

PHYSIO Québec

VOL. 47 | N° 2
ÉTÉ 2021

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

Déontologie : des outils pour vous soutenir

DISTINCTIONS HONORIFIQUES

APPEL DE CANDIDATURES

DATE LIMITE : 9 AOÛT 2021



Nouveau

TITRE FELLOW

Soulignez les **réalisations notoires** de professionnels de la physiothérapie :

- **Investissement professionnel** (supervision de stagiaires, mentorat, faits marquants dans la carrière, etc.)
ou
- **Participation aux affaires de la profession** (comité, groupe de travail, événement, etc.)
ou
- **Contribution au sein d'organismes à caractère professionnel, communautaire ou philanthropique** (bénévolat ou autres réalisations)



Édition 2021

PRIX EXCELLENCE

Faîtes connaître un **projet spécifique** en physiothérapie qui mérite d'être souligné et reconnu :

- **Réalisation d'un projet spécifique ayant un impact positif sur les professions au niveau scientifique, clinique, politique ou social**
- **Période visée : cinq dernières années**
- **Deux catégories : physiothérapeute et technologue en physiothérapie**

Critères d'admissibilité et dossier de candidatures :
oppq.qc.ca/a-propos/prix-honorifiques/



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

La revue *Physio-Québec* est destinée aux quelque 8 700 membres professionnels de la physiothérapie issus des milieux public et privé. Cet outil diffuse de l'information relative, notamment, à la vie professionnelle, à la déontologie, aux dossiers actuels, aux nouvelles et aux événements concernant le milieu de la physiothérapie. De plus, chaque édition comprend des articles de fond portant sur divers sujets cliniques et sur les grands rôles des professionnels de la physiothérapie.

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

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

Coordination de la production

Pascale Rose Licinio
Conseillère en communication
plicino@oppq.qc.ca

Conception graphique et production

Uzin3 | communicateurs graphiques

Révision et correction d'épreuves

Hélène Morin

Dépôt légal

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

Convention de la Poste-Publications :
N° 40010610

Politique publicitaire

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



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

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

📠 514 351-2658

✉ physio@oppq.qc.ca

🌐 oppq.qc.ca



08

18



Sommaire

- 04 Mot du président**
L'intelligence artificielle, pour de meilleurs services en physiothérapie
- 06 Mot de la directrice générale**
Technologue en physiothérapie : les grandes étapes du déploiement du nouveau titre
- 08 Chronique déontologique**
Gros plan sur la déontologie : des outils pour vous soutenir
- 10 Chronique juridique**
Quelles étapes attendent les membres visés par une plainte disciplinaire ?
- 13 Développement et soutien professionnels**
PPAS : comment gérer les punctures accidentelles ?
- 16 Inspection professionnelle**
Démystifier les communications lors d'une inspection professionnelle
- 18 Chronique du clinicien**
Physiothérapie auprès de l'enfant avec dysplasie osseuse
- 21 Chroniques du Fonds de recherche clinique**
Soutenir le maintien au travail par l'entremise d'un programme d'autogestion : développement d'un modèle logique
- 25** La modulation conditionnée de la douleur, la kinésiophobie et la dramatisation de la douleur : des facteurs pronostiques de chronicité en cas de lombalgie aiguë ?
- 29 Le saviez-vous ?**
- Portraits**
- 30** Les membres du conseil d'administration de l'OPPPQ
- Communications**
- 36** Campagne de vaccination contre la COVID-19 : l'engagement des professionnels de la physiothérapie mis en avant
- 38 Nouveaux membres**



Denis Pelletier,

physiothérapeute,
M. Sc.

Diplômé en
physiothérapie
sportive

L'intelligence artificielle, pour de meilleurs services en physiothérapie

La capacité des professionnels de la physiothérapie à se mobiliser face aux défis s'exprime admirablement depuis le début de la pandémie. Les physiothérapeutes et les technologues en physiothérapie ont confirmé leur grande polyvalence en effectuant plusieurs activités qui sortent de leur champ d'exercice habituel. On peut citer en exemple leur participation au dépistage et à la vaccination, mais aussi le soutien précieux qu'ils ont apporté dans les CHSLD ainsi que d'autres milieux cliniques affectés par le manque de personnel.

Les professionnels de la physiothérapie sont également actifs au sein de nouvelles cliniques dédiées aux soins pour la COVID de longue durée. Plusieurs projets de recherche impliquant des physiothérapeutes et des technologues en physiothérapie se mettent en place et explorent l'impact parfois persistant des déficiences et incapacités causées par l'infection au coronavirus. Les chercheurs se pencheront notamment sur la diminution de la tolérance à l'effort, les problèmes respiratoires ou encore les douleurs chroniques, afin de proposer des interventions appropriées.

UN RAZ-DE-MARÉE DE DONNÉES

Le nouveau virus, inconnu avant 2019, a généré un volume phénoménal de données dans un laps de temps très court. Nous en sommes encore à découvrir la portée réelle des résultats de recherche, au fur et à mesure de leur publication.

En tant que professionnels de la santé, nous devons ajuster nos comportements cliniques pour offrir aux patients les meilleurs soins et les approches les plus efficaces. Nous tentons de reconnaître les tendances qui émergent de la grande quantité de données qui s'accumulent chaque jour, d'établir des raisonnements cliniques et de proposer des hypothèses de traitements. Toutefois, nombre de ces dernières ont pu s'avérer discutables et se trouver rapidement disqualifiées. La pandémie a ainsi vu son lot de controverses et de rétractations, de l'efficacité de la chloroquine à la dangerosité de la prise d'ibuprofène en début d'infection.

Dans l'urgence, face à une telle accumulation d'information, l'intelligence humaine pourrait bien avoir atteint les limites de sa capacité d'analyse.

L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE, UNE SOLUTION ?

Si la COVID-19 s'était déclarée dans un contexte où l'intelligence artificielle (IA) était suffisamment développée, il aurait peut-être été plus facile d'opter pour des soins uniformes et de qualité tout en évitant bien des erreurs d'interprétation et des conclusions hâtives.

L'IA, c'est la capacité d'un ordinateur à réaliser des tâches généralement dévolues à l'intelligence humaine. Comme la puissance de la machine est considérable, celle-ci peut surpasser la capacité d'analyse de l'être humain soumis à un volume très important d'information.

Il ne s'agit pas simplement de croiser la masse gigantesque de données entrées dans un système informatique. Il faut que la machine ait la capacité d'apprendre par elle-même (ce qu'on nomme apprentissage automatique) et puisse faire part de ses résultats à l'humain, qui jugera de la pertinence des informations à retenir et effectuera les choix qui en découlent.

L'AVENIR DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ ?

Au nom de l'efficacité de notre système de santé, on ne peut faire l'économie d'une analyse sérieuse de l'apport de l'IA dans l'exercice des soins de santé, physiothérapie comprise.

Concrètement, en éliminant les interventions peu utiles, en réduisant le temps de rédaction des dossiers, en personnalisant les soins selon les différents génotypes et phénotypes des individus ainsi qu'en facilitant l'accès rapide et facile aux recherches et aux guides de pratiques cliniques, l'intégration de l'IA pourrait se traduire par des variations moins grandes dans la pratique clinique. Le transfert de connaissances s'intensifierait et, par cumul de données autorapportées, le suivi des patients offrirait un monitoring plus adapté à leur évolution clinique. À tous ces développements pourraient d'ailleurs être associés des enjeux déontologiques majeurs, que les ordres professionnels seraient alors amenés à examiner¹.

Toujours en phase avec le progrès, la physiothérapie s'est rapidement adaptée aux événements qui bousculaient la société. Au siècle dernier, les deux guerres mondiales et l'épidémie de poliomyélite ont été des catalyseurs pour nos professions. L'évolution rapide de la technologie et du savoir-faire humain laisse penser que l'IA est prête à être déployée. Il y a fort à parier que la pandémie actuelle vient de stimuler une nouvelle révolution qui s'exprime déjà en téléadaptation et qui se poursuivra par l'inclusion de l'IA dans notre pratique. ●

Le président,

1 Régis, Catherine, et Marco Laverdière. « L'IA gagne du terrain en santé. Comment les ordres professionnels peuvent-ils l'encadrer ? », *The Conversation*, [en ligne]. (<https://theconversation.com/lia-gagne-du-terrain-en-sante-comment-les-ordres-professionnels-peuvent-ils-encadrer-158826>), (consulté le 21 mai 2021).

Artificial intelligence for better physiotherapy services

The ability of physiotherapy professionals to mobilize in the face of challenges has been admirably demonstrated since the beginning of the pandemic. Physiotherapists and physiotherapy technologists have shown their versatility by carrying out many activities outside their usual scope of practice. Examples include their participation in screening and vaccination, but also the valuable support they provided to CHSLDs, as well as other understaffed clinical settings.

Physiotherapy professionals are also active in new clinics dedicated to long-COVID care. Several research projects involving physiotherapists and physiotherapy technologists are underway to explore the sometimes persistent impact of impairment and disabilities caused by the coronavirus infection. Researchers are specifically looking at reduced exercise tolerance, respiratory problems and chronic pain in order to provide appropriate treatment.

A TIDAL WAVE OF DATA

This new virus, unknown before 2019, has generated a phenomenal amount of data in a very short period of time. We are still discovering the true scope of the research findings as they are published.

As health care professionals, we need to adjust our clinical behaviors to provide patients with the best care and most effective approaches. We try to recognize trends that emerge from the vast amount of data that accumulates every day, establish clinical reasoning, and propose treatment hypotheses. However, many of these have proven to be questionable and were quickly disqualified. The pandemic has seen its share of controversies and retractions, from the efficacy of chloroquine to the danger of taking ibuprofen at the beginning of the infection.

In an emergency, faced with such an accumulation of information, human intelligence may well have reached the limits of its analytical capacity.

ARTIFICIAL INTELLIGENCE: A POTENTIAL SOLUTION?

If COVID-19 had occurred in a context where artificial intelligence (AI) was sufficiently developed, it might have been easier to opt for consistent, quality care while avoiding many misinterpretations and hasty conclusions.

AI is the ability of a computer to perform tasks that are usually performed by human intelligence. As the power of the machine is considerable, it can surpass the analysis capacity of human beings subjected to a very large volume of information.

It is not simply a question of cross-referencing the gigantic mass of data entered into a computer system. The machine must have the capacity to learn by itself (commonly referred to as machine learning) and be able to share its results with human beings, who will assess the relevance of the information to be retained and will make the resulting choices.

THE FUTURE OF OUR HEALTH CARE SYSTEM?

For the efficiency of our health care system, we cannot avoid a serious analysis of the contribution of AI in the practice of health care, including physiotherapy.

Specifically, by eliminating unhelpful interventions, saving time on record keeping, customizing care to individuals' different genotypes and phenotypes, and facilitating quick and easy access to research and clinical practice guidelines, the integration of AI could result in less variation in clinical practice. The knowledge transfer would intensify and, through the accumulation of self-reported data, patients' care would provide more appropriate monitoring of their clinical evolution. These developments could entail major ethical issues, which the professional orders would then have to examine¹.

Always in step with progress, physiotherapy has adapted quickly to events that have shaken society. In the last century, the two world wars and the polio epidemic were catalysts for our professions. The rapid evolution of technology and human expertise suggests that AI is ready to be deployed. The current pandemic appears to have just spurred a new revolution that is already being seen in telerehabilitation and will continue with the inclusion of AI in our practice. ●

President,



¹ Régis, Catherine, and Marco Laverdière. "L'IA gagne du terrain en santé. Comment les ordres professionnels peuvent-ils l'encadrer ?" *The Conversation*. Accessed 21 May 2021. <https://theconversation.com/lia-gagne-du-terrain-en-sante-comment-les-ordres-professionnels-peuvent-ils-lencadrer-158826>

SUIVEZ LE PRÉSIDENT
DE L'ORDRE SUR LES
RÉSEAUX SOCIAUX



Facebook.com/
OPPQPresident



@OPPQPresident



Sous le nom
Denis Pelletier



Technologue en physiothérapie : les grandes étapes du déploiement du nouveau titre

**Marie-France
Salvas**, avocate

Directrice générale
et secrétaire de l'OPPO

L'automne dernier, le nouveau titre de technologue en physiothérapie (T. phys.) est entré en vigueur pour remplacer celui de thérapeute en réadaptation physique. Ce changement majeur marque une belle avancée dans la reconnaissance de l'expertise et du champ de pratique de ces professionnels de la physiothérapie.

Afin de donner vie à ce nouveau titre et lui permettre d'être reconnu par toutes les parties prenantes ainsi que le grand public, nous amorçons une importante démarche de déploiement. En effet, si ce changement interpelle au premier chef les T. phys., il concerne aussi l'Ordre, l'ensemble des membres, ainsi que plusieurs organisations. Par exemple, les cliniques privées de physiothérapie comptent souvent dans leur équipe des technologues en physiothérapie, qu'il conviendra de présenter sous leur nouveau titre.

UN TITRE À ADOPTER SANS ATTENDRE

L'usage du nouveau titre – dont l'équivalent anglais est *physiotherapy technologist* ou *Phys. T.* – deviendra obligatoire le 24 septembre 2025, après une transition de cinq ans. L'Ordre invite toutefois les membres concernés à l'utiliser dès maintenant et à l'adopter autant que possible au quotidien, même si ce changement ne se reflète pas immédiatement sur le plan administratif et dans leurs outils de communication. La période de transition vise précisément à donner aux membres le temps nécessaire pour apporter les modifications voulues.

Pourquoi les membres sont-ils invités à utiliser sans attendre ce nouveau titre professionnel ? L'appellation « technologue en physiothérapie » évoque plus fidèlement les compétences et le champ d'intervention de ces professionnels et permet d'assurer une communication plus juste du travail qu'ils effectuent. Son adoption contribue ainsi à une meilleure compréhension et à une plus grande reconnaissance de la pratique de la physiothérapie au Québec.

Lois et règlements

Les textes des lois et des règlements qui s'appliquent aux T. phys. sont à jour sur le site officiel *LégisQuébec*. On y parle désormais du *Code de déontologie des physiothérapeutes et des technologues en physiothérapie* ou encore du *Règlement sur le comité de formation des physiothérapeutes et des technologues en physiothérapie*.

LE CHANGEMENT DE TITRE EN QUELQUES DATES

28 JUIN 2016

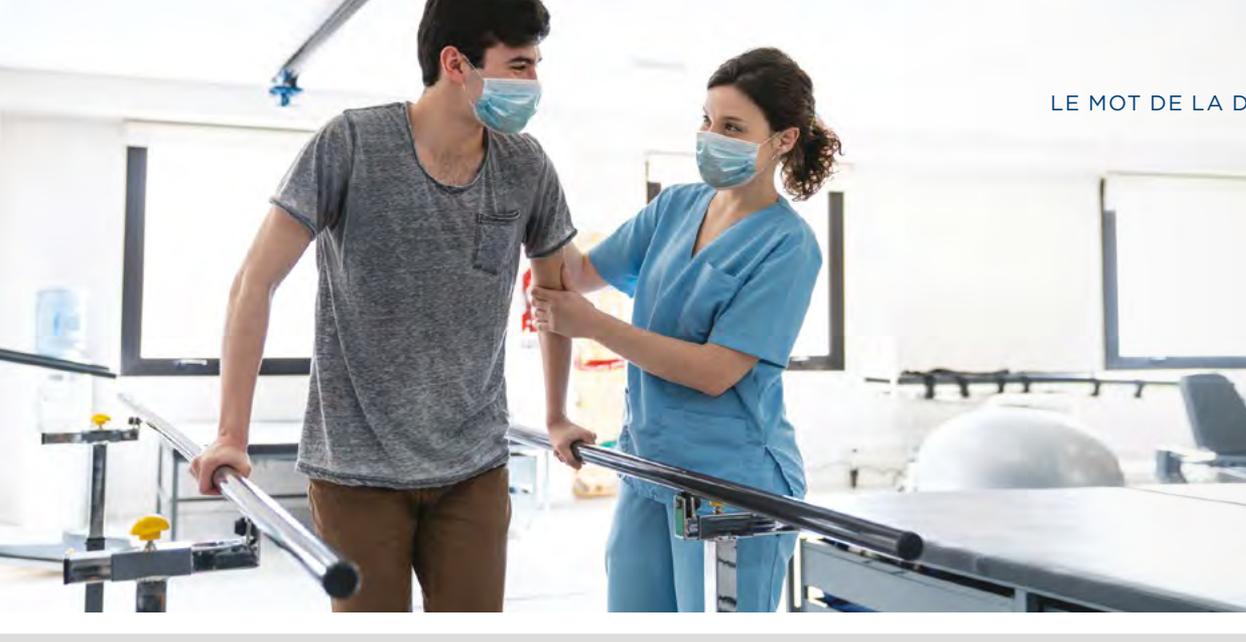
Les membres T.R.P. se prononcent largement en faveur du changement de titre lors d'une consultation.

24 SEPTEMBRE 2020

Le nouveau titre de technologue en physiothérapie (T. phys.) entre en vigueur lors de l'adoption du projet de loi 29 à l'Assemblée nationale.

24 SEPTEMBRE 2025

Les diverses organisations et les membres concernés devront avoir mis à jour tous leurs outils de communication (cartes professionnelles, sites Web, publicités, etc.).



IMPORTANTE DÉMARCHE D'IMPLANTATION DE L'ORDRE

L'Ordre amorce une importante démarche d'implantation du titre de T. phys. au sein de ses documents officiels et de l'ensemble de ses outils et moyens de communication.

Révision des outils Web et numériques

L'Ordre a mis à jour l'ensemble des pages de son site Web, incluant le catalogue de formation et l'outil grand public « Trouvez un professionnel ». Il révisera dans un second temps sa base de données (Connexence), le questionnaire d'inspection professionnelle, sa plateforme de formation en ligne ainsi que le contenu informatif présenté dans de nombreux documents au format Word ou PDF sur son site Web. Les différents médias sociaux feront également l'objet d'ajustements.

Envoi des permis d'exercice

Les technologues en physiothérapie recevront par la poste d'ici le prochain renouvellement de la cotisation un nouveau permis d'exercice, sur lequel sera inscrit le nouveau titre professionnel. Leur numéro de permis restera identique. D'ici là, l'ancien permis imprimé demeure valide.

Révision de la documentation de l'Ordre

Toute la documentation administrative de l'Ordre (politiques, procédures, guides, etc.) sera révisée afin d'intégrer la nouvelle dénomination professionnelle.

Communication aux parties prenantes

L'Ordre fera un rappel de l'entrée en vigueur du nouveau titre auprès de toutes les parties prenantes concernées, dont les maisons d'enseignement, les assureurs et les tiers payeurs.

BIENTÔT DES OUTILS POUR VOUS AIDER

L'Ordre prépare actuellement **une foire aux questions** et **un aide-mémoire** pour vous soutenir dans le déploiement du nouveau titre.

UNE CAMPAGNE GRAND PUBLIC

D'ici 2023, l'Ordre souhaite lancer une campagne d'information auprès du grand public sur le nouveau titre professionnel des T. phys. afin de mieux faire connaître leur champ d'exercice. Les détails de cette initiative seront communiqués ultérieurement. L'adoption immédiate et par tous du nouveau titre professionnel permettra de créer une grande synergie avec cette campagne.

Je tiens à remercier l'ensemble des membres et des parties prenantes pour leur collaboration et leur engagement dans cette démarche qui contribuera fortement au développement et au rayonnement de la physiothérapie au Québec. ●

Gros plan sur la déontologie : des outils pour vous soutenir



Par
Judith Brillant,
T. phys.
Syndique

L'Ordre met à la disposition des membres de nouveaux outils pour les soutenir dans le respect de leurs obligations déontologiques. Des capsules interactives sur des thèmes précis, une nouvelle foire aux questions et des feuillets explicatifs présentent les règles à respecter au quotidien.

LA CAMPAGNE « INFO DÉONTO »

Déclinée sur plusieurs mois, la campagne « Info Déonto » présente de façon simple et concrète les obligations déontologiques relatives au secret professionnel, à la notion de consentement aux soins et au caractère strictement professionnel de la relation avec le client.

Pour chaque thème, une capsule interactive sera publiée. D'une durée de 30 minutes, celle-ci comptera pour 0,5 heure de formation continue (HFC). Un feuillet complémentaire à télécharger reprendra et précisera l'information.

Les articles de loi associés à chacun des thèmes feront l'objet d'explications et seront accompagnés d'exemples issus de la pratique quotidienne de la physiothérapie.

Le secret professionnel

La capsule sur les obligations des professionnels de la physiothérapie en matière de secret professionnel est en ligne sur le site Web de l'OPPO. Les éléments clés suivants y sont notamment explicités :

- Obligations en matière de confidentialité des personnes qui travaillent avec le professionnel
- Maintien de la confidentialité dans le lieu de travail
- Confidentialité et durée de la relation professionnelle
- Rares situations dans lesquelles le professionnel peut être relevé du secret professionnel
- Obligations du professionnel dans le cas où un renseignement protégé par le secret professionnel doit être divulgué

?
Veuillez répondre à la question suivante:

Demande du Bureau du syndic

Dans le cadre d'une enquête, le Bureau du syndic de l'OPPO exige que vous lui remettiez des documents relatifs à l'un de vos patients.

Pouvez-vous vous soustraire à cette obligation au nom du secret professionnel?

Oui

Non

VALIDER

Accédez à la capsule interactive au :

🌐

oppq.qc.ca/formation/secret-professionnel





À venir : l'inconduite sexuelle

Une capsule présentant les situations qui constituent une inconduite sexuelle sera publiée dans les mois à venir. Les membres pourront en apprendre plus sur les aspects suivants :

- Notion d'abus de pouvoir
- Gestes et propos proscrits
- Durée de la relation professionnelle et interdiction d'établir des liens intimes
- Personnes visées par l'interdiction d'établir des liens intimes (parents du client, tuteur, etc.)
- Conséquences psychologiques des inconduites sexuelles chez les clients
- Sanctions auxquelles s'expose le professionnel qui contrevient aux règles

Inconduites sexuelles : une ressource complémentaire

Conçu par l'Ordre professionnel des sexologues du Québec (OPSQ), avec la collaboration financière du ministère de la Justice, le site inconduites.opsq.org contient une série de capsules informatives pour prévenir les inconduites sexuelles dans le système professionnel.

Les recours existants pour les clients, tels que les processus relatifs au signalement, à l'enquête et à la plainte, sont présentés. Une section conçue pour les professionnels inclut une formation gratuite intitulée *Réflexions et pistes d'action pour prévenir l'inconduite sexuelle*, qui aborde plusieurs questions relatives à l'inconduite sexuelle et au professionnalisme.

À venir : le consentement aux soins

La capsule sur le consentement libre, éclairé et continu aux soins en physiothérapie traitera notamment des notions suivantes :

- Obligation d'avoir le consentement du client pour la durée entière du service professionnel
- Information à donner au client sur les soins pour obtenir son consentement libre et éclairé
- Droit du client d'accepter, de refuser ou d'interrompre ses soins
- Situations dans lesquelles le consentement peut être formulé par un tiers
- Obligations liées à la tenue des dossiers

UNE NOUVELLE FOIRE AUX QUESTIONS

Les membres peuvent désormais consulter sur le site Web de l'Ordre une foire aux questions (FAQ) axée sur les obligations déontologiques des membres dans leur pratique quotidienne. Fondée sur des questions posées fréquemment par les membres, cette FAQ traite notamment des thèmes suivants :

- Tarifs et frais d'annulation
- Obligations relatives aux reçus de physiothérapie
- Publicité relative aux rabais et aux traitements
- Règles entourant la vente et la location de matériel
- Utilisation d'autres approches dans le cadre des traitements de physiothérapie
- Expertises des professionnels de la physiothérapie et utilisation de certains titres

Consultez la nouvelle foire aux questions au :

oppq.qc.ca/faq/deontologie-discipline/



Dans la revue *Physio-Québec*

La chronique déontologique de la revue *Physio-Québec* constitue également une source importante d'information sur les devoirs et les obligations des membres. Parmi les thèmes qui y ont été traités, on trouve :

- Les règles et bonnes pratiques relatives à la téléadaptation¹
- Les obligations concernant la formation continue²
- La notion de professionnalisme³

Consultez les archives de la revue au : oppq.qc.ca/outils-de-referance/physio-quebec/

1 « Téléadaptation : respecter la déontologie en tout temps », *Physio-Québec*, édition hiver 2021, pages 9 à 11.

2 « La formation continue : une obligation professionnelle souvent négligée », *Physio-Québec*, édition automne 2019-hiver 2020, pages 9 à 11.

3 « Le client d'abord ! », *Physio-Québec*, édition printemps-été 2019, pages 8 et 9.

Quelles étapes attendent les membres visés par une plainte disciplinaire ?



Par

Daphné Thériault de Carufel, avocate

Coordonnatrice des services juridiques et de l'admission

Secrétaire au Conseil de discipline



À la suite d'une enquête, s'il estime que le membre a enfreint ses obligations, le Bureau du syndic peut déposer une plainte formelle auprès du Conseil de discipline. Le membre reçoit alors une plainte disciplinaire par voie d'huissier. Voici un résumé des étapes qui l'attendent au fil du processus disciplinaire et des outils qui l'aideront à bien se préparer.

QUE FAIRE À LA RÉCEPTION D'UNE PLAINTE DISCIPLINAIRE ?

Il est conseillé au membre de prendre le temps de bien lire la plainte que l'huissier lui a transmise pour savoir ce que le Bureau du syndic lui reproche. La plainte ne signifie en aucun cas que le membre est coupable. Elle amorce le processus disciplinaire qui déterminera s'il a effectivement commis une ou des infractions.

Répondre par écrit dans les 10 jours

Le membre doit répondre au secrétaire du Conseil de discipline, par lettre ou par courriel, au plus tard 10 jours après avoir reçu la plainte. Lors de cette étape, qui s'appelle la comparution, le membre confirme avoir reçu la plainte et indique les coordonnées de son avocat, s'il a choisi d'en engager un pour le représenter.

Le membre peut aussi indiquer s'il plaide coupable ou non coupable, c'est-à-dire s'il reconnaît avoir commis les infractions, ou non, mais il n'est pas obligé de prendre cette décision dès cette étape.

Si le membre n'indique pas son choix, on considérera qu'il plaide non coupable. Il pourra cependant décider de plaider coupable par la suite, s'il le souhaite.

Engager un avocat, si on le souhaite

Le processus disciplinaire peut avoir des conséquences importantes pour le membre s'il est reconnu coupable. Un avocat peut l'accompagner pendant le processus disciplinaire et l'aider à prendre de bonnes décisions. Il peut notamment l'aider à évaluer la situation avant de plaider coupable ou non coupable.

Le membre peut décider d'**engager un avocat à n'importe quelle étape du processus**.

Avec qui communiquer après la réception d'une plainte disciplinaire

Après la réception d'une plainte disciplinaire, le membre ne doit pas communiquer directement avec le Bureau du syndic, mais avec l'avocat de celui-ci, qui est responsable du dossier. Il en sera ainsi pour la suite du processus. Les coordonnées de cet avocat sont indiquées dans la plainte.

BIEN PRÉPARER SON DOSSIER

Préparer le dossier et la preuve

Après réception de la comparution du membre, le Bureau du syndic lui envoie ses éléments de preuve des infractions. La preuve peut inclure des dossiers clients, des échanges écrits, des enregistrements audio, etc.

Ces documents permettent au membre de mieux évaluer la situation, afin de plaider coupable ou non coupable et de se préparer aux audiences devant le Conseil de discipline.

Le membre peut présenter ses propres éléments de preuve au Conseil de discipline. Dans ce cas, il doit en envoyer une copie à l'avocat du Bureau du syndic et au Conseil de discipline, **au moins 15 jours avant la première date d'audience.**

Assister à une conférence téléphonique

Une fois que le membre a reçu les preuves du Bureau du syndic, il est invité à une conférence téléphonique avec l'avocat du Bureau du syndic et le secrétaire du Conseil de discipline, pour **fixer une date d'audience devant le Conseil de discipline.** Si le membre a décidé d'être représenté par un avocat, celui-ci pourra assister à cette conférence téléphonique en son nom.

Le président en chef du Bureau des présidents des conseils de discipline participe à l'appel et veille au bon avancement du dossier. Il s'assure que le membre a reçu toute la preuve et que l'audience est fixée dans le délai prévu par la loi.

LE CONSEIL DE DISCIPLINE

Une ou plusieurs audiences

Lors de l'audience sur culpabilité, le Bureau du syndic tente de démontrer que le membre a commis les infractions décrites dans la plainte. Il présente ses éléments de preuve et ses arguments au Conseil de discipline et peut faire venir des témoins pour les interroger.

Le membre ou son avocat peut ensuite présenter ses propres éléments de preuve, arguments et témoins pour faire valoir son point de vue.

Vous avez reçu une plainte disciplinaire. Et maintenant?

Les étapes du processus disciplinaire



Le Bureau du syndic a déposé une plainte contre vous

Après avoir enquêté à votre sujet, le Bureau du syndic estime que vous avez enfreint vos obligations. Il a donc déposé une plainte formelle auprès du Conseil de discipline, qui agira comme un tribunal. Prenez le temps de lire la plainte que l'huissier vous a transmise pour savoir ce que le Bureau du syndic vous reproche.

Cette plainte ne signifie pas que vous êtes reconnu coupable. Elle amorce le processus disciplinaire, qui déterminera si vous avez effectivement commis des infractions.

À partir de maintenant, vous ne devez plus communiquer avec le Bureau du syndic directement, mais avec son avocat responsable du dossier. Ses coordonnées sont indiquées dans la plainte.

Ce que vous devez faire



Choisir un avocat pour vous représenter, si vous le souhaitez

Le processus disciplinaire peut avoir des conséquences importantes pour vous si vous êtes reconnu coupable. Un avocat peut vous accompagner pendant ce processus et vous aider à prendre de bonnes décisions. Il peut notamment vous aider à évaluer la situation avant de plaider coupable ou non coupable. Sachez que vous pouvez décider d'**engager un avocat à n'importe quelle étape du processus.**



Répondre par écrit dans les 10 jours

Vous devez répondre au secrétaire du Conseil de discipline, par lettre ou par courriel, au plus tard 10 jours après avoir reçu la plainte. Cette étape s'appelle la comparution. Vous confirmez ainsi avoir reçu la plainte et indiquez les coordonnées de votre avocat, si vous avez choisi d'en engager un pour vous représenter.

Vous pouvez aussi indiquer si vous plaidez coupable ou non coupable (c'est-à-dire si vous reconnaissez avoir commis les infractions, ou non), mais vous n'êtes pas obligé de prendre cette décision dès cette étape.

Si vous n'indiquez pas votre choix, le Conseil de discipline considérera que vous plaidez non-coupable. Vous pourrez décider de plaider coupable par la suite, si vous le souhaitez.



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

L'OPQ met à la disposition des membres un nouveau dépliant pour les accompagner tout au long du processus disciplinaire. Il sera transmis aux membres qui reçoivent une plainte disciplinaire et il est téléchargeable en tout temps sur le site Web de l'Ordre.

Une sanction, en cas de culpabilité

Lors de l'audience sur sanction, le Bureau du syndic et le membre présentent leurs arguments concernant la sanction qui devrait lui être imposée et font des recommandations à cet égard au Conseil de discipline, à qui revient la décision.

Un débat peut en effet avoir lieu concernant la ou les sanctions que devrait imposer le Conseil de discipline au membre reconnu coupable. Il est aussi possible que, à la suite de négociations entre les parties, celles-ci se soient entendues pour formuler conjointement une même recommandation au Conseil de discipline.

S'il est reconnu coupable, le Conseil de discipline doit imposer au membre **une ou plusieurs sanctions**, par exemple :

- une réprimande (une note à son dossier) ;
- une amende de 2 500 \$ à 62 500 \$ par infraction ;
- une radiation temporaire ou permanente du Tableau des membres ;
- la révocation de son permis d'exercice ;
- la limitation ou la suspension de son droit d'exercer certaines activités professionnelles.

Il peut aussi recommander au conseil d'administration de l'Ordre d'imposer au membre un cours de perfectionnement, un stage, ou les deux. ●

PLUS D'INFORMATION SUR LE PROCESSUS DISCIPLINAIRE :

- Le dépliant *Vous avez reçu une plainte disciplinaire. Et maintenant ?* au oppq.qc.ca/document/plainte-disciplinaire/
- La foire aux questions *Déontologie et discipline* au oppq.qc.ca/faq/deontologie-discipline/
- L'article « Le conseil de discipline : La justice par les pairs », *Physio-Québec*, automne-hiver 2014, pages 10 et 11.



VOUS CHERCHEZ UN EMPLOI OFFRANT DE LA FLEXIBILITÉ ?

PHYSIOTHÉRAPEUTE ET TECHNOLOGUE EN PHYSIOTHÉRAPIE
JOIGNEZ-VOUS À L'ÉQUIPE DÈS MAINTENANT!

Salaires avantageux, horaires flexibles, assurances et plus!

PRIME DE RECRUTEMENT DE 400\$*

À TOUS LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ
**SINCÈREMENT
MERCİ**

VOTRE EXPERTISE EST IRREMPLAÇABLE



PLACEMENT EN SANTÉ

   **CODEBLEU.CA**

CV@CODEBLEU.CA | 1-877-343-BLEU

Punctures physiothérapeutiques avec aiguilles sèches

Comment gérer les punctures accidentelles ?



Par
Stéphanie Grégoire, pht
Chargée de projets

L'utilisation des punctures physiothérapeutiques avec aiguilles sèches (PPAS) s'accompagne de protocoles stricts pour l'application et la gestion des aiguilles usagées. Toutefois, le risque de piqûre avec une aiguille usagée demeure. Savoir que faire face à un tel accident permet d'avoir les bons réflexes.

Toute personne fréquentant un milieu clinique où les PPAS sont utilisées peut être victime d'une exposition percutanée accidentelle. Cela peut arriver, par exemple, lorsqu'une aiguille, souillée ou non, est oubliée sur une table de traitement ou tombe par terre par inadvertance. On parle de **personne exposée** pour désigner celle qui se pique sur l'aiguille usagée (p. ex., un thérapeute, un autre employé ou un client) et qui doit recevoir une prise en charge médicale rapide. La **personne source** est celle sur qui l'aiguille a été initialement utilisée et dont le sang peut avoir contaminé la personne exposée.

Ce type d'accident soulève des enjeux de confidentialité et des questions très pratiques. Qui faut-il contacter ? Où diriger la personne exposée ? Quelles informations divulguer et dans quel délai ?

1 NETTOYER LA PLAIE

Lorsqu'une puncture accidentelle avec une aiguille souillée survient, le protocole post-exposition percutanée doit être enclenché. Il est appliqué par les personnes responsables préalablement identifiées, par exemple, les physiothérapeutes qui utilisent les PPAS, le coordonnateur clinique, la personne responsable du milieu clinique ou le superviseur immédiat.

La première étape consiste à nettoyer la zone blessée avec de l'eau et du savon. Il faut éviter de brosser la plaie, d'utiliser des solutions irritantes comme de l'alcool ou de faire saigner la plaie en appliquant une pression. Ces actions augmentent la perméabilité des vaisseaux sanguins des tissus lésés et donc le risque de transmission de pathogènes.

2 IDENTIFIER LA PERSONNE SOURCE

La personne source doit par la suite être identifiée, dans la mesure du possible. Sur une base volontaire et confidentielle, elle pourra transmettre à la personne responsable d'appliquer le protocole certains renseignements sur son état de santé afin de guider la prise en charge médicale de la personne exposée.

Avant de recueillir et de divulguer des renseignements personnels, il est indispensable d'obtenir le consentement de la personne source, qui n'a aucune obligation de fournir l'information demandée. L'utilisation qui sera faite de cette information doit lui être présentée pour qu'elle puisse effectuer un choix éclairé. Aucune pression ne doit être exercée sur elle.



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

MOYENS POUR PRÉVENIR LES PIQÛRES ACCIDENTELLES

- Comptage des aiguilles à la puncture et au retrait
- Disposition immédiate des aiguilles utilisées

3 DIRIGER LA PERSONNE EXPOSÉE VERS UN MÉDECIN

Dans les deux heures suivant l'accident, la personne exposée doit être dirigée vers **l'établissement désigné pour la prophylaxie post-exposition** de la région, que l'on peut connaître en appelant la ligne Info-Santé (811).

La personne exposée sera prise en charge pour un dépistage, une immunisation et un suivi, si nécessaire.

La personne source décide de quelle façon elle transmet ses renseignements médicaux à la personne responsable ou au médecin qui prend en charge la personne exposée. Elle peut être invitée à se rendre dans un établissement désigné pour effectuer des tests de dépistage. Elle peut décider de ne pas se déplacer et que ses renseignements seront transmis au médecin par la personne responsable au sein du milieu clinique, par exemple. Ainsi, la personne source a le choix entre divers scénarios, notamment :

- De laisser ses coordonnées à la personne responsable, qui pourra les transmettre au médecin.
- De transmettre l'information au médecin en personne, oralement ou par écrit (formulaires bientôt disponibles sur le site de l'OPPQ).
- De faire parvenir les renseignements au médecin par télécopieur ou par courriel.
- De remettre une enveloppe scellée, destinée au médecin et contenant l'information demandée, à la personne exposée ou encore au responsable du milieu clinique.

4 RASSURER ET TRANSMETTRE L'INFORMATION PERTINENTE

Plusieurs renseignements pertinents peuvent être transmis aux personnes impliquées dans une exposition percutanée accidentelle afin de les rassurer et de clarifier les prochaines étapes. Il est utile d'avoir à portée de main dans le milieu clinique des feuillets explicatifs sur les risques encourus et les étapes à suivre.

5 CONSIGNER L'ACCIDENT AU DOSSIER

Lorsqu'un client est concerné, l'application du protocole de gestion des punctures accidentelles doit être inscrite à son dossier.

L'obtention du consentement de la personne source doit également être notée dans son propre dossier. Rappelons que le respect de la confidentialité demeure essentiel, notamment en ce qui concerne l'identité de cette personne. Pour maintenir le secret professionnel, il est indispensable d'obtenir le consentement des personnes concernées avant de divulguer quelque information personnelle que ce soit, et ce, même en cas de risque de transmission de maladies infectieuses.

Si la personne exposée n'a pas de dossier client (p. ex., étant employée de la clinique), un rapport d'accident devrait être dressé et transmis au responsable du milieu, selon les procédures en vigueur dans les milieux cliniques.

Des documents d'information bientôt en ligne

L'Ordre, en collaboration avec l'équipe de formateurs en PPAS, élabore actuellement les documents d'information suivants, que les membres pourront ensuite télécharger sur le site de l'Ordre :

- Un exemple de protocole de gestion des accidents relatifs aux punctures accidentelles
- Plusieurs formulaires et feuillets d'information à remettre à la personne exposée ainsi qu'à la personne source
- Une liste de vérification

Ces documents pourront guider l'implantation d'une procédure dans divers milieux cliniques. Lorsqu'un protocole post-exposition percutanée est déjà en place, comme dans les établissements de santé du milieu public, les professionnels de la physiothérapie doivent s'y référer.

Pour veiller à la sécurité de tous, il est conseillé aux professionnels de la physiothérapie qui utilisent les PPAS de s'assurer que leur milieu dispose d'un protocole de gestion des expositions aux aiguilles. Si ce n'est pas le cas, il leur sera possible d'adapter le protocole proposé par l'OPPQ et son équipe de formateurs.

REMERCIEMENTS

L'OPPQ remercie l'Ordre des acupuncteurs du Québec ainsi que l'équipe de formateurs en PPAS pour leur collaboration à la rédaction de la documentation : M^{me} Emmanuelle Rivest-Gadbois, pht ; M. Sylvain Cardinal, Ac ; M. Stéphane Daviault, pht ; M^{me} Karine Lebeurier, pht, Ac, M. Éd. ; et M^{me} Nancy Landry, pht. ●

RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

- *Aide-mémoire : la conformité du milieu clinique* au oppq.qc.ca/document/aide-memoire-conformite-milieu/
- *Règlement sur les déchets biomédicaux* au legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cr/Q-2,%20r.%2012

RÉFÉRENCES

- *Les risques de transmission d'infections liés à la présence de seringues et d'aiguilles à des endroits inappropriés*, avis de l'INSPQ au <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/363-AvisSeringues.pdf>
- *Que faire lors d'une exposition au sang ?*, fiche d'information de la CNESST au <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/dc100-498web.pdf>
- *À l'intention des travailleuses et des travailleurs concernés par la récupération, l'entreposage et le transport des seringues et des aiguilles usagées*, fiche d'information de la CNESST au <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/sites/default/files/documents/dc100-497web.pdf>

CONCOURS EXCLUSIF AUX MEMBRES
DES ORDRES PROFESSIONNELS

Je
gagne...



je partage!

10 000 \$

*en prix à gagner
au total*

La Personnelle, l'assureur de groupe auto, habitation et entreprise choisi par des milliers de professionnels au Québec, vous offre la chance de gagner l'un des deux prix de 5 000 \$ comprenant chacun :

- + ♥ **2 500 \$ pour vous GÂTER**
- + ♥ **2 500 \$ pour SOUTENIR UNE CAUSE ou un projet qui vous tient à cœur**



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

Tarifs de groupe. Service unique.

POUR PARTICIPER ET POUR AVOIR PLUS DE DÉTAILS

Obtenez une soumission d'assurance auto,
habitation ou entreprise

1 888 476-8737

lapersonnelle.com/partage

Tirages les 21 mai et 3 décembre 2021.

**Déjà client? Nous vous avons inscrit au concours
pour vous remercier de votre confiance.**

La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. Aucun achat requis. Le concours est exclusif aux personnes admissibles qui, dans le cadre du régime d'assurance de dommages (souscrit auprès de La Personnelle) de leur ordre professionnel participant, i) ont obtenu, à partir du 1^{er} janvier 2021 jusqu'à la date précédant l'un des deux tirages, une soumission d'assurance auto, habitation ou entreprise, ou ii) détiennent déjà l'une de ces polices d'assurance à la date précédant l'un des deux tirages. Pour chaque tirage, un prix de 2 500 \$ CA sera remis à la personne gagnante et un prix de 2 500 \$ CA sera remis à l'organisme caritatif choisi par celle-ci. Le concours est en vigueur au Québec et prend fin le 2 décembre 2021. Détails et règlement complet accessibles sur lapersonnelle.com/partage.

Démystifier les communications lors d'une inspection professionnelle



Par

Manon Dufresne, pht
Directrice de l'inspection professionnelle

Présidente du Comité d'inspection professionnelle (CIP)



Justine Couturier-Des Rochers, T. phys.
Coordonnatrice à l'inspection professionnelle et inspectrice
Secrétaire du CIP



Véronique Boucher, pht
Inspectrice

Secrétaire suppléante du CIP exécutif

Avec la collaboration spéciale de

Carolle Lavallée, pht
Membre du CIP

Présidente suppléante du CIP

Dans le cadre du processus d'inspection professionnelle, il arrive que les inspecteurs de l'Ordre communiquent avec les membres. Cet article présente le contexte de ces échanges, les moyens de communication utilisés et le type de clarifications qui peuvent être demandées.

C'est toujours après transmission de l'avis d'inspection du comité d'inspection professionnelle (CIP) que les inspecteurs communiquent avec les membres. Les précisions demandées peuvent différer selon le type d'inspection effectuée : inspection de surveillance générale ou inspection portant sur la compétence.

DANS LE CADRE D'UNE INSPECTION DE SURVEILLANCE GÉNÉRALE

Conformément au programme annuel d'inspection professionnelle (PAIP), sauf exception, les membres font l'objet d'une inspection de surveillance générale pour la première fois deux ans après la délivrance de leur permis de pratique. Ensuite, au fil de leur carrière, les inspections se succéderont en fonction de la date de leur inspection précédente. Plus de 1 300 membres reçoivent un avis d'inspection chaque année et doivent compléter le processus d'évaluation de la pratique professionnelle.

L'inspecteur responsable du dossier du membre peut contacter ce dernier par courriel, par téléphone, ou encore par visioconférence. Les échanges sont généralement courts et ciblés.

L'objectif de l'inspecteur est souvent de préciser certains renseignements fournis en ligne dans le *Questionnaire sur le profil de pratique* ou de clarifier le contenu du dossier client qui a été soumis.

Exemples de clarifications demandées

Il peut arriver que des informations indiquées dans le questionnaire en ligne ne concordent pas avec celles qui se trouvent dans le portail en ligne de l'Ordre ou dans le portfolio Web du membre. L'inspecteur pourrait alors demander au membre de préciser :

- son lieu d'exercice ;
- le nombre d'heures de formation continue (HFC) effectuées ;
- ses approches thérapeutiques ;
- son contexte de pratique.

Certaines questions peuvent porter sur le dossier client soumis, si celui-ci contient des éléments difficiles à lire ou des informations nécessitant des clarifications. Par ailleurs, il arrive que l'inspecteur demande au membre de fournir un nouveau dossier client ou des documents complémentaires dans les situations suivantes :

- Le dossier client ne répond pas aux critères exigés par le CIP.
- Des documents y manquent (p. ex. : requête médicale, reçus d'honoraires pour les services rendus, programme d'exercices, questionnaire de santé rempli par le client, documents relatifs à un tiers payeur, telles la CNESST ou la SAAQ, notes médicales ou d'autres professionnels).

DANS LE CADRE D'UN PROCESSUS D'INSPECTION PORTANT SUR LA COMPÉTENCE

Diverses situations peuvent amener le CIP à procéder à une inspection portant sur la compétence d'un membre. Cela peut arriver, entre autres, en raison de doutes raisonnables sur la sécurité ou la qualité de la pratique du membre, ou sur son raisonnement clinique, lesquels sont soulevés lors de son inspection de surveillance générale ou celle d'un autre membre. Un signalement au CIP provenant du Bureau du syndic ou du conseil d'administration de l'OPPQ peut aussi entraîner ce type d'inspection.

Dans ce contexte, les inspecteurs peuvent effectuer des activités d'inspection telles que :

- Convoquer le membre à un entretien en personne, dans les bureaux de l'OPPQ, ou par visioconférence.
- Effectuer une visite dans le milieu de pratique du membre pour l'observer lors des interventions auprès de ses clients et obtenir de nouveaux dossiers clients.



Exemples de clarifications demandées

Lors de ces rencontres, et en fonction du mandat dont l'a investi le CIP, l'inspecteur pourrait notamment :

- Recueillir des renseignements sur la conformité du milieu d'exercice¹.
- Poser des questions au membre sur son contexte de pratique (p. ex. : types de clientèle, lieu d'exercice) et sur sa formation continue (effectuée et à venir).
- Demander au membre de remplir des questionnaires portant sur des connaissances de base, de compléter des vignettes cliniques écrites ou verbales, ou de réagir à des mises en situation avec un client fictif.
- Discuter de dossiers clients soumis par le Bureau du syndic ou obtenus dans le cadre de l'inspection d'un autre membre.
- Demander au membre de fournir tout document ou renseignement jugé nécessaire pour compléter son dossier d'inspection².

COMMUNICATION AVEC LE PROPRIÉTAIRE OU LE SUPÉRIEUR IMMÉDIAT

Il est également possible que les inspecteurs communiquent avec le supérieur immédiat du membre ou encore le propriétaire du milieu où il exerce.

Par exemple, l'inspecteur pourrait vérifier certaines pratiques en matière de conservation des dossiers, de tenue de dossiers numériques ou encore de nettoyage et d'entretien des équipements et des lieux.

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LE PROCESSUS D'INSPECTION

Pour plus d'information sur le programme d'inspection professionnelle, le choix du dossier client ou les documents à soumettre, visitez oppq.qc.ca/membres/inspection/.

Pour toute question complémentaire, contactez la Direction de l'inspection professionnelle à : secretariat_inspection@oppq.qc.ca.

CONCLUSION

Communiquer de façon diligente et professionnelle avec les inspecteurs et le personnel de l'inspection professionnelle, que ce soit de façon verbale ou écrite, demeure la meilleure manière de collaborer au processus d'inspection professionnelle.

Par ailleurs, le membre chez qui l'inspection génère un stress important ne doit pas hésiter à communiquer avec l'inspection professionnelle afin d'obtenir des réponses à ses questions. ●

1 Aide-mémoire : la conformité du milieu clinique, [en ligne], oppq.qc.ca/document/aide-memoire-conformite-milieu/

2 Le Code des professions (article 114) autorise l'inspecteur à requérir tout dossier ou document pertinent.

Physiothérapie auprès de l'enfant avec dysplasie osseuse

Par

Lauriane Dubois,

pht, M. Sc.

et

Isabelle Marcoux,

pht, M. Sc.

Centre de réadaptation

Marie-Enfant – CHU

Sainte-Justine



Entre 3 500 et 5 000 personnes sont atteintes d'une des centaines de formes différentes de nanisme au Québec. Les besoins de la personne de petite taille sont multiples et varient au cours de sa vie, y compris lors de l'enfance. Être bien informé avant de traiter cette clientèle permet de faire un dépistage efficace, de prévenir les complications et d'assurer une prise en charge interdisciplinaire.

La dysplasie osseuse, également appelée nanisme, ne se restreint pas au fait d'avoir une petite taille. Il s'agit d'un groupe de malformations congénitales variées sur le plan génétique. Les jeunes avec dysplasie osseuse ont des portraits cliniques diversifiés, chaque diagnostic ayant ses propres particularités. Le diagnostic le plus fréquent de dysplasie osseuse est l'« achondroplasie », dont la prévalence est de 0,36 à 0,60 cas sur 10 000 naissances vivantes.

Les enfants achondroplasiques présentent une morphologie caractéristique au niveau des membres et du visage. Les capacités cognitives ne sont généralement pas affectées. Par ailleurs, plusieurs des syndromes génétiques qui entraînent une forme de dysplasie osseuse, dont l'achondroplasie, affectent la formation du collagène et peuvent causer une hyperlaxité ligamentaire.

On observe aussi fréquemment chez les enfants une macrocéphalie, une hypercyphose dorsolombaire et des malformations de l'apophyse odontoïde, souvent associées à une dysplasie de l'épiphyse osseuse. L'achondroplasie est également caractérisée par une rhizomélie, c'est-à-dire une croissance réduite de la partie proximale des membres, qui occasionne une disproportion entre les membres, plus courts que la normale, et le tronc. Ces particularités ont un impact significatif sur la santé et les habitudes de vie des personnes qui en sont atteintes.

DE LA NAISSANCE À LA MARCHÉ

Le bébé atteint de dysplasie osseuse n'a pas un développement moteur standard. Des interventions en physiothérapie, notamment pour ce qui est du positionnement, peuvent toutefois favoriser son développement.

Le bébé avec achondroplasie a typiquement beaucoup de mal à s'asseoir seul, car ses bras sont plus courts que la moyenne. Cette position est acquise à l'âge médian de 14 mois. La plupart de ces bébés ne marcheront pas à quatre pattes, parce que leurs bras et leurs fémurs sont si courts que leur ventre frôle le sol. Ils privilégient donc les déplacements en rampant ou sur le dos avec une mise en charge sur la tête et se propulsent avec leurs pieds au sol. L'enfant avec achondroplasie marchera à l'âge médian de 19 mois.

En plus d'un retard sur le plan moteur, plusieurs bébés atteints de nanisme présentent une augmentation de la taille du crâne (macrocrânie) qui accroît le risque de plagiocéphalie. Il pourrait alors être tentant d'intervenir pour installer un coussin afin de répartir la charge en position de décubitus dorsal, mais la prudence s'impose. En effet, une flexion excessive du cou lors du sommeil pourrait occasionner une compression médullaire.

Les cliniciens devraient porter une attention particulière à la préservation de l'intégrité de la moelle épinière lors des interventions en physiothérapie, car le canal médullaire des enfants avec nanisme est parfois étroit.

Aussi, le bébé atteint d'achondroplasie présente une hypoplasie de l'étage moyen du visage (c'est-à-dire du nez et des sinus), pouvant engendrer une apnée obstructive du sommeil. Il est important de questionner la famille sur de potentiels arrêts respiratoires lors du sommeil et de s'assurer que le bébé consulte un pneumologue le cas échéant.

Conseils pratiques

Quelques stratégies de positionnement peuvent être efficaces pour offrir un dégagement de la tête en décubitus dorsal, au lit ou dans le siège d'auto. On pense notamment à l'ajout d'un coussin derrière le dos (de l'assise jusqu'aux épaules) afin de réduire la flexion de la tête. Aucun coussin libre ne devrait toutefois être laissé dans le lit d'un bébé sans surveillance. Par ailleurs, une approbation de la SAAQ doit aussi être obtenue avant de modifier un siège d'auto.

Plusieurs bébés avec dysplasie osseuse naissent avec une hypercyphose dorsolombaire. Cette cyphose est généralement partiellement réductible en décubitus ventral, qui est à encourager. Elle s'accroît en position assise, si bien qu'il faut veiller à ne pas asseoir le bébé avant qu'il n'y soit prêt.

Il peut parfois être bénéfique pour l'enfant de porter un corset et cette option devrait être discutée avec le médecin traitant. L'achondroplasie est la seule condition pour laquelle l'acquisition de la marche peut entraîner une réduction de l'hypercyphose. Il est toutefois essentiel que cette hypercyphose reste souple, car des complications attendent ces personnes à l'âge adulte si tel n'est pas le cas.

LORSQUE L'ENFANT GRANDIT

C'est pendant l'enfance que l'on assiste à l'exacerbation des déformations des membres inférieurs. Genu valgum, genu recurvatum, flexum des genoux ou des hanches, ou encore tibia vara sont fréquents.

L'examen musculosquelettique par le physiothérapeute est essentiel au dépistage. Avec les physiatres, il faut discuter de la pertinence d'ajouter des biseaux pour corriger la position du calcanéum, des orthèses antivarus, ou autre. Une collaboration avec un orthopédiste expérimenté permet d'évaluer la pertinence d'autres options chirurgicales pour corriger les déformations. La prise en charge dès l'enfance peut permettre d'éviter une ostéotomie à l'âge adulte.

Les instabilités cervicales et l'hypoplasie de l'apophyse odontoïde sont à considérer lorsque l'enfant grandit et s'intéresse aux sports. La prudence s'impose pour tous les sports de contact, à cause des risques de chute pouvant entraîner le cou en position extrême. Pirouettes, trampoline, coups de tête au soccer sont notamment à éviter.

QUELQUES DÉFINITIONS

- **Dysplasie osseuse (nanisme) :** syndrome génétique caractérisé notamment par une atteinte de la longueur des os.
- **Achondroplasie :** forme la plus fréquente de dysplasie osseuse.
- **Rhizomélie :** croissance réduite de la partie proximale des membres, ce qui occasionne une disproportion entre les membres et le tronc.
- **Macrocrânie :** périmètre crânien dépassant la moyenne par au moins deux écarts-types.
- **Plagiocéphalie :** aplatissement du crâne du bébé en raison d'une pression continue sur sa tête.

Conseils pratiques

Il est pertinent d'aborder la préservation d'énergie et la possible usure prématurée des genoux chez les enfants avec dysplasie osseuse. Avec leurs courtes jambes, ces enfants doivent souvent faire trois pas alors que leurs camarades n'en font qu'un seul. Les marches d'escalier, à la hauteur de leurs genoux, rendent les déplacements plus exigeants.

Il est recommandé à ces enfants de réduire les déplacements non essentiels de même que l'utilisation des escaliers. De plus, des moyens de locomotion de rechange, comme la trottinette ou le vélo d'équilibre, peuvent être offerts. Il vaut la peine de s'informer sur les différents modèles de vélos adaptés aux personnes de petite taille offerts sur le marché. Ces vélos sont souvent mieux adaptés aux proportions du corps des enfants avec nanisme.

Dans le même ordre d'idée, adapter du mobilier à l'école pour les enfants de petite taille favorise une meilleure intégration scolaire. Une approche interdisciplinaire avec les ergothérapeutes est donc de mise pour ces jeunes.

LES ADOLESCENTS

Chez les adolescents, la conduite automobile et l'adaptation du domicile sont quelques-uns des enjeux qui nécessitent une référence en ergothérapie.

Pour ceux qui présentent une hypercyphose dorsolombaire rigide, on observe typiquement une hyperlordose lombaire compensatoire associée à un sacrum horizontal et un flexum des hanches. Cette posture entraîne fréquemment des lombalgies chroniques. De plus, les signes et symptômes de compression médullaire lombaire doivent aussi être évalués régulièrement. Des interventions chirurgicales orthopédiques peuvent corriger certaines de ces problématiques.

Le pronostic fonctionnel de l'adulte avec dysplasie osseuse sera affecté principalement par le développement, ou non, d'une compression médullaire. La présence d'arthrose précoce aux genoux aura aussi un impact important sur sa capacité à la marche.

Les interventions en prévention qui portent sur la posture et la gestion de l'énergie sont essentielles à l'évolution favorable de cette condition.

Soulignons finalement que la communication entre l'équipe de professionnels de la réadaptation, les médecins traitants ainsi que la famille est essentielle pour offrir un service concerté à ces personnes qui présentent des besoins particuliers.

POUR NOUS CONTACTER

Plus de 175 enfants avec dysplasie osseuse sont suivis actuellement à la clinique interdisciplinaire du *Programme d'amputés et de lésions musculosquelettiques*, au Centre de réadaptation Marie-Enfant du CHU Sainte-Justine. Ces enfants ont bénéficié d'une approche interdisciplinaire à laquelle ont participé ergothérapeutes, travailleurs sociaux, psychologues, physiatres, généticiens, orthopédistes et, bien sûr, des physiothérapeutes.

Notre équipe est disponible pour répondre aux questions des professionnels de la physiothérapie amenés à intervenir auprès des enfants atteints de dysplasie osseuse.

Pour plus d'information, communiquez avec :

Isabelle Marcoux, pht, M. Sc.

Centre de réadaptation Marie-Enfant – CHU Sainte-Justine

Courriel : isabelle.marcoux.hsj@ssss.gouv.qc.ca

RÉFÉRENCES

- Ireland, P.J., et coll. "Development in children with achondroplasia: a prospective clinical cohort study," *Developmental medicine & child neurology*, 2012, vol. 54, n° 6, p. 532-537. doi: 10.1111/j.1469-8749.2012.04234.x
- Campeau, P., et A.E. Schlesinger. "Skeletal Dysplasias", dans *Endotext*, [En ligne], 2000., mis à jour le 30 janvier 2017. South Dartmouth (MA), K.R. Feingold et coll., éditeurs, [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279130/>], (consulté le 7 mai 2021).

Soutenir le maintien au travail par l'entremise d'un programme d'autogestion : développement d'un modèle logique



Par
Christian Longtin,
pht, M. Sc.^{a,c}

**Yannick
Tousignant-
Laflamme**,
pht, Ph. D.^{a,b}

**Marie-France
Coutu**, psychologue,
Ph. D.^{a,c}

La lombalgie non spécifique se définit comme une douleur principalement localisée dans la région lombaire et qui n'est pas attribuable à une condition médicale spécifique (p.ex. : infection, tumeur, fracture, etc.)^[1]. Elle est généralement décrite comme étant chronique (ou persistante) lorsqu'elle perdure au-delà de trois mois^[2]. Avec une prévalence à vie allant jusqu'à 84 %, la lombalgie représente un problème de santé publique d'envergure^[1,3]. Elle se classe première en matière d'années vécues avec incapacités parmi l'ensemble des troubles musculosquelettiques (TMS)^[4,5].

Au Québec, les maux de dos arrivent au premier rang des TMS selon l'Institut national de la santé publique^[6] et affectent un grand nombre de travailleurs pour représenter près de 30 % des lésions professionnelles^[7]. Ainsi, il n'est pas surprenant de constater qu'un nombre important de travailleurs souffrant de maux de dos persistants éprouvent de la difficulté quant à leur maintien au travail (MAT)^[8].

Un programme axé sur l'autogestion (AG) de l'incapacité pourrait s'avérer intéressant afin de soutenir le MAT des travailleurs^[9]. L'AG est définie comme étant la capacité du patient à gérer au quotidien ses symptômes, son traitement et les conséquences y étant associées ainsi que les changements dans ses habitudes de vie attribuables à sa condition de santé^[10]. Or, il n'existe pas de programme d'AG axé spécifiquement sur le MAT.

Un tel programme s'inscrit dans le domaine de l'intervention complexe^[11]. Les étapes de développement devraient comprendre, entre autres, le développement d'un modèle logique^[12]. Ce dernier permet d'expliquer les objectifs, les activités ainsi que les tâches nécessaires à l'atteinte des objectifs en plus d'expliquer le fonctionnement du programme^[12].

OBJECTIFS

L'objectif général était de développer le modèle logique d'un programme d'AG visant le MAT de travailleurs ayant été en arrêt de travail prolongé à la suite d'un épisode incapacitant de lombalgie persistante. Les objectifs spécifiques étaient :

- 1 L'élaboration du modèle logique en trois étapes :
 - a. Produire une version préliminaire du modèle logique à partir de la littérature scientifique.
 - b. Documenter la plausibilité du modèle logique auprès d'intervenants cliniques en réadaptation au travail.
 - c. Produire la version définitive du modèle logique.
- 2 La validation de l'acceptabilité du modèle logique définitif auprès des utilisateurs potentiels du programme d'AG, soit les travailleurs.

MÉTHODOLOGIE

OBJECTIF 1 : élaboration du modèle logique

L'élaboration de la version préliminaire du modèle logique s'est basée sur les résultats d'une revue narrative^[13] portant sur les principes théoriques d'un programme d'AG ainsi que sur une revue de la littérature^[14] portant sur les éléments de contenu essentiels d'un programme d'AG de la lombalgie persistante visant le MAT. L'intégration de ces résultats a permis de produire une version préliminaire du modèle.



Afin de documenter la plausibilité du modèle, nous avons recruté des cliniciens en réadaptation au travail ayant un minimum de deux ans d'expérience avec une clientèle aux prises avec des TMS entraînant une incapacité au travail. Le recrutement s'est effectué auprès de cliniciens qui répondaient aux critères d'inclusion et avaient déjà accepté d'être contactés pour la recherche.

Un questionnaire en ligne développé par l'équipe de recherche pour établir la plausibilité^[13] du modèle logique (objectifs, activités, tâches) a été envoyé par courriel aux participants afin d'obtenir leur opinion sur les composantes du modèle logique (exemple d'énoncé : l'objectif est-il **pertinent, suffisant et bien défini** afin d'accomplir le but ultime du modèle ?). Les participants devaient indiquer s'ils étaient en accord ou non avec l'énoncé et pouvaient émettre des suggestions de modifications lorsqu'ils étaient en désaccord. Le questionnaire avait été testé préalablement auprès de cinq professionnels de la santé.

Un groupe de discussion focalisée avec ces mêmes cliniciens a permis de discuter plus en détail des propositions de modifications générées par le questionnaire. Ces résultats ont par la suite été codés, analysés et discutés entre les chercheurs afin d'apporter des modifications pour améliorer la plausibilité du modèle final.

OBJECTIF 2 : acceptabilité du modèle logique

Nous avons recruté des travailleuses du CIUSSS de l'Estrie – CHUS répondant aux critères suivants :

- 1 Avoir eu un épisode d'incapacité prolongé associé à un épisode de lombalgie persistante ayant nécessité une absence du travail pour une période d'au moins six semaines au cours de la dernière année.
- 2 Être de retour au travail.

La version définitive du modèle logique a été présentée de façon vulgarisée à l'aide d'une vignette clinique (travailleur dont le MAT s'avère difficile). Par la suite, un groupe de discussion a permis d'établir l'acceptabilité du modèle auprès des travailleuses. Des questions portant sur la pertinence du modèle, son utilité pour soutenir le MAT, la charge de travail qui en découle (p. ex. : temps requis, type de tâches), les facilitateurs et les obstacles potentiels à son utilisation ont été posées aux participantes.

RÉSULTATS

OBJECTIF 1 : élaboration du modèle logique

La consultation de la littérature a permis d'établir le modèle d'autorégulation de la maladie^[14] ainsi que la démarche de résolution de problème^[15] (identification du problème, planification d'objectifs et d'actions, application, évaluation des effets) comme cadre théorique du modèle logique à partir duquel une version préliminaire a été produite. Le modèle d'autorégulation permet d'expliquer pourquoi un individu adoptera un comportement et le maintiendra en se basant sur la représentation que le patient se fait de sa condition de santé^[14].

Cette version a été présentée à 11 cliniciens ayant en moyenne 16,2 ($\pm 7,9$) années d'expérience, dont une majorité de femmes ergothérapeutes ($n = 9$) ainsi qu'un physiothérapeute ($n = 1$) et un psychologue ($n = 1$). D'abord, le questionnaire a permis de recueillir 53 propositions de modifications, dont 38 qui concernaient les objectifs et 15 qui portaient sur les tâches et les activités. Ensuite, à la rencontre de groupe, le principal thème qui est ressorti concernait l'importance du concept de marge de manœuvre. En réadaptation au travail, la marge de manœuvre est définie comme étant le « coussin » nécessaire pour que le travailleur souffrant d'un TMS puisse reprendre et accomplir son travail habituel sans effets délétères sur sa santé. Celle-ci représente un facteur essentiel à un retour au travail durable^[16]. Les cliniciens ont également fait des suggestions d'ajouts aux activités et aux tâches. Ces derniers portaient sur l'utilisation de stratégies efficaces de communication et l'autoévaluation de la perception d'efficacité personnelle des travailleurs et de leurs stratégies d'AG. Découlant de ces résultats, trois modifications et sept additions ont été apportées au modèle logique afin d'optimiser sa plausibilité, ce qui a permis de produire une version définitive (voir figure 1).

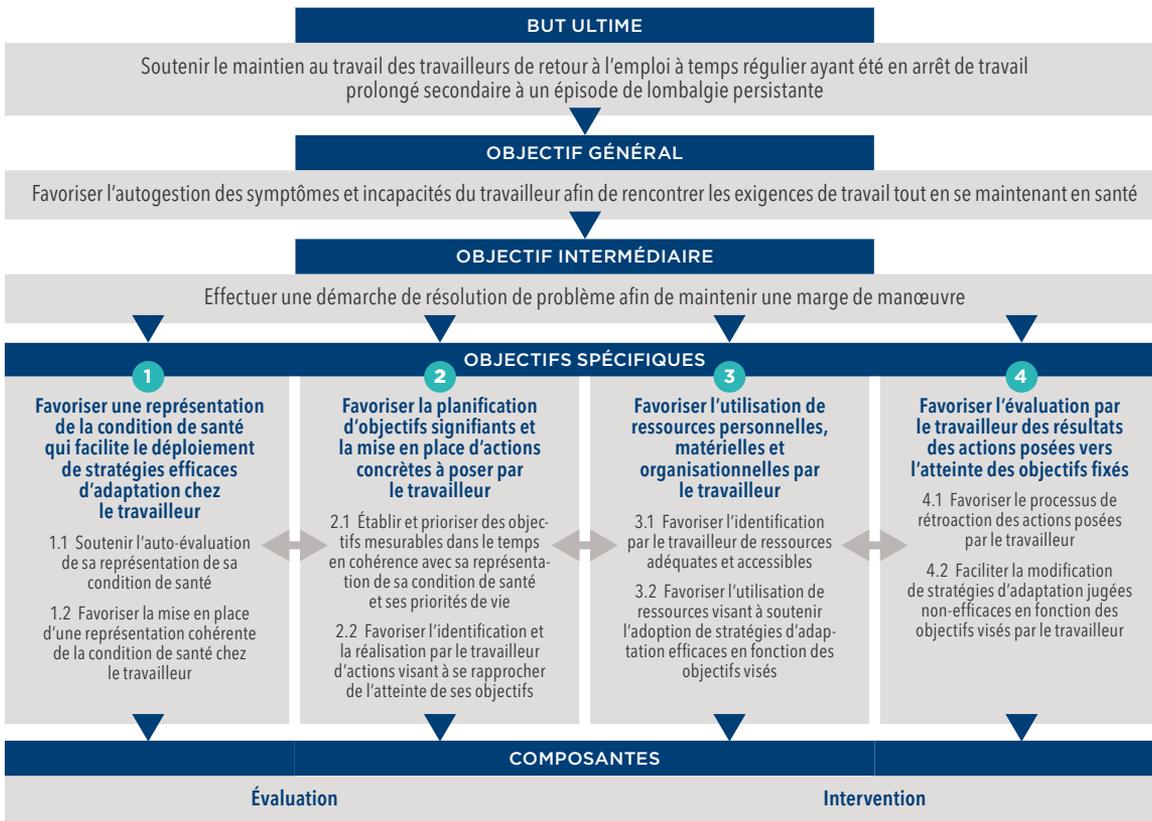
Pour consulter la version complète du modèle logique :

usherbrooke.ca/caprit/equipe-du-caprit/etudiants-actuels/christian-longtin/



Figure 1

OBJECTIFS DE LA VERSION DÉFINITIVE DU MODÈLE LOGIQUE



OBJECTIF 2 : acceptabilité du modèle logique

Sur huit personnes ayant accepté de participer à la validation du modèle logique, quatre ont pu se libérer pour participer sur leur lieu de travail. Elles étaient âgées de 27 à 43 ans et occupaient des emplois variés (infirmière, pharmacienne, préposée aux bénéficiaires et nutritionniste).

De manière générale, les participantes ont mentionné que l'ensemble du modèle logique était pertinent et cohérent en plus de contribuer à leur MAT, puisqu'il leur permettrait de :

- S'assurer d'obtenir de l'information pertinente et crédible.
- Choisir de façon autonome des objectifs et un plan d'action personnalisés.
- S'outiller de moyens concrets à appliquer dans le milieu de travail et au quotidien.
- Moduler le plan d'action en fonction des résultats obtenus.
- Suivre l'évolution de leurs capacités d'AG et de leur MAT.

Les travailleuses ont aussi mentionné qu'elles seraient prêtes à consacrer au maximum une heure par objectif du modèle tout en soulignant l'importance de pouvoir segmenter les tâches à faire en périodes de 10 à 20 minutes. D'autres facilitateurs et obstacles à l'utilisation d'un futur programme d'AG ont également été énumérés (voir tableau 1).

Tableau 1

FACILITATEURS ET OBSTACLES À L'UTILISATION D'UN FUTUR PROGRAMME D'AG SOULEVÉS PAR LES TRAVAILLEUSES

FACILITATEURS	OBSTACLES
Utilisation conviviale et flexible	Surcharge de travail
Interface attrayante	Contraintes informatiques
Bonne accessibilité	Complexité de l'information et des tâches
Efficacité du programme	Absence de soutien de l'entourage de travail

DISCUSSION

Dans cette étude, nous avons développé un modèle logique de programme d'AG de la douleur et de l'incapacité afin de soutenir le MAT de travailleurs aux prises avec une lombalgie persistante. À la suite de modifications mineures, le modèle a été considéré comme plausible par des cliniciens en réadaptation au travail en plus d'atteindre une bonne acceptabilité parmi les travailleuses sondées.

Les cliniciens ont convenu que le concept de marge de manœuvre constituait un élément central du programme d'AG. Cette marge varie constamment selon le profil clinique de l'individu (p. ex. : endurance, douleur) et par les conditions de réalisation de son travail (p. ex. : performance, temps, type de tâches)^[16]. À ce sujet, les travailleuses ont soulevé l'importance d'avoir des moyens concrets et efficaces de gérer leurs symptômes et incapacités afin de faire face aux exigences de leur travail.

Forces et limites

La documentation rigoureuse des premières étapes d'un processus systématique de développement d'un programme d'AG permet d'assurer la fiabilité et reproductibilité du processus de recherche et des analyses associées. Nous avons utilisé une perspective pragmatique en incluant le point de vue de cliniciens en réadaptation au travail ainsi que de travailleuses aux prises avec la problématique à l'étude. Cette démarche assurait d'avoir un bon fil conducteur entre les aspects théoriques, cliniques et pragmatiques d'un futur programme d'AG.

Certaines limites influent sur la portée de nos résultats. Les travailleuses recrutées n'incluaient que des femmes relevant d'un seul employeur dans le domaine de la santé et le nombre restreint de participantes peut limiter la transférabilité des résultats de cette étude.

Retombées et pistes de recherche futures

L'élaboration d'un modèle logique basé sur des fondements théoriques solides contribue à enrichir la littérature scientifique dans le domaine des programmes d'AG de la douleur et d'incapacités persistantes. Sur le plan clinique, les résultats documentés représentent une avancée dans l'amélioration de la prise en charge d'individus souffrant de lombalgie persistante et essayant de demeurer au travail. La prochaine étape serait d'élaborer un programme d'AG basé sur ce modèle logique dans le but d'évaluer sa faisabilité d'implantation dans un contexte clinique et d'obtenir des résultats préliminaires sur son efficacité.

CONCLUSION

Cette étude a permis de développer un modèle logique de programme d'AG visant le MAT de travailleurs ayant été en arrêt de travail prolongé à la suite d'un épisode incapacitant de lombalgie persistante. Ce modèle serait plausible et acceptable selon l'évaluation des principales parties prenantes en plus de fournir un contenu détaillé. ●

RÉFÉRENCES

- 1 Balague F, Mannion AF, Pellise F, et al. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2012;379(9814):482-491. doi:10.1016/S0140-6736(11)60610-7
- 2 Koes BW, van Tulder M, Chung-Wei CL, Macedo LG, McAuley J, Maher C. An updated overview of clinical guidelines for the management of non-specific low back pain in primary care. *Eur Spine J*. 2010;19(12):2075-2094. doi:10.1007/s00586-010-1502-y
- 3 Airaksinen O, Brox JI, Cedraschi C, et al. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J*. 2006;15:S192-S300. doi:10.1007/s00586-006-1072-1
- 4 Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1260-1344. doi:10.1016/S0140-6736(17)32130-X
- 5 Briggs AM, Woolf AD, Dreinhöfer K, et al. Reducing the global burden of musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ*. 2018;96(5):366-368. doi:10.2471/BLT.17.204891
- 6 Michel C, Arcand R, Crevier H, et al. *Portrait national des troubles musculosquelettiques (TMS) 1998-2007 : TMS sous surveillance*; 2010. inspq.qc.ca/pdf/publications/1156_TMS1998-2007SousSurveillance.pdf
- 7 Duguay, P.; Busque, M.-A.; Boucher, A.; Lebeau M., Prud'homme P. Evolution des indicateurs annuels de lésions professionnelles indemnisées au Québec de 2007 à 2012. *Études Rech / Rapp R-922, Montréal, IRSST*. Published online 2016:87.
- 8 Jensen C, Jensen OK, Nielsen CV. Sustainability of return to work in sick-listed employees with low-back pain. Two-year follow-up in a randomized clinical trial comparing multidisciplinary and brief intervention. *BMC Musculoskelet Disord*. 2012;13:156. doi:10.1186/1471-2474-13-156
- 9 Shaw WS, Tveit TH, Geehern-Lavoie M, et al. Adapting principles of chronic pain self-management to the workplace. *Disabil Rehabil*. 2015;34(8):694-703. doi:10.3109/09638288.2011.615372
- 10 Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns*. 2002;48(2):177-187. Accessed February 3, 2017. ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12401421
- 11 Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(5):587-592. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.09.010
- 12 Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos A-P. Modéliser les interventions. In: Éditeurs, ed. *L'évaluation: Concepts et Méthodes*. Les Presses de l'Université de Montréal; 2011:72-84.
- 13 Longtin C, Coutu M-FMF, Tousignant-Laflamme Y. Deciphering programs for optimal self-management of persistent musculoskeletal-related pain and disability—Clinical implications for PTs. *Physiother Theory Pract*. 2019;00(00):1-9. doi:10.1080/09593985.2019.1698083
- 14 Tousignant-Laflamme Y, Longtin C, Coutu MF, et al. What are the essential components of a self-management program designed to help workers with chronic low back pain stay at work? A mapping review. *Eur J Physiother*. Published online 2020. doi:10.1080/21679169.2020.1822443
- 15 Rossi PH, Freeman HE, Lipsey MW. *Evaluation: A Systematic Approach*. 7th ed. Sage Publications; 2004.
- 16 Diefenbach MR, Leventhal H. The common sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *J Soc Distress Homeless*. 1996;5:11-38.
- 17 Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2003;26(1):1-7. Accessed February 16, 2017. ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12867348
- 18 Durand M-J, Vézina N, Baril R, Patrick L, Richard M-C, Ngomo S. *La marge de manœuvre de travailleurs pendant et après un programme de retour progressif au travail – définition et relations avec le retour à l'emploi*; R-566, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail, 2008, 58 p.

- a Faculté de médecine et des sciences de la santé, École de réadaptation, Université de Sherbrooke
- b Centre de recherche du CHUS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Sherbrooke
- c Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail

La modulation conditionnée de la douleur, la kinésiophobie et la dramatisation de la douleur : des facteurs pronostiques de chronicité en cas de lombalgie aiguë ?



Par

Melody Meilleur-Durand, pht.^{a,b}

Luc J. Hébert, pht, Ph. D.^{a,b,c}

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

Guillaume Léonard, pht, Ph. D.^{d,e}

Jean-Sébastien Roy, pht, Ph. D.^{a,b}



La douleur lombaire (LBP) est reconnue pour être la principale cause d'invalidité dans le monde, surtout en raison de ses taux de récurrence et de chronicité élevés^[1]. Ce constat démontre la nécessité d'optimiser la prise en charge des personnes souffrant de cette condition et d'accroître nos connaissances quant aux facteurs pronostiques de chronicité.

Les causes de développement de la douleur lombaire chronique (*chronic low back pain* ou CLBP) seraient multidimensionnelles^[2]. La détresse psychologique et la dramatisation de la douleur seraient des facteurs liés au développement de la CLBP^[3]. Aussi, les patients montrant un niveau élevé de kinésiophobie sont souvent considérés à risque^[4]. Les épisodes antérieurs de lombalgie ainsi que les niveaux initiaux d'invalidité et de douleur sont également cités comme facteurs de risque importants^[5]. Les personnes qui sont sujettes à la CLBP seraient enclines à la douleur chronique en général^[6], d'où l'importance d'arriver à une compréhension approfondie des mécanismes neurophysiologiques sous-jacents.

Certaines pathologies douloureuses chroniques, y compris la CLBP, seraient associées à une altération de la capacité du système nerveux central (SNC) à moduler la douleur. Des études ont montré qu'une influence du SNC vers les voies descendantes pourrait influencer sur le traitement d'un signal nociceptif, c'est-à-dire sur les contrôles inhibiteurs descendants de la douleur^[7]. Une déficience de ces mécanismes pourrait expliquer le développement d'une CLBP^[8]. Ce mécanisme est évalué à l'aide d'un paradigme appelé « modulation conditionnée de la douleur » (MCD)^[9]. Cette évaluation se réalise en comparant la douleur perçue lors d'un test de stimulation douloureuse (TS) effectué avant et répété après un stimulus intense, appelé stimulus conditionnant (SC).

Généralement, l'intensité de la douleur ressentie lors du test de stimulation sera réduite immédiatement après l'exposition au stimulus intense^[7]. Peu d'études prospectives évaluant des variables psychologiques et de MCD ont été réalisées pour déterminer les facteurs pronostiques de lombalgie. Une meilleure connaissance de leur valeur prédictive pourrait aider à mieux cibler les personnes à risque de développer une CLBP.

OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude était d'examiner la valeur prédictive de chronicité de la MCD, des symptômes et des limitations fonctionnelles, de la kinésiophobie et de la dramatisation de la douleur chez les personnes atteintes de lombalgie aiguë. L'objectif secondaire était d'évaluer l'évolution de ces variables dans le temps.

MÉTHODES

Cinquante adultes âgés de 18 à 65 ans et présentant une lombalgie aiguë ont été recrutés. Les critères d'inclusion étaient :

- 1 Souffrir depuis moins de six semaines d'une lombalgie aiguë qui limite les activités quotidiennes pendant plus d'une journée^[10].
- 2 N'avoir ressenti aucune douleur pendant au moins trois mois avant le début de cet épisode de lombalgie^[11].

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- 1 Présenter des signes pouvant suggérer une pathologie grave.
- 2 Avoir des antécédents de chirurgie spinale.
- 3 Prendre des psychotropes, incluant les opioïdes.

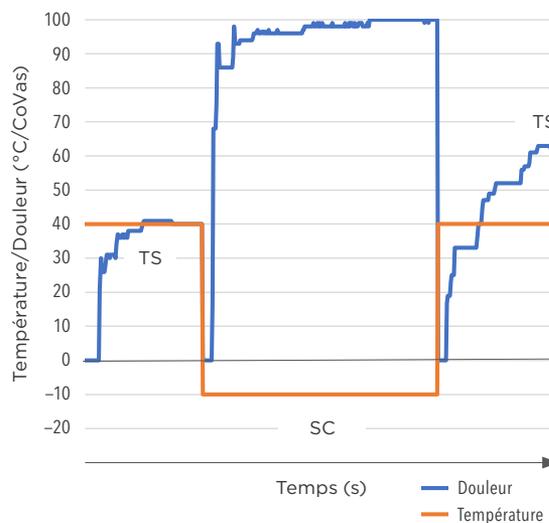
Les personnes recrutées ont participé à trois séances d'évaluation réparties sur six mois (évaluation initiale [E1], évaluation de suivi au troisième mois [E2] et évaluation finale au sixième mois [E3]). Lors de l'E1, les participants ont rempli un questionnaire sur leur situation sociodémographique, ainsi que des questionnaires autoadministrés évaluant les symptômes et les limitations fonctionnelles (le questionnaire d'incapacité d'Oswestry [ODI], version modifiée 2.1, et la version courte du questionnaire *Brief Pain Inventory* [BPI]) ainsi que leur niveau de kinésiophobie (échelle Tampa de kinésiophobie [TSK]) et de dramatisation de la douleur (échelle de dramatisation face à la douleur [PCS]). La MCD a aussi été effectuée. Lors de l'E2, les questionnaires autoadministrés ont été remplis de nouveau et l'efficacité de la MCD a été réévaluée. Pour l'E3, seuls les questionnaires autoadministrés ont été remplis.

MODULATION CONDITIONNÉE DE LA DOULEUR

La MCD est considérée comme la référence standard (*gold standard*) dans l'évaluation des mécanismes inhibiteurs de douleur^[12]. Pour ce projet, le TS a été effectué à l'aide d'une thermode chaude sur l'avant-bras dominant du participant (durée : 1 minute). Ensuite, la main non dominante a été immergée dans de l'eau froide (10 °C) à titre de SC (durée : 2 minutes). Cette méthode sert à déclencher les mécanismes de modulation de la douleur. Après, la thermode chaude a été appliquée de nouveau (durée : 1 minute). Pendant toute la procédure, les participants ont évalué leur niveau de douleur de façon continue sur une échelle visuelle analogique informatisée de 100 mm. Une diminution de la perception de la douleur lors de la deuxième application correspondrait à une capacité de modulation de la douleur adéquate, alors qu'une perception de la douleur égale ou supérieure indiquerait une altération des mécanismes modulateurs.

Figure 1

ÉVOLUTION DE LA DOULEUR PERÇUE LORS DE LA MCD



ANALYSE

En vue de l'objectif principal, les participants ont été dichotomisés selon leur niveau de récupération (chronicité ou non) après six mois. La définition de chronicité utilisée est celle proposée par Deyo et ses collaborateurs, soit une LBP qui persiste depuis au moins trois mois et qui a entraîné des douleurs pendant au moins la moitié des jours au cours des six derniers mois^[10]. Ensuite, des tests univariés (tests t indépendants et le test non paramétrique de la somme des rangs de Wilcoxon) ont été effectués pour comparer les moyennes initiales (TSK, PCS, ODI, BPI, MCD) entre les sous-groupes. Un facteur pronostique potentiel de chronicité a été retenu lorsque la valeur p était inférieure ou égale à 0,15. En ce qui touche l'objectif secondaire, des tests ANOVA à mesures répétées univariées et des tests t indépendants ont été effectués pour comparer l'évolution des variables.

RÉSULTATS

Au total, 50 participants souffrant de lombalgie aiguë ont été recrutés, dont 45 ont complété l'E2 et 42, l'E3. Lors de cette évaluation finale, 30 personnes s'étaient rétablies (groupe RLBP), tandis que 12 personnes (28,57 %) présentaient une CLBP (groupe CLBP).

Tableau 1

ÉVOLUTION DE LA MCD, DE LA KINÉSIOPHOBIE, DE LA DRAMATISATION DE LA DOULEUR AINSI QUE DES SYMPTÔMES ET DES LIMITATIONS FONCTIONNELLES EN FONCTION DU TEMPS ET DU GROUPE

	Échantillon complet			Groupe RLBP			Groupe CLBP		
	E1	E2	E3	E1	E2	E3	E1	E2	E3
MCD	23,85 (23,23)	21,78 (20,77)		23,64 (25,31)	17,19 (19,98)		25,76 (21,61)	33,81 (20,25)	
ODI	17,87 (9,66)	10,36 (9,58)	6,93 (7,89)	17,13 (9,85)	8,87 (10,15)	4,67 (6,24)	16,36 (6,98)	13,09 (7,45)	13,09 (8,87)
BPI — sévérité	3,29 (1,68)	1,79 (1,77)	1,53 (1,92)	3,05 (1,68)	1,42 (1,54)	1,01 (1,63)	3,43 (1,53)	2,11 (0,94)	2,59 (2,06)
BPI — interférence	2,54 (1,88)	1,02 (1,54)	0,75 (1,23)	2,31 (1,92)	0,79 (1,52)	0,46 (1,09)	2,71 (1,83)	1,29 (1,06)	1,22 (1,18)
TSK	23,51 (5,33)	21,80 (6,46)	20,07 (6,81)	23,70 (5,58)	21,23 (7,17)	19,63 (7,10)	22,36 (5,16)	23,09 (4,99)	21,27 (6,07)
PCS	12,87 (8,94)	10,96 (10,57)	8,07 (9,21)	12,40 (9,36)	11,13 (12,06)	8,20 (9,95)	13,36 (9,68)	9,73 (7,10)	7,73 (7,21)

Toutes les mesures sont présentées sous forme de moyenne avec l'écart-type entre parenthèses. Abréviations : RLBP, groupe de participants rétablis de la douleur lombaire ; CLBP, groupe de participants présentant une douleur lombaire chronique ; MCD, modulation de la douleur conditionnée ; ODI, questionnaire d'incapacité d'Oswestry ; BPI, questionnaire *Brief Pain Inventory* ; TSK, échelle Tampa de kinésiophobie ; PCS, échelle de dramatisation face à la douleur. * $p < 0,005$

Valeur prédictive de la modulation de la douleur, des symptômes et des limitations fonctionnelles, de la kinésiophobie et de la dramatisation de la douleur

En ce qui concerne l'objectif principal, il n'y avait pas de différence significative entre les sous-groupes (RLBP et CLBP) au départ pour le TSK ($p = 0,481$), le PCS ($p = 0,779$) et la MCD ($p = 0,817$). Pour ce qui est des symptômes et des limitations physiques, il n'y avait pas de différence significative entre les sous-groupes au départ pour l'ODI ($p = 0,783$) et le BPI (sévérité : $p = 0,500$; interférence $p = 0,544$). En raison d'un manque de facteurs pronostiques potentiels, la régression logistique n'a pas été effectuée.

Évolution de la MCD, des symptômes et des limitations fonctionnelles, de la kinésiophobie et de la dramatisation de la douleur

Dans les deux sous-groupes, les limitations fonctionnelles (ODI), les symptômes (BPI) et les variables psychosociales (TSK et PCS) se sont améliorés de façon significative avec le temps ($p < 0,02$), tandis que la MCD est restée stable ($p = 0,66$). En ce qui concerne les symptômes et les limitations fonctionnelles, des améliorations significatives ont été observées au cours des trois premiers mois (d'E1 à E2) pour l'ODI (changement moyen : $7,5 \pm 9,0$) et pour le BPI (sévérité : $1,5 \pm 1,8$; interférence : $1,5 \pm 1,9$), ainsi que d'E2 à E3 pour l'ODI (changement moyen : $3,1 \pm 8,9$). Il n'y a pas eu de changement significatif pour le BPI d'E2 à E3. En ce qui concerne les variables psychosociales, la seule amélioration significative se situe entre E1 et E3, pour les variables TSK et PCS (changement moyen : $3,3 \pm 6,5$ et $4,6 \pm 10,4$, respectivement).

DISCUSSION ET INCIDENCE SUR LA PRATIQUE CLINIQUE

L'objectif principal de cette étude était d'examiner la valeur prédictive de chronicité de la MCD, des symptômes et des limitations fonctionnelles, de la kinésiophobie et de la dramatisation de la douleur chez les personnes atteintes de lombalgie aiguë. Six mois après l'évaluation initiale, 27 % des membres du groupe souffrait de CLBP et aucune des variables évaluées initialement ne semblait prédire le développement de cette CLBP. Concernant l'objectif secondaire, soit de décrire l'évolution des variables au fil du temps, les principales constatations sont que les symptômes et les limitations fonctionnelles, la kinésiophobie et la dramatisation de la douleur s'améliorent avec le temps, alors que la MCD demeure stable. La stabilité de la MCD observée dans notre étude est en accord avec d'autres études effectuées sur une population souffrant de LBP^[13].

Cette étude exploratoire est une des premières études longitudinales d'une durée de six mois combinant des variables psychosociales et des variables liées à la douleur réalisée sur des personnes souffrant de lombalgies aiguës^[14]. Certaines variables ayant des capacités prédictives n'auraient pas été identifiées en raison de notre puissance statistique faible. Toutefois, cette étude a fourni des pistes de réflexion intéressantes quant à la MCD. Effectivement, l'absence de valeur prédictive et de changements au fil du temps de cette variable suggère que la MCD ne serait pas prédictive de CLBP. La MCD offrirait peut-être de meilleures données probantes dans le cas de syndromes de douleur idiopathique chronique, comme la fibromyalgie. Nous présumons que les changements de la MCD associés aux mécanismes de contrôle inhibiteur de la douleur seraient présents seulement dans la phase chronique de la pathologie. La diminution de la MCD serait plus une conséquence que la cause du développement de la chronicité. Ces hypothèses devraient être confirmées à l'aide d'études futures.

Finalement, la principale constatation de ce projet demeure que l'on observe une diminution significative des symptômes et limitations physiques lors des trois premiers mois pour les deux sous-groupes. En clinique, cette information peut être intéressante à transmettre aux patients afin d'offrir une approche rassurante face à la pathologie. Ainsi, ceci peut avoir une influence positive sur la perception du patient envers sa douleur. Il serait possible de présumer que les trois premiers mois seraient une phase critique dans l'évolution de cette pathologie et que des interventions précoces en physiothérapie pourraient avoir une influence positive. Pour ce qui est de l'évolution des composantes de kinésiophobie et de dramatisation de la douleur, une évolution significative est observée sur six mois. L'évolution lente de ces variables doit être prise en considération sur le plan clinique. ●

RÉFÉRENCES

- 1 Global Burden of Disease Study 2013 collaborators. "Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013," *The Lancet*, 2015, vol. 386, n° 9995, p. 743-800.
- 2 Chou, R. et P. Shekelle. "Will this patient develop persistent disabling low back pain?," *JAMA*, 2010, vol. 303, n° 13, p. 1295-1302.
- 3 Ramond, A., et coll. "Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care—a systematic review," *Fam Pract*, 2011, vol. 28, n° 1, p. 12-21.
- 4 Gregg, C.D., et coll. "The relationship between the Tampa Scale of Kinesiophobia and low back pain rehabilitation outcomes," *Spine J*, 2015, vol. 15, n° 12, p. 2466-2471.
- 5 Pengel, L.H., et coll. "Acute low back pain: systematic review of its prognosis," *BMJ*, 2003, vol. 327, n° 7410, p. 323.
- 6 Von Korff, M., et coll. "Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication," *Pain*, 2005, vol. 113, n° 3, p. 331-339.
- 7 Kennedy, D.L., et coll. "Reliability of conditioned pain modulation: a systematic review," *Pain*, 2016, vol. 157, n° 11, p. 2410-2419.
- 8 Rabey, M., et coll. "Pro-nociceptive and anti-nociceptive effects of a conditioned pain modulation protocol in participants with chronic low back pain and healthy control subjects," *Man Ther*, 2015, vol. 20, n° 6, p. 763-768.
- 9 Yarnitsky, D. "Conditioned pain modulation (the diffuse noxious inhibitory control-like effect): its relevance for acute and chronic pain states," *Curr Opin Anaesthesiol*, 2010, vol. 23, n° 5, p. 611-615.
- 10 Deyo, R.A., et coll. "Report of the NIH Task Force on research standards for chronic low back pain," *J Pain*, 2014, vol. 15, n° 6, p. 569-585.
- 11 Eklund, A., et coll. "Absence of low back pain to demarcate an episode: a prospective multicentre study in primary care," *Chiropr Man Therap*, 2016, vol. 24, art. 3.
- 12 Yarnitsky, D., et coll. "Recommendations on practice of conditioned pain modulation (CPM) testing," *Eur J Pain*, 2015, vol. 19, n° 6, p. 805-806.
- 13 Goubert, D., et coll. "Differences in Pain Processing Between Patients with Chronic Low Back Pain, Recurrent Low Back Pain, and Fibromyalgia," *Pain Physician*, 2017, vol. 20, n° 4, p. 307-318.
- 14 Steenstra, I.A., et coll. "Systematic Review of Prognostic Factors for Return to Work in Workers with Sub Acute and Chronic Low Back Pain," *J Occup Rehabil*, 2017, vol. 27, n° 3, p. 369-381.

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

Le saviez-vous ?

UNE NOUVELLE ADRESSE OU UN NOUVEL EMPLOI DOIVENT ÊTRE SIGNALÉS À L'ORDRE

Il est important de maintenir à jour l'information inscrite à votre dossier de membre.

Si vous avez récemment déménagé, changé de lieu de travail ou encore modifié votre adresse électronique, il est de votre responsabilité d'en informer l'Ordre dans les 30 jours suivant le changement.

Pour effectuer un changement d'adresse, de lieu d'exercice ou de courriel ou mettre à jour un numéro de téléphone, rendez-vous dans la rubrique « Mon compte » du site Web de l'OPPQ.



Pour accéder à votre profil en ligne :

oppq.qc.ca/mon-compte/mes-informations/



VOUS DEVEZ EFFECTUER VOS HEURES DE FORMATION CONTINUE AVANT LE 31 MARS 2022

Les membres ont jusqu'au 31 mars 2022 pour cumuler 45 heures de formation continue et mettre à jour leur portfolio numérique. Ces exigences de formation continue s'inscrivent dans la période de référence 2019-2022 de la *Politique d'amélioration continue de la compétence* (PACC).

Plusieurs options s'offrent aux professionnels de la physiothérapie pour se conformer à leurs obligations de formation continue en contexte de pandémie. Outre les formations offertes par l'OPPQ ainsi que d'autres organismes, les membres peuvent notamment :

- Comptabiliser les heures de formation liées aux activités autorisées dans le contexte de la pandémie (p. ex., dépistage et vaccination contre la COVID-19, transfert et déplacements des personnes en perte d'autonomie).
- Cumuler jusqu'à 15 heures d'activités d'apprentissage autonome.
- Cumuler jusqu'à 5 heures par année en supervisant des stagiaires.



IL EXISTE DES CONDITIONS MINIMALES POUR DEVENIR MAÎTRE DE STAGE AUPRÈS D'ÉTUDIANTS EN PHYSIOTHÉRAPIE

L'Ordre rappelle qu'un membre qui souhaite agir à titre de maître de stage doit remplir les conditions suivantes :

- Ne pas avoir fait l'objet de sanction du Conseil de discipline ou du Tribunal des professions au cours des cinq années précédant la date à laquelle débute la supervision.
- Ne pas avoir fait l'objet d'une obligation (p. ex., formation ou stage) imposée par le conseil d'administration au cours des cinq années précédant la date à laquelle débute la supervision.
- Ne pas avoir fait l'objet d'une décision lui imposant une limitation ou une suspension de son droit d'exercer des activités professionnelles, une radiation, une limitation définitive de son droit d'exercer des activités professionnelles ou une révocation de son permis¹.
- Remplir les autres critères qui pourraient être établis par l'OPPQ (p. ex., avoir un nombre minimal d'années d'expérience).

1 Conditions énoncées à l'article 3 du *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées en physiothérapie*

Les membres du conseil d'administration de l'OPPQ en date du 11 juin 2021



DENIS PELLETIER, pht, M. Sc.

Président de l'OPPQ

Physiothérapeute diplômé de l'Université d'Ottawa en 1991, Denis Pelletier détient aussi une maîtrise en sciences de l'Université de Sherbrooke. Il a exercé comme technologue en physiothérapie pendant quatre ans avant de devenir physiothérapeute. Il a enseigné pendant plus de 20 ans aux professionnels de la physiothérapie tant au niveau collégial qu'au niveau universitaire en plus de pratiquer dans sa clinique privée. Il a siégé six ans à titre d'administrateur à l'Ordre avant d'en devenir le président en 2014.

M. Pelletier est également président de l'Alliance canadienne des organismes de réglementation en physiothérapie (ACORP) et membre du comité exécutif du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ).

En mai 2021, l'Association canadienne de physiothérapie lui a décerné la Médaille de distinction de l'ACP.

« Je suis animé d'une réelle volonté de donner à la physiothérapie toute sa place dans le système de santé québécois. Dans le cadre de mon mandat au CA de l'Ordre, les dossiers de l'intégration professionnelle des personnes immigrantes, de la place des technologues en physiothérapie dans les soins de santé et de l'ajout de nouvelles activités dans la pratique de la physiothérapie constituent des priorités. »

CHANTAL BESNER, pht, M.A.P.

**Vice-présidente du comité exécutif de l'OPPQ
Administratrice physiothérapeute – Montréal**



Physiothérapeute diplômée de l'Université de Montréal en 1984, Chantal Besner détient un certificat en gérontologie ainsi qu'une maîtrise en administration publique de l'École nationale d'administration publique. Elle a exercé en clinique privée avant de pratiquer pendant près de 20 ans à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, où elle a été responsable de l'encadrement professionnel du service de physiothérapie.

Membre de l'Association nationale pour l'éducation clinique en physiothérapie depuis 2002, M^{me} Besner est depuis 2004 directrice de l'enseignement clinique et cumule aussi la fonction d'adjointe académique du programme de physiothérapie de l'Université de Montréal depuis 2008.

Membre du conseil d'administration de l'OPPQ depuis 2001, M^{me} Besner est également vice-présidente de son comité exécutif. Elle a reçu le prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec en 2017 et la Médaille de distinction de l'Association canadienne de physiothérapie en 2021.

« Très soucieuse de la protection du public, j'ai souhaité participer très concrètement à l'avancement de la physiothérapie et à l'amélioration des services de réadaptation, tout particulièrement par le biais de l'élargissement du champ d'expertise reconnu pour nos professions. »



SIMON DESLAURIERS, pht, Ph. D.

**Administrateur physiothérapeute –
Capitale-Nationale et Mauricie**

Physiothérapeute diplômé de l'Université Laval en 2012, Simon Deslauriers détient aussi une maîtrise et un doctorat en médecine expérimentale ainsi qu'un certificat en psychologie. Il a exercé en clinique privée et dans le secteur public en GMF-U.

Conseiller pédagogique et enseignant à l'université, il a également occupé le poste d'adjoint exécutif au cabinet de la sous-ministre adjointe responsable de l'organisation clinique du réseau de la santé au ministère de la Santé et des Services sociaux. Depuis juillet 2021, il est chef de service du Centre de recherche en santé durable VITAM au CIUSSS de la Capitale-Nationale, affilié à l'Université Laval.

M. Deslauriers a publié plusieurs articles sur l'accès aux soins en physiothérapie. Il est également co-auteur du *Livre blanc sur l'accès aux services de physiothérapie au Québec*.

Depuis 2018, il siège au conseil d'administration de l'Ordre, dont il préside le comité des finances et d'audit.

« Fier de ma profession, je tiens à contribuer à son développement et à participer à l'amélioration de l'accès aux services de physiothérapie. J'ai à cœur de mettre au service du conseil d'administration de l'OPPQ ma compréhension de la complexité et des enjeux stratégiques du système de santé. »

JOSÉE LAPOINTE, pht

Administratrice physiothérapeute – Montérégie



Physiothérapeute diplômée de l'Université McGill en 1985, Josée Lapointe détient aussi un baccalauréat en microbiologie et une attestation de 2^e cycle en administration de la santé. Elle exerce la physiothérapie depuis 35 ans et siège à titre d'administratrice à l'Ordre depuis 2012.

Coordonnatrice professionnelle en physiothérapie au soutien à domicile au CSSS Champlain-Charles-Le Moyne depuis 2010, elle y a également occupé le poste de chef d'administration de programme par intérim du volet réadaptation au soutien à domicile entre 2012 et 2015. Dans le cadre de ces fonctions, elle a activement participé à l'intégration des technologues en physiothérapie aux équipes de soutien à domicile ainsi qu'à la bonification de leur rôle. Elle a également pris part à plusieurs projets afin de baliser la pratique de la physiothérapie dans le contexte du soutien à domicile.

« En siégeant au conseil d'administration, je contribue autant que possible à la protection du public et à l'évolution de la profession. J'ai la conviction que cet engagement pour l'avancement de nos pratiques met en valeur l'importance de notre travail pour le bien-être des patients. »



SYLVIE MARCHAND, pht

**Administratrice physiothérapeute – Saguenay-Lac-Saint-Jean,
Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord et Nord-du-Québec**

Physiothérapeute diplômée de l'Université de Montréal en 1985, Sylvie Marchand exerce en clinique privée à temps partiel depuis 35 ans. Elle est récemment retraitée du réseau public où elle a exercé diverses fonctions de 1986 à 2021, dont celle de conseillère-cadre au soutien à la pratique professionnelle à la Direction des services multidisciplinaires du CISSS de l'Outaouais. Elle a également été intervenante-pivot en orthopédie à l'Hôpital de Hull.

Enseignante depuis 1991, elle est notamment professeure, responsable et assistante de laboratoire à l'École de réadaptation de l'Université d'Ottawa au sein des programmes de physiothérapie et d'ergothérapie. Elle a par ailleurs reçu plusieurs prix prestigieux, dont le prix Personnalisation des soins et services, dans le cadre des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux (volet régional), et le prix Coup de cœur du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec.

M^{me} Marchand est administratrice à l'OPPQ depuis 2013 et membre de plusieurs groupes de travail.

« En m'impliquant au CA de l'Ordre, j'ai souhaité promouvoir une offre de soins et de services de physiothérapie qui soit pertinente, sécuritaire et reconnue comme incontournable dans le réseau de la santé. »

FILOMENA NOVELLO, pht, M. Sc.

Administratrice physiothérapeute – Montréal



Physiothérapeute diplômée de l'Université McGill en 1996, Filomena Novello détient aussi une maîtrise en sciences de l'Université Laval. Elle a travaillé pendant plusieurs années au Centre hospitalier de St. Mary, notamment à titre de chef de physiothérapie et coordonnatrice des services post-hospitaliers de réadaptation. Elle a également occupé les fonctions de chef des services de physiothérapie et d'ergothérapie au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Devenue en 2016 coordonnatrice des services de réadaptation hospitalière de l'Hôpital général juif et des services d'aides techniques du Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-Mackay, elle occupe depuis mai 2021 le poste de directrice adjointe par intérim à la direction de la réadaptation et des services multidisciplinaires au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

M^{me} Novello s'est impliquée dans de nombreux comités du réseau de la santé. Membre du conseil d'administration de l'OPPQ depuis 2012, elle a siégé au comité exécutif et au comité des finances et d'audit de l'Ordre.

« Je souhaite faire progresser les projets et soutenir les orientations stratégiques de l'Ordre. L'avancement des deux professions, le bien-être des patients et la promotion de la physiothérapie au sein du système de santé sont des sujets particulièrement importants pour moi. »

YANNICK TOUSIGNANT-LAFLAMME, pht, Ph. D.

Administrateur physiothérapeute – Bas-Saint-Laurent, Estrie, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches et Centre-du-Québec



Physiothérapeute diplômé de l'Université d'Ottawa en 1999, Yannick Tousignant-Laflamme détient aussi une maîtrise et un doctorat de l'Université de Sherbrooke. Il a exercé en clinique privée pendant 20 ans. Passionné par la recherche et l'enseignement, il est professeur titulaire au programme de physiothérapie de l'Université de Sherbrooke, dont il est devenu directeur en 2014.

Président sortant et membre du comité exécutif du Conseil canadien des programmes universitaires de physiothérapie, M. Tousignant-Laflamme est également actif au sein du Réseau québécois de recherche sur la douleur.

À titre de chercheur, il a eu l'occasion de promouvoir la physiothérapie en participant à de nombreuses conférences internationales. Ses activités de formateur dans le cadre du programme de formation continue de l'OPPQ et de conférencier à l'événement Physiothérapie 360° lui ont permis de contribuer au développement des professions de la physiothérapie.

« Profondément engagé pour la protection du public, l'amélioration des services professionnels et le développement de nos professions, j'ai souhaité mettre au service de l'Ordre l'expérience acquise au cours de ma carrière, notamment ma rigueur, mon sens de l'éthique et de la solidarité ainsi que mon expertise dans le domaine de la physiothérapie. »

FRÉDÉRIC WELLENS, pht

**Administrateur au comité exécutif de l'OPPQ
Administrateur physiothérapeute – Laval, Lanaudière et Laurentides**



Physiothérapeute diplômé de l'Université de Montréal en 2001, Frédéric Wellens exerce en clinique privée depuis plus de 20 ans et a fondé sa propre clinique en 2009.

Intéressé par la recherche en physiothérapie dans les champs de l'orthopédie et de la douleur, il s'est penché plus particulièrement sur la neurophysiologie de la douleur et ses incidences sur la pratique de la physiothérapie. Très actif dans ce domaine, il a notamment participé à plusieurs symposiums et conférences, a offert plusieurs formations en milieu clinique et a été chargé de cours au programme de maîtrise en physiothérapie et en ergothérapie de l'Université de Sherbrooke.

Administrateur à l'Ordre depuis 2015, M. Wellens est également administrateur au comité exécutif et membre de plusieurs groupes de travail.

« Passionné par la transmission des connaissances, je me suis engagé au sein du conseil d'administration de l'OPPQ pour soutenir le développement et la promotion des pratiques basées sur la science dans le domaine de la physiothérapie. »



GENEVIÈVE BEAUDOIN, T. phys.

Administratrice au comité exécutif de l'OPPQ
Administratrice T. phys. – Estrie, Montérégie et Centre-du-Québec

Technologue en physiothérapie diplômée du Cégep Garneau en 2001, Geneviève Beaudoin a aussi effectué un microprogramme de 2^e cycle en gestion et évaluation de la douleur à la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. Elle pratique depuis près de 20 ans au CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Elle a été membre du comité de formation de l'OPPQ pendant quatre ans avant d'être élue administratrice T. phys. en juin 2019.

M^{me} Beaudoin est formatrice et animatrice pour les programmes en douleur chronique PASSAGE (Programme d'apprentissage de stratégies d'autogestion efficaces) et PÉGASO (Programme d'éducation de groupe pour l'autogestion des symptômes douloureux) depuis 2010. Elle est également conférencière sur le traitement de groupe en gestion de la douleur chronique.

En 2014, elle a reçu le prix Excellence de l'OPPQ ainsi que le prix Excellence du conseil d'administration du CHUS dans la catégorie mentorat.

« Engagée envers ma profession et passionnée par la transmission des connaissances, notamment par les biais de l'enseignement aux stagiaires et de la formation continue, j'ai souhaité mettre mon savoir et mon intégrité au service de l'Ordre et participer pleinement au développement et au rayonnement de la physiothérapie. »

MÉLANIE BENOIT, T. phys.

Administratrice T. phys. – Montréal et Laval



Technologue en physiothérapie diplômée du Collège Montmorency en 2000, Mélanie Benoit détient aussi un baccalauréat en sciences de l'activité physique (profil thérapie du sport) de l'Université Concordia. Actuellement spécialiste en activité clinique au CHUM, elle a par ailleurs entrepris un certificat en enquête et renseignement à l'Université de Montréal et approfondit également ses compétences en technopédagogie.

M^{me} Benoit a exercé pendant 13 ans en clinique privée. Elle est chargée de cours et a été superviseure d'enseignement clinique au Collège Marie-Victorin. De 2013 à 2021, elle a été chargée de projets à l'OPPQ, où elle a notamment participé à l'élaboration du programme de formation continue, à l'implantation de formules d'apprentissage à distance, comme les webinaires et les webdiffusions, et à la conception de plusieurs guides de pratique, de lignes directrices et autres documents de référence pour les professionnels de la physiothérapie.

Elle siège en tant qu'administratrice à l'Ordre depuis 2021.

« En m'engageant au sein du conseil d'administration de l'OPPQ, je souhaite poursuivre le travail effectué au fil des ans en faveur du développement de notre profession et, plus particulièrement, améliorer la reconnaissance de la contribution des technologues en physiothérapie dans le système de santé. »

RICHARD BRAULT, T. phys.

Vice-président du comité exécutif de l'OPPQ
Administrateur T. phys. – Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine



Technologue en physiothérapie diplômé du Cégep de Sherbrooke en 1987, Richard Brault a exercé pendant près de 30 ans dans le domaine des soins à domicile au CISSS de la Gaspésie. Devenu président du syndicat professionnel en 1991, il occupe depuis 2017 la présidence du chapitre local de l'Alliance du personnel professionnel et technique du réseau de la santé et des services sociaux (APTS).

Son engagement pour le maintien et la promotion des compétences des professionnels de la physiothérapie lui a valu de recevoir le prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) en 2015.

Actif au sein de la Société québécoise des thérapeutes en réadaptation physique depuis 1999 jusqu'à l'intégration de ces professionnels de la physiothérapie à l'OPPQ en 2003, M. Brault siège au conseil d'administration de l'Ordre depuis 2004. Il a siégé au sein de plusieurs comités de l'Ordre, dont celui de la gouvernance. Il est actuellement vice-président du comité exécutif de l'OPPQ.

« Siéger au conseil d'administration de l'OPPQ me permet de participer à la protection du public et de contribuer activement à la promotion des compétences des professionnels de la physiothérapie. »

CAMILLE GAUDREAU-POLLENDER, T. phys.

Administratrice T. phys. – Mauricie, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Lanaudière et Laurentides



Technologue en physiothérapie diplômée du Cégep de Sherbrooke en 2014, Camille Gaudreau-Pollender possède plus de six années d'expérience dans le domaine de la physiothérapie. Elle exerce actuellement au service de prévention, santé et sécurité au travail du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, où elle participe à la coordination du nouveau programme de formation *Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires* (PDSB).

Ses expériences de travail l'ont amenée à pratiquer la physiothérapie auprès de clientèles variées en clinique privée, en centre hospitalier et en CHSLD. Elle a notamment participé à l'élaboration et à l'implantation dans les CHSLD de l'Outaouais d'un programme de soutien et de sensibilisation portant sur les PDSB.

M^{me} Gaudreau-Pollender a aussi contribué à l'analyse de la profession de technologue en physiothérapie, organisée par le ministère de l'Éducation du Québec dans le cadre de l'actualisation du programme de techniques de physiothérapie.

Elle siège au conseil d'administration de l'OPPQ depuis 2019.

« **Engagée pour le rayonnement de la physiothérapie, je souhaitais contribuer à la mission de l'OPPQ en mettant à la disposition du conseil d'administration mon expérience de technologue en physiothérapie. La promotion du rôle des T. phys. me tient particulièrement à cœur.** »

ÉDITH BÉLANGER

Administratrice nommée par l'Office des professions



Détentrice d'une licence en droit civil de l'Université d'Ottawa, Édith Bélanger est membre du Barreau du Québec depuis 1997. Elle a exercé dans le milieu de l'édition juridique pendant plus de 23 ans chez Thomson Reuters – Éditions Yvon Blais. D'abord rédactrice, elle y a dirigé le service de la jurisprudence pendant près de 20 ans avant d'occuper le poste de directrice des opérations Québec de 2019 à 2021.

Depuis mai 2021, M^{me} Bélanger travaille comme spécialiste du développement des affaires au sein du cabinet d'avocats Osler, Hoskin & Harcourt. Elle est également accompagnatrice-mentore au Y des femmes de Montréal – YWCA de Montréal et membre du comité des avocats ayant des carrières alternatives au Barreau de Montréal.

M^{me} Bélanger siège depuis 2020 au conseil d'administration de l'Ordre, où elle fait aussi partie du comité sur la formation continue ainsi que de plusieurs groupes de travail.

« **Mon engagement au sein du conseil d'administration de l'OPPQ provient d'un intérêt marqué pour le système professionnel et d'un désir d'approfondir mes connaissances dans le domaine de la santé.** »

LOUISE DÉPATIE

**Administratrice représentante du public
Nommée par l'Office des professions**



Diplômée en enseignement préscolaire et primaire de l'Université de Montréal en 1974, Louise Dépatie exerce depuis plus de 35 ans dans le domaine de l'éducation à titre d'enseignante et de directrice d'établissements scolaires. Actuellement enseignante à l'éducation des adultes, elle est également consultante en formation et animatrice de groupes de codéveloppement.

Membre de l'Association québécoise de codéveloppement professionnel, administratrice et membre du comité exécutif de la caisse Desjardins du Plateau Montcalm, M^{me} Dépatie fait également partie du comité des ressources humaines de la résidence privée pour aînés Les Jardins Saint-Sacrement.

Elle a été nommée administratrice représentante du public à l'OPPQ en 2012 par l'Office des professions du Québec et fait partie des comités des ressources humaines et de la gouvernance à l'OPPQ.

« **Profondément engagée dans la communauté et toujours à la recherche de solutions gagnantes, j'ai souhaité mettre le professionnalisme et le leadership acquis au fil de ma carrière dans l'enseignement au profit de la protection du public. En collaboration avec les autres administrateurs et la direction générale, je participe à la valorisation du rôle des professionnels de la physiothérapie.** »



LOUISE LUSSIER, CPA, CGA, MBA, pl. fin., ASC

Administratrice nommée par l'Office des professions

Comptable professionnelle agréée (CPA) et administratrice de sociétés certifiée (ASC), Louise Lussier détient notamment un baccalauréat en sciences, majeure en comptabilité, et un MBA de HEC Montréal. Au fil de sa carrière en finances et en administration, notamment auprès de Desjardins Assurance vie et de Loto-Québec, elle a occupé les postes de directrice, administration ; de directrice, contrôle et finances ; ainsi que de directrice générale. Elle a également exercé des fonctions de consultante en planification stratégique et financière, comptabilité et contrôle ainsi qu'en gouvernance et éthique, gestion et développement d'entreprise.

Membre du conseil d'administration et du comité d'audit et de gestion des risques de Desjardins Sécurité financière de 2008 à 2016, M^{me} Lussier a aussi été membre du conseil d'administration et du comité d'audit et de déontologie de la Caisse Desjardins de l'Administration et des Services publics de 2006 à 2021. Depuis 2010, elle est également membre du conseil d'administration du Musée des Hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Montréal.

Elle siège à titre d'administratrice nommée à l'Ordre depuis 2019 et est membre du comité finances et audit de l'OPPQ.

« Forte de mon engagement au sein de plusieurs conseils d'administration, je mets désormais mon expérience en administration des services publics au profit de l'OPPQ. »

DOMINIQUE MARTINET, MBA

**Administrateur au comité exécutif de l'OPPQ
Nommé par l'Office des professions**



Psychoéducateur de formation, détenteur d'un DESS en administration sociale et d'un MBA exécutif de l'Université de Sherbrooke, Dominique Martinet est un gestionnaire retraité du réseau de la santé. Il a exercé principalement en centre de réadaptation auprès de clientèles présentant des troubles du spectre de l'autisme et des personnes présentant des troubles de santé mentale, à titre de gestionnaire de service et de directeur de réadaptation. Il a également occupé différentes fonctions de direction en centre hospitalier.

Engagé tout au long de sa carrière auprès d'organismes communautaires et de fondations, il poursuit ces activités au sein d'un organisme d'habitation pour personnes vivant avec un traumatisme craniocérébral (TCC), d'organismes de loisirs ainsi que de la Garde côtière auxiliaire canadienne.

M. Martinet siège au conseil d'administration de l'OPPQ depuis 2016. Il fait aussi partie des comités des ressources humaines et des finances de l'Ordre.

« Je me suis longtemps impliqué auprès de mon ordre professionnel à titre de responsable du comité de révision des plaintes. J'ai conservé un intérêt pour la pratique professionnelle et souhaite continuer de contribuer à la qualité professionnelle des services donnés à la population. »

Portraits disponibles en ligne au :

oppq.qc.ca/a-propos/structure-de-oppq/



Campagne de vaccination contre la COVID-19

L'engagement des professionnels de la physiothérapie mis en avant

Pour la première fois dans l'histoire de la physiothérapie au Québec, dans le contexte de la pandémie de COVID-19, des professionnels et des étudiants ont été autorisés à administrer un vaccin. Cette mesure exceptionnelle, applicable exclusivement à la période d'urgence sanitaire, a suscité un fort engouement que l'OPPQ a tenu à mettre en lumière sur son site Web et les médias sociaux.

MOIS DE LA PHYSIOTHÉRAPIE 2021

Tout au long du mois de mai, à l'occasion du mois de la physiothérapie, l'OPPQ a mis en valeur l'engagement des professionnels de la physiothérapie qui participent à la campagne de vaccination contre la COVID-19.

Publiés sur le blogue de l'Ordre, les témoignages ont ensuite été diffusés sur la page Facebook destinée au grand public et le compte LinkedIn du président de l'OPPQ, Denis Pelletier.

Une expérience stimulante et enrichissante

Les membres et les anciens professionnels dressent un portrait extrêmement positif de leur expérience :

- Une activité gratifiante : tous soulignent la reconnaissance des personnes qui reçoivent le vaccin et notamment le grand soulagement exprimé par les personnes âgées.
- Un climat d'entraide : la supervision bienveillante des infirmières responsables et les échanges enrichissants avec les autres professionnels qui participent à la campagne (dentistes, vétérinaires, chiropraticiens, etc.) ont souvent été mentionnés.
- Un apprentissage stimulant : une fois la formation reçue, la manipulation des seringues et l'injection du vaccin s'effectuent dans la confiance et la sérénité.
- La physiothérapie, toujours un atout : tous ont relevé l'immense valeur ajoutée que représente leur formation en physiothérapie, qui leur a donné l'habitude de prendre soin des gens, d'établir un contact physique avec eux et de les mettre en confiance.

En quelques chiffres

L'ensemble des publications du mois de la physiothérapie 2021 sur la page Facebook de l'OPPQ a atteint près de **30 000 personnes** et généré plus de **2 500 réactions** (commentaires, partages et j'aime).

Ces chiffres incluent les résultats remarquables d'une publication portant sur la contribution des technologues en physiothérapie, réalisée le 11 mai à l'occasion de la journée des T. phys. Celle-ci a atteint plus de **6 000 personnes** et obtenu quelque **200 réactions**.

Retrouvez ces témoignages sur le blogue de l'OPPQ :

oppq.qc.ca/blogue/covid-19-vaccination-physiotherapie/



Une reconnaissance sur la page Facebook du président

En collaboration avec le Collège des médecins du Québec (CMQ), le président de l'OPPQ, Denis Pelletier, a publié sur sa page Facebook des photos et des témoignages de professionnels engagés dans la campagne de vaccination. Leurs commentaires touchants, associés à des photos souvent teintées d'émotion, d'humour et de fierté, ont trouvé un grand écho. Lancée au début du mois de mars 2021, cette initiative avait déjà atteint près de **4 500 personnes** et généré plus de **3 000 réactions** à la fin du mois de mai.

Page Facebook du président de l'OPPQ :

facebook.com/OPPQPresident



UN GRAND MERCI

Depuis le 3 décembre 2020, pour la durée de la période d'urgence sanitaire, les physiothérapeutes et les technologues en physiothérapie sont autorisés à administrer le vaccin contre l'influenza ou contre la COVID-19. Au mois d'avril 2021, ils ont été rejoints par certains étudiants en physiothérapie issus des programmes collégiaux et universitaires. Par ailleurs, près de 150 professionnels de la physiothérapie à la retraite ont obtenu une autorisation spéciale pour reprendre certaines activités et participer à la campagne de vaccination.

À tous, l'OPPQ tient à adresser ses remerciements les plus sincères. Cette contribution à la campagne de vaccination met en lumière l'engagement des professionnels et des étudiants envers la santé physique de la population et fait honneur à nos professions. L'Ordre tient également à saluer le travail des professionnels qui continuent à participer aux activités de dépistage de la COVID-19.

LA CAMPAGNE DE VACCINATION EN BANDE DESSINÉE

La physiothérapeute Gabrielle Gaudreault-Malépart et la technologue en physiothérapie Catherine Beloin sont devenues les héroïnes d'une bande dessinée soulignant l'implication des professionnels de la santé dans la campagne de vaccination contre la COVID-19.



Lancée par le D^r Jean-Bernard Trudeau, alors directeur adjoint du Collège des médecins du Québec (CMQ), cette initiative représente chaque professionnel de la santé dans son environnement de travail quotidien, puis dans le cadre de la vaccination. ●

Bédéiste : Mario Malouin

REMISE DES MÉDAILLES DE DISTINCTION DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DE PHYSIOTHÉRAPIE (ACP) À L'OCCASION DE SON 100^e ANNIVERSAIRE



En mai 2021, cette distinction honorifique a été remise à une centaine de professionnels de la physiothérapie pour souligner leur contribution.

L'OPPQ ADRESSE SES FÉLICITATIONS LES PLUS SINCÈRES AUX LAURÉATS QUÉBÉCOIS

Mary-Ann Dalzell, Luc J. Hébert, Doreen Killens, Elaine Maheu, Hélène Moffet, Sylvie Nadeau, Dorothy Thomas-Edding et, à titre posthume, Françoise Savard-Goulet, ainsi qu'aux lauréats des autres provinces.



DENIS PELLETIER,
Président de l'OPPQ,
lauréat



CHANTAL BESNER,
Vice-présidente de l'OPPQ,
lauréate

INSCRIPTIONS — TECHNOLOGUES EN PHYSIOTHÉRAPIE

Abbott-Guité, Érika	De la Fontaine, Zoé	Larochelle, Emilie-Anne	Proulx, Alycia
Abi-Aad, Jennifer	Délisle, Justine	Lavallée, Émie	Provost, Laurianne
Aiello, Samantha	Desautels, Laurie	Lavoie, Ariane	Quinlan, Victoria
Aladenise, Théophile	Desnoyers, Chloé	Lavoie, Laurie	Rancourt, Arianne
Alain, Marianne	Dion-Leblond, Elisabeth	Leblond-Marceau, Maude	Raynaud, Daphné
Albert-St-Laurent, Gabrielle	Dodier, Alexy	Lefebvre, Claudine	Reid-Boursier, Claudelle
Alves-Fillion, Amélie	Duford, Frédérique	Légaré, Karine	Rivet, Emma
Amesfort, Jean-Venel	Dumerlus, Odelaine	Legault, Weena	Roberge, Kalyna
Arsenault, Marie-Philippe	Dunn, Camille	Léger, Simon-Ray	Robert, Émilie
Auclair, Laurence	Duquette-Raymond, Steven	Lépine, Marianne	Robert, Marie-Soleil
Auclair, Laurie	Dussault, Karina	Lesage, Véronique	Robin, Arianne
Ayotte, Laurence	Dutil, Marie-Kim	Létourneau, Émy	Robineault, Colin
Babin, Florence	Emond-Tremblay, Véronik	Léveillé, Maude	Rochon, Annie
Barabé, Anne-Marie	Fantazi, Yasmin	L'Heureux, Allison	Rodrigue, Mélyna
Bastien, Marjory	Filin, Victoria	Lirette, Claudia	Rodriguez, Clement
Beauchemin, Catherine	Fink, Louis-Philippe	Losier, Vincent	Rondeau, Marilou
Beaudet, Jeanne	Fortin, Ian	Macfarlane, Alyssa	Roux, Gabrielle
Beauregard, Séphanie	Fournier, Alison	Mahe, Amélie	Roy, Marie-Ève
Bégin, Karianne	Fraser, Yoan	Maheu, Anabelle	Ruel, Alicia
Bélanger, Audrey	Gagnon, Sara	Maheux, Amélia	Sakfidis, Christopher
Belhumeur, Anthony	Gaillard, Paul	Malo, Alexiane	Savoie, Myriam
Béreau, Marie	Gardner, Élizabéth	Maltais-Dufour, Noémie	Scrive, Marie-Ève
Bergeron, Karine	Gélinas, Daphnée	Manseau, Gabriel	Sigouin, Pierre-Olivier
Bernard, Dave	Giguère, Maricka	Marcotte, Geneviève	Simard, Mélissa
Bernier, Bianca	Giguère, Raphaëlle	Martin, Audrey-Anne	Simoneau, Karolyne
Bernier, Maude	Girard, Vincent	Ménard, Dominique	Sirieux, Élodie
Boily, Amélie	Gonthier, Camille	Mériaux, Chloé	Soumbo, Ludrick
Boivin, Véronique	Gouin, Étienne	Messier, Mélodie	St-Aubin, Élise
Bonin-Bourget, Sébastien	Goyer, Justin	Mézière Ste-Marie, Yasmine	St-Denis, Millie
Boudreault, Jennyfer	Grégoire, Charles	Mhadhbi, Haikel	Sylvain, Charles
Bouffard, Camélia	Handschin, Kelly	Michel, Grégory Manuel	Syratt, Megan
Bourdeau, Rachel	Hébert, Justine	Moreau, Charles-Olivier	Tétreault, Samuel
Bourdeau-Goulet, Simon-Gabriel	Hoang, Teresa	Morin, Anabelle	Thibault, Gabrielle
Bridger, Evelynne	Houle, Émilie	Morin, Jérémie	Thibault, Justine
Bureau, Katrine	Huot, Émilie	Morin, Jessica	Tonkov, Helga Olga
Burns, Ann-Sophie	Huot, Michelle	Morin, Joanie	Toussaint, Béattie-Charleen
Caneston, Karen	Isabelle, Kelly	Morin, Sarah	Tremblay, Gabrielle
Cantin, Marianne	Isabelle, Marie-Pier	Nadeau, Juliette	Tremblay, Laurie
Carnoy, Fanny	Jalbert-Vaidye, Alexandra	Nadeau, Myriam	Tremblay, Maïka-Zoé
Chamberland, Cindy	Jean, Laurie	Nguyen-Bergeron, Zoé	Trottier-Thibeault, Alyson
Champagne, Antoine	Jutras, Marianne	Normand, Joanie	Trudel, Stéphanie
Champagne, Laurence	Kandri, Marouane	Norris, Marilie	Turcotte, Alysson
Charette, Carolyne	Laberge, Élodie	Oriti Niosi, Sylvain	Turcotte, Catherine
Chatillon, Pascale	Labrie, Mélina	Otis, Nicolas	Vachon, Joanie
Chevalier, Antoine	Labrosse, Laurence	Ouellet, Audrey	Vachon, Kristina
Chouinard, Sabrina	Laflamme, Catherine	Paquette, Julie-Anne	Vallée, Éloi
Cloutier, Marie-Eve	Lahaie, Juliane	Paquin, Vincent	Vallières, Ève
Cobzaru, Gabriel	Lakhyari, Ali Reda	Pelletier, Carollane	Veillette, Gabrielle
Collette, Charlotte	Laliberté-Leblanc, Océane	Perreault-Chartier, Mariane	Velasquez Mosquera, Casandra
Colosino, Zackery	Lalonde, Jean-Marie	Pham, Alyssa-Joy	Verguet Moniz, Sarah Maria
Corriveau, Marie	Lalonde, Marie-Pier	Pham, Maggie	Vézina, Félix-Antoine
Coulombe, Émilie	Lamontagne, Ariane	Picard, Pascale	Vieth-Rodriguez, Anne-Sophie
Cyr, Mia	Lamontagne, Mélissa	Pilon, Mélissa	Villard, Carolane
Daigle, Élisabeth	Lamoureux, Laurie	Pinard-Labarré, Marie Pier	Vincent, Christopher
Dallaire, Gabrielle	Lamoureux-Riopel, Ariane	Pittman, Ryan	Vincent, Maryse
Dallaire, Loriane	Langlois, Charles-Hugo	Plante, Jessica	Yemelyanov, Isanna
D'Anjou, Léa	Laplante, Charlie Anne	Plante, Maude	
Dansereau Cordeiro, Alexandre	Lapointe, Alexia	Poissant, Catherine	
De Carufel Massicotte, Laurie	Laquerre, Marie-Eve	Pratte, Joanie	

INSCRIPTIONS — PHYSIOTHÉRAPEUTES

Armstrong, Marie-Ève	Côté, Alexandre	Labrèche, Anthony	Poulin, Marianne
Arseneau, Josiane	Côté, Audrey-Ann	Lachance, Kim	Rancourt, Alyson
Auger, Laurence	Côté, Marie-Pier	Laflamme Thibault, Sandrine	Renaud, France
Bazan Bardales, Maria Celia	Côté, Sébastien	Lalonde, Charlotte	Rotari, Alina
Beaudoin, Claudia	Dao, Andrew	Landry, Élise	Roy, Laurie
Bédard, Marianne	Degrave, Nora	Langevin, Annie-Pier	Roy, Pier-Luc
Bélanger, Charles	Den Hartog, Jalisa	Langlois, Daphnée	Rudko, Lauren
Bélanger, Judith	Desgagnés, Amélie	Larouche, Simon	Saint-Onge, Samuel
Ben-Hassel, Rym Amina	Desjardins, Kristine	Larouche-Buffett, Jessie	Santamaria, Chantal
Bernier, Jacinthe	Doré, Benjamin	Laurin, Élisabeth	Saucier, Camille
Bérubé, Noémie	Drapeau, Myriam	Lavoie, Vincent	Seyer, Xavier
Blais, Annabelle	Ducharme, Émilie	Le Mai, Élisabeth	Simard, Philippe
Blais, Annie-Pier	Duchesne, Philip	Lebeau, Caroline	Stanwood, Olivia
Blais, Audrey-Ann	Dumont, Alice	Ledwell, Noah	Thangathurai, Johnson
Blanchet, Joanie	Dupuis, Audrey-Ann	Léger, Karine	Théberge, Lara
Blanchette, Philippe	Elias, Rania	Lessard, Alexandre	Thibeault, Kim
Blier, Sarah-Kim	Elkees Kerolos Abdelmalak	Logarta, Michelle Ann	Tremblay, Cynthia
Bolduc, Louis-Charles	Youakeem, Christeena	Markand, Aqeela	Tremblay, Léanne
Bonin, Laurianne	Fillion, Ève	McGovern, Lauren	Tremblay, Marie-Danielle
Bouchard, Guillaume	Fillion, Karina	Mercier, Laurie	Trudeau, François
Bouchard, Simon	Gaudreault, Alex	Méthot, Michèle-Anne	Tse, Carol
Boudreau, Noémie	Gauthier, Marie-Danielle	Milan, Charbel	Turbide, Édith
Boudreault-Coutlée, Rachel	Gauvin, Marie-Pier	Moukabil, Mohammed	Ulvik Péladeau, Toolia
Bouliane, Yannick	Gélinas, Carolane	Nadeau, Jordan	Vachon, William
Boulianne, Catherine	Guarnaccia, Laury	Paulin, Amélie	Vaillancourt, Maude
Bourgault, Marie-Audrey	Huard, Maxime	Pelletier-Millette, Valéry	Veillet Magny, Nicolas
Brodeur, Marguerite	Inceer, Mehmet	Periard-Fournier, Elyann	Villeneuve, Monika
Campbell, Maxime	Jetté, Marie-Andrée	Picard, Simon	Zalzale, Chady
Carignan, Catherine	Jiang, Allan	Piché, Jasmine	
Carrier, Jason	Kennedy, Sarah	Pitre, Guillaume	
Comtois, Fanny	Kwon Pak Yin, Nancy	Poitras-Boulay, Catherine	

INSCRIPTIONS — DE TECHNOLOGUES EN PHYSIOTHÉRAPIE À PHYSIOTHÉRAPEUTES

Andrews-Côté, Véronique	Lantier, Patricia	Petitclerc, Andréanne
Daigle, Vicky	Lussier, François	Robert, Meggie
Jimenez, Jessica	Martin, Natacha	Roussel, Élise

RÉINSCRIPTIONS

Antonucci, Catherine	Côté, Christine	Hénault, Geneviève	Normandeau, Florence
Arsenault, Maryse	Courtemanche, Amélie	Hernandez, Valesa Irene	Ostiguy, Marilène
Auguste, Emmanuella	Daigle, Jessica	Hitschfeld, Éva	Ouellet, Stéphane
Ayoub, Edouard	Dicaire, Francine	Iqbal, Maria	Paquin-Jean, Clodel
Bannon, Karine	Doucet, Gabriel	Jardim Pimentel, Manuele	Parent, Martine
Beaudoin, Nathalie	Dubé, Eric	Kokolo, Madzouka	Pigeon, Andréanne
Bénard, Maryse	Dugas, Ann-Julie	Lanciault, Andréanne	Poirier, Catherine
Bensahnoun, Nassima	Durand, Laurie	Langlois, Stéphanie	Pothet, Tiphaine
Bilodeau, Valérie	Gagné, Karine	Laporte, Cristine	Regalado, Gabriela
Blanchet-Favreau, Melissa	Gagnon, Kassandra	Lavoie, Ghislaine	Renaud, Marie-Eve
Boileau, Marie-Michèle	Gagnon, Marjorie	Lavoie, Ghislaine	Rious-Castonguay, Marina
Bombardier, Karine	Galanopoulos, Areti	Lazure, Marie-Chantal	Sahraoui, Omar Rachid
Boudreau-Richard, Karine	Gaumont, Isabelle	Lebrouk, Mina	Stringer, Maude
Boukas, Anas	Gauthier, Catherine	Leitao Pereira, Nadnajna Ornila	Thérien, Lorraine
Bräuchi, Désirée	Gauthier, Cynthia	Mai, Jiali	Thivierge, Jean-Francois
Carrasqueira, Annie	Gauthier, Geneviève	Massé, Geneviève	Vachon, Josée
Charest, Nicole	Gentilcore-Saullnier, Evelyn	Matte, Catherine	Verreault, Mari-Pier
Chiasson, Kim	Giguère, Nicole	Mercier-Chiasson, Caroline	Viel, Julie
Clements, Janie	Gingras-St-Hilaire, Ariel	Meunier Morin, Catherine	Yung, Angela Lok Kee Francisca
Cossette, Maryse	Gosselin, Valérie	Muraru Macovei, Niculina	
Côté, Amélie	Hamel, Catherine	Nareau, Stéphanie	

SAMEDI 20 NOVEMBRE 2021

PHYSIO THÉRAPIE 360°

10^e édition



- ▶ Édition virtuelle accessible dans tout le Québec
- ▶ Près de 1 000 participants attendus!
- ▶ Une excellente occasion de cumuler des HFC



- ▶ Ateliers précongrès et postcongrès
- ▶ Conférences de qualité exceptionnelle et programme diversifié
- ▶ Conférenciers de renommée internationale



- ▶ Concours de capsules vidéo en transfert de connaissances
- ▶ Remise de prix honorifiques

Lancement des inscriptions au cours de l'été 2021

physiotherapie360.ca



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec