



# Physio-QUÉBEC

© Corilla - Fotolia.com

## SOMMAIRE



Ordre professionnel  
de la physiothérapie  
du Québec

### MOT DE LA PRÉSIDENTE

- 3 Entente Québec-France, où en sommes-nous?

*Par Lucie Forget, pht, M.A., présidente*

### CHRONIQUE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE

- 5 Usurpation des titres réservés aux physiothérapeutes et aux thérapeutes en réadaptation physique

*Par Claude Laurent, notaire, Adm. A., directeur général et secrétaire*

### CHRONIQUE DU BUREAU DU SYNDIC

- 6 Des sanctions sévères pour des actes frauduleux : une histoire qui se termine mal

*Par Louise Gauthier, syndique*

### CHRONIQUE JURIDIQUE

- 7 Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par les thérapeutes du sport

*Par Claude Laurent, notaire, Adm. A. directeur général et secrétaire et Marie-France Salvas, avocate*

### CHRONIQUE DE LA DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT ET DU SOUTIEN PROFESSIONNELS

- 8 *Physiothérapie 360°*: le grand rassemblement annuel de formation des professionnels de la physiothérapie approche à grands pas

*Par Sandy Sadler, directrice du développement et du soutien professionnels*

### CHRONIQUE DE L'INSPECTION PROFESSIONNELLE

- 10 Tenue des dossiers : De l'information utile pour vous perfectionner

*Par Gilbert Chartier, pht, M.A.P., directeur de l'inspection professionnelle*

### CHRONIQUE DES RÉCIPIENDAIRES

- 14 L'échographie périnéale 3D dans l'évaluation de la morphologie et du comportement des muscles du plancher pelvien chez les femmes souffrant de vestibulodynie provoquée

*par Stéphanie Thibault-Gagnon, Linda McLean, Corrie Goldfinger, Caroline Pukall, Susan Chamberlain*

- 15 Les délais d'attente en physiothérapie et ergothérapie dans le système de santé public québécois pour les patients atteints d'arthrite

*par Ashley Delaurier, pht*

**SUITE du SOMMAIRE** à la page suivante



## SOMMAIRE suite

### CHRONIQUE ÉTUDIANTE

- 16 Les traitements non-chirurgicaux de la gonarthrose  
*par L. Marchand, pht M. Sc., finissante 2007-2011; F. Piotte, pht, M. Sc.,*

### PUBLICATION SPÉCIALE

- 19 How to improve gait speed in a senior population?  
*par Sabrina Figueiredo*

### LES INFOS

- 20 En bref  
 24 Événements  
 26 Liste des membres des différents comités en place à l'OPPQ  
 27 Tableau des membres



Ordre professionnel  
de la physiothérapie  
du Québec

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

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

### ORDRE professionnel de la physiothérapie du Québec

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

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

Site Web : [www.oppq.qc.ca](http://www.oppq.qc.ca)

RESPONSABLE: Thierry Vogler, directeur des communications  
 Tél.: 514 351-2770, poste 247 | [tvogler@oppq.qc.ca](mailto:tvogler@oppq.qc.ca)

COORDINATION: Sandra Chabannel  
 Tél.: 514 351-2770, poste 223 | [schabannel@oppq.qc.ca](mailto:schabannel@oppq.qc.ca)

CONCEPTION graphique : Manon Boulais, graphiste  
 Tél.: 514 865-7815



## Mot de la PRÉSIDENTE

# Entente Québec-France, où en sommes-nous ?

par *Lucie Forget, pht, M.A.,  
présidente*

En 2008, les chefs d'État du Québec et de la France signaient une entente visant à faciliter la mobilité de la main-d'œuvre entre le Québec et la France. Jusqu'à ce jour, des centaines de personnes ont concrétisé leur projet de migration et se sont établies de l'autre côté de l'Atlantique de façon temporaire ou permanente pour y travailler. En déterminant pour chacune des professions ou chacun des métiers concernés un cadre administratif et une procédure unique déjà convenue entre les autorités compétentes des deux pays, les candidats français ou québécois savent à l'avance et avec précision les démarches et les mesures compensatoires qui seront exigées afin de pratiquer dans l'autre pays.

C'est dans cette optique que je signalais, le 6 octobre 2011, avec le ministre français du Travail, de l'Emploi et de la Santé et le Conseil National de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, un arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles. Un an après la signature, où en sommes-nous ?

Les professionnels de l'OPPQ qui souhaiteraient travailler en France comme masseur-kinésithérapeute (MK), devront franchir certaines étapes administratives qui sont décrites dans [l'entente](#). Après avoir effectué les mesures compensatoires prévues (voir ci-après), le membre de notre Ordre recevra un permis de travail.

Sur la base de la réciprocité, il en sera de même pour les MK qui voudront travailler au Québec. Une telle entente suscitera sans doute des interrogations chez les différents partenaires concernés (maisons d'enseignement, milieux de stage et employeurs) et nécessitera un apprentissage et de l'ouverture d'esprit. C'est pourquoi il est primordial d'être bien informé à ce sujet.

Pour l'instant, le cadre de l'accord de reconnaissance mutuelle (ARM) prévoit ces quatre mesures compensatoires possibles :

1. Un physiothérapeute pourra obtenir un permis de travail comme masseur-kinésithérapeute après 3 mois de stage et un cours sur le mode de fonctionnement du système de santé français.
2. Un T.R.P. pourra obtenir un permis de travail comme masseur-kinésithérapeute après 12 à 16 mois de cours théoriques et pratiques et de stages dans une école de formation française.
3. Un MK pourra obtenir un permis de travail comme T.R.P. après 3 mois de stage et un cours sur le mode de fonctionnement du système de santé québécois.
4. Un MK possédant un Master 1 (des universités des villes de Grenoble ou Amiens) pourra obtenir un permis de travail comme physiothérapeute après 12 mois de cours théoriques et pratiques et de stages dans une université québécoise.

Les travaux visant à convenir du contenu nécessaire de chacune des mesures compensatoires devraient être terminés le 31 décembre 2012. Par la suite, les gouvernements québécois et français devront adopter des règlements pour que l'entente entre en vigueur de part et d'autre.

### La pratique dans un autre pays : la nécessité de bien s'informer

Après avoir obtenu un permis de pratique ou une autorisation à exercer une profession, les professionnels devront respecter les lois, les règlements et les façons de faire du pays hôte. Cela signifie qu'une activité permise dans son pays d'origine peut être interdite dans le nouveau lieu de pratique. À titre d'exemple, les membres de l'OPPQ doivent savoir que les MK n'ont pas encore un accès direct aux patients en France. Une ordonnance médicale est donc requise, bien que celle-ci soit parfois plus indicative que prescriptive. Il n'existe qu'un titre professionnel en France et ce titre donne accès à toutes les clientèles et à tous les milieux

# Mot de la PRÉSIDENTE

suite

## Entente Québec-France

de soins. Plus de 80 % des MK pratiquent en « cabinet libéral » (clinique privée). Les salariés du secteur public ont un salaire substantiellement inférieur à celui de leurs collègues travaillant en cabinet.

En France, comme ici, certaines régions sont moins bien servies en MK tandis que d'autres sont plutôt saturées. Le regroupement de cliniques ou l'embauche de personnel professionnel employé n'est pas permis. De sorte que la pratique est généralement assez solitaire. Enfin, la tenue des dossiers comme nous la connaissons est presque inexistante. Une méthode de tenue des dossiers est maintenant enseignée dans les écoles aux futurs professionnels, sous forme de bilan initial, mais sur le terrain elle est peu utilisée.

### Présentation du mandat de l'OPPQ et de son processus d'inspection professionnelle

Dans le cadre d'un colloque organisé par l'Ordre des massés-kinésithérapeutes français, j'ai été invitée comme conférencière le 8 septembre dernier pour présenter aux MK la réalité de pratique au Québec. Les dispositions légales prévues au *Code des professions* en matière d'inspection ont étonné les participants.

En effet, un tel mécanisme de contrôle de la qualité des soins n'est pas prévu pour nos collègues français. L'établissement de normes d'écriture des notes du dossier ne fait pas partie de leur pratique. Ceux qui viendront travailler ici devront donc développer cette compétence afin de s'adapter à nos façons de faire.

### Un modèle qui inspire le Canada et l'Union européenne

Les ARM s'inscrivent dans un contexte de mondialisation qui nous amène à rechercher une plus grande mobilité de la main-d'œuvre. Un aspect que couvrira aussi l'Accord économique et commercial global (AECG), prévu entre le Canada et l'Union européenne (UE). Alors que les négociations entre les deux territoires sont en cours, il est probable que le Canada et l'UE s'inspireront des ARM pour aider les organismes de réglementation à adopter des façons de faire modernes et qui n'imposent pas de barrières inutiles.

Ainsi, ces ententes permettent de s'adapter à un marché du travail en voie de mondialisation tout en préservant le rôle de protecteur du public des ordres professionnels.

### Une invitation au partage d'expertise professionnelle

Pour les membres de l'OPPQ, cette entente entre le Québec et la France constitue une occasion de partager notre expertise avec des collègues francophones, dans un milieu de vie différent chargé d'une histoire et d'une culture différentes. Ces échanges sont toujours enrichissants, quelle qu'en soit la durée, parce qu'on constate rapidement qu'au-delà des différences, ce sont les valeurs communes qui persistent, le désir d'aider les patients à se sentir mieux et à récupérer un maximum d'autonomie.

Entente Québec-France,  
où en sommes-nous ?



## Chronique de la DIRECTION GÉNÉRALE

# Usurpation des titres réservés aux physiothérapeutes et aux thérapeutes en réadaptation physique

par *Claude Laurent, notaire, Adm. A.*  
*Directeur général et secrétaire de l'OPPQ*

Au cours des deux dernières années, des poursuites pénales ont été intentées par l'OPPQ à l'endroit de personnes non membres de l'Ordre qui utilisaient les abréviations ou les titres réservés aux membres de l'Ordre, contrevenant ainsi aux articles 36n et 188 du *Code des professions*.

deux infractions qui lui étaient reprochées. La Cour du Québec (Chambre criminelle et pénale) lui a imposé une amende de 3 000 \$ et les frais sur un chef d'infraction.



En juin 2011, l'OPPQ a aussi entrepris des poursuites pénales contre deux thérapeutes du sport parce que ces personnes ont illégalement utilisé le titre « thérapeute en réadaptation physique » en signant un rapport d'étape en physiothérapie ou en ergothérapie de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST) dans la case « Signature du thérapeute en réadaptation physique ». Ces personnes n'étaient ni inscrites au Tableau de l'OPPQ, ni titulaires d'un permis valide à cette fin. En septembre 2011, ces deux personnes ont plaidé coupable à trois chefs d'infraction chacune. La Cour du Québec a imposé à chacune une amende de 4 500 \$.

En avril 2011, l'OPPQ a intenté un recours pénal contre une personne qui utilisait illégalement l'abréviation « pht » sur la requête des services professionnels dans le dossier des patients et qui pouvait lais-

ser croire qu'elle était physiothérapeute. La personne poursuivie avait déjà été membre de l'OPPQ, mais au moment des infractions elle n'était pas membre en règle. En avril 2012, elle a plaidé coupable aux

En surveillant ainsi la pratique illégale de la physiothérapie et l'usurpation des titres réservés à ses membres, l'OPPQ assure sa principale fonction, soit la protection du public, et continuera de prendre les mesures nécessaires pour y parvenir.



## Chronique du BUREAU du SYNDIC

# Des sanctions sévères pour des actes frauduleux : une histoire qui se termine mal

par Louise Gauthier,  
syndique

En plus de porter atteinte à la dignité de la profession, toute tentative de fraude ou tout acte frauduleux commis par un membre mine la confiance des organismes payeurs avec lesquels il entretient des liens d'affaires. L'article suivant relate le cas véridique de professionnels de la physiothérapie ayant contrevenu aux règlements de la CSST et de la SAAQ, ainsi qu'au code de déontologie de l'OPPQ.

Un physiothérapeute et un thérapeute en réadaptation physique s'associent afin d'ouvrir une clinique de physiothérapie, connue dans la région sous le nom de « La Clinique »<sup>1</sup>. Après quelques années seulement, l'équipe de travail comprend trois physiothérapeutes, cinq T.R.P. et deux massothérapeutes. La Clinique offre une panoplie de services à une clientèle variée : elle reçoit des travailleurs accidentés, des victimes de la route et des clients privés pour des services de physiothérapie et de massothérapie.

Les propriétaires sont fiers d'avoir développé un point de service qui répond si bien aux besoins de la clientèle de la région. Cependant, au fil du temps, plusieurs problèmes surviennent. Certains membres du personnel deviennent plus exigeants quant à leurs conditions de travail et n'acceptent plus de travailler le soir ou avant une certaine heure; plusieurs clients dirigés par la CSST demandent certains « accommodements » afin de pouvoir s'absenter sans être pénalisés par le tiers payeur. Les propriétaires estiment qu'ils ne peuvent se permettre de perdre des revenus s'ils veulent conserver La Clinique,

maintenir les services à la population et garantir un travail à leurs employés.

Peu à peu, leurs efforts se concentrent à trouver des moyens d'assurer la survie de La Clinique, amenant les propriétaires et toute l'équipe de travail à déroger, entre autres, aux règlements de la CSST et de la SAAQ. Participant à certaines mesures leur permettant de contrecarrer les règles du système, les membres du personnel ne peuvent se dire ignorants de la situation et sont aussi responsables que leurs employeurs.

Au fil des années, déjouer la CSST et la SAAQ devient à La Clinique une pratique courante que ni les propriétaires, ni l'ensemble du personnel ne remettent en question. Ensemble, ils vont à l'encontre de leurs obligations professionnelles et ils contreviennent au code de déontologie de l'OPPQ et à toute la réglementation en vigueur. Les allégations témoignant de cette inconduite professionnelle sont si importantes que chaque membre de La Clinique se retrouve devant le conseil de discipline de l'Ordre. Jugés par leurs pairs, ils sont trouvés coupables de surfacturation,

de falsification de dossiers et d'avoir laissé des non-membres donner des traitements aux clients de la CSST et de la SAAQ.

Les faits sont graves et mettent en cause l'honneur et la dignité de la profession. Les sanctions tiennent compte des principes de dissuasion, d'exemplarité et de réhabilitation afin de décourager d'autres membres de l'OPPQ d'agir de la même façon.

Le conseil de discipline impose ainsi des sanctions sévères : pour les employés de La Clinique, des amendes allant de 3 000 \$ à 7 000 \$ accompagnées d'une à deux semaines de radiation selon le cas. Pour les deux propriétaires, les conséquences sont plus lourdes : chacun fait face à des amendes équivalant à 15 000 \$ et à une radiation d'une durée de plus de sept semaines.

Devant ces faits, les organismes payeurs, la CSST et la SAAQ, rompent leur lien d'affaires avec La Clinique, mettant ainsi en péril ses activités.

De cet exemple, on comprend que la dérogation aux règlements de la CSST et de la SAAQ de même qu'au code de déontologie de l'OPPQ a de graves conséquences pour les professionnels et propriétaires de cliniques.

*L'enjeu n'en vaut pas la chandelle...*



## Chronique JURIDIQUE

# Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par les thérapeutes du sport

par Claude Laurent, notaire, Adm. A.

Directeur général et secrétaire de l'OPPQ  
et Marie-France Salvat, avocate

Plusieurs membres s'interrogeant sur un règlement récemment adopté par le Collège des médecins concernant les thérapeutes du sport<sup>1</sup>, nous aimerions en expliquer la portée juridique ici.

Comme on le sait, les thérapeutes du sport ne font partie d'aucun ordre professionnel, mais l'Office des professions du Québec juge approprié de permettre une certaine reconnaissance juridique de l'exercice de leur profession.

L'article 94h du *Code des professions* permet à un ordre professionnel d'adopter un règlement qui autorise d'autres personnes que ses membres à exercer des activités professionnelles réservées à ces derniers. En d'autres mots, le Code permet à un ordre de déléguer certaines activités à d'autres que ses membres.

Puisque les médecins ont l'entière responsabilité du champ d'exercice de la santé, le Collège des médecins peut déléguer certaines activités à d'autres groupes de personnes sans que ceux-ci deviennent membres du Collège ou d'un ordre professionnel, comme ce fut le cas pour les techniciens ambulanciers, les préposés en orthopédie et les orthoptistes.

À la demande de l'Office, le Collège des médecins a donc accepté d'adopter le *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un thérapeute du sport*,<sup>2</sup> entré en vigueur le 19 avril 2012.

Le thérapeute du sport y est défini comme une personne certifiée par l'Association canadienne des thérapeutes du sport et titulaire du diplôme « *Bachelor of Science (B. Sc.)* délivré au terme du programme de *Bachelor of Science Specialization in Exercise Science — Athletic Therapy Option* de l'Université Concordia »<sup>3</sup>.

Le règlement décrit ensuite les activités que le thérapeute du sport peut exercer, notamment auprès d'un sportif.

Le thérapeute du sport n'est donc pas membre du Collège des médecins et n'est encadré d'aucune façon par celui-ci, ni par aucun autre ordre professionnel puisque le règlement ne fait qu'autoriser

l'exercice de ses activités et qu'il cessera de s'appliquer le 3 mai 2017 s'il n'est pas renouvelé ou remplacé.

Que conclure de l'adoption de ce règlement? L'État reconnaît l'existence des thérapeutes du sport; il reconnaît la certification de leur titre par l'Association canadienne des thérapeutes du sport et les activités professionnelles qu'ils peuvent exercer, selon des conditions et modalités déterminées. Par contre, l'État ne leur reconnaît pas le statut de membre d'un ordre professionnel et ne les encadre pas au sens du contrôle de l'exercice prévu dans les lois professionnelles (syndic, inspection, formation continue, etc.). Comme ce règlement a une durée de vie relativement courte, on peut présumer qu'on cherchera, dans un avenir rapproché, à mieux définir l'encadrement idéal pour cette jeune profession. L'Ordre travaillera de près avec l'Office pour définir cet encadrement puisque les thérapeutes du sport exercent dans le champ de la physiothérapie.

1 *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un thérapeute du sport*, RRQ, c M-9, r 11.1

2 *Ibidem*

3 *Ibidem*, article 2, paragraphe 2



## Chronique de la direction du DÉVELOPPEMENT et du SOUTIEN PROFESSIONNELS

### Physiothérapie 360° : le grand rassemblement annuel de formation des professionnels de la physiothérapie approche à grands pas

par Sandy Sadler,  
directrice du développement et  
du soutien professionnels



Les 30 novembre et 1<sup>er</sup> décembre prochains, vous êtes tous attendus, physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique, au Château Mont-Sainte-Anne où se tiendra *Physiothérapie 360°*, l'événement annuel de développement professionnel de l'OPPQ.

Pour cette deuxième édition, l'Ordre vous réserve [une programmation exceptionnelle](#).

Conçue selon vos besoins et vos commentaires émis à la suite de l'édition 2011, la programmation couvre un éventail de sujets portant sur plusieurs aspects de votre pratique qui susciteront sans aucun doute votre intérêt.

En vous inscrivant à une ou deux journées, vous pourrez également cumuler jusqu'à 12 HFC.

#### Contenu de la programmation

La richesse de cette activité de formation réside dans le fait qu'elle peut satisfaire les professionnels exerçant auprès de presque tous les types de clientèles. Aussi, en choisissant jusqu'à quatre ateliers au cours des deux jours, chacun a la possibilité de personnaliser l'événement selon ses besoins et ses intérêts.

Nos conférenciers, dont l'expertise est reconnue tant sur les plans régional et national qu'international, ont à cœur le transfert de leurs connaissances de manière à ce qu'elles soient applicables à votre réalité clinique.

#### Vous êtes intéressés par la neuro-gériatrie ?

- Participez à l'atelier Évaluation de l'équilibre : quels tests des fonctions vestibulospinales choisir ? et soyez en mesure de sélectionner les tests les plus appropriés pour une clientèle à risque de chute et ayant des étourdissements de type vertige.
- Assistez à la conférence portant sur la maladie de Parkinson et constatez, selon l'évolution de la maladie, les différentes options thérapeutiques existant en physiothérapie.

- Soyez de ceux qui apprendront des stratégies de communication qui facilitent les échanges avec une clientèle ayant un trouble neurologique.

- Prenez part à la conférence portant sur la stimulation électrique fonctionnelle et optimisez la réadaptation de votre clientèle neurologique grâce à cette approche émergente.

#### La physiothérapie sportive et l'orthopédie vous attirent ?

- Assistez à la conférence Être vite sur ses patins, sans se blesser!, où le rôle des professionnels de la physiothérapie dans le dépistage, la prévention et le traitement des blessures associées aux sports de patin vous sera présenté.
- Assistez à la conférence Évaluation dynamique des facteurs de risque chez les skieurs dans le but de prévenir les blessures des membres inférieurs et soyez en mesure d'établir des programmes d'exercices pertinents et efficaces pour cette clientèle.

# Chronique de la direction du DÉVELOPPEMENT et du SOUTIEN PROFESSIONNELS

*suite*

le grand rassemblement annuel de formation

- Optimisez votre approche thérapeutique avec la clientèle lombalgique en participant à un atelier interactif sur le sujet.

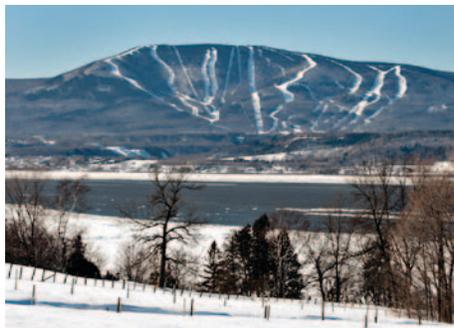
## La pédiatrie vous tient à cœur?

- Développez des connaissances sur un sujet relativement peu connu en assistant à la conférence intitulée *Les vestibulopathies chez la clientèle pédiatrique*.
- Prenez part à l'atelier *Les commotions cérébrales ou TCC légers chez les enfants et adolescents: reconnaissance et prise en charge pour un retour sécuritaire aux activités physiques*.

Plusieurs autres thématiques intéressantes seront abordées au cours de l'événement, telles que l'hémophilie, le pied diabétique, les soins palliatifs et la rééducation pul-

monaire. De plus, vous pourrez développer des compétences dans d'autres sphères de votre pratique grâce aux conférences portant sur le secret professionnel, la gestion du stress et l'entrevue motivationnelle.

Profitez également de l'occasion pour découvrir le sommet du Mont-Sainte-Anne, où se dérouleront la conférence de clôture et le cocktail, lequel sera animé par la présence d'un chansonnier.



*Physiothérapie 360°* contribue à enrichir vos connaissances pratiques et à développer vos compétences en tant qu'acteurs de premier plan dans le système de santé québécois. Par la promotion de diverses approches et pratiques associées à notre profession, cette activité de formation vous incite à occuper toute la place qui vous revient dans le système de santé et dans votre champ de pratique.

Nous vous invitons donc à vous inscrire dès maintenant en remplissant le [formulaire en ligne ou papier](#).

*Nous avons hâte de vous y rencontrer.*

**À la demande de plusieurs membres, l'OPPQ a décidé de prolonger la période d'inscription jusqu'au 9 novembre.**





# Chronique de l'INSPECTION PROFESSIONNELLE

## Tenue des dossiers : De l'information utile pour vous perfectionner

par Gilbert Chartier, pht, M.A.P.,  
directeur de l'inspection professionnelle

Depuis bientôt un an, la direction de l'inspection professionnelle, le comité d'inspection professionnelle (CIP) et les inspecteurs utilisent deux nouveaux outils créés lors de la restructuration des approches de surveillance de l'exercice : la grille unique d'autoévaluation du dossier client et le questionnaire sur la pratique professionnelle.

Forts de l'expérience acquise à l'usage de ces outils et de l'apport expert de nos deux nouveaux inspecteurs permanents, nous vous proposons l'aide-mémoire ci-dessous pour répondre à vos questionnements et faciliter la tenue de dossiers conformes aux exigences.

### A. Nouvelle présentation en ligne

Au cours des derniers mois, la Direction de l'inspection professionnelle a mis à jour sa [présentation en ligne sur la tenue des dossiers](#) en fonction des commentaires des membres nouvellement inspectés et des inspecteurs, ainsi que des questions soulevées par l'ensemble des membres.

Parmi les principaux changements, notons la restructuration de la section SOAPIE qui suit désormais le même ordre que la grille sur la tenue des dossiers. Cette nouvelle présentation permet aux membres d'obtenir facilement toute l'information relative à la section concernée.

Les membres sont invités à se référer fréquemment à cette présentation.

### B. Dossier informatisé

Rappelons que l'article 2 du *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des membres* de l'Ordre stipule que les dispositions de la section sur la tenue des dossiers s'appliquent à tous les dossiers de clients, quels que soient leur forme ou leurs supports.

#### Sécurité

Cet article précise également qu'« en vue de protéger les données informatisées contre toute altération ou toute divulgation non autorisée, les mesures ou dispositifs de sécurité généralement reconnus et appliqués pour des renseignements confidentiels en matière de santé doivent être utilisés ».

« Ceux-ci doivent comporter notamment des règles quant à l'identification et l'authentification des personnes qui ont accès au dossier, aux profils d'accès de ces dernières, à la journalisation des accès, aux copies de sécurité et à la sécurité des lieux. »

### Délais d'inscription

Dans le règlement, il n'y a pas d'indication spécifique concernant le délai d'inscription des renseignements dans le dossier. Selon le type d'information recueilli, ce délai ne devrait pas dépasser quelques minutes (notamment pour ce qui est de la mesure des amplitudes, des forces, des paramètres d'électrothérapie, etc.) afin d'assurer la validité des données consignées. D'autres renseignements plus durables (situation psychosociale, comportement, réaction au traitement, etc.), pourraient être inscrits quelques heures ou quelques jours plus tard. Bien entendu, le professionnel peut noter de l'information sur des documents à part et les inscrire au dossier ultérieurement. Cependant, ces documents font partie intégrante du dossier jusqu'à leur retranscription. Dans tous les cas, rappelez-vous qu'une inscription rapide favorise une meilleure qualité de l'information.

### Note d'erreur

Dans l'éventualité où vous auriez commis une erreur et qu'il vous est impossible de la raturer, de commenter vos notes antérieures ou d'y mettre vos initiales, vous devez alors inclure une mention tardive dans une note d'évolution, qui décrit l'erreur et la corrige.

# Chronique de l'INSPECTION PROFESSIONNELLE

*suite*

## Tenue des dossiers

### C. Abréviations

La dernière année nous a permis d'ajouter à nos différentes références Web une série de documents présentant des abréviations reconnues et utilisées dans l'écriture de nos dossiers.

Vous avez donc accès à des outils de référence que vous pouvez commander ou encore à [des outils en ligne](#) qui devraient répondre à la majorité de vos questionnements concernant l'usage d'abréviations. À titre d'exemple, vous trouverez sur notre site Web le document *Abréviations des libellés de la CIM-10* qui renvoie directement à la *Classification internationale des maladies* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

De plus, le guide des abréviations médicales anglais-français vous sera sans doute d'une grande utilité lorsque vous recevrez des documents dans une langue autre que la vôtre. Nous vous incitons à consulter la page « [Inspection professionnelle](#) » de la section *Membre* du site pour connaître les diverses listes mises à votre disposition. N'hésitez pas à nous faire parvenir toute autre ressource qui mériterait d'être partagée avec vos collègues à ce sujet.

Quelques règles à suivre :

- N'inventez pas vos propres abréviations.
- Utilisez des listes d'abréviations reconnues.
- Par l'entremise de votre service des archives, consultez la liste reconnue de votre établissement et référez-vous-y.

### D. Erreurs fréquentes à l'évaluation du dossier

L'étude des dossiers par nos inspecteurs au cours de la dernière année a fait ressortir certaines lacunes sur lesquelles nous désirons attirer votre attention afin de vous permettre d'améliorer le contenu des différentes sections de vos dossiers.

#### I. Identification du dossier-client

Rien à signaler

#### II. Précisions sur la référence

- Dans la sous-section « Spécifique aux thérapeutes en réadaptation physique », le diagnostic du médecin manque généralement de précision (exemple de diagnostic peu précis : tendinite à l'épaule droite). En effet, il est aussi important que la structure soit identifiée (par exemple, tendinite de la longue

portion du biceps, à droite). Dans ce cas, le T.R.P. devrait faire identifier la structure atteinte par le médecin ou le physiothérapeute référent.

- Puisqu'il est important d'identifier les différentes catégories d'atteintes et que de nombreux membres semblent éprouver des difficultés à les différencier, nous vous invitons à vous référer au [cahier explicatif](#) de l'article 4 du *Règlement sur les catégories de permis délivrés par l'Ordre de la physiothérapie du Québec* ou encore à consulter la [foire aux questions](#) (FAQ) en lien avec le règlement.

- L'absence de prescription médicale dans le dossier (par exemple, en post-op) est fréquente chez les membres œuvrant dans le secteur public.

#### III. Rédaction de l'historique

- Les éléments le plus souvent absents du dossier sont les **objectifs du client** et les **rapports d'examen** (rapports radiologiques, IRM, etc.). Les membres semblent se fier uniquement aux renseignements fournis par le client.

# Chronique de l'INSPECTION PROFESSIONNELLE.

*suite*

## Tenue des dossiers

### IV. Données subjectives

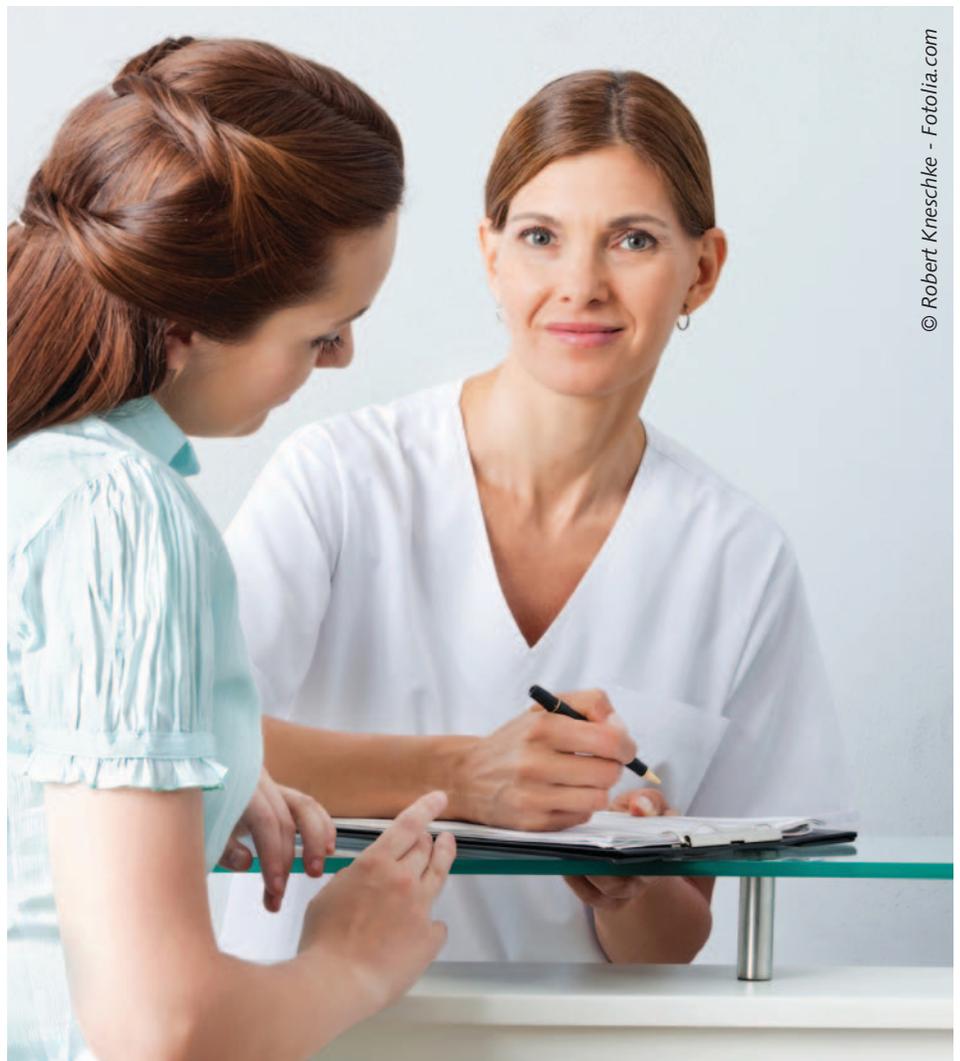
- La **faiblesse** évaluée par le client, souvent absente du dossier, est pourtant essentielle pour connaître la gradation de l'atteinte et vérifier s'il y a présence de drapeau rouge ou une atteinte à un autre niveau.
- Pour les cas d'atteintes vertébrales, la **position de sommeil** est rarement indiquée, le nombre de **questions spécifiques** est insuffisant et celles-ci manquent de précision.

### V. Données objectives

Lors de l'inspection des dossiers par autoévaluation, cette section est celle qui a obtenu la moins bonne cote, tant par les inspecteurs que par les membres eux-mêmes.

- Les membres ont de la difficulté à différencier les éléments à inclure dans les « Observations générales » ou dans les « Observations spécifiques ». Référez-vous au guide sur la tenue des dossiers pour comprendre les différences.
- Le **bilan neurologique général** — essentiel pour les clientèles en gériatrie, neuro médullaire, orthopédie périphérique, orthopédie vertébrale et orthopédie aiguë — doit être plus complet et plus précis, notamment en ce qui concerne :

- ◆ **les dermatomes et myotomes**, souvent non ou mal identifiés;
- ◆ **les myotomes**, pour lesquels le membre mentionne «-» ou «N» au lieu d'écrire « Fort » ou « Faible », « Symétrique » ou « Asymétrique », « Fatigable » ou « Non fatigable », etc. ;
- ◆ **le clonus**, pour lequel le membre inscrit «-» au lieu de décrire la réaction (par exemple : pas de battement);
- ◆ **les réflexes cutanés plantaires**, pour lesquels il faut décrire la réaction du gros orteil plutôt que d'inscrire «-» ou «+».



© Robert Kneschke - Fotolia.com

# Chronique de l'INSPECTION PROFESSIONNELLE.

*suite*

## Tenue des dossiers

- En dressant le **bilan articulaire actif / passif**, il est très important de quantifier le résultat, d'inscrire le degré obtenu pour le côté atteint et de bien distinguer l'actif du passif. Souvent, le côté sain n'est pas évalué pour comparaison.
- Le membre confond les **mouvements résistés** et le **bilan musculaire**. Pour ce dernier aspect, il est important d'utiliser la même échelle dans un même milieu de travail (par exemple, « de 0 à 5 », toujours en « kg » si l'on utilise le dynamomètre, etc.).
- Essentiels pour la grande majorité des clientèles, les éléments **mobilité / déplacements / transferts / barrières architecturales** sont trop souvent absents du dossier.

### VI. Analyse

- Les points **objectifs ou orientations de traitement** sont souvent peu développés par le membre.
- Pour le **diagnostic émis par le physiothérapeute**, on trouve souvent une simple répétition du diagnostic médical et le membre omet de mentionner les limitations ou les restrictions qui découlent des déficiences établies.

### VII. Plan de traitement

Rien à signaler

### VIII. Interventions

- Les **recommandations / exercices** donnés au client ne sont pas inscrits au dossier.
- **La description des paramètres** est peu détaillée.
- Les interventions (traitements ou techniques) sont souvent faites par le membre avant que celui-ci ait évalué le client. Par exemple, des exercices de renforcement des quadriceps sont exécutés alors que le bilan musculaire n'a pas été effectué.

### IX. Évaluation de l'efficacité / Bilans effectués en cours de traitement

- Il manque souvent de données subjectives quantifiées, telles que l'échelle de Borg ou l'échelle visuelle analogue, et de données objectives dans cette section du dossier. Des échelles reconstruites devraient être utilisées.
- Le « E » fait rarement partie de l'évaluation initiale.
- Les mouvements résistés et les bilans musculaires sont souvent escamotés dans les bilans en raison de la douleur ou de signes inflammatoires. Malheureusement, et trop souvent, ils ne sont pas réévalués plus tard non plus.

### X. Généralités

- L'utilisation de formulaires ou de grilles préétablies rend habituellement la cueillette des données plus rapide, plus systématique et plus fluide et permet de ne pas oublier d'éléments jugés essentiels. Toutefois, l'utilisation de crochets ou de traits peut souvent porter à confusion. Il devient alors difficile de savoir si l'élément a été évalué et s'il constitue un problème ou non.
- Il en va de même des espaces blancs apparaissant dans le dossier. Ils ne permettent pas de savoir si l'élément a seulement été oublié ou s'il n'était pas applicable à ce moment.

### Conclusion

Plusieurs aspects de la tenue des dossiers n'ont pas été abordés dans cette chronique et seront traités ultérieurement. Retenons toutefois que la grille d'autoévaluation du dossier, le guide, les listes d'abréviations et la présentation en ligne constituent des outils de référence qui vous aident à tenir des dossiers complets et conformes. N'hésitez pas à les consulter régulièrement.



## Chronique des RÉCIPIENDAIRES

# L'échographie périnéale 3D dans l'évaluation de la morphologie et du comportement des muscles du plancher pelvien chez les femmes souffrant de vestibulodynie provoquée

par *Stéphanie Thibault-Gagnon*<sup>1</sup>,

*Linda McLean*<sup>2</sup>, *Corrie Goldfinger*<sup>3</sup>,

*Caroline Pukall*<sup>4</sup>,

*Susan Chamberlain*<sup>5</sup>

### Abrégé

De récents travaux de recherche suggèrent que les dysfonctions musculaires du plancher pelvien (PP) seraient associées à la vestibulodynie provoquée (VDP), la cause la plus commune de douleur récurrente au cours de relations sexuelles chez les jeunes femmes. En comparaison de femmes sans douleur génitale, les femmes atteintes de VDP montrent une élévation du tonus musculaire du PP, une difficulté à relâcher les muscles du PP (MPP) à la suite d'une contraction volontaire, ainsi qu'un manque de force des MPP au cours d'une évaluation guidée par la palpation intravaginale. La rééducation pelvi-périnéale, une approche en physiothérapie, a été prouvée efficace dans le traitement de la VDP pour réduire la douleur et améliorer la fonction sexuelle. Il existe toutefois un manque de données probantes sur l'effet direct de la rééducation pelvi-périnéale sur les MPP. L'objectif de cette étude était donc d'évaluer de manière objective, par l'utilisation de l'échographie périnéale 3D, la morphologie et le comportement des MPP entre un groupe de

femmes souffrant de VDP et un groupe témoin, afin d'évaluer l'utilité de cet outil pour établir dans de futures études l'impact direct des interventions en rééducation pelvi-périnéale sur les MPP dans le traitement de la VDP. Vingt-et-une femmes diagnostiquées avec la VDP et 23 femmes sans historique de douleur génitale ont participé à cette étude de cas-témoins. À l'aide de l'échographie périnéale 3D, l'aire du hiatus musculaire du PP a été mesurée chez toutes les participantes au repos, durant une contraction maximale des MPP et durant une manœuvre de Valsalva maximal. Au repos ainsi que durant une manœuvre de Valsalva maximale, l'aire du hiatus musculaire du PP était plus petite chez les femmes atteintes de VDP comparativement aux femmes sans douleur génitale. Aucune différence n'a été décelée entre les groupes par rapport à l'aire du

hiatus lors d'une contraction maximale des MPP. Les femmes sans douleur génitale montraient un plus grand élargissement de l'aire du hiatus durant une manœuvre de Valsalva, contrairement aux femmes atteintes de VDP, mais aucune différence n'est apparue entre les groupes en ce qui a trait à la diminution de l'aire du hiatus durant une contraction musculaire. Cette étude démontre qu'il existe des différences mesurables dans la morphologie et le comportement des MPP entre les femmes atteintes de VDP et celles sans historique de douleur génitale. Ces résultats confirment de manière objective les résultats d'études précédentes qui ont démontré une hypertonicité des MPP chez les femmes atteintes de VDP. De plus, cette étude suggère que l'échographie périnéale 3D serait d'une utilité significative pour évaluer l'effet direct des interventions en rééducation pelvi-périnéale dans le traitement de la VDP.

[LIRE L'ÉTUDE COMPLÈTE](#) ➔

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



## Chronique des RÉCIPIENDAIRES

# Les délais d'attente en physiothérapie et ergothérapie dans le système de santé public québécois pour les patients atteints d'arthrite

par Ashley Delaurier, pht.

L'arthrite est la principale cause de douleur et d'incapacité dans la population canadienne. La physiothérapie (PT) et l'ergothérapie (ET) contribuent au traitement de l'ostéoarthrose (OA) et de l'arthrite inflammatoire, telle l'arthrite rhumatoïde (AR). Cependant, il semble exister des difficultés à accéder à ces soins. Notre étude a pour but d'évaluer les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous en réadaptation (PT et ET) dans le système de santé public québécois et d'explorer les facteurs associés à ces délais. Notre étude est de type observationnel et transversal. Des rendez-vous en réadaptation (PT et ET) ont été fixés au téléphone à l'aide de scénarios élaborés par un comité

d'experts. Les délais d'attente étaient mesurés entre le moment de la requête initiale et la date de rendez-vous obtenue. Une analyse descriptive a été utilisée pour examiner ces délais. Cent centres offrant des services publics en réadaptation ont été joints. En combinant les scénarios d'OA et d'AR, 13 % des centres ont donné un rendez-vous en moins de 6 mois, 13 % entre 6 et 12 mois, 24 % avaient une attente de plus de 12 mois et 22 % ont refusé de fixer un rendez-vous. Les autres 28 % exigeaient les détails d'une évaluation relative à l'état fonctionnel du patient avant de donner un rendez-vous. Il n'y avait aucune différence entre les délais d'attente pour les cas d'AR ou d'OA.

Notre étude suggère que la majorité des gens atteints d'OA et d'AR dans la province de Québec ne sont pas évalués en réadaptation dans les délais prescrits. De meilleures méthodes de triage semblent nécessaires.

[LIRE L'ÉTUDE COMPLÈTE](#) 

Les délais d'attente en physiothérapie et ergothérapie dans le système de santé public québécois pour les patients atteints d'arthrite



## Chronique ÉTUDIANTE

# Les traitements non chirurgicaux de la gonarthrose

par I. Marchand, pht, M. Sc.,

finissante 2007-2011;

F. Piote, pht, M. Sc.,

Université de Montréal

Cet article constitue un résumé du travail de maîtrise [Les traitements non chirurgicaux de l'ostéoarthrose du genou](#), rédigé conjointement par I. Marchand, C. Pagé, Y. Lee et D. Dubé et supervisé par F. Piote.

### Introduction

L'ostéoarthrose est une pathologie articulaire dégénérative causée par une perte graduelle et irréversible du cartilage. C'est l'atteinte la plus fréquente au genou, affectant environ 6 % des individus de plus de 30 ans<sup>1</sup>. Les personnes de plus de 50 ans, ou celles présentant un surplus de poids sont davantage prédisposées à développer une gonarthrose. Cette pathologie se manifeste par de la douleur au genou à caractère mécanique, de la raideur de courte durée et des limitations fonctionnelles. L'examen peut mettre en évidence des crépitations, un élargissement osseux, des restrictions de mouvement, un défaut d'alignement articulaire (varus > valgus) et une faiblesse musculaire<sup>2,3</sup>. L'arthroplastie du genou, dont le nombre a augmenté de 59 % de 2002 à 2006, est envisagée quand les traitements conservateurs sont insuffisants<sup>4</sup>. Or au Québec, le temps d'attente pour ces chirurgies a un effet négatif sur la douleur et la qualité de vie des patients<sup>5</sup>. L'objectif de cet article est de présenter, à partir d'une recension des écrits, les outils de mesure des résultats et les traitements

non chirurgicaux les plus efficaces dans la gestion de la gonarthrose.

### Évaluation en physiothérapie

Pour compléter l'évaluation usuelle des déficiences (douleur, mobilité, force, etc.), il est fortement recommandé d'évaluer le rendement fonctionnel. Toutefois, il existe très peu de tests fonctionnels spécifiques à la gonarthrose. Le test de six minutes de marche<sup>6</sup> et le *Timed stair test*<sup>7</sup>, inspiré du *Timed Up and Go (TUG)*, peuvent quantifier les limitations liées aux déplacements. Pour une clientèle jeune, on recommande des tests plus exigeants tels que le *maximum knee bend* et différents tests de sauts (*hop tests*)<sup>8</sup>.

Plusieurs questionnaires permettent d'évaluer la perception du patient sur ses limitations fonctionnelles. Le WOMAC<sup>9</sup>, le [Knee Osteoarthritis Outcome Score \(KOOS\)](#)<sup>10</sup> et le *Lower Extremity Functional Scale (LEFS)*<sup>11</sup> sont considérés comme des tests valides et fiables. Ils sont fréquemment cités dans la littérature scientifique et peuvent s'appliquer à une clientèle atteinte de gonarthrose. De plus, ils sont offerts en version française. Le LEFS, nommé « Échelle fonctionnelle des membres inférieurs » (ÉFMI) en français, nous semble le plus intéressant en raison de sa polyvalence.

### Traitements

La majorité des personnes atteintes de gonarthrose reçoit un large éventail de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques avant d'atteindre le stade de la chirurgie. Les différents traitements sont présentés à la Figure 1 en fonction de la sévérité d'atteinte et du nombre de cas<sup>12</sup>. La plupart des traitements permettent de diminuer la douleur et d'améliorer la fonction, mais aucun n'est encore capable de guérir cette pathologie.

**Figure 1.** Voir page suivante

La sensibilisation est primordiale dans la prise en charge de ces personnes. Ainsi, l'éducation sur la pathologie et de saines habitudes de vie, comme l'exercice physique, devrait faire partie intégrante des interventions en physiothérapie.

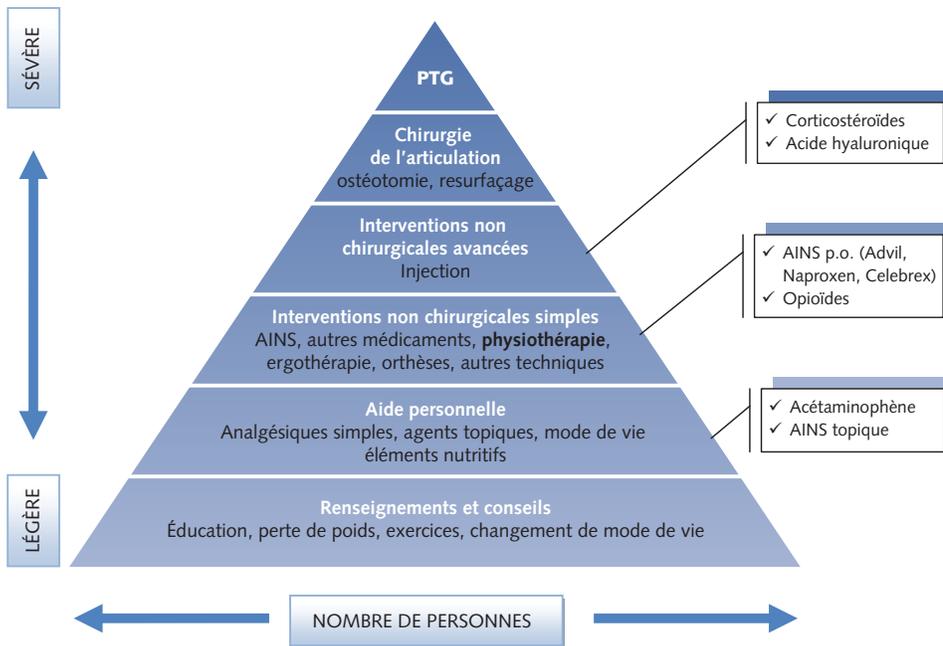
Parmi les médicaments traditionnels, l'*Osteoarthritis Research Society International (OARSI)* recommande l'utilisation de l'acétaminophène, des AINS oraux (COX-1 et COX-2) et topiques pour des douleurs légères à modérées<sup>13</sup>. L'application topique (quatre applications par jour) serait aussi efficace pour diminuer la douleur qu'une prise orale, sans les désavantages<sup>14</sup>. Les injections intra-articulaires de corticostéroïdes et d'acide hyaluronique (viscosuppléance)

# Chronique ÉTUDIANTE

suite

## Les traitements non chirurgicaux

**Figure 1.** Traitements non-chirurgicaux de la gonarthrose



Modifié d'après Dieppe et Lohmander, 2005 (8)

sont aussi recommandées. Ces dernières auraient un effet analgésique plus tardif, mais plus soutenu que les premières<sup>15</sup>. Les opioïdes (Oxycontin, Dilaudid) pourraient être prescrits quand la douleur est importante ou que les traitements traditionnels sont inefficaces<sup>16</sup>.

L'efficacité des suppléments alimentaires (glucosamine, hydrolysat de collagène, chondroïtine) demeure incertaine. L'hydrolysat de collagène pourrait représenter une bonne option pour la gestion de la gonarthrose, mais des études supplémentaires seraient nécessaires pour valider adéquatement cette conclusion<sup>17</sup>.

Selon le Panel d'Ottawa, il y a de bonnes chances pour que les exercices thérapeu-

tiques (renforcement, étirement, proprioception) soient efficaces pour diminuer la douleur et améliorer la fonction<sup>18</sup>. On recommande des exercices de renforcement musculaire n'induisant pas de stress articulaire excessif, en chaîne fermée ou en chaîne ouverte sans charge<sup>19</sup>. Les muscles à renforcer sont les quadriceps<sup>20</sup>, les ischio-jambiers<sup>21</sup> et la musculature des hanches<sup>22</sup>.

Les exercices aérobiques<sup>23</sup> et en milieu aquatique<sup>24</sup> sont de bons compléments au programme d'exercices thérapeutiques. Ils sont recommandés dans les guides de pratique clinique, entre autres pour les personnes présentant un surplus de poids. Le tai chi, malgré peu de données probantes, semble une méthode prometteuse

puisque les études tendent à démontrer différents effets positifs variables chez les personnes atteintes de pathologies chroniques, dont la gonarthrose<sup>25</sup>.

L'absence d'études de haute qualité méthodologique ne permet pas de confirmer l'efficacité des mobilisations articulaires et de l'utilisation de *taping* et d'orthèses. Les résultats tendent à montrer que les modalités électrothérapeutiques (US, TENS et LASER) ont un effet positif sur la douleur, mais les preuves sont, au mieux, modérées. D'autres études plus rigoureuses et évaluant aussi la fonction seraient nécessaires<sup>26,27</sup>.

### Conclusion

En plus de l'analyse des données probantes sur l'évaluation et les traitements non chirurgicaux de la gonarthrose, le raisonnement clinique doit guider le physiothérapeute dans le choix des outils d'évaluation et des meilleures modalités de traitement qui permettront d'optimiser la réadaptation de son patient afin de retarder ou même d'éviter la chirurgie.

Même si la physiothérapie apparaît seulement au troisième niveau de la pyramide de traitements (Figure 1), il semble que les exercices thérapeutiques soient les modalités non médicales dont l'efficacité est la plus démontrée. Aussi, les physiothérapeutes ont un double rôle de promotion à jouer : promotion de la physiothérapie dans le traitement de cette atteinte et promotion de la santé par l'éducation auprès des personnes atteintes.

# Chronique ÉTUDIANTE

suite

## Les traitements non chirurgicaux

### Références

1. Goodman CC, Fuller SS. *Pathology Implications for the Physical Therapist*. 3<sup>e</sup> éd : Saunders, Elsevier; 2009.
2. Goodman CC, Fuller SS, *ibid*.
3. Zhang W, Doherty M, Peat G, Bierma-Zeinstra M, Arden N, Bresnihan B, et al. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. March 1, 2010;69(3):483-9.
4. Agence de la santé publique du Canada. Vivre avec l'arthrite au Canada: un défi de santé personnel et de santé publique, 2010 [consulté en 2011]; Paul Sales, Douglas Consulting. :[Disponible sur : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/arthritisme-arthritis-2010-fra.pdf>.
5. Desmeules F, Dionne CE, Belzile E, Bourbonnais R, Fremont P. The burden of wait for knee replacement surgery: effects on pain, function and health-related quality of life at the time of surgery. *Rheumatology (Oxford)*. 2010 May;49(5):945-54.
6. Jordan K, Wilkie R, Muller S, Myers H, Nicholls E. Measurement of change in function and disability in osteoarthritis: current approaches and future challenges. *Current Opinion in Rheumatology*. 2009;21(5):525-30.
7. Perron M, Malouin F, Moffet H. Assessing advanced locomotor recovery after total hip arthroplasty with the timed stair test. *Clin Rehabil*. 2003 Nov;17(7):780-6.
8. Jordan K, Wilkie R, Muller S, Myers H, Nicholls E, *op. cit*.
9. *Ibid*.
10. *Ibid*.
11. René F, Casimiro L, Tremblay M, Brosseau L, Lefebvre A, Beaudoin M, et al. Une version canadienne-française du *Lower Extremity Functional Scale (LEFS)*: L'échelle fonctionnelle des membres inférieurs (ÉFMI), partie 1. *Physiotherapy Canada*. 2011;63(2):242-8.
12. Dieppe PA, Lohmander LS. Pathogenesis and management of pain in osteoarthritis. *Lancet*. 2005 Mar 12-18;365(9463):965-73.
13. Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden NK, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis: Part III: changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2010;18(4):476-99.
14. Towheed TE. Pennsaid therapy for osteoarthritis of the knee: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *J Rheumatol*. 2006 Mar;33(3):567-73.
15. Bellamy N, Campbell J, Robinson V, Gee T, Bourne R, Wells G. Viscosupplementation for the treatment of osteoarthritis of the knee. *Cochrane database of systematic reviews*. 2006(2):CD005321.
16. Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden NK, et al., *op. cit*.
17. *Ibid*.
18. Ottawa Panel. Ottawa panel evidence-based clinical practice guidelines for therapeutic exercises and manual therapy in the management of osteoarthritis. *Physical Therapy*. 2005 Sep;85(9):907-71.
19. *Ibid*.
20. Fransen M, McConnell S. Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane database of systematic reviews*. 2009(3):CD004376.
21. Astephen Wilson JL, Deluzio KJ, Dunbar MJ, Caldwell GE, Hubley-Kozey CL. The association between knee joint biomechanics and neuromuscular control and moderate knee osteoarthritis radiographic and pain severity. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2010; sous presse, épreuve corrigée.
22. Bennell KL, Hunt MA, Wrigley TV, Hunter DJ, McManus FJ, Hodges PW, et al. Hip strengthening reduces symptoms but not knee load in people with medial knee osteoarthritis and varus malalignment: a randomised controlled trial. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2010 May;18(5):621-8.
23. Ottawa Panel, *op. cit*.
24. Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden NK, et al., *op. cit*.
25. Wang C, Collet JP, Lau J. The effect of Tai Chi on health outcomes in patients with chronic conditions: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2004 Mar 8;164(5):493-501.
26. Zhang W, Nuki G, Moskowitz RW, Abramson S, Altman RD, Arden NK, et al., *op. cit*.
27. Ottawa Panel, *op. cit*.



## Publication SPÉCIALE

# How to improve gait speed in a senior population ?

par Sabrina Figueiredo, M.Sc., PT<sup>1</sup>;

Lois Finch, Ph.D<sup>2</sup>.; Jiali Mai, B.Sc. PT<sup>2</sup>,

Sara Ahmed, Ph.D<sup>1</sup>, Alan Huang, M.D<sup>3</sup>.;

Nancy E. Mayo, Ph.D<sup>1,2,3</sup>.

*En mai dernier, l'École de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill a présenté le 13<sup>e</sup> Colloque sur la recherche en réadaptation. L'objectif de cet événement, qui a lieu tous les deux ans, est d'offrir une vitrine aux étudiants des cycles supérieurs afin de leur permettre de présenter leurs plus récentes recherches en réadaptation. Au cours de la journée, plusieurs prix ont été décernés aux meilleurs abrégés. Parmi les lauréats, M<sup>me</sup> Sabrina Figueiredo de l'Université McGill a reçu le Prix de l'OPPO, lui permettant de publier son abrégé dans cette édition du Physio-Québec.*

As walking capacity is of key importance for maintaining independence in seniors, it is important to identify effective ways of promoting walking that are practical and safe. This is of even greater importance for frail seniors who are at risk of injury from falls or even to become non-ambulatory. With this need in mind, physical therapy researchers at McGill University designed a study to estimate the relative efficacy in improving walking capacity using Nordic walking poles in comparison to walking training without assistance of Nordic poles. The persons targeted for this intervention were seniors undergoing rehabilitation for mobility problems. Thirty seniors participated in this study and 14 were randomized

to the Nordic Walking group and 16 were randomized to the control group. The persons in the Nordic group practiced walking with the poles, under the supervision of a physical therapist trained as a Nordic walking instructor, for 20 minutes at a time, twice a week, for 6 weeks. Seniors in the control group did the same amount of supervised walking but without the poles. Effectiveness was measured by looking at changes in distance walked in 6 minutes, walking speed, and balance in the Nordic group and comparing these to changes in the control group. Persons did not use poles during testing. The results showed that Nordic Walking and Overground walking participants improved on distance walked in 6 minutes by an average of 45 and 41 meters, respectively. Given the walking limitation experience by this population, this improvement represented a 22 % change from baseline values for the Nordic group and an 18 % change for the control group. The most dramatic improvements were seen in walking speed. The Nordic walking group increased their speed by 0.14 meters per second and the control group only by 0.07 meters per second; this represents a 23 % increase for the Nordic group in contrast to a 10 % increase for the control group. Of note is that the walking speeds of the seniors in this study at

study entry would not be fast enough to cross a 2 lane city street safely (requirement is 0.8 meters per second). However, after this intervention, 45 % of persons in the Nordic group achieved this speed but only 31 % in the control group. Both groups improved their balance and there was no increase in pain in the Nordic group. This study was the first to directly compare, using a randomized trial, Nordic walking with traditional walking practice. Even with this limited exposure to Nordic walking, this approach proved to be 106 % more effective in improving gait speed for a seniors undergoing rehabilitation for serious mobility problems. The persons in the Nordic group enjoyed the experience and felt that the poles would permit them to leave the house, following discharge from the rehabilitation program. The results support that a full study of Nordic walking as a rehabilitation strategy to enhance walking competency in seniors is warranted.

**The complete article may be found in the publication: "Disability and Rehabilitation": [Figueiredo S, Finch L, Mai J, Ahmed S, Huang A, Mayo NE. Nordic walking for geriatric rehabilitation: a randomized pilot trial. Disability & Rehabilitation, 2012; Early Online: 1–8](#)**

1. School of Physical and Occupational Therapy, McGill University, Montreal, Qc, Canada
2. Division of Clinical Epidemiology, McGill University Health Centre, Montreal, Qc, Canada
3. Division of Geriatrics, Department of Medicine, McGill University Health Centre, Montreal, Qc, Canada

# Les INFOS

## En bref

### IFOMPT 2012 : l'expertise mondiale en thérapie manuelle à Québec



Le 11<sup>e</sup> congrès de l'International [Federation of Orthopaedic Manipulative Physical Therapists](#) (IFOMPT) s'est déroulé du 30 septembre au 5 octobre dernier à Québec en présence de plus de 1 700 participants provenant de 45 pays différents.

L'OPPQ tient à féliciter les membres de l'Ordre qui ont pris part à l'organisation de cet événement d'envergure internationale: M. Pierre Langevin, M<sup>me</sup> Éleine Maheu, M<sup>me</sup> Sylvie Paradis, M<sup>me</sup> Danielle Richer, physiothérapeutes ainsi que M<sup>me</sup> Diane Courtemanche, qui a été membre pendant plusieurs années. Tous ont contribué au rayonnement de cet événement prestigieux.

Rappelons que l'IFOMPT organise tous les quatre ans un événement international pour favoriser la recherche, la transmission des connaissances et l'expertise à l'échelle mondiale. Le prochain congrès aura lieu à Glasgow en Écosse en 2016.



### Félicitations à M<sup>me</sup> Éleine Maheu, lauréate du prix Golden Hands

La division d'orthopédie de l'Association canadienne de physiothérapie (ACP) a profité du congrès IFOMPT pour remettre le prix Golden Hands à M<sup>me</sup> Éleine Maheu, physiothérapeute et membre de l'OPPQ, afin de souligner sa carrière remarquable.

Diplômée de troisième cycle du programme *Advanced Manipulative Therapy* en Australie, M<sup>me</sup> Maheu a enseigné à l'école Maitland. Elle a réussi avec distinction les examens canadiens de thérapie manuelle et atteint rapidement le statut d'examineur canadien en chef. Par ailleurs, elle a aussi enseigné en Suisse et en France. Depuis 1984, elle enseigne la thérapie manuelle au Québec et s'implique dans l'implantation de la section québécoise de thérapie manuelle de la division d'orthopédie canadienne. Cette année, elle a veillé à la mise en place du programme de thérapie manuelle donné par des enseignants québécois en France.

Souignons également qu'elle a reçu le prix Mérite du CIQ de l'OPPQ en 1996, qu'elle a œuvré de 1996 à 2004 au sein de l'IFOMPT et assumé la présidence de deux congrès canadiens en plus du congrès international IFOMPT 2012.

Au nom de tous ses membres, l'OPPQ félicite chaleureusement M<sup>me</sup> Maheu pour cette prestigieuse récompense qui lui a été décernée.



▲ M<sup>me</sup> Éleine Maheu, *pht*

Le prix Golden Hands est remis en mémoire de M. David Lamb, physiothérapeute exceptionnel, examinateur en chef canadien, conférencier et enseignant de thérapie manuelle de renommée mondiale, cofondateur de la Canadian Academy of Manipulative Physiotherapy (CAMPT) et président de l'IFOMPT entre 1976 et 1990.

En bref *suite*

## La Fondation Centre de cancérologie Charles-Bruneau souligne les onze années d'engagement de l'OPPQ lors du Tour cycliste 2012 CIBC Charles-Bruneau



Fondation  
Centre de cancérologie  
Charles-Bruneau

Tour CIBC  
CHARLES-BRUNEAU

### Du 3 au 6 juillet 2012

Alors que l'OPPQ participait pour une 11<sup>e</sup> année consécutive au Tour cycliste CIBC Charles-Bruneau en tant que partenaire, la Fondation Centre de cancérologie Charles-Bruneau a tenu à remercier l'Ordre et ses 7 000 physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique du Québec pour toutes ces années de soutien.

« Depuis les 11 dernières années, la Fondation Centre de cancérologie Charles-Bruneau est très fière de compter sur l'appui de l'OPPQ et de ses membres dans le cadre de son événement cycliste le Tour CIBC Charles-Bruneau. Par l'entremise de votre porte-parole Hugo Rioux, vous avez participé activement à la réussite des dernières éditions, en générant de l'espoir pour les milliers d'enfants qui luttent courageusement contre le cancer. Vous savoir à nos côtés dans cet important combat nous touche énormément. Merci de votre soutien ! »  
Pierre Bruneau, porte-parole de la Fondation Centre de cancérologie Charles-Bruneau



Grâce aux dons de l'OPPQ et à la participation de ses membres aux activités-bénéfiques, 215 000\$ ont été remis à la Fondation depuis 2002.

◀ De gauche à droite : Audrey Gélinas, M. Hugo Rioux, pht et représentant officiel de l'Ordre, Mme Lucie Forget, présidente de l'OPPQ et M. Pierre Bruneau.

L'OPPQ est fier de soutenir le combat des milliers d'enfants qui luttent contre la maladie au Québec. D'ailleurs, la présidente de l'OPPQ, M<sup>me</sup> Lucie Forget, a évoqué l'engagement de ses membres auprès des enfants malades lors de la cérémonie d'accueil à Trois-Rivières : « Chaque jour, des centaines de professionnels de la physiothérapie en milieu hospitalier mettent toutes leurs connaissances, toute leur expérience et tout leur cœur à aider les enfants malades à retrouver leur capacité physique optimale et leur santé. [...] Je peux vous assurer que les professionnels de la physiothérapie sont inspirés dans leur travail au quotidien autant par le courage et la détermination des enfants qui poursuivent leur chemin vers la guérison que par l'amour que leurs parents leur manifestent dans cette épreuve. »

### Merci Hugo



L'OPPQ remercie M. Hugo Rioux, physiothérapeute et représentant officiel de l'OPPQ pour le Tour CIBC Charles-Bruneau depuis plusieurs années. Visionnez [la vidéo](#) dans laquelle M. Rioux parle du jumelage de cœur.

Les **INFOS**

suite

En bref *suite*

Cette année, l'OPPQ a remis un montant de 10 000 \$ à la Fondation au nom de ses 7 000 membres.

Au total, lors de l'édition 2012, c'est une somme de 2 300 000 \$ qui a été amassée au profit de la Fondation et qui permettra de financer la recherche en oncologie pédiatrique.



▲ Les représentants de l'OPPQ accompagnés des enfants auxquels ils étaient jumelés et de M. Pierre Bruneau (à l'extrême gauche) : au centre, M<sup>me</sup> Lucie Forget, présidente de l'OPPQ ; à sa droite, M<sup>me</sup> France Hétu, pht et présidente de l'OPPQ de 1989 à 1995 ; à sa gauche, M. Paul Castonguay, pht et président de l'OPPQ de 2001 à 2008 ; à l'avant, M. Hugo Rioux, pht.

## En bref *suite*

### Le travail de professionnels de la physiothérapie récompensé par des prix: félicitations à nos membres

Depuis six ans, la Direction de l'enseignement et de la recherche du CSSS Alphonse-Desjardins/CHAU de Lévis organise en mai la Semaine de l'enseignement universitaire. Au cours de cette semaine, une activité « Reconnaissance » a lieu dans le but de remercier les professionnels qui participent activement à la supervision d'étudiants en stage dans leurs disciplines. Une personne est désignée par ses pairs et ses supérieurs pour sa contribution particulière en tant que superviseur(e) et reçoit une mention spéciale à l'occasion de cette journée annuelle de l'enseignement.

Cette année, la Direction de l'enseignement a décerné la mention spéciale à titre de superviseur de stages pour la mission première ligne/hébergement à M<sup>me</sup> Violaine Lavoie, physiothérapeute, tandis que M<sup>me</sup> Nathalie Mathieu, physiothérapeute, a reçu la mention spéciale à titre de superviseur de stages pour la mission hospitalière.

Soulignons également que trois autres membres de l'OPPQ ont reçu le Prix Comités de pairs, remis par l'exécutif du Conseil multidisciplinaire du CSSS Alphonse-Desjardins pour l'élaboration de documents de référence facilitant la prise en charge et le suivi des patients hospitalisés. Félicitations à :

M. Marc-André Hébert, pht  
M. Martin Proulx, pht  
M<sup>me</sup> Stéphanie Martel, pht

**L'OPPQ remercie ses membres et salue leur engagement.**

### Gala reconnaissance du CHU Sainte-Justine

En juin dernier, le CHU Sainte-Justine a remis le Prix Excellence engagement à son équipe d'intervention en réadaptation pédiatrique. Ce prix souligne un dévouement et une contribution remarquables qui vont au-delà de responsabilités professionnelles spécifiques.

En 2007, une équipe interdisciplinaire du programme de neurotraumatologie du Centre de réadaptation Marie-Enfant initiait un projet afin d'élaborer un protocole d'intervention visant la pleine participation des familles aux processus de réadaptation de leurs jeunes.

L'équipe s'est distinguée par la rigueur méthodologique et la ténacité dont elle a fait preuve dans la création et le développement d'outils cliniques qui permettent de faire le pont entre le modèle écologique préconisé en réadaptation et la mise en place de moyens pratiques sur le terrain. Le protocole de participation active des familles fait maintenant l'objet d'une formation dispensée à tous les intervenants du Centre.

La réalisation de ce projet novateur qui s'est échelonné sur quatre ans témoigne de la détermination, du leadership et du dépassement de soi des membres de l'équipe.

#### L'OPPQ félicite toute l'équipe.



▲ De gauche à droite: Julie Gosselin, éducatrice spécialisée; Hélène Petit, travailleuse sociale; Nathalie Trudelle, coordonnatrice; Sophie Leroux, psychologue; Bonita Laau, gestionnaire clinico-administrative; Odette Bau, physiothérapeute; Maryse Cloutier, conseillère

Le Gala Reconnaissance, organisé annuellement par le CHU Sainte-Justine, vise à valoriser et à soutenir toutes les personnes qui contribuent de façon significative à la réalisation d'un environnement de soins, d'enseignement, de recherche et de promotion de la santé empreint d'humanisme et soutenu par une longue tradition d'excellence.

**En bref suite****Nancy Mayo, professeure à l'école de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill, reçoit le prix Enid Graham Memorial Lecture**

M<sup>me</sup> Nancy Mayo, professeure au département de médecine et à l'école de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill, a reçu l'édition 2012 du prix Enid Graham Memorial Lecture de l'Association canadienne de physiothérapie (ACP). Il s'agit du prix le plus prestigieux accordé par l'ACP. Il est présenté à un membre de l'association qui a influé sur l'essor de la profession dans les domaines de la pratique clinique, l'éducation, la recherche ou l'administration. Les recherches de M<sup>me</sup> Mayo sont centrées sur l'invalidité du point de vue de la réadaptation, des services de santé et de l'épidémiologie.

L'OPPQ félicite la lauréate.

**Êtes-vous à la recherche d'anciens camarades de classe de l'Université McGill?**

L'école de physiothérapie et d'ergothérapie de McGill a créé une association permettant aux anciens étudiants de McGill de reprendre contact entre eux afin de partager leurs expériences, de créer de nouvelles ouvertures professionnelles ou encore pour obtenir les dernières nouvelles relatives à l'école. Les anciens étudiants sont invités à se joindre au [groupe SPOT](#) sur Facebook.

**Prix d'excellence de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ)**

Les Prix d'excellence de l'AERDPQ ont pour objectif de souligner les initiatives des centres de réadaptation en déficience physique (CRDP). L'OPPQ tient à félici-

ter les physiothérapeutes membres des équipes lauréates de l'édition 2012 :

- M<sup>mes</sup> Julie Pelletier et Tamar Derghazarian, physiothérapeutes. Le prix Expérience novatrice en intervention clinique, incluant le domaine des aides techniques en déficience motrice a été décerné au Centre de réadaptation Constance-Lethbridge pour son programme : Autogestion de la douleur chronique.

- M<sup>me</sup> Audrey Melançon, physiothérapeute. Le Prix Judith-Plante pour une réalisation sur le plan de la communication a été décerné à l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal pour son projet: Le défi de la réadaptation.

Les **INFOS**

suite

**Événements****AVIS DE CONVOCATION****Assemblée générale annuelle 2012 de l'OPPQ**

L'assemblée générale annuelle (AGA) de l'OPPQ se déroulera le 30 novembre prochain à Québec à la suite de la première journée de formation de l'événement annuel de développement professionnel : *Physiothérapie 360°*.

Nous vous rappelons qu'elle ne pourra avoir lieu si le **quorum de 50 membres** n'est pas atteint. En effet, il s'agit du minimum de personnes qui doivent être présentes pour permettre la tenue de l'AGA. Merci de venir en grand nombre !

**Vendredi 30 novembre 2012 à 18 h** [Centre des congrès du Château Mont-Sainte-Anne](#), salle Noroît-Suroît  
500, boulevard Beau-Pré, Beaupré (Québec) GOA 1E0



Ordre professionnel  
de la physiothérapie  
du Québec

PREUVE DE COMPÉTENCE

**Invitation  
spéciale**  
pour la **rééducation  
périnéale  
et pelvienne**

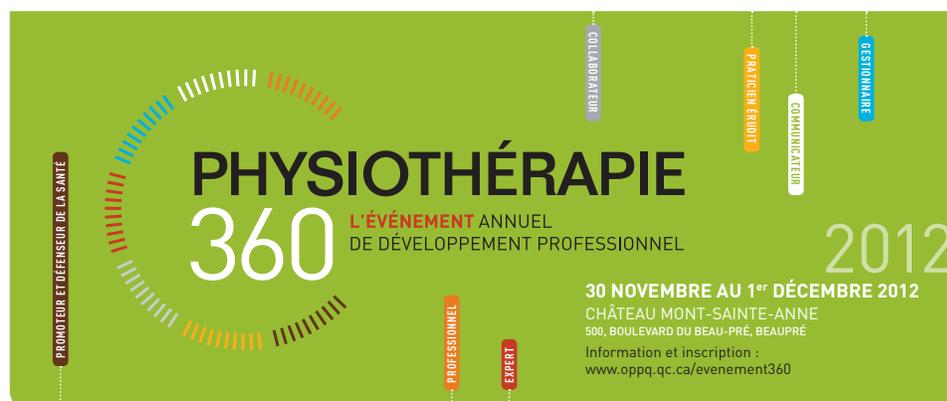
**Vous êtes physiothérapeute et la  
rééducation périnéale et pelvienne fait  
partie de votre pratique professionnelle ?  
Cette journée unique de formation  
est faite pour vous !**

Venez rencontrer nos experts conférenciers physiothérapeutes  
et médecins au cours de cette activité professionnelle riche  
en connaissances, conçue à partir de vos besoins.

**C'est un rendez-vous à Montréal  
Samedi 26 janvier 2013**



FORMATION OPPQ | 6 HFC



**PHYSIOTHÉRAPIE  
360°** L'ÉVÉNEMENT ANNUEL  
DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL **2012**

**30 NOVEMBRE AU 1<sup>er</sup> DÉCEMBRE 2012**  
CHÂTEAU MONT-SAINTE-ANNE  
500, BOULEVARD DU BEAU-PRÉ, BEAUPRÉ

Information et inscription :  
[www.oppq.qc.ca/evenement360](http://www.oppq.qc.ca/evenement360)

PROMOTEUR ET DÉFENSEUR DE LA SANTÉ  
COLLABORATEUR  
GÉRONTE  
PRATICIEN ÉRUDIT  
COMMUNICATEUR  
PROFESSIONNEL  
EXPERT

# Les INFOS

suite

## Liste des membres des différents comités en place à l'OPPO

### Membres du comité d'inspection professionnelle (CIP)

Gilbert Chartier, pht, président  
Nicole Charest, T.R.P., secrétaire  
Jacinthe Fillion, T.R.P.  
Anne-Marie Gauthier, T.R.P.  
Jacynthe Giguère, pht  
Michèle Giguère, pht  
Anne Hatzoglou, pht  
Yann Lapointe, T.R.P.  
Carolle Lavallée, pht  
Martine McMahon, pht

### Membres du comité de recherche clinique

Isabelle Gagnon, pht  
Nathaly Gaudreault, pht  
Joanne Goldberg, pht  
Lisa Grilli, pht  
Dahlia Kairy, pht  
Mélanie Morin, pht  
France Piotte, pht

### Membres du comité sur les pratiques avancées – T.R.P.

Geneviève Boilard, T.R.P.  
François Cabana, pht  
Danielle Caron, pht  
Nathalie Gauthier, T.R.P.  
France Lizotte, pht

### Membres du comité de révision des plaintes déposées au Bureau du syndic

Hugo Rioux, pht, président  
Pierre Delisle, administrateur nommé  
France Després, T.R.P.  
Marc Francoeur, pht  
Michel Perreault, administrateur nommé  
Jacques Riopel, administrateur nommé

### Membres du conseil de discipline

Jacques Parent, président  
Renée Audet, pht  
Claude Beaudoin, T.R.P.  
Guylaine Beaumont, T.R.P.  
Louise Bérubé, T.R.P.  
Marjolaine Boulay, pht  
Sophie Brunet, T.R.P.  
Sonia Bureau, pht  
Michèle Comtois, pht  
Francine Demers, pht  
Martine Desbiens, T.R.P.  
Louis Deschênes, T.R.P.  
Nadia Dugas, T.R.P.  
Dany Gagnon, pht  
Monique Gagnon, pht  
Daniel Gervais, pht  
Jacques Guimond  
Barbara Hamelin, pht  
Fabienne Jean, T.R.P.  
Carolyn Ann Jones, pht  
Olivier Lemieux-Girard  
Josée Montreuil, pht  
Vincent Piette, pht  
Véronique Prévot, pht  
Daniel Racine, pht  
Hélène Riverin, pht  
Nicole Robert Viens, T.R.P.  
Johanne Rose, T.R.P.  
Michel St-Amand, pht  
Johanne Tardif, pht  
Gervaise Tardif, T.R.P.

### Membres du comité sur la gouvernance

Michel Tourangeau, président  
Chantal Besner, pht  
Richard Brault, T.R.P.  
Lucie Forget, pht  
Claude Laurent, secrétaire

### Membres du comité de vérification

Claude Laurent, directeur général  
Filomena Novello, pht  
Isabelle Pelletier, T.R.P.  
Jean-Luc Henry, administrateur nommé

### Membres du comité d'admission

Katharina Ciobanete, pht  
Thérèse Des Groseillers, pht  
Isabelle Fleming, pht  
Andrée Gagnon, pht  
Mélany Lepage, pht  
Josée Montreuil, pht  
Martin Poirier, T.R.P.  
Véronique Prévot, pht  
Claudine St-Amour, T.R.P.

### Membres du comité de la formation des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique

Lucie Forget, pht  
Hélène, Allaire, membre nommée par la Fédération des cégeps, division des T.R.P.  
Réjean Bergeron, membre nommé par la Fédération des cégeps, division des T.R.P.  
Hélène Charpentier, membre nommée par le Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie  
Carole Ducharme, T.R.P.,  
Joseph-Omer Dyer, pht  
Maryse Gagnon, T.R.P.  
Hélène Moffet, pht, membre nommée par la CREPUQ, division des physiothérapeutes  
Michel Tousignant, pht, membre nommé par la CREPUQ, division des physiothérapeutes  
Lucie Vézina, membre nommée par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie, division des physiothérapeutes

Les **INFOS***suite***Tableau des membres du 19 avril 2012 au 20 juin 2012****Inscriptions  
– Physiothérapeutes**

Ali, Sarah  
 Bertrand, Sophie  
 Bisson-Petit, Simon  
 Boudreau, Véronique  
 Boulay, Magalie  
 Boutin, Nicolas  
 Brochu, Marilynne  
 Comeau, Valérie  
 Cruzet, Guillaume  
 Dupuis, Karine  
 Dupuis-Michaud, Cynthia  
 Gagné, Marie-Chantale  
 Gauthier, Catherine  
 Grenier, Alexandre  
 Hogue, Annie-Claude  
 Jacques-Bilodeau, Geneviève  
 Jolin, Simon  
 Larocque, Natalie  
 Laurent, Julie-Pier  
 Milton-McSween, Emilie-Sarah  
 Pagé, Catherine  
 Parenteau-Goudreault, Elizabeth  
 Poliquin, Nicolas  
 Popovic, Draga  
 Simard, Marie-Eve  
 Sohier, Caroline  
 Stachecki, Tania  
 Vallée, Carol-Anne

**Inscriptions – Thérapeutes  
en réadaptation physique**

Basso, Laurent  
 Beaucage, Justine  
 Bélanger, Meghann  
 Belcourt, Sara  
 Bigras-Dyotte, Émilie  
 Bisson, Valérie  
 Blondin, Audrey  
 Bolduc, Laury  
 Bonsant, Myriam  
 Boudreault, Laurence  
 Bourassa, Claudia  
 Breton, Cindy  
 Brouillette, Alexane  
 Brunet, Claudie  
 Claudon, Anne-Emmanuelle  
 Cliche, Joanie  
 Cloutier, Isabelle  
 Collard, Jean-Mathieu  
 Côté, Audrey-Ann  
 Courtois, Sébastien  
 Crépin, Josiane  
 Daigle, Frédérique  
 Daigle, Jessica  
 Dallaire, Catherine  
 David, Véronique  
 Dubois, Évelyne  
 Dufour, Dana  
 Dufour, Jennifer  
 Dufresne, Mathieu  
 Fillion, Émilie  
 Gagnon, Carine  
 Gauthier, Gabrielle  
 Gendron, Marilynne  
 Geoffroy, Stéphanie  
 Gervais, Marie-Eve  
 Giguère, Joanie  
 Glazer, Laurie

Godin, Marie-Eve  
 Goulet, Christina  
 Gourde, Marie-Christine  
 Grégoire, Frédérica  
 Grenier, Étienne  
 Grenier, Valérie  
 Harvey, Anny-Kim  
 Hébert, Yannick  
 Héту, Claude  
 Huard-Berger, Joanie  
 Hugo, Shalie Jean  
 keomaniphet, Thidalat  
 La Rue, Ève  
 Labranche, Alexandre  
 Lacombe-Barrios, Stéphane  
 Lacoursière, Lydia  
 Lalancette, Maude  
 Lanciault, Andréanne  
 Landry-Gilbert, Mylène  
 Latour, Elizabeth  
 Lavoie, Marie  
 Lebrun-Mercier, Lydia  
 Leclair, Marilyn  
 Leclerc, Gabrielle  
 Lepage, Charline  
 L'Heureux, Simon  
 Loubier-Croteau, Antoine  
 Marcoux, Vicki  
 Mathieu, Marie-Eve  
 Michaud, Jessica  
 Murray-Pelletier, Nelly  
 Nadeau, Émilie  
 Normandin, Laury  
 Ouellet, Valéry  
 Pagé, Gabrielle  
 Painchaud, Véronique  
 Paleacu-Diaconu,  
 Paquette, Christophe  
 Paradis Marie-Claude  
 Pelletier, Marie-Pier

Les **INFOS***suite***Tableau des membres** du 19 avril 2012 au 20 juin 2012 *suite*

Perras-Tessier, Karine  
Perreault, Steve  
Pierre Louis, Josiane  
Poulin, Marie-Pier  
Provost, Camille  
R. Lemieux, Emmanuel  
Rankova, Polya  
Renaud Marie Ève  
Richer, Camille  
Robitaille, Kim  
Rochon, Amélie  
Rodrigue, Josée  
Roussel, Maude  
Roy, Simon  
Roy, Vanessa  
Roy-Michaud, Josie-Ann  
Sasseville, Mélanie  
Savard, Audrèanne  
Sergerie, Sara-Kim  
Therrien, Catherine  
Tremblay, Carol-Ann  
Tremblay, Pier-Luc  
Trouvé, Clara  
Turcotte, Simon  
Turgeon, Roxane  
Turgeon-Desroches, Jade  
Vachon-Perron, Joanie  
Vigneault, Roxane  
Vincent, Karine

**Inscriptions – T.R.P. → pht**

Boisvert, Caroline  
Dallaire, Christian  
Fraser-Beaulieu, Isabelle  
Gagné, Geneviève  
Robidoux, Karine

**Réinscriptions**

Beaudry, Sonia  
Bélanger, Geneviève  
Bourgeois, Geneviève  
Bujold, Liette  
Cantin-Aubert, Marie-Eve  
Deschesnes, Mélanie  
Désilets, Carolin  
Doulger, Helena  
Drouin, Stéphanie  
Forster-Molstad, Jodi  
Fraser, Martine  
Gagnon, Andréanne  
Gilbert, Annie-Claude  
Girard, Karine  
Giroux, Maryse  
Guillaume, Valérie  
Hélal, Nadine  
Ho, Sharon  
Jeudy, Jennifer  
Kefalas, Haidou Roula  
Labbé, Geneviève

Lacasse, Tina-Sophie  
Lachapelle, Julie  
Landry-Hum, Julie  
Lanouette, Catherine  
Léonard, Sophie  
Levesque, Lisa-Maud  
Morneau, Isabelle  
Nadeau, Mélissa  
Naoum, Hasnaa  
Pelletier, Magalie  
Pierre, Caroline  
Plante, Annie  
Poulin, Jean-Philippe  
Rivest, Doriane  
Tardif, Charles  
Tremblay, Anik  
Turbide, Lise  
Vallée, Marie  
Veilleux, Christina  
Wilson, Nicholas