure 1) avec bâtons de marche nordique, et à comparer la mesure de variables telles que la vitesse de marche, l'équilibre et le nombre de chutes avant et après le programme. Au total, trois femmes et neuf hommes âgés de 88 à 96 ans ont initialement pris part au projet (figure 2). Deux participants ont quitté le projet, car l'activité ne leur plaisait pas et trois autres ont dû abandonner en raison d'un changement dans leur condition médicale.

Figure 1

PROGRAMME DE MN

DURÉE	12 semaines
FRÉQUENCE	2 fois/semaine
DURÉE DE LA SÉANCE	20 minutes, incluant les pauses
NIVEAU D'ASSISTANCE	Supervision – AX1
DISTANCE PARCOURUE PAR SÉANCE	30 m–540 m, selon les capacités de chaque personne
AIDE TECHNIQUE	Tous les participants utilisaient habituellement une marchette (ou déambulateur) pour leurs déplacements. Celle-ci a été remplacée par les bâtons de marche durant la marche effectuée dans le cadre du programme.

Figure 2

CRITÈRES D'INCLUSION

BERG > 30/56
Endurance à la marche > 30 m
Capacité d'apprendre la technique de MN
Aucune contre-indication à la pratique de la MN

Les participants ont été évalués avant et après le programme de MN, ainsi que trois mois après la fin du programme à l'aide des outils d'évaluation suivants : test de BERG^[7], vitesse de marche sur 10 m^[8] et compilation du nombre de chutes.

Voici les résultats obtenus :

Test de Berg

À la suite du programme de MN, une amélioration du score au test de Berg a été observée chez tous les participants (variation de 2 à 8 points, pour une moyenne de 5,28 points). **Lors de tests de Berg, une amélioration de 4 points entre 45 et 56, ou de 5 points entre 35 et 44, constitue un changement cliniquement significatif^[9].** Trois mois après l'arrêt du programme de marche, ces améliorations ne s'étaient pas maintenues.

Vitesse de marche

Une amélioration de la vitesse de marche variant de 0,02 à 0,195 m/s a également été observée chez six des sept participants. Trois mois après la fin du programme, nous avons noté une légère augmentation de la vitesse de marche chez trois participants et une diminution de la vitesse de marche chez les quatre autres participants.

Portée fonctionnelle (*functional reach*, données obtenues durant le test de Berg)

À la suite du programme de marche, nous avons observé une amélioration ou le maintien des résultats de la portée fonctionnelle (ou *functional reach*), chez tous les participants. À la réévaluation, trois mois après la fin du programme, quatre participants ont montré une diminution de la distance parcourue et les trois autres ont obtenu le même résultat qu'aux bilans précédents.

Nombre de chutes

Durant les trois mois précédant le programme de MN, nous avons comptabilisé six chutes pour l'ensemble du groupe. Aucune chute n'est survenue durant la période du programme de MN. Trois mois après la fin du programme de marche, un total de trois chutes a été répertorié pour l'ensemble des participants.

QUE RETENIR DE CETTE ÉTUDE COMME CLINICIENS ?

Chez les participants au projet, nous avons observé une amélioration du score au test de Berg après le programme et aucune chute n'est survenue pendant la durée du programme de MN. Ces effets n'ont toutefois pas été maintenus après l'arrêt du programme. Bien que l'échantillon du projet soit très petit, ceci laisse entrevoir que la MN pourrait être une intervention pertinente dans le but de maintenir l'autonomie fonctionnelle et prévenir les chutes chez les personnes âgées. Les résultats observés pourraient illustrer qu'il est important de maintenir la pratique de l'activité dans le temps pour que ses bienfaits persistent. Il serait souhaitable qu'une recherche incluant un plus grand échantillon soit menée, afin de bonifier l'information recueillie.

Selon l'expérience dans mon milieu, la MN représente un traitement réaliste pour les milieux de soins de longue durée et mérite que les cliniciens la considèrent. Elle ne nécessite aucun équipement coûteux, elle est simple à appliquer, peut se pratiquer dans une multitude de lieux et nécessite peu de temps. Moins encombrants qu'une marchette et favorisant une meilleure posture chez des patients ayant l'autonomie nécessaire à la marche, les bâtons de marche pourraient même être utilisés en dehors des séances supervisées. Par contre, comme nos participants nécessitaient une supervision à la marche, il n'était pas possible d'utiliser les bâtons à l'extérieur du cadre du programme de MN. Fait non négligeable, dans le cadre de mon projet de stage, tous les sujets qui ont terminé le programme de marche ont dit aimer l'activité et souhaiteraient participer à un programme de MN à nouveau.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier l'OPPO, l'Hôpital Sainte-Anne et l'équipe de son service de réadaptation, Kayleigh Smith (stagiaire T.R.P.) et tous les participants au programme de MN pour leur aide précieuse et leur soutien. ●

RÉFÉRENCES

- 1 Rubenstein, L.Z., K.R. Josephson et A.S. Robbins. "Falls in the nursing home", *Annals of internal medicine*, 1994, vol. 121, n° 6, p. 442-451.
- 2 Agence de la santé publique du Canada. *Chutes chez les aînés au Canada, deuxième rapport*, 2014 [en ligne], [https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/vieillessement-aines/publications/publications-grand-public/chutes-chez-aines-canada-deuxieme-rapport.html], (consulté en ligne le 7 décembre 2018).
- 3 Parachute Canada. *The cost of injury in Canada*, 2015, [en ligne], [http://www.parachutecanada.org/downloads/research/Cost_of_Injury-2015.pdf], (consulté en ligne le 16 juin 2016).
- 4 Virág, A., C.K. Karóczy, Á. Jakab, Z. Vass, É. Kovács et T. Gondos, "Short-term and long-term effects of nordic walking training on balance, functional mobility, muscle strength and aerobic endurance among Hungarian community-living older people: a feasibility study", *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 2015, vol. 55, n° 11, p. 1285-1292.
- 5 Tschentscher, M., M. Sc., D. Niederseer, M.D., Ph. D., B. Sc., J. Niebauer, M.D., Ph. D., MBA, "Health Benefits of Nordic Walking: A Systematic Review", *American Journal of Preventive Medicine*, janvier 2013, vol. 44, n° 1, p. 76-84.
- 6 Parkatti, T., J. Perttunen et P. Wacker. "Improvements in functional capacity from Nordic walking: a randomized controlled trial among older adults", *Journal of aging and physical activity*, 2012, vol. 20, n° 1, p. 93-105.
- 7 Berg, K., S. Wood-Dauphine, J.I. Williams et autres. "Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument", *Physiotherapy Canada*, 1989, vol. 41, n° 6, p. 304-311.
- 8 Middleton, A., S.L. Fritz et M. Lusardi. "Walking speed: the functional vital sign", *Journal of aging and physical activity*, 2015, vol. 23, n° 2, p. 314-322.
- 9 Donoghue, D., et E.K. Stokes. "How much change is true change? The minimum detectable change of the Berg Balance Scale in elderly people", *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2009, vol. 41, n° 5, p. 343-346.

La stimulation transcrânienne pour potentialiser la réadaptation des personnes atteintes d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs : une étude randomisée à triple insu



Par

Amélie Fournier Belley, pht, M. Sc.^a

Maude Bastien, pht, M. Sc.^a

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

Jean-Sébastien Roy, pht, Ph. D.^{a,b}

Guillaume Léonard, PT, Ph. D.^{c,d}

Nathaly Gaudreault, PT, Ph. D.^{c,e}

La tendinopathie de la coiffe des rotateurs (CR) est l'atteinte musculosquelettique la plus prévalente parmi les atteintes douloureuses à l'épaule^[1]. Cette pathologie se manifeste par divers symptômes, dont la douleur, les limitations fonctionnelles et une diminution de la qualité de vie^[2]. En dépit du traitement choisi (chirurgical ou réadaptation), le taux de succès des traitements pour la tendinopathie de la CR serait de seulement 65 % puisque la douleur et les limitations fonctionnelles à l'épaule persistent chez une grande proportion de patients^[3].

Au cours des dernières décennies, les résultats de plusieurs études ont permis de déterminer que des déficits dans le contrôle neuromusculaire de l'épaule seraient responsables, en partie, de la symptomatologie et des incapacités associées à cette atteinte^[4-7]. Le développement de programmes de réadaptation axés sur cette déficience pourrait permettre d'améliorer le taux de succès des traitements de la tendinopathie de la CR.

Certaines études suggèrent que des changements dans le système nerveux central contribueraient aux déficits de contrôle neuromusculaire et pourraient jouer un rôle dans la persistance des symptômes ou l'inefficacité des traitements^[8]. Une intervention qui a été démontrée efficace pour réduire les symptômes et normaliser le contrôle de l'épaule est l'entraînement sensorimoteur^[9]. Cet entraînement vise l'apprentissage d'un meilleur contrôle neuromusculaire en corrigeant les perturbations dans le contrôle dynamique de l'épaule et serait une intervention à privilégier en réadaptation pour la tendinopathie de la CR.

Toutefois, le temps nécessaire à l'apprentissage moteur est long et la consolidation des acquis nécessite beaucoup de pratique^[10]. Des études suggèrent que l'utilisation de la stimulation transcrânienne par courant direct avec stimulation anodale (a-tDCS; excitabilité des neurones corticaux causée par l'anode) durant l'entraînement sensorimoteur pourrait accélérer l'apprentissage moteur et, par conséquent, réduire plus rapidement les symptômes associés à la tendinopathie de la CR^[11,12]. L'a-tDCS induirait une plasticité neuronale par la modulation du potentiel de membrane dans la région cérébrale ciblée, rendant cette région plus sensible à une autre intervention^[13]. Aucune étude n'a encore évalué l'effet de l'a-tDCS combinée à un entraînement sensorimoteur chez des individus présentant une atteinte de la CR.

L'objectif de cet essai clinique randomisé à triple insu est de comparer l'effet d'un programme de réadaptation combiné à l'a-tDCS à l'effet du même programme combiné à une stimulation placebo sur les symptômes, les limitations fonctionnelles et le contrôle neuromusculaire de l'épaule atteinte chez des personnes présentant une tendinopathie unilatérale de la CR. L'hypothèse est qu'une amélioration statistiquement et cliniquement significative sera observée à la suite du programme de réadaptation chez les deux groupes. Toutefois, les changements seront obtenus plus rapidement lorsque l'entraînement sensorimoteur sera combiné avec l'a-tDCS.

MÉTHODOLOGIE

Quarante adultes présentant une tendinopathie unilatérale de la CR ont pris part aux quatre évaluations (effectuées aux semaines 0, 3, 6 et 12; [figure 1] et au programme de réadaptation de six semaines de cet essai clinique randomisé à triple insu (participants, physiothérapeute traitante, évaluatrice) au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale de Québec. Les critères d'inclusion étaient d'avoir au moins un test positif dans chacune des catégories suivantes : 1) arc de mouvement douloureux (flexion ou abduction); 2) tests d'abutement à l'épaule positifs (Neer ou Hawkins-Kennedy); et 3) douleur lors de mouvements isométriques de l'épaule auxquels on oppose de la résistance (rotation externe, abduction ou test de Jobe). Les critères d'exclusion étaient les suivants : 1) antécédent de fracture scapulaire, humérale ou cervicale; 2) intervention chirurgicale antérieure au cou ou à l'épaule; 3) cervico-brachialgie; 4) capsulite de l'épaule; 5) signes cliniques d'une déchirure

complète de la coiffe des rotateurs (résultat positif aux tests *Lag sign* ou *Drop arm* ; 6) antécédent de luxation antérieure, *sulcus* ou test d'appréhension positif ; 7) maladie rhumatoïde, inflammatoire ou neurologique ; 8) injection de corticostéroïdes dans les six semaines précédentes ; 9) présence d'un implant métallique dans le corps ; 10) grossesse ; et 11) épilepsie.

Le programme de réadaptation incluait huit séances de physiothérapie supervisées par la physiothérapeute traitante pendant six semaines et un programme d'exercices à domicile. Les symptômes et limitations fonctionnelles (évalués à l'aide des questionnaires *Disability of the Arm, Shoulder and Hand* [DASH] et *Western Ontario Rotator Cuff* [WORC]) et la distance acromio-humérale (DAH ; mesure du contrôle neuromusculaire à l'épaule [figure 2]) étaient les variables à l'étude et ont été mesurés lors de l'évaluation initiale. À la sixième et dernière semaine du programme de réadaptation, les questionnaires DASH et WORC ont été remplis de nouveau et la DAH a été réévaluée. Entre la 6^e et la 12^e semaine, les participants ont été invités à poursuivre les exercices prescrits lors du dernier traitement et à inclure les progressions proposées. Les questionnaires DASH et WORC ont également été remplis de nouveau à la 3^e et à la 12^e semaine.

Variables à l'étude

SYMPTÔMES ET LIMITATIONS FONCTIONNELLES :

Le questionnaire DASH – version canadienne-française – vise à mesurer les incapacités associées à une atteinte musculo-squelettique aux membres supérieurs (épaule, coude, poignet et main). La fidélité test-retest est de $> 0,93$ (coefficient de corrélation intraclasse), le changement minimum détectable est de 11 points DASH et la différence cliniquement importante est de 10 points DASH. Un score de 100 % indique des symptômes et une incapacité fonctionnelle très importante^[14]. Le questionnaire WORC – version canadienne-française – est un questionnaire qui a été utilisé de façon complémentaire au DASH puisque le WORC est spécifique aux atteintes à l'épaule de la CR. Un score de 0 indique une atteinte très importante, alors qu'un score de 100 indique l'absence d'atteinte. La fidélité test-retest est de 0,96, le changement minimum détectable est de 12 points et la différence cliniquement importante est de 13 points^[15].

MESURE ÉCHOGRAPHIQUE DE LA DAH : La mesure échographique de la DAH a été effectuée à l'aide d'un appareil d'ultrasonographie muni d'une sonde linéaire de 7,5 à 12 MHz. Les mesures de la DAH ont été prises à 0° d'élévation ainsi qu'à 45° et 60° d'abduction active^[16]. La mesure de la DAH en position d'élévation permettait d'estimer le contrôle neuromusculaire de la CR^[7]. Les mesures échographiques ont été effectuées en plaçant la sonde au niveau de la partie antérolatérale de l'acromion avec la sonde positionnée parallèlement à l'axe longitudinal de l'humérus. Trois mesures ont été effectuées à chacune des positions (coefficient de corrélation intraclasse : 0,98 ; changement minimum détectable : 0,7 mm)^[17].

LE PROGRAMME DE RÉADAPTATION CENTRÉ SUR L'ENTRAÎNEMENT SENSORIMOTEUR :

Le programme de réadaptation comprenait trois composantes principales, soit l'entraînement sensorimoteur, le renforcement musculaire de l'épaule et l'éducation. Chaque traitement était d'une durée de 30-40 minutes, avec au moins 75 % du temps accordé à l'entraînement sensorimoteur. L'a-tDCS était appliquée pendant 30 minutes, en même temps que l'entraînement sensorimoteur (figure 3). Les dernières minutes du traitement étaient utilisées pour l'enseignement ou la révision des exercices effectués à domicile^[18].

L'A-TDCS : La stimulation transcrânienne a été appliquée à l'aide d'un stimulateur par courant direct avec un courant continu de 1,5 mA pendant 30 minutes au moyen de deux électrodes éponges. Le centre de l'anode était positionné sur l'hémisphère controlatéral à la douleur. La cathode était positionnée au-dessus de la région supra-orbitaire ipsilatérale. La stimulation placebo a été activée pendant 15 secondes, afin de donner aux participants la sensation initiale de picotement, puis arrêtée. L'a-tDCS a été appliquée seulement pendant les cinq premiers traitements, qui se déroulent pendant la première phase de l'apprentissage moteur caractérisée par une amélioration considérable de la performance motrice^[19].

Analyses statistiques

Des analyses *intention-to-treat* et *per-protocol* ont été utilisées pour comparer les effets de l'intervention sur les symptômes et les limitations fonctionnelles (DASH et WORC). Une ANOVA à mesures répétées à deux ou trois facteurs (Groupe X Temps et Groupe X Temps X Angle) a été utilisée pour analyser les effets de l'a-tDCS sur les symptômes, les limitations fonctionnelles et la DAH.

RÉSULTATS

Effet de l'a-tDCS combinée au programme de réadaptation

Les analyses des résultats aux questionnaires DASH et WORC n'ont montré aucune différence dans l'évaluation des deux groupes dans le temps (interaction Groupe X Temps ; $P > 0,1$). Cependant, les scores DASH et WORC des deux groupes ont montré une amélioration statistiquement et cliniquement significative des symptômes et des limitations fonctionnelles à la 3^e, 6^e et 12^e semaine comparativement à l'évaluation initiale (effet Temps ; $P < 0,005$). Les scores moyens DASH et WORC ont atteint le changement minimum détectable dès la 3^e semaine pour les deux groupes.

Pour ce qui est de la DAH

Les deux groupes n'ont montré aucune différence significative pour les mesures Angle X Groupe X Temps et Groupe X Temps ($P > 0,58$), car l'augmentation de la DAH était similaire pour les deux groupes. Un effet temps a été observé ($P = 0,002$), ce qui signifie que la DAH a augmenté de façon statistiquement et cliniquement significative à la 6^e semaine à 45° et 60° d'élévation du bras ($P < 0,01$) pour les deux groupes.

DISCUSSION

Les résultats suggèrent que l'ajout de l'a-tDCS combinée à un programme de réadaptation centré sur l'entraînement sensorimoteur n'a aucun effet bénéfique supplémentaire sur la récupération (douleur et fonction) pour cette population. La DAH a augmenté chez les deux groupes ; le programme de réadaptation semble donc avoir favorisé un meilleur contrôle neuromusculaire lors de l'élévation de l'épaule.

L'une des raisons qui pourraient expliquer l'inefficacité de l'ajout de l'a-tDCS durant l'entraînement sensorimoteur est que le programme de réadaptation à lui seul est déjà une intervention très efficace afin de réduire les symptômes et d'améliorer la fonction à l'épaule. Une deuxième raison qui pourrait expliquer l'absence d'effet additionnel de l'a-tDCS pourrait être liée aux paramètres de stimulation utilisés. Selon les plus récentes études sur l'a-tDCS, les paramètres optimaux sont encore inconnus et les études qui se sont intéressées à ses effets chez les populations avec atteintes musculosquelettiques montrent des résultats contradictoires. Chez les individus atteints de fibromyalgie, une méta-analyse a conclu que l'a-tDCS appliquée sur le cortex moteur entraîne une diminution significative de la douleur et une amélioration significative de la fonction^[20]. Chez les personnes avec lombalgie, un seul essai clinique randomisé a rapporté une diminution de la sévérité de la douleur, tandis que les trois autres recensés n'ont signalé aucune diminution cliniquement significative de la douleur.

Un fait intéressant est que des améliorations statistiquement et cliniquement significatives de la douleur et de la fonction ont été observées chez les deux groupes dès la troisième semaine

de réadaptation, soit après seulement cinq traitements. Les cliniciens devraient donc considérer l'utilisation du programme de réadaptation centré sur l'entraînement sensorimoteur afin de réduire la symptomatologie associée à la tendinopathie de la CR. Un autre objectif du programme de réadaptation était d'optimiser le contrôle neuromusculaire de l'épaule atteinte. Cet objectif semble avoir été atteint, car une augmentation de la DAH a été observée à la sixième semaine (augmentation moyenne de 0,5 mm à 45° d'élévation du bras et de 0,7 mm à 60°). Il est à noter que cette augmentation était inférieure ou égale à l'erreur de mesure (changement minimum détectable : 0,7 mm). Puisque les valeurs normatives de la DAH sont initialement petites (variant de 6 mm à 12 mm^[21]), une légère augmentation de la DAH pourrait être suffisante pour réduire la compression des structures sous-acromiales lors de l'élévation de l'épaule.

CONCLUSION

Les résultats ont montré que l'ajout de l'a-tDCS ne permet pas d'améliorer de façon plus rapide les symptômes, la fonction et le contrôle neuromusculaire de l'épaule après six semaines de réadaptation. En fait, l'amélioration considérable des symptômes, du niveau fonctionnel et du contrôle neuromusculaire à l'épaule a été notée de façon équivalente chez les deux groupes. De futures études pourraient permettre de déterminer si certaines populations seraient susceptibles de bénéficier de l'a-tDCS. ●

Figure 1

DEVIS EXPÉRIMENTAL

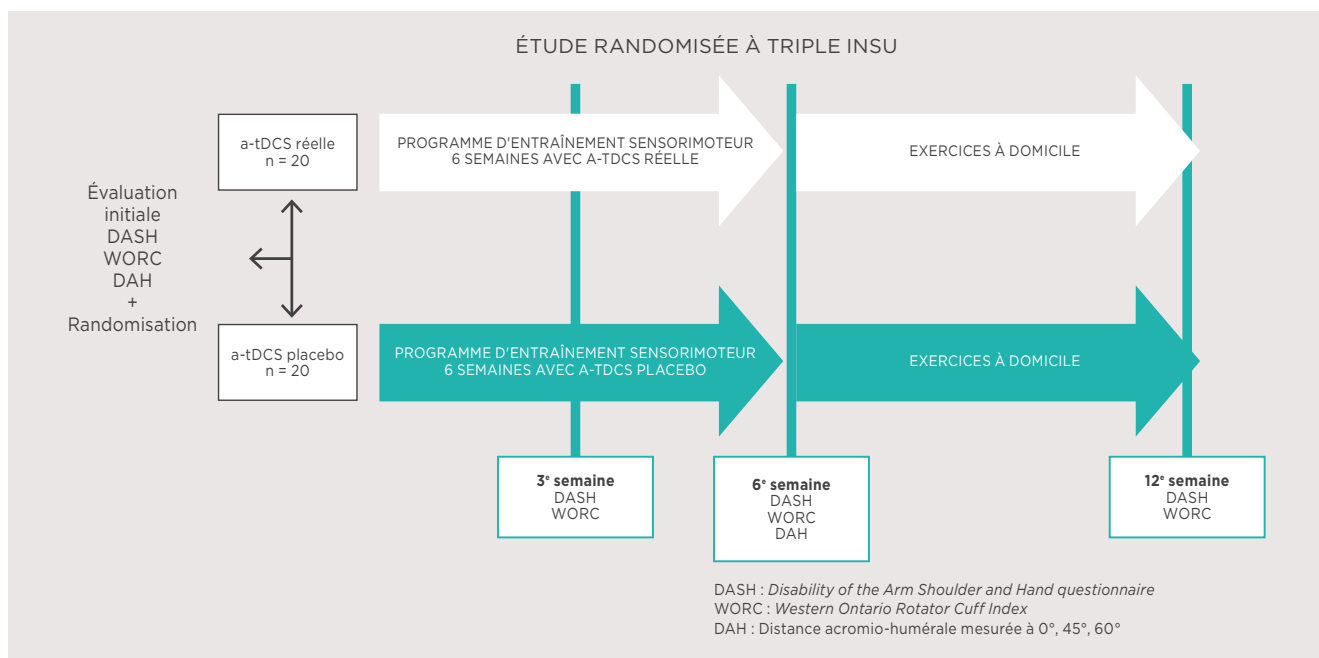


Figure 2

MESURE DU CONTRÔLE NEUROMUSCULAIRE À L'ÉPAULE À L'AIDE DES MESURES ÉCHOGRAPHIQUES DE LA DISTANCE ACROMIO-HUMÉRALE (DAH). LA DAH A ÉTÉ DÉFINIE PAR LA PLUS PETITE DISTANCE TANGENTIELLE ENTRE LA POINTE INFÉRIEURE DE L'ACROMION ET LA PARTIE SUPÉRIEURE DE LA TÊTE HUMÉRALE.

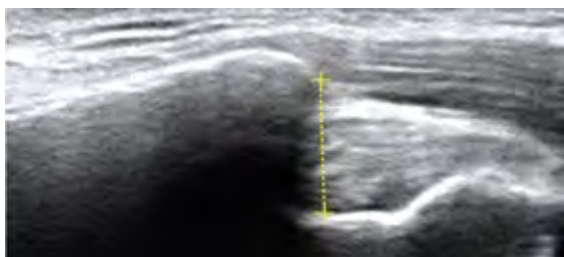


Figure 3

APPLICATION DE L'A-TDCS PENDANT L'ENTRAÎNEMENT SENSORIMOTEUR



RÉFÉRENCES

- 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° 1-2, p. 167-178.
- 2 Lewis, J. "Rotator cuff related shoulder pain: Assessment, management and uncertainties," *Man Ther*, 2016, vol. 23, p. 57-68.
- 3 Brox, J.I., et autres. "Arthroscopic surgery versus supervised exercises in patients with rotator cuff disease (stage II impingement syndrome): a prospective, randomized, controlled study in 125 patients with a 2 1/2-year follow-up," *J Shoulder Elbow Surg*, 1999, vol. 8, n° 2, p. 102-111.
- 4 Michener, L.A., P.W. McClure et A.R. Karduna. "Anatomical and biomechanical mechanisms of subacromial impingement syndrome," *Clin Biomech (Bristol, Avon)*, 2003, vol. 18, n° 5, p. 369-379.
- 5 Cools, A.M., et autres. "Scapular muscle recruitment patterns: trapezius muscle latency with and without impingement symptoms," *Am J Sports Med*, 2003, vol. 31, n° 4, p. 542-549.
- 6 Roy, J.S., et autres. "Impact of movement training on upper limb motor strategies in persons with shoulder impingement syndrome," *Sports Med Arthrosc Rehabil Ther Technol*, 2009, vol. 1, n° 1, p. 8.
- 7 Hébert, L.J., et autres. "Acromiohumeral distance in a seated position in persons with impingement syndrome," *J Magn Reson Imaging*, 2003, vol. 18, n° 1, p. 72-79.
- 8 Ngomo, S., et autres. "Alterations in central motor representation increase over time in individuals with rotator cuff tendinopathy," *Clin Neurophysiol*, 2015, vol. 126, n° 2, p. 365-371.
- 9 Roy, J.S., et autres. "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, n° 2, p. 180-188.
- 10 Doyon, J., et H. Benali. "Reorganization and plasticity in the adult brain during learning of motor skills," *Curr Opin Neurobiol*, 2005, vol. 15, n° 2, p. 161-167.
- 11 Feng, W.W., M.G. Bowden et S. Kautz. "Review of transcranial direct current stimulation in poststroke recovery," *Top Stroke Rehabil*, 2013, vol. 20, n° 1, p. 68-77.
- 12 Schabrun, S.M., et autres. "Targeting chronic recurrent low back pain from the top-down and the bottom-up: a combined transcranial direct current stimulation and peripheral electrical stimulation intervention," *Brain Stimul*, 2014, vol. 7, n° 3, p. 451-459.
- 13 Muller-Dahlhaus, F., et U. Ziemann. "Metaplasticity in human cortex," *Neuroscientist*, 2015, vol. 21, n° 2, p. 185-202.
- 14 Roy, J.S., J.C. MacDermid et L.J. Woodhouse. "Measuring shoulder function: a systematic review of four questionnaires," *Arthritis Rheum*, 2009, vol. 61, n° 5, p. 623-632.
- 15 St-Pierre, C., et autres. "Reliability, validity, and responsiveness of a Canadian French adaptation of the Western Ontario Rotator Cuff (WORC) index," *J Hand Ther*, 2015, vol. 28, n° 3, p. 292-298; quiz p. 299.
- 16 Desmeules, F., et autres. "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, n° 4, p. 197-205.
- 17 McCreesh, K.M., J.M. Crotty et J.S. Lewis. "Acromiohumeral distance measurement in rotator cuff tendinopathy: is there a reliable, clinically applicable method? A systematic review," *Br J Sports Med*, 2015, vol. 49, n° 5, p. 298-305.
- 18 Savoie, A., et autres. "Effects of a movement training oriented rehabilitation program on symptoms, functional limitations and acromiohumeral distance in individuals with subacromial pain syndrome," *Man Ther*, 2015, vol. 20, n° 5, p. 703-708.
- 19 Gandiga, P.C., F.C. Hummel et L.G. Cohen. "Transcranial DC stimulation (tDCS): a tool for double-blind sham-controlled clinical studies in brain stimulation," *Clin Neurophysiol*, 2006, vol. 117, n° 4, p. 845-850.
- 20 Zhu, C.E., et autres. "Effectiveness and safety of transcranial direct current stimulation in fibromyalgia: A systematic review and meta-analysis," *J Rehabil Med*, 2017, vol. 49, n° 1, p. 2-9.
- 21 Schmidt, W.A., et autres. "Standard reference values for musculoskeletal ultrasonography," *Ann Rheum Dis*, 2004, vol. 63, n° 8, p. 988-994.

- a Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRIS), Institut en réadaptation et déficience physique de Québec, Québec
- b Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval, Québec
- c Faculté de médecine et des sciences de la santé, École de réadaptation, Université de Sherbrooke, Sherbrooke
- d Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Université de Sherbrooke, Sherbrooke
- e Centre de recherche – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), Sherbrooke

Devrait-on remplacer la glace par la neurocryostimulation dans le traitement des entorses latérales aiguës de la cheville ?

Essai clinique randomisé à simple insu



Par

Jean Tittley, pht,
candidat à la maîtrise^{a,b}

Jean-Sébastien Roy, pht, Ph. D.^{a,b}

Luc J. Hébert,
pht, Ph. D., CD^{a,c,d}

L'entorse de cheville est une blessure très fréquente, pouvant représenter jusqu'à 25 % de toutes les blessures musculosquelettiques^[1]. Parmi les entorses de cheville, l'entorse latérale est la plus fréquente, avec une incidence au moins deux fois plus élevée que toutes les autres réunies^[2]. Par ailleurs, de 20 % à 50 % de ces entorses se soldent par de la douleur chronique ou une instabilité chronique de la cheville^[3].

Le traitement le plus largement répandu en phase aiguë des entorses de cheville est résumé par l'acronyme RICE (pour *Rest, Ice, Compression, Elevation*)^[4]. Les données probantes disponibles sont favorables à la mobilisation précoce (mise en charge selon tolérance et exercices), à la prise de médication analgésique, à l'utilisation d'une attelle ou chevillère, et à l'utilisation de la glace^[5-8]. Pour ce qui est de l'utilisation du froid en particulier, ou cryothérapie, les preuves scientifiques de son efficacité sont limitées, même si certaines études ont démontré qu'elle est efficace pour diminuer la douleur à court terme (sur une semaine) dans les cas de blessures aux tissus mous en phase aiguë^[9], et qu'elle pourrait améliorer la fonction à court terme dans le cas des entorses de cheville si elle est combinée avec des exercices^[7]. Il n'y a par ailleurs pas de consensus sur les meilleurs modes d'application et protocoles de la cryothérapie^[9,10].

La neurocryostimulation (NCS), aussi appelée cryothérapie gazeuse hyperbare, consiste à projeter à haute vitesse du gaz carbonique comprimé sur la peau d'un patient à l'aide d'un pistolet. Mourrot et autres ont observé chez des sujets sains une réponse systémique très rapide de vasoconstriction cutanée et une augmentation de la pression artérielle avec la NCS. Ces réactions s'apparentent aux effets provoqués par un test d'immersion de la main dans l'eau froide (*cold pressure test*) et n'étaient pas observées lorsque seulement un sac de glace était appliqué^[11,12]. Cette réponse du système nerveux autonome, nommée choc thermique, est à la base des prétentions thérapeutiques de la NCS. Les rares études cliniques réalisées avec cette modalité comportent

des failles méthodologiques importantes, soit des études sans groupe contrôle ou un protocole de traitement qui ne permettait pas d'abaisser la température de façon satisfaisante^[13,14].

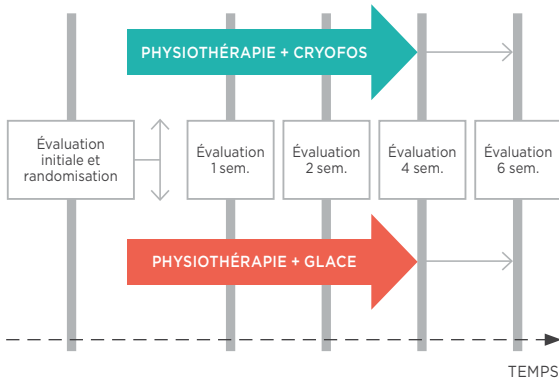
L'objectif de notre essai clinique était d'évaluer les effets de la neurocryostimulation – en comparaison avec l'application traditionnelle de glace – sur la récupération fonctionnelle, la douleur, l'œdème et l'amplitude de mouvement chez une population de patients en traitement de physiothérapie pour une entorse latérale de la cheville en phase aiguë. Nos hypothèses étaient les suivantes :

- 1 les sujets traités avec la NCS s'amélioreraient plus vite que ceux traités avec la glace pour toutes nos mesures de résultats, à cause de l'action vasomotrice plus importante de la NCS ;
- 2 ces différences entre les groupes seraient plus marquées dans les premières semaines que dans les dernières, puisque ces effets circulatoires affecteraient le processus inflammatoire et l'œdème, lesquels sont plus importants dans la phase aiguë.

MÉTHODOLOGIE

Nous avons mené un essai clinique randomisé à simple insu avec évaluateur à l'aveugle (voir figure 1). Les participants ont été recrutés au sein des membres de la communauté universitaire et des clients de la clinique de physiothérapie de l'Université Laval (Québec). Les candidats devaient être des adultes ayant subi une entorse latérale de la cheville de grade 2 ou plus, pas plus de trois jours avant l'évaluation initiale. Ils étaient exclus s'ils avaient déjà subi l'année précédente une entorse de cheville ou une fracture

Figure 1



à un pied ou à une cheville, s'ils avaient des signes ou symptômes résiduels d'une blessure préalable à un pied ou à une cheville, ou s'il y avait une contre-indication au traitement de cryothérapie^[15]. Les sujets ont été randomisés après l'évaluation initiale entre le groupe NCS et le groupe glace. Tous les participants ont reçu une intervention standardisée de physiothérapie, à raison de huit traitements sur une période de quatre semaines, soit trois fois par semaine durant les deux premières semaines, puis une fois par semaine les deux semaines suivantes. Ils ont été évalués à cinq reprises, soit une évaluation initiale (T0), puis à la fin des semaines 1, 2, 4 et 6 (T1, T2, T4 et T6).

Notre mesure principale est la *Lower Extremity Functional Scale* (LEFS), un questionnaire autoadministré comportant 20 items évaluant la capacité fonctionnelle^[16]. Il a été validé chez une population ayant subi une entorse de cheville^[17] et nous avons utilisé une traduction canadienne-française validée^[18,19]. Nos mesures secondaires sont la douleur, mesurée avec une échelle visuelle analogue^[20], l'œdème, mesuré avec la figure en 8^[21], et l'amplitude de mouvement en dorsiflexion, mesurée avec une fente en mise en charge (distance hallux-mur)^[22]. Pour toutes nos mesures de résultats, une analyse de variance ANOVA à mesures répétées a été effectuée.

Les traitements de physiothérapie donnés aux participants ont été encadrés par des lignes directrices claires, établies en fonction des données probantes disponibles^[4,23]. Les physiothérapeutes traitants avaient la consigne de donner obligatoirement des exercices (renforcement, étirement, équilibre...), et il leur était fortement suggéré d'utiliser une mesure de compression (bandage élastique, *taping*) et des mobilisations articulaires. Il leur était interdit d'utiliser les ultrasons, la chaleur et les aiguilles sèches. L'intervention de cryothérapie a été faite à la fin de chacune des séances de physiothérapie. La NCS a été administrée avec un appareil de marque Cryofos, par un balayage lent sur des zones ayant environ la taille d'une carte de crédit. Une température cutanée de 4 °C (mesurée en continu par l'appareil) était

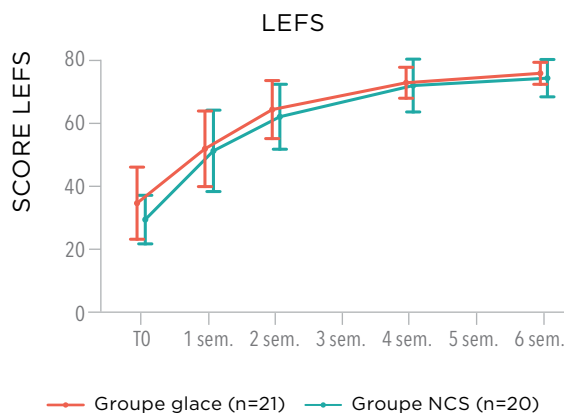
généralement atteinte en moins de 30 secondes et la technique a été appliquée en latéral et en médial de la cheville, puis en postérieur du genou (site de ganglions lymphatiques). Cette procédure respecte les recommandations du fabricant et est similaire à celle adoptée précédemment dans d'autres études^[13,14]. Pour le groupe utilisant plutôt la glace, deux sacs de glace concassée ont été appliqués autour de la cheville blessée durant 15 minutes, avec le membre inférieur blessé en élévation. La température cutanée a été mesurée au site de traitement (aspect latéral de la cheville) immédiatement avant et après les traitements de cryothérapie, de la même façon dans les deux groupes, soit avec le thermomètre intégré au pistolet Cryofos.

RÉSULTATS

L'étude incluait 41 participants qui respectaient les critères établis. Il n'y avait pas de différence entre nos deux groupes pour l'ensemble des variables sociodémographiques et les mesures de résultats à l'évaluation initiale. Dans le groupe NCS, la moyenne de température cutanée a baissé de 23,7 °C pour s'établir à 8,4 °C. En comparaison, dans le groupe utilisant la glace, la température a seulement baissé de 15,3 °C, pour atteindre 16,9 °C.

Pour ce qui est de notre mesure principale (LEFS), il n'y a pas eu de différence entre nos deux groupes (voir figure 2). L'amélioration dans le groupe NCS a dépassé la différence minimale cliniquement significative (MCID = 6 points LEFS)^[24] entre T0 et T1, entre T1 et T2 et entre T2 et T4. Dans le groupe utilisant la glace, l'amélioration a dépassé la MCID entre T0 et T1, et entre T1 et T2.

Figure 2



SOURCE (ANOVA)	F	SIGNIFICATION	PARTIAL ETASQUARE	PUISSANCE OBSERVÉE
TEMPS	299,23	p < 0,001	0,89	1,00
GROUPE	0,87	p = 0,358	0,02	0,15
TEMPS X GROUPE	0,78	p = 0,5	0,02	0,20

Il n'y a également eu aucune différence significative entre les deux groupes pour toutes les mesures secondaires (pas d'interaction Groupe X Temps, p entre 0,19 et 0,73, selon la mesure). Une amélioration rapide a été observée dans les deux groupes pour chacune des variables étudiées, montrant un effet de temps très important (taille de l'effet allant de 0,33 à 0,89, $p < 0,001$).

DISCUSSION

La particularité de la NCS par rapport aux autres modalités de cryothérapie est le déclenchement d'un choc thermique. Dans notre étude, le groupe NCS a fait l'expérience de cette diminution de température beaucoup plus rapide et plus importante, mais cela n'a pas entraîné de résultats cliniques différents de ceux du groupe utilisant la glace.

Très peu d'études cliniques publiées ont mesuré les effets de la NCS chez des populations présentant une atteinte musculosquelettique, ce qui limite les possibilités de comparer nos résultats. Par ailleurs, aucune autre ne s'est attardée spécifiquement aux entorses de cheville. Demoulin et autres, dans un essai clinique randomisé, ont comparé les effets de la NCS avec deux autres formes de cryothérapie (sac de gel et orthèse Cryo/Cuff) sur la douleur, la mobilité du genou et l'œdème à sept jours en post-op d'une prothèse totale de genou, et, comme nous, n'ont relevé aucune différence entre leurs groupes^[13]. Dans une étude sur des personnes âgées, Chatap et autres ont quant à eux conclu à une réduction de la douleur aiguë et chronique avec la NCS^[14], mais sans utiliser de groupe contrôle.

Le fait que les résultats soient similaires entre nos deux groupes peut s'expliquer de deux façons : soit les deux interventions ont été aussi efficaces, soit aucune n'est plus efficace que le passage du temps. En effet, l'intervention faite à notre groupe témoin ne peut être considérée comme une référence standard, puisque l'efficacité de la glace dans la récupération à la suite d'une entorse de cheville, ou même à toute autre blessure musculosquelettique, reste à démontrer. De fait, plusieurs remettent en question les bénéfices attribués à la glace^[11,12]. Ses effets à long terme sont toujours inconnus, de même que les effets sur l'œdème, la mobilité articulaire ou la récupération fonctionnelle^[9,25]. Une revue narrative à ce sujet a conclu qu'il n'y avait pas suffisamment de données probantes pour suggérer que la cryothérapie améliorerait le résultat clinique (*clinical outcome*) dans la gestion des blessures aux tissus mous^[26]. Une autre revue systématique souligne que la glace pourrait accélérer le retour aux activités, mais qu'il y a peu d'études sur le sujet et que leur qualité méthodologique est faible^[27]. Par rapport au traitement des entorses aiguës de la cheville, Yu et autres (2016) relèvent que l'efficacité de la cryothérapie n'est toujours pas démontrée^[28].

Certaines limites teintent les conclusions de notre étude. Nous n'avions pas de groupe contrôle ne recevant aucune intervention de cryothérapie. Un tel groupe aurait permis d'étudier avec plus de précision les effets à la fois de la NCS et de la glace sur la récupération. Concernant le choix de notre population, l'entorse latérale de la cheville est une blessure fréquente, ce qui nous a permis d'avoir une population homogène et a facilité la comparaison entre les groupes. Par contre, l'applicabilité de nos conclusions à d'autres populations s'en trouve réduite. Ensuite, dans notre groupe utilisant la glace, nous avons choisi d'appliquer la glace en élevant le membre inférieur et en enveloppant la cheville au complet avec des sacs de glace qui appliquaient également une compression. Nous ne pouvons donc pas isoler les effets de la glace des effets potentiels d'une élévation et d'une compression, qui n'étaient pas appliqués pour le groupe NCS. Cette façon de faire nous a par contre permis de tester la pertinence de la NCS en comparaison avec le traitement encore le plus répandu, soit le protocole RICE. Finalement, concernant les paramètres d'application de la NCS, la méthode optimale n'est pas connue. Il est légitime de se demander si, dans notre étude, une augmentation de la fréquence d'application pendant les premiers jours aurait mené à une plus grande efficacité de la NCS, en comparaison avec la glace.

CONCLUSION

D'après les résultats de notre étude, nous pouvons conclure que la neurocryostimulation (NCS) appliquée selon notre protocole n'est pas plus efficace que la glace pour améliorer la récupération fonctionnelle, la douleur, l'œdème et l'amplitude de mouvement chez une population de patients en traitement de physiothérapie pour une entorse latérale de la cheville dans les six premières semaines.

D'autres essais cliniques randomisés, avec d'autres populations, d'autres blessures ou pathologies, et d'autres protocoles d'application de la NCS, seraient utiles pour mieux juger de la pertinence de cette modalité thérapeutique. Des études sur la NCS ou même simplement sur la glace avec un véritable groupe contrôle sans aucune cryothérapie seraient des plus pertinentes. Finalement, dans l'état des connaissances actuelles, le seul avantage probant que la NCS conserve sur la glace est sa rapidité d'exécution : sa durée d'application tourne autour de 2 minutes, comparative-ment aux 10, 15, voire 20 minutes habituellement proposées avec la glace. ●

Cette étude a été rendue possible grâce à la participation financière des compagnies Atlas Medic et Cryofos Medical GmbH, une subvention du CIRIS et une bourse d'études de maîtrise de l'OPPO.

RÉFÉRENCES

- 1 van den Bekerom, M.P., G.M. Kerkhoffs, G.A. McCollum, J.D. Calder et C.N. van Dijk. "Management of acute lateral ankle ligament injury in the athlete," *Knee surgery, sports traumatology, arthroscopy: official journal of the ESSKA*, juin 2013, vol. 21, n° 6, p. 1390-1395.
- 2 Doherty, C., E. Delahunt, B. Caulfield, J. Hertel, J. Ryan et C. Bleakley. "The incidence and prevalence of ankle sprain injury: a systematic review and meta-analysis of prospective epidemiological studies," *Sports medicine*, janvier 2014, vol. 44, n° 1, p. 123-140.
- 3 Verhagen, E.A., W. van Mechelen et W. de Vente. "The effect of preventive measures on the incidence of ankle sprains," *Clinical journal of sport medicine: official journal of the Canadian Academy of Sport Medicine*, octobre 2000, vol. 10, n° 4, p. 291-296.
- 4 Kerkhoffs, G.M., M. van den Bekerom, L.A. Elders et autres. "Diagnosis, treatment and prevention of ankle sprains: an evidence-based clinical guideline," *British journal of sports medicine*, septembre 2012, vol. 46, n° 12, p. 854-860.
- 5 Tiemstra, J.D. "Update on acute ankle sprains," *American family physician*, 15 juin 2012, vol. 85, n° 12, p. 1170-1176.
- 6 Chaudhry, H., N. Simunovic et B. Petrisor. "Cochrane in CORR (R): surgical versus conservative treatment for acute injuries of the lateral ligament complex of the ankle in adults (review)," *Clin Orthop Relat Res*, janvier 2015, vol. 473, n° 1, p. 17-22.
- 7 Vuurberg, G., A. Hoorntje, L.M. Wink et autres. "Diagnosis, treatment and prevention of ankle sprains: update of an evidence-based clinical guideline," *British journal of sports medicine*, 7 mars 2018, vol. 52, n° 15.
- 8 Doherty, C., C. Bleakley, E. Delahunt et S. Holden. "Treatment and prevention of acute and recurrent ankle sprain: an overview of systematic reviews with meta-analysis," *British journal of sports medicine*, janvier 2017, vol. 51, n° 2, p. 113-125.
- 9 Bleakley, C., S. McDonough et D. MacAuley. "The use of ice in the treatment of acute soft-tissue injury: a systematic review of randomized controlled trials," *The American journal of sports medicine*, janvier-février 2004, vol. 32, n° 1, p. 251-261.
- 10 MacAuley, D. "Ice therapy: how good is the evidence?" *Int J Sports Med*, 2001, vol. 22, p. 379-384.
- 11 Mourot, L., C. Cluzeau et J. Regnard. "Hyperbaric gaseous cryotherapy: effects on skin temperature and systemic vasoconstriction," *Archives of physical medicine and rehabilitation*, octobre 2007, vol. 88, n° 10, p. 1339-1343.
- 12 Mourot, L., C. Cluzeau et J. Regnard. [Physiological assessment of a gaseous cryotherapy device: thermal effects and changes in cardiovascular autonomic control]. *Annales de réadaptation et de médecine physique : revue scientifique de la Société française de rééducation fonctionnelle, de réadaptation et de médecine physique*, mai 2007, vol. 50, n° 4, p. 209-217.
- 13 Demoulin, C., M. Brouwers, S. Darot, P. Gillet, J.M. Crielaard et M. Vanderthommen. "Comparison of gaseous cryotherapy with more traditional forms of cryotherapy following total knee arthroplasty," *Ann Phys Rehabil Med*, mai 2012, vol. 55, n° 4, p. 229-240.
- 14 Chatap, G., A. De Sousa, K. Giraud, J.P. Vincent et l'Acute Pain in the Elderly Study Group. "Pain in the elderly: Prospective study of hyperbaric CO₂ cryotherapy (neurocryostimulation)," *Joint Bone Spine*, décembre 2007, vol. 74, n° 6, p. 617-621.
- 15 Klein, M.J. "Superficial Heat and Cold," *Medscape*, 12 septembre 2017.
- 16 Binkley, J., P. Stratford, S. Lott et D. Riddle. "The lower extremity functional scale (LEFS) Scale Development, Measurement Properties, and Clinical Application," *Phys Ther*, 1999, vol. 79, n° 4, p. 371-383.
- 17 Alcock, G.K. et P.W. Stratford. "Validation of the lower extremity functional scale on athletic subjects with ankle sprains," *Physiotherapy Canada*, automne 2002, p. 233-240.
- 18 René, F., L. Casimiro, M. Tremblay et autres. « Fiabilité test retest et validité de construit de la version française de L'Échelle fonctionnelle des membres inférieurs (ÉFMI), partie II », *Physiotherapy Canada*, printemps 2011, vol. 63, n° 2, p. 249-255.
- 19 René, F., L. Casimiro, M. Tremblay et autres. « Une version canadienne-française du Lower Extremity Functional Scale (LEFS) : L'Échelle fonctionnelle des membres inférieurs (ÉFMI), partie I », *Physiotherapy Canada*, printemps 2011, vol. 63, n° 2, p. 242-248.
- 20 Karcioglu, O., H. Topacoglu, O. Dikme et O. Dikme. "A systematic review of the pain scales in adults: Which to use?" *The American journal of emergency medicine*, avril 2018, vol. 36, n° 4, p. 707-714.
- 21 Peterson, E.J., S.M. Irish, C.L. Lyons et autres. "Reliability of Water Volumetry and the Figure of Eight Method on Subjects With Ankle Joint Swelling," *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 1^{er} octobre 1999, vol. 29, n° 10, p. 609-615.
- 22 Powden, C.J., J.M. Hoch et M.C. Hoch. "Reliability and minimal detectable change of the weight-bearing lunge test: A systematic review," *Man Ther*, 29 janvier 2015, vol. 20, n° 4, p. 524-532.
- 23 Petersen, W., I.V. Rembitzki, A.G. Koppenburg et autres. "Treatment of acute ankle ligament injuries: a systematic review," *Arch Orthop Trauma Surg*, août 2013, vol. 133, n° 8, p. 1129-1141.
- 24 Mehta, S.P., A. Fulton, C. Quach, M. Thistle, C. Toledo et N.A. Evans. "Measurement Properties of the Lower Extremity Functional Scale: A Systematic Review," *J Orthop Sports Phys Ther*, mars 2016, vol. 46, n° 3, p. 200-216.
- 25 Prins, J.C., J.H. Stubbe, N.L. van Meeteren, F.A. Scheffers et M.C. van Dongen. "Feasibility and preliminary effectiveness of ice therapy in patients with an acute tear in the gastrocnemius muscle: a pilot randomized controlled trial," *Clinical Rehabilitation*, 1^{er} mai 2011, vol. 25, n° 5, p. 433-441.
- 26 Collins, N.C. "Is ice right? Does cryotherapy improve outcome for acute soft tissue injury?" *Emergency Medicine Journal*, 1^{er} février 2008, vol. 25, n° 2, p. 65-68.
- 27 Hubbard, T.J. et C.R. Denegar. "Does Cryotherapy Improve Outcomes With Soft Tissue Injury?" *J Athl Train*, septembre 2004, vol. 39, n° 3, p. 278-279.
- 28 Yu, H., K. Randhawa, P. Côté et C. Optima. "The Effectiveness of Physical Agents for Lower-Limb Soft Tissue Injuries: A Systematic Review," *J Orthop Sports Phys Ther*, juillet 2016, vol. 46, n° 7, p. 523-554.

- a Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRIS), Québec
 b Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval, Québec
 c Département de radiologie, Faculté de médecine, Université Laval, Québec
 d Défense nationale du Canada

Téléréadaptation : coûts et changements organisationnels



Par

Tanya Marchand,
pht, M. Sc.,
CHUM



Filicia Gordon,
pht, M. Sc.,
CISSS des Laurentides



Dahlia Kairy, pht,
Ph. D., professeure
agrégée au programme
de physiothérapie de
l'Université de Montréal
et chercheuse au CRIR

La téléréadaptation (TR) est une technologie qui représente une solution prometteuse pour favoriser l'accès aux soins pour les patients habitant en région éloignée ou ayant des difficultés à se déplacer en clinique^[1]. Ayant démontré son efficacité dans le cadre de plusieurs études, elle a suscité l'intérêt des politiciens et des directeurs du système de santé et l'on considère désormais de plus en plus son utilisation^[2,3].

Toutefois, malgré plusieurs études s'intéressant à l'efficacité de cette modalité, peu d'entre elles s'attardent à l'évaluation des coûts qui y sont réellement associés. Pourtant, cet argument est souvent utilisé pour en justifier l'implantation^[4]. D'autre part, plusieurs facteurs sont à prendre en compte pour réussir l'implantation et l'utilisation prolongée d'une technologie émergente en milieu clinique et à domicile^[5]. À cet égard, les gestionnaires et les intervenants chargés de projets n'ont pas de directives précises pour favoriser la pérennisation.

Devant ces deux problématiques, il est important d'analyser davantage cette technologie sous l'angle financier et l'angle du changement organisationnel. Cet article présente une synthèse de la littérature récente au sujet des coûts et des changements réels associés à la TR, afin d'outiller les gestionnaires dans leur prise de décisions.

MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Les bases de données Medline et Pubmed ont été consultées pour cette revue de la littérature – qui fait suite à la revue systématique de Kairy et autres, publiée en 2009^[2] – effectuée dans le cadre de notre projet d'intégration clinique pour la maîtrise. Les articles publiés en français et en anglais après 2007 ont donc été considérés. Ont été exclus les articles traitant exclusivement de troubles mentaux ou de la phase développementale de la technologie, qui n'avaient aucun support visuel ou qui présentaient seulement la validité protocolaire ou l'efficacité.

RÉSULTATS DE LA RECENSION

En respectant ces critères, 16 articles traitant des coûts et 40 autres portant sur les changements organisationnels ont été analysés.

Principaux résultats liés aux coûts

Malgré quelques études pertinentes publiées dans les dernières années, la littérature scientifique demeure insuffisante pour déterminer avec confiance si l'instauration d'un programme de TR est avantageuse financièrement. Toutefois, les études s'entendent sur le fait que l'utilisation de cette technologie assure un meilleur accès aux soins pour les patients habitant en région éloignée^[1]. La majorité des études concluent également que plus la distance à parcourir pour prodiguer des soins est grande, plus la fréquence d'utilisation de la plateforme de TR est élevée et, par conséquent, plus la TR devient rentable. Finalement, quelques études s'intéressent aux profits réalisés grâce à la prévention d'hospitalisations chez une clientèle ciblée atteinte d'une maladie pulmonaire obstructive chronique ou cardiaque. Toutefois, malgré des résultats prometteurs, la littérature ne permet pas de déterminer avec certitude si ces modèles préventifs sont financièrement avantageux.

Principaux résultats liés aux changements organisationnels

La TR est actuellement un sujet de recherche en essor, mais il n'y a aucun consensus quant au protocole ou aux équipements à utiliser, ce qui nuit à la planification de l'implantation et à la généralisation de l'utilisation de la TR dans les services de physiothérapie^[3,6]. Toutefois, en regard de cette analyse, il est maintenant possible d'utiliser cette technologie prometteuse pour prodiguer des soins de réadaptation et favoriser un meilleur accès aux soins en prenant en compte plusieurs éléments^[3]. L'aspect de la mobilisation organisationnelle est important à considérer pour toutes les étapes entourant le développement et l'intégration de la TR aux pratiques cliniques, ainsi que la réorganisation des méthodes de travail. Il est primordial que les différentes organisations de professionnels impliquées au sein des processus de rééducation des patients manifestent une forte cohésion et



une bonne collaboration^[7]. Enfin, les intervenants concernés doivent aussi être mobilisés en faveur de l'utilisation de la TR si l'on veut encourager sa pérennité et son utilisation pertinente dans le continuum de soins^[8].

DISCUSSION

En considérant plusieurs éléments importants, il est possible d'utiliser cette technologie prometteuse pour prodiguer des soins de réadaptation et favoriser un meilleur accès aux soins^[3].

RECOMMANDATIONS AUX GESTIONNAIRES

Coûts

Afin de prendre une décision éclairée, le gestionnaire devra analyser des études de qualité ayant des perspectives, des clientèles et des objectifs similaires à ceux de son projet. En l'absence de littérature pertinente, il devra redoubler de prudence et bien évaluer les coûts associés au programme. Au minimum, une estimation des frais pour l'achat et l'entretien du matériel, l'assistance technique ainsi que les coûts de formation du personnel devront être estimés. Une estimation de la fréquence d'utilisation par client ainsi que des économies réalisées en frais de transport est également primordiale. Ainsi, le gestionnaire pourra évaluer si les bénéfices engendrés par le programme surpassent les dépenses qui y sont associées. Finalement, le gestionnaire pourra se questionner sur les bénéfices engendrés par l'utilisation de la TR pour traiter les patients vivant en milieu éloigné et n'ayant autrement pas accès aux soins. Évidemment, si le programme est implanté, un suivi des dépenses, des pertes ou des profits devra être fait et analysé a posteriori.

Changements organisationnels

Le système utilisé devra être choisi en fonction du projet et des ressources disponibles, tout en réévaluant fréquemment les processus à l'aide de rétroactions des utilisateurs. Il est essentiel que les gestionnaires soient activement mobilisés pour choisir un système de TR pratique et peu complexe et fournir une formation adéquate aux utilisateurs^[3,7]. Une collaboration efficiente est

nécessaire entre les différents paliers de direction, les fournisseurs et les utilisateurs concernés. Enfin, les intervenants devront faire preuve de leadership et d'une communication interprofessionnelle efficace pour soutenir l'intégration de la TR aux habitudes de travail.

LIMITES

Seulement deux bases de données ont été consultées pour cette analyse. Les études avaient de petits échantillons et un court suivi dans le temps. Les articles analysés étaient hétérogènes, caractérisés par des devis et des populations différentes. Plusieurs études rapportaient des coûts incomplets, analysaient des perspectives différentes et peu d'entre elles s'intéressaient aux coûts potentiellement évités grâce à la prévention. Enfin, étant donné la complexité du sujet et la variabilité dans la terminologie utilisée dans ce domaine en émergence, il est possible que certains articles n'aient pas été répertoriés. ●

RÉFÉRENCES

- 1 Tellier, J. *Implantation de la téléadaptation : exploration de la perspective de l'utilisateur*, 2016.
- 2 Kairy, D., P. Lehoux, C. Vincent et M. Visintin. "A systematic review of clinical outcomes, clinical process, healthcare utilization and costs associated with telerehabilitation", *Disabil Rehabil*, 2009, vol. 31, n° 6, p. 427-447.
- 3 Peretti, A., F. Amenta, S.K. Tayebati, G. Nittari et S.S. Mahdi. "Telerehabilitation: Review of the State-of-the-Art and Areas of Application", *JMIR Rehabil Assist Technol*, 2017, vol. 4, n° 2, p. e7.
- 4 Parmanto, B. et A. Saptano. "Telerehabilitation: State-of-the-Art from an Informatics Perspective", *Int J Telerehabil*, 2009, vol. 1, n° 1, p. 73-84.
- 5 Marzano, G., V. Lubkina et G. Stafeckis. "Some Reflections on Designing Effective Social Telerehabilitation Services for Older Adults", *Int J Telerehabil*, 2016, vol. 8, n° 2, p. 3-8.
- 6 Flodgren, G., A. Rachas, A.J. Farmer, M. Inzitari et S. Shepperd. "Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes", *Cochrane Database Syst Rev*, 2015, n° 9, p. CD002098.
- 7 Schmeler, M.R., R.M. Schein, M. McCue et K. Betz. "Telerehabilitation clinical and vocational applications for assistive technology: research, opportunities, and challenges", *Int J Telerehabil*, 2009, vol. 1, n° 1, p. 59-72.
- 8 Bodker, M. et A. Juul Nielsen. "Providing rehabilitation online—invisible work and diagnostic agents", *J Health Organ Manag*, 2015, vol. 29, n° 7, p. 948-964.

Congrès de physiothérapie Montréal18 : un événement riche en contenu et en rencontres

Du 1^{er} au 3 novembre 2018 avait lieu le Congrès de physiothérapie Montréal18 au Palais des congrès de Montréal. Cet événement d'envergure nationale, organisé en partenariat avec l'Association de physiothérapie du Canada (ACP) et l'Association québécoise de physiothérapie (AQP), a permis de rassembler près de 1 000 professionnels de la physiothérapie de partout au Canada, dont 500 membres de l'OPPQ.



Source : Nicola-Frank Vachon

Alors que le thème de l'innovation en physiothérapie comptait parmi la panoplie de sujets abordés, le coup d'envoi a été donné de manière inspirante par M. Bernard Petiot, vice-président Casting et Performance au Cirque du Soleil. Le haut niveau d'innovation et de créativité de ce fleuron québécois de renommée internationale a ancré le discours d'ouverture du congrès Montréal18.

Pertinentes et adaptées aux champs d'intérêt variés des participants, la centaine d'activités présentées (conférences, séances et ateliers) étaient d'une qualité remarquable. Aux dires des participants, le défi résidait dans les choix auxquels ils étaient confrontés. Avec ses quelque 70 heures de conférences et ses 75 affiches électroniques, la programmation était pour le moins riche en contenu !

Mentionnons aussi que cette programmation portait sur de nombreux domaines de la physiothérapie, qu'ils soient émergents ou bien implantés dans la pratique. Les conférenciers, des experts venus des quatre coins du pays, ont su mettre en valeur le rôle et la place des professionnels de la physiothérapie dans le système de santé québécois et canadien. La séance plénière portant sur la crise des opioïdes en était un bel exemple.

« Montréal18 s'est révélée une expérience réussie pour l'OPPQ, l'ACP et l'AQP et nous sommes très heureux d'avoir pris part à l'organisation de ce congrès historique. »



Source : Nicola-Frank Vachon

« Les conférenciers, des experts venus des quatre coins du pays, ont su mettre en valeur le rôle et la place des professionnels de la physiothérapie dans le système de santé québécois et canadien. »

PARTAGER SES EXPÉRIENCES AVEC DES COLLÈGUES

Montréal18 fut par ailleurs une formidable occasion d'échanger avec des pairs et de rencontrer les 80 exposants présents. Nous profitons de cette tribune pour les remercier de leur généreuse contribution à la réussite de ce rassemblement.

Plusieurs activités philanthropiques ont permis de recueillir des dons pour la Fondation de la physiothérapie du Canada (FPC). En tout, ce sont près de 30 000 \$ qui ont été amassés pour soutenir la recherche en physiothérapie au Canada ! Parmi les activités de la FPC, soulignons la divertissante soirée à saveur locale mettant en vedette des danseurs professionnels de swing.

Enfin, Montréal18 s'est révélée une expérience réussie pour l'OPPO, l'ACP et l'AQP et nous sommes très heureux d'avoir pris part à l'organisation de ce congrès historique. Notre équipe s'affaire à présent à préparer l'édition 2019 de son événement annuel de développement professionnel, *Physiothérapie 360°*.

Nous espérons vivement vous retrouver les 9 et 10 novembre 2019 au Palais des congrès de Montréal, comme conférencier ou comme participant !

C'est un rendez-vous! ●



Source : Nicola-Frank Vachon



Source : Nicola-Frank Vachon

Les distingués lauréats de 2018

PRIX CAROL-L.-RICHARDS

Cette prestigieuse distinction reconnaît le parcours exceptionnel d'un professionnel de la physiothérapie qui s'illustre par son leadership, sa capacité à mettre en œuvre des projets ou des recherches d'envergure et son engagement profond à faire rayonner la physiothérapie au Québec et ailleurs.

Remise du prix Carol-L.-Richards le 3 novembre 2018 lors du Congrès de physiothérapie Montréal18.
De gauche à droite : M. Denis Pelletier, pht, M. Sc. président de l'OPPQ, M^{me} Chantal Dumoulin, pht, Ph. D., lauréate 2018, et M^{me} Elaine Maheu, lauréate du prix Carol-L.-Richards 2017.



Source : Nicole-Frank/Vaction

LE PRIX CAROL-L.-RICHARDS A ÉTÉ DÉCERNÉ À CHANTAL DUMOULIN, pht, Ph. D.

Investie dans la lutte contre le tabou qui entoure l'incontinence chez la femme, M^{me} Chantal Dumoulin mène une carrière inspirante en physiothérapie dans le domaine de la rééducation périnéale et pelvienne. Par ses activités de chercheuse, de clinicienne, de professeure et de directrice de programme, elle a largement contribué à l'avancement de la pratique tout en poursuivant son engagement envers la relève et le rayonnement scientifique. Elle a fait du mieux-être des femmes incontinentes une véritable mission.

PRIX MÉRITE DU CIQ

Le prix Mérite du CIQ est décerné par le Conseil interprofessionnel du Québec à un professionnel de la physiothérapie qui s'est distingué au sein de sa profession et de son ordre professionnel.



Remise du prix Mérite du CIQ à Carolle Lavallée, pht, le 25 octobre 2018 lors du Colloque québécois de la réadaptation physique 2018. De gauche à droite : M^{me} Anne Beauchamp, présidente-directrice générale de l'Hôpital de réadaptation Villa Medica ; M^{me} Chantal Besner, vice-présidente physiothérapeute de l'OPPQ ; M^{me} Carolle Lavallée, physiothérapeute et récipiendaire du prix ; M^{me} Danielle Boué, vice-présidente du CIQ et présidente de l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec.

CAROLLE LAVALLÉE, pht, REÇOIT LE PRIX MÉRITE DU CIQ 2018

M^{me} Carolle Lavallée est une physiothérapeute chevronnée qui possède une grande expertise clinique en neurologie. Désireuse d'améliorer la compétence des praticiens et l'exercice de la physiothérapie, elle s'investit depuis de nombreuses années tant dans l'enseignement qu'à titre de conférencière. Elle est coordonnatrice de la qualité des pratiques professionnelles à l'hôpital de réadaptation Villa Medica. Très engagée au sein de l'Ordre, elle est membre du comité d'inspection professionnelle depuis 12 ans. La crédibilité dont elle jouit dans son milieu s'appuie sur son grand sens de l'intégrité et de l'éthique. Son parcours et sa contribution au rayonnement et à l'avancement de la profession sont salués par la remise de ce prix.



Source : CQRP2018



Prix Carol-L.-Richards

MÉDAILLE RÉALISÉE PAR
MARIE-ÈVE MARTIN, JOAILLIÈRE
ET PROFESSEURE DE JOAILLERIE
DE MONTRÉAL

PRIX EXCELLENCE

Les prix Excellence de l'OPPQ sont décernés chaque année à deux membres : un physiothérapeute et un thérapeute en réadaptation physique. Ils font connaître les réalisations en physiothérapie, soulignent la motivation et la participation des membres et leur contribution au rayonnement de la profession.



ALAIN GAUMOND, pht , M. Sc. LAURÉAT DU PRIX EXCELLENCE — PHYSIOTHÉRAPEUTE 2018

Praticien du transfert de connaissances et créateur de projets sur les pratiques émergentes en physiothérapie depuis 25 ans, M. Alain Gaumond est depuis ses débuts préoccupé par la santé des patients et des professionnels de la santé. Expert de la « Pleine conscience » adaptée à la physiothérapie, il est aussi l'artisan de la première clinique de la douleur des Forces armées canadiennes au Québec. Motivé par le désir d'optimiser l'efficacité des traitements en physiothérapie, il se dévoue pour améliorer la santé physique et psychologique des personnes aux prises avec la douleur.



M. Gaumond a reçu le prix Excellence – physiothérapeute le 14 novembre 2018, lors de l'assemblée générale annuelle de l'OPPQ, des mains de M. Denis Pelletier, président de l'OPPQ (à gauche).

VÉRONIQUE BLAIS, T.R.P. LAURÉATE DU PRIX EXCELLENCE — THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

Œuvrant pendant deux ans à l'Association pulmonaire du Québec, M^{me} Blais a participé en 2017 à l'inauguration à Montréal du premier centre communautaire d'enseignement et de réadaptation pulmonaire. Elle y a coordonné les services d'une équipe multidisciplinaire qui offre un programme de huit semaines adapté aux personnes atteintes de maladies respiratoires. Ce projet novateur réalisé en collaboration avec le milieu hospitalier (CHUM et HMR) répond à une demande croissante et contribue grandement à améliorer la qualité de vie des participants.



Le prix Excellence – thérapeute en réadaptation physique a été remis à M^{me} Véronique Blais le 14 novembre 2018, lors de l'assemblée générale annuelle de l'OPPQ, par M. Denis Pelletier, président de l'OPPQ (à gauche).

Année 2018-2019

Récipiendaires de bourses et subventions du Fonds de recherche clinique de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec

SUBVENTION DE STAGE EN RECHERCHE CLINIQUE — T.R.P.



RÉCIPIENDAIRE	TITRE DU PROJET	SUBVENTION
Élyse Roussel	Neurostimulation magnétique non invasive du cerveau : un adjuvant à la physiothérapie en douleur chronique	7 500 \$

SUBVENTION DE STAGE EN RECHERCHE CLINIQUE — pht



RÉCIPIENDAIRE	TITRE DU PROJET	SUBVENTION
Josiane Lemaire	Impact d'un changement d'excitabilité corticale sur l'équilibre debout et la marche suite à un traumatisme crânien	7 500 \$



Pierre François Tremblay Labrecque	Validation du test <i>1 minute sit-to-stand</i> dans la maladie pulmonaire interstitielle	7 500 \$
---	---	----------

SUBVENTION — PROJET DE RECHERCHE EN MILIEU CLINIQUE



RÉCIPIENDAIRE	TITRE DU PROJET	SUBVENTION
Violaine Lavoie	Étude pilote de faisabilité et de mesure des effets cliniques d'une intervention novatrice en téléadaptation pour améliorer la capacité fonctionnelle et la qualité de vie de personnes atteintes de la maladie de Parkinson avec histoire de chute	7 500 \$



Michaël Morin	Efficacité du programme de réadaptation post-reconstruction du ligament croisé antérieur du Programme Rouge et Or de l'Université Laval auprès d'athlètes amateurs : un essai clinique randomisé	7 500 \$
----------------------	--	----------

BOURSE D'ÉTUDES DE MAÎTRISE DE TYPE RECHERCHE



RÉCIPIENDAIRE	TITRE DU PROJET	BOURSE
Justine Benoit-Piau	Test fonctionnel et activité musculaire des stabilisateurs lombo-pelviens pour prédire les blessures chez les danseurs de ballet professionnels et préprofessionnels	7 500 \$



Rose Gagnon	Impacts de l'offre de services en physiothérapie au sein d'une urgence québécoise — Essai clinique randomisé	7 500 \$
--------------------	--	----------

BOURSE D'ÉTUDES DE MAÎTRISE DE TYPE RECHERCHE (suite)



RÉCIPIENDAIRE	TITRE DU PROJET	BOURSE
Marianne Roos	<i>Why does my shoulder hurt? Identifying factors associated with the presence of pain in individuals with full thickness rotator cuff tears</i>	5 000 \$

BOURSE D'ÉTUDES DE DOCTORAT DE TYPE RECHERCHE



RÉCIPIENDAIRE	TITRE DU PROJET	BOURSE
Sarah Marshall	<i>Exploring attitudes and beliefs of university professors about the role of classroom educator in a physical therapy education program</i>	7 500 \$

SUBVENTION DE RECHERCHE EN PARTENARIAT OPPQ-REPAR



RÉCIPIENDAIRE	TITRE DU PROJET	SUBVENTION
Pierre Langevin	<i>Cervico-vestibular rehabilitation for mild traumatic brain injury—a randomized clinical trial</i>	OPPQ : 7 500 \$ REPAR : 7 500 \$



Le Yu Liu	<i>Real-time avatar-based feedback to enhance the symmetry of gait in stroke survivors</i>	OPPQ : 7 427,50 \$ REPAR : 7 427,50 \$
------------------	--	---



L'assurance entreprise de La Personnelle

Adaptée à la réalité des physiothérapeutes propriétaires

Votre clinique est unique. C'est pourquoi nous vous offrons des protections d'assurance adaptées à vos activités, en plus de votre tarif de groupe exclusif.



Demandez une soumission et économisez!
1 800 307-2278



Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec



laPersonnelle
Assureur de groupe auto, habitation et entreprise
Tarifs de groupe. Service unique.

La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. Certaines conditions s'appliquent.



Bourses et subventions en recherche clinique

PROMOUVOIR LA RECHERCHE CLINIQUE EN PHYSIOTHÉRAPIE ET LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

Concours OPPQ

BOURSES ET SUBVENTIONS DE 7 500 \$ CHACUNE

31

DATE LIMITE DE SOUMISSION : 31 JANVIER 2019

À QUI S'ADRESSE CE CONCOURS ?

Aux physiothérapeutes et aux thérapeutes en réadaptation physique, membres réguliers de l'OPPQ.

POURQUOI Y PARTICIPER ?

- ✓ Pour s'initier au domaine de la recherche clinique.
- ✓ Pour contribuer au développement de la profession par des projets de recherche ayant des retombées sur la pratique clinique.
- ✓ Pour améliorer la pratique clinique de la physiothérapie par l'implantation de pratiques basées sur des données probantes.

BOURSES ET SUBVENTIONS DE L'OPPQ

- Bourses d'études de maîtrise de type recherche
- Bourses d'études de doctorat de type recherche
- Subventions – Projet de recherche en milieu clinique

LES PROJETS VISANT L'IMPLANTATION DE PRATIQUES CLINIQUES FONDÉES SUR DES DONNÉES PROBANTES SONT MAINTENANT ADMISSIBLES DANS CETTE CATÉGORIE DE SUBVENTIONS.

- Subventions de stage en recherche clinique – Physiothérapeute
- Subventions de stage en recherche clinique – T.R.P.

SOUMETTRE SA CANDIDATURE

Consultez les descriptions complètes, les critères d'admissibilité ainsi que les formulaires à remplir à www.oppq.qc.ca dans la zone « Connexion », à la rubrique « Bourses et subventions ».

Concours en partenariat OPPQ – REPAR

SUBVENTIONS DE 15 000 \$ CHACUNE

15

DATE LIMITE DE SOUMISSION : 15 FÉVRIER 2019

À QUI S'ADRESSE CE CONCOURS ?

Aux physiothérapeutes et aux thérapeutes en réadaptation physique œuvrant en milieu clinique, membres réguliers de l'OPPQ et membres collaborateurs ou étudiants du REPAR.

POURQUOI Y PARTICIPER ?

- ✓ Pour poursuivre des collaborations avec des chercheurs du Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR).
- ✓ Afin de réaliser des projets de recherche sur des problématiques ayant un fort potentiel d'amélioration de la pratique clinique du milieu.

SUBVENTIONS OPPQ – REPAR

- Deux subventions offertes en cofinancement.

SOUMETTRE SA CANDIDATURE

Consultez la description complète, les critères d'admissibilité ainsi que le formulaire à remplir à www.repar.ca.





L'ÉPARGNE POSITIVE

C'EST UN **REER+** DE 5 000 \$
POUR 63,27 \$* PAR PAIE

 **FONDS**
de solidarité FTQ

* Exemple basé sur l'année d'imposition 2018, pour une personne avec un revenu annuel imposable de 65 000 \$, ayant un taux d'imposition marginal de 37,1%, recevant 26 paies par année, dont les versements tiennent compte des économies d'impôt immédiates sur la paie. Les montants calculés sont des estimations qui peuvent varier selon votre situation fiscale. Veuillez lire le prospectus avant d'acheter des actions du Fonds de solidarité FTQ. Vous pouvez vous procurer un exemplaire du prospectus sur le site Web.fondsfq.com, auprès d'un responsable local ou aux bureaux du Fonds de solidarité FTQ. Les actions du Fonds de solidarité FTQ ne sont pas garanties, leur valeur fluctue et leur rendement passé n'est pas indicatif de leur rendement dans l'avenir. Les crédits d'impôt accordés aux actionnaires du Fonds de solidarité FTQ sont de 15% au Québec et de 15% au fédéral. Ils sont limités à 1500 \$ par année fiscale, ce qui correspond à l'achat d'actions du Fonds de solidarité FTQ d'un montant de 5000 \$.

Chantal Dumoulin

reçoit le prix Carol-L.-Richards 2018

Chantal Dumoulin a une mission : expliquer sur toutes les tribunes que l'incontinence ne fait pas partie du vieillissement normal. Celle qui reçoit le prix Carol-L.-Richards 2018 a passé sa vie à former des générations de professionnels et est devenue aujourd'hui une cheffe de file mondiale de la recherche en physiothérapie.



Appuyée par une famille qui lui a offert des bases solides, la lauréate du prix Carol-L.-Richards 2018 a su tôt que la relation d'aide occuperait une place centrale dans son parcours. Après des études en physiothérapie à l'Université McGill, son intérêt pour œuvrer auprès des enfants l'a amenée à travailler à l'hôpital Sainte-Justine. Toutefois, c'est au département d'obstétrique que Chantal Dumoulin trouvera sa voie. Au terme d'une maîtrise en rééducation périnéale et guidée par des experts dans son domaine, elle participera à des projets de recherche résolument tournés vers les besoins des femmes.

Au tout début de sa carrière, Chantal Dumoulin a développé une innovation brevetée, un appareil qui sert à mesurer la force des muscles du plancher pelvien, lesquels sont responsables de prévenir les fuites d'urine. Le « dynamomètre de Montréal » est maintenant une référence partout dans le monde.

« Au terme d'une maîtrise en rééducation périnéale et guidée par des experts dans son domaine, elle participera à des projets de recherche résolument tournés vers les besoins des femmes. »

UNE PHYSIOTHÉRAPEUTE INNOVANTE

Pour déterminer vers quoi devaient s'orienter ses recherches, elle a utilisé une approche rare : la création d'un jury citoyen. Plus de 50 femmes ont d'abord écouté des experts (cliniciens et chercheurs) qui les ont informées de l'état des connaissances scientifiques au sujet des traitements de l'incontinence urinaire. Ensuite, elles se sont prononcées sur ce qui leur semblait être les priorités en recherche. Elles souhaitent voir poursuivre la recherche sur les traitements conservateurs (programmes d'exercices du plancher pelvien), mais elles ont également demandé la création de trucs et de conseils pouvant réduire leurs symptômes sans médication ni intervention chirurgicale.

« Plus de 50 % des femmes de 60 ans et plus sont touchées par l'incontinence urinaire. »

MENTOR POUR LA RELÈVE

En 2009, Chantal Dumoulin a mis sur pied le microprogramme en rééducation périnéale et pelvienne pour les étudiants de deuxième cycle au programme de maîtrise en physiothérapie de l'Université de Montréal ainsi que pour les physiothérapeutes diplômés, programme qu'elle dirige depuis ses débuts. Depuis sa création, 6 cohortes d'étudiants ont terminé le programme, soit plus de 130 physiothérapeutes qui offrent maintenant des services de rééducation périnéale dans la communauté. L'influence de Chantal Dumoulin a changé la vision généralement défaitiste sur l'incontinence de toute une génération de professionnels de la santé.

UN PARCOURS TEINTÉ D'HUMANISME

Véritable tabou, le problème de l'incontinence urinaire chez la femme peut compromettre la qualité de vie et la sexualité, mener à l'isolement, à la dépression et même à la perte d'autonomie. Grâce à sa chaleur, son écoute sans jugement, son ouverture et ses interventions vulgarisées sur ce sujet délicat et intime, elle a su gagner la confiance des femmes et les libérer de la honte et de la gêne occasionnées par cette problématique.

Depuis 10 ans, elle développe des outils (livre, DVD), multiplie les conférences grand public et intervient régulièrement dans les médias pour favoriser la diffusion de ses connaissances. Par ses activités de chercheuse, de clinicienne, de professeure et de directrice de programme, elle contribue à l'avancement de la pratique tout en poursuivant son engagement envers la relève et le rayonnement scientifique.

Saluant cet engagement et son parcours professionnel remarquable, l'OPPOQ lui a attribué le prix Carol-L.-Richards le 3 novembre 2018, lors du congrès de physiothérapie Montréal18.

CHANTAL DUMOULIN, pht, Ph. D.

Professeure titulaire à l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, directrice du microprogramme de deuxième cycle en rééducation périnéale et pelvienne, chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en santé urogynécologique et vieillissement, Chantal Dumoulin a développé un programme de recherche qui vise à mieux traiter les problématiques urogynécologiques chez la femme vieillissante (incontinence urinaire, descentes d'organes, syndrome d'atrophie vaginale, dysfonction sexuelle).

DE NOMBREUSES RÉALISATIONS ET UNE PRÉSENCE REMARQUÉE TANT AU QUÉBEC QU'À L'INTERNATIONAL

Ayant à son actif 60 publications dans des journaux scientifiques dont 3 revues Cochrane, 9 chapitres de livres, dont 2 guides internationaux sur les pratiques cliniques, 3 publications gouvernementales, 3 DVD d'enseignement utilisés à l'international pour la formation universitaire, 32 ateliers et plus de 58 conférences scientifiques nationales et internationales, Chantal Dumoulin étend sa zone d'influence à l'échelle mondiale dans le domaine de la physiothérapie. Elle fait partie de la communauté scientifique internationale à plusieurs titres :

- membre du conseil d'administration de l'International Continence Society (2008-2011);
- éditrice du Cochrane Incontinence Group (2012 à ce jour);
- éditrice de l'International Urogynecology Association Journal (2017 à ce jour);
- première auteure du chapitre portant sur les traitements conservateurs de l'International Consultation on Incontinence (2015 à ce jour);
- experte en réadaptation pour les guides de pratique clinique de l'Association européenne d'urologie (2018 à ce jour);
- experte en réadaptation de l'International Urogynecology Association Consultation (2018 à ce jour). ●

Coopération internationale et physiothérapie : survol d'une mission en Tanzanie

En 2018, le physiothérapeute montréalais Ryan Caplan a ajouté son nom à la liste des coopérants ayant participé à une mission en Tanzanie sous l'égide de l'organisme Terre Sans Frontières. Les trois semaines passées à l'hôpital de Kibosho dans la région du Kilimandjaro lui ont permis de prendre du recul par rapport à sa pratique et d'en revoir les fondements.



Source : Ryan Caplan

Ryan Caplan, pht, et **Daisy Villeneuve**, T.R.P., entourés de l'équipe de physiothérapeutes et de stagiaires à l'hôpital de Kibosho.

Enthousiasmé par la perspective de pratiquer la physiothérapie dans le cadre d'une mission internationale, le physiothérapeute et chef de la mission Tanzanie 2018 soutient que cette expérience a indéniablement changé sa pratique. « Dès mon retour, j'ai ressenti le besoin d'ouvrir ma propre pratique. J'ai transposé les leçons apprises en Tanzanie pour améliorer ma pratique ici, à Montréal. »

Inspiré par un rythme beaucoup plus lent où il est impératif de prendre son temps et de faire preuve de politesse en échangeant quelques propos aimables avant d'entreprendre une évaluation ou un traitement, Ryan Caplan a constaté qu'il devait s'ancrer dans le quotidien de son entourage afin d'atteindre ses objectifs de mission. Ce n'est qu'ainsi qu'il pouvait appuyer le renforcement des connaissances et des compétences des étudiants et des stagiaires en physiothérapie sous sa supervision. « Pour nous, c'est un manque d'efficacité ou de temps, mais pour eux, ça fait partie de leurs normes culturelles. » D'ailleurs, pour gagner leur respect, le physiothérapeute a appris quelques mots en swahili.

L'AVANT-PROJET

Après avoir amassé environ 7 000 \$ grâce à des activités de financement et participé à quelques rencontres préparatoires, dont l'une portant sur la culture tanzanienne, le physiothérapeute bénévole a foulé le sol de Moshi en Tanzanie en janvier 2018. On l'attendait à l'hôpital de Kibosho où il allait s'engager dans des activités d'enseignement et de formation auprès d'étudiants et de physiothérapeutes.

« J'ai transposé les leçons
apprises en Tanzanie
pour améliorer ma pratique
ici, à Montréal. »



Source : Ryan Caplan

« Bien vite, nous avons réalisé que certains aspects de la physiothérapie pouvaient être optimisés avec une prise en charge précoce, les bons exercices et un examen subjectif adéquat. »

CLIENTÈLES DIVERSIFIÉES

Au cours de sa mission, le coopérant a appris à se montrer flexible et à s'ouvrir aux mentalités et aux modes de vie de la population locale. Comme la physiothérapie est peu connue en Tanzanie, un volet important a été consacré à l'éducation de la population qui consulte davantage en orthopédie. « Bien vite, nous avons réalisé que certains aspects de la physiothérapie pouvaient être optimisés avec une prise en charge précoce, les bons exercices et un examen subjectif adéquat. » La clientèle traitée était très diversifiée, présentant tous les types de conditions : orthopédiques, rhumatologiques et neurologiques. Toutefois, les patients vus en urgence en raison de douleurs aiguës étaient les plus nombreux.

OBSERVER LA PRATIQUE AILLEURS ET EN TIRER DES LEÇONS

Malgré le choc culturel, la formidable expérience que vivent les coopérants sur le terrain est au cœur de nombreux apprentissages et interventions qui permettent de mieux faire connaître leur engagement et l'impact de telles missions auprès des populations ciblées.

« Je suis fier d'avoir participé à cette mission incroyable. J'espère que le récit de l'expérience que j'ai vécu en Tanzanie encouragera d'autres professionnels de la physiothérapie à se lancer dans un projet de coopération. »

Nous remercions l'organisme Terre Sans Frontières pour son soutien dans la réalisation du portrait de Ryan Caplan, pht.

LES MISSIONS DE PHYSIOTHÉRAPIE SANS FRONTIÈRES

- Offrir bénévolement des soins liés au domaine de la physiothérapie.
- Offrir des conseils sur la prévention et la promotion de la santé, de l'évaluation, du diagnostic, du traitement et de la réadaptation.

TERRE SANS FRONTIÈRES

Depuis 1998, Terre Sans Frontières envoie sur le terrain, dans des pays de l'hémisphère Sud, des bénévoles ayant une formation professionnelle ou technique, principalement dans le domaine de la santé, afin que leurs compétences soient partagées avec la population locale.

L'OBJECTIF : intervenir directement pour le mieux-être des personnes tout en favorisant le développement durable des compétences locales.



L'OPPQ fait rayonner la physiothérapie!

À l'occasion du Mois de la physiothérapie et de la Journée mondiale de la physiothérapie, l'OPPQ a déployé deux campagnes grand public afin de promouvoir notre discipline et ses professionnels. Diffusées sur les réseaux sociaux, ces campagnes avaient pour objectif de porter à la connaissance du public divers problèmes de santé traités en physiothérapie. Survol des résultats remarquables de ces deux campagnes ayant eu lieu en mai et septembre 2018.



MAI, LE MOIS DE LA PHYSIOTHÉRAPIE

Découvrir l'étendue du champ de pratique de la physiothérapie

QUAND?	1 ^{er} au 31 mai 2018
QUOI?	11 TÉMOIGNAGES VIDÉO DE PROFESSIONNELS DE LA PHYSIOTHÉRAPIE abordant plusieurs problèmes de santé que la physiothérapie peut aider à traiter, tels que l'arthrose, les blessures musculaires, les maux de dos ou encore les problèmes de développement moteur chez l'enfant.
OÙ?	Les réseaux sociaux, soit la page Facebook et le blogue de l'OPPQ.

RÉSULTATS¹

Les thématiques les plus appréciées du public

- 1 Problèmes de développement moteur chez l'enfant
- 2 Rééducation périnéale et pelvienne
- 3 AVC

- 396 000 personnes atteintes
- 152 800 visionnements de nos 11 vidéos
- 2 599 J'aime sur nos publications
- 1 780 partages de nos publications
- 234 commentaires sur nos publications

Quelques commentaires positifs publiés

- Un grand merci pour toutes vos bonnes informations!
- Merci du plus profond de mon cœur!! Cette vidéo me rappelle d'excellents souvenirs... Une physiothérapeute d'une qualité exceptionnelle.
- Merci à l'Ordre de publier de l'information. Je confirme que vos articles sont toujours bien rédigés et d'un contenu très juste. Je suis adjointe administrative et travaille depuis neuf ans pour la même clinique de physiothérapie. J'ai le privilège de voir des réussites incroyables. En fait, mon réel privilège est de travailler pour des physiothérapeutes très compétents et soucieux de continuellement parfaire leurs connaissances.

VOUS SOUHAITEZ VOIR NOS VIDÉOS?

Rendez-vous sur la page Facebook de l'OPPQ ou encore sur le blogue de l'OPPQ à cette adresse :

<https://oppq.qc.ca/blogue/physiotherapie-aider-bien-plus-ne-pensez/>

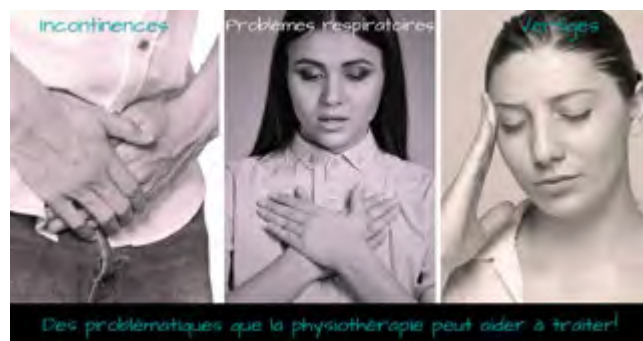


¹ Ces résultats sont issus de nos statistiques Facebook et de Google Analytics.

8 SEPTEMBRE, JOURNÉE MONDIALE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE

Des situations méconnues où la physiothérapie peut vous aider

QUAND?	8 septembre 2018
QUOI?	2 ARTICLES DE BLOGUE, 5 PUBLICATIONS FACEBOOK ET UN COMMUNIQUÉ DE PRESSE portant sur le rôle de la physiothérapie auprès des personnes souffrant de vertiges, d'incontinence ou de problèmes respiratoires.
OÙ?	Les réseaux sociaux, soit la page Facebook et le blogue de l'OPPQ.



RÉSULTATS

Les thématiques les plus appréciées du public

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1 L'incontinence | • 72 500 personnes atteintes |
| 2 Les vertiges | • 956 J'aime sur nos publications |
| 3 Les problèmes respiratoires | • 637 partages de nos publications |
| | • 158 commentaires sur nos publications |

Quelques commentaires positifs publiés

- Très bonne information. Bien utile à savoir. Merci.
- Tu devrais t'abonner à cette page Facebook, c'est intéressant.
- Très intéressant... on en apprend tous les jours.
- Je l'ignorais! Merci!



VOUS SOUHAITEZ VOIR NOS ARTICLES ?
Rendez-vous sur le blogue de l'OPPQ à cette adresse : <https://oppq.qc.ca/blogue/>



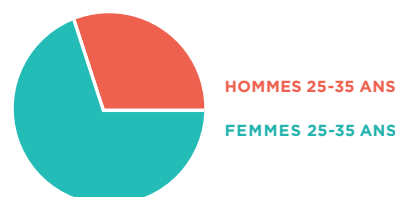
QUI CONSULTE NOTRE PAGE FACEBOOK ?

Les statistiques de la page Facebook de l'OPPQ nous permettent d'en apprendre plus sur les internautes qui consultent nos contenus et s'intéressent à la physiothérapie.

En bref

- Il s'agit majoritairement de femmes (70 %) âgées de 25 à 35 ans.
- Les hommes représentent 30 % du bassin d'internautes rejoints et se situent dans la même tranche d'âge.
- Les téléphones intelligents restent la technologie la plus utilisée pour consulter nos contenus.

Portrait des internautes consultant notre page Facebook



SAVIEZ-VOUS QUE LE BLOGUE DE L'OPPQ A MAINTENANT SON INFOLETTRE ?

Depuis le mois de juillet 2018, tout le monde peut s'abonner à la nouvelle infolettre du blogue de l'OPPQ. Cette infolettre permet de découvrir, une fois par mois, tous les articles publiés pendant cette période. Rappelons que ces contenus de grande qualité sont rédigés en collaboration avec des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique et qu'ils permettent à la population d'en apprendre plus sur tous les aspects de la physiothérapie.

N'hésitez pas à partager cette information et à vous inscrire : <https://oppq.qc.ca/blogue/>

Le saviez-vous ?



COMMENT RÉCUPÉRER VOTRE REÇU DE COTISATION 2018, VOS FACTURES, VOTRE CERTIFICAT D'ASSURANCE ET VOTRE CARTE DE MEMBRE ?

Vous pouvez les télécharger en tout temps à partir de votre compte en ligne sécurisé au **oppq.qc.ca** :

1 REÇU DE COTISATION ANNUELLE ET CERTIFICAT D'ASSURANCE

MON COMPTE

- MES INFORMATIONS
- MON ESPACE
- MES FACTURES & REÇUS

Deux onglets apparaîtront : « Factures » et « Reçus » (le certificat d'assurance se trouve dans le même document que votre reçu).

2 CARTE DE MEMBRE

MON COMPTE

- MES INFORMATIONS
- MON ESPACE
- MON PROFIL
- TÉLÉCHARGER MA CARTE DE MEMBRE



CHERS MEMBRES, AVEZ-VOUS DES QUESTIONS ?

Qu'elles concernent les règlements, votre activité professionnelle ou des situations ou enjeux de votre profession, **l'OPPQ peut vous aider.**

Le site Web de l'OPPQ regorge d'information accessible et pertinente. Certaines rubriques du site ont été conçues et développées précisément afin d'offrir information et soutien aux professionnels de la physiothérapie.

La foire aux questions a été élaborée à partir des questions qui sont fréquemment posées à l'Ordre par les membres et qui concernent divers aspects de la pratique ou de la réglementation.

Regroupées par thématiques, les réponses proposées sont générales et offertes à titre indicatif. Chaque membre est invité à contextualiser ces réponses en fonction du milieu dans lequel il évolue, selon les particularités des cas cliniques dont il a la responsabilité tout en exerçant son jugement professionnel.

VOICI QUELQUES PISTES POUR TROUVER RÉPONSE À VOS QUESTIONS

ÉTAPE 1

Rendez-vous au **oppq.qc.ca**



Le moteur de recherche identifié par la loupe vous permet de trouver rapidement ce que vous cherchez. Il suffit d'indiquer les mots-clés liés à votre recherche d'information.

ÉTAPE 2

Consultez la rubrique **MEMBRES**

- La « FAQ »
- La section « Politiques et règlements »
 - Fiches sur les activités réservées
 - Champ d'exercice
- La section « Actualités et dossiers »



Saviez-vous que des documents de référence relatifs à votre pratique professionnelle se trouvent dans la section sécurisée de votre profil ?

ALLEZ JETER UN COUP D'ŒIL !

<https://oppq.qc.ca/connexion/>

DES DOCUMENTS UTILES Y SONT AJOUTÉS RÉGULIÈREMENT.

INSCRIPTIONS – PHYSIOTHÉRAPEUTES

Amirali, Sarah	Danis Drouin, Julia	Laau-Laurin, Kim	Perrier, Jaëlle
Aumont Beaulieu, Éliane	Deegan, Ashley	Labonté, Alexandra	Petit, Melanie
Baehrel, François	Deguire Ouellet, Sophie	Laflamme Lefebvre, Coralie	Pichette-Auray, Adèle
Baker, Stephanie	Demers, Marie-Pier	Lalande, Julie	Piquès, Judy
Barros De Sa, Rafaela	Deschênes, Benjamin	Lamontagne, Marie-Pier	Poirier, Véronique
Bass, Alec	Diarra, Aïcha Myriam	Lamy, Nicolas	Provost, Maude
Battisti, Anne	Dion, Manuel	Lanciault, Audrey	Ragheb, Usama
Bazinet, Marc-Olivier	Dooley, Robert (Elliott)	Langis, Sarah-Audrey	Ramos Da Silva Vigira, Olga Sofia
Beaudoin, Elisabeth	Doucet, Gabriel	Lanoix, Émilie	Ratelle, Alexandra
Bednarczyk, Catherine	Doucet, Karine	Lapeyre, Charlotte	Robidas, Maxime
Belliveau, Julien	Dubois, Camille	Laplante, Eve	Robidoux, Olivier
Bernier Gravel, François	Dupont-Gauthier, Mélissa	Laplante-El Haïli, Youri	Rosenberg, Arlene
Bernier Gravel, Mathieu	Durand-Rouisse, Élodie	Lapointe, Simon	Roussel, Véronique
Bernier-Dionne, Laurie	Duret, Noël	Laprise, Audrey	Routhier, Mélanie
Bitton, Jacob	Dusablon, Jade	Laquerre, Marie-Ève	Saklas, Mitchell
Blache, Florian	El Dandachli, Monazah	Laramée, Antoine	Salvas, Aurélie
Blanchette, Mikhaëlla	El-Khoury, Rosy	Laroche, Arianne	Salvas, Marie-Pier
Bodnard, Camille	El-Maoula, Hussein Abdallah	Latraverse, Laurence	Sanchez, Tatiana
Boglietti, Manon	Farvocque, Steve	Lavigne, Ian	Sauriol, Camille
Bollok, Raghdah	Fonseca Faes Manhaes, Mariana	Le Du, Martin	Séguès, Lucas
Bonneau, Laurie-Anne	Fontaine, Alexandre	Leclerc-Valade, Alexandra	Selvarajah, Pavitha
Borduas, Myriam	Forget Besnard, Laurence	Legault-Cordisco, Vanessa	Simard, Tommy
Bouchard, Émilie	Fortin, Yann	Léger, Lynn	Sinto-Girouard, Philippe
Bouchard, Jean-Christophe	Fougères, Charlie	Lemieux, Sophie	Stafford-Richard, Théo
Bouffard, Marc-Antoine	Fournelle, Véronique	L'Espérance, Camée	Ste-Marie, Marjolaine
Bourdon, Valérie	Fournier, Frédéric	Lévesque, Caroline	St-Pierre, Catherine
Bourne, Yoko	Fournier, Kary-An	Lévesque, Frédéric	Tanguay, Jean-Raphaël
Brisson, Luc	Fréchette-Chaîné, Éliane	Lévesque, Valérie	Theofilos, Jennifer
Brodeur, Sarah	Gagneur, Marie	Lippi, William	Thivierge, Marie-Andrée
Carty, Camille	Gagnon, Dominique	Lirette, Virginie	Thivierge, Véronique
Castillo, Mauricio	Gareau, Mathieu	Llinares, Margaux	Tremblay, Louis-Philippe
Chamberland, Gabriel	Gougeon, Alexis	Louis-Aimé, Louise-Sabine	Tsai, Cheng Yueh
Champagne, Marion	Guénette, Audrey	Ma, Vi Thuy	Turcotte, Mariane
Chapdelaine, Camille	Guénette, Maude	Martel, Stéphanie	Turgeon, Caroline
Chapdelaine, Sarah	Guérard, Olivier	Mc Innis, Katherine	Vaillancourt, Simon
Charbonneau, Caroline	Hakim Algharib, Mireille	Ménard, Valérie	Vanier, Corinne
Charlebois, Camille	Held, Marlee	Mireault, Daniel	Vézina, Myriam
Chaumont, Isabelle	Hénault, Vincent	Morin-Lacoste, Marie-Julie	Vincent, Pierre-Olivier
Chaussé, Marie-Ève	Hince, Jennifer	Nadeau, Marie-Pierre	Voyer, Samuel
Chenel, Mélissa	Hogue-Harwood, Étienne	Naour, Wafaa	Vu, Anne Nhu Truc
Chevrier, Carolane	Hohly, Guillaume	Nicolau de Oliveira Barreira, Isabelle	Wahid, Jihane
Chin, Matthew	Hoteit, Fatme	Oliveira, Daniela	Wakana, Amanda
Coman, Sakina	Huynh, Lily Trang Thao	Panchal, Shashi	Wang, Qian Yu
Comptour, Andrea Marie	Imadine, Oumar	Pandey, Raju	Weber, Zachary
Comtois, Lorie	Jamshidi-Khorne, Aliashraf	Pascual, Fanny	Wilhelmy, Sarah
Conrad, Marie	Jiang, Jolin	Patel, Sanand	Wou, Eric
Cormier, Florence-Amélie	Jutras, Mylène	Pelletier, Roxanne	You, Raymond Penh
Cossette-Levasseur, Marianne	Kaufer, Rebecca	Pérez Rodriguez, Alicia	
Crook, Jamie	Kelly-Islam, Raphaël		

INSCRIPTIONS – THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

Allen, Alexandra	Beauregard, Frédérique	Boileau, Annie-Marie	Brisebois, Roxanne
Alphy, Jean-Damien	Bédard, Vanessa	Boily, Joëlle	Browne, Laliq
Alvarez-Lavoie, Alexandre	Bélanger, Bianca	Boissonneault, Jessica	Brûlé-Chenel, Maxime
Andrieux, Alexis	Bellemare, Marie-Pier	Boisvert, Alexandra	Brunet-Rose, Jessica
Aubut-Chapdeleine, Ania	Benaziza, Zhaky	Bonneau, Megan	Caron, Camille
Audet, Cynthia	Bérard, Elisabeth	Bora, Kim	Caron, Marianne
Audy-Servais, Justine	Berger, Marianne	Bouchard, Annie	Carpentier, Stéphanie
Auguste, Emmanuella	Bergeron, Émy	Bouchard, Lou	Carrier, Anne-Sophie T.
Aumais, Marie-Anka	Bergeron, Tiffany	Bouchard, Maude	Champoux-Dion, Audrey
Avril, Frédérique	Bernal Obando, Jessica	Bouchard, Maude-Sophie	Chapdelaine, Rébecca
Baron, Sarah-Jeanne	Bessette, Béatrice	Boudreau, Maude	Chapdelaine, Nicolas
Barrois, Aude	Bilodeau, Stéphanie	Bourgon, Lara-Catherine	Charpentier, Marie-Christine
Beaulieu, Dominique	Bisaillon, Audrey	Brassard, Léa	Chouinard, Jasmin

INSCRIPTIONS – THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE (suite)

Chrétien, Marie-Ève	Giroux, Roxanne	Lefebvre, Anouk	Perron, Lisanne
Cléments, Janie	Gonidou, Alizée	Lefebvre-Pelligrino, Salomé	Petitclerc, Andréanne
Cliche Boudreault, Martin	Grégoire, Jennifer	Lefrançois, Émilie	Picard, Jade
Côté, Delphine	Grenier, Mélina	Legand, Damien	Pierre-Goho, Alexandra
Côté, Élisabeth	Groleau, Valérie	Lemarié-Saulnier, Frédérique	Pilon, Carol-Ann
Côté, Marc-Olivier	Guénette, Noémi	Lemieux, Karolane	Pilote, Etienne
Coulombe, Léa	Guerrera, Marco	Lemonnier, Jeanne	Piquette, Myriam
Courtemanche, Amélie	Hamel, Sandrine	Lessard, Alexandre	Pothet, Tiphaine
Crête, Catherine	Harvey, Julie	Lessard, Laurence	Presseau, Frédéric
Dallaire, Ariane	Hébert, Catherine	Lin-Huang-Nin, Kevin	Proulx, Émilie
Dawson, Jenna	Henry, Valérie	Londei, Laura	Raymond-Flamand, Audrey
Deblois, Ethan	Imbeault, Thierry	Lussier, Emilie	Richard, Marie-Christine
Deland, Lara	Isabel, Vincent	Lussier, Laurie	Richer, Camay
Demers, Caroline	Jean, Tania	Maiorana, Louis	Riendeau, François
Deschênes, David C.	Jutras, Caroline	Maltais, Andréa	Rosario, Johnny
Desmeules, Élodie	Labelle, Amélie	Maltais, Cassandra	Rouselle, Élisabeth
Doré, Myriam	Lacroix, Emilie	Manaog-Yee, Robert Brandon	Roy-Boutin, Karolane
Dorion-Chénier, Gabrielle	Lacroix, Jennyfer	Mancuso, Felicia	Savard, Cathie
Dubé, Élisabeth	Laflamme, Amélie	Martineau, Charlie	Savard, Marianne
Duchesneau, Kim	Lafrenière, Johanie	Masson, Daphné	Sirard, Billy
Dugas, Ariane	Lagrandeur, Sara	Mathieu, Alicia	Sochynska, Tetyana Vasylyv
Dumais, Alex	Lalancette, Justine	Metelnitsky, Tatiana	St-Amand Gaudreault, Roxanne
Dumont, Pascale	Lamnini, Imane	Mignault-Gagnon, Laurianne	St-Cyr, Catherine T.
Faucher, Émilie	Landry, Adrienne	Miron, Xavier	St-Pierre, Andréanne
Fauteux, Sarah	Lapointe, Miriam	Mongrain, Etienne	Tétreault-Légaré, Marie-Michèle
Ferron, Roxane	Laquerre, Pierre-Marc	Morel, Matthieu	Thériault-Poulin, Mathilde
Fleury, Myriane	Laroche, Amy	Morissette, Roxanne	Tremblay, Marca-Lila
Flocco, Jessica	Larochelle, Emma	Nadeau-Benoit, Stéphanie	Tremblay, Rosaly
Forget, Geneviève	Larose, Marie-Ève	Nieto Alarcon, Rafael Antonio	Turcotte, Marie-Ève
Forget Portelance, Jessyane	Larouche, Geneviève	Nolet, Marie-Michelle	Vachon, Jenny-Lee
Fortier-Tousignant, Julien	Lazzerini, Lara	Oman, Camille	Vaillancourt, Samantha
Fournier, Caroline	Le Bœuf, Tiffanie Sarah	Ouellet, Samantha	Villeneuve, Laurie
Gagné, Karine	Le Houillier, Alexanne	Paradis, Mélissa	
Gaudreault, Marie-Ève	Lebel, Thomas	Paris, Frédérique	
Gauthier, Catherine	Lefebvre, Alexandre	Paul, Myriam	

INSCRIPTIONS – T.R.P. À PHYSIOTHÉRAPEUTE

Dubeau, Isabelle	Jarry, Gabrielle	Marchand, Tanya	Turgeon-Desroches, Jade
Gordon, Filicia	Jean-Joseph, Jérémie	Trottier, Charlene	

RÉINSCRIPTIONS

Abikhzer, Audrey	Dufort, Isabelle	Lacharité, Andréanne	Pelletier, Julie
Adam, Virginie	Elsabbagh, Lina	Lafond, Stephanie	Penido, Evangela
Andrade, Edja	Fiset, Marie-Hélène	Langlois, Stéphanie	Potvin, Marc-Alexandre
Applebaum, Eva	Frenette, Carole-Anne	Larose, Andrée-Anne	Racine, Marie-Eve
Baribeau, Kim	Gagnon, Véronique	Larouche, Marianne	Ramos, Joanne
Belisle, Eve-Lyne	Garceau, Marie-Pier	Leblanc, Geneviève	Rousseau, Marilyne
Bessette, Valérie	Gaudreault-Malépart, Gabrielle	Leclerc, Audrey	Savard, Kim
Bizier, Cynthia	Gauthier, Annie	Lee, Amanda	Schuster, James Michael
Bouchard, Marie-Ève	Gauthier, Érika	Lefebvre, Vanessa	St-Germain, Nathali
Brochu, Marilyne	Gilbert, Caroline	Levasseur, Lydia	Susser-Schacter, Peggy
Chevrette, Valérie	Gilbert, Cindy	Lortie, Natacha	Swick, Vicky
Cléophas, Didier	Gordon, Filicia	Mailhot, Caroline	Therrien, Catherine
Crewe, Catherine	Grenier, Sylvie	Martin, Nathacha	Turgeon, Émilie
Da Costa, Christina	Grenier-Potvin, Marie-Pierre	Mechim, Zeined	Valois-Desjardins, Adeline
Dallaire, Nathalie	Guillaume, Valérie	Mercier, Véronique	Varela Valle, Marco Antonio
Dansereau, Marie-Eve	Hamel, Catherine	Milette, Véronique	Wright Dupire, Zoé
Daoust, Violaine	Harvey, Julie	Ouerdane, Fatima	
Della Posta, Sarah	Jolin, Marie-Ève	Paquin, Valérie	
Ducharme, Claudine	Labelle, Valérie	Paradis, Isabelle	

PHYSIOTHÉRAPEUTES RECHERCHÉS

Possibilité de mandats temporaires ou de placements permanents

Cliniques privées

Centres hospitaliers

Centres d'hébergement

Maintien à domicile

Accès à un portail web vous permettant de faire vous-même votre horaire, temps partiel ou temps plein selon vos disponibilités!

Salaires avantageux.

KM et/ou frais de subsistance payés pour plusieurs régions.

Assurances collectives et RÉER collectifs disponibles.

Bonus lors de référencement de personnel et/ou lors d'un transfert d'agence.*



PLACEMENT EN SANTÉ

Code Bleu Placement en Santé : UN MONDE DE POSSIBILITÉS!

cv@codebleu.ca
1-877-343-BLEU

PARTOUT AU QUÉBEC

CODEBLEU.CA  

*Certaines conditions s'appliquent

LE MOIS DU WEBINAIRE 2019

L'OPPQ RENOUVELLE
L'EXPÉRIENCE!

9 WEBINAIRES ABORDABLES,
accessibles de votre domicile
ou de votre milieu de travail

**5 DOMAINES
DE PRATIQUE**
en physiothérapie

ANIMÉS par des
**CONFÉRENCIERS
DE RENOM**

 **DURÉE :**
UNE HEURE

MARDI

29 JANVIER 2019

**Démystifier les blessures
aux plaques de croissance**

D' Jérôme Ouellet, FRCPC, DipSportMed

12 FÉVRIER 2019

**Épicondylite et épitrochléite
réfractaires : mise à jour sur la
place de l'imagerie médicale,
du traitement biologique (PRP)
et de la chirurgie**

D' Marc Beauchamp, FRCSC

26 FÉVRIER 2019

**Reconnaître la personne
âgée fragile en physiothérapie
et en assurer le suivi**

Denis Martel, pht

MERCREDI

6 FÉVRIER 2019

**Les rayons X du genou :
un trésor caché d'information
pour orienter vos interventions
en physiothérapie**

Marc Lacelle, pht

20 FÉVRIER 2019

**Peut-on oublier complètement
la présence d'une prothèse
totale dans son genou?**

D' Pascal-André Vendittoli, M. Sc., FRCS(C)

6 MARS 2019

**Initiation à la physiothérapie
pour les cyclistes**

Guillaume Coutu, pht

JEUDI

31 JANVIER 2019

**L'imagerie médicale du rachis :
un élément indispensable au
succès thérapeutique?**

Raymonde Fortin, pht, B. Sc. (Kin.),
DSc, CAT(C), CAFCl, FCAMPT

14 FÉVRIER 2019

**La PSP : un trouble moteur
atypique à découvrir pour
mieux intervenir**

Paola Campana, pht

28 FÉVRIER 2019

***Recognizing and managing
potentially serious musculoske-
letal complications associated
with anti-coagulation therapy:
Insider tips one may not have
learned in PT school***

Nichan Zourikian, pht

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTION

Rendez-vous sur le site de la formation continue de l'Ordre : <https://oppq.qc.ca/formation/>