

PHYSIO Québec

VOL. 49 | N° 1
HIVER 2023

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

A person in a white lab coat is holding a tablet. The tablet screen displays a checklist with five items, each in a white box with a checkmark. The background is a blurred image of the person's hands and the tablet, with various digital icons and data visualizations overlaid, including arrows, hexagons, and bar charts.

Le dossier-client :
**une preuve concrète
des actions posées**

DISTINCTION HONORIFIQUE
FELLOW 2022



**L'OPPQ félicite les professionnels
de la physiothérapie qui ont obtenu le titre Fellow**

Hélène Corriveau, Fellow pht

Blaise Dubois, Fellow pht

Alain Gaumond, Fellow pht

Brigitte Gauthier, Fellow pht

Sylvie Marchand, Fellow pht

Léna Mardelli, Fellow pht

Sarah Marshall, Fellow pht

Denis Pelletier, Fellow pht

Yannick Tousignant-Laflamme, Fellow pht

Pour en savoir plus sur le titre Fellow :
oppq.qc.ca/a-propos/prix-honorifiques/



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

La revue *Physio-Québec* est destinée aux quelque 9 000 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 technologues en physiothérapie du Québec.

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

Coordination de la production

Pascale Rose Licinio
Conseillère en communication
plicino@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

12

Sommaire

Mot de la présidente

04 Accès aux soins et aux services de santé : l'Ordre est un interlocuteur de premier plan

Mot de la directrice générale

06 Lois et règlements : de nouvelles exigences à connaître

Chronique juridique

09 Harcèlement psychologique et sexuel en milieu de travail : les obligations de l'employeur

Développement et soutien professionnels

12 Professionnels de la physiothérapie et de l'optométrie : un cadre de collaboration pour optimiser le suivi des patients

Inspection professionnelle

15 Le dossier-client : une preuve concrète des actions posées

Chronique du clinicien

18 Programmes d'exercices en physiothérapie : activer la motivation des patients en répondant aux besoins à combler

Chroniques du Fonds de recherche clinique

21 L'efficacité de programmes d'exercices pour prévenir le déclin fonctionnel chez les aînés vivant dans la collectivité après une blessure mineure

28 Force musculaire des membres inférieurs, équilibre, locomotion et fonction des femmes âgées avec incontinence urinaire d'urgence ou mixte et des femmes âgées sans incontinence

Événement

33 Physiothérapie 360° : succès retentissant de l'édition 2022

À l'honneur

34 Les distingués lauréats de 2022

37 Récipiendaires de bourses et subventions

Portrait

38 Hélène Corriveau, lauréate du prix Carol-L.-Richards 2022

41 **Le saviez-vous ?**

42 **Nouveaux membres**



Accès aux soins et aux services de santé

L'Ordre est un interlocuteur de premier plan

Manon Dufresne,
pht, Adm. A., M. Sc. A.,
M. Sc.

Ce deuxième mot de la présidente constitue la tribune idéale pour vous présenter les nombreux efforts déployés par l'Ordre au cours des derniers mois pour participer pleinement à l'amélioration de l'accès aux soins de santé et pour faire avancer les professions de la physiothérapie. Plusieurs rencontres avec des instances gouvernementales ont eu lieu dans un climat de franche collaboration et d'ouverture.

RENCONTRES AVEC LE MSSS

La réforme du système de santé entraîne un moment de grande effervescence que l'Ordre ne manque pas de saisir pour placer la physiothérapie au cœur du changement. Plusieurs rencontres avec différentes directions du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ont permis de poser des jalons importants.

L'automne dernier, nous avons rencontré des représentantes de la Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux. Cette première prise de contact a été l'occasion de présenter les propositions de l'Ordre dans le cadre du plan de réforme du système de santé, notamment en ce qui concerne l'amélioration de l'accès aux soins et aux services de première ligne. Nous avons mis en valeur le potentiel novateur de projets qui incluent les physiothérapeutes dans de nouveaux milieux de pratique tels que les groupes de médecine familiale (GMF) ou encore l'urgence de certains centres hospitaliers. Nous avons également exposé les bénéfices qui découleraient de l'intégration des professionnels de la physiothérapie au nouveau guichet d'accès à la première ligne (GAP), qui permettrait notamment aux patients d'être orientés vers les bons services et leur éviterait, entre autres, une visite à l'urgence. En ce qui concerne l'amélioration des services de réadaptation dans la province, nous avons mis en lumière le rôle central des technologues en physiothérapie, tout particulièrement dans le cadre d'un suivi postopératoire ou de soins à domicile. Par ailleurs, le déploiement plus large d'ententes entre les

établissements de santé publics et les cliniques privées a suscité l'intérêt de nos interlocuteurs. Des rencontres de suivi sont prévues pour discuter de la priorisation des projets.

D'autre part, nous avons eu l'occasion d'aborder ces pistes de solution lors d'une rencontre avec des attachés politiques du cabinet du ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Christian Dubé, et du cabinet de la ministre chargée de l'application des lois constituant les ordres professionnels, M^{me} Sonia Lebel. Il a été question de la réforme du réseau de santé et de la modernisation du système professionnel, toutes deux essentielles pour accroître l'accès en santé, avec en toile de fond la volonté d'élargir certaines pratiques professionnelles.

DISCUSSIONS AVEC LA RAMQ

Dans la foulée de la couverture des radiographies prescrites par les physiothérapeutes en juillet 2022, plusieurs échanges ont eu lieu entre l'Ordre et la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour clarifier certains aspects techniques, notamment en ce qui concerne la facturation par les cliniques de radiologie. L'Ordre a pu orienter la RAMQ dans ses représentations visant à informer les cliniques de ce nouveau service assuré.

D'autre part, toujours dans l'idée de favoriser une utilisation optimale des soins et des services, l'Ordre effectuera des représentations auprès de la RAMQ afin de faire valoir les avantages d'un futur remboursement des orthèses prescrites par un physiothérapeute.

RÉFLEXIONS AUTOUR DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN PHYSIOTHÉRAPIE

Attirer la relève et assurer la rétention de la main-d'œuvre constitue un enjeu majeur face à la demande croissante de soins et de services en physiothérapie et face à l'élargissement potentiel du panier de services offerts par les physiothérapeutes et les technologues en physiothérapie.

L'Ordre rencontrera plusieurs instances gouvernementales à ce sujet. Une rencontre est prévue avec la Direction de l'attraction de la main-d'œuvre au sein du cabinet du ministre Dubé. Nous avons également sollicité une rencontre avec la ministre de l'Enseignement supérieur, M^{me} Pascale Déry. D'autre part, les enjeux relatifs à la formation et à l'attrition font l'objet de rencontres trimestrielles avec les maisons d'enseignement.

Enfin, j'ai eu le plaisir de participer en octobre dernier à l'édition 2022 du Sommet de l'Association québécoise de la physiothérapie (AQP). Cette initiative collaborative tentait justement de répondre à la question suivante : « Comment se préparer à la demande grandissante en physiothérapie ? » Au cours de discussions stimulantes, les participants ont proposé des pistes de solution misant, entre autres, sur la collaboration entre professionnels de la santé, l'implantation de technologies de l'information et des communications ou encore l'établissement d'un continuum de soins incluant les secteurs publics et privés.

CONCERTATION AVEC LES MEMBRES ET LES ACTEURS CLÉS

Depuis le début de mon mandat, des rencontres avec les membres me permettent de connaître leurs aspirations et leurs préoccupations, mais aussi d'en apprendre davantage sur des aspects particuliers de leur pratique et de leur expertise. À l'automne dernier, j'ai ainsi eu l'occasion d'approfondir mes connaissances sur la pratique en GMF en rencontrant des physiothérapeutes et technologues en physiothérapie exerçant dans ce milieu.

En novembre, j'ai eu le plaisir de participer au congrès de l'OPPQ, Physiothérapie 360°, et d'y avoir des échanges enrichissants avec les membres et les conférenciers. Les diverses présentations ont traité de sujets cliniques et d'enjeux ancrés dans la réalité et l'actualité de la physiothérapie, dont

plusieurs chantiers prioritaires à l'Ordre, p. ex., le traitement de la COVID longue, le recours à l'intelligence artificielle ou encore la physiothérapie en GMF et à l'urgence.

Par ailleurs, dans un souci de cohésion et d'efficacité, des rencontres ont lieu régulièrement entre l'Ordre, l'AQP et la Fédération des cliniques de physiothérapie du Québec (FCPQ). Nous y partageons des informations et dressons un état de la situation de nos initiatives respectives.

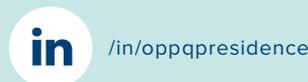
Toujours dans l'optique de participer pleinement au partage d'information et de renforcer la synergie entre diverses parties prenantes, j'envisage avec grand enthousiasme ma participation au congrès *Première ligne en santé*, en avril prochain, aux côtés des responsables de la première ligne du réseau de la santé, de professionnels de la santé et de plusieurs acteurs clés dans le milieu de la santé. ●

DES VIDÉOS POUR VOUS INFORMER

- Les chantiers prioritaires dans le cadre de mon mandat : vimeo.com/oppq/chantiers-presidence
- Le plan d'affaires publiques de l'OPPQ : vimeo.com/oppq/affaires-publiques



SUIVEZ LA PRÉSIDENTE DE L'ORDRE SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX





Lois et règlements : de nouvelles exigences à connaître

**Marie-France
Salvat**, avocate

Directrice générale
et secrétaire de l'OPPQ

Au cours des derniers mois, plusieurs lois sont entrées en vigueur qui modifient ou précisent de façon importante certaines pratiques des membres de l'Ordre. Voici un tour d'horizon des principaux changements et des outils à notre disposition pour bien les appliquer.

L'IMPACT MAJEUR DE NOUVELLES LOIS

Protection des renseignements personnels

La *Loi modernisant des dispositions législatives en matière de protection des renseignements personnels dans le secteur privé* (Loi 25) vise à adapter les règles québécoises aux défis posés par l'environnement numérique et technologique actuel. Elle accroît notamment le contrôle des individus sur leurs propres renseignements personnels lorsqu'ils sont recueillis, archivés et communiqués tout en plaçant une plus grande responsabilité en matière de protection de ces données entre les mains des entreprises. La Loi 25 entrera en vigueur progressivement jusqu'en septembre 2024.

Depuis le 22 septembre 2022, les entreprises ont la responsabilité de désigner une personne responsable de la protection des renseignements personnels et d'informer les personnes concernées en cas d'un incident de confidentialité qui pourrait leur causer préjudice. Les entreprises doivent également dès maintenant se préparer à l'entrée en vigueur de dispositions exigeantes en septembre 2023, notamment en ce qui concerne la destruction ou l'anonymisation de données personnelles dans certaines situations ou encore l'obtention du consentement des individus pour certains usages commerciaux de ces données.

Pour soutenir les membres dans leur compréhension et leur application de cette nouvelle loi, l'Ordre a mis plusieurs ressources à leur disposition.

Une page dédiée à la Loi 25 présente :

- les documents explicatifs produits par le gouvernement du Québec ;
- un calendrier de ses dispositions principales ;
- le lien vers une formation conçue pour les membres des ordres professionnels par le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) ;
- les informations relatives à la protection des données personnelles à l'OPPQ.

Pour en savoir plus : oppq.qc.ca/loi-25

À l'occasion de *Physiothérapie 360°*, les membres ont pu assister à une présentation très instructive, *Impacts de la Loi 25 sur la gestion des données personnelles dans le secteur privé*, donnée par Alexandre Chagnon, pharmacien et directeur du nanoprogramme en santé numérique à l'Université Laval. Cette formation sera prochainement proposée à tous les membres dans le cadre du programme de formation continue de l'Ordre accessible au oppq.qc.ca/formation.

Modifications à la Charte de la langue française

La *Loi sur la langue officielle et commune du Québec, le français* (Loi 14), anciennement connue sous le nom de Projet de loi 96, est entrée en vigueur en juin 2022 et modifie la *Charte de la langue française*. Parmi les nouvelles obligations qu'elle instaure pour les membres d'ordres professionnels, il faut noter :

- L'interdiction de refuser un service en français à une personne qui le requiert. Tout refus constituerait un acte dérogatoire à la profession et pourrait mener à une plainte disciplinaire. Il reste possible de fournir un service dans une autre langue si la demande provient de la clientèle.
- L'obligation de fournir à la clientèle certains documents comme des rapports, avis, opinions ou expertises sans frais de traduction. Notez toutefois que si la demande de traduction provient d'une entreprise, les frais seront à la charge de celle-ci.
- L'obligation de maintenir une connaissance du français appropriée à l'exercice de leur profession. En cas de non-respect de cette exigence, l'Ordre pourrait imposer aux membres certaines mesures, dont des cours de perfectionnement ou encore la réussite de l'examen de français de l'Office québécois de la langue française (OQLF).

La Loi 14 modifie aussi la façon dont les ordres professionnels doivent communiquer avec leurs membres. À l'oral comme à l'écrit, l'Ordre est tenu d'utiliser le français dans ses réponses aux membres, ses infolettres ou encore ses outils d'information. Pour en savoir plus : oppq.qc.ca/loi-14

Lutte contre la maltraitance des personnes vulnérables

La *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (Loi 6) est entrée en vigueur en avril 2022. Elle élargit l'obligation des professionnels de signaler les situations de maltraitance envers les personnes vulnérables, en plus de prévoir des amendes pour les contrevenants.

Ce sont maintenant **toutes les situations où une personne est victime de maltraitance au sens de la loi** qui doivent être signalées, c'est-à-dire « un geste singulier ou répétitif ou

un défaut d'action appropriée qui se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance et qui cause, intentionnellement ou non, du tort ou de la détresse à une personne¹ ». Par ailleurs, certaines populations visées par le signalement obligatoire ont été ajoutées au texte de loi, notamment les résidents en situation de vulnérabilité en résidence privée pour aînés, les usagers en ressource intermédiaire ou en ressource de type familial ou encore les personnes inaptes selon une évaluation médicale. Pour en savoir plus :

oppq.qc.ca/loi-6

Protection des stagiaires

La *Loi visant à assurer la protection des stagiaires en milieu de travail* (Loi 2) est entrée en vigueur en août 2022 et concerne notamment les personnes qui effectuent un stage en milieu de travail dans le but d'obtenir un permis d'exercice. Parmi les droits qui sont octroyés aux stagiaires, il convient de noter :

- le droit de s'absenter lors de certains jours fériés ;
- le droit à des congés de courte durée pendant le stage, p. ex., pour cause de maladie ou en raison d'obligations parentales ou familiales ;
- le droit de bénéficier d'un milieu de stage exempt de harcèlement psychologique ou à caractère sexuel.

Des sanctions sont prévues pour les personnes qui contreviendraient à la loi. Pour en savoir plus : travail.gouv.qc.ca/toute-linformation-sur/protection-des-stagiaires

GROS PLAN SUR QUELQUES DOSSIERS DE L'OPPQ

Je profite de l'occasion pour présenter quelques-uns des dossiers en cours à l'Ordre. En octobre 2022, le conseil d'administration a adopté des orientations en matière d'écriture inclusive, conformément aux recommandations de l'OQLF, pour mettre fin à l'usage du masculin générique dans les communications de l'Ordre.

D'autre part, la *Politique d'octroi des dons et commandites de l'Ordre*² a été mise à jour afin d'inclure, entre autres, certaines initiatives liées au transfert de connaissances ainsi que les événements de réseautage organisés par les maisons d'enseignement et les étudiants.

1 Art. 2, *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*, legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/l-6.3?langCont=fr#se:2

2 oppq.qc.ca/membres/politiques-et-reglements/politique-dons-commandites

Révision du Règlement sur l'assistance médicale

L'Ordre a participé à une consultation publique sur le projet de révision du *Règlement sur l'assistance médicale* de la CNESST. Il a notamment rappelé que les technologues en physiothérapie ont l'autonomie et l'expertise nécessaires pour rédiger des rapports destinés à la CNESST. Il s'est également positionné contre l'introduction d'un tarif différencié pour les traitements selon qu'ils sont offerts par un physiothérapeute ou un technologue en physiothérapie.

3 oppq.qc.ca/document/plan-strategique-2020-2023

Planification stratégique

L'Ordre a amorcé ses travaux pour la planification stratégique 2023-2026. Cet exercice rigoureux et exigeant nous permet de faire le bilan du plan d'action 2020-2023³ et d'établir la vision qui guidera nos actions lors des trois prochaines années.

Plusieurs étapes sont prévues avant la définition des orientations stratégiques et des objectifs et la rédaction d'une première version du plan. Une grande consultation a lieu cet hiver auprès de diverses parties prenantes. Les membres, le personnel et le conseil d'administration de l'Ordre sont invités à s'exprimer, ainsi que des acteurs clés comme l'Association québécoise de la physiothérapie, la Fédération des cliniques privées du Québec, plusieurs décideurs ou encore les maisons d'enseignement. ●



CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

UN ALBUM DE BD MET EN LUMIÈRE VOTRE CONTRIBUTION

Les bénéfices des ventes sont remis à l'organisme Les impatients qui vient en aide aux personnes vivant des problèmes de santé mentale.

Harcèlement psychologique et sexuel en milieu de travail : les obligations de l'employeur



Par
Audrey Benoit,
avocate
Conseillère juridique
Secrétaire du conseil
de discipline

Tous les salariés ont droit à un milieu de travail exempt de harcèlement psychologique et de harcèlement à caractère sexuel. L'employeur doit s'assurer de prendre des mesures raisonnables pour prévenir le harcèlement et faire cesser toute situation de harcèlement portée à sa connaissance. Il doit notamment mettre en place une politique de prévention du harcèlement et de traitement des plaintes.

LE HARCÈLEMENT PSYCHOLOGIQUE ET SEXUEL

Quatre critères énoncés dans la *Loi sur les normes de travail*¹ doivent être remplis et démontrés pour pouvoir conclure à la présence de harcèlement psychologique :

- 1 Une **conduite vexatoire ayant un caractère répétitif ou de gravité**. Cette conduite peut se traduire par des comportements, des paroles, des gestes ou des actes. Il est important de noter que le caractère répétitif n'est pas une composante essentielle du harcèlement puisqu'une seule conduite grave peut constituer du harcèlement psychologique si elle porte atteinte à l'intégrité psychologique ou physique du salarié et si elle produit un effet nocif continu.
- 2 Un caractère **hostile ou non désiré**.
- 3 Une **atteinte à la dignité ou à l'intégrité** psychologique ou physique.
- 4 Un **milieu de travail néfaste**.

Ces critères doivent être analysés dans une perspective globale et l'intention de l'auteur du harcèlement n'est pas un critère pertinent. Depuis 2018, la notion de harcèlement psychologique inclut explicitement le harcèlement à caractère sexuel.

Enfin, le harcèlement psychologique inclut le harcèlement fondé sur un motif discriminatoire suivant la *Charte des droits et libertés de la personne*² (p. ex., la race, la couleur, le handicap, la grossesse, l'orientation sexuelle, l'état civil, l'âge, la religion, les convictions politiques, la langue, l'origine ethnique ou nationale, la condition sociale).

Exemples de comportements pouvant être associés à du harcèlement

- Ridiculiser une personne ou son travail, l'isoler ou l'empêcher de s'exprimer.
- Avoir des propos ou des gestes offensants ou discriminatoires.
- Dévaloriser une personne, l'humilier, répandre des rumeurs à son sujet.
- Faire subir des représailles à un salarié.
- Avoir des comportements ou des paroles à caractère sexuel indésirables.

1 Article 81.18 de la *Loi sur les normes de travail*, legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/n-1.1?langCont=fr#se:81_18

2 Article 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne*, legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-12?langCont=fr#se:10



Les conséquences possibles du harcèlement

Qu'il provienne d'un autre salarié, d'un membre de la direction ou d'un client, le harcèlement en milieu de travail peut avoir un très grand impact sur la personne visée ainsi que sur tout l'environnement de travail. Parmi les conséquences possibles, on notera :

- une baisse de motivation et de l'estime de soi ;
- une détérioration de la santé physique ou psychologique ;
- une augmentation de l'absentéisme ;
- une augmentation des risques d'accident et d'invalidité liés au travail ;
- des difficultés d'ordre personnel qui interfèrent avec les relations de travail.

GESTION ET CLIMAT DE TRAVAIL

L'employeur continue d'exercer son droit de gérance (ou droit de direction) sur les employés et le lien de subordination³ existant entre eux demeure. L'employeur peut donc toujours prendre des décisions qui lui sont propres concernant les exigences de l'emploi, le rendement, l'organisation du travail et même la discipline. Cet exercice du droit de gérance ne constitue pas du harcèlement psychologique, à moins qu'il soit démontré que ces décisions étaient abusives au point de satisfaire aux critères énoncés dans la loi.

De plus, bien qu'ils rendent le climat de travail désagréable, les manques de civilité ou les mésententes entre collègues, les manifestations d'impatience face aux employés ou encore les conflits de personnalités ne sont pas considérés comme du harcèlement, à moins que la situation se dégrade et que l'ensemble des critères soient remplis.

3 Article 2085, *Code civil du Québec*, legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/CCQ-1991?langCont=fr#se:2085

Droits des stagiaires

Le droit de bénéficier d'un milieu de stage exempt de toute forme de harcèlement psychologique ou à caractère sexuel est clairement énoncé dans la *Loi visant à assurer la protection des stagiaires en milieu de travail*, entrée en vigueur en 2022⁴. À ce sujet, l'employeur a les mêmes devoirs envers les stagiaires qu'il accueille dans son établissement qu'envers ses employés.

POLITIQUE DE PRÉVENTION DU HARCÈLEMENT PSYCHOLOGIQUE ET SEXUEL

Que l'organisation soit syndiquée ou non, les employeurs doivent instaurer une politique de prévention du harcèlement psychologique et sexuel et s'assurer qu'elle est facilement accessible à leurs employés. Cette politique doit indiquer quelles personnes-ressources contacter en cas de harcèlement psychologique au travail et présenter le processus de plainte et les démarches à entreprendre lorsqu'un salarié pense être victime de harcèlement.

Outre le traitement des plaintes prévu dans cette politique interne, l'employé peut également déposer une plainte à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) dans les deux ans suivant la dernière manifestation de harcèlement⁵.

Enfin, il est recommandé à l'employeur d'informer tout le personnel en ce qui concerne le harcèlement en milieu de travail, car il est de la responsabilité de tous de le prévenir et d'effectuer un signalement lorsque la situation l'exige.

Prévention de la violence conjugale, familiale ou à caractère sexuel

Depuis 2021, l'employeur doit aussi prendre des mesures raisonnables⁶ dans le cas où un membre du personnel serait exposé à des situations de violence conjugale, familiale ou à caractère sexuel sur son lieu de travail⁷. Ces mesures peuvent être incluses dans la politique de prévention du harcèlement psychologique et sexuel ou dans une politique distincte.

Plusieurs mesures préventives sont à envisager, dont la sensibilisation du personnel à ces types de violence, l'élaboration d'un plan d'accompagnement des personnes qui en sont victimes et la nomination de personnes-ressources. ●

DOCUMENTS UTILES

La CNESST propose des ressources pour aider les employeurs à élaborer une politique de prévention du harcèlement psychologique et sexuel :

- guide d'élaboration d'une politique ;
- modèle téléchargeable de politique.

Pour consulter les ressources :

cnesst.gouv.qc.ca/fr/prevention-securite/milieu-travail-sain/harcelement-au-travail/obligations-lemployeur-en-matiere-harcelement



4 Articles 18 et 19. Pour en savoir plus sur la *Loi visant à assurer la protection des stagiaires en milieu de travail*, qui s'applique aux personnes devant effectuer un stage en milieu de travail dans le but d'obtenir un permis d'exercice de la profession : www.travail.gouv.qc.ca/toute-linformation-sur/protection-des-stagiaires

5 Articles 123.6 et 123.7 de la *Loi sur les normes du travail*, [legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/n-1.1?langCont=fr#se:123_6](https://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/n-1.1?langCont=fr#se:123_7) et legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/n-1.1?langCont=fr#se:123_7

6 « L'employeur est tenu de prendre les mesures lorsqu'il sait ou devrait raisonnablement savoir que le travailleur est exposé à [la violence conjugale, familiale ou à caractère sexuel sur son lieu de travail]. » Article 51, *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-2.1?langCont=fr#se:51

7 Pour en savoir plus sur la violence conjugale, familiale ou à caractère sexuel en milieu de travail : cnesst.gouv.qc.ca/fr/prevention-securite/identifier-corriger-risques/liste-informations-prevention/violence-conjugale-familiale-caractere-sexuel

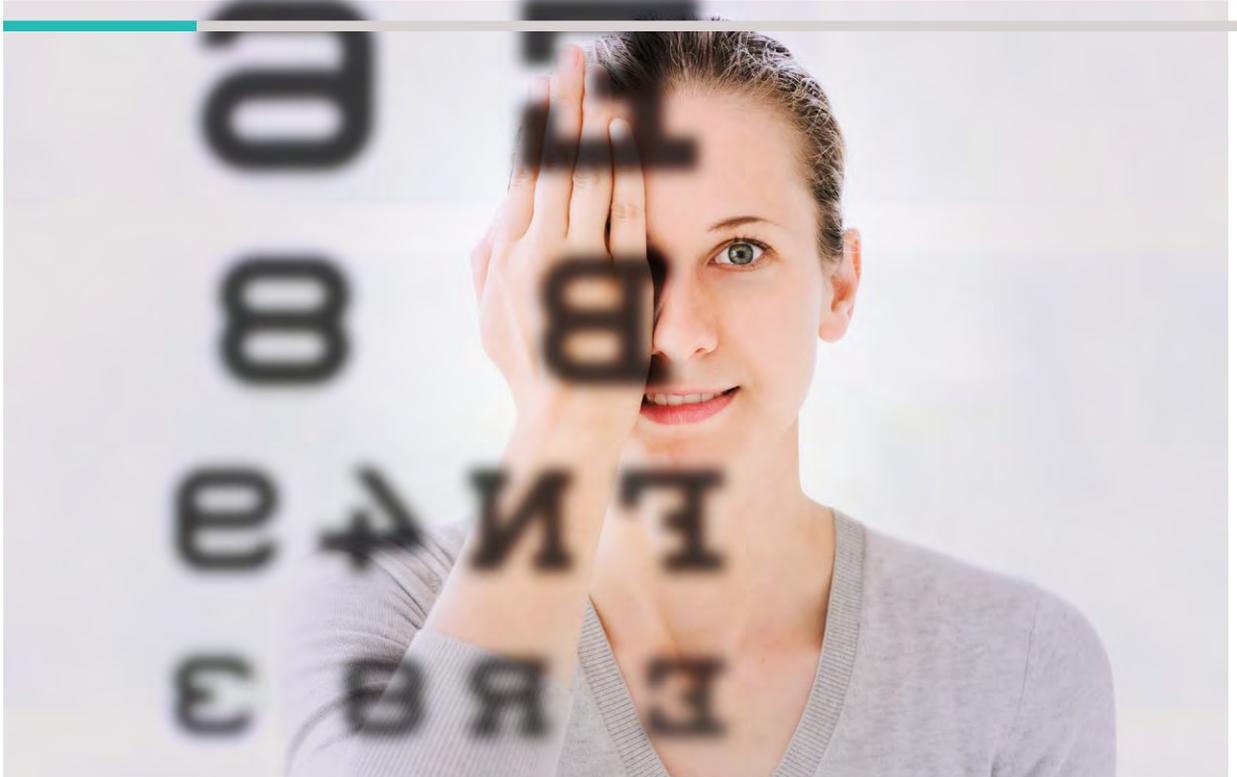
Professionnels de la physiothérapie et de l'optométrie : un cadre de collaboration pour optimiser le suivi des patients



Par
Stéphanie Grégoire,
pht
Chargée de projets



Patrick Doiron-Cadrin,
pht, M. Sc.
Directeur du développement
et du soutien
professionnels



Un cadre de collaboration élaboré en mars 2022 entre l'Ordre des optométristes du Québec (OOQ) et l'OPPQ facilite dorénavant la collaboration des cliniciens des deux professions qui effectuent le suivi de patients qui présentent une condition d'origine neurologique, vestibulaire ou oculovisuelle.

Mis au point par un comité de travail composé de professionnels de la physiothérapie et de l'optométrie et révisé par un comité externe, ce nouveau cadre de collaboration renforce l'interdisciplinarité entre les deux professions. Il constitue un pas important dans l'optimisation des interventions réalisées en optométrie et en physiothérapie auprès des patients, notamment dans les cas suivants :

- atteintes neurologiques acquises, dont traumatisme craniocérébral, accident vasculaire cérébral, sclérose en plaques, etc. ;
- migraines et céphalées ;
- atteintes du système vestibulaire périphérique.

DES EXPERTISES DISTINCTES ET COMPLÉMENTAIRES

Bien que les professionnels de l'optométrie et de la physiothérapie possèdent chacun un champ d'exercice distinct¹, ils peuvent tous deux réaliser des interventions complémentaires dans le cas d'**atteintes de la fonction oculomotrice associées à une condition d'origine neurologique, vestibulaire ou oculovisuelle.**

Physiothérapie

Les physiothérapeutes formés en rééducation vestibulaire et qui ont l'habitude de traiter la clientèle présentant ce type d'atteinte ont l'expertise pour :

- Évaluer la fonction oculomotrice ainsi que les systèmes vestibulaire et somesthésique pour identifier une déficience affectant le fonctionnement de la personne dans son environnement.
- Établir un plan de traitement qui vise l'amélioration de la fonction oculomotrice, de l'intégration multisensorielle ainsi que l'amélioration du contrôle postural, de l'équilibre, de la locomotion et de la tolérance dans différents environnements.

Les technologues en physiothérapie peuvent aussi intervenir et utiliser des techniques de traitement en rééducation oculomotrice avec leurs patients, s'ils ont acquis les compétences pour ce faire et qu'ils travaillent étroitement avec un physiothérapeute.

Optométrie

Les optométristes formés en neuro-optométrie² et qui ont l'habitude de traiter la clientèle présentant ce type d'atteintes détiennent l'expertise pour :

- Procéder à l'examen des yeux, à l'analyse de leur fonction et à l'évaluation des problèmes visuels dans un but d'optimisation de la fonction.
- Procéder à l'évaluation et au traitement de certains troubles oculomoteurs, notamment sur les plans de la version, de la vergence et de l'accommodation.
- Procéder à l'évaluation et au traitement de certains troubles non oculomoteurs, notamment les altérations de la localisation spatiale, les atteintes du champ visuel, la photophobie et les dysfonctions dans le traitement de l'information visuelle.

DÉPISTAGE ET SUIVI DU PATIENT

Les professionnels de la physiothérapie et de l'optométrie peuvent procéder au dépistage ou au suivi des troubles liés à la fonction visuelle, au mouvement des yeux ou à la locomotion en général, conformément à leur champ de pratique respectif ainsi qu'à leurs compétences et à leur expérience avec la clientèle qui présente des troubles oculomoteurs (voir tableau 1 en page 14). Ils possèdent également les connaissances et les compétences requises pour identifier les conditions nécessitant une demande de consultation auprès d'un professionnel d'un autre domaine que la physiothérapie ou l'optométrie.

D'autre part, si un professionnel juge qu'il n'a pas l'expertise nécessaire, il peut faire une demande de consultation à un collègue de la même profession, p. ex. à un physiothérapeute formé en rééducation vestibulaire et qui a l'habitude de traiter la clientèle qui présente ce type d'atteinte.

SUIVI CONJOINT

Lorsqu'un suivi conjoint en physiothérapie et en optométrie est recommandé, certaines interventions peuvent être entreprises par le premier professionnel vu par le patient, en attendant la consultation avec le second professionnel (en physiothérapie ou en optométrie).

Afin d'éviter une décompensation secondaire à la surcharge d'interventions, les professionnels sont appelés à coordonner les évaluations et les traitements en physiothérapie et en optométrie et à se communiquer, avec le consentement du patient, les résultats des évaluations, les rapports d'évolution et le plan de traitement, incluant les recommandations émises.

Cette collaboration interdisciplinaire permet notamment d'éviter le dédoublement des interventions et de tenir compte des conditions visuelles qui pourraient être aggravées par la réadaptation oculomotrice. Afin de faciliter la communication entre ces professionnels, le cadre de collaboration propose deux modèles de formulaires personnalisables. ●

1 Selon l'article 16 de la *Loi sur l'optométrie*, le champ d'exercice de l'optométrie se définit comme « tout acte qui a pour objet la vision et qui se rapporte à l'examen des yeux, l'analyse de leur fonction et l'évaluation des problèmes visuels, ainsi que l'orthoptique, la prescription, la pose, l'ajustement, la vente et le remplacement de lentilles optiques ». www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/0-7?langCont=fr#se:16

2 La réadaptation neuro-optométrique est un type de réadaptation visuelle personnalisée pour les patients avec des problèmes visuels qui résultent d'un handicap physique, d'un traumatisme crânio-cérébral ou d'autres pathologies neurologiques.

Tableau 1

Compétences respectives des professionnels de la physiothérapie et de l'optométrie

⌘ = Dépistage possible en vue de diriger vers un autre professionnel pour une évaluation et un suivi
 ✎ = Suivi possible dans le respect du champ de pratique

| Éléments de l'évaluation clinique* | Compétences relevant de la physiothérapie | Compétences relevant de l'optométrie |
|--|---|--------------------------------------|
| Atteintes du système visuel de base | | |
| Statut réfractif | | ✎ |
| Vision binoculaire | ⌘ | ✎ |
| Santé oculaire | | ✎ |
| Atteintes du système oculomoteur | | |
| Version | ⌘ | ✎ |
| Vergence | ⌘ | ✎ |
| Accommodation | ⌘ | ✎ |
| Poursuite | ✎ | ✎ |
| Saccades | ✎ | ✎ |
| Atteintes visuelles non oculomotrices | | |
| Dysfonction dans le traitement de l'information visuelle | ⌘ | ✎ |
| Localisation spatiale altérée | ⌘ | ✎ |
| Photophobie | ⌘ | ✎ |
| Atteinte du champ visuel | ⌘ | ✎ |
| Réflexe optocinétique | ✎ | ✎ |
| Sensibilité visuelle au mouvement | ✎ | ⌘ |
| Dysfonction vestibulaire | ✎ | ⌘ |
| Réflexe vestibulo-oculaire | ✎ | ✎ |
| Réflexe cervico-oculaire | ✎ | ⌘ |
| Atteintes non visuelles | | |
| Problèmes posturaux | ✎ | ⌘ |
| Troubles d'origine cervicale | ✎ | ⌘ |
| Troubles de l'équilibre et instabilité | ✎ | ⌘ |
| Troubles de somatisation | ⌘ | ⌘ |

Tableau issu du cadre de collaboration entre les professionnels de la physiothérapie et de l'optométrie, p. 8

* Certains éléments de l'examen pourraient nécessiter une évaluation par un optométriste formé en neuro-optométrie et qui a l'habitude de traiter cette clientèle ou par un physiothérapeute formé en rééducation vestibulaire et qui a l'habitude de traiter la clientèle présentant ce type d'atteinte.

Pour en savoir plus

Visionner la conférence *Traiter les troubles oculomoteurs : maximiser la synergie entre la physiothérapie et l'optométrie* de Nathalie Savard, pht, et Vanessa Bachir, OD, au oppq.qc.ca/formation/troubles-oculo-moteurs.

UN CADRE DE COLLABORATION ET DES OUTILS

Le cadre de collaboration entre les professionnels de la physiothérapie et de l'optométrie inclut les outils suivants :

- Un glossaire des termes liés aux troubles oculomoteurs
- Un algorithme de collaboration entre professionnels de la physiothérapie et de l'optométrie
- Le formulaire *Demande de consultation initiale à un professionnel de la physiothérapie ou de l'optométrie* pour faire une demande de consultation interprofessionnelle à propos de troubles oculomoteurs et transmettre les informations pertinentes
- Le *Formulaire de communication entre professionnels de la physiothérapie et de l'optométrie (suivi du patient)* pour coordonner les plans de traitement ainsi que les interventions lors de suivis conjoints



Consulter le cadre de collaboration :

oppq.qc.ca/document/cadre-collaboration-physiotherapie-optometrie



Le dossier client : une preuve concrète des actions posées



Par

**Justine
Couturier-
Des Rochers,**
T. phys.

Directrice de l'inspection
professionnelle

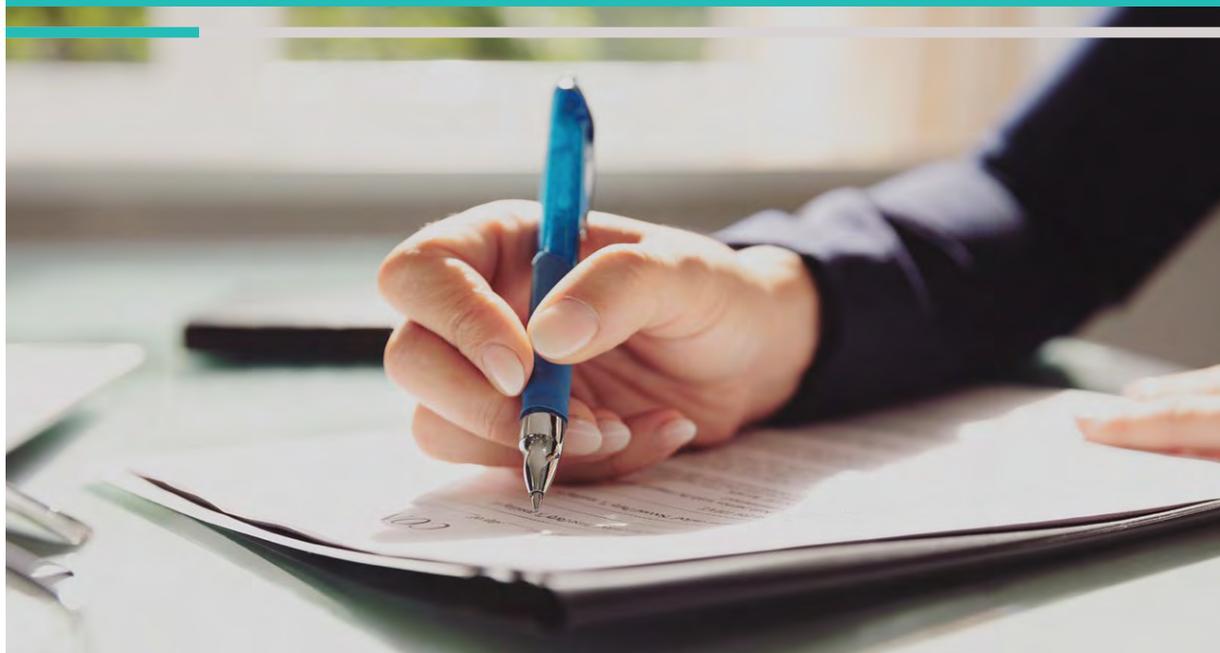
Secrétaire du comité
d'inspection
professionnelle

et par

**la Direction
de l'inspection
professionnelle**

et

**le Comité
d'inspection
professionnelle**



Précieux document présentant l'ensemble des soins et des services offerts au client, outil de communication essentiel avec les autres professionnels qui traitent celui-ci, le dossier client remplit de nombreuses fonctions. Il constitue également une preuve concrète des actes effectués et, en cas de malentendu avec le client ou de plainte, il contient des éléments de preuve liés à l'intervention du clinicien.

C'est pourquoi, au-delà des éléments exigés sur le plan réglementaire¹, tout au long du suivi du client, il revient au clinicien de faire apparaître dans le dossier client des données qui démontrent la sécurité de ses interventions et qui soutiennent son raisonnement clinique.

LE DOSSIER CLIENT, REFLET DES SERVICES RENDUS

Les notes et les documents versés au dossier client doivent constituer une représentation fidèle du suivi du client. Bien que leur niveau de détail varie en fonction des besoins du client et du contexte de soins, ces notes témoignent du service rendu et font état de l'approche qui a été choisie par le clinicien.

¹ 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, oppq.qc.ca/teneur-dossiers

Un outil pour présenter ses choix et son raisonnement

Les informations que la professionnelle ou le professionnel de la physiothérapie inscrit dans le dossier client permettent de comprendre son raisonnement clinique et de justifier ses décisions, ainsi que les actions qu'elle ou il a posées ou s'est abstenu de poser pour des raisons de sécurité. À la lecture du dossier, le lien de cohérence entre les données d'évaluation et les choix thérapeutiques effectués devrait apparaître clairement et la description transparente des services professionnels rendus devrait permettre de juger de leur pertinence, de leur sécurité et de leur efficacité.

Un rappel de tous les échanges

Le dossier permet de connaître le contenu et la nature des discussions verbales ou écrites qui ont eu lieu durant le suivi du client. Des notes rappellent les recommandations formulées au client ou à un autre professionnel (p. ex., retour au jeu, retour progressif au travail), les échanges avec la famille ou un autre professionnel impliqué dans le suivi du client. Une copie de toutes les communications écrites (p. ex., courriel, lettre au médecin) devrait être versée au dossier.

Un fil conducteur chronologique et factuel

La consignation chronologique des éléments est primordiale. En effet, en tout temps, le dossier présente les renseignements à jour concernant la condition du client. C'est pourquoi il importe de verser ses notes au dossier dans les meilleurs délais, idéalement le jour même où le service a été rendu.

Les informations inscrites au dossier doivent être lisibles et leur formulation, adéquate (p. ex., utilisation de termes et d'abréviations reconnus dans le domaine médical), afin qu'elles soient intelligibles pour tous et faciles à repérer.

En résumé, à la lecture du dossier, un autre professionnel de la physiothérapie, ou tout autre lecteur, devrait être en mesure de comprendre les informations qui y sont colligées ainsi que le fil des événements.

UN AIDE-MÉMOIRE EN CAS DE MALENTENDU OU DE PLAINTE

En cas d'un malentendu, d'un incident ou d'une plainte, le dossier client peut jouer le rôle d'aide-mémoire et faire partie des éléments qui permettront d'établir la chronologie des actions posées et les choix effectués par le clinicien.

Pour que l'information au dossier constitue un élément de preuve, il importe qu'elle soit précise, pertinente et fidèle aux services rendus par le professionnel. Lorsque le client, le clinicien ou d'autres professionnels le consulteront *a posteriori*, chaque lecteur devra être en mesure de comprendre la chronologie des faits et de bien saisir quels éléments ont étayé le raisonnement clinique au moment des événements.

Quelques exemples concrets

EXEMPLE 1

Un client dont vous avez assuré le suivi à la suite d'une intervention chirurgicale à la cheville doit être opéré à nouveau. Selon lui, ce sont les traitements en physiothérapie qui ont mené à cette situation. Tout au long du suivi, au cours duquel aucune mise en charge n'était permise, vous avez observé le client circuler sans accessoire de marche et lui avez recommandé à de nombreuses reprises de respecter les indications médicales. Soucieux de documenter cette situation, à chacune des visites, vous aviez noté clairement au dossier ce rappel fait au client ainsi qu'à sa famille.

EXEMPLE 2

Un client vous consulte pour des douleurs intenses au bas du dos. Lors de l'évaluation initiale, vous éliminez les drapeaux rouges en posant les questions spécifiques et en effectuant un bilan neurologique. Le client obtient plus tard un diagnostic médical de syndrome de la queue de cheval et estime que sa condition au moment de la consultation en physiothérapie aurait dû mener à une référence médicale. Or, votre dossier témoigne explicitement des résultats négatifs aux questions et aux tests.

EXEMPLE 3

Une cliente en CHSLD éprouve des étourdissements lors des transferts au lit. Vous formulez des recommandations et des consignes verbales à cette dernière, à sa famille ainsi qu'au personnel soignant. Par la suite, la cliente chute et se fracture la hanche. Bien que ces recommandations aient été offertes verbalement, vous en aviez gardé une trace à votre dossier, confirmant que vous aviez indiqué d'effectuer les transferts étape par étape, avec des pauses au besoin, et d'utiliser sa marchette au transfert assis à debout.

CONSEILS POUR CONSTITUER UN DOSSIER CLIENT BIEN DOCUMENTÉ

- Rédigez vos notes le jour même de la consultation, quand vous avez une image précise des événements et des discussions et que vous êtes en mesure d'en faire une description nette et fidèle. Évitez les notes tardives, quand vos souvenirs risquent d'être plus vagues.
- Notez les éléments qui diffèrent du déroulement attendu d'une séance de physiothérapie (p. ex., non-respect des consignes ou des recommandations, incident) ou qui pourraient signaler un problème dans la progression de la condition (p. ex., détérioration). Inscrivez au dossier les particularités rencontrées (p. ex., malgré vos recommandations, le client continue d'effectuer des tâches ou des activités qui pourraient affecter sa condition). Ajoutez une note si le client vous fait part d'une insatisfaction quant à vos services.
- Répertoirez vos observations concernant les réactions du client au traitement et notez tout élément particulier (p. ex., augmentation de la douleur à la suite du traitement ou dans les jours qui suivent).
- Documentez les drapeaux jaunes ou les facteurs psychosociaux, notamment par le biais de questionnaires validés.
- Utilisez le « copier-coller » avec discernement pour éviter de retranscrire des informations obsolètes sur la condition du client ou sur les services donnés.
- Appuyez-vous sur les données d'évaluation pour étayer le choix des interventions et la conclusion de votre raisonnement clinique.
- Justifiez les modifications au plan de traitement par l'usage de données évaluatives (subjectives ou objectives).
- Décrivez les services rendus de manière à ce que leur sécurité puisse être évaluée et qu'un pair qui exerce dans une réalité clinique similaire soit en mesure de les reproduire. ●

UNE OBLIGATION RÉGLEMENTAIRE ET DÉONTOLOGIQUE AVANT TOUT

Tenir un dossier pour chacun de ses clients ou de ses groupes de clients (p. ex., classe d'exercices²) constitue en premier lieu une obligation déontologique et réglementaire. Cette obligation s'applique à tous les types d'activités que réalisent les professionnels de la physiothérapie dans leur champ d'exercice, quel que soit leur milieu clinique.

De plus, le dossier :

- permet aux professionnels de consigner les soins et les services qui ont été donnés afin d'en assurer la continuité, la qualité et la cohérence ;
- permet au client d'accéder aux renseignements qui le concernent et, s'il y a lieu, de faire valoir son droit de rectification ;
- favorise la communication et la collaboration entre les différents professionnels impliqués dans les soins du client, mais également avec les organismes payeurs.

Pour en savoir plus :

oppq.qc.ca/tenue-dossiers

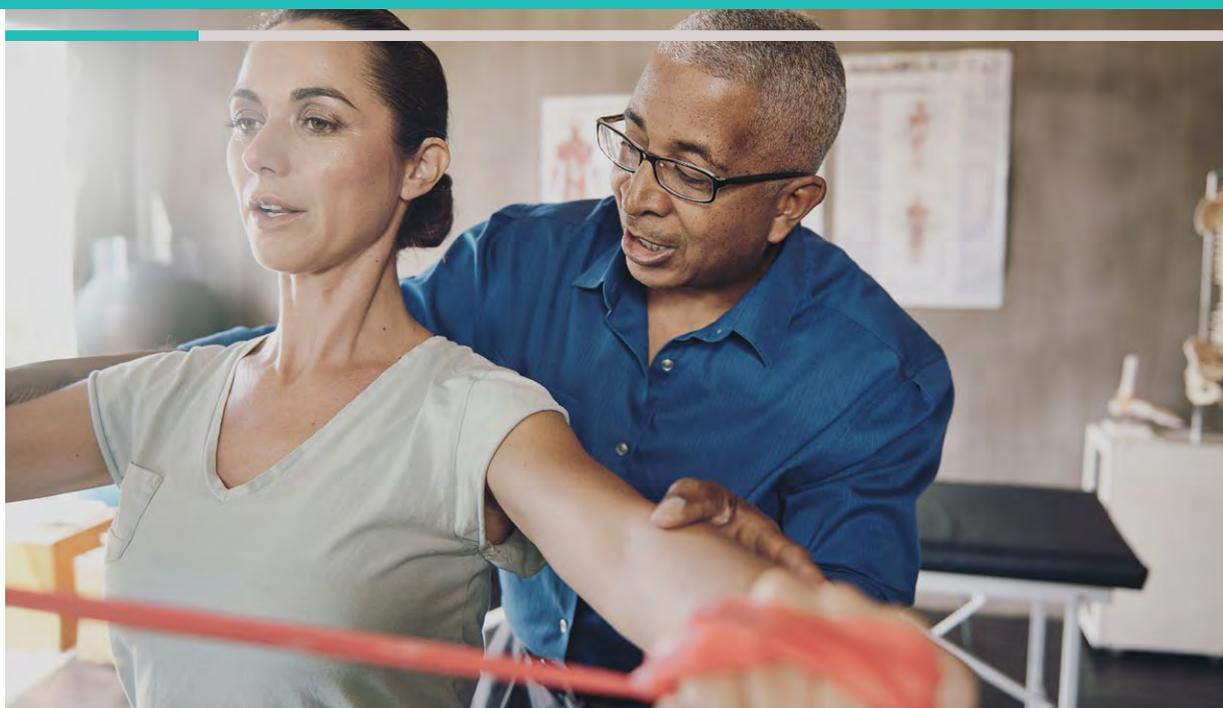


2 « Programmes et classes d'exercices virtuels : quelles sont vos obligations professionnelles », *Physio-Québec*, été 2022, pages 15 à 17, oppq.qc.ca/physio-quebec-ete-2022.

Programmes d'exercices en physiothérapie : activer la motivation des patients en répondant aux besoins à combler



Par
Jean-Michel Pelletier,
psychologue spécialisé
en sport*



L'adhésion aux exercices prescrits en physiothérapie est un enjeu fondamental pour améliorer l'efficacité du processus de réadaptation. Les stratégies motivationnelles, en raison de leur flexibilité et de leur ancrage dans les comportements humains, peuvent permettre au professionnel de la santé d'activer la motivation de ses patients en ciblant leurs besoins de manière personnalisée.

Augmenter la motivation à faire des exercices semble parfois difficile. Poser les bonnes questions et identifier les besoins non comblés permettent toutefois de personnaliser les interventions et de choisir les meilleures stratégies. La théorie de la motivation autodéterminée^[1,2] offre des stratégies efficaces pour renforcer la motivation des patients à faire leurs exercices de réadaptation.

Ces stratégies motivationnelles ont d'ores et déjà été appliquées dans de nombreux domaines comme la parentalité, l'éducation, le sport, la psychothérapie, ainsi que les domaines de la gestion du travail^[2]. Elles demeurent toutefois peu connues pour améliorer l'efficacité des interventions motivationnelles dans les comportements de santé.

* Déclaration de conflit d'intérêts : Jean-Michel Pelletier détient l'entreprise « Le Psy Sportif inc. », qui offre des formations sur les trois axes et la motivation pour les professionnels de la santé et les athlètes.

COMPRENDRE LES TROIS AXES DES BESOINS FONDAMENTAUX

La théorie de la motivation autodéterminée propose une approche en trois axes pour stimuler et activer la motivation des patients en répondant à leurs besoins non comblés. Elle peut ainsi servir de base pour aider les physiothérapeutes et les technologues en physiothérapie à intervenir sur la motivation des patients à faire les exercices prescrits.

La théorie de la motivation autodéterminée^[2] repose notamment sur l'identification de trois besoins fondamentaux, qui devraient nécessairement être satisfaits pour permettre aux individus de réaliser de façon autonome une action, telle que l'exécution d'un programme d'exercices.

AXE 1

Le besoin d'autonomie, lié au sentiment d'être l'initiateur de ses propres actions.

AXE 2

Le besoin de lien social, associé au fait de se sentir, grâce à des actions, en relation significative avec d'autres individus.

AXE 3

Le besoin de compétence, lié au sentiment d'apporter une contribution efficace par ces actions.

Selon la théorie, une frustration des besoins aurait pour conséquence de favoriser une propension à l'évitement et, par conséquent, de limiter la mise en action^[3]. Par exemple, une des barrières les plus fréquentes de démotivation à faire de l'activité physique sur l'heure du midi chez les travailleurs demeure les enjeux d'hygiène, puisqu'ils doivent retourner travailler en après-midi.

L'ART DE POSER LES BONNES QUESTIONS

Il est fréquent de formuler des objectifs SMART (spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporellement définis) avec les patients, mais l'efficacité de cette démarche peut s'avérer limitée sans l'ajout de certains facteurs motivationnels. Afin d'augmenter la motivation et l'observance de la prescription d'exercices d'un patient, des interventions basées sur la motivation autodéterminée peuvent servir à trouver la source des barrières à l'observance. Il s'agira ici de considérer les trois axes (autonomie, lien social et compétence) associés à la frustration des besoins fondamentaux pour déterminer celui ou ceux qui définissent le mieux le rapport du patient à son comportement afin de poser les bonnes questions.

Parfois, des questions ouvertes permettent d'identifier l'axe dont le besoin n'est pas comblé.

- Qu'est-ce qui vous empêche de réaliser ces exercices à la maison ?
- Expliquez-moi comment ça se passe lorsque vous faites vos exercices à la maison ?

Pour être utile, la réflexion doit être menée sans jugement et avec bienveillance, afin d'éviter de nuire à l'expression du besoin. Par exemple, si le professionnel utilise un ton critique lorsqu'il pose la question, le patient peut activer sa résistance face à la relation thérapeutique et aux exercices. Cette situation peut se produire notamment lorsque le professionnel pose la question suivante, ce qui arrive fréquemment en début de séance : « As-tu fait tes exercices cette semaine ? ».

Il est parfois gênant pour le patient d'exprimer des barrières qui peuvent paraître anodines aux yeux du professionnel, d'où l'importance de tendre vers une attitude neutre, exempte de jugement. L'important est d'identifier les blocages spécifiques avec le patient pour travailler sur sa motivation de manière personnalisée.

Une fois les réponses obtenues aux questions ouvertes, il suffit d'identifier l'axe dans lequel la « frustration » ou barrière se trouve. Par exemple, si le thérapeute identifie pour un comportement donné une frustration du besoin de compétence, il pourra alors s'intéresser aux solutions proposées pour satisfaire ce besoin.

DES STRATÉGIES POUR POTENTIALISER L'EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS

À partir des réponses obtenues, il est possible de proposer différentes solutions afin d'adapter les interventions de manière à répondre aux besoins qui correspondent à l'axe le plus problématique. Pour cela, le professionnel de la physiothérapie peut inviter son patient à se poser les questions suivantes :

- Quelles solutions me semblent adaptées à ma situation pour répondre à mon besoin ?
- Quelles solutions me semblent faisables dans ma situation ?
- Quelles solutions pourrais-je mettre en place facilement et comment devrais-je procéder ?

Le physiothérapeute ou le technologue en physiothérapie disposera alors de pistes de solutions concrètes et personnalisées pour aider le patient à retrouver l'envie de se mettre en action.

EXEMPLES DE BESOINS À COMBLER

- Si un patient préfère certains exercices plutôt que d'autres, il pourrait se sentir frustré dans son autonomie.
- Si un patient n'aime pas un exercice parce qu'il se sent jugé par sa partenaire (p. ex., elle le taquine quand il fait ses exercices), il pourrait se sentir frustré dans son sentiment de lien social.
- Si un patient a oublié ses exercices et ne les comprend pas bien, il pourrait se sentir incompetent.

LA BONNE STRATÉGIE POUR LE BON BESOIN

Différentes stratégies d'intervention peuvent être mises en place en fonction du ou des besoins identifiés. Ces stratégies communicationnelles proviennent d'un article scientifique^[4] qui en regroupe plusieurs. Celles-ci sont basées sur les trois axes et utilisées par des physiothérapeutes avec des patients présentant des douleurs au bas du dos.

Pour combler le **besoin d'autonomie**, il est possible de choisir des actions qui favorisent la participation du patient dans la prise de décision. Le professionnel peut alors se poser les questions suivantes : « Est-ce que mes informations sont pertinentes et ont du sens pour le patient ? », « Est-ce nécessaire en ce moment de donner de l'information ? », « Est-ce que diverses options existent malgré les contraintes ? » ou « Qu'est-ce qui est important ou non négociable pour le patient ? » Il peut être judicieux de diminuer la tendance du professionnel à donner des conseils ou à faire la morale sans comprendre l'ampleur du problème. Voici un exemple de réflexe correcteur^[5] :

PROFESSIONNEL :

« Si tu ne fais pas tes exercices, tu vas encore avoir mal ! »

« C'est important pour que la douleur diminue et que tu te rétablisses. »

CE QUE LE PATIENT SE DIT DANS SA TÊTE :

« Tu es en train de dire que c'est ma faute, la douleur de ma blessure. »

Pour combler le **besoin de se sentir lié socialement**, il peut être intéressant d'implémenter des stratégies qui favorisent une diminution de la peur d'être jugé par les autres. On peut

Tableau pour aider à identifier les besoins à combler

| FRUSTRATION | MOTIVATION |
|---------------------|-----------------|
| Contrôle/obligation | Choix/autonomie |
| Incompétence | Compétence |
| Jugement/rejet | Lien social |

alors consciemment faire preuve d'empathie : « Si j'étais à la place du patient, comment est-ce que je me sentirais ? De quoi aurais-je besoin ? ». Le professionnel peut aussi se demander si le patient a besoin de sa présence, de son écoute ou de ses conseils à ce moment précis. Il peut également se demander s'il est la meilleure personne pour l'aider et, au besoin, le rediriger afin d'adapter son intervention.

En ce qui concerne le **besoin de se sentir compétent**, les stratégies optimales ont souvent pour but de favoriser le sentiment d'auto-efficacité ou de se sentir capable de faire une action selon le niveau de difficulté. Le professionnel peut alors se poser les questions suivantes : « Est-ce que je valorise le processus ou le résultat ? », « Est-ce que j'ai demandé au patient son niveau d'énergie ? » ou « Jusqu'à quel point perçoit-il le niveau de difficulté de la tâche en ce moment ? » Il peut aussi être utile de valider la compréhension du patient en lui demandant de résumer dans ses mots les informations pertinentes.

Il n'y a pas de « mauvaise » raison de manquer de motivation, puisque les barrières à la mise en action dépendent du contexte propre à chaque patient. Poser les bonnes questions et comprendre quels besoins restent à combler permettent aux professionnels de la santé d'adapter leurs interventions et ainsi d'augmenter l'observance au programme qu'ils mettent en place avec leurs patients^[6]. ●

RÉFÉRENCES

- 1 Deci, E.L., et Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Springer Science & Business Media.
- 2 Ryan, R.M., et Deci, E.L. (2017). *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. Guilford Publications.
- 3 Chevrier, B., et Lannegrand-Willems, L. (2018). "Emerging adult self-perception in freshman year: Role of basic psychological needs satisfaction and frustration." *Society for Study of Emerging Adulthood thematic conference: Self and Identity in Emerging Adulthood*, Cluj-Napoca, Romania.
- 4 Murray, A., Hall, A.M., Williams, G.C. et coll. (2015). "Effect of a Self-Determination Theory-Based Communication Skills Training Program on Physiotherapists' Psychological Support for Their Patients With Chronic Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial." *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(5), 809-816.
- 5 Miller, W.R., Rollnick S. (2002). *Motivational Interviewing*. 2^e édition. New York, The Guilford Press.
- 6 Teixeira, P.J., Palmeira, A.L., et Vansteenkiste, M. (2012). "The role of self-determination theory and motivational interviewing in behavioral nutrition, physical activity, and health: an introduction to the IJBNPA special series." *Int J Behav Nutr Phys Act*, 9, 17.

L'efficacité de programmes d'exercices pour prévenir le déclin fonctionnel chez les aînés vivant dans la collectivité après une blessure mineure



Chaque année, environ 420 000 aînés canadiens vivant dans la collectivité subissent des blessures qui limitent leur mobilité au quotidien^[1]. Ces aînés consultent majoritairement les urgences^[1] et environ 75 % d'entre eux retournent directement à domicile sans suivi particulier de leurs blessures (contusions, entorses et petites fractures)^[2]. L'équipe CETIe (Canadian Emergency & Trauma Initiative in elders) a observé que 16 % des aînés encore autonomes ne récupèrent pas leur autonomie fonctionnelle complètement six mois après une blessure mineure^[3].

Ce déclin fonctionnel dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et domestique (AVD) révélerait des signes sous-jacents de limitations fonctionnelles et de fragilité^[4]. Actuellement, il n'existe pas d'approche dans les urgences pour évaluer et prévenir le déclin fonctionnel de cette clientèle^[5].

L'exercice physique est associé à une diminution de la fragilité et des pertes fonctionnelles chez les aînés^[6,7]. De plus, des programmes efficaces d'exercices et de prévention des chutes^[8] sont offerts par des organismes communautaires. La consultation aux urgences pourrait donc devenir une occasion de diriger les patients âgés vers ces ressources pour prévenir leur déclin fonctionnel. Toutefois, en contexte d'accès limité aux ressources, il apparaît pertinent d'identifier les sous-groupes d'aînés pouvant en bénéficier davantage.

OBJECTIFS

- 1 Décrire et comparer l'effet d'une intervention en exercice physique offerte par une ressource communautaire avec le suivi habituel après congé de l'urgence sur le déclin fonctionnel et les capacités physiques des aînés autonomes vivant dans la collectivité, à trois et à six mois après une blessure mineure.
- 2 Décrire l'effet de l'intervention selon le statut de fragilité, l'âge et le niveau de mobilité post-blessure des participants.

MÉTHODOLOGIE

Cet essai pilote pragmatique comprenait un groupe recevant une intervention en exercices physiques (groupe Intervention) et un groupe de contrôle recevant les soins usuels après un congé des urgences des hôpitaux de l'Enfant-Jésus à Québec et du Sacré-Cœur à Montréal (groupe Contrôle). Les participants âgés de ≥ 65 ans, autonomes pour les AVQ, présentant une blessure mineure récente et retournés à leur domicile après leur congé des urgences ont été affectés à l'un des deux groupes par randomisation simple avec un tableau de nombres aléatoires (voir figure 1).

Par

Laurence Fruteau de Laclos, pht, M. Sc.^a

Marie-Josée Sirois, Ph. D.^a

Andréanne Blanchette, pht, Ph. D.^b

Joannie Blais, pht^a

Dominic Martel, M. Sc.^c

Marcel Émond, M.D., M. Sc.^a

Raoul Daoust, M.D., M. Sc.^c

Mylène Aubertin-Leheudre, Ph. D.^d

a Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, Université Laval

b Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIIS), Université Laval

c Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

d Université du Québec à Montréal



L'intervention incluait 24 séances (2 x 1 h/sem x 12 sem) d'exercices supervisés de renforcement musculaire, d'équilibre et d'endurance, comme recommandé pour les aînés fragiles ou préfragiles vivant dans la collectivité^[6,7]. À Québec, les participants ont suivi le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) en groupes de 10-15 personnes en centre communautaire. À Montréal, les participants étaient supervisés au YMCA (groupes de 6-8 personnes) ou à domicile au moyen de la gérontotechnologie JINTRONIX^{MD}. Cette technologie s'apparentant à un jeu vidéo guidait le participant dans ses exercices à l'aide d'une caméra Microsoft Kinect^{MD} et de la plateforme JINTRONIX^{MD}. L'installation à domicile ainsi que 6 séances étaient supervisées par un kinésologue qui suivait également la progression du participant et ajustait le niveau de difficulté à distance.

L'obtention du consentement écrit ainsi que l'évaluation initiale étaient effectuées lors de visites à domicile, dans les 10 jours suivant la consultation à l'urgence, et les réévaluations avaient lieu 3 et 6 mois plus tard.

Le déclin fonctionnel était défini par une perte de ≥ 2 points/28 lors de suivis au moyen du questionnaire *Older American Resources and Services Scale* (OARS)^[9], une valeur seuil associée à des signes cliniques de déclin pour ce qui est des AVQ/AVD^[4].

La capacité physique était évaluée par le *Short Physical Performance Battery* (SPPB)^[10]. Comparativement aux aînés ayant des capacités élevées (score $\geq 10/12$), ceux ayant un score ≤ 9 risquent plus d'éprouver des incapacités. Ce test comprend trois segments :

- vitesse d'exécution d'une tâche locomotrice, soit le test *Timed-Up-and-Go* (TUG) ;
- force musculaire fonctionnelle des membres inférieurs évaluée par le *Five Times Sit-to-Stand Test* (5STS) ;
- équilibre statique debout dans trois positions, soit pieds collés, semi-tandem et tandem sur 10 secondes.

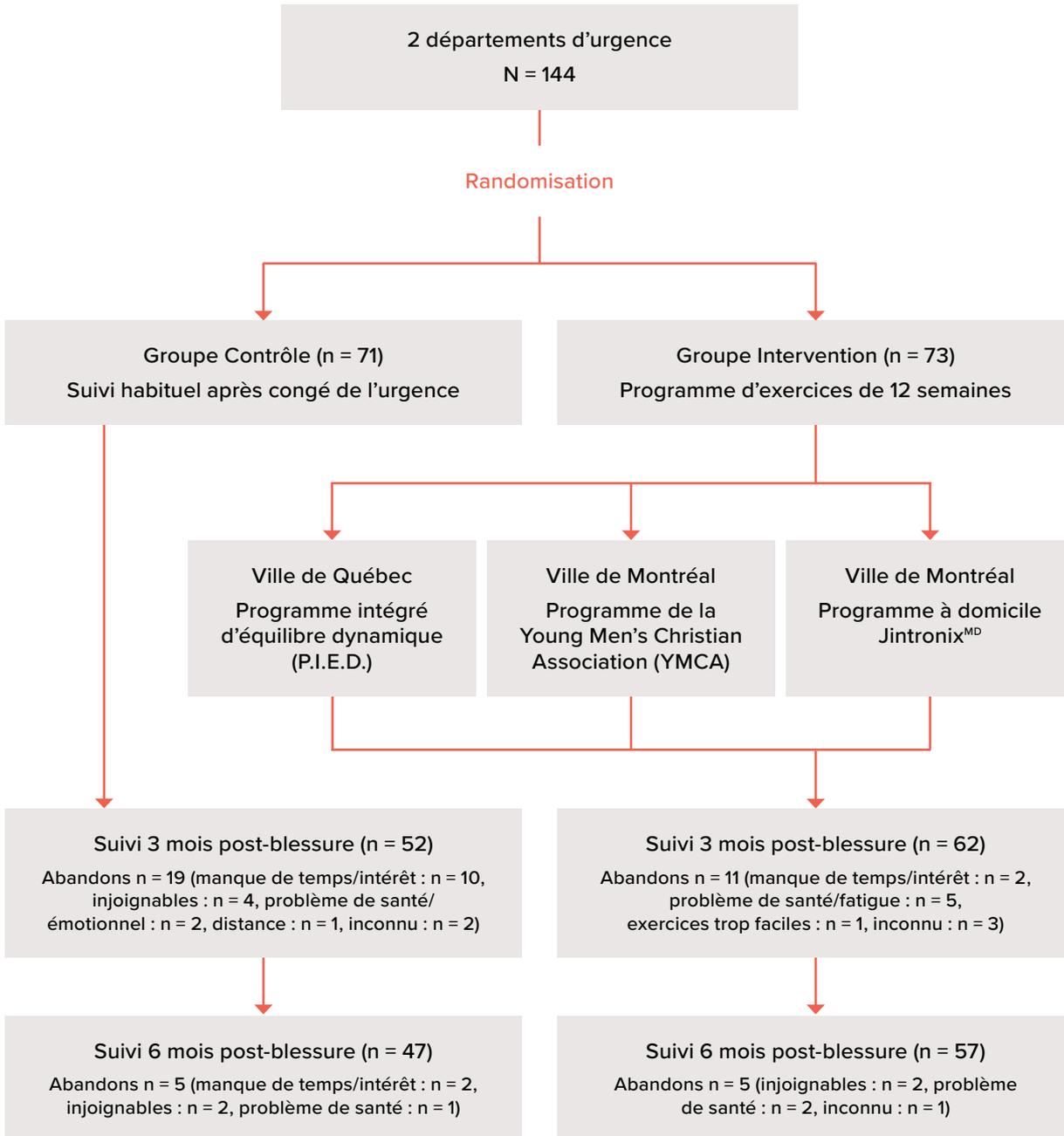
Des informations démographiques, sur le type et le mécanisme de blessure, la condition de santé et la mobilité ont été recueillies. L'échelle à trois échelons du *Study of Osteoporotic Fractures* (SOF)^[4,11] a été utilisée pour catégoriser les sujets selon qu'ils étaient fragiles (2-3 points), préfragiles (1 point) ou robustes (0 point).

ANALYSES

Les incidences cumulées (proportions) de participants montrant un déclin fonctionnel à 3 et 6 mois ont été comparées entre les groupes (test de Fisher). Les capacités physiques des groupes ont été comparées au moyen de régressions linéaires généralisées, ajustées pour le temps et la fragilité. Les changements entre les mesures initiales de capacité physique et celles à 3 et à 6 mois au sein de chaque groupe ont été examinés (tests de t pour échantillons dépendants). Des analyses exploratoires de sous-groupes ont été réalisées selon le statut de fragilité, la mobilité fonctionnelle initiale (score au SPPB $\leq 9/12$, ou $>9/12$) et l'âge. Toutes les analyses ont été effectuées en intention de traiter (seuil de significativité statistique à 0,05).

Figure 1

Déroulement de l'étude



RÉSULTATS

Des 144 participants, 104 ont complété l'étude (figure 1). La majorité avait consulté à la suite de chutes (87 %) ayant principalement occasionné des contusions (38 %) et des fractures (29 %). Les caractéristiques des groupes (tableau 1) étaient largement similaires. Toutefois, les participants du groupe Intervention semblaient légèrement en meilleure santé (SPPB moyen plus élevé et moins d'aînés préfragiles ou fragiles). Les aînés qui ont abandonné l'étude étaient plus fragiles et présentaient plus des difficultés cognitives que ceux qui l'ont terminé.

Les programmes d'exercices débutant à date fixe, les participants ont commencé l'intervention durant le mois suivant leur visite à l'urgence (médiane = 28 jours), effectuant en moyenne 18,4/24 séances (médiane = 22, écart interquartile = 7).

L'incidence de déclin à 3 mois et à 6 mois était 3 fois plus faible dans le groupe Intervention que dans le groupe Contrôle (figure 2), mais cette différence n'était pas statistiquement significative. Dans le sous-groupe d'aînés de ≥ 75 ans, aucun participant du groupe Intervention ne montrait de déclin à 3 mois (comparativement à 30,8 % des patients du groupe Contrôle, $p = 0,02$). Parmi les aînés fragiles ou préfragiles du groupe Intervention, 5 % et 5,6 % avaient un déclin à 3 mois et 6 mois respectivement, alors que les proportions étaient de 20 % et de 21,1 % dans le groupe Contrôle (différences non significatives ; $p > 0,05$).

Figure 2

Comparaison des incidences cumulées (%) de déclin fonctionnel des groupes Intervention et Contrôle à 3 mois et à 6 mois post-blessure

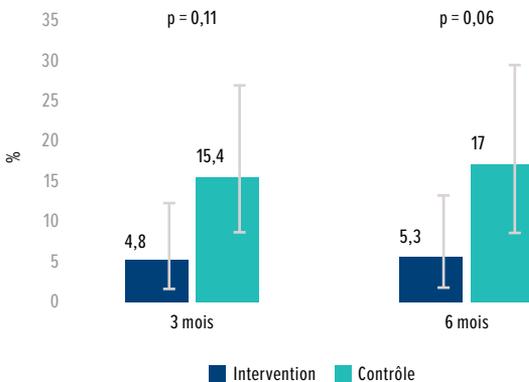
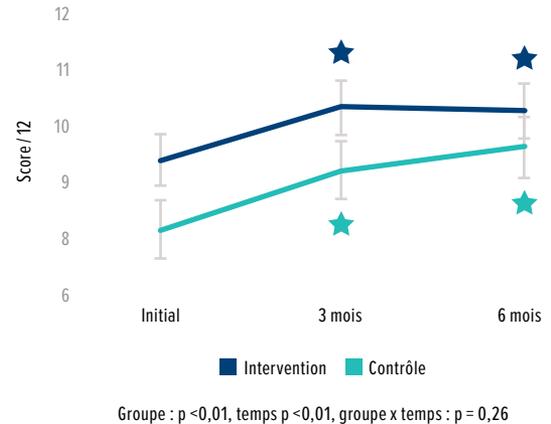


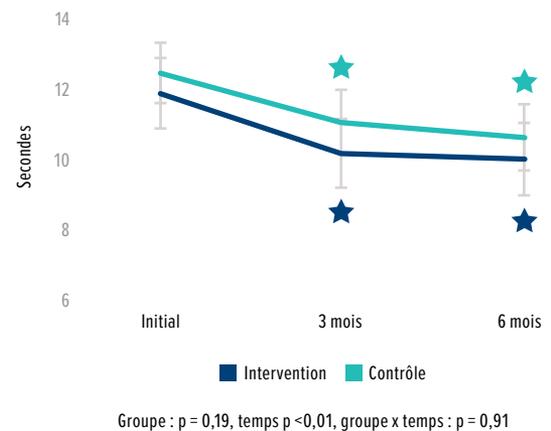
Figure 3

Capacité physique en fonction du temps de mesure chez les groupes Intervention et Contrôle

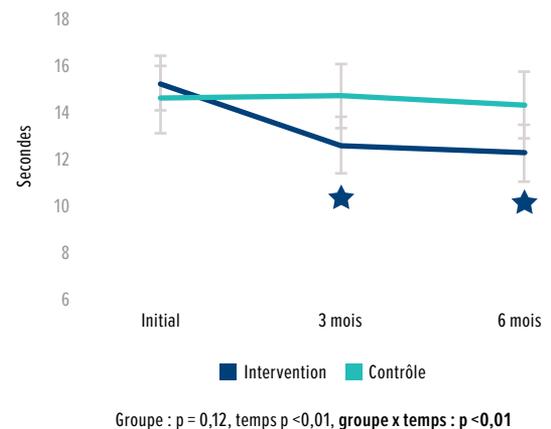
a Score moyen au SPPB



b Temps moyen au TUG



c Temps moyen au 5STS



Mesures ajustées pour le temps et le statut de fragilité

★ ★ Tests de t pour échantillon dépendant, $p < 0,05$

Tableau 1

Caractéristiques des participants à l'étude

| CARACTÉRISTIQUES | INTERVENTION (N = 73) | CONTRÔLE (N = 71) | VALEUR P* |
|---|--------------------------|----------------------|-------------|
| Âge moyen (ET) | 72,6 (6,0) | 72,8 (6,4) | 0,82 |
| Hommes (%) | 38 | 48 | 0,21 |
| Score SPPB moyen (ET) (max 12) | 9,1 (2,0) | 7,5 (3,3) | 0,03 |
| CONDITION DE SANTÉ ET MOBILITÉ (%) | | | |
| ≥ 5 comorbidités | 54 | 42 | 0,15 |
| Fragile ou préfragile (SOF) | 34 | 50 | 0,05 |
| ≤ 5 sorties/semaine | 38 | 28 | 0,18 |
| Utilisation de la canne | 18 | 11 | 0,28 |
| BLESSURES (%) | | | |
| Chutes | 91 | 83 | 0,18 |
| Fractures | 27 | 31 | 0,64 |
| TCC léger | 27 | 17 | 0,13 |
| Contusions | 38 | 38 | 0,97 |
| Entorses | 15 | 24 | 0,18 |

* Comparaison entre les groupes à l'aide de tests de t et du chi-carré
 ET = écart-type; SOF = *Study of osteoporotic fractures frailty index*; SPPB = *Short physical performance battery*; TCC = Traumatisme crânio-cérébral

En ce qui touche le SPPB total et le sous-élément TUG, les deux groupes ont obtenu des améliorations significatives similaires dans le temps (figure 3a-b). Toutefois, la force aux membres inférieurs s'est améliorée de 3 secondes au 5STS chez le groupe Intervention comparativement au groupe Contrôle demeuré stable (5STS, interaction groupe x temps <0,01; figure 3c). Pour l'équilibre debout, aucune différence ni aucun changement significatif n'ont été observés entre ou au sein des groupes (données non présentées).

Les sous-groupes de participants robustes, et ceux présentant une mobilité fonctionnelle limitée immédiatement post-blessure (SPPB <9), sont ceux qui s'étaient le plus améliorés au 5STS à la conclusion de l'étude (tableau 2).

DISCUSSION

Cette étude pilote visait à évaluer l'effet d'une intervention en exercices physiques chez des aînés autonomes vivant dans la collectivité à la suite d'une consultation aux urgences pour une blessure mineure. L'intervention reproduisait ce qui peut être offert en contexte réel, soit deux programmes en centre communautaire, et un autre à domicile pour les aînés moins mobiles. Une forte tendance à une plus faible incidence de déclin fonctionnel a été observée chez les participants du groupe Intervention. Toutefois, la faiblesse statistique découlant de la taille de l'échantillon ne permet pas de conclure de manière définitive à cet égard.

La force musculaire aux membres inférieurs des aînés du groupe Intervention s'est améliorée significativement alors que la capacité physique globale (SPPB) des deux groupes

Tableau 2

Temps initiaux, à 3 mois et à 6 mois post-blessure au *Five-times-sit-to-stand test (5STS)* des groupes Intervention et Contrôle selon les sous-groupes

| GROUPES CATÉGORIES SOUS-GROUPES | INTERVENTION | | | CONTRÔLE | | |
|--|------------------------|------------|-----------|------------------------|------------|----------|
| | MOYENNE (I.C. 95 %) | Δ (ET) | VALEUR P* | MOYENNE (I.C. 95 %) | Δ (ET) | VALEUR P |
| Robustes | | | | | | |
| T0 | 15,6 (13,8 ; 17,4) | | | 13,7 (12,3 ; 15,1) | | |
| T3 | 12,1 (10,7 ; 13,4) | -3,3 (5,2) | <0,01 | 13,1 (10,6 ; 14,5) | -0,6 (3,1) | 0,33 |
| T6 | 11,6 (10,5 ; 12,7) | -3,5 (5,0) | <0,01 | 12,9 (12,3 ; 14,5) | -0,5 (2,1) | 0,25 |
| Mobilité fonctionnelle initiale plus faible | | | | | | |
| T0 | 18,1 (16,1 ; 20,1) | | | 16,3 (14,6 ; 18,1) | | |
| T3 | 13,9 (12,2 ; 15,6) | -4,1 (6,3) | <0,01 | 16,2 (13,5 ; 18,9) | -0,1 (6,4) | 0,97 |
| T6 | 13,0 (11,8 ; 14,3) | -4,6 (5,9) | <0,01 | 16,0 (14,1 ; 17,9) | -0,2 (2,6) | 0,75 |

Δ = changement par rapport à T0; ET = écart-type; *test de t pour échantillon dépendant

s'est améliorée de façon similaire dans le temps. Ainsi, selon le principe de spécificité d'entraînement, les paramètres des exercices semblent particulièrement efficaces pour augmenter la force musculaire, mais moins pertinents pour la vitesse de marche et l'équilibre debout. Selon nos résultats, les aînés robustes et ceux dont la mobilité fonctionnelle était affectée par la blessure ont obtenu des gains substantiels.

Cette étude présentait certaines limites méthodologiques. Toutefois, même avec un nombre limité de participants et une distribution inégale d'aînés fragiles dans les groupes, nous avons observé la pertinence de diriger les patients âgés avec blessures mineures vers des programmes d'exercices physiques dès leur congé de l'urgence. Cette pratique n'est pas courante. Toutefois, devant l'absence actuelle de prise en charge spécifique à cette clientèle et devant le risque connu de déconditionnement et de déclin lié à la réduction des activités chez les aînés par peur de tomber après une chute, avec ou sans blessure, il est impératif d'inclure la recommandation d'exercices dans les pratiques d'urgence et de première ligne pour les aînés les plus susceptibles d'en bénéficier. D'autant plus que plusieurs programmes sont gratuits pour les aînés (programmes PIED, ÉQUILIBRE, etc.).

En conclusion, les aînés ayant commencé un programme d'exercices dans le mois suivant une blessure mineure en ont retiré des bienfaits, particulièrement par l'amélioration de la force musculaire aux membres inférieurs. D'autres études devront être menées pour étudier précisément

les barrières et les facilitateurs dans la mise en œuvre d'une telle intervention, et pour identifier des stratégies de sensibilisation du personnel des urgences au risque de déclin fonctionnel chez les aînés blessés. ●

RÉFÉRENCES

- Billette JM, Janz T. (2015). *Injuries in Canada: Insights from the Canadian Community Health Survey*. (Catalogue no. 82-624-X). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2011001/article/11506-eng.htm>.
- Canadian Institute for Health Information. (2017). *Emergency departments visits in Canada, Access data and reports: Quick Stats*. <https://www.cihi.ca/en/quick-stats>.
- Sirois MJ, Emond M, et coll. "Cumulative incidence of functional decline after minor injuries in previously independent older Canadian individuals in the emergency department." *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(10):1661-8.
- Sirois MJ, Griffith L, et coll. "Measuring Frailty Can Help Emergency Departments Identify Independent Seniors at Risk of Functional Decline After Minor Injuries." *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2015.
- Miller E, Wightman E, et coll. "Management of fall-related injuries in the elderly: a retrospective chart review of patients presenting to the emergency department of a community-based teaching hospital." *Physiother Can*. 2009;61(1):26-37.
- Lopez P, Izquierdo M, et coll. "Effectiveness of Multimodal Training on Functional Capacity in Frail Older People: A Meta-Analysis of Randomized Controls Trials." *J Aging Phys Activ*. 2017;1-36.
- Theou O, Stathokostas L, et coll. "The effectiveness of exercise interventions for the management of frailty: a systematic review." *Journal of aging research*. 2011;2011:5691-94.
- Gillespie LD, Robertson MC, et coll. "Interventions for preventing falls in older people living in the community." *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;9:Cd007146.
- George LK, Fillenbaum GG. "OARS methodology. A decade of experience in geriatric assessment." *J Am Geriatr Soc*. 1985;33(9):607-15.
- Guralnik JM, Simonsick EM, et coll. "A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission." *J Gerontol*. 1994;49(2):M85-94.
- Ensrud KE, Ewing SK, et coll. "Comparison of 2 frailty indexes for prediction of falls, disability, fractures, and death in older women." *Arch Intern Med*. 2008;168(4):382-9.



Obtenez plus pour votre clinique en faisant partie d'un groupe



En tant que **membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec**, vous avez accès à des protections d'assurance entreprises complètes pour protéger votre clinique de physiothérapie, en plus de votre tarif de groupe exclusif.

Un véhicule est essentiel à la bonne marche de vos affaires ?
Assurez-le aussi avec nous et profitez d'une économie supplémentaire.

Demandez une soumission
1 800 307-2278
lapersonnelle.com/entreprise-oppq



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

Tarifs de groupe. Service unique.

Force musculaire des membres inférieurs, équilibre, locomotion et fonction des femmes âgées avec incontinence urinaire d'urgence ou mixte et des femmes âgées sans incontinence



Par

Mélanie Le Berre,
pht, M. Sc.^{a,b}

Mélanie Morin,
pht, Ph. D.^{c,d}

Hélène Corriveau,
pht, M. Sc.^{c,d}

Mathieu Hamel,
M. Sc. Eng.^d

Sylvie Nadeau,
pht, Ph. D.^{b,e}

Johanne Filiatrault,
erg, Ph. D.^{a,b}

Chantal Dumoulin,
pht, Ph. D.^{a,b}

a Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM)

b École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

c École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

d Centre de recherche clinique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

e Laboratoire de pathokinésiologie, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR), Montréal

Après 65 ans, une femme sur trois présente de l'incontinence urinaire (IU) et de celles-ci, jusqu'à 25 % souffrent de symptômes sévères (>10 épisodes/semaine)^[1,2]. L'IU avec une composante d'urgenterie, soit l'IU d'urgence (IUU), et l'IU mixte (IUM) ont été associées à un risque accru de chutes chez les personnes âgées^[3-5]. Cependant, malgré l'importance de ces deux conditions sur les plans médical, humain et financier^[2,6], l'étude de ce lien demeure incomplète.

Plusieurs hypothèses ont été avancées, touchant notamment la cognition^[4,7] ou les déplacements pressés vers les toilettes^[3,4]. Une autre explication particulièrement pertinente en physiothérapie a été suggérée, impliquant cette fois des facteurs physiques et fonctionnels. Ainsi, selon ces auteurs, les personnes âgées ayant une moins bonne santé physique pourraient présenter des atteintes multiples affectant la continence et l'équilibre, la locomotion et la fonction ou la capacité à accomplir différentes activités de la vie quotidienne ou à remplir leurs rôles habituels^[5,7,9]. Plus particulièrement, ces auteurs ont rapporté chez des femmes avec IU des atteintes de la marche, de l'équilibre statique et de certaines activités fonctionnelles comme se lever d'une chaise^[5,7,9]. Aucune étude n'a cependant dressé de portrait complet chez une même population de femmes âgées avec IU en évaluant différents facteurs physiques et fonctionnels.

Dans ce contexte, il est crucial de déterminer quels sont les déficits musculaires des membres inférieurs, de l'équilibre et de la locomotion spécifiques à cette population comparativement à une population sans IUU/IUM.

OBJECTIFS

L'objectif était de caractériser la force musculaire des membres inférieurs, l'équilibre, la locomotion et la fonction des femmes âgées avec et sans IUU/IUM.

MÉTHODOLOGIE

Cette étude observationnelle transversale a été approuvée par les comités d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et du Centre de santé et de services sociaux — Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke les 19 avril et 17 juin 2011. Les participantes ont été recrutées durant les sessions d'été de 2011 à 2013. Elles devaient être âgées de 65 ans ou plus, vivre à domicile et être capables de se déplacer sans aide technique. Toutes les participantes ont fourni un consentement éclairé.



Des questionnaires validés et des tests standardisés ont permis de recueillir de l'information sur les symptômes d'IU (questionnaire ICIQ-UI SF⁽¹⁰⁾), puis d'évaluer la force musculaire maximale isométrique des membres inférieurs (dynamométrie Biodex⁽¹¹⁾ des fléchisseurs et extenseurs des genoux, test *30-Second Sit-to-Stand*⁽¹²⁾), l'équilibre (équilibre unipodal, *Four Square Step Test*⁽¹³⁾, questionnaire *Activities-Specific Balance Confidence*⁽¹⁴⁾), la locomotion (*10-Meter Walk Test*⁽¹⁵⁾ pour la vitesse de marche, *6-Minute Walk Test*⁽¹⁶⁾ pour la capacité fonctionnelle) et la fonction (questionnaire *Human Activity Profile*, ou HAP⁽¹⁷⁾, et questionnaire *12-Item Short Form*, ou SF-12⁽¹⁸⁾).

Pour les variables continues normalement distribuées, les moyennes (écart-type) et les *Student t-tests* ont été utilisés pour décrire et comparer les groupes. Pour les variables continues anormalement distribuées, les médianes (écart) et les *Mann-Whitney U-tests* ont été utilisés.

RÉSULTATS

Un total de 20 femmes avec IUU/IUM ont été appariées à 20 femmes continentales pour l'âge (± 3 ans) et l'indice de masse corporelle (IMC) (± 3 unités). Les participantes avaient des caractéristiques sociodémographiques et de santé similaires, à l'exception d'un nombre plus élevé de comorbidités chez les femmes avec IUU/IUM (médianes et étendues de 4 [0-7] et 5 [3-11] respectivement).

Comparativement aux femmes continentales, les femmes avec IUU/IUM ont présenté des différences significatives pour ce qui est de l'équilibre : temps réduit au test unipodal du côté dominant ($p < 0,001$) et non dominant ($p < 0,005$) et score inférieur à l'*Activities-Specific Balance Confidence Scale* ($p = 0,01$). Les femmes avec IUU/IUM ont également présenté des différences significatives sur le plan de la locomotion avec vitesse de marche réduite ($p = 0,01$). Elles ont rapporté une perception de leur santé plus négative que les femmes sans IU à la composante physique du SF-12 ($p = 0,01$). Elles n'ont cependant pas présenté de différence comparativement aux femmes âgées sans IU au questionnaire HAP ($p = 0,34$).

Aucune différence n'a été observée entre les groupes quant à la force musculaire isométrique des membres inférieurs (voir tableau 1).

Tableau 1

Force musculaire des membres inférieurs, équilibre, locomotion et fonction

| | | FEMMES CONTINENTES | FEMMES AVEC IUU/IUM | TESTS STATISTIQUES* |
|--|---|-----------------------|----------------------|---------------------|
| FORCE MUSCULAIRE ISOMÉTRIQUE MAXIMALE DES MEMBRES INFÉRIEURS** | | | | |
| Valeurs Biodex | Force des fléchisseurs (membre dominant, 30° de flexion du genou) (Nm/kg*m ²) Moyenne (écart-type) | 1,88 (0,50) | 1,76 (0,45) | p = 0,29 |
| | Force des extenseurs (membre dominant, 60° de flexion du genou) (Nm/kg*m ²) Moyenne (écart-type) | 4,07 (1,18) | 3,66 (1,14) | p = 0,24 |
| 30-Second Sit-to-Stand Test (n) Médiane (étendue) | | 12,0 (9,0-20,0) | 11,5 (8,0-18,0) | p = 0,55 |
| ÉQUILIBRE : PERFORMANCE ET CONFIANCE EN SON ÉQUILIBRE | | | | |
| Équilibre unipodal (membre dominant) (s) Médiane (étendue) | | 23,99 (2,65-60,00) | 3,93 (0,85-29,10) | p < 0,001* |
| Équilibre unipodal (membre non dominant) (s) Médiane (étendue) | | 17,97 (1,90-60,00) | 5,74 (1,12-60,00) | p < 0,005* |
| Four Square Step Test (s) Moyenne (écart-type) | | 7,86 (1,54) | 8,52 (1,96) | p = 0,22 |
| Score à l'Activities-Specific Balance Confidence Scale (%) Moyenne (écart-type) | | 88,48 (9,26) | 76,03 (19,05) | p = 0,01* |
| LOCOMOTION : VITESSE DE MARCHÉ ET CAPACITÉ FONCTIONNELLE | | | | |
| 10-Meter Walk Test (m/s) Médiane (étendue) | | 1,81 (1,16-3,22) | 1,61 (1,06-2,11) | p = 0,01* |
| 6-Minute Walk Test (m) Moyenne (écart-type) | | 463,84 (46,36) | 449,06 (58,29) | p = 0,46 |
| FONCTION : PROFIL D'ACTIVITÉ ET ÉVALUATION DE LA SANTÉ | | | | |
| Human Activity Profile Questionnaire (score ajusté) (%) Médiane (étendue) | | 74 (3-82) | 67 (43-81) | p = 0,34 |
| Score global SF-12 Physical Health (scores de 0-100) Médiane (étendue) | | 57,0 (44,0-61,0) | 48,5 (29,0-59,0) | p = 0,01* |
| Score global SF-12 Mental Health (scores de 0-100) Moyenne (écart-type) | | 55,05 (6,78) | 51,40 (7,29) | p = 0,07 |

* Niveau alpha de 0,002 pour la force, 0,01 pour l'équilibre, 0,03 pour la locomotion et 0,02 pour la fonction

** Valeurs de force normalisées à l'IMC

« Des interventions de rééducation préventive ciblant les femmes âgées avec IUU/IUM pourraient être envisagées afin d'améliorer leur équilibre, leur confiance sur ce plan et leur vitesse de marche. »

DISCUSSION

Comparativement aux femmes sans IU, les femmes avec IUU/IUM de notre étude ont montré des atteintes à l'équilibre et à la locomotion. Les différences à l'équilibre unipodal de 15,04 et 18,25 secondes entre nos participantes se situent au-dessus de la plupart des valeurs minimales de différence détectable (qui varient entre 5,5 et 16,0 secondes^[19]) et apparaissent cliniquement significatives. La différence de vitesse de marche de 0,20 m/s, au-dessus des valeurs seuils de 0,04 et 0,06, apparaît aussi cliniquement significative^[20]. Les femmes avec IUU/IUM ont aussi rapporté une perception de leur santé plus négative que les femmes sans IU à la composante physique du SF-12, sans cependant présenter de différence aux activités fonctionnelles. Aucune différence dans la force musculaire des fléchisseurs et des extenseurs des genoux n'a été identifiée.

En contraste avec nos résultats, d'autres études ont identifié des différences de force des membres inférieurs entre les femmes continentales et celles avec IU^[5,21,22]. Les participantes de ces études étaient cependant plus âgées que celles de notre étude avec des moyennes d'âge entre 77,7 et 80,5 ans. Par ailleurs, une étude transversale a comparé la force musculaire des extenseurs du genou des femmes âgées par tranche de 5 ans. Cette étude a mis en évidence que le déclin de la force était plus important chez les femmes de 70-79 ans que chez celles de 65-74 ans^[23]. Des subdivisions du vieillissement par groupes d'âge ont d'ailleurs déjà été proposées dans la littérature, avec le troisième âge et le quatrième âge, en utilisant 75 ans comme valeur seuil^[24]. Les résultats liés à la santé, tels que les différentes mesures de force, peuvent varier selon ces subdivisions^[25]. Bien que les femmes continentales aient montré une plus grande force que celles avec IUU/IUM au sein de notre étude, ces différences entre nos participantes, âgées en moyenne de 72 et 73 ans, se sont révélées trop faibles pour être significatives. Il est cependant possible que ces différences s'accroissent avec l'âge pour devenir significatives après 75 ans.

Nos résultats pourraient alors pointer vers un profil intermédiaire entre les femmes incontinentes adultes et celles du quatrième âge, qui présentent plus d'atteintes. Des évaluations ciblées, incluant l'équilibre et la vitesse de marche, seraient ainsi pertinentes chez cette population du troisième âge afin de mettre en évidence certains déficits qui pourraient augmenter les risques de chute. Comme il est possible que ce profil intermédiaire se dégrade avec l'âge, une intervention précoce pourrait aussi être mise en place afin de prévenir l'apparition de déficits de force et de fonction. De plus, des interventions de rééducation préventive ciblant les femmes âgées avec IUU/IUM pourraient être envisagées afin d'améliorer leur équilibre, leur confiance sur ce plan et leur vitesse de marche. Il serait alors intéressant d'observer si ces objectifs cliniques, spécifiquement orientés vers les besoins des femmes âgées avec IUU/IUM, permettent de réduire les chutes chez cette population à risque. Inversement, les patientes qui consultent pour des troubles de l'équilibre pourraient également être questionnées sur leur continence.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude suggèrent des atteintes à l'équilibre et la locomotion chez les femmes âgées avec IUU/IUM. D'autres études sont cependant nécessaires pour confirmer et approfondir ces résultats. Les études futures sur cette clientèle devraient inclure l'évaluation de groupes musculaires additionnels (p. ex., hanches, chevilles) et pourraient rechercher des explications sur la cause commune ou le lien entre les atteintes à l'équilibre et la locomotion et l'IUU/IUM (p. ex., limitation des activités physiques pouvant mener à un déclin fonctionnel^[26,27], développement d'un syndrome gériatrique liant IU et risque de chute dans un portrait de fragilité^[27]). ●

RÉFÉRENCES

- 1 Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. "A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT Study." *Journal of clinical epidemiology*. 2000;53(11):1150-7.
- 2 Milsom I, Coyne KS, Nicholson S, Kvasz M, Chen C-I, Wein AJ. "Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: a systematic review." *European urology*. 2014;65(1):79-95.
- 3 Brown JS, Vittinghoff E, Wyman JF, Stone KL, Nevitt MC, Ensrud KE, et coll. "Urinary incontinence: does it increase risk for falls and fractures?" *JAGS*. 2000;48(7):721-5.
- 4 Chiarelli PE, Mackenzie LA, Osmotherly PG. "Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review." *Australian Journal of Physiotherapy*. 2009;55(2):89-95.
- 5 Fritel X, Lachal L, Cassou B, Fauconnier A, Dargent-Molina P. "Mobility impairment is associated with urge but not stress urinary incontinence in community-dwelling older women: results from the Ossebo study." *BJOG*. 2013;120(12):1566-72.
- 6 Heinrich S, Rapp K, Rissmann U, Becker C, König H-H. "Cost of falls in old age: a systematic review." *Osteoporosis International*. 2010;21(6):891-902.
- 7 Foley AL, Loharuka S, Barrett JA, Mathews R, Williams K, McGrother CW, et coll. "Association between the Geriatric Giants of urinary incontinence and falls in older people using data from the Leicestershire MRC Incontinence Study." *Age and Ageing*. 2012;41(1):35-40.
- 8 Leidy NK. "Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: toward a coherent analytical framework." *Nurs Res*. 1994;43(4):196-202.
- 9 Kim H, Yoshida H, Hu X, Saito K, Yoshida Y, Kim M, et coll. "Association between self-reported urinary incontinence and musculoskeletal conditions in community-dwelling elderly women: A cross-sectional study." *Neurology and Urodynamics*. 2015;34(4):322-6.
- 10 Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. "ICIG: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence." *Neurology and Urodynamics*. 2004;23(4):322-30.
- 11 Biodex Medical System inc. *System 3 PRO. Application/Operation Manual*. En ligne : http://www.biodex.com/sites/default/files/835000man_06159.pdf.
- 12 Jones CJ, Riklii RE, Beam WC. "A 30-s chair-stand test as a measure of lower body strength in community-residing older adults." *Research Quarterly for Exercise and Sport*. 1999;70(2):113-9.
- 13 Dite W, Temple VA. "A clinical test of stepping and change of direction to identify multiple falling older adults." *Arch Phys Med Rehabil*. 2002;83(11):1566-71.
- 14 Filiatrault J, Gauvin L, Fournier M, Parisien M, Robitaille Y, Laforest S, et coll. "Evidence of the psychometric qualities of a simplified version of the Activities-Specific Balance Confidence scale for community-dwelling seniors." *Arch Phys Med Rehabil*. 2007;88(5):664-72.
- 15 Peters DM, Fritz SL, Krotish DE. "Assessing the reliability and validity of a shorter walk test compared with the 10-Meter Walk Test for measurements of gait speed in healthy, older adults." *JGPT*. 2013;36(1):24-30.
- 16 Enright PL. "The six-minute walk test." *Respiratory Care*. 2003;48(8):783-5.
- 17 Davidson M, de Morton N. "A systematic review of the Human Activity Profile." *Clinical Rehabilitation*. 2007;21(2):151-62.
- 18 Jenkinson C, Layte R, Jenkinson D, Lawrence K, Petersen S, Paice C, et coll. "A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies?" *Journal of Public Health*. 1997;19(2):179-86.
- 19 Bohannon RW. "Responsiveness of the single-limb stance test." *Gait & Posture*. 2012;35(1):173.
- 20 Perera S, Mody SH, Woodman RC, Studenski SA. "Meaningful change and responsiveness in common physical performance measures in older adults." *JAGS*. 2006;54(5):743-9.
- 21 Seino S, Yabushita N, Kim M-j, Nemoto M, Jung S, Osuka Y, et coll. "Physical performance measures as a useful indicator of multiple geriatric syndromes in women aged 75 years and older." *Geriatrics & Gerontology International*. 2013;13(4):901-10.
- 22 Jenkins KR, Fultz NH. "Functional impairment as a risk factor for urinary incontinence among older Americans." *Neurology and Urodynamics*. 2005;24(1):51-5.
- 23 Skelton DA, Greig CA, Davies JM, Young A. "Strength, power and related functional ability of healthy people aged 65-89 years." *Age and Ageing*. 1994;23(5):371-7.
- 24 Neugarten BL. "Age groups in American society and the rise of the young-old." *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 1974;415(1):187-98.
- 25 Jopp D, Rott C, Oswald F. "Valuation of life in old and very old age: the role of sociodemographic, social, and health resources for positive adaptation." *The Gerontologist*. 2008;48(5):646-58.
- 26 Caetano AS, Tavares MdCGC, Lopes MHBdM. "Urinary incontinence and physical activity practice." *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 2007;13(4):270-4.
- 27 Aguilar-Navarro S, Navarrete-Reyes AP, Grados-Chavarría BH, García-Lara JMA, Amieva H, Ávila-Funes JA. "The severity of urinary incontinence decreases health-related quality of life among community-dwelling elderly." *Journals of Gerontology Series A*. 2012;67(11):1266-71.

Viens travailler avec nous au CISSS de la Montérégie-est

Profite d'un programme structuré d'accueil et d'intégration offrant :

- Du **mentorat** individualisé
- L'**accompagnement** par un parrain ou une marraine
- De l'**autonomie professionnelle** soutenue
- Des **formations spécifiques** à la profession
- Plusieurs **méthodes de soutien** et de **développement cliniques**

Postule ici



Caroline Paradis
Physiothérapeute de l'équipe Tandem à l'urgence
de l'Hôpital Honoré-Mercier de St-Hyacinthe

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Est



Physiothérapie 360° : succès retentissant de l'édition 2022



La 11^e édition de Physiothérapie 360° a réuni un nombre record de participants devant des conférences d'une grande variété.

L'événement de développement professionnel de l'Ordre a rassemblé au total près de 1 500 participants entre sa formule en présentiel, qui a eu lieu les 12 et 13 novembre 2022 au Palais des congrès de Montréal, et sa formule en rediffusion Web, qui s'est tenue virtuellement du 25 novembre au 9 janvier.

Les professionnels de la physiothérapie ont pu faire des apprentissages de qualité, grâce à des conférences et des ateliers de haut niveau déclinant :

- des sujets cliniques variés comme le dépistage du déclin fonctionnel, les blessures de ski de fond ou encore les céphalées cervicogéniques ;
- des présentations axées sur la réalité de la pratique, qu'il s'agisse du suivi de la COVID longue, de la gestion des données personnelles ou de la physiothérapie en première ligne ;
- des enjeux de société, ancrés dans l'actualité, comme les mythes liés à la douleur et à l'ethnicité, la question de la désinformation scientifique ou le nouveau programme Prescri-Nature.

Le Mérite du CIQ et les prix honorifiques de l'OPPO ont également été remis à l'occasion du congrès.

Les participants de la formule en présentiel ont aussi eu l'occasion de prendre part à un cocktail de réseautage, où des prix de présence ont fait l'objet d'un tirage, et à une séance de yoga sur chaise.

Capsules vidéo de transfert de connaissances

Plusieurs étudiants, jeunes chercheurs et professionnels en réadaptation ont présenté leurs résultats de recherche dans le cadre de la 3^e édition du concours de capsules vidéo en transfert de connaissances.

C'est Émilie Petitclerc, pht, qui a remporté le prix du public avec sa capsule « Les étourdissements cervicogéniques : et si le problème provenait aussi de la région cervicale basse ? ». Félicitations !

Remerciements

L'Ordre tient à remercier les participants et les conférenciers ainsi que les exposants et les commanditaires qui ont fait de ce congrès un succès. ●

MERCI À NOS COMMANDITAIRES



PARTENAIRE PRINCIPAL



PARTENAIRES ASSOCIÉS



PARTENAIRE COCKTAIL

Les distingués lauréats de 2022

L'OPPQ félicite tous les lauréats des prix décernés lors de la formule en présentiel de la 11^e édition de Physiothérapie 360°, qui s'est tenue les 12 et 13 novembre 2022.



PRIX CAROL-L.-RICHARDS

Cette prestigieuse distinction reconnaît le parcours exceptionnel d'une professionnelle ou 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.



Photo : Michaël Verdoux

Hélène Corriveau, Fellow pht, en compagnie de la présidente de l'OPPQ, Manon Dufresne.

LE PRIX CAROL-L.-RICHARDS A ÉTÉ DÉCERNÉ À HÉLÈNE CORRIVEAU, FELLOW PHT

Sommité dans le domaine de la physiothérapie neurologique au Québec et dans le monde, M^{me} Hélène Corriveau se distingue par un parcours en recherche aussi prolifique et original que novateur, notamment dans les domaines de la réadaptation post-AVC, de la prévention des chutes ou encore de l'utilisation du tai-chi pour optimiser la fonction. Véritable chef de file dans la recherche en télé-réadaptation visant à optimiser le retour à la fonction dans le milieu de vie de la personne, elle compte à son actif près de 100 publications dans des revues avec comité de pairs comme première auteure ou co-auteure.

Professeure reconnue pour la grande qualité de son enseignement et très investie dans la promotion de la collaboration interprofessionnelle, M^{me} Corriveau a participé à la mise sur pied du programme de maîtrise en physiothérapie à l'Université de Sherbrooke et, tout particulièrement, au développement de ses composantes de neurologie et de gériatrie. Sa participation significative à l'élaboration des libellés diagnostiques en physiothérapie et son rôle déterminant dans l'implantation de continums de suivi en réadaptation post-AVC constituent des exemples éloquentes de sa contribution remarquable au développement de la physiothérapie.

LIRE LE PORTRAIT DE LA LAURÉATE EN PAGE 38



Prix Carol-L.-Richards

MÉDAILLE RÉALISÉE PAR
MARIE-ÈVE MARTIN, JOAILLIÈRE ET
PROFESSEURE À L'ÉCOLE DE JOAILLERIE
DE MONTRÉAL

PRIX MÉRITE DU CIQ

Décerné au nom du Conseil interprofessionnel du Québec, le Mérite du CIQ souligne et récompense les réalisations de membres ayant une influence sur le développement de leur ordre ou apportant une contribution significative au développement de leur profession dans le respect des valeurs du système professionnel québécois.



STÉPHANE BRASSARD, PHT, REÇOIT LE MÉRITE DU CIQ

Engagé pendant plus de 20 ans au sein des instances de l'Ordre, M. Stéphane Brassard a incontestablement contribué au développement et à la gestion de celui-ci, notamment en tant qu'administrateur de 2000 à 2014 et que vice-président du conseil d'administration de 2014 à 2018. Il a travaillé sur plusieurs dossiers d'importance, dont la modification de la structure de l'Ordre lors de l'intégration des thérapeutes en réadaptation physique et le rehaussement du diplôme universitaire donnant accès au permis de physiothérapeute. Le comité d'inspection professionnelle de l'OPPOQ a également bénéficié de sa volonté d'améliorer la pratique de 2019 à 2021.

La protection du public occupe toujours un rôle central dans l'engagement professionnel de M. Brassard, qui a été nommé administrateur au sein de l'Office des professions du Québec le 6 octobre 2021.



Photo : Michaël Verdoux

Stéphane Brassard, pht, en compagnie du trésorier du CIQ, Alain Bernier, et de Manon Dufresne, présidente de l'OPPOQ.



PRIX EXCELLENCE

Décernés chaque année à une ou un physiothérapeute et à une ou un technologue en physiothérapie, les prix Excellence de l'OPPQ font connaître les réalisations en physiothérapie, soulignent la motivation et la participation des membres ainsi que leur contribution au rayonnement de la profession.

SONIA BÉDARD, LAURÉATE DU PRIX EXCELLENCE, TECHNOLOGUE EN PHYSIOTHÉRAPIE

M^{me} Sonia Bédard se distingue par sa contribution à l'avancement de la profession de technologue en physiothérapie et son engagement pour la recherche. Son intérêt profond pour l'approche thérapeutique fondée sur les données probantes et la littérature scientifique a mené cette clinicienne à mettre son professionnalisme au service de la recherche en orthopédie au CIUSS de l'Estrie-CHUS comme assistante technique et clinicienne de recherche en 2014. Devenue coordonnatrice de la recherche au service d'orthopédie en 2017, elle a cosigné huit articles scientifiques à ce jour.

Modèle inspirant pour les technologues en physiothérapie qui souhaitent s'investir en recherche, M^{me} Bédard mène en parallèle de ses activités professionnelles un projet de recherche de maîtrise. Ce dernier porte sur l'évaluation échographique du tractus ilio-tibial chez les coureurs ayant ou non un syndrome de bandelette ilio-tibial et lui a valu de recevoir une bourse de recherche de l'OPPQ.

JOSY-ANNE BÉRUBÉ, LAURÉATE DU PRIX EXCELLENCE PHYSIOTHÉRAPEUTE

Leader inspirante dans le domaine de la physiothérapie pédiatrique, M^{me} Josy-Anne Bérubé est notamment chargée d'enseignement en médecine au programme de physiothérapie de l'Université Laval. Elle y a collaboré au développement des cours en physiothérapie pédiatrique offerts dans le cadre du continuum baccalauréat-maîtrise en physiothérapie.

Depuis 2004, M^{me} Bérubé œuvre comme clinicienne dans le secteur public auprès d'une clientèle pédiatrique. Ses connaissances approfondies dans le domaine pédiatrique l'ont d'ailleurs amenée à participer à plusieurs comités provinciaux et à concevoir des formations offertes notamment au CISSS de la Côte-Nord et au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Très engagée dans le développement des professions, M^{me} Bérubé est membre du conseil d'administration de l'Association québécoise de la physiothérapie depuis 2019. Dans ce cadre, elle s'illustre par son travail sans relâche pour faire reconnaître la place de la physiothérapie au sein des équipes du programme Agir tôt, qui soutient le développement des enfants de 0 à 5 ans. ●

Visionnez les vidéos des remises de prix au :



oppq.qc.ca/a-propos/prix-honorifiques/



Photo : Michaël Verdoux

Sonia Bédard, T. phys., (à gauche) et Josy-Anne Bérubé, pht, (à droite) en compagnie de la présidente de l'OPPQ, Manon Dufresne.

Année 2022-2023 (concours du 24 janvier 2022)

Réциpiendaires de bourses et subventions

BOURSE D'ÉTUDES DE MAÎTRISE DE TYPE RECHERCHE

| RÉCIPIENDAIRE | TITRE DU PROJET | BOURSE |
|---------------------------|---|----------|
| Nathalie Desmarais | Le projet MAPS : Mesure de résultat Pronostic musculosquelettique Phase II : faisabilité d'implantation suivant le développement et l'informatisation du MAPS | 9 000 \$ |
| Patricia Godbout | Élaboration d'un guide d'intervention sur la représentation de l'incapacité au travail chez les adultes absents du travail à la suite d'un trouble musculosquelettique | 9 000 \$ |
| Marylène Martin | Effet de la rééducation posturale globale comparé à l'intervention standard dans le traitement d'adolescents présentant une scoliose idiopathique | 9 000 \$ |
| Laura Girard-Côté | Est-ce que l'entraînement en force peut améliorer les déficiences musculaires observées chez les femmes atteintes de dystrophie myotonique de type 1 ? | 9 000 \$ |
| Sonia Bédard | Faisabilité d'une étude transversale visant à évaluer la morphométrie et la raideur de la bandelette ilio-tibiale à l'aide de l'imagerie échographique chez des coureurs avec et sans symptômes du syndrome de la bandelette ilio-tibiale | 9 000 \$ |
| Nicolas Bélair | Étude approfondie de l'histoire naturelle de la dystrophie musculaire oculopharyngée : une étape essentielle vers la préparation aux essais thérapeutiques et les interventions basées sur les données probantes | 9 000 \$ |

SUBVENTION DE STAGE EN RECHERCHE CLINIQUE — PHT

| RÉCIPIENDAIRE | TITRE DU PROJET | SUBVENTION |
|----------------------------|---|------------|
| Lauriane Dubois | Étude de faisabilité d'un mur d'escalade interactive dans un centre de réadaptation pédiatrique | 9 000 \$ |
| Audrey-Anne Cormier | <i>Improving the management of low back and shoulder pain in primary care by implementing Choosing Wisely</i> | 9 000 \$ |

SUBVENTION DE PROJET DE RECHERCHE EN MILIEU CLINIQUE

| RÉCIPIENDAIRE | TITRE DU PROJET | SUBVENTION |
|--------------------|--|------------|
| Ariane Viau | <i>Impact of a bike fitting assessment and interventions by a physiotherapist in recreational cyclists with knee pain: A prospective observational study</i> | 9 000 \$ |

SUBVENTION DE RECHERCHE EN PARTENARIAT OPPQ-REPAR

| RÉCIPIENDAIRE | TITRE DU PROJET | SUBVENTION |
|-----------------------|---|-----------------------------------|
| Mélissa Martel | Développement d'un protocole standardisé pour la conception d'orthèses plantaires et impact sur la marche chez les jeunes atteints de Charcot-Marie-Tooth | OPPQ: 7 500 \$ REPAR: 7 500 \$ |
| Mélanie Roch | Punctures physiothérapeutiques avec aiguilles sèches pour la vestibulodynie provoquée : une étude de faisabilité randomisée et contrôlée | OPPQ: 7 500 \$ REPAR: 7 500 \$ |

Hélène Corriveau, lauréate du prix Carol-L.-Richards 2022

Sommité dans le domaine de la physiothérapie neurologique, Hélène Corriveau se distingue par un parcours de recherche aussi étoffé qu'original et novateur, dont les résultats ont profondément modifié plusieurs sphères de la réadaptation au Canada. Elle s'illustre également par son engagement concret pour la collaboration interprofessionnelle et sa contribution tout à fait remarquable à l'enseignement de la physiothérapie. L'OPPQ est heureux de mettre en lumière sa carrière exceptionnelle en lui décernant le prix Carol-L.-Richards 2022.



Photo: Université de Sherbrooke

Hélène Corriveau se destinait à une carrière en médecine jusqu'au jour où, par l'entremise d'un travail d'été de préposée aux bénéficiaires auprès d'une clientèle présentant des problèmes de mobilité, elle découvre la physiothérapie. Grandement impressionnée par les effets positifs de l'entraînement sur les chutes et la mobilité des patients, elle s'oriente vers le programme de baccalauréat en physiothérapie de l'Université de Montréal. Elle obtient son diplôme en 1981, puis une maîtrise en sciences biomédicales en 1991.

UNE CHERCHEUSE PASSIONNÉE ET VISIONNAIRE

Hélène Corriveau entreprend sa carrière à l'hôpital Sainte-Justine et au Centre de réadaptation Marie-Enfant, puis à l'Institut de réadaptation de Montréal, où elle travaille avec une clientèle post-AVC pendant une dizaine d'années. C'est au centre de recherche de cet institut qu'elle amorce son parcours scientifique comme assistante de recherche et qu'elle s'intéresse plus en profondeur aux chutes chez les personnes qui ont eu un AVC.

En 1991, sa carrière d'enseignante démarre à l'Université d'Ottawa ainsi que ses recherches sur le contrôle de l'équilibre chez la clientèle AVC, les personnes qui ont le diabète avec troubles de sensibilité et les personnes âgées. Elle obtient son doctorat en sciences cliniques, option gériatrie, à l'Université de Sherbrooke en 2000. M^{me} Corriveau devient professeure agrégée à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke en 2001, puis professeure titulaire à l'École de réadaptation en 2008.

Au fil de son parcours de chercheuse, M^{me} Corriveau a obtenu près de 3 M\$ en subventions comme chercheuse ou cochercheuse principale et près de 36 M\$ à titre de cochercheuse. Elle compte également à son actif près de 100 publications dans des revues avec comité de pairs comme première auteure ou coauteure et près de 200 présentations orales ou par affiches dans des congrès.

M^{me} Corriveau a maintenu une pratique clinique tout au long de sa carrière. Le souci d'assurer le transfert des connaissances issues de la recherche vers la pratique l'a amenée à animer des ateliers pour former les chercheurs à cette composante essentielle de leur travail. Réciproquement, ses travaux de recherche ont permis de fournir des données probantes à des approches de physiothérapie maintenant largement utilisées.

Une pionnière dans l'utilisation du tai-chi en réadaptation

Hélène Corriveau a abordé la question des troubles d'équilibre par le biais d'une approche tout à fait innovante. Ses recherches ont porté sur l'utilisation du tai-chi pour optimiser la fonction, et, plus spécifiquement, sur l'effet des mouvements de tai-chi chez les populations avec des neuropathies, puis chez les personnes qui ont eu un AVC.

Une leader dans la recherche en télé-réadaptation

En 2011-2012, M^{me} Corriveau constate les difficultés des patients qui ont subi un AVC à se rendre à des cours de groupe de tai-chi. Parallèlement, elle souhaite faire bénéficier toute la province des résultats de ses recherches. Elle se joint alors à l'équipe de Michel Tousignant, dont la chaire de recherche porte sur la télé-réadaptation, et collabore à plusieurs projets de recherche auprès de différentes populations.

Des travaux de référence sur le continuum AVC

À partir de 2012, Hélène Corriveau a travaillé avec l'équipe de la professeure Carol L. Richards sur les trajectoires de services de réadaptation post-AVC. Elle s'est penchée tout particulièrement sur l'utilisation du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) tout au long du parcours de soins de la personne ayant eu un AVC. Ce travail collaboratif avec M^{me} Richards a été enrichissant sur le plan personnel aussi bien que professionnel.

Au fil de ces travaux, M^{me} Corriveau a mis l'accent sur la collaboration entre professionnels de la physiothérapie et sur la collaboration interprofessionnelle pour renforcer l'effet de la période de réadaptation chez le patient. Lors de

UN APERÇU DU PARCOURS DE

HÉLÈNE CORRIVEAU, Fellow pht, Ph. D.

Diplômes

- B. Sc. (physiothérapie), Université de Montréal, 1981
- M. Sc. (sciences biomédicales), Faculté de médecine, Université de Montréal, 1991
- Ph. D. (sciences cliniques, option gériatrie), Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, 2000

Sphères d'activité

- Professeur titulaire, Université de Sherbrooke, Faculté de médecine et des sciences de la santé, École de réadaptation
- Chercheuse, Centre de recherche sur le vieillissement du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Orientations de recherche

- Implantation et évaluation des interventions pour les personnes ayant eu un AVC
- Prévention des chutes et amélioration de l'équilibre
- Implantation et évaluation de l'utilisation de la télé-réadaptation en physiothérapie
- Utilisation de l'autonomie fonctionnelle dans le continuum AVC

l'implantation du congé précoce assisté pour la clientèle AVC, elle a également fait valoir auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux le rôle clé que jouent les professionnels de la physiothérapie dans le processus de réadaptation des patients après leur retour à la maison.

UNE ENSEIGNANTE ENGAGÉE

Reconnue pour la grande qualité de son enseignement, M^{me} Corriveau a participé à l'implantation du programme de maîtrise en physiothérapie à l'Université de Sherbrooke en 2008 et, tout particulièrement, au développement de ses composantes de neurologie et de gériatrie.

Pilier de l'enseignement de la collaboration professionnelle dans les programmes de la Faculté de médecine et des sciences de la santé, M^{me} Corriveau a, entre autres, participé à l'organisation d'une simulation clinique favorisant une approche interprofessionnelle et réflexive entre le patient et

des étudiants de différentes professions. Chaque année, elle réalise une activité de formation en collaboration avec une technologue en physiothérapie pour encourager les futurs professionnels de la physiothérapie à développer un langage commun et pour les aider à mieux comprendre la réalité de chacune des professions. Toujours à l'avant-garde, elle est actuellement responsable du développement de l'enseignement de l'éthique professionnelle dans le nouveau curriculum de physiothérapie.

M^{me} Corriveau occupe aussi la présidence du comité d'admission des étudiants en physiothérapie à l'Université de Sherbrooke. Elle a récemment dirigé la révision des processus d'admission afin d'intégrer un contingent des Premières Nations et des Inuits du Québec dans le programme de physiothérapie. Ainsi, dès la rentrée 2023, jusqu'à deux places seront réservées à des personnes issues des Premières Nations et des Inuits du Québec dans ce programme.

En vue de sa retraite en juillet 2023, M^{me} Corriveau travaille d'arrache-pied pour faciliter la transition de ses activités d'enseignement et de recherche auprès de ses collaborateurs. En plus du mentorat qu'elle continue d'offrir avec une réelle passion, elle travaille à la publication prochaine de ses dernières recherches.

L'OPPQ salue le parcours exceptionnel d'Hélène Corriveau et sa contribution remarquable de clinicienne, de professeure et de chercheuse. Il lui a remis le prix Carol-L.-Richards le 13 novembre 2022 à l'occasion de l'événement Physiothérapie 360°. ●

ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE

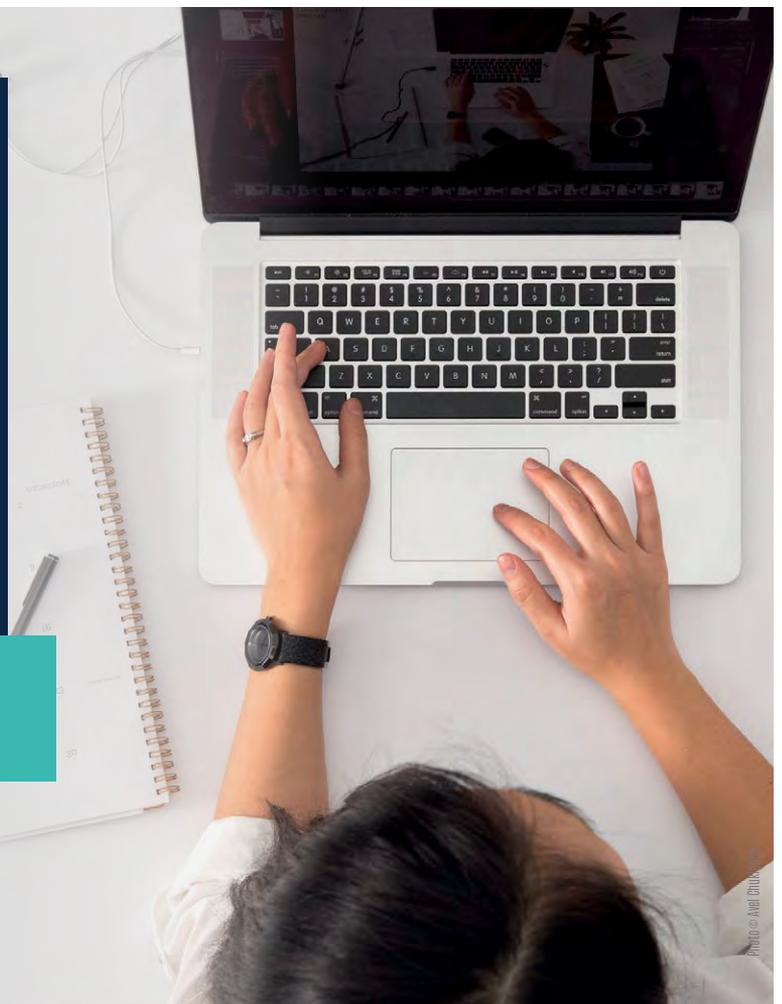
Familiarisez-vous avec vos obligations déontologiques grâce à des formations conçues spécialement pour les membres de l'OPPQ.

- 5 formations en ligne, dont 2 gratuites
- Jusqu'à 11 HFC
- Exemples concrets, issus de la pratique quotidienne de la physiothérapie

Inscrivez-vous au
oppq.qc.ca/formation/deontologie



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec



Le saviez-vous ?



INFORMEZ L'ORDRE DE TOUTE RÉCLAMATION EN MATIÈRE D'ASSURANCE PROFESSIONNELLE

Les membres exerçant au privé comme au public doivent informer l'OPPQ de toute déclaration soumise à leur assureur en responsabilité professionnelle. Ils doivent notamment déclarer toute réclamation formulée contre eux.

Ainsi, le professionnel qui reçoit une mise en demeure ou une poursuite provenant d'un client qui affirme avoir été blessé lors d'un traitement doit en informer immédiatement son assureur. Dans les 30 jours qui suivent, il doit transmettre au secrétaire de l'OPPQ un formulaire de déclaration indiquant le montant réclamé ainsi que la nature du sinistre.

Télécharger le formulaire :

oppq.qc.ca/document/declaration-assurance-professionnelle



ASSUREZ-VOUS DE TENIR À JOUR VOTRE PORTFOLIO WEB

La mise à jour du portfolio Web devrait avoir lieu avant la fin de chaque période de référence de trois ans.

Les membres ont la responsabilité d'inscrire dans leur portfolio toutes les heures de formation continue (HFC) effectuées, préférablement aussitôt après avoir suivi la formation en question.

Accéder au portfolio Web :

oppq.qc.ca/mon-compte/ma-pratique/mon-portfolio/



MANIPULATIONS OU PRESCRIPTION DE RADIOGRAPHIES : VEILLEZ À FAIRE VOTRE DEMANDE D'ATTESTATION

Les membres qui ont suivi les formations reconnues par l'Ordre pour procéder à des manipulations vertébrales ou articulaires ou prescrire des radiographies doivent obligatoirement faire une demande d'attestation auprès de l'Ordre.

Ces activités ne pourront être effectuées par les membres qu'après l'obtention de leur attestation.

Faire une demande d'attestation :

oppq.qc.ca/mon-compte/



INSCRIPTIONS — PHYSIOTHÉRAPEUTES

Abanto, Michelle
 Albert, Dominique
 Al-Haddad, Dya
 Amirova, Jamila
 Amyot, Anne-marie
 Anctil, Majelle
 Audet, Hugo
 Bachir, Zakari
 Baker, Marilyn
 Beaulac, Jeanne
 Beauregard-Veilleto, Sammy-Jo
 Benoit-Chabot, Veronique
 Bernard, Sandrine
 Beshoy Ragaie, William Sadek
 Bibeau, Catherine
 Bisailon, Camille
 Blatt, Krysten
 Boudreau, Benoît
 Breton, Guylain
 Buron, William
 Buygjin, Kim
 Canuto, Adelia
 Chatel, Darloh
 Chen, Peggy
 Choquet, David
 Chtourou, Amin
 Comeau, Jérémie
 Couture, Nicolas
 Cui, Xin Yue
 Dazé, Joanie
 De França Figueirêdo, Carolina
 De Souza Nicacio, André
 Demers, Gabrielle
 Di Lorio, Gloria
 Di Sciuillo, Jenna
 El Khoury, Anthonios
 El-Khoury, Joseph
 Elyazid, Rhalem

Filteau, Étienne
 Finizio, Paola
 Fortin, Caroline
 Fortin, Étienne
 Fortin-Dorego, Véronique
 Gadbois, Gabriel
 Gauthier, Élyse
 Gauvin-Perreault, Geneviève
 Gauvin-Shedleur, Amélie
 Gonzalez Calero, Steven
 Harris Ranger, Emmanuelle
 Hillaby, Alyssa
 Jabre, Yara
 Kayal, Sarah
 Kingsbury-Fournier, Raphaëlle
 Labbé, Jessica
 Lacasse Courchesne, Alexandra
 Lacerte, Cynthia
 Laferté, Sabrina
 Lagacé, Marie-Pier
 Lai, Kevin
 Lapointe, Sandrine
 Lavigne, Laurence
 Laviolette-Constantin, Sandrine
 Leblanc, Héroïse
 Légaré, Vicky
 Lemieux, Véronique
 Luo, Shu Ning
 Malboeuf, Andrée
 Malo, Kelly-Ann
 Marche, Léonie
 Mayrand, Kaythleen
 McMahon, Mary-Katherine
 Meier, Joel
 Miller, Lauriane
 Morelli Valiquette, Laurie
 Morency-Dansereau, Adèle
 Novello-Boucher, Juliette

Ouimet, Bianca
 Palattao, Lanie Iringan
 Penner, Lindsay
 Phan, Claudia
 Poirier, Marc-Antoine
 Prévost-Cormier, Claudelle
 Proulx, Marianne
 Puri, Chetna
 Radke, Kristopher
 Radu, Alexandra
 Reev, Joella
 Rimbeci, Megi
 Rizkallah, Christopher
 Robles Carjaval, Johanny Josefina
 Rosa, Christina
 Ross, Raphaël
 Routhier, Véronique
 Sadaka, Arielle
 Saeed Moosavi, Seyed
 Sajjadi, Mona
 Scalia, Joseph
 Scheitzer, Marianne
 Scott, Dominick
 Shewbaran, Amanda Devi
 Simard, Arielle
 St-Laurent, Myriane
 Taheri, Fariba
 Thériault, Chloé
 Thériault, Gabrielle
 Tomoiaga, Bianca
 Trudeau, Ariane
 Trudeau, Émilie
 Vadeboncoeur, Nicolas
 Vigneault, Camille
 Vu, Antoine
 Willett, Nicholas
 Zhao, Qian Yu

INSCRIPTIONS — TECHNOLOGUES EN PHYSIOTHÉRAPIE

| | | |
|-------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| Aleus, Ted | Farly, Marie-Pier | Nadeau, Carolane |
| Arakilian, Lara | Felzinger, Victor | Norris, Flavie |
| Arnau, Mélissa | Gagné, Samuel | Paré, Mégane |
| Arnaud, Manon | Gignac, Rebecca | Parent, Heidi |
| Aubin, Vincent | Gill, Samuelle | Patou, Pauline |
| Audet, Benjamin | Gilles, Kathie | Périard, Janie |
| Begeron, Elodie | Gonzalez Castillo, Dulce Amada | Piché, Laurie |
| Belalouache, Katia | Gravel, Kim | Pierre, Simon |
| Bernard, Marie | Grondin, Gabriel | Piette, Rosalie |
| Bocage, Emmanuelle | Guimont, Jonathan | Polo Del Gallego, Tatiana Marcela |
| Boisvert, Marianne | Herardin-Andriot, Lise | Proulx, Daphné |
| Bouchard-Leblond, Adam | Jacquet, Nadege | Rocha Sanchez, Kelly |
| Bourque, Charlotte | Khindouf, Hassania | Rochon, Florence |
| Boutrid, Anias | Lachance, Léonie | Rostami Pour, Amir Hossein |
| Brisson, Judith | Lafleur, Alexis | Salama, Nancy Elizabeth |
| Caillaud, Sébastien | Langlois, Noémie | Schneider, Anastasia |
| Cardinal-Marcoux, Sarah | Larouche, Alyson | Sénécal, Émilie |
| Chabot, Maxim | Larouche, Mya | St-Jean, Noémie |
| Chalifour, Joaquim Tayo | Leclerc, Emmy | Trahan, Cassandra |
| Dabucol, Amir | Lemieux-Lafontaine, Nykola | Tremblay, Justine |
| D'Ambroise, Any-Pier | Leroux, Julie | Vaillancourt, Marie-Catherine |
| Desmeules, Justin | Levesque, Maude | Visario, Sheena-Vanessa |
| Dolan, Éliane | Mohammad Safdar, Noman | |
| Durand, Fanny | Morel, Claire | |

INSCRIPTIONS — DE TECHNOLOGUES EN PHYSIOTHÉRAPIE À PHYSIOTHÉRAPEUTES

| | | |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Alain, Valéry | Lamnini, Imane | Raymond-Flamand, Audrey |
| Benjamin-Auger, Stéphanie | Lefebvre-Pellegrino, Salomé | Richard, Claudie |
| Forget, Geneviève | Légaré, Katherine | |
| Kaprolat, Laurence | Marino Merlo, Gabriela | |

RÉINSCRIPTIONS

| | | |
|--------------------------|------------------------|----------------------------|
| Allary, Christine | Dessureault, Liam | Lemieux, Elyse |
| Andrews-Côté, Véronique | Dulong, Marie-Eve | Lévesque, Marie-Pierre |
| Arbour, Vicky | Dumont, Sandra | Lusignan, Annie |
| Argoub, Mohamed El Amine | Durand, Laurie | Mayer, Alexandra |
| Barros De Sa, Rafaela | El-Khoury, Rosy | Monière-Lefrançois, Audrey |
| Beaudet, Krystel | Fink-Mercier, Marianne | Montpetit, Charles Olivier |
| Beauséjour, Julie | Gagnon, Andréanne | Mororo, Erick Eugenio |
| Bensahnoun, Nassima | Geoffroy, Stéphanie | Morrisette, Claudanne |
| Bernier, Nadia | Germain, Mélanie | Pagé, Gabrielle |
| Bluteau, Caroline | Gilmour, Julia | Rangel, Liliane |
| Bouchard, Carole | Girard, Vicky | Raphael, Fabienne |
| Charbonneau, Maude | Hamel, Meggie | Raymond, Elyzabeth |
| Cheang, Phonesavanh | Javadi, Suzan | Roussin, Jessie |
| Chemli, Rakia | Lancey, Marie-Céline | Shaw, Ann-Sophie |
| Cleaver, Shaun | Langlois, Daphnée | St-Pierre, Marie-Eve |
| Collin, Annabelle | Laurin, Raphaël | Swick, Vicki |
| Corbeil, Lisa Marie | Leblanc, Jessica | Tremblay, Catherine |
| Côté, Martin | Légaré, Andréanne | Tremblay, Sara |
| Da Costa, Christina | Lehouillier, Marie-Ève | Triki, Rania |
| Degrave, Nora | Lemarbre, Melissa | Venne, Isabelle |
| Desgagné, Andrée-Anne | Lemieux, Anouchka | |



Profitez de la force de votre groupe



L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec fait équipe avec **La Personnelle** pour vous offrir :



Des tarifs de groupe exclusifs en assurance auto, habitation et entreprise



Des protections personnalisées



Un service hors pair

Découvrez pourquoi **85 %** de nos clients nous ont choisis pour faire le plein d'économies et restent avec nous pour la **qualité du service**¹.

lapersonnelle.com/oppq
1 888 476-8737



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

Tarifs de groupe. Service unique.