

Physio-QUÉBEC

SOMMAIRE



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

ÉDITORIAL

3 Par Lucie Forget, pht, M.A., présidente et directrice générale

CHRONIQUE DE LA PRÉSIDENTE ET DIRECTRICE GÉNÉRALE

4 Moratoire ou pas moratoire, qu'est-ce qui s'applique ?
Par Lucie Forget, pht, M.A., présidente et directrice générale

6 Fonctionnement d'un ordre professionnel
Par Lucie Forget, pht, M.A., présidente et directrice générale

CHRONIQUE DE LA SECRÉTAIRE GÉNÉRALE

7 Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement de l'Ordre professionnel de la physiothérapie
du Québec
Par Louise Bleau, pht, D. É. S. S.

CHRONIQUE DE LA SYNDIQUE

8 La responsabilité du propriétaire physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique
Par Louise-marie Dion, pht, syndic

SUITE du SOMMAIRE à la page suivante

Physio-QUÉBEC

SOMMAIRE suite

INFO RECHERCHE

Par Uriel Pierre, M.Sc., pht
Responsable du Comité de recherche clinique

CHRONIQUE JURIDIQUE

- 10 Projet de loi 75 : des modifications importantes au Code des professions
Par Julie Martin, avocate

CHRONIQUES DES RÉCIPiENDAIRES

- 12 L'entraînement avec rétroaction de gestes moteurs permet de diminuer les déficits moteurs des personnes avec un syndrome d'abutement de l'épaule
Par Jean-Sébastien Roy, pht, M.Sc., Hélène Moffet, pht, Ph.D., Bradford J. McFadyen, Ph.D.

RECHERCHE CLINIQUE

- 21 Concours formation de groupe gratuite en recherche clinique

ÉVÈNEMENTS

- 22 Semaine de la physiothérapie 2008
23 Remise des prix de l'Ordre 2008

LES INFOS

- 31 En bref
32 Nouveautés
32 Caricature



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

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

ORDRE professionnel de la physiothérapie du Québec

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

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

Site Web : www.oppq.qc.ca

ÉDITRICE, rédactrice et réviseure: Danielle Huet, B.A.

Tél. : 514 351-2770, poste 223 | Courriel : dhuet@oppq.qc.ca

CONCEPTION graphique: Manon Boulais, graphiste
514 865-7815

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



ÉDITORIAL

par *Lucie Forget, pht, M.A.*
Présidente et directrice générale

Chers membres,

Laissez-moi d'abord remercier les membres qui sont venus en grand nombre à notre assemblée générale annuelle, vendredi, le 26 septembre dernier.

Je répèterai ici le message clé que j'ai exprimé à la fin de cette réunion : « Le respect et l'écoute entre nos membres physiothérapeutes et nos membres thérapeutes en réadaptation physique sont essentiels pour le futur de nos deux professions. »

Comment l'Ordre pourrait-il assurer son mandat de protéger le public si ses membres ne démontrent pas une saine solidarité entre eux dans la prestation de services de qualité aux patients ? Heureusement, l'immense majorité d'entre nous bénéficie de ces qualités nécessaires à l'ouverture aux autres. Pour les membres qui se sentiraient incapables, pour l'instant, de contribuer au débat sans tomber dans l'excès, je vous demanderai ceci : prenez un peu de recul et ne vous laissez pas diriger par vos émotions. La raison et l'intelligence doivent trouver leur chemin vers une meilleure compréhension mutuelle de nos forces.

Ceci dit, je ne peux nier le climat de doute dans lequel nous évoluons présentement. Par contre, il ne faut pas l'exagérer non plus. Il faut remettre les choses en perspective : Après bientôt six ans d'intégration, le Décret sera transformé en règlement par l'Ordre et le gouvernement, à travers l'Office

des professions, viendra mettre fin aux incertitudes entourant la répartition des responsabilités professionnelles entre les deux catégories de permis de pratique en physiothérapie.

L'évaluation réservée aux physiothérapeutes est là pour rester ainsi que la collecte de données évaluatives effectuée par les thérapeutes en réadaptation physique. Où ? Quand ? Comment ? Le Bureau a adopté en novembre 2007 le document *L'intervention du T.R.P.* qui venait répondre à ces questions. Depuis, divers intervenants ont manifesté des insatisfactions concernant l'interprétation de certains concepts, notamment la teneur du dossier documentant l'atteinte fourni par le médecin qui est un des préalables à la prise en charge d'un patient par le T.R.P.

Le Comité administratif (CA) a entendu ces problématiques et a réagi rapidement en adoptant le 14 juillet un moratoire sur l'application du document *L'intervention du T.R.P.* (dossier documentant l'atteinte et collecte de données évaluatives). Par la suite, le Bureau en date du 5 septembre 2008 a circonscrit l'application du moratoire à la catégorie de patients du paragraphe 1, de l'article 4 du Décret,

pour les milieux de soins en CHSLD (voir ma chronique à ce sujet).

L'autre dossier sur lequel l'Ordre a beaucoup travaillé depuis juin dernier est celui de la mobilité de la main-d'œuvre. J'écris cet éditorial de Paris, où je rencontre mes homologues français pour discuter d'une entente de reconnaissance professionnelle réciproque. Cette entente pourrait permettre aux physiothérapeutes du Québec de travailler en France et aux masseurs kinésithérapeutes de France de travailler au Québec. Pour les thérapeutes en réadaptation physique, une passerelle serait prévue pour leur permettre de poursuivre des études en France afin d'obtenir leur diplôme de masseur kinésithérapeute.

Je vous tiendrai au courant des développements de ces échanges au fur et à mesure.

Finalement, deux projets de règlement, soit formation continue obligatoire et exercice en société, font l'objet de travaux actifs en vue de leur entrée en vigueur. En ce qui concerne le projet de règlement de formation continue obligatoire, vous serez consultés éventuellement, lors d'un envoi postal, et je vous invite à nous faire part de vos commentaires en grand nombre.

Chronique de la PRÉSIDENTE et directrice générale

MORATOIRE OU PAS MORATOIRE, QU'EST-CE QUI S'APPLIQUE ?

par Lucie Forget, pht, M.A.
Présidente et directrice générale

Pourquoi avoir circonscrit le moratoire à la catégorie 1 du Décret (patient présentant une atteinte pour laquelle il existe un protocole ou une atteinte séquellaire nécessitant une rééducation à l'autonomie fonctionnelle ou une rééducation de perfectionnement ou de maintien des acquis) dans les établissements à mission CHSLD ? Le Bureau a pris cette décision suite à l'analyse objective de la situation et des éléments lui ayant été soumis : ce sont particulièrement les patients en CHSLD qui doivent être protégés présentement contre tout délai de prise en charge qui serait dû à une interprétation restrictive de la teneur du dossier documentant l'atteinte fourni par le médecin.

J'appelle donc mes collègues à faire preuve de discernement dans leurs propos et leur jugement de la situation. La préoccupation du Bureau est de permettre que les services de physiothérapie soient dispensés aux patients des CHSLD, en suspendant temporairement (moratoire) une interprétation du dossier documentant l'atteinte et de la collecte de données évaluatives que l'on retrouve dans le document *L'Intervention du T.R.P.*, déjà adopté.

Est-ce que cela signifie, pour les autres milieux de travail et les autres catégories du Décret, que l'application du document *L'intervention du T.R.P.* est optimale et bien comprise ?

Non, l'Ordre sait qu'il reste encore du travail à accomplir à cet effet. C'est pour cela que l'Ordre poursuit ses rencontres et ses discussions, notamment avec les employeurs et les décideurs du réseau de la santé et qu'un sous-comité du Bureau a été formé pour se pencher sur les solutions à apporter.

Ce sous-comité du Bureau a pour mandat principal de préparer le terrain menant à la rédaction du règlement de l'article 94 m) du *Code des professions* portant sur les catégories de permis.

Je demande à tous les membres, physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique, de faire confiance aux administrateurs du Bureau qui travaillent actuellement à faire progresser ce dossier.

Voici quelques questions et réponses illustrant des cas pratiques :

Est-ce que le thérapeute en réadaptation physique peut intervenir auprès de ce client avec les informations suivantes ?

Référence en physiothérapie pour maintien des acquis pour une personne avec AVC ancien en phase séquellaire.

Dossier documentant l'atteinte :

Client de 79 ans, en CHSLD depuis 2004. À la lecture du dossier, on retrouve notamment :

- Emphysème, HTA
- Cœur OK, poumons clairs, abdomen OK
- Scan cérébral récent (10 jours) comparable au précédent (3 ans)
- Bilans sanguins
- Client s'alimente bien
- Client autonome dans ses déplacements avec quadripode jusqu'à il y a 2 mois
- Présente maintenant des difficultés lors des transferts et des déplacements
- Refuse souvent de marcher car il a peur de tomber

Réponse :

Pour cet exemple, le moratoire s'applique étant donné qu'il s'agit d'un client en CHSLD de la catégorie 1 du Décret. À la lumière des informations inscrites au dossier, le thérapeute en réadaptation physique fera sa collecte de données évaluatives et pourra intervenir notamment au niveau des déplacements, des transferts, de la force musculaire des membres inférieurs, de la douleur ou de la diminution de l'amplitude articulaire, si nécessaire, afin de rendre au client une autonomie optimale.

Chronique de la PRÉSIDENTE et directrice générale

MORATOIRE OU PAS MORATOIRE... *suite*

Quelles sont les interventions que le thérapeute en réadaptation physique peut dispenser à partir de cette référence médicale ?

Diagnostic : capsulite épaule droite

Référence en physiothérapie : capsulite épaule droite, arthro distensive demandée épaule droite, ↑ ROM.

Dossier documentant l'atteinte :

- Homme de 67 ans. Antécédents : HTA, troubles rénaux (ne peut pas prendre AINS). Douleur au biceps et à l'épaule droite
- S'est cogné le bras, aucune paresthésie
- Rayon x : normal
- Examen physique : revue des systèmes : normal
- Abd : 80°, Flex : 80°, RE : 15°, RI : 15°.
- Arthrographie distensive demandée pour l'épaule D + infiltration + physiothérapie
- Revoir au besoin selon l'évolution.

Réponse

Le moratoire ne s'applique pas à cet exemple étant donné qu'il s'agit d'un client présentant une atteinte de la catégorie 2 du Décret. Le dossier documentant l'atteinte devra contenir les déficiences et les incapacités documentant le diagnostic pour lequel il est référé en physiothérapie. Le thérapeute en réadaptation physique pourra faire une collecte de données évaluatives à

l'épaule et s'assurer que les articulations adjacentes sont fonctionnelles et asymptomatiques. Compte tenu que le médecin a identifié douleur et diminution des amplitudes articulaires lors de son examen physique et que son orientation de traitement spécifie ↑ ROM, le T.R.P. pourra intervenir à ce niveau. Comme en catégorie 2 du Décret, le T.R.P. peut participer à l'orientation du traitement, et que la douleur aux biceps et à l'épaule est mentionnée dans l'examen physique, le T.R.P. pourra intervenir sur cet élément en accord avec le médecin traitant. De plus, il devra retourner au médecin pour vérifier auprès de celui-ci s'il peut intervenir sur d'autres déficiences et incapacités.

Il est important de rappeler à nos membres, qu'en tout temps une évaluation d'un physiothérapeute pourrait optimiser les interventions du thérapeute en réadaptation physique.



Chronique de la PRÉSIDENTE et directrice générale

LE FONCTIONNEMENT

D'UN ORDRE PROFESSIONNEL

suite

L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec a pour principale mission d'assurer la protection du public, comme c'est le cas pour l'ensemble des ordres professionnels au Québec.

Le Bureau¹ est l'instance principale par laquelle s'exerce le mandat de protection du public. Les responsabilités qui incombent au Bureau sont nombreuses. Il doit contrôler l'admission à la profession des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique de même qu'en assurer la réglementation. Pour ce faire, le Bureau adopte notamment des règlements visant à assurer la protection du public, prend des décisions relatives à l'application de ces règlements et décide des grandes orientations de l'Ordre. Le Bureau doit aussi veiller au bon fonctionnement de l'Ordre en adoptant notamment des règlements sur les affaires internes de l'Ordre.

Le Bureau est composé de la présidente et de 20 administrateurs élus par les membres (14 physiothérapeutes et 6 thérapeutes en réadaptation physique) de même que 4 administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec afin de représenter le public.

Le Comité administratif² a plutôt comme mandat de veiller à l'administration courante des affaires de l'Ordre. Au sein de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, le Comité administratif est composé de la présidente, de la vice-présidente physiothérapeute, du vice-président thérapeute en réadaptation physique, d'une administratrice physiothérapeute ainsi que d'un administrateur nommé par l'Office des professions du Québec. Le Comité administratif exerce tous les pouvoirs que lui délègue le Bureau, sauf ceux qui lui sont réservés spécifiquement par le *Code des professions*, dont celui d'adopter un règlement. C'est ainsi que cet été, le Comité administratif a adopté un moratoire sur *L'intervention du TRP*, en toute conformité avec les pouvoirs que le Bureau lui a délégués officiellement.

La présidente a pour fonction d'assurer la surveillance générale des affaires de l'Ordre. Elle est responsable de l'application des décisions du Comité administratif et du Bureau et elle est

le porte-parole de l'Ordre. Elle préside les réunions du Comité administratif et du Bureau. La présidente exerce un rôle politique.

Au sein de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, la présidente exerce également les fonctions de directrice générale, ce qui lui confère la gestion des affaires internes de l'Ordre et de l'équipe des permanents. Elle a donc pour tâche de s'assurer de la préparation des dossiers qui seront soumis au Comité administratif ou au Bureau. L'équipe des permanents de l'Ordre doit donc lui assurer son support dans la préparation des dossiers et la mise en œuvre des décisions prises par ces deux instances.

Toutes ces instances doivent communier dans un même effort afin de faire avancer les dossiers de l'Ordre et ce toujours en concordance avec la protection du public.

1 Il faut noter qu'avec l'entrée en vigueur du projet de loi 75, qui modifie plusieurs dispositions du Code des professions, le terme « Bureau » est remplacé par le terme « Conseil d'administration ».

2 Avec l'entrée en vigueur du projet de loi 75, le terme « Comité administratif » est remplacé par le terme « Comité exécutif ».



Chronique de la SECRÉTAIRE générale

RÈGLEMENT SUR LES STAGES ET LES COURS DE PERFECTIONNEMENT DE L'ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC

par Louise Bleau, pht

D.É.S.S.

Cette chronique se veut la deuxième d'une série de plusieurs. Cette série de chroniques permettra de fournir des informations en réponse à un questionnement récurrent de la part des membres ou à tout le moins, à une méconnaissance de certaines modalités de fonctionnement de l'Ordre. La présente chronique traitera donc du *Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec*.

Au niveau des modifications réglementaires, nous vous informons que depuis le 22 novembre 2007, ce règlement a subi certaines modifications.

Le règlement prévoit, comme par le passé, que la personne qui s'inscrit au Tableau des membres plus de trois ans après avoir obtenu son diplôme ou s'être vu reconnaître une équivalence de diplôme ou de formation, pourra se faire imposer un cours ou un stage de perfectionnement, dans la mesure où elle ne peut prouver

qu'elle a mis ses connaissances à jour pendant cette période.

Le même principe s'applique à la personne qui a cessé d'être inscrite au Tableau de l'Ordre pendant trois années consécutives.

La principale nouveauté réside dans le fait qu'il serait désormais possible pour le Bureau d'imposer un cours ou un stage de perfectionnement à un membre qui n'a pas exercé la profession pendant une période de trois ans, mal-

gré le fait qu'il soit demeuré inscrit au Tableau des membres. Cette vérification pourra se faire directement à partir du formulaire d'inscription au Tableau, dans lequel chacun des membres doit déclarer les lieux d'exercice ou encore déclarer ne pas exercer la profession.

Il s'agit donc d'un moyen additionnel mis à la disposition de l'Ordre afin de s'assurer de la compétence des membres, dans une finalité de protection du public.



Chronique de la SYNDIQUE

LA RESPONSABILITÉ DU PROPRIÉTAIRE PHYSIOTHÉRAPEUTE OU THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

par Louise-Marie Dion, pht
Syndique

Un jugement rendu par le Tribunal des professions¹ dans une cause opposant une syndique adjointe de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) à une physiothérapeute propriétaire d'une clinique, a confirmé le fait que le propriétaire d'une clinique, membre du même ordre professionnel que son employé, peut être reconnu coupable d'avoir laissé ce dernier contrevenir à son *Code de déontologie*. Dans le présent jugement, la physiothérapeute a laissé la thérapeute en réadaptation physique travailler sans disposer préalablement d'une évaluation d'un physiothérapeute ou d'un diagnostic médical non limité aux symptômes qui indique, s'il y a lieu, le type de structure atteinte et qui est accompagné d'un dossier documentant l'atteinte.

Le jugement vise, comme nous l'avons dit, une physiothérapeute, mais en tant que propriétaire de clinique. La même règle s'appliquera au propriétaire, physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique qui se placerait dans une même situation où son employé, physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique commettait des infractions à la réglementation de l'OPPQ, notamment le *Code de déontologie*.

Techniquement, le propriétaire, physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique, ne peut être poursuivi pour avoir commis l'infraction déontologique reprochée à son

employé. Cependant, il peut être accusé d'avoir commis un acte dérogatoire à l'honneur ou à la dignité de sa profession selon l'article 59.2 du *Code des professions* :

Nul professionnel ne peut poser un acte dérogatoire à l'honneur ou à la dignité de sa profession ou à la discipline des membres de l'ordre, ni exercer une profession, un métier, une industrie, un commerce, une charge ou une fonction qui est incompatible avec l'honneur, la dignité ou l'exercice de sa profession.

Il est reconnu qu'il existe de la part du propriétaire, un lien d'autorité envers

son employé ou, dit autrement, un lien de subordination entre l'employeur et l'employé. Le propriétaire est tenu de faire respecter la réglementation par son employé.

Il faut ajouter que le lien d'autorité peut exister entre un chef de service et l'employé, par exemple, au niveau du système public. Donc, une infraction à l'article 59.2 du *Code des professions* pourrait être retenue contre un chef de service ou coordonnateur en réadaptation, membre de l'OPPQ, dans certaines circonstances où cette personne aurait eu connaissance des infractions commises par l'employé et n'aurait posé aucun geste pour y mettre un terme.

Précisons que l'employé ne doit pas contrevenir aux règles parce que son employeur le lui demande. Dans un tel cas, l'un et l'autre deviennent alors coupables d'une infraction déontologique passible d'une sanction imposée par le Comité de discipline.

¹ <http://www.canlii.org/fr/qc/qctp/doc/2008/2008qctp135/2008qctp135.html>

Chronique de la SYNDIQUE

LA RESPONSABILITÉ DU PROPRIÉTAIRE. *suite*

MÉMO LOGO

ATTENTION !

Plusieurs enveloppes ou autre papier à en-tête que vous nous faites parvenir pour différentes raisons, notamment, des annonces ou inscriptions à des cours, affichent le logo de l'Ordre professionnel de la physiothérapie.

Nous apprécions cette marque de votre appartenance à l'OPPQ et nous vous en félicitons.

CEPENDANT, il est porté à l'attention du bureau du syndic, dans plusieurs cas, que l'inscription « **Ordre professionnel de la physiothérapie** » est inscrite tout à côté du logo. Nous vous demandons de vous référer au site web de l'Ordre : www.oppq.qc.ca, sous la rubrique Services aux membres/logo de l'OPPQ. Vous y trouverez la politique de l'Ordre concernant l'utilisation du logo. **Vous ne pouvez inscrire « Ordre professionnel de la physiothérapie »** puisque cela est réservé à la permanence de l'Ordre. Vous

pouvez écrire « Membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec », ou afficher le logo seul.

Lorsque l'information concernant l'utilisation du logo non conforme à la politique de l'Ordre nous est transmise, nous devons entrer en communication avec vous pour vous demander d'apporter les correctifs nécessaires. S'il vous plaît, prenez note de cet avis et effectuez les modifications requises dès maintenant.



L'ordre
Publications
Pratique professionnelle
Actualités
Événements
Répertoire des membres
Recherche clinique
Amélioration de l'exercice
Formation continue
Inspection professionnelle
Services aux membres

Recherche

OK

SERVICES AUX MEMBRES

- Changement de statut
- Changement d'adresse
- Documents de référence
- La Personnelle
- Dale Parizeau LM
- Mémo aux assureurs [PDF]
- Mémo aux assureurs [PDF english]
- Logo de l'OPPQ

Trouvez rapidement un professionnel de la physiothérapie au Québec



PHYSIO-QUÉBEC

Accueil

Protection du public

Admissions

Conseils

Les FAQ

Nous joindre

Services aux membres | Logo de l'OPPQ

Nouveau logo de l'OPPQ

POLITIQUE D'UTILISATION DU LOGO PAR LES MEMBRES

Le logo de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec constitue sa signature officielle, au même titre que son nom. L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec possède donc l'usage exclusif de son logo. Toutefois, l'Ordre peut autoriser d'autres personnes à utiliser son logo, selon les modalités qu'il a établies.

Les membres sont autorisés à utiliser le logo de l'Ordre, notamment sur leurs cartes d'affaires, leur papeterie et leur publicité, afin d'indiquer au public leur appartenance à l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec.

La reproduction du logo doit être conforme à l'original détenu par le secrétaire de l'Ordre. Le logo doit donc toujours être utilisé dans son intégralité. La position ainsi que la proportion des éléments du logo doit être respectée. En ce sens, l'article 91 du *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique* prévoit :

« 91. Le membre qui reproduit le symbole graphique de l'Ordre aux fins de sa publicité doit s'assurer que ce symbole est conforme à l'original détenu par le secrétaire de l'Ordre. »

Il existe alors deux options possibles pour les membres :

- Utiliser le symbole graphique de l'Ordre uniquement, c'est-à-dire sans la mention « Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec » ;
- Utiliser le symbole graphique avec la mention « Membre » ou encore « Membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec ».

De plus, le membre qui utilise le logo de l'Ordre dans une publicité doit ajouter l'avis suivant : « cette publicité n'est pas une publicité de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec et n'engage que son auteur. » Le membre doit donc s'assurer de respecter l'article 92 du Code de déontologie qui prévoit :

info recherche

Recherche clinique



SOMMAIRE | Info-recherche

Éditorial	1
<i>L'avenir de la recherche en physiothérapie/réadaptation</i>	2
Projets de nos récipiendaires	8
Liste des chroniques de nos récipiendaires	11
Liens utiles.....	12

ÉDITORIAL | Uriel Pierre, M.Sc., pht
Responsable du Comité de recherche clinique

L'AVENIR de la recherche en physiothérapie

Avenir

Treize ans déjà que le Fonds de recherche clinique de l'Ordre existe et près de 560,000 \$ accordés en bourses et subventions à une centaine de membres. Voilà qui témoigne de la santé de la recherche clinique en physiothérapie.

Le domaine de la recherche en physiothérapie connaît un essor fulgurant ces dernières années, et il devient essentiel pour le Comité de recherche clinique de bien suivre son évolution afin d'adapter son programme de bourses et subventions à la réalité de la recherche de demain.

M. Bertrand Arsenault, Ph.D., pht, a occupé diverses fonctions qui lui permettent de jeter un regard privilégié sur l'évolution de la recherche en physiothérapie/réadaptation. Dans cet *Info recherche*, il nous fait l'honneur de partager sa vision de l'avenir de la recherche en physiothérapie/réadaptation.

Dans cet article, une constance se dégage : la volonté de documenter la qualité des soins que nous offrons. Voilà une caractéristique de notre profession qui nous assurera de répondre de façon optimale aux besoins de la population.

Le Comité de recherche clinique remercie M. Arsenault pour les éléments qu'il porte à notre réflexion.



Bonne lecture !

Par Bertrand Arsenault, Ph.D., pht

Professeur titulaire, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

Chercheur, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR) site

Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal

Directeur scientifique, Réseau provincial de recherche en adaptation réadaptation (REPAR) du

Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)

L'AVENIR de la recherche en physiothérapie/réadaptation

Introduction

Je tiens à remercier l'Ordre de m'avoir invité à présenter mes réflexions sur l'avenir de la recherche en physiothérapie et en réadaptation. Comme ce sujet est très vaste, je devrai me restreindre et orienter mon propos sur ce qui m'apparaît présenter le plus de potentiel de changement et d'impact au niveau de la profession dans les prochaines années. Mes propos reflètent mon opinion, mais pas nécessairement celle des membres de notre communauté de chercheurs.

Sans vouloir faire un historique du développement de la recherche en physiothérapie, il serait utile de préciser quelques points afin d'apprécier toute l'évolution réalisée en relativement peu de temps. Lorsque dans les années 60, les programmes universitaires (Laval, Montréal et McGill) sont passés du Diplôme au B.Sc., la commande a clairement été passée auprès des membres des corps professoraux de ces programmes d'initier des programmations de recherche et de former des étudiants au niveau des études supérieures, afin de préparer une relève pour le développement de la recherche dans les sciences de la réadaptation. Par conséquent, les années 70 en furent de formation de plusieurs physiothérapeutes en recherche. À partir des années 80, des activités de recherche ont été initiées par les professeurs autant dans les Écoles universitaires que dans les milieux cliniques affiliés. Des étudiants de 2^e et 3^e cycles étaient alors intégrés à ces projets de recherche dans le but de compléter leur formation.

Les membres de notre profession sont donc impliqués en recherche active dans nos milieux universitaires et cliniques depuis plus de 25 ans. En ce faisant, nous emboîtons alors le pas avec nos collègues des autres provinces et des autres pays qui voyaient dans la recherche une façon de développer notre corpus des connaissances et notre domaine d'expertise. Tout en réalisant ces objectifs, nous donnions de la crédibilité à nos activités cliniques et nous en développons de nouvelles.

Trois secteurs importants de recherche

secteurs

Sans vouloir exclure toute autre avenue, je crois que trois principaux secteurs de recherche ont été importants lors des vingt-cinq dernières années. Ceux-ci sont : 1) la recherche fondamentale, 2) la recherche méthodologique et 3) les essais cliniques.

La recherche fondamentale

Dans un premier temps, plusieurs de nos collègues ont développé des programmations de recherche de nature fondamentale principalement en neurophysiologie ou neuroscience et contrôle moteur, en biomécanique et pathokinésiologie ainsi que dans d'autres secteurs comme en physiologie musculaire et en cardiovasculaire pour ne nommer que ceux-là. Des travaux ont permis, dans l'un ou l'autre de ces domaines, de contribuer à l'élaboration de nouvelles connaissances autant à l'état normal que pathologique. Par conséquent, les résultats de ces travaux ont permis, dans bien des cas, de proposer des nouvelles



applications en clinique. Par exemple, pour l'étude de la marche à l'état normal et pathologique, des études descriptives comparatives ont été réalisées dans le but de contraster les résultats obtenus de différents groupes afin de mieux comprendre les problèmes de contrôle musculaire à corriger pour cette activité. Des études portant sur d'autres sujets tels l'équilibre postural, la coordination motrice du membre supérieur et la fatigue musculaire de muscles du dos ont permis de proposer des applications potentielles en clinique pour ces problématiques. Plusieurs autres exemples pourraient être présentés provenant de cette littérature abondante pour notre secteur.

De nombreuses études se poursuivent dans nos centres de recherche et ceci, à l'aide bien souvent, d'instrumentation et de technologie très sophistiquées. Nous pouvons affirmer que nous contribuons à des travaux d'importance à notre littérature, et que les retombées pour notre pratique sont de plus en plus évidentes. Notons que ces travaux étaient antérieurement financés par des agences telles le Conseil de recherche médicale du Canada (CRMC) et le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ)¹. Maintenant, ils sont principalement financés par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)². Pour de telles études, il faut comprendre que si la composante fondamentale des demandes de subventions soumises à ces agences de financement n'est pas prioritaire, les projets soumis ont peu de chance d'être subventionnés.

La recherche méthodologique

Dans un deuxième temps, plusieurs de nos collègues ont participé au développement d'outils de mesures cliniques ou « outcome mesures » en réalisant des études de type méthodologique. Le besoin se faisait sentir d'avoir à notre disposition de tels outils de mesure afin de pouvoir réaliser des projets de recherche clinique dans nos milieux. Par conséquent, des outils ont été empruntés à d'autres secteurs des sciences de la santé (SF36 par exemple) tandis que d'autres ont été développés pour des clientèles précises (Fugl-Meyer pour les hémiplegiques) ou des clientèles variées (FIM ou MIF). On dit que ces mesures sont descriptives des attributs des sujets (angles articulaires), spécifiques pour une atteinte ou une population (WOMAC pour l'ostéoarthrite de la hanche et du genou), ou génériques (EVA pour la douleur et SF36). Certaines de ces mesures sont prises par un évaluateur en clinique (Fugl-Meyer) tandis que d'autres sont des questionnaires complétés par les clients (Oswestry pour les maux de dos) dans le but d'obtenir leur perception de leur état de santé. Grâce à ce domaine de recherche, nous possédons maintenant une banque de mesures nous permettant d'évaluer différentes dimensions de clientèles très variées. Nous pouvons également faire le suivi dans le temps de ces personnes, ce qui est essentiel pour apprécier le maintien des effets de traitement escomptés.

Plusieurs de ces mesures ont été documentées pour leurs caractéristiques métriques dont leur validité et leur fidélité. Également, de plus en plus de ces mesures sont documentées pour leur sensibilité à quantifier un changement dans le temps chez des personnes en traitement, et à discriminer des sujets présentant différents niveaux d'atteinte de ceux sans atteinte. Plusieurs de ces travaux ont été financés antérieurement par un programme spécial de Santé bien-être social Canada qui se nomme maintenant Santé Canada³. Bien que plusieurs documents existent sur le sujet, un de ceux-ci est tout particulièrement important (Finch et al. 2002)⁴ et fut supporté par l'Association canadienne de physiothérapie (ACP)⁵. L'ACP a même offert une série de cours dans le passé afin de sensibiliser ses membres à l'intérêt d'utiliser de tels outils en clinique. Les outils de mesures mentionnés en guise d'exemples ci-haut peuvent être trouvés dans ce document.

Il va sans dire que des travaux doivent se poursuivre sur cette thématique afin d'en venir à documenter les meilleurs outils que nous puissions utiliser autant pour la réalisation de recherches cliniques que pour le suivi des clientèles en clinique. Il faut en venir à identifier un ensemble d'outils de mesures valides, fidèles, sensibles et discriminants pour les clientèles que nous recevons. Bien que ces outils puissent, en partie, varier d'une clientèle à l'autre, il serait intéressant d'en venir à

s'entendre sur les choix à faire et ainsi standardiser le plus possible nos façons de faire dans l'utilisation de ces outils, d'un milieu à un autre. Cette standardisation permettrait de faire des suivis complets à l'intérieur d'un continuum de soins (phase aiguë, réadaptation intensive et réinsertion sociale).

Les essais cliniques

essais

Dans un troisième temps, grâce aux outils d'évaluation disponibles, plusieurs de nos collègues ont été en mesure d'entreprendre des essais cliniques dans le but de documenter le niveau d'efficacité de nos interventions. Ces recherches, bien souvent de type « essai clinique randomisé », ont permis, ces 10 dernières années, de réaliser des travaux qui présentent un grand intérêt pour les cliniciens et les gestionnaires de soins, mais également pour les clients eux-mêmes et les payeurs de soins tels la CSST. Ces études ont été financées principalement par les IRSC.

C'est ce type de recherche qui nous a propulsés dans l'ère de la pratique fondée sur les données probantes appelée aussi pratique factuelle. Le but de tels travaux est de documenter le niveau de preuve des évidences supportant l'efficacité de nos meilleures pratiques. Ce travail est bien amorcé, et l'aventure sera évidemment longue du fait que notre champ de pratique est très large et que les défis cliniques qui nous sont confiés sont nombreux et de taille.

Concernant cette dernière thématique de recherche, notons que l'Association mondiale de thérapie physique (WCPT)⁶, nos collègues de la *Chartered Society of Physiotherapy* (CSP)⁷, de l'*Australian Physiotherapy Association* (APA)⁸, de l'*American Physical Therapy Association* (APTA)⁹, de l'Association canadienne de physiothérapie (ACP)⁵, du *New Zealand Society of Physiotherapists* (NZSP)¹⁰ et bien d'autres dans le monde supportent la réalisation de telles activités de recherche menant à la pratique fondée sur les données probantes. Bien que nous emboîtons le pas progressivement, je crois toutefois qu'il y a une certaine timidité, en Amérique du nord, à passer à l'action de ce côté.

En conclusion, la recherche de nature fondamentale doit naturellement se poursuivre. Ce type d'activités aide à comprendre les mécanismes physiologiques, autant à l'état normal que pathologique, impliqués dans le contrôle de mouvements ou de tâches que nous devons rééduquer. Ce type de recherche fait en sorte que nous apprécions les mécanismes reliés à la posture et au contrôle de mouvements simples et complexes que nous devons exécuter (rééduquer) pour maintenir notre autonomie. Les résultats de ces recherches nous amènent à proposer des nouvelles interventions en réadaptation. Pour sa part, la réalisation d'études méthodologiques menant à l'amélioration de nos outils d'évaluation déjà existants et à la création d'outils plus sensibles et plus pertinents doit également se poursuivre. Ce sont ces outils qui permettent de documenter adéquatement l'efficacité et même l'efficience des interventions que nous utilisons ou qui nous sont proposées. Finalement, la réalisation d'études de type essai clinique doit absolument nous intéresser. C'est ce type de recherche qui rend possible le questionnement de l'efficacité de nos interventions et qui, par conséquent, va nous inciter à faire des choix rationnels et judicieux dans le cadre de notre pratique. Ces activités vont faire évoluer notre champ de pratique et possiblement l'élargir; elles vont également nous donner de la crédibilité face à nos pairs des autres professions, face à nos patients et également face aux payeurs de soins.

Maintenant, abordons l'avenir de la recherche en physiothérapie et en réadaptation, en mettant l'emphase sur ce dernier point, c'est-à-dire la recherche de type essai clinique utilisant des outils de mesure de qualité. Rappelons que ce type de recherche est réalisé dans le but de valider des modalités thérapeutiques qui, dans bien des cas, ont été proposées suite à la réalisation d'études de nature fondamentale. Nous venons d'entrer dans une nouvelle ère qui va impliquer des changements majeurs pour notre profession en plus d'offrir des défis des plus intéressants pour ceux et celles qui en seront les acteurs.

Le futur de la recherche clinique

Lorsque l'on visite le site Web PEDro¹¹, créé par nos collègues australiens, qui se spécialise dans la recension des écrits en physiothérapie, on remarque que le nombre d'essais cliniques est imposant et qu'il ne cesse de croître. Ces essais cliniques, qui doivent respecter certaines règles¹² sont utilisés par des auteurs pour réaliser des revues systématiques et/ou des méta-analyses qui sont des résumés des évidences que nous avons à notre disposition pour documenter l'efficacité de nos interventions. Ces revues doivent être faites selon certaines règles également¹³. Comme le nombre de revues systématiques et de méta-analyses existantes est souvent imposant au sujet d'une thématique, il faut résumer ces informations dans un contexte pratique. Ceci nous amène au développement de guides de pratique clinique (« practice guidelines »). Ces guides, que l'on peut retrouver sur des sites Web, doivent également rencontrer certains standards¹⁴ et sont considérés comme outils de transfert des connaissances. Un exemple de guide est le *Guide interdisciplinaire de prise en charge des lombalgies CLIP*¹⁵ récemment développé au Québec avec la collaboration de l'OPPQ.

Pour tout clinicien en réadaptation, il est devenu impossible de lire toutes les études de type essai clinique qui sont publiées dans les revues scientifiques et professionnelles. Il est même devenu assez difficile de se maintenir à jour à partir des revues systématiques et des méta-analyses. C'est pour cette raison que les guides de pratique sont utilisés. Ces guides présentent non seulement les évidences présentes dans la littérature pour une problématique clinique, mais de plus indiquent leur niveau de preuve. Par conséquent, les guides deviennent des instruments cliniques facilitant l'implantation de la pratique factuelle. Ils ne sont toutefois pas magiques, car ils sont souvent incomplets du fait qu'ils découlent de la littérature qui est incomplète. Un guide doit être préparé en fonction du contexte ou de la réalité clinique dans lequel il sera utilisé et en tout temps, c'est le jugement et le choix éclairé du clinicien qui doivent primer. Les préférences des clients doivent également être considérées. Il est important de retenir que : le guide est un outil présentant des recommandations et non un mécanisme de décision clinique.

Sachant cela, il nous faut poursuivre des activités de recherche de type essai clinique dans le but de documenter notre niveau d'impact en clinique. De plus, il faut soutenir la réalisation de revues systématiques et de méta-analyses par des équipes de chercheurs et de cliniciens. Ce type d'exercice représente une activité qui permet de voir clair dans toutes ces données qui sont enfouies dans notre littérature. Toutefois, pour réaliser de bons essais cliniques, il nous faut de bonnes mesures cliniques. Par conséquent, il nous faut poursuivre le développement de nos outils de mesure tel que mentionné antérieurement. Une diversité d'outils de haute qualité permettra d'enrichir notre littérature en documentant les évidences supportant nos façons de faire. De plus, il faudra, comme il a été mentionné plus haut, développer des guides de pratique lorsque requis. Ces guides devront être implantés afin de les utiliser adéquatement. Suite à leur utilisation, ils seront évalués dans le but de mieux les adapter à nos besoins et de les améliorer. Finalement, ces guides seront utilisés dans le cadre de recherches évaluatives afin de démontrer leur efficacité.

Cette chaîne d'événements présente en soi une nouvelle thématique de recherche. Son intérêt réside dans le fait qu'elle implique non seulement les cliniciens qui utilisent les guides et les données probantes, mais également, les gestionnaires de soins, les chercheurs, les clients et potentiellement les payeurs de soins. Une telle synergie ne peut être que bénéfique pour tout ceux et celles impliqués dans notre secteur d'activités.

Dans les faits, nous savons actuellement comment développer un guide, mais nous ne savons pas encore tout à fait comment l'implanter, l'évaluer et l'améliorer. Pour ce qui est de réaliser des projets de recherche évaluative dans le but de documenter l'efficacité d'un guide, un autre défi nous attend ! Cependant, une fois cette boucle complétée, nous pourrions affirmer que nous sommes dans une démarche de pratique factuelle et que notre pratique est en partie fondée sur des preuves. Nos collègues de différents pays (voir ci-haut) sont impliqués dans une telle démarche depuis plusieurs années. Il nous faut faire de même et considérer que ce type d'activités viendra enrichir et dynamiser notre pratique.

Des projets/des ressources

Présentement au Québec, nous pouvons nous considérer choyés au niveau financement de la recherche en réadaptation. En effet, le FRSQ finance des centres de recherche qui sont pertinents pour les sciences de la réadaptation. Par exemple, le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR)¹⁶, le Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS)¹⁷, le Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)¹⁸ et le Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (IUGS)¹⁹ sont des exemples de centres de recherche qui investissent directement dans le développement de la recherche en réadaptation. De plus, le FRSQ finance des réseaux thématiques qui ont des missions particulières. Deux de ces réseaux qui participent au développement de notre secteur sont le Réseau provincial de recherche en adaptation réadaptation (REPAR/FRSQ)²⁰, ainsi que le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement (RQRV)²¹. Nous sommes donc en bonne position, comparativement à bien d'autres collègues sur la scène canadienne et à d'autres ailleurs dans le monde, pour poursuivre l'enrichissement de nos pratiques par les retombées de la recherche clinique.

Une agence fait présentement l'envie des systèmes de santé de plusieurs pays. Cette agence appelée NICE²² ou « National Institute for Health and Clinical Excellence » est reconnue comme un leader et un modèle dans le monde pour ce qui est de l'implantation de la pratique factuelle en santé à l'aide du développement et de l'implantation de guides de pratique. Au Québec, le MSSS se prépare à mettre sur pied une telle agence, soit l'Institut national d'excellence en santé. La création de cet institut est une recommandation du Groupe de travail sur le financement du système de santé dont le rapport fut soumis en février 2008*. Cet institut sera composé de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS)²³ et du Conseil du médicament (CDM)²⁴. Il y a tout lieu de penser que la philosophie sous-tendant cette agence sera similaire à celle de NICE. Par conséquent, les nouvelles activités proposées ci-haut devraient être jugées pertinentes par cette agence. La création de cette agence semble refléter une volonté du MSSS de faciliter l'implantation de la pratique factuelle. Cependant, il est évident que pour que cette implantation se fasse de façon adéquate et réaliste, il faudra que les milieux de réadaptation se donnent cette mission et agissent en conséquence en termes d'utilisation de leur budget et de leurs ressources. L'OPPQ devra être proactif à ce sujet et entreprendre des actions face à ces nouveaux développements.

Pour ce qui est des nouveaux défis mentionnés ci-haut, il appert que ni les cliniciens ni les chercheurs de nos Écoles universitaires ne possèdent actuellement les expertises et le temps pour assurer l'implantation de la pratique factuelle en clinique. Il devient évident qu'il faudra assurer la formation de nouveaux professionnels qui auront comme mission l'implantation de cette pratique et la gestion du changement de culture que cela entraînera dans nos milieux. De tels professionnels sont déjà formés dans les Pays scandinaves, et il nous serait possible d'apprendre d'eux. Pour ces professionnels du transfert et de l'échange des connaissances, l'interdisciplinarité sera certainement de mise. Ces professionnels pourront faire valoir le bien-fondé de l'utilisation d'outils extraordinaires de transfert des connaissances déjà connus tel le STROKEngine²⁵ et d'autres, comme les bulletins électroniques tels Réadap-veille²⁶.

Conclusions

Nous nous dirigeons progressivement vers une phase intéressante de changements pour notre secteur des sciences de la santé et pour notre profession. Ces changements que nos collègues des autres pays ont déjà entrepris vont nous amener à entrer dans un nouveau paradigme si nous acceptons de faire de même. Ces changements ont une motivation principale qui réside dans la volonté de documenter la qualité des soins que nous offrons. L'application de cette philosophie indique un niveau de professionnalisme élevé impliquant des expertises constamment en évolution. Ce niveau de pratique nous assurera, il va sans

dire, le respect de nos pairs des autres professions, de nos clients et des payeurs de soins. Tout ceci va de pair avec l'implantation récente des programmes de maîtrise professionnelle axés sur la pratique fondée sur les données probantes.

L'opérationnalisation de cette vision de notre pratique sera facilitée par le fait que des activités de recherche seront réalisées dans les milieux cliniques telles que motivées par des questions cliniques. Des activités de transfert des connaissances vont en découler. De la recherche évaluative sera réalisée pour valider nos modes d'intervention et nos guides. Ces guides développés par nous ou empruntés sur des sites Web²⁷ spécialisés seront tout simplement considérés comme des outils de transfert des connaissances. Dans cet ordre d'idée, jamais la recherche et la clinique n'auront été aussi complémentaires et complices, contribuant ainsi à l'amélioration des soins et à la formation de la relève chez les cliniciens, les gestionnaires de soins et chez les chercheurs. À cet effet, l'Ordre offre déjà un programme de bourses de formation et un programme de support à des activités de recherche clinique. Il serait judicieux maintenant de considérer investir, en partenariat avec d'autres organismes, dans un programme visant l'échange et l'application des connaissances.

*www.financementsante.gouv.qc.ca

Références :

1. www.frsq.gouv.qc.ca
2. www.cihr-irsc.gc.ca
3. www.hc-sc.gc.ca
4. Finch E et al. *Physical Rehabilitation Outcome Measures : a guide to enhanced clinical decision making. 2nd Edition. Canadian Physiotherapy Association, 2002*
5. www.physiotherapy.ca
6. www.wcpt.org
7. www.csp.org.uk
8. www.physiotherapy.asn.au
9. www.apta.org
10. www.physiotherapy.org.nz
11. www.pedro.fhs.usyd.edu.au
12. www.consort-statement.org
13. www.cochrane.org
14. www.agreecollaboration.org
15. www.santepub-mtl.qc.ca/clip/index.html
16. www.crir.ca
17. www.cirris.ulaval.ca
18. www.criugm.qc.ca
19. www.iugs.ca
20. www.repar.ca
21. www.rqrv.com
22. www.nice.org.uk
23. www.aetmis.gouv.qc.ca
24. www.cdm.gouv.qc.ca
25. www.strokengine.org
26. <http://repar.veille.qc.ca/fr/bulletin.html>
27. www.guideline.gov

*L'avenir
de la recherche*

PROJETS de nos récipiendaires | L'Ordre a remis, suite au concours du 2 mai dernier, 3 bourses et subventions. Nous vous présentons un abrégé de leurs projets.

Comprendre les transformations cliniques et organisationnelles qui accompagnent l'utilisation de la téléadaptation : une étude de cas du projet clinique de démonstration en téléadaptation pour l'est du Québec

La téléadaptation, un des champs de la télémédecine, consiste en l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et des communications, comme l'Internet et la vidéoconférence, pour accomplir des activités de réadaptation à distance. Il y a de plus en plus de projets de téléadaptation qui sont mis en place et ils visent généralement à améliorer l'accès aux services de réadaptation. Par contre, les coûts associés à l'utilisation de la téléadaptation ne sont pas négligeables. Il est donc impératif de mieux comprendre ce qu'implique la mise en place de ces programmes dans le but de pouvoir mieux orienter ces programmes dès leur conception. Jusqu'à présent, la littérature scientifique dans ce domaine est axée principalement sur l'efficacité de la téléadaptation et la satisfaction des utilisateurs [1]. Or, la téléadaptation change l'interaction entre



les professionnels de la santé, et entre ces professionnels et leurs patients, et vient modifier les pratiques et les rôles professionnels. Ce projet de recherche vise donc à analyser les changements attendus et inattendus qui entourent l'implantation de la téléadaptation, en analysant un projet de démonstration mis en place dans l'est du Québec pour les clientèles ayant une lésion médullaire ou un traumatisme crânien. Des données seront recueillies et analysées à partir de différentes sources : des *focus groups* avec des professionnels, les enregistrements des séances de téléadaptation et les documents soutenant la mise en place du programme de téléadaptation. Ceci permettra une meilleure compréhension de l'application de la téléadaptation en contexte réel et éventuellement contribuera à la prise de décision éclairée au niveau clinique et organisationnel.

téléadaptation

Récipiendaire d'une subvention de recherche clinique : Dahlia Kairy, pht, Ph.D.

Chercheur : Claude Vincent, erg, Ph.D.

Pour de plus amples informations:

Dahlia Kairy : Dahlia.kairy@mail.mcgill.ca

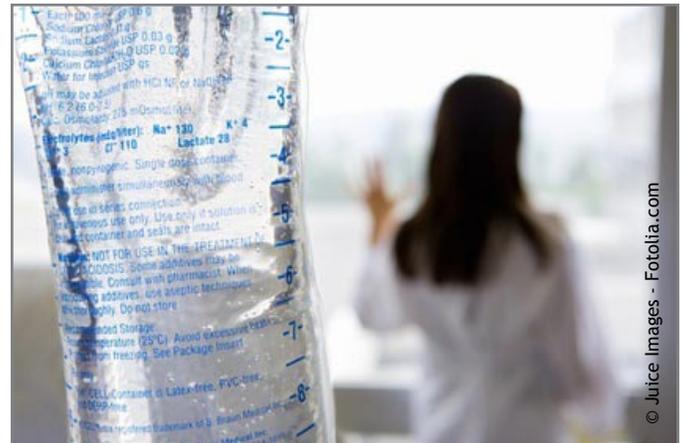
Références :

1. Kairy D, Lehoux P, Vincent C, Visintin M. A systematic review of clinical outcomes, clinical process, health care utilization and costs associated with telerehabilitation. *Disability and Rehabilitation* 2008 Jul; 7 :1-21.

PROJETS de nos récipiendaires | L'Ordre a remis, suite au concours du 2 mai dernier, 3 bourses et subventions. Nous vous présentons un abrégé de leurs projets.

Facteurs prédisposant à des changements de qualité de vie lors de la chimiothérapie pour les patients atteints de cancer du poumon avancé

Une priorité importante dans la recherche sur les patients atteints de cancer est d'améliorer la qualité de vie de ces patients compte tenu des nombreux effets secondaires associés avec le traitement médical. L'objectif de ce projet de recherche est d'identifier les facteurs qui sont associés à des changements dans la qualité de vie lors de la chimiothérapie, spécifiquement chez les patients atteints de cancer du poumon avancé. Les facteurs qui seront analysés sont le fonctionnement physique, la capacité pulmonaire, les symptômes (fatigue, douleur, nausée, vomissement et symptômes respiratoires) et l'état psychologique (dépression et anxiété). Ces facteurs seront mesurés avant et après un cycle de chimiothérapie et l'analyse des liens entre les facteurs et la qualité de vie sera faite par régression linéaire. Par la suite, les facteurs qui prédisposent à des changements de qualité de vie seront identifiés. Le rôle de la physiothérapie dans le traitement du cancer devient de plus en plus connu. La physiothérapie peut influencer de façon positive la plupart de ces facteurs par la promotion de l'activité physique et par l'éducation sur le contrôle, l'adaptation et la conservation de l'énergie. Ce projet de recherche guidera l'approche des professionnels de la santé qui travaillent en oncologie et contribuera au développement de la physiothérapie en oncologie, spécifiquement pour les patients atteints de cancer du poumon avancé. Essentiellement, cette recherche améliorera le traitement de cette population avec le but d'augmenter leur qualité de vie.



chimiothérapie

Réceptiendaire d'une subvention de recherche clinique : Shirin Shallwani, pht

Chercheur :
Maureen Simmonds, pht, Ph.D.
Jadranka Spahija, pht, Ph.D.

Pour de plus amples informations :
Shirin Shallwani : Shirin.shallwani@mail.mcgill.ca

Références :

1. Mohan A, Singh P, Singh S, Goyal A, Pathak A, Mohan C, Guleria R. Quality of life in lung cancer patients : impact of baseline clinical profile and respiratory status. *European Journal of Cancer Care* 2007;16 :268-76.
2. Silwa JA, Marciniak C. Physical rehabilitation of the cancer patient. *Cancer Treat Res.* 1999;100 :75-89.

PROJETS de nos récipiendaires | L'Ordre a remis, suite au concours du 2 mai dernier, 3 bourses et subventions. Nous vous présentons un abrégé de leurs projets.

Étude du bénéfice d'un réentraînement par électrostimulation des jambes sur les paramètres musculaires et la ventilation au cours de l'effort chez des patients MPOC sévères et déconditionnés

Parmi les atteintes systémiques de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), la dysfonction musculaire est aujourd'hui reconnue comme un facteur clé dans la physiopathologie de la maladie [1].

L'exercice physique, en renversant partiellement l'atteinte musculaire, permet aux personnes MPOC d'augmenter leur capacité fonctionnelle et d'améliorer leur qualité de vie [2]. Cependant, lorsque la sévérité de la maladie augmente, les effets positifs du réentraînement traditionnel se trouvent réduits [3]. L'électrostimulation neuromusculaire des membres inférieurs se présente comme une modalité alternative d'intervention qui a permis d'améliorer la force musculaire et la capacité fonctionnelle chez certains groupes de MPOC [4]. Cependant, les mécanismes d'action et l'application à différentes clientèles restent à clarifier.

Le groupe de recherche du Dr Maltais s'intéresse à la faisabilité et à l'efficacité d'un programme de stimulation électrique des quadriceps et des gastrocnemius chez une clientèle MPOC sévère incapable d'adhérer à un programme d'exercice traditionnel en raison d'une trop faible capacité à l'effort. Le programme de stimulation électrique à domicile est d'une durée de six semaines, à une fréquence de 5 jours par semaine. Le devis de recherche comprend un groupe expérimental et un groupe placebo répartis aléatoirement. Une batterie de tests, tant cliniques que fondamentaux, réalisés avant et après le programme de stimulation électrique permettra de mieux comprendre les effets de la stimulation électrique chez ces personnes. Les résultats de cette recherche permettront d'éclaircir les mécanismes d'action qui sous-tendent les bénéfices observés suite à l'entraînement par électrostimulation.

Au plan professionnel, cette opportunité que m'offrent l'OPPQ et le groupe du Dr Maltais me permettra de m'initier à la réalité de la recherche clinique, de préciser mon intérêt pour cet aspect de la profession et d'approfondir mes connaissances sur la réadaptation cardio-pulmonaire.

Récipiendaire d'une subvention de stage de recherche : Benoît Rivard, pht

Chercheur : Dr François Maltais

Pour de plus amples informations :

Benoît Rivard : benoit.rivard.cha@ssss.gouv.qc.ca

Références :

1. Gosselink R, Troosters T, Decramer M. Peripheral muscle weakness contributes to exercise limitation in COPD. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;153(3) :976-80.
2. Lacasse Y, Brosseau L, Milne S, et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2002 :CD003793.
3. Troosters T, Gosselink R, Decramer M. Exercise training in COPD; how to distinguish responders from nonresponders. *J Cardiopulm Rehabil* 2001;21 :10-17.
4. Vivodtzev I, Lacasse Y, Maltais, F. Neuromuscular electrical stimulation of the lower limbs in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2008 Mar-Apr;28(2) :79-91. Review.

électrostimulation

LISTE DES CHRONIQUES DES RÉCIPIENDAIRES | Voici la liste des articles de nos récipiendaires de bourses et subventions qui sont parus pendant la dernière année dans le Physio-Québec.

■ **Physio-Québec, vol 33, no 2.** http://www.oppq.qc.ca/docs/pqc_vol33no2_mai_08_1.pdf

L'entorse latérale de la cheville : une condition banalisée qui entraîne des séquelles fonctionnelles mais pour laquelle le physiothérapeute peut faire la différence.

Par Marc Perron, pht, M.Sc., Luc J Hébert, pht, Ph.D., Hélène Moffet, pht, Ph.D., Sylvain Belzile, MD.

■ **Physio-Québec, vol 33, no 1.** http://www.oppq.qc.ca/docs/physio_quebec_avril_08.pdf

Les incapacités perçues par les individus présentant une cervicalgie chronique sont peu reliées à leurs déficiences physiques.

Par Maude Laliberté, pht, M.Sc., Jean-Louis Larochelle, pht, M.Sc., Jean-Pierre Dumas, pht, M.Sc. (responsable du projet), M. Bilodeau, Ph.D. et A. Bertrand Arsenault, pht, Ph.D.

■ **Physio-Québec, vol 32, no 3.** http://www.oppq.qc.ca/docs/PHYSIO_fev_08.pdf

Évaluation de la validité concomitante et de l'erreur de mesure du goniomètre cervical CROM.

Par Jean-Pierre Dumas, pht, M.Sc., Isabel Audet, pht, Julie Côté, Ph.D. et Sophie J. De Serres, Ph.D.

■ **Physio-Québec, vol 32, no 2.** http://www.oppq.qc.ca/docs/physio_quebec_aut_07.pdf

Les mesures cliniques prises lors d'une application en téléadaptation au domicile du patient sont-elles valides ? (Page 22)

Par François Cabana, pht, Michel Tousignant, pht, Ph.D. et Patrick Boissy, Ph.D.

L'influence de la position du sujet sur l'évaluation de la fatigue des muscles sterno-cléido-occipito-mastoïdien et splénius capitis chez des sujets sains. (Page 28)

Par Jean-Louis Larochelle, pht, Maude Laliberté, pht, Martin Bilodeau, Ph.D., Jean-Pierre Dumas, pht, M.Sc. et A. Bertrand Arsenault, pht, Ph.D.

Étude de fidélité et de validité de critère des tests du pont chronométré auprès de la clientèle âgée fragilisée. (Page 33)

Par Manon Pilon, pht, M.Sc., Sylvie Nadeau, pht, Ph.D., France Piotte, pht, M.Sc.

La fatigue musculaire cervicale est-elle une déficience chez des femmes présentant une cervicalgie chronique ? (Page 39)

Par Maude Laliberté, pht, Jean-Louis Larochelle, pht, Jean-Pierre Dumas, pht, M.Sc., M Bilodeau, Ph.D. et A. Bertrand Arsenault, pht, Ph.D.

LIENS UTILES | Voici quelques sites pertinents à la recherche clinique.**Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires / Canadian Stroke network**

<http://www.canadianstrokenetwork.ca>

Ce Réseau, un des Réseaux de centres d'excellence du Canada, est une opportunité unique de collaboration entre chercheurs, étudiants, gouvernements, industries et organismes sans but lucratif. Il a l'ambition d'atténuer les répercussions physiques, sociales et économiques de l'AVC pour les canadiennes et les canadiens. Vous y retrouverez différentes informations dont certains outils très pertinents à la pratique clinique.

Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation <http://www.ebrsr.com>

Le but de ce projet est d'effectuer une mise à jour et une synthèse de la littérature scientifique concernant la réadaptation de l'AVC afin de favoriser une pratique clinique selon les données probantes et identifier de nouvelles pistes pour la recherche. Ce projet en est à sa 11^e version.

Info AVC / StrokEngine <http://www.medicine.mcgill.ca/Strokengine/index-fr.html>

Ce site présente le niveau d'efficacité des interventions utilisées actuellement en réadaptation auprès des personnes ayant subi un AVC. Il s'adresse tant aux cliniciens qu'aux patients et à leurs proches. Il vise ainsi à fournir de l'information sur les meilleures pratiques, celles qui démontrent les résultats optimaux en réponse aux besoins et aux préférences des patients. Le site est accessible et facile d'utilisation.

De plus, ce site contient une section StrokEngine-Assess qui présente les propriétés des différents outils d'évaluation utilisés en réadaptation. Une nouvelle section E-learning est en développement (disponible seulement à partir de la version anglaise de la page d'accueil).

InfoSphère <http://www.bib.umontreal.ca/InfoSphere>

Le tutoriel InfoSphère a pour objectif de développer les habiletés de base nécessaires à la maîtrise du processus de recherche d'informations, peu importe leur provenance. Élaboré d'abord pour des étudiants, il permet au clinicien de se doter d'une méthode de recherche documentaire complète, lui permettant ainsi de sauver du temps. Divisé en huit modules ou étapes, il aide à structurer une démarche notamment pour définir ses besoins, préparer sa recherche, repérer des documents, évaluer la documentation recueillie et citer ses sources.

Réseau sur le vieillissement et les changements démographiques

<http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/k30/default.asp>

Le Réseau sur le vieillissement et les changements démographiques (RVCD) est le mécanisme choisi par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec pour exercer sa fonction de veille stratégique et suivre l'évolution du phénomène du vieillissement et des changements qui l'accompagnent. La mission du RVCD est d'assurer une observation continue de l'environnement du vieillissement et des changements démographiques au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde pour en faire une analyse pertinente à la prise de décision stratégique et favoriser le partage et le transfert de connaissances entre les intervenants appelés à travailler dans ce domaine. Vous pouvez vous inscrire au bulletin d'information qui diffuse des événements d'intérêts pour les acteurs du domaine, des publications récentes favorisant l'utilisation des connaissances sur le vieillissement et les changements démographiques et des sites Internet permettant d'approfondir des thématiques particulières.



Chronique JURIDIQUE

PROJET DE LOI 75 : DES MODIFICATIONS IMPORTANTES AU CODE DES PROFESSIONS

par Julie Martin
avocate

Un important projet de loi est entré en vigueur le 15 octobre 2008 et vient modifier un bon nombre de dispositions du *Code des professions*. La rédaction de ce projet de loi survient à la suite de travaux demandés en 1999 par le ministre responsable de l'application des lois professionnelles, dans le but d'alléger la réglementation et son processus ainsi que d'améliorer le rendement des mécanismes de contrôle des ordres professionnels.

Comme ce projet de loi peut avoir un impact sur votre compréhension des affaires de l'Ordre ou encore sur votre pratique professionnelle, nous vous citons les plus importantes modifications :

Les affaires de l'Ordre

- La terminologie de « Bureau » de l'ordre est remplacée par « Conseil d'administration » de l'Ordre. Tout comme le Bureau, le Conseil d'administration est formé des 24 administrateurs ainsi que du président et il est chargé notamment de l'administration générale des affaires de l'Ordre ainsi que de l'application du *Code des professions* et des règlements de l'Ordre (article 62 du *Code des professions*).
- La terminologie de « Conseil d'administration » est remplacée par « Comité exécutif ». Le Comité exécutif s'occupe de l'administration courante des affaires de

l'Ordre et peut exercer tous les pouvoirs que le Conseil d'administration lui délègue, sauf ceux énumérés à l'article 96.1 du *Code des professions*.

- La procédure d'adoption de certains règlements a été modifiée (articles 95 à 95.3 du *Code des professions*).
- L'assemblée générale annuelle doit se tenir dans les huit mois de la fin de l'année financière (article 103 du *Code des professions*).

Les mesures de contrôle

- Le *Code des professions* prévoit que l'inscription au Tableau entraîne la reprise de toute mesure de contrôle dont le professionnel faisait l'objet lorsqu'il a cessé d'être membre de l'Ordre, à moins que le Conseil d'administration en décide autrement. Par exemple, le processus d'inspection profession-

nelle pourra reprendre au moment de la réinscription au Tableau de l'Ordre (article 46.0.1 du *Code des professions*).

- Le *Code* ne fait plus de distinction entre une « inspection » et une « enquête ». Dans tous les cas, nous utiliserons le terme « inspection » et le Comité d'inspection professionnelle aura cependant la discrétion de décider de l'étendue de cette inspection professionnelle (article 112 du *Code des professions*).
- Le Comité d'inspection professionnelle a toujours eu le pouvoir de recommander des cours ou des stages à un membre, assorti ou non d'une limitation ou d'une suspension de sa pratique professionnelle. Maintenant, le Comité pourrait recommander des obligations additionnelles, qui devront être déterminées par règlement. Par exemple, le CIP pourrait recommander un tutorat avec un autre membre de l'Ordre (articles 90 et 113 du *Code des professions*). Cette obligation devra ensuite être imposée au membre par le Conseil d'administration (article 55 du *Code des professions*).

Chronique JURIDIQUE

PROJET DE LOI 75...

suite

- Le *Code des professions* précise maintenant qu'il est possible d'échanger certains renseignements ou documents concernant un professionnel, au sein de l'Ordre, notamment entre le Comité d'inspection professionnelle et le syndic, lorsque cela est nécessaire pour assurer la protection du public (articles 111 et 124 du *Code des professions*).
 - Un membre ne peut refuser de collaborer à une inspection professionnelle ou encore à une enquête du syndic, sous peine d'entrave. Désormais, le fait d'inciter une autre personne à ne pas divulguer des renseignements le concernant dans le cadre d'une inspection ou d'une enquête pourra également être considéré comme une entrave (articles 114 et 122 du *Code des professions*).
 - Le Conseil d'administration peut limiter un membre sur consentement de ce dernier (article 55.0.1 du *Code des professions*). Le Conseil d'administration pourrait proposer une telle mesure à un membre qui ne veut pas se soumettre aux obligations de suivre un cours ou un stage qui lui auraient été imposées, suite à une recommandation du Comité d'inspection professionnelle.
 - Les membres pourraient avoir l'obligation d'informer l'Ordre de toute réclamation formulée contre lui auprès de son assureur à l'égard de sa responsabilité professionnelle et de toute déclaration de sinistre qu'il formule auprès de son assureur à cet égard, dans la mesure où le Conseil d'administration adopte des conditions et modalités pour le faire. (article 62.2 du *Code des professions*).
 - Le Conseil d'administration peut transmettre au directeur des poursuites criminelles et pénales une liste des infractions susceptibles d'avoir un lien avec l'exercice de la profession pour lesquelles l'Ordre souhaite être informé qu'une accusation a été portée contre des membres (article 55.5 du *Code des professions*).
- Nous vous demandons donc de prendre note de ces modifications, compte tenu de leur impact possible sur le système professionnel.

PROJET DE LOI 75 : DES MODIFICATIONS IMPORTANTES AU CODE DES PROFESSIONS

Référence

Le texte intégral du projet de loi 75 est disponible sur le site de l'Office des professions du Québec :
<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2008C11F.PDF>



Chronique des RÉCIPIENDAIRES

L'ENTRAÎNEMENT AVEC RÉTROACTIONS DE GESTES MOTEURS PERMET DE DIMINUER LES DÉFICITS MOTEURS DES PERSONNES AVEC UN SYNDROME D'ABUTEMENT DE L'ÉPAULE

par Jean-Sébastien Roy, *pht*, M.Sc.¹,

Hélène Moffet, *pht*, Ph.D.^{1,2},

Bradford J. McFadyen, Ph.D.^{1,2}

¹ Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale

² Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval

1. Introduction

Le syndrome d'abutement de l'épaule (SAE) touche un grand nombre de personnes. En effet, parmi les problèmes à l'épaule, le SAE est le plus fréquent et représente entre 44 % et 65 % des visites médicales pour un syndrome douloureux à l'épaule^{1,2}. Une compression mécanique répétée des structures sous-acromiales lorsqu'elles passent sous l'arche coracoacromiale durant l'élévation du bras serait responsable de la symptomatologie et des anomalies fonctionnelles rencontrées chez les personnes présentant un SAE³⁻⁵. Un contrôle moteur inadéquat du membre supérieur expliquerait, en partie, cette compression répétée des structures sous-acromiales⁶. En effet, plusieurs déficits de mouvement ont été décrits chez cette population lors de mouvements d'élévation du bras⁷⁻¹³. Parmi ces déficits, notons des niveaux anormaux d'activation des muscles scapulothoraciques et scapulohuméraux,

et une cinématique perturbée au niveau des articulations glénohumérale, scapulothoracique et sternoclaviculaire⁷⁻¹¹. Bien que plusieurs études aient établi que le SAE est associé à des déficits de mouvement au niveau de l'épaule, il n'a jamais été démontré qu'il était possible de corriger ces déficits à l'aide d'interventions en réadaptation.

Des études effectuées chez des personnes présentant des atteintes musculosquelettiques, comme le syndrome fémoropatellaire ou la lombalgie, ont démontré qu'un processus d'apprentissage moteur à l'aide d'un entraînement de gestes avec rétroactions permet de diminuer les déficits moteurs et d'améliorer les performances motrices^{14,15}. Par ailleurs, l'entraînement de gestes de l'épaule à l'aide de rétroactions est de plus en plus favorisé dans le processus de réadaptation des personnes présentant un SAE¹⁶⁻¹⁹. Des études ont démontré que la combinaison d'un entraînement de gestes moteurs avec rétroactions et d'exer-

cices de renforcement et/ou d'étirement permettait de diminuer le niveau de douleur et d'incapacité de l'épaule¹⁶⁻¹⁹. Toutefois, très peu de ces études ont utilisé des variables indicatrices de la qualité du contrôle moteur (activité musculaire et cinématique) pour évaluer les effets d'intervention, et celles qui ont évalué certaines de ces variables n'ont observé aucun changement significatif¹⁶. L'effet d'un entraînement avec rétroactions a jusqu'à présent été évalué seulement en combinaison avec d'autres exercices et à partir de paramètres d'entraînement mal définis. Ainsi, l'effet d'un entraînement avec rétroactions pour lequel les paramètres de l'entraînement sont standardisés et justifiés restait à être démontré chez cette population. Les objectifs de cette étude étaient de comparer les stratégies motrices du membre supérieur de personnes présentant un SAE à celles de personnes saines lors de gestes d'atteinte et d'évaluer l'effet d'un entraînement supervisé avec rétroactions sur les stratégies motrices de personnes présentant un SAE.

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

L'ENTRAÎNEMENT AVEC RÉTROACTIONS *suite*

2. Méthodologie

2.1 Population cible et devis de recherche

Trente-trois personnes (âge moyen = $47,9 \pm 8,7$ années; 67 % de femmes; 85 % de droitiers; durée moyenne depuis le début des symptômes = $10,8 \pm 9,0$ mois) présentant un SAE ont été recrutées entre janvier 2006 et février 2007. Elles avaient été préalablement évaluées par un physiothérapeute et un chirurgien orthopédiste afin de confirmer leur admissibilité à partir de critères standardisés¹¹. Un groupe témoin composé de 20 personnes (âge moyen = $46,6 \pm 9,9$ années ; 65 % de femmes ; 85 % de droitiers) ne présentant pas d'atteinte aux épaules a également été recruté.

Les personnes présentant un SAE ont participé à deux rencontres espacées de 24 heures. Les stratégies motrices du membre supérieur ont été évaluées avant, pendant, et immédiatement après un entraînement avec rétroactions (première rencontre), ainsi que 24 heures après l'entraînement (deuxième rencontre). Les participants du groupe témoin ont, quant à eux, participé à une seule rencontre durant laquelle leurs stratégies motrices ont été évaluées à une reprise.

2.2 Variables à l'étude : Stratégies motrices

Les stratégies motrices du membre supérieur étaient évaluées, en position assise, lors de gestes d'atteinte de

cibles. Pour atteindre les cibles, les participants devaient réaliser un mouvement d'élévation du membre supérieur qui amenait l'épaule en position d'abutement. À partir d'une position initiale (bras le long du corps), le participant devait toucher l'une des deux cibles qui étaient situées dans deux plans (plans frontal et sagittal/oblique) à 90° d'élévation du bras. Les cibles étaient situées à une distance équivalente à une longueur de bras. Lors de chacune des quatre évaluations, dix essais à vitesse naturelle dans chacun des deux plans de mouvement étaient effectués. L'intensité de la douleur était évaluée à tous les essais.

2.2.1 Acquisition et analyse des données

Les données de la cinématique du tronc, de la sternoclaviculaire (S/C), de l'épaule, du coude et du poignet étaient recueillies à l'aide du système Optotrak, puis représentées graphiquement en termes d'amplitude articulaire durant le geste d'atteinte. Par la suite, la position finale de chacune des articulations a été calculée, ainsi que l'excursion totale durant le geste d'atteinte. La vitesse maximale de la main durant les gestes d'atteinte a également été calculée.

Des électrodes de surface ont été utilisées pour enregistrer l'activité musculaire de sept muscles de l'épaule : le trapèze supérieur, moyen et inférieur, le dentelé antérieur, le deltoïde antérieur et moyen, et l'infraépineux.

Puis, l'activité EMG moyenne, en pourcentage d'une condition de référence (activité EMG moyenne lors du maintien du bras avec une charge de 1kg durant cinq secondes), a été calculée pour trois phases distinctes (pré-mouvement, accélération et décélération) durant le geste d'atteinte.

2.3 Entraînement supervisé avec rétroactions

L'entraînement était supervisé par un physiothérapeute qui fournissait des rétroactions pendant et à la suite de l'exécution de gestes d'atteintes. Pour chacun des plans, les participants exécutaient un essai avec rétroactions suivi d'un essai sans rétroaction jusqu'à concurrence de 10 essais. Ce choix découle d'évidences scientifiques démontrant que l'effet d'apprentissage est supérieur lorsque les rétroactions ne sont pas disponibles à chaque essai²⁰. Trois types de rétroaction ont été utilisés de façon combinée (visuelle, tactile et verbale). Ainsi, lors des essais avec rétroactions, le participant effectuait d'abord le mouvement avec le membre supérieur sain devant un miroir afin d'avoir un aperçu du geste normal, puis, toujours devant le miroir, il effectuait le mouvement du côté atteint. Durant ce même mouvement, le participant recevait, au besoin, des rétroactions tactiles de la part du physiothérapeute. À la suite de ce mouvement, le participant devait évaluer sa performance et, finalement, le physiothérapeute donnait une rétroaction verbale.

Chronique des RÉCIPENDAIRES

L'ENTRAÎNEMENT AVEC RÉTROACTIONS *suite*

2.4 Analyse statistique

Les stratégies motrices du membre supérieur du groupe SAE ont tout d'abord été comparées à celles du groupe témoin à l'aide de tests-*t* pour échantillons indépendants. Par la suite, l'effet de l'entraînement pour le groupe SAE a été analysé à l'aide d'ANOVA à mesures répétées. Lors de l'évaluation de l'effet de l'entraînement, les données du groupe témoin ont été utilisées afin d'estimer la direction des changements dans le groupe SAE. Le niveau significatif a été établi à $P < 0.05$. Seules les données des essais effectués dans le plan frontal sont présentées dans la section des résultats.

Afin de vérifier si différentes stratégies motrices sont utilisées par les personnes présentant un SAE, nous avons divisé notre échantillon en sous-groupes en utilisant comme critère l'excursion totale en élévation/abaissement S/C. Nous avons choisi cette variable puisque des études ont démontré que ce critère permet de distinguer les personnes présentant un SAE des personnes saines^{16,21,22}. Le premier sous-groupe ($n = 17$; sous-groupe SAEélé) était formé des participants qui effectuaient les gestes d'atteinte avec une excursion d'élévation/abaissement supérieure à l'intervalle de confiance à 95 % de l'excursion d'élévation/abaissement du groupe témoin. Le deuxième sous-groupe ($n = 10$; sous-groupe SAEaba) était formé des participants qui effectuaient les gestes d'atteinte avec une

excursion d'élévation/abaissement inférieure à l'intervalle de confiance à 95 % du groupe témoin. Des analyses similaires à celles effectuées pour le groupe entier ont été réalisées pour les deux sous-groupes.

3. Résultats

Il n'y avait aucune différence significative entre les groupes pour l'âge, le poids, la taille et le genre.

3.1 Comparaison des stratégies motrices du groupe SAE à celles du groupe témoin avant l'entraînement

La séquence de mouvement utilisée par le groupe témoin était : flexion latérale contralatérale et rotation ipsilatérale du tronc, élévation et rétraction S/C, élévation et rotation latérale de l'épaule, ainsi que flexion du coude et extension du poignet lors de première portion (premier 50 %) du geste d'atteinte, suivies d'extension du coude et de flexion du poignet dans la portion restante. Le groupe SAE a eu recours à la même séquence de mouvement. Toutefois, l'excursion du tronc en rotation était augmentée et le geste d'atteinte se terminait avec le tronc davantage en rotation et l'épaule dans un plan d'élévation antérieur au plan frontal par rapport au groupe témoin (Figures 1 et 2). De plus, l'activité musculaire du trapèze supérieur était diminuée de plus du tiers (différence moyenne : 36 %) durant la phase pré-mouvement.

Pour le sous-groupe SAEélé, l'excursion du tronc en rotation et de la S/C en élévation/abaissement était augmentée par rapport au groupe témoin (Figures 1 et 3), tandis que l'excursion du coude en flexion/extension était diminuée. De plus, le sous-groupe SAEélé a terminé le geste d'atteinte avec le tronc davantage en rotation, la S/C davantage en élévation, et l'épaule dans un plan d'élévation antérieur au plan frontal (Figures 1, 2 et 3). Finalement, l'activité musculaire du trapèze supérieur était diminuée (différence moyenne : 56 %) durant la phase pré-mouvement. Pour ce qui est du sous-groupe SAEaba, seule l'excursion de la S/C en élévation/abaissement était significativement diminuée (Figure 3).

3.2 Effet de l'entraînement supervisé avec rétroactions

3.2.1 La douleur et l'activité musculaire

Le niveau de douleur durant les gestes d'atteinte a diminué significativement durant et à la suite de l'entraînement par rapport au niveau initial pour le groupe SAE et pour le sous-groupe SAEélé (différences moyennes : 0,3 à 0,6/5). Ainsi, les sujets du groupe SAE ont présenté de la douleur à l'épaule lors de 45 % des essais avant l'entraînement et, respectivement, lors de 30 %, 15 % et 22 % des essais pendant, immédiatement après et 24 heures après l'entraînement. La vitesse maximale de la main a également été réduite à la suite de l'entraînement pour

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

L'ENTRAÎNEMENT AVEC RÉTROACTIONS *suite*

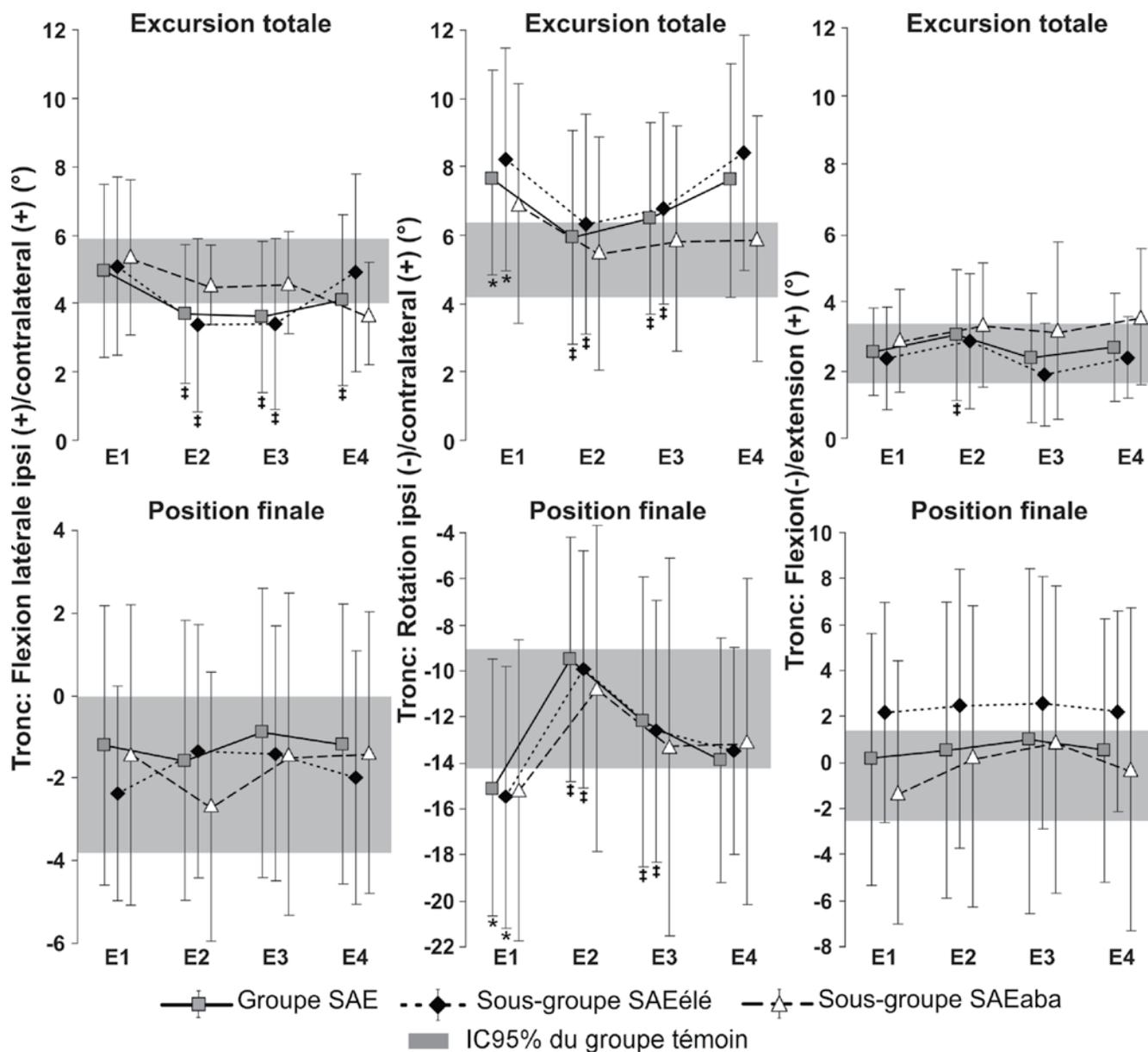


Figure 1 : excursion totale et position finale moyennes (\pm SD) du tronc pour le groupe SAE et les sous-groupes (SAEélé et SAEaba) aux différents temps de mesure (E1 à E4)

* Différence significative ($P < 0.05$) lors des essais initiaux (E1) comparée au groupe témoin; † Différence significative ($P < 0.05$) comparée aux essais initiaux (E1); La bande grise représente l'intervalle de confiance à 95 % (IC95 %) du groupe témoin.

Chronique des RÉCIPENDAIRES

L'ENTRAÎNEMENT AVEC RÉTROACTIONS *suite*

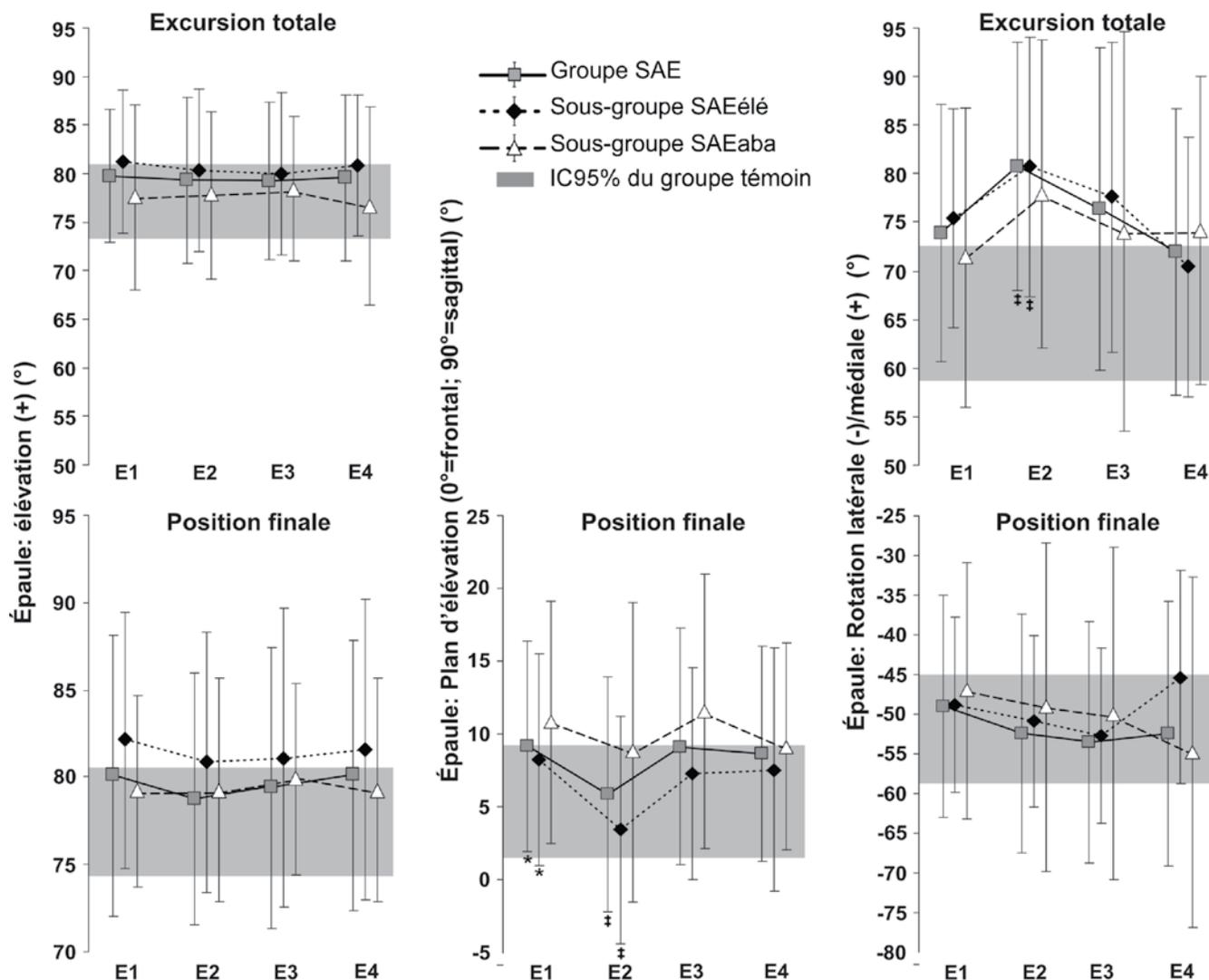


Figure 2 : excursion totale et position finale moyennes (\pm SD) de l'épaule pour le groupe SAE et les sous-groupes (SAEélé et SAEaba) aux différents temps de mesure (E1 à E4)

* Différence significative ($P < 0.05$) lors des essais initiaux (E1) comparée au groupe témoin; ‡ Différence significative ($P < 0.05$) comparée aux essais initiaux (E1); La bande grise représente l'intervalle de confiance à 95 % (IC95 %) du groupe témoin.

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

L'ENTRAÎNEMENT AVEC RÉTROACTIONS *suite*

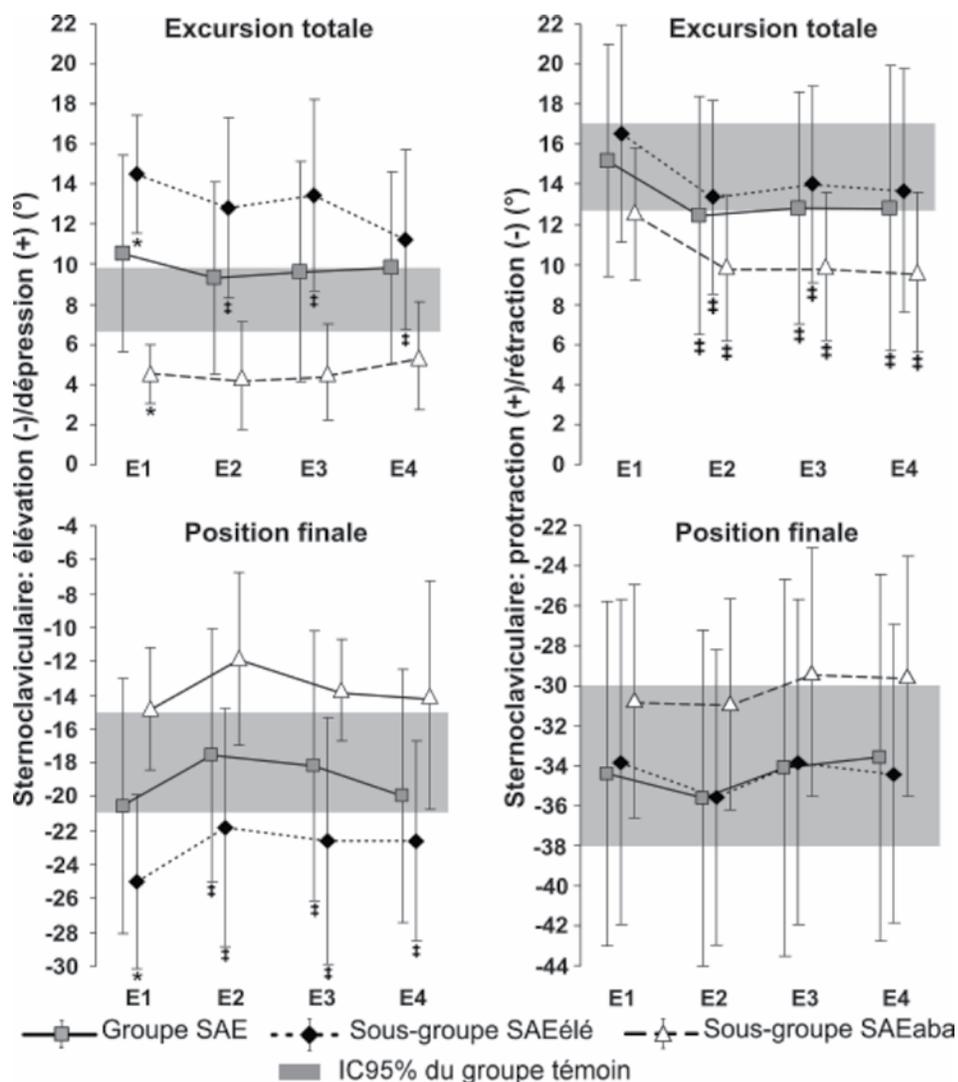
Figure 3 : excursion totale et position finale moyennes (\pm SD) de l'articulation sternoclaviculaire pour le groupe SAE et les sous-groupes (SAEélé et SAEaba) aux différents temps de mesure (E1 à E4)

* Différence significative ($P < 0.05$) lors des essais initiaux (E1) comparée au groupe témoin; † Différence significative ($P < 0.05$) comparée aux essais initiaux (E1); La bande grise représente l'intervalle de confiance à 95 % (IC95 %) du groupe témoin.

le groupe SAE et pour les deux sous-groupes (0,4 à 0,7 m/s). Lorsque comparée aux niveaux initiaux, l'activité de tous les muscles était significativement diminuée durant et à la suite de l'entraînement dans les phases pré-mouvement et d'accélération (diminution moyenne variant entre 12,8 % et 100,6 %) à la fois dans le groupe entier et les deux sous-groupes de personnes présentant un SAE.

3.2.2 La cinématique du membre supérieur

Durant l'entraînement, le groupe SAE a eu recours à la même séquence de mouvement qu'avant l'entraînement. Toutefois, l'excursion du tronc en flexion latérale et en rotation, de la S/C en protraction/rétraction, et du coude et du poignet en flexion/extension a diminué par rapport aux niveaux initiaux (Figures 1 et 3). De plus, l'excursion du tronc en flexion/extension et de l'épaule en rotation ont augmenté (Figures 1 et 2). Pour



ce qui est du sous-groupe SAEélé, l'excursion du tronc en flexion latérale et en rotation, et de la S/C en élévation/dépression et protraction/rétraction a diminué, tandis que l'excursion de l'épaule en rotation a augmenté (Figures 1, 2 et 3). Finalement, seule l'excursion S/C en protraction/rétraction a diminué pour le sous-groupe SAEaba (Figure 3). Durant l'entraînement, les personnes du groupe SAE

et du sous-groupe SAEélé ont également terminé le geste d'atteinte avec le tronc moins en rotation, la S/C moins en élévation, et avec l'épaule dans un plan plus près du plan frontal (Figures 1, 2 et 3).

Immédiatement après l'entraînement, l'excursion du tronc en flexion latérale et en rotation, de la S/C en protraction/rétraction, et du coude et du

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

L'ENTRAÎNEMENT AVEC RÉTROACTIONS *suite*

poignet en flexion/extension étaient toujours diminuées pour le groupe SAE (Figures 1 et 3). Pour le sous-groupe SAE_{Élé}, l'excursion du tronc en flexion latérale et en rotation, et de la S/C en élévation/dépression et protraction/rétraction diminuaient également toujours; tandis que pour le sous-groupe SAE_{Eaba}, seule l'excursion en protraction/rétraction S/C était réduite (Figures 1 et 3). De plus, les personnes du groupe SAE et du sous-groupe SAE_{Élé} terminaient toujours le geste d'atteinte avec le tronc moins en rotation et la S/C moins en élévation (Figures 1 et 3).

Le lendemain de l'entraînement supervisé, l'excursion du tronc en flexion latérale, de la S/C en protraction/rétraction, et du coude et du poignet en flexion/extension étaient toujours réduites pour le groupe SAE comparées au niveau initial (Figures 1 et 3). De plus, l'excursion S/C en élévation/abaissement et l'élévation S/C en fin de mouvement pour le sous-groupe SAE_{Élé}, de même que l'excursion S/C en protraction/rétraction pour le sous-groupe SAE_{Eaba} étaient toujours réduites comparées au niveau initial (Figure 3).

4. Discussion

Nos résultats démontrent que l'entraînement avec rétroactions a mené à une diminution du niveau de douleur à l'épaule, ainsi qu'à certaines améliorations au niveau des stratégies motrices du membre supérieur. En effet, nous

avons initialement établi que les personnes présentant un SAE exécutaient les gestes d'atteinte en augmentant l'excursion de rotation du tronc, et en terminant le mouvement avec le tronc davantage en rotation et l'épaule dans un plan d'élévation antérieur au plan frontal. L'entraînement avec rétroactions a permis une réduction des déficits de mouvements durant et immédiatement après l'entraînement. Toutefois, le lendemain de l'entraînement, ces déficits étaient de retour à un niveau comparable à celui observé avant l'entraînement. Cet effet transitoire de l'entraînement avec rétroactions était attendu puisqu'il a été démontré que plusieurs séances d'entraînement sont nécessaires à la consolidation des apprentissages²³. Les résultats positifs d'une séance d'entraînement suggèrent qu'une exposition plus longue serait recommandée pour promouvoir une permanence des apprentissages.

L'entraînement avec rétroactions a également mené à des changements qui ont augmenté les déficits initialement observés par rapport au groupe témoin. Ces changements pourraient être perçus comme une détérioration. Toutefois, des études ont démontré que, dans la phase initiale d'apprentissage moteur, lorsque la personne doit déterminer les stratégies motrices à adopter afin d'améliorer la qualité du mouvement, le contrôle serait simplifié par la limitation de certains degrés de liberté²⁴. Cette stratégie serait adoptée afin que soit facilité le contrôle des degrés de liberté nécessaires à la

réussite de la tâche demandée²⁴. Dans le cadre de cette étude, nous avons observé que les personnes présentant un SAE limitaient principalement l'excursion articulaire des segments distaux à l'épaule (coude et poignet). Puisque les rétroactions étaient données afin d'améliorer le contrôle de l'épaule, les participants auraient limité le mouvement de ces segments afin de mettre l'accent sur le contrôle des degrés de liberté à l'épaule.

L'activité de tous les muscles évalués a été diminuée à la suite de l'entraînement, menant à une augmentation des différences initialement observées avec le groupe témoin. L'entraînement a également conduit à une variabilité plus grande dans l'activité musculaire. Selon les phases d'apprentissage de Fitts & Posner²⁵, les participants étaient engagés dans la première phase d'apprentissage. Ils devaient déterminer les stratégies motrices à adopter afin d'améliorer le contrôle du complexe de l'épaule²⁶. Par conséquent, cette phase nécessite une activité cognitive importante. Cette recherche des stratégies motrices appropriées pour corriger les déficits moteurs aurait mené à cette plus grande variabilité. Elle a probablement mené également à la réduction de la vitesse de mouvement observée avec l'entraînement. Cette réduction de vitesse rend l'interprétation de l'activité musculaire encore plus difficile étant donné qu'une vitesse de mouvement plus basse est associée à une diminution de l'activité musculaire¹¹.

Chronique des RÉCIPiENDAIRES

L'ENTRAÎNEMENT AVEC RÉTROACTIONS *suite*

L'analyse secondaire par sous-groupes démontre que ce sont les personnes qui, initialement, présentent les plus grands déficits (sous-groupe SAEélé) qui bénéficient le plus de l'entraînement avec rétroactions. En effet, nous avons initialement établi que les personnes qui effectuent les gestes d'atteinte en augmentant l'excursion d'élévation S/C augmentent également l'excursion de rotation au tronc, diminuent l'excursion de flexion au coude, et terminent le geste d'atteinte avec la clavicule plus élevée, le tronc davantage en rotation, et l'épaule dans un plan d'élévation antérieur au plan frontal. À la suite de l'entraînement, seule l'excursion du coude n'a pas été améliorée. De plus, une diminution de la douleur durant le mouvement d'atteinte a été observée dans ce groupe. Ces résultats suggèrent que, pour les personnes qui présentent des déficits de mouvement, l'entraînement avec rétroactions est un moyen efficace à mettre en œuvre dans les premières étapes de la réadaptation.

Pour ce qui est des personnes qui présentaient initialement peu de déficits moteurs (sous-groupe SAEaba), seule une diminution de l'excursion en protraction/rétraction S/C a été observée à la suite de l'entraînement. Ainsi, ces personnes ne semblent pas avoir bénéficié de ce type d'entraînement. Nous pouvons nous demander s'ils auraient tiré davantage d'une durée plus longue d'entraînement ou tout simplement d'autres types d'intervention, comme l'utilisation d'exercices de renforcement ou d'étirement^{18,21,27}.

5. Conclusion

Ce projet a démontré qu'un entraînement supervisé avec rétroactions de gestes moteurs à l'épaule permet d'améliorer, pendant et immédiatement après l'entraînement, certains déficits moteurs. Toutefois, la rétention est faible 24 heures après l'entraînement avec rétroactions. Un programme d'entraînement avec rétroactions de plus longue durée devra être évalué afin de déterminer si les personnes présentant un SAE peuvent retrouver des stratégies motrices comparables à celles des personnes saines.

Bibliographie

1. van der Windt DA, Koes BW, De Jong BA, Bouter LM. *Shoulder disorders in general practice : incidence, patient characteristics, and management.* *Ann Rheum Dis.* 1995;54 :959-64.
2. van der Windt DA, Koes BW, Boeke AJ, Deville W, De Jong BA, Bouter LM. *Shoulder disorders in general practice : prognostic indicators of outcome.* *Br J Gen.Pract.* 1996;46 :519-23.
3. Matsen FA, Arntz CT. *Subacromial impingement.* In : Rockwood & Matsen, editor. *The Shoulder.* Philadelphia : WA Saunders Co; 1990. p. 623-46.
4. Flatow EL, Soslowsky LJ, Ticker JB et al. *Excursion of the rotator cuff under the acromion. Patterns of subacromial contact.* *Am J Sports Med.* 1994;22 :779-88.
5. Kamkar A, Irrgang JJ, Whitney SL. *Nonoperative management of secondary shoulder impingement syndrome.* *J Orthop Sports Phys Ther.* 1993;17 :212-24.
6. Myers JB, Wassinger CA, Lephart SM. *Sensorimotor contribution to shoulder stability : effect of injury and rehabilitation.* *Man Ther.* 2006;11 :197-201.
7. Ludewig PM, Cook TM. *Translations of the humerus in persons with shoulder impingement symptoms.* *J Orthop Sports Phys Ther.* 2002;32 :248-59.
8. Ludewig PM, Cook TM. *Alterations in shoulder kinematics and associated muscle activity in people with symptoms of shoulder impingement.* *Phys Ther.* 2000;80 :276-91.
9. Hébert LJ, Moffet H, Dufour M, Moisan C. *Acromiohumeral distance in a seated position in persons with impingement syndrome.* *J Magn Reson Imaging.* 2003;18 :72-9.
10. Hébert LJ, Moffet H, McFadyen BJ, Dionne CE. *Scapular behavior in shoulder impingement syndrome.* *Arch Phys Med Rehabil.* 2002;83 :60-9.
11. Roy JS, Moffet H, McFadyen BJ. *Upper limb motor strategies in persons with and without shoulder impingement syndrome across different speeds of movement.* *Clin Biomech.* (Bristol, Avon) 2008.
12. Cools AM, Witvrouw EE, Declercq GA, Danneels LA, Cambier DC. *Scapular muscle recruitment patterns : trapezius muscle latency with and without impingement symptoms.* *Am J Sports Med.* 2003;31 :542-9.
13. Cools AM, Witvrouw EE, Declercq GA, Vanderstraeten GG, Cambier DC. *Evaluation of isokinetic force production and associated muscle activity in the scapular rotators during a protraction-retraction movement in overhead athletes with impingement symptoms.* *Br J Sports Med.* 2004;38 :64-8.
14. Cowan SM, Bennell KL, Hodges PW, Crossley KM, McConnell J. *Simultaneous feedforward recruitment of the vasti in untrained postural tasks can be restored by physical therapy.* *J Orthop Res.* 2003;21 :553-8.
15. Tsao H, Hodges PW. *Immediate changes in feedforward postural adjustments following voluntary motor training.* *Exp Brain Res.* 2007;181 :537-46.

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

L'ENTRAÎNEMENT AVEC RÉTROACTIONS *suite*

16. Roy JS, Moffet H, Hébert LJ, Lirette R. Effect of motor control and strengthening exercises on shoulder function in persons with impingement syndrome : A single-subject study design. *Man Ther.* 2008.
17. Ginn KA, Cohen ML. Exercise therapy for shoulder pain aimed at restoring neuromuscular control : a randomized comparative clinical trial. *J Rehabil Med.* 2005;37 :115-22.
18. Ludewig PM, Borstad JD. Effects of a home exercise programme on shoulder pain and functional status in construction workers. *Occup Environ Med.* 2003;60 :841-9.
19. Brox JI, Gjengedal E, Uppheim G et al. Arthroscopic surgery versus supervised exercises in patients with rotator cuff disease (stage II impingement syndrome) : a prospective, randomized, controlled study in 125 patients with a 2 1/2-year follow-up. *J Shoulder Elbow Surg.* 1999;8 :102-11.
20. Winstein CJ. Knowledge of results and motor learning--implications for physical therapy. *Phys Ther.* 1991;71 :140-9.
21. McClure PW, Michener LA, Karduna AR. Shoulder function and 3-dimensional scapular kinematics in people with and without shoulder impingement syndrome. *Phys Ther.* 2006;86 :1075-90.
22. Kibler WB, Uhl TL, Maddux JW, Brooks PV, Zeller B, McMullen J. Qualitative clinical evaluation of scapular dysfunction : a reliability study. *J Shoulder Elbow Surg.* 2002;11 :550-6.
23. Doyon J, Benali H. Reorganization and plasticity in the adult brain during learning of motor skills. *Curr Opin Neurobiol.* 2005;15 :161-7.
24. Hodges NJ, Hayes S, Horn RR, Williams AM. Changes in coordination, control and outcome as a result of extended practice on a novel motor skill. *Ergonomics* 2005;48 :1672-85.
25. Fitts PM, Posner MI. *Human Performance.* Belmont, CA : Brooks/Cole; 1967.
26. Schmidt RA, Lee TD. *Motor Control and Learning : a behavioral emphasis.* Human Kinetics Publishers, 4th ed. 2005. p. 1-537.
27. McClure PW, Bialker J, Neff N, Williams G, Karduna A. Shoulder function and 3-dimensional kinematics in people with shoulder impingement syndrome before and after a 6-week exercise program. *Phys Ther.* 2004;84 :832-48.

L'ENTRAÎNEMENT AVEC RÉTROACTIONS
DE GESTES MOTEURS PERMET
DE DIMINUER LES DÉFICITS MOTEURS
DES PERSONNES AVEC UN SYNDROME
D'ABUTEMENT DE L'ÉPAULE

CONCOURS

FORMATION DE GROUPE GRATUITE EN RECHERCHE CLINIQUE

(tirage décembre 2008)

Vous voulez vous familiariser avec la recherche clinique spécifique à votre domaine de pratique, mais ne trouvez pas la ressource appropriée à vos besoins ?

L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec vous offre une nouvelle fois la chance de participer à un tirage vous permettant de gagner une **FORMATION DE GROUPE GRATUITE EN RECHERCHE CLINIQUE** dans votre milieu de travail, que vous soyez en pratique publique ou privée ! Un membre du Comité de recherche clinique en physiothérapie de l'Ordre se déplacera pour dispenser cette formation au moment qui vous conviendra !

Déjà offert dans plusieurs milieux, le cours *Lecture critique de la littérature scientifique – Comment développer un œil critique* a été grandement apprécié par les membres de l'Ordre qui y ont participé. L'approche personnalisée au domaine de pratique et à la clientèle traitée fait de ce cours une formation hautement applicable dans la pratique quotidienne des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique. Le cours se donne sur les lieux de travail en deux séances d'une durée de trois heures chacune.

Quoi faire pour vous prévaloir de cette offre ?

- Obtenir l'autorisation écrite du gestionnaire responsable du service ou de la clinique ;
- Former un groupe de membres de l'Ordre intéressés à participer à ce cours (minimum 10 – maximum 20) ;
- Inscrire votre groupe en complétant le coupon de participation ci-joint (une seule inscription par groupe) ;
- Acheminer le coupon de participation à M. Serge Orzes, chargé de projets, **avant le 11 décembre 2008**.

Le tirage aura lieu lors de la réunion du Comité administratif du 12 décembre 2008. Les coûts liés à la tenue de ce cours seront assumés par l'Ordre grâce au fonds de recherche clinique en physiothérapie. Les gagnants **seront contactés durant la semaine suivant le tirage** afin de déterminer le moment de la tenue du cours. Le nom du milieu gagnant sera dévoilé dans la revue *Physio-Québec*, hiver 2009.

Pour tout renseignement supplémentaire, n'hésitez pas à joindre M. Serge Orzes, chargé de projets physiothérapeute aux numéros de téléphone suivants : (514) 351-2770 ou ligne sans frais 1 800 361-2001, poste 226.

FORMATION DE GROUPE GRATUITE EN RECHERCHE CLINIQUE

Nom du milieu de travail : _____

Clientèle(s) traitée(s)

Domaine de pratique (cocher une case) : Cardiorespiratoire Neurologie Orthopédie

Clientèles traitées (cocher une case) : Pédiatrie Adulte Gériatrie

Nombre estimé de physiothérapeutes et de thérapeutes en réadaptation physique participant au cours (minimum 10, maximum 20) : _____

Personne à contacter pour l'organisation du cours : _____

Numéro de téléphone : _____

Signature du gestionnaire : _____

Le coupon de participation peut être consulté, rempli et retourné via le site Internet de l'Ordre à l'adresse sorz@oppq.qc.ca ou par télécopieur au (514) 351-2658.

Coupon de participation

ÉVÉNEMENTS

SEMAINE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE 2008

C'est du 22 au 29 septembre 2008 qu'avait lieu la Semaine de la physiothérapie 2008.

Le thème : « La physiothérapie pour surpasser vos limites ! »

Dans le cadre de cette semaine, deux publicités ont été placées dans les quotidiens suivants : *La Presse* de Montréal, *Le Soleil* de Québec, *Le Nouvelliste* de Trois-Rivières et *La Tribune* de Sherbrooke. Ces publicités ont paru à trois reprises dans chacun des quotidiens, et ce, en alternance.

De plus, en date du 22 septembre 2008, *Le Nouvelliste*, comme à chaque année, avait une section réservée à la « Semaine de la physiothérapie », dans laquelle l'Ordre a mis une publicité et où Madame Josée Massicotte, pht, signe un publi-reportage.

De plus, trois publicités radiophoniques ont été diffusées aux heures de pointe sur les trois stations suivantes : 98,5 FM parlé (CHMP-FM), 107,3 Cité rock dé-



Pourrez-vous continuer à pratiquer vos activités favorites dans 5, 10, 15 ou même 20 ans ?

Les professionnels de la physiothérapie, les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique, sont en mesure de répondre à cette question. Compte tenu de votre condition physique actuelle et de vos habitudes de vie, ils peuvent vous aider à maintenir votre capacité à pratiquer vos activités favorites encore longtemps. Pour poursuivre vos activités et être en mesure de mieux profiter de la vie, consultez un membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec!

oppq.qc.ca
physiotest.ca



La physiothérapie, une discipline axée sur la connaissance et adaptée à vos besoins !

Les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique sont les professionnels de la fonction physique. Leur rôle consiste à vous permettre de maintenir ou de récupérer votre capacité de fonctionner au quotidien. Pour ce faire, l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec fait la promotion de la recherche clinique et de la formation continue auprès de ses membres afin de maximiser l'efficacité des interventions que vous recevez en physiothérapie. Pour maintenir ou reprendre vos activités et être en mesure de mieux profiter de la vie, consultez un membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec!

oppq.qc.ca
physiotest.ca



tente (CITÉ-FM), 105,7 Rythme FM (CFGF-FM).

Les trois publicités traitaient du bon port du sac à dos, de l'activité physique à un âge avancé et de moyens simples pour faire de l'activité physique. Ces trois publicités invitaient la population à aller sur www.physiotest.ca et à

remplir les questionnaires de nos cinq physiotests pour avoir accès à de judicieux conseils physiothérapeutiques.

La Semaine de la physiothérapie se veut un moment privilégié pour faire la promotion de la physiothérapie et mettre sur pied diverses activités allant dans ce sens.

Merci d'y avoir contribué à votre façon et d'avoir permis que cet événement devienne une excellente semaine de la physiothérapie 2008 !

ÉVÉNEMENTS

REMISE DE PRIX 2008 DE L'ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC

Précédant l'ouverture de l'assemblée générale annuelle 2008, c'est à l'Hôtel Hyatt Regency de Montréal, le 26 septembre dernier, qu'a eu lieu la remise de prix de l'Ordre pour rendre hommage aux membres qui se sont distingués par la qualité de leur engagement professionnel. Un total de 25 prix, bourses et subventions ont été remis !

Parmi les prix attribués aux récipiendaires, le Prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec, a été décerné à Monsieur Eric Bourdeau, physiothérapeute. Ce prix est remis à un professionnel québécois émérite pour l'excellence de son apport au système professionnel.

Le Prix d'Excellence de l'Ordre a été remis à Madame Michèle Giguère, physiothérapeute.

Ce prix reconnaît l'excellence d'un projet particulier, que ce soit au niveau scientifique, clinique, politique ou social, réalisé par un(e) physiothérapeute ou un(e) thérapeute en réadaptation physique ou un groupe de physiothérapeutes et/ou de thérapeutes en réadaptation physique ayant contribué à l'avancement de leur profession.

Le Prix Engagement a été remis à Madame Joanne Goldberg, physio-

thérapeute, à Madame Line Barriault, thérapeute en réadaptation physique et à Madame Johanne Théberge, thérapeute en réadaptation physique. Ce prix reconnaît la motivation et la participation engagée d'un(e) physiothérapeute ou d'un(e) thérapeute en réadaptation physique ou d'un groupe de physiothérapeutes et/ou de thérapeutes en réadaptation physique aux activités de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (autres que le Bureau), et ce, dans divers dossiers. Il souligne la qualité et la richesse de l'engagement et de la contribution à l'évolution de la profession.

Pour l'occasion, des collègues de travail, des collaborateurs, des amis, se sont spontanément portés volontaires pour faire des témoignages à l'endroit des récipiendaires des prix de l'Ordre. Nous vous invitons à prendre connaissance de ces témoignages.

Témoignage à Monsieur Eric Bourdeau, pht, récipiendaire du Prix Mérite du CIQ

Il me fait plaisir aujourd'hui à titre d'administrateur et secrétaire du Conseil interprofessionnel du Québec, et au nom des 45 ordres professionnels du Québec, de rendre hommage à l'un de vos pairs et reconnaître son



apport remarquable au développement, ainsi qu'au rayonnement de sa profession au sein du système professionnel québécois.

Le Conseil interprofessionnel du Québec, le CIQ, est la voix collective des 45 ordres professionnels qui comptent plus de 326 000 professionnels, dont nous sommes. Le Conseil est le forum d'échanges et de services entre les ordres. Il exerce aussi un rôle consultatif auprès du gouvernement.

Le Conseil privilégie une vision dynamique et progressiste du système professionnel québécois. Sa vision stratégique, intitulée *Vision 2015*, propose de rendre ce système *plus efficace et intégré, plus cohésif et plus affirmé*.

ÉVÉNEMENTS

REMISE DE PRIX 2008 DE L'OPPQ...

suite

Aujourd'hui, sur recommandation des membres du Comité administratif de l'Ordre, le Conseil veut honorer un physiothérapeute pour les éminents services qu'il a rendus à votre profession et à votre regroupement.

La Personnelle, compagnie d'assurances générales s'associe au Conseil interprofessionnel du Québec dans la production d'une médaille de bronze antique qui sera remise au lauréat. Cette œuvre a été conçue par Madame Catherine Tremblay, orfèvre à Montréal.

Notre lauréat d'aujourd'hui a reçu son baccalauréat en sciences (physiothérapie) de l'Université Laval, en 1988. De 1988 à 1991, il a principalement travaillé en clinique privée avec deux brèves incursions en milieu public soit en pédiatrie et en gériatrie. Il fut chargé de cours en électrothérapie, à l'Université Laval en 1991 et 1992. Concurrément à cette charge de cours, il travaille au Centre hospitalier universitaire de Québec. Ses fonctions de physiothérapeute l'amènent à organiser la formation continue pendant 4 ans, à superviser les stages et les internats, et à participer au Comité d'évaluation par les pairs. De plus, il est coordonnateur clinique du projet de recherche sur les prothèses de genoux et du service de physiothérapie, par intérim, à l'été 1998.

C'est en 1999 que ce membre joint les rangs de la permanence de l'Ordre. Jusqu'en 2005, il occupera la fonction de coordonnateur à l'inspection professionnelle. Il poursuit le travail

amorcé en 1995, suite à une refonte en profondeur du service de l'inspection professionnelle. Ainsi, il planifie, coordonne et évalue les activités du service d'inspection professionnelle.

Très engagé dans le développement de l'Ordre et du système professionnel, il a été membre du Comité d'inspection professionnelle de 1996 à 1999. Il s'est investi auprès du Conseil interprofessionnel en étant secrétaire du comité directeur du Forum de l'inspection professionnelle pendant deux ans, puis en y assumant la présidence en 2001-2002.

Après son fructueux passage à l'Ordre, il retourne à Québec au Centre hospitalier universitaire de Québec à titre de physiothérapeute en gériatrie ainsi qu'à l'Université Laval où il occupe la fonction de chargé de dossier en développement de la maîtrise professionnelle en physiothérapie. Depuis janvier 2008, il est délégué au Protecteur du citoyen à la direction des enquêtes santé et services sociaux.

C'est avec une totale intégrité, un sens aigu du devoir et un grand sens des responsabilités qu'il a rempli ses fonctions tant au niveau professionnel que dans ses engagements envers son ordre. Il est un réel ambassadeur de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec et du système professionnel québécois.

Claude Leblond

Administrateur et secrétaire du Conseil interprofessionnel du Québec

Témoignage à Michèle Giguère, pht, récipiendaire du Prix Excellence de l'Ordre

C'est tout un honneur de remettre, cette année, le Prix Excellence de l'Ordre à Madame Michèle Giguère.

Diplômée de l'Université Laval, Madame Giguère a œuvré principalement comme clinicienne au CHUL du CHUQ à Québec. Elle a très tôt développé un intérêt particulier pour le domaine musculosquelettique et, au fil des ans, elle y a acquis un savoir-faire unique et remarquable. Pour ne mentionner que quelques-unes de ses réalisations : de 1985 à 1990, elle a contribué à l'enseignement aux étudiants de 2^e année du programme de médecine (l'appareil locomoteur) sous la direction du Dr Simon Carette de l'Université Laval. Dès 1986, elle participait aux activités de l'Association d'orthopédie du Québec.

De 1993 à 2002, elle a participé à des projets de recherche notamment la « Stimulation électrique ». En 2000-2001, elle a accueilli au CHUL des externes de médecine afin de leur faire connaître la physiothérapie. En 2001-2002, elle a participé au Comité d'implantation des suivis systématiques des MPOC, PTH et PTG au CHUL et à la formation du personnel concerné, depuis 1997.

Depuis plusieurs années, elle est une personne ressource importante du programme de physiothérapie de l'Université Laval où elle enseigne en

ÉVÉNEMENTS

REMISE DE PRIX 2008 DE L'OPPOQ...

suite

musculosquelettique. Elle a aussi participé à l'implantation du nouveau programme de maîtrise professionnelle et détient le titre de « professeur de clinique » à l'Université Laval depuis 2003.

Au CHUL, elle participe activement à la formation de la relève par la supervision clinique. Elle a agi longtemps comme monitrice de stage et assure maintenant la coordination clinique dans son milieu, depuis 1986.

Sa compétence en réadaptation des PTG et PTH ne fait plus aucun doute et elle est souvent sollicitée par ses pairs afin de partager ses connaissances et son expertise, d'ailleurs, elle assume un rôle de consultante auprès de l'Agence de Montréal depuis 2003. Elle a été l'initiatrice de la réalisation du *Guide d'intervention post reconstruction du LCA*, disponible sur le site de Atlas Médic (<http://www.atlas-medic.com/fr/docs/> sous « documents »). Elle est aussi régulièrement formatrice au programme de formation continue de l'Ordre. Combien de fois a-t-elle souligné à quel point elle adorait son rôle de formatrice globe-trotter ! Avis aux intéressés !

Ne reculant devant aucun défi et toujours débordante d'énergie, Michèle s'est jointe au Comité d'inspection professionnelle, auquel elle collabore depuis 2002. Reconnue aussi pour son jugement critique et ses capacités d'analyse, Michèle a maintes fois été invitée à titre de conférencière dans

des congrès d'orthopédie et de physiothérapie. De plus, Michèle est un des membres fondateurs de l'Association Contact Physio Québec où elle participe toujours activement aux diverses activités.

Il est impossible de la décrire autrement que débordante d'énergie, passionnée, enthousiaste et dynamique. Michèle est une source d'inspiration et de motivation pour ses collègues et la profession. Voilà autant de raisons de reconnaître son engagement de lui attribuer fièrement le prix Excellence de l'Ordre 2008.

*Lise Dupont, pht, M. Sc.
Présidente du Comité d'inspection
professionnelle de l'OPPOQ*

Témoignage à Madame Joanne Goldberg, pht, récipiendaire du Prix Engagement

C'est avec plaisir que nous voulons reconnaître le dévouement et l'implication de Madame Joanne Goldberg, en lui remettant ce prix Engagement...

Joanne est une physiothérapeute qu'on pourrait qualifier de non traditionnelle. Sa carrière l'a menée et la mène encore à œuvrer dans des milieux aussi variés que stimulants. Membre du Comité de recherche clinique depuis ses débuts en 1996, elle continue à contribuer activement au développement de la recherche clinique

en physiothérapie. Elle a mené et participé à plusieurs initiatives du Comité, visant toujours à impliquer le plus grand nombre de physiothérapeutes à initier ou participer à des projets de recherche de qualité.

Graduée en physiothérapie de l'Université de Montréal en 1990, elle obtient sa maîtrise en sciences biomédicales option réadaptation. Sa passion pour les enfants la mène à pratiquer à divers points de service de l'Hôpital Marie Enfant à Montréal tant en milieu scolaire qu'en réadaptation intensive. Avant-gardiste au niveau de l'importance et de l'utilisation des données probantes dans sa pratique, elle se tourne rapidement vers les possibilités de mettre en application ses qualifications en recherche clinique à l'œuvre en s'impliquant dans différents projets de recherche dans son milieu. Elle devient coordonnatrice du laboratoire de marche de l'Hôpital Marie Enfant et s'implique très activement dans un des essais cliniques randomisés les plus publicisés au sein de la communauté de réadaptation pédiatrique au Québec, l'« Utilité de l'oxygénothérapie hyperbare dans le traitement de la paralysie cérébrale ».

Son travail méticuleux et sa capacité à gérer des équipes de professionnels variées la mènent ensuite au milieu de la recherche à temps plein et elle œuvre par la suite en devenant directrice du système d'assurance qualité et coordination des programmes de formation à l'organisme GEREQ,

ÉVÉNEMENTS

REMISE DE PRIX 2008 DE L'OPPOQ...

suite

puis et encore à ce jour, au Fonds de la recherche en santé du Québec à titre de responsable des projets spéciaux et des dossiers liés à la recherche clinique.

Sa vision et son dévouement pour la cause de la recherche clinique, son implication à l'OPPOQ et dans diverses organisations provinciales, nationales et internationales, notamment comme présidente de la SoCRA une association internationale qui regroupe des professionnels et des organismes qui participent à des projets de recherche clinique, dans les secteurs public et privé, auront contribué au rayonnement de la physiothérapie au-delà des frontières habituelles de la profession. Pour ces raisons et pour plein d'autres que nous devons taire faute de temps, nous voulons lui décerner le prix Engagement.

*Isabelle Gagnon, physiothérapeute
Membre du Comité de recherche clinique*

Témoignage à Mesdames Line Barriault, T.R.P. et Johanne Théberge, T.R.P., récipiendaires du Prix Engagement

Nous sommes fières de remettre le prix Engagement à deux thérapeutes en réadaptation physique qui, par leur grande motivation et la richesse de leur participation contribuent à l'évolution de la profession : Madame Line Barriault et Madame Johanne Théberge,

toutes les deux graduées du Collège François-Xavier Garneau de Québec en 1992.

Madame Line Barriault, travaille principalement auprès d'une clientèle adulte nécessitant des soins orthopédiques, tant dans le secteur privé que public. Elle s'est aussi impliquée dans l'implantation d'un service de physiothérapie au sein du programme de maintien à domicile dans la très belle région de la Gaspésie. Nous soulignons, au passage, son implication à la défunte SQTRP.

Madame Johanne Théberge travaille principalement auprès d'une clientèle âgée dans la très grande région du Bas St-Laurent. Elle est également Présidente du Comité administratif du Conseil multidisciplinaire du CSSS de Rimouski-Neigette.

Depuis 2003, toutes les deux rencontrent, aux quatre coins de la province, un grand nombre de thérapeutes en réadaptation physique, dans le cadre de leur fonction d'inspecteur. À de multiples occasions, elles constatent la qualité du travail de la majorité d'entre eux. Avec tact et délicatesse, elles font connaître les exigences de l'Ordre en matière de tenue des dossiers et contribuent à amener des ajustements dans la pratique des autres. Elles relèvent avec brio un défi de taille en supportant les professionnels dans leurs démarches orientées vers l'appropriation des différents concepts

mouvants qui entourent le Décret d'intégration des thérapeutes en réadaptation physique à l'Ordre des physiothérapeutes, depuis bientôt six ans. Elles affrontent, armées d'une grande débrouillardise, d'une infinie patience et d'un très grand professionnalisme, les nombreux obstacles qui se dressent de tous côtés sur leur parcours.

Toutes les deux ont suivi et continuent de suivre des cours de formation continue afin de tenir à jour leur pratique en physiothérapie et d'encourager leurs collègues à en faire tout autant. Elles participent ainsi à l'amélioration de la qualité des interventions d'un grand nombre de thérapeutes en réadaptation physique.

Un mot pour dire que nous espérons de tout cœur qu'elles poursuivent leur carrière de thérapeute en réadaptation physique et d'inspecteur, qui est une des tâches les plus difficiles à accomplir au sein d'un ordre professionnel. Et elles le font avec beaucoup de mérite.

*Isabelle Nadeau, pht, M. A.
Coordonnatrice
de l'inspection professionnelle
Secrétaire du Comité
d'inspection professionnelle*

*Jenny Ferland, T.R.P.
Chargée de dossiers à
l'inspection professionnelle*

Remise de prix 2008 de L'OPPO

ALBUM PHOTOS

▼ Monsieur Serge Orzes, chargé de projet à l'Ordre, introduit la présidente, Madame Lucie Forget, pour la remise de prix.



► Madame Lucie Forget, présidente et directrice générale amorce la remise de prix.

► Madame Isabelle Nadeau, coordonnatrice de l'inspection professionnelle, a fait la lecture des témoignages aux récipiendaires des prix d'Excellence et Engagement de l'Ordre.



▲ Monsieur Claude Leblond, travailleur social et secrétaire du Comité administratif du Conseil interprofessionnel du Québec remet le Prix Mérite, décerné à Monsieur Éric Bourdeau, pht, à Madame Michèle Giguère qui le reçoit à sa place.



◄ Madame Michèle Giguère, pht, reçoit le Prix Excellence de l'Ordre des mains de la présidente, pour l'année 2008.

Remise de prix 2008 de L'OPPO

ALBUM PHOTOS

suite

▼ Madame Forget remet le Prix Engagement 2008 à Madame Line Barriault, T.R.P.



▲ Madame Lucie Forget remet à Madame Johanne Théberge, T.R.P., le Prix Engagement 2008.



◀ Madame Johanne Goldberg, pht, est récipiendaire du Prix Engagement 2008, malheureusement, elle ne pouvait être présente à la remise de prix, puisqu'elle président le Congrès annuel de la SoCRA.



► Monsieur Uriel Pierre, pht, responsable du Comité de recherche clinique anime la remise des bourses et subventions.



◀ Madame Lucie Forget remet une subvention de recherche en partenariat OPPQ-REPAR.    Madame Céline Lepage, pht.

Remise de prix 2008 de L'OPPO

suite

ALBUM PHOTOS

▼ Madame Lucie Forget remet à Madame Carole Fortin, pht, une subvention de recherche en partenariat OPPQ-REPAR.

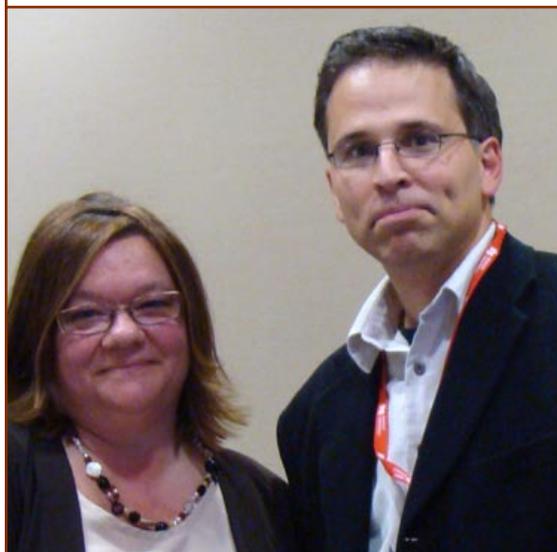


► Madame Lucie Forget remet à Madame Eileen Kennedy, pht, une subvention de recherche en partenariat OPPQ-REPAR.

► Madame Lucie Forget remet à Madame Tamar Derghazarian, pht, une subvention de recherche clinique unique de l'OPPO.



◀ Madame Lucie Forget remet à Monsieur Jean-Pierre Dumas, pht, une subvention de recherche en partenariat OPPQ-REPAR.



► Madame Lucie Forget remet à Madame Dahlia Kairy, pht, une subvention de recherche clinique unique de l'OPPO.



Remise de prix 2008 de L'OPPO

ALBUM PHOTOS

suite

▼ Madame Lucie Forget remet à Monsieur Jean-François Lemay, pht, une bourse d'études de maîtrise de type recherche.



▼ Madame Lucie Forget remet à Madame Shirin Shallwani, pht, une bourse d'études de maîtrise de type recherche.



► Madame Lucie Forget remet à Madame Jiali Mai, pht, une subvention de stage de recherche clinique au Centre universitaire de santé McGill (Royal Victoria Hospital).

▼ Madame Lucie Forget remet à Madame Marilyn Larente, T.R.P., de l'Université de Montréal, une bourse d'études universitaires en physiothérapie.



▼ Madame Lucie Forget remet à Monsieur Carlo Galli, pht, une subvention de stage de recherche clinique au Centre universitaire de santé McGill (Montreal Children's Hospital).

Vous trouverez la liste entière des récipiendaires des prix, bourses et subventions à l'adresse suivante :
<http://www.oppq.qc.ca/PMeventPrix2.php#RC>

**NOS SINCÈRES FÉLICITATIONS À TOUS
 LES RÉCIPiENDAIRES !**

Les INFOS

En bref

Prix d'excellence clinique de l'OPPQ

Lors de la Collation des grades à l'Université de Montréal, le 16 juin 2008, Madame Lucie Forget, présidente et directrice générale de l'Ordre, remettait à Madame Catherine Matte, le Prix d'excellence clinique de l'OPPQ 2007. Ce prix est accordé à une étudiante qui s'est distinguée sur le plan clinique au cours de sa formation. L'Ordre, les membres du Bureau et les permanents félicitent sincèrement Madame Catherine Matte pour cette gratification prestigieuse.

Prix Athéna



▲ *Hélène Sabourin et Lise Dupont*

Dans le cadre de ce même événement, était remis, **pour la première fois**, le Prix Athéna, à Madame Hélène Sabourin du CHU Ste-Justine. Ce prix est attribué à un moniteur clinique pour sa remarquable contribution et implication à l'enseignement clinique des stagiaires au programme de physiothérapie, de même que pour son engagement et son dynamisme à partager ses connaissances et à assurer

la formation d'une relève compétente. L'Ordre, les membres du Bureau et les permanents félicitent sincèrement Madame Hélène Sabourin pour cette gratification prestigieuse.

Prix Martine-Chabot



▲ *Lilian Halme et Geneviève Labranche*

Lors de la Collation des grades de la Faculté de médecine, le 16 juin dernier, l'École de réadaptation a procédé à la remise du Prix Martine-Chabot. Cette année, c'est Lilian Halme qui a reçu, des mains de Geneviève Labranche, une amie de Martine Chabot, la bourse de 1 000 \$. Le Prix Martine-Chabot est octroyé, chaque année, à un étudiant en physiothérapie pour sa détermination, son courage et sa ténacité au cours de ses études. Le candidat est choisi par les étudiants et le choix est sanctionné par le programme de physiothérapie et la famille Chabot. L'Ordre, les membres du Bureau et les permanents félicitent sincèrement Madame Lilian Halme pour cette marque de reconnaissance.

Remise de plusieurs prix à l'occasion de la Collation des grades

L'équipe du Centre hospitalier Pierre Le Gardeur a pour sa part été honorée par la Faculté pour la qualité de leur enseignement clinique en physiothérapie.

Des prix d'excellence aux études supérieures ont également été attribués à plusieurs professeures, entre autres, à Madame Sylvie Nadeau, pht (Réadaptation). L'Ordre, les membres du Bureau et les permanents félicitent sincèrement tous les récipiendaires de prix.

Des physiothérapeutes du Québec à Beijing-Jeux olympiques 2008

Lors de la tenue des Jeux Olympiques 2008, nos athlètes québécois et canadiens, vedettes incontestées de cet événement, ont démontré leur savoir-faire, après des années de travail, de dévouement et de passion.

Afin de les assister dans l'accomplissement de leur rêve, plusieurs physiothérapeutes québécois jouent un rôle majeur dans le maintien de leur santé et le traitement des blessures nuisant à leur entraînement. Ces physiothérapeutes, possédant une expertise auprès de la clientèle sportive, doivent également prescrire des exercices spécifiques au sport, intervenir dans la prévention des blessures, adapter l'équipement protecteur et veiller aux

En bref *suite*

Nouveautés

aspects psychologiques et nutritionnels en référant lorsque nécessaire. Ils doivent également se tenir au courant du dopage, de la récupération post entraînement et de l'hydratation. De plus, ils interviennent souvent sur le terrain même en premiers soins et coordonnent l'ensemble des soins requis, à l'aide du médecin du sport, pour permettre un retour à l'activité le plus tôt possible.

Il existe plusieurs niveaux de compétence en physiothérapie du sport, ceux-ci octroyés par l'Association Canadienne de Physiothérapie, à l'aide d'exams, de travaux et d'expérience clinique et sur le terrain. Le niveau nécessaire pour travailler auprès des athlètes olympiques requiert plusieurs années d'études et de dévouement auprès de cette clientèle.

Cet été, 2 physiothérapeutes du Québec ont été sélectionnés comme membre de l'Équipe Médicale Canadienne par le Comité Olympique Canadien. Mesdames Raymonde Fortin, pht, et Diana Perez, pht, qui ont travaillé en première ligne pour aider nos athlètes canadiens à accomplir leur rêve olympique. L'Ordre tient à les féliciter pour leur contribution à la réussite des Jeux Olympiques 2008.

Centre de réadaptation Lucie-Bruneau-Logements de réadaptation, une première au Québec

Le 18 septembre 2008, le Centre de réadaptation Lucie-Bruneau procédait à l'inauguration des premiers logements de réadaptation, ayant pour but de faciliter la transition des personnes ayant une lésion à la moelle épinière vers la vie à domicile. Ce

concept permet aux usagers d'éliminer plusieurs de leurs craintes avant leur retour à la maison. Les membres de la Fondation du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, sensibles à la mission du Centre, sont particulièrement fiers d'avoir contribué à offrir ce nouveau type de ressource. Pour toute information, 514-289-8688, poste 234 / 228.

Non, je ne veux pas d'étirements, d'ultrasons, d'exercices, de glace ou de chaleur. C'est le seul moment de ma semaine où je peux me permettre de m'étendre et de ne rien faire...

