

PHYSIO QUÉBEC

n°02

AUTOMNE / HIVER 2013
VOLUME 38

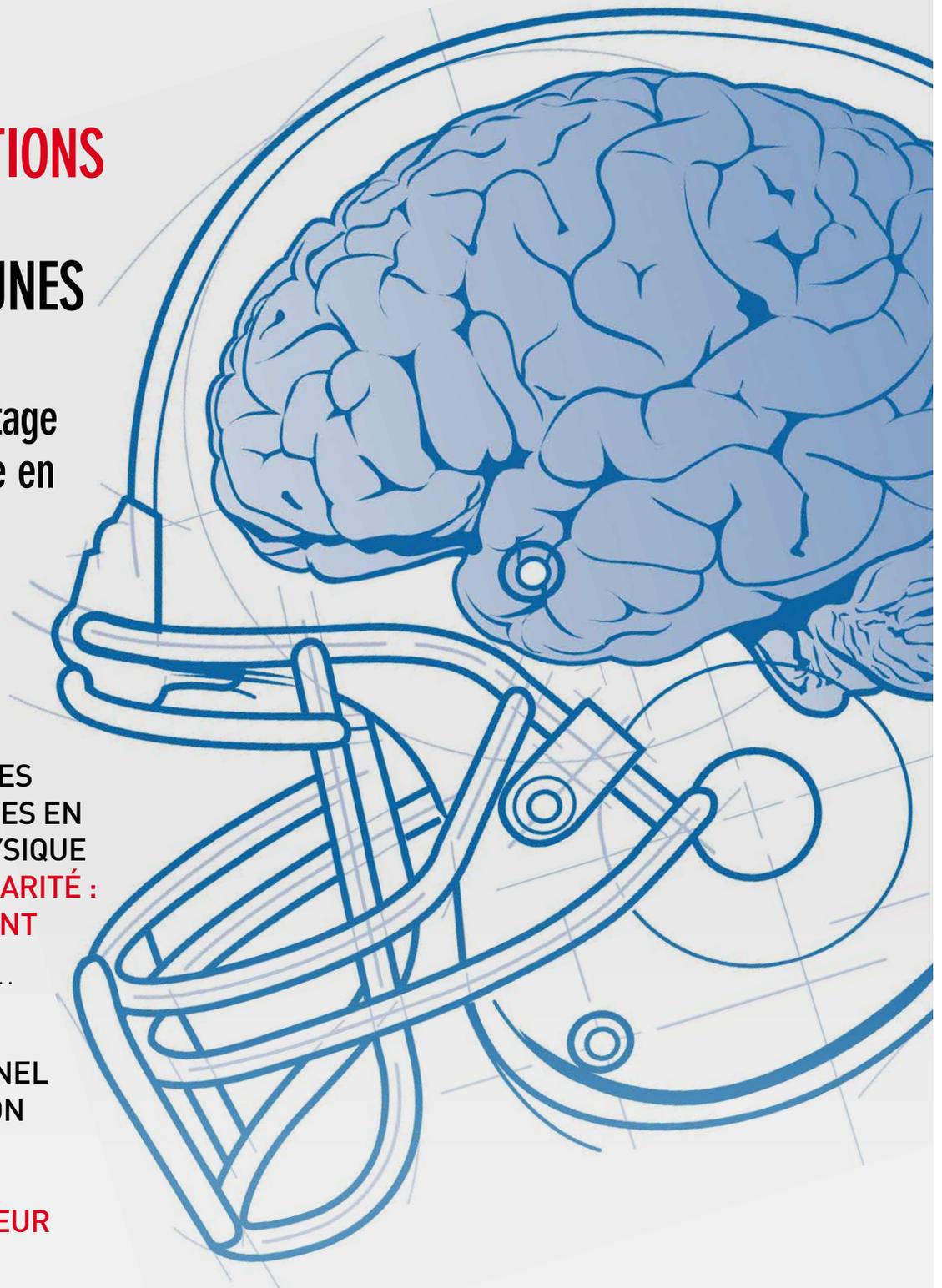
ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC

LES COMMOTIONS CÉRÉBRALES CHEZ LES JEUNES SPORTIFS :

prévention, dépistage
et prise en charge en
physiothérapie

LE TRAVAIL DES
PHYSIOTHÉRAPEUTES
ET DES THÉRAPEUTES EN
RÉADAPTATION PHYSIQUE
EN **INTRADISCIPLINARITÉ** :
UN MODÈLE GAGNANT

DU CONFLIT
INTERPROFESSIONNEL
VERS L'OPTIMISATION
DES PRATIQUES DE
COLLABORATION :
**LA RELATION AU CŒUR
DE LA DYNAMIQUE**





Concentrez-vous sur vos patients,
on s'occupe de vos rendez-vous!

- ✓ Acceptez les demandes de rendez-vous en ligne.
- ✓ Remplacez rapidement les annulations grâce à notre liste d'attente intelligente.
- ✓ Vérifiez votre horaire n'importe où et n'importe quand.

Saviez-vous que **26%** des rendez-vous pris en ligne se font en dehors des heures de bureau?

Plusieurs de nos clients qui sont membres de l'**OPPQ** recommandent GOrendezvous comme solution de rendez-vous en ligne.

Prise de rendez-vous
en ligne

Rappels de rendez-vous

Liste d'attente intelligente

Gestion clinique

Horaires flexibles

Reçus d'assurance

Essayez GOrendezvous **GRATUITEMENT**

Promotion disponible à gorendezvous.com/promo/oppq

questions@gorendezvous.com



1 866 463-8381

La revue *Physio-Québec* est destinée aux quelque 7 000 professionnels de la physiothérapie issus des milieux public et privé. Cet outil diffuse de l'information relative, notamment, à la vie professionnelle, à la déontologie, aux dossiers actuels, aux nouvelles et aux événements concernant le milieu de la physiothérapie. De plus, chaque édition comprend des articles de fond portant sur divers sujets cliniques et sur les grands rôles des professionnels de la physiothérapie.

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

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

RESPONSABLE

Thierry Vogler

Directeur des communications
tvogler@oppq.qc.ca

COORDINATION

Sandra Chabannel

Agente de communication
schabannel@oppq.qc.ca

CONCEPTION GRAPHIQUE

Ubik. Studio de Création
studio@ubik-design.com

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 :
No 40010610



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

7151, rue Jean-Talon Est, bureau 1000
Anjou (Québec) H1M 3N8
Téléphone : 514 351-2770
ou sans frais 1 800 361-2001
Télécopieur : 514 351-2658
Courriel : physio@oppq.qc.ca
www.oppq.qc.ca

Politique publicitaire

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

Visuel couverture : © tharrison - Istockphoto



© DNY59 - Istockphoto

04 Mot de la présidente

Le travail des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique en intradisciplinarité : un modèle gagnant

06 Mot du directeur général

L'incontournable mission de l'Ordre

08 Bureau du syndic

Oui, mais je l'aime...

09 Services juridiques

L'imputabilité d'un administrateur d'une clinique de physiothérapie : un jugement récent

10 Inspection professionnelle

La PACC et l'inspection professionnelle : en soutien au développement professionnel par la pratique réflexive

12 Développement et soutien professionnels

Insertion du pessaire d'essai sans prescription médicale : une bonne nouvelle pour les physiothérapeutes œuvrant en rééducation périnéale et pelvienne

13 Chroniques de l'expert

Les commotions cérébrales chez les jeunes sportifs : prévention, dépistage et prise en charge en physiothérapie

Du conflit interprofessionnel vers l'optimisation des pratiques de collaboration : la relation au cœur de la dynamique

18 Chronique recherche

La physiothérapie pour améliorer la santé sexuelle des femmes

20 Chronique expérience humanitaire

Premiers pas sur le terrain pour Physiothérapie sans frontières

22 Chronique étudiante

L'utilisation du TENS en clinique pour le traitement de l'incontinence urinaire et de la douleur périnéale chez la personne âgée

24 À l'honneur

26 Événements

29 Communications

30 Nouveaux membres



Le mot de la présidente

Lucie Forget, pht, M.A., présidente

Le travail des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique en intradisciplinarité : un modèle gagnant

La Révolution tranquille des années soixante a permis au Québec de prendre des décisions importantes pour son avenir, notamment en matière de santé, d'éducation et d'économie. Il suffit d'être un peu à l'écoute des débats sociaux récents pour constater à quel point les décisions prises par le Québec à l'époque reviennent fréquemment dans l'actualité. Elles alimentent les discussions sur des questions fondamentales comme, par exemple, le maintien d'un système de santé public ou de frais de scolarité inférieurs à la moyenne en Amérique du Nord.

Or, la création des cégeps en 1967 ainsi que des programmes techniques en réadaptation physique a modifié l'offre en personnel compétent dans le champ de la physiothérapie, réservée jusqu'alors aux physiothérapeutes. Le Code des professions de 1973 (entré en vigueur en 1974) a quant à lui protégé le titre des physiothérapeutes. En effet, avant la loi 90 de 2002, il n'y avait pas de reconnaissance d'activités professionnelles réservées. Le travail fait par les T.R.P. ne faisait donc pas l'objet de dispositions sur le plan juridique puisqu'ils ne portaient pas le titre de physiothérapeute. Avec la loi 90, l'Office des professions du Québec a dû reconnaître la nécessité d'encadrement des T.R.P., ce qui a mené à l'intégration de ces derniers à l'Ordre en 2003.

LES DÉBUTS DE L'INTRADISCIPLINARITÉ¹

Si nos deux professions se sont surtout développées en parallèle pendant plus de 20 ans, les discussions et les travaux effectués par le gouvernement dans les années 1990 ont amené les physiothérapeutes et les T.R.P. à une même table de discussion. Les constats dégagés à l'époque ont été nombreux, le principal étant que ce développement en parallèle ne favorisait pas le travail d'équipe en physiothérapie. En effet, le fait d'ignorer l'existence ou la compétence des uns et des autres ne menait nulle part. Par ailleurs, en procédant à l'intégration d'un groupe de professionnels à un autre, l'Office confiait au nouvel Ordre ainsi constitué un mandat important qui devait mettre à l'épreuve notre capacité d'assurer, ensemble, l'autogestion de nos deux catégories de membres. Chacun devait donc apprendre à connaître et à comprendre les compétences de l'autre, une démarche qui s'était déjà amorcée dans plusieurs milieux de travail à partir des années 1990.

L'INTÉRÊT SUPÉRIEUR DES PATIENTS

L'objectif ultime de notre démarche professionnelle commune est très simple : l'intérêt des patients. Les équipes de travail qui ont fait l'exercice de placer le patient au centre de leurs décisions sont parvenues à élaborer des modèles optimaux à la fois pour les patients et pour leurs professionnels. Dans cette optique, l'adoption du Règlement sur les catégories de permis délivrés par l'OPPQ (94m) a campé le cadre dans lequel les compétences des T.R.P. s'exercent au seuil d'entrée sur le marché du travail. Ce règlement et les outils explicatifs élaborés par l'Ordre permettent maintenant à tous les acteurs d'être bien informés.

UN MODÈLE À ENSEIGNER

L'Ordre ne saurait assez insister auprès des maisons d'enseignement collégial et universitaire sur l'importance cruciale d'enseigner aux futurs membres le travail en intradisciplinarité. En effet, c'est pendant les années consacrées à la formation initiale que doit se faire l'acquisition de toutes les compétences essentielles à l'entrée sur le marché du travail pour les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique.

Heureusement, la majorité des maisons d'enseignement ont pris ce virage depuis quelques années. Des initiatives novatrices ont vu le jour et différentes activités pédagogiques permettent maintenant aux finissants universitaires de partager avec leurs collègues finissants du niveau collégial les notions de base sur les différences de leur formation respective. Plus directement, ces rencontres permettent d'échanger sur des moyens concrets de travailler en intradisciplinarité grâce à des études de cas ou des témoignages provenant de cliniciens physiothérapeutes et T.R.P. qui appliquent cette forme de collaboration au quotidien.

Il est important pour les nouvelles maisons d'enseignement offrant l'une ou l'autre des formations initiales de suivre ces exemples ou de mettre au point d'autres façons de faire, toujours avec le même objectif de délivrer des diplômes à des professionnels capables de travailler autant en intradisciplinarité qu'en interdisciplinarité.

L'IMPORTANCE DES STAGES

En physiothérapie, la formation pratique acquise pendant les divers stages fait partie intégrante de l'enseignement depuis toujours. Il est d'autant plus important que les milieux de stage offrent aux étudiants des deux niveaux de formation ce contact avec la réalité du travail en intradisciplinarité. C'est en travaillant ensemble dès l'étape des stages que les futurs physiothérapeutes et T.R.P. apprendront graduellement à maîtriser les compétences requises pour un travail d'équipe optimal. À leur tour, les membres accueillant des stagiaires dans tous les milieux pourront profiter des nouvelles situations d'apprentissage en intradisciplinarité pour mettre à jour leurs propres connaissances des bases théoriques et pratiques du cadre réglementaire en physiothérapie (Règlement 94m, Code de déontologie, etc.)



© Kail Nire LLC - istockphoto

UNE OCCASION DE DÉVELOPPEMENT POUR NOS DEUX PROFESSIONS

La réalité démographique du Québec de demain nous mettra certainement au défi comme professionnels de la physiothérapie. Les chercheurs et les décideurs nous inondent de statistiques qui, depuis plusieurs années, vont dans le même sens : celui du nombre grandissant de personnes qui auront besoin de traitement en physiothérapie. Et si l'on regarde l'ensemble du portrait, tout nous porte à croire que la pression continuera de s'exercer afin que nous en fassions toujours plus avec des ressources financières limitées par notre capacité de payer comme société.

L'intradisciplinarité est donc un modèle de pratique gagnant pour nos deux groupes de professionnels qui peuvent ainsi unir leurs forces et s'offrir des occasions de développement respectif. Les physiothérapeutes pourront jouer des rôles avancés

grâce à l'optimisation et la reconnaissance de leur évaluation diagnostique et de leur rôle de « référent », pendant que les T.R.P. pourront s'épanouir dans leur démarche clinique auprès d'une variété grandissante de patients dans des milieux de travail réservés jusqu'alors aux physiothérapeutes.

Dans de prochains articles sur l'intradisciplinarité, nous vous présenterons des initiatives de milieux d'enseignement et de milieux de soins qui ont fait de l'intradisciplinarité une réalité enseignée et vécue au quotidien dans l'intérêt supérieur des patients et de la physiothérapie.

¹ *Intradisciplinaire* : qui concerne les relations à l'intérieur d'une discipline, d'un domaine scientifique. Source : Office québécois de la langue française

Cette définition suit le modèle du terme *interdisciplinaire* (qui désigne des relations entre plusieurs sciences ou disciplines), avec comme suffixe « intra » qui signifie « à l'intérieur ».



Le mot du directeur général

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

L'incontournable mission de l'Ordre

L'Ordre fêtera bientôt ses quarante ans d'existence en même temps que le quarantième anniversaire du Code des professions. En effet, l'entrée en vigueur du Code en 1974 a permis l'encadrement sous une même loi de tous les ordres qui existaient auparavant et de tous ceux qui, comme le nôtre, voyaient le jour.

Ainsi, le législateur a imposé à chaque ordre la fonction d'assurer la protection du public. À cette fin, l'Ordre doit notamment contrôler l'exercice de la profession par ses membres¹. Le législateur aurait pu décider, comme c'est le cas dans d'autres territoires, que le gouvernement assume lui-même le contrôle de l'exercice de chacune des professions. Il a plutôt choisi de confier ce rôle aux ordres. C'est ce qu'on appelle la justice par les pairs et on ne peut que se réjouir de la confiance accordée aux ordres québécois par le gouvernement.

Plusieurs professionnels peinent à croire cependant que la cotisation payée annuellement à leur ordre doit servir principalement à la protection du public. Ils seraient plutôt portés à penser que cette cotisation devrait

servir à défendre leurs intérêts, voire à les protéger, ainsi qu'à répondre à leurs besoins d'information et à favoriser le développement de leur profession respective.

Or, la mission principale et première d'un ordre professionnel est bel et bien la protection du public. Le Code des professions prévoit d'ailleurs une série de mécanismes qui permettent à un Ordre comme le nôtre d'assumer ce rôle :

- › le Bureau du syndic et le Conseil de discipline, qui voient au respect par nos membres de la loi et de nos règlements;
- › l'inspection professionnelle, qui exerce principalement une surveillance générale de l'exercice professionnel et de la compétence des membres;
- › le comité d'admission, qui veille à la délivrance des permis et analyse les demandes d'équivalence des diplômes et des formations des candidats étrangers;
- › le comité de la formation, qui veille à l'adéquation entre la formation de base des membres et les compétences professionnelles requises;
- › la Direction du développement et du soutien professionnels, qui s'occupe de la formation continue, du portfolio et de l'analyse des demandes d'attestation;

› toutes les instances que sont le conseil d'administration, le comité exécutif et le secrétariat, qui s'occupent de la couverture d'assurance responsabilité professionnelle, des reprises d'exercice, des cas d'inaptitude, des dénonciations d'infractions criminelles ou autres et des cas d'usurpation de titres ou de pratiques illégales, en collaboration avec la syndique et les Services juridiques.

Le fait est que toutes les instances de l'Ordre affectées directement à sa mission de protection du public accaparent plus de 90 % de son budget total. Dans ce contexte, il est aisé de comprendre que bon nombre de membres aient la perception que la cotisation qu'ils paient ne répond pas à leurs attentes. N'empêche, si l'Ordre ne contrôlait pas l'exercice de nos professions, qui verrait à préserver leur réputation et la qualité des services professionnels ? Chose certaine, un organisme gouvernemental ne le ferait certainement pas à meilleur coût et avec toute la sensibilité et la culture propres à nos professions. On peut imaginer également que l'image publique des professionnels pourrait beaucoup souffrir si l'Ordre négligeait son contrôle en matière déontologique (infractions à caractère sexuel, par exemple) ou concernant la compétence (recours en dommages pour lésions, par exemple), pour ne citer que ces deux mécanismes de contrôle de l'exercice.

Cela dit, il n'en reste pas moins que l'Ordre travaille activement au développement et à la reconnaissance de nos professions.

La recherche et les représentations faites en matière de pratiques avancées, les subventions en recherche clinique, l'élaboration de campagnes et d'outils de communication, sur le web notamment, la rédaction et la diffusion de prises de

position et de directives professionnelles et toute la formation continue offerte par l'Ordre en sont des exemples. Il faut comprendre que tous ces développements entrent également dans le mandat de protection du public puisqu'ils contribuent à ce que nos membres offrent des services professionnels efficaces et de qualité.

Au chapitre de la reconnaissance de nos professions, il faut également souligner le rôle de porte-parole et de représentant qu'exerce la présidence de l'Ordre. Elle est directement engagée dans les relations avec les autorités gouvernementales, les autres ordres professionnels québécois et les organismes de réglementation canadiens. Cette représentation ne s'exerce cependant qu'en fonction de la mission de l'Ordre.

Dans ce cas, qui donc voit à la défense des intérêts des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique au Québec? Dans le réseau public, au moins trois syndicats² représentent les professionnels syndiqués auprès de l'employeur. Au privé, la Fédération de la physiothérapie en pratique privée du Québec a pour mission de promouvoir le développement professionnel et économique des propriétaires de cliniques privées. Elle regroupe environ 250 cliniques. L'Association canadienne de physiothérapie (ACP), quant à elle, travaille à l'avancement de la profession et représente plus de 12 000 physiothérapeutes, T.R.P. ou assistants-physiothérapeutes et étudiants en physiothérapie au Canada. Malheureusement, l'ACP n'a pas encore de division québécoise, mais elle y travaille.

Il apparaît donc clairement que la défense des intérêts des professionnels relève directement des associations. Ainsi, s'inspirant du modèle des associations professionnelles comme celles des médecins par exemple, les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique pourraient envisager la création d'une association regroupant chacun des titres professionnels en physiothérapie, ou les deux. Cette association verrait aux intérêts plus spécifiques de ses membres et assurerait la défense de certains dossiers de nature corporative, voire scientifique. Ce modèle ne diminuerait en rien le rôle de protection du public de l'Ordre. Il aurait par contre l'avantage de remplir pleinement les attentes légitimes des membres en ce qui concerne la défense de leur profession respective.

Dans un monde où la concurrence est énorme et où des groupes émergents grugent de plus en plus le champ de la physiothérapie, les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique auraient certainement intérêt à se regrouper ou à former des alliances de façon à continuer d'offrir à la clientèle des services reconnus, reconnaissables et surtout de qualité, tout en ayant la latitude nécessaire pour entreprendre d'autres revendications corporatives qui sont certainement légitimes. ■

¹ Article 23 du Code des professions

² Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) ; Fédération de la santé et des services sociaux-CSN ; Fédération des professionnels-CSN.

Avis important : délai institué pour présenter une demande de remise de cotisation

Veillez noter que pour être traitées, toutes les demandes de remise de cotisation devront dorénavant être présentées dans les délais nouvellement établis par l'OPPQ.

Entérinée par le comité exécutif le 25 octobre 2013, cette décision a pour objectif de limiter les répercussions sur le Tableau des membres de l'Ordre qu'entraînaient les nombreuses demandes tardives.

Ainsi, le membre concerné aura un mois après le début d'un congé de parentalité, d'un retour aux études ou d'un départ à la retraite pour soumettre sa requête. Quant au membre affecté par un congé de maladie, il devra présenter sa demande à l'intérieur d'un mois après son retour de congé.

Toute demande ne respectant pas ces délais sera refusée.

Nous vous rappelons que l'OPPQ accorde à ses membres une réduction de la cotisation principale si ceux-ci n'ont pu, pendant au moins six mois, exercer leur profession pour des raisons de maladie, de congé de parentalité ou d'inscription aux études à temps plein.

Le membre qui souhaite se prévaloir de cette remise de cotisation doit remplir le formulaire prévu à cet effet dans le délai prescrit. Pour remplir une demande, rendez-vous en ligne :

www.oppq.qc.ca
> **mon compte**
> **renouvellement de l'inscription**





Par Louise Gauthier,
pht, LL. M.
Syndique

Oui, mais je l'aime...

Comme professionnels de la santé, le physiothérapeute et le thérapeute en réadaptation physique sont sollicités par les patients pour leurs connaissances en physiothérapie et leur soutien en matière de réadaptation. Les professionnels sont les soignants et les patients, les soignés. Au sein de cette relation, une inégalité inévitable s'installe : d'un côté, la vulnérabilité des patients et, de l'autre, le pouvoir des professionnels qui deviennent les confidents de leurs maux, de leurs craintes et, le plus souvent, de leur situation personnelle. Le professionnel de la physiothérapie assume la grande responsabilité d'assurer le bien-être du patient dans son domaine.

Au-delà de la grande confiance des patients envers leurs soignants, il peut arriver que certains de nos membres abusent de leur autorité en transgressant celle-ci pour avoir des relations intimes avec eux. Certains diront qu'ils sont « tombés en amour », que le patient s'est accroché à eux, que la vie personnelle de l'un ou de l'autre est en désarroi ou encore qu'ils sont faits l'un pour l'autre. Toutes ces raisons, même si elles semblent valables, ne l'emportent pas sur le fait que le professionnel de la santé a la responsabilité ultime de protéger à tout prix la relation professionnelle si importante. Pourquoi ? Parce que cette relation constitue les assises sur lesquelles se fondent toutes les professions. Au cours des dernières années, plusieurs plaintes

La relation professionnelle établie entre un patient et le professionnel qui le traite est la pierre angulaire du lien de confiance qui existe entre les deux. Ce lien est fragilisé et peut être rompu lors de toute inconduite sexuelle, qui dépasse les limites propres à une relation professionnelle¹.

pour inconduite de nature sexuelle déposées contre des professionnels de la physiothérapie ont été traitées. Or, même si ces cas ne constituent pas la majorité des plaintes, ils nous préoccupent sérieusement. En effet, un manquement aussi grave ne peut s'expliquer alors que l'interdiction absolue au regard des relations de nature sexuelle et des liens intimes avec les patients est inscrite clairement dans le *Code des professions* et dans le *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique*.

Le Bureau du syndic est clair à ce sujet : aucune raison ne peut être invoquée pour justifier un abus de pouvoir de cette nature de la part de nos membres. Une telle transgression de la relation de confiance avec nos clients est sérieuse et mérite une intervention urgente et exemplaire. Non seulement un membre ne peut ternir la réputation de la profession, mais surtout, il n'a pas le droit de rompre et d'ébranler la confiance du public envers nos services. Deux mots doivent être bien compris par nos membres en matière d'inconduite de nature sexuelle : tolérance zéro !

Certes, l'amour et les liens intimes ont leur place dans nos vies personnelles, mais pas dans nos relations professionnelles avec nos patients. L'intégrité dans la prestation de services de qualité est à protéger au-delà de tout. ■

L'article 59.1 du Code des professions décrit sans équivoque comme un acte dérogoire à la dignité de sa profession le fait pour un professionnel, pendant la durée de la relation professionnelle qui s'établit avec la personne à qui il offre des services, d'abuser de la relation professionnelle pour avoir avec elle des relations sexuelles, de faire des gestes abusifs à caractère sexuel ou de tenir des propos abusifs à caractère sexuel.

L'article 39 du Code de déontologie réitère l'obligation professionnelle de nos membres en parlant de liens intimes, amoureux ou sexuels. Il met l'accent sur la durée de la relation professionnelle qui peut s'établir en tenant compte, notamment, de la vulnérabilité du client, de son problème de santé, de la durée des traitements et de la probabilité d'avoir à redonner des traitements au client. La fin d'un service professionnel n'équivaut pas nécessairement et dans tous les cas à la fin de la relation professionnelle. La relation thérapeutique ne meurt pas une fois la séance terminée.

¹ Inspiré d'un texte de la Corporation professionnelle des médecins du Québec, *L'inconduite de nature sexuelle dans la relation médecin-patient*, déc. 1993

L'imputabilité d'un administrateur d'une clinique de physiothérapie : un jugement récent



Par Marie-France Salvat
Avocate

La Cour du Québec, chambre criminelle et pénale, a confirmé en février 2013¹, dans une poursuite intentée par l'OPPQ, la responsabilité d'une administratrice de plusieurs cliniques de physiothérapie, non membre de l'Ordre. Cette dernière a aidé ou amené des employés membres de l'Ordre à contrevenir à l'article 4 du Décret d'intégration des T.R.P.² La Cour du Québec l'a condamnée à payer des amendes totalisant 40 000 \$. Notons qu'il s'agit d'une première dans le système professionnel québécois.

L'ARTICLE 187.18 DU CODE DES PROFESSIONS STIPULE QUE :

« Un administrateur, un dirigeant ou un représentant d'une société par actions ne peut aider ou, par un encouragement, un conseil, un consentement, une autorisation ou un ordre, amener un membre d'un ordre qui exerce ses activités professionnelles au sein de cette société à ne pas respecter les dispositions du présent code, de la loi constituant l'ordre dont le professionnel est membre et des règlements adoptés conformément au présent code ou à cette loi. »

En adoptant cet article, l'objectif du législateur est d'éviter « qu'un administrateur, un dirigeant ou un représentant qui n'est pas nécessairement un membre d'un ordre professionnel puisse, en sa qualité de dirigeant, d'administrateur, donner un ordre à un professionnel régi par un ordre professionnel d'aller à l'encontre des règles régissant ce professionnel-là »³.

Dans ce dossier, la Cour a établi qu'une personne peut être qualifiée d'administrateur de facto si, dans les faits, elle s'attribue cette fonction en effectuant des actes normalement réservés aux administrateurs, et ce, même si les formalités requises par la loi ne sont pas réunies. Dans le cas cité, l'administratrice en

question a engagé le personnel, a procédé aux évaluations annuelles des employés et aux ajustements de leur salaire et de leurs conditions de travail, a pris des décisions de gestion courante liées au fonctionnement des cliniques et est intervenue dans le fonctionnement avec les médecins qui orientaient des patients. La preuve a démontré que les agissements de cette personne font d'elle une administratrice de facto.

La preuve au dossier a aussi permis de révéler que cette administratrice a contribué activement au manque de physiothérapeutes présents dans les cliniques pour procéder aux évaluations. Elle n'a pas engagé de physiothérapeutes additionnels alors qu'elle était l'administratrice et qu'elle en avait le pouvoir. Ce n'est qu'en 2011 qu'elle a pris les dispositions nécessaires en ayant recours à des physiothérapeutes provenant d'agences privées pour combler les besoins des cliniques en physiothérapeutes. De plus, certains témoignages de thérapeutes en réadaptation physique mentionnent que l'administratrice leur a demandé sans équivoque de prendre en charge des patients dont le dossier n'était pas complet. La preuve révèle aussi que l'administratrice a offert de participer au paiement des amendes qu'encourraient les thérapeutes en réadaptation physique en cas de réprimande par l'Ordre. Le jugement met en évidence que cette dernière était davantage préoccupée par des considérations économiques qu'elle a priorisées au détriment des règles déontologiques de ses employés.

Selon la Cour, le comportement de l'administratrice dans cette situation constitue de l'aveuglement volontaire et, par conséquent, ne peut être toléré. Le Tribunal rappelle aussi dans sa décision le principe reconnu en droit que l'ignorance de la loi ne constitue pas une défense admissible.

Il est important de mentionner que la physiothérapeute⁴, propriétaire des cliniques en question, de même que les thérapeutes en réadaptation physique⁵ ayant contrevenu à la réglementation de l'Ordre ont reconnu leur

culpabilité aux actes dérogatoires devant le Conseil de discipline et ont été condamnés au paiement d'amendes.

Rappelons qu'au cours des dernières années, le Conseil de discipline de l'OPPQ a sanctionné à de multiples reprises le fait qu'un physiothérapeute, à titre d'administrateur d'une clinique de physiothérapie, avait commis des actes dérogatoires à l'honneur et à la dignité de la profession en laissant ses employés contrevenir à la réglementation de l'Ordre.

La décision de la Cour du Québec de même que les décisions disciplinaires démontrent les obligations et la responsabilité qui incombent à l'administrateur d'une clinique de physiothérapie, qu'il soit membre ou non de l'ordre professionnel, en ce qui a trait au respect de la réglementation professionnelle par ses employés. ■

¹ Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec c. Aubin, C.Q., 2013, Q.C.C.Q 1242 (CanLII).

² Décret concernant l'intégration des thérapeutes en réadaptation physique à l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec. Veuillez noter que les infractions reprochées sont en lien avec le décret parce qu'elles ont eu lieu au cours des années 2008 à 2010.

³ Étude détaillée du projet de loi no 169 – Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives concernant l'exercice des activités professionnelles au sein d'une société – Exercice des activités professionnelles au sein d'une société en nom collectif à responsabilité limitée ou d'une société par actions. 36^e législature, 2^e session, mardi 29 mai 2001, vol. 37, no 23.

⁴ Décision no 31-10-006, Conseil de discipline, 27 avril 2011.

⁵ Décision no 31-09-007, Conseil de discipline, 7 janvier 2010; décision no 31-11-003, Conseil de discipline, 7 octobre 2011; décision no 31-11-005, Conseil de discipline, 7 octobre 2011; décision no 31-11-006, Conseil de discipline, 7 octobre 2011; décision no 31-11-007, Conseil de discipline, 7 octobre 2011; décision no 31-11-008, Conseil de discipline, 7 octobre 2011; décision no 31-11-009, Conseil de discipline, 7 octobre 2011; décision no 31-11-010, Conseil de discipline, 7 octobre 2011; décision no 31-11-011, Conseil de discipline, 7 octobre 2011; décision no 31-11-012, Conseil de discipline, 7 octobre 2011; décision no 31-11-013, Conseil de discipline, 7 octobre 2011.

La PACC et l'inspection professionnelle : en soutien au développement professionnel par la pratique réflexive

M. Omer Dyer est aussi leader pédagogique au Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé (CPASS) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Il a collaboré à la rédaction de cette chronique en dressant un portrait de la pratique réflexive.

PRATIQUE RÉFLEXIVE

Depuis une vingtaine d'années, la pratique réflexive suscite un grand intérêt tant sur le plan de l'enseignement que du développement professionnel.

Schön (1983) fut le premier à introduire le terme de « praticien réflexif » pour décrire une personne qui utilise la réflexion pour revisiter son expérience professionnelle afin d'en faire une source renouvelée d'apprentissage et d'amélioration de sa pratique. Dans une perspective clinique, la pratique réflexive peut désigner « la capacité du clinicien de prendre conscience, de donner du sens et d'apprendre de son expérience clinique de manière à la rendre plus efficiente et satisfaisante » (Johns 1995). À ceci s'ajoute l'idée que « la pratique réflexive devrait être utilisée par les cliniciens lorsqu'ils font face à des situations particulières, et lorsque les individus peuvent ne pas être en mesure d'appliquer des théories ou des techniques reconnues déjà apprises dans le cadre d'une éducation formelle » (Association canadienne de physiothérapie 2011).

Le potentiel de l'approche réflexive se révèle très pertinent dans le contexte de plus en plus complexe de la pratique en physiothérapie. En effet, l'avancement des connaissances, la



Par Omer Dyer, pht
Professeur adjoint à l'école de réadaptation de l'Université de Montréal



Par Gilbert Chartier, pht
Directeur de l'inspection professionnelle
Président du comité d'inspection professionnelle



Par Sandy Sadler, pht
Directrice du développement et du soutien professionnels

Dans notre dernière chronique, nous avons mentionné l'importance du processus réflexif par le professionnel dans la planification de son portfolio ou encore lors d'une inspection. Nous avons alors jugé important de revenir sur les principes de base qui soutiennent les différents mécanismes réflexifs, souvent utilisés en pédagogie, dont celui de la métacognition.

pratique basée sur les faits (*evidence-based practice*), l'approche centrée sur le patient et les pressions continues, dans un contexte de ressources limitées, à viser l'efficience constituent autant de facteurs qui rehaussent continuellement les exigences de pratique en physiothérapie. En raison de telles exigences, le développement professionnel continu devient une nécessité pour maintenir un niveau de pratique adéquat. La pratique réflexive pourrait contribuer à ce développement des professions de la santé. Cet engouement pour la pratique réflexive se base principalement sur toute une littérature qui en suggère les avantages. Entre autres, elle serait un déterminant majeur de l'apprentissage qui découle de la pratique clinique (Barnett 1992), faciliterait le développement du raisonnement clinique (Donaghy and Morss 2000) et améliorerait les capacités d'auto-évaluation du professionnel en regard de ses connaissances et de sa compétence (Johns 1995). Sur cette base, il paraît souhaitable que les professionnels de la physiothérapie soient des cliniciens réflexifs et demeurent des apprenants actifs tout au long de leur carrière (Cross 1993 ; Ward and Gracey 2006).

Bien que plusieurs organismes professionnels fassent la promotion de la pratique réflexive en physiothérapie et dans d'autres domaines de la santé (Clouder 2000 ; Donaghy and Morss 2000 ; Groupe consultatif national en physiothérapie 2012), il n'est pas clair de quelle manière cette pratique se manifeste concrètement dans le contexte clinique. Il serait pertinent que la pratique réflexive soit initiée dès que le clinicien est exposé à une situation qui ne lui est pas familière et qui présente un défi. Un obstacle au

développement des capacités réflexives est le fait qu'elles prennent leur source dans des processus de pensée qui sont difficiles à objectiver. En effet, la réflexion peut porter sur toutes les actions ou les processus de pensée (raisonnement clinique) dont le thérapeute prend conscience et évalue les effets ainsi que sur ceux qu'il tente de modifier pour mieux appréhender la nouvelle situation. Dans cette optique, la pratique réflexive doit être considérée comme un processus métacognitif, c'est-à-dire que la pensée prend pour objet la pensée. Ce processus permet d'atteindre un niveau de conscience élevé de l'action, grâce au contrôle de ses propres mécanismes cognitifs et de la communication avec soi-même (Flavell 1979 ; Mezirow 1981). Ainsi, selon Leclercq et coll. (2008), la métacognition est l'ensemble des jugements, analyses et régulations effectués par la personne sur ses propres performances, et ce, dans des situations avant, pendant et après la performance clinique.

Il existe plusieurs moyens pour aider à développer la pratique réflexive. Une approche est d'utiliser des méthodes métacognitives pour améliorer directement la qualité du raisonnement clinique (Cutrer, Sullivan et coll. 2013). Ainsi, les thérapeutes peuvent consciemment user de métacognition pour prendre un temps de réflexion supplémentaire (*time-out*) avant de statuer sur un diagnostic (Trowbridge 2008) et déterminer quels possibles biais cognitifs pourraient affecter leur raisonnement (Croskerry 2003 ; Mamede, van Gog et coll. 2010). Les outils de promotion de la pratique réflexive les plus utilisés permettent de travailler la réflexion a posteriori de la rencontre avec le patient.

Ces outils sont, par exemple, les notes du thérapeute au dossier du patient, les journaux réflexifs et les portfolios (Francis 1995 ; Snadden and Thomas 1998).

Finalement, il faut mentionner l'apport potentiel de la pratique délibérée qui pourrait permettre aux cliniciens d'accroître leur niveau d'expertise en pratiquant de manière assidue et ciblée certaines tâches spécifiques tout en évaluant eux-mêmes leur performance et en recevant de la rétroaction extérieure pour l'améliorer (Ericsson 2007 ; Duvivier, van Dalen et coll. 2011). En considérant l'importance de l'auto-évaluation dans la pratique délibérée, il paraît opportun d'allier cette approche avec la pratique réflexive pour en maximiser le potentiel.

PRATIQUE RÉFLEXIVE ET PACC

À la lumière de cet exposé, il apparaît que le processus réflexif décrit dans la Politique d'amélioration continue des compétences (PACC) pour l'élaboration de son portfolio (voir PACC 2013-2016, page 11) s'appuie sur quelques-uns des concepts décrits précédemment. L'approche réflexive est particulièrement recommandée dans la première étape de la PACC, moment où le membre doit réfléchir sur sa pratique et cerner les écarts entre sa pratique actuelle et une pratique souhaitée selon des objectifs établis ou selon les orientations qu'il veut donner à sa carrière. Une fois ces écarts déterminés, le membre doit par la suite formuler des objectifs de développement professionnel visant à les combler. Ces objectifs peuvent être en lien avec toutes les compétences des profils de compétences essentielles des physiothérapeutes ou des thérapeutes en réadaptation physique déjà décrits dans notre dernière chronique du printemps. Le plan de développement professionnel

Nouveau document 2

À la suite des commentaires émis par les membres inspectés, un nouveau document a été mis en ligne qui regroupe les éléments portant sur le bilan réflexif de la pratique professionnelle, ceux sur le plan d'action d'amélioration des compétences et ceux du portfolio.

déoulant directement de l'établissement de ces objectifs est le résultat d'une démarche réflexive.

PRATIQUE RÉFLEXIVE ET INSPECTION PROFESSIONNELLE

Pour leur part, les documents d'inspection *Grille d'évaluation de la tenue des dossiers* (document 1) et *Bilan réflexif de la pratique professionnelle* (document 2), qu'on trouve dans la trousse d'inspection, utilisent également une partie des moyens décrits dans la littérature déjà citée. Ainsi, l'auto-évaluation d'un dossier client au moyen de la grille de la trousse permet au professionnel de réfléchir sur sa pratique, de porter un jugement sur sa propre réflexion et finalement de recevoir, par un inspecteur externe, une rétroaction sur cette autoréflexion. Il en est de même pour la réflexion du professionnel, qu'il soit clinicien ou non, lors du bilan réflexif sur sa pratique professionnelle. Cet exercice de réflexion a pour objet les sept rôles du professionnel qui sont présentés dans les profils des compétences essentielles du physiothérapeute et du thérapeute en réadaptation physique.

Bibliographie

- Association canadienne de physiothérapie. *Guide du candidat au programme de spécialité clinique*, Ottawa (Ontario), 2011.
- Barnett, R. *Improving Higher Education: Total Quality Care*, Society for Research into Higher Education & Open University Press, 1992.
- Clouder, L. « Reflective Practice in Physiotherapy Education: a critical conversation », *Studies in Higher Education*, 2000, 25(2): 211-223.
- Croskerry, P. « The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them » *Academic Medicine*, 2003, 78(8): 775-780.
- Cross, V. « Introducing physiotherapy students to the idea of "reflective practice" », *Medical Teacher*, 1993, 15(4): 293-307.
- Cutrer, W.B., W.M. Sullivan et coll. « Educational strategies for improving clinical reasoning », *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 2013, 43(9): 248-257.
- Donaghy, M.E. et K. Morss. « Guided reflection: A framework to facilitate and assess reflective practice within the discipline of physiotherapy », *Physiotherapy Theory and Practice*, 2000, 16(1): 3-14.
- Duvivier, R., J. van Dalen et coll. « The role of deliberate practice in the acquisition of clinical skills », *BMC Medical Education*, 2011, 11(1): 101.
- Ericsson, K.A. « An expert-performance perspective of research on medical expertise: the study of clinical performance », *Medical Education*, 2007, 41: 1124.
- Flavell, J.H. « Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry », *American Psychologist*, 1979, 34(10): 906-911.

COHÉRENCE PACC ET INSPECTION PROFESSIONNELLE

Il est important de noter la valeur ajoutée du *Bilan réflexif de la pratique professionnelle* qui peut servir à la fois à l'inspection professionnelle et à la définition des écarts entre sa pratique actuelle et une pratique souhaitée. À la lumière de ce bilan réflexif, le clinicien est plus à même de faire une planification judicieuse de ses activités de formation pour une période de trois ans dans son portfolio de développement des compétences. L'utilisation des mêmes documents de référence pour l'inspection professionnelle ainsi que pour la PACC assure la cohérence entre ces deux exercices réflexifs.

Les membres qui n'auraient pas encore fait l'exercice de rédiger leur plan d'amélioration des compétences pour la période 2013-2016 de la PACC sont donc invités à visiter la page de la trousse d'inspection professionnelle et à remplir le *Bilan réflexif de la pratique professionnelle*. Cet exercice d'autoréflexion vous aidera à mieux orienter et développer votre nouvelle pratique professionnelle par l'approche réflexive ! ■

- Francis, D. « The reflective journal: a window to pre-service teachers' practical knowledge », *Teaching and Teacher Education*, 1995, 11(3): 229-241.
- Groupe consultatif national en physiothérapie. *Profil des compétences essentielles des assistants-physiothérapeutes du Canada*, 2012.
- Johns, C. « The Value of Reflective Practice for Nursing », *Journal of Clinical Nursing*, 1995, 4(1): 23-30.
- Leclercq, D. *La métacognition : D'une définition opérationnelle à des pratiques en 1^{er} Bac en psychologie*, CDS Université de Liège, 2008.
- Mamede, S., T. van Gog et coll. « Effect of availability bias and reflective reasoning on diagnostic accuracy among internal medicine residents », *Journal of the American Medical Association*, 2010, 304(11): 1198-1203.
- Mezirow, J. « A Critical Theory of Adult Learning and Education », *Adult Education Quarterly*, 1981, 32(1): 3-24.
- Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. « La trousse d'inspection professionnelle : des outils d'amélioration de la pratique quotidienne. N'attendez pas un avis d'inspection pour profiter de ses avantages! », *Physio-Québec*, printemps/été 2013, vol. 38, pp. 3-11.
- Schön, D. A. *The reflective practitioner: how professionals think in action*, Basic Books, 1983.
- Snadden, D. et M.L. Thomas. « Portfolio learning in general practice vocational training—does it work? », *Medical Education*, 1998, 32(4): 401-406.
- Trowbridge, R.L. « Twelve tips for teaching avoidance of diagnostic errors », *Medical Teacher*, 2008, 30(5): 496-500.
- Ward, A. et J. Gracey. « Reflective practice in physiotherapy curricula: a survey of UK university-based professional practice coordinators », *Medical Teacher*, 2006, 28(1): e32-39.

Insertion d'un pessaire d'essai sans prescription médicale : une bonne nouvelle pour les physiothérapeutes œuvrant en rééducation périnéale et pelvienne



Par Sandy Sadler, pht
Directrice du développement
et du soutien professionnels

L'Ordre a apporté des modifications au document *Prise de position entourant l'insertion du pessaire dans le cadre de la pratique de la rééducation périnéale et pelvienne*, adopté en novembre 2007¹. Ces modifications, appuyées par le Collège des médecins du Québec, précisent que le physiothérapeute peut désormais procéder à l'insertion d'un pessaire d'essai à une cliente sans que celle-ci ait besoin d'une autorisation préalable de son médecin.



pessaire d'essai est un cas illustrant cette activité réservée aux physiothérapeutes qui consiste à « introduire un instrument ou un doigt dans le corps humain au-delà des grandes lèvres ou de la marge de l'an² », au même titre que l'utilisation de divers instruments par le physiothérapeute sans examen médical préalable, dont la sonde vaginale, le spéculum, le cône ou le dilateur vaginal.

Ainsi, les modifications à la prise de position permettront aux physiothérapeutes de procéder à l'insertion d'un pessaire d'essai pour une courte durée, sans évaluation médicale préalable, lorsque l'évaluation physiothérapique conduit à l'hypothèse que cette modalité pourrait être appropriée. De toute évidence, il est attendu que le physiothérapeute fasse preuve de jugement clinique et qu'en cas de doute, il attende l'évaluation d'un médecin avant d'insérer un pessaire d'essai. Quant à l'insertion d'un pessaire définitif, mentionnons qu'aucune modification ne sera apportée à la prise de position et que l'évaluation médicale préalable demeurera nécessaire.

L'Ordre tient à remercier tous les physiothérapeutes qui ont contribué à ce dossier et qui ont permis de clarifier cette situation clinique particulière. Il va sans dire que ce gain permettra d'optimiser les soins offerts à la clientèle en rééducation périnéale et pelvienne. ■

DEUX CONTEXTES DISTINCTS

Le pessaire, dispositif placé dans le vagin afin de soulager les symptômes causés par un prolapsus génital, est utilisé en physiothérapie dans deux contextes cliniques distincts. Cet instrument est employé d'abord sur une courte période d'environ 30 minutes, ce qui permet de vérifier s'il diminue les symptômes de la cliente et s'il pourrait devenir une option de traitement. Dans ce premier contexte, il est communément appelé « pessaire d'essai ».

Le pessaire est aussi utilisé sur de plus longues périodes comme solution de traitement pour la cliente. Dans ce deuxième contexte, il est appelé « pessaire définitif ».

La prise de position antérieure de l'Ordre s'appliquait à ces deux contextes cliniques d'utilisation sans aucune distinction. Or,

les situations rapportées par le public, les médecins et les physiothérapeutes indiquent clairement qu'il y a un avantage certain à distinguer ces deux contextes cliniques différents dans la prise de position de l'Ordre.

UNE MODIFICATION TOTALEMENT JUSTIFIÉE

Dans le contexte d'un traitement physiothérapique, le pessaire d'essai est toujours utilisé sous la supervision du physiothérapeute. Puisque le pessaire est inséré pour une très courte période de temps, les contre-indications au port d'un pessaire définitif ne s'appliquent généralement pas au pessaire d'essai. Ce dernier peut donc être considéré comme tout autre instrument utilisé dans le cadre de la pratique des physiothérapeutes œuvrant en rééducation périnéale et pelvienne. Ainsi, l'insertion d'un

¹ Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. *Prise de position entourant l'insertion du pessaire dans le cadre de la pratique de la rééducation périnéale et pelvienne*, novembre 2007. Consultable en ligne à l'adresse <http://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/2013/04/prise-position-pessaire.pdf>

² Code des professions, L.R.Q., c. C-26, article 37.1, paragraphe 3, sous-paragraphe c.

Du conflit interprofessionnel à l'optimisation des pratiques de collaboration : la relation au cœur de la dynamique



Par Emmanuelle Careau, Ph. D.

Professeure adjointe au Département de réadaptation, Université Laval

Chercheuse au Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRS)



Anne-Claire Museux

Étudiante à la maîtrise en service social, Université Laval
Formatrice en communication consciente



Michel Desaulniers, M.A., c.o.

Chargé de projet, Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI)

AVEC COMBIEN DE COLLÈGES AVONS-NOUS INTERAGI AUJOURD'HUI ?

Se poser cette question permet de comprendre qu'il n'est plus envisageable aujourd'hui qu'un seul intervenant puisse répondre aux différents besoins de ses clients. Dorénavant, il est reconnu qu'en optimisant les pratiques de collaboration interprofessionnelle, on contribue à offrir des soins et des services plus efficaces, efficients et de meilleure qualité, qui se révèlent aussi plus satisfaisants, tant pour les clients que pour les intervenants.¹ Les pratiques de collaboration interprofessionnelle constituent un processus par lequel les intervenants de différentes disciplines adoptent des modalités d'intervention afin de répondre de façon cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de sa famille et de sa communauté.²

Depuis plusieurs années, on constate pourtant que la majorité des erreurs médicales et fautes professionnelles sont dues à un dysfonctionnement de l'équipe interprofessionnelle.³

Nous sommes ici face à un paradoxe : d'une part, les intervenants sont appelés à collaborer davantage pour mieux répondre aux besoins de la clientèle ; d'autre part, un plus grand nombre de personnes impliquées augmente significativement les sources de conflits. Puisque le conflit interprofessionnel se

situe au cœur de la dynamique interrelationnelle, il est impératif que les intervenants soient sensibilisés à ses enjeux.

QU'EST-CE QU'UN CONFLIT INTERPROFESSIONNEL ?

Le conflit interprofessionnel survient généralement lorsqu'un intervenant ressent une perte de son pouvoir professionnel en raison d'une non-reconnaissance (perçue ou réelle) de son rôle ou d'une hiérarchie installée au sein de l'équipe. Pourtant, les relations interprofessionnelles se doivent d'être non hiérarchiques : le pouvoir devrait être partagé selon l'expertise détenue pour répondre aux besoins prioritaires de la personne et de ses proches, et non par le statut d'une discipline par rapport à une autre. Les conflits interprofessionnels sont plus complexes qu'il n'y paraît. Au-delà des traits de personnalité, on dénombre plusieurs obstacles à l'actualisation de relations interprofessionnelles harmonieuses. Citons, par exemple, les exigences de la réglementation concernant les champs de pratique, les préoccupations en matière de responsabilité professionnelle en contexte interdisciplinaire, les disparités entre les mécanismes de rémunération ainsi que la hiérarchisation de certains modèles de gestion.⁴ Les conflits interprofessionnels sont aussi plus fréquents lorsque les interactions

sont davantage centrées sur les différences entre les professions, plutôt que sur leur complémentarité.⁵

Étant donné cette complexité, les conflits interprofessionnels demeurent souvent latents, ce qui mine de façon insidieuse le fonctionnement de l'équipe. Il est démontré qu'en plus de susciter des insatisfactions chez les individus, les conflits contribuent à rendre chacun moins réceptif aux opinions divergentes et réduisent de façon significative la confiance et la cohésion au sein du groupe.⁵ Cette situation amène les intervenants à éviter les situations qui exigent plus d'interdépendance. Ainsi, ils ont tendance à cristalliser leurs interactions autour de l'échange d'information, ce qui limite l'actualisation de pratiques de collaboration plus complexes, alors que l'interdisciplinarité nécessite d'atteindre un véritable consensus et de prendre des décisions partagées.

COMMENT INTERVENIR EN MATIÈRE DE CONFLITS INTERPROFESSIONNELS ?

Tout d'abord, il est prioritaire que chacun demeure attentif aux émotions ressenties puisque celles-ci sont les principaux indicateurs d'un conflit en gestation. Il est important que les intervenants prennent davantage conscience de l'impact de leurs propos sur la dynamique relationnelle. Il s'agit d'une part de vérifier leur dimension fonctionnelle (est-ce que mon collègue comprend mon message ?), mais également leur dimension phénoménologique (comment mes propos sont-ils reçus ?)⁶. Pour résoudre les conflits, il est essentiel que les intervenants concernés établissent clairement d'où proviennent ceux-ci, puis qu'ils se recentrent sur les besoins et attentes du client pour trouver un terrain d'entente commun.

Souvent, nous associons le conflit à de probables tensions de part et d'autre de la relation et l'évitons spontanément. Pourtant, la présence d'un conflit interprofessionnel représente une réelle occasion d'améliorer nos pratiques de collaboration. C'est aussi une occasion de prendre soin de la relation avec nos collègues. Alors, ne laissez pas une situation conflictuelle persister sans chercher à en comprendre l'origine et trouvez une façon de la résoudre de manière constructive avec vos collègues. Surtout, n'hésitez pas à demander du soutien au besoin. ■

Pour en savoir plus sur les enjeux de la collaboration interprofessionnelle, n'hésitez pas à visiter le site internet du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux au www.rcpi.ulaval.ca.

Références

- ¹ Organisation mondiale de la santé (OMS). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*, OMS, 2010, 64 p.
- ² D'Amour, D., et I. Oandasan, « Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept », *Journal of Interprofessional Care*, 2005, 19(2), 8-20.
- ³ Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, National Academy Press, Washington D.C., 2001.
- ⁴ Oandasan, I., G. Ross Baker, K. Barker, C. Bosco, D. D'Amour, L. Jones et D. Way. (2006). *Teamwork in Healthcare: Promoting effective teamwork in healthcare in Canada. Policy synthesis and recommendations*, Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa, 2006, p. 33.
- ⁵ Mitchell, R., V. Parker, V. Giles et B. Boyle. « The ABC of health care team dynamics: Understanding complex affective, behavioral, and cognitive dynamics in interprofessional teams », *Health Care Manage Rev*, 2013, 00(0).
- ⁶ Manning, M. L. « Improving clinical communication through structured conversation », *Nursing Economics*, 2006, 24(5), 268-271.



ERRATUM

Une erreur importante de retranscription s'est glissée dans l'article « La fragilité chez la personne âgée : rôle de la physiothérapie », paru en page 12 du numéro Printemps-été 2013 de la revue *Physio-Québec*.

Dans le tableau intitulé « TABLE 5-1 ESTIMATED VALUES FOR FUNCTIONAL MARKERS », à la ligne « Stair climbing 10 stairs » de la colonne « Frail », il aurait fallu lire « 30-50 sec with rails » et non « > 10 sec with rails ».

Les commotions cérébrales chez les jeunes sportifs : prévention, dépistage et prise en charge en physiothérapie



Par Marie-Claire Holland, pht
Diplômée en physiothérapie sportive

En collaboration avec la Direction du développement et soutien professionnels de l'OPPQ

Les commotions cérébrales chez les sportifs font partie des sujets d'actualité, tant dans les médias que dans les discussions familiales. Nous avons tous de plus en plus conscience de ce problème, notamment en raison du niveau de sensibilisation des athlètes, de leurs parents et des intervenants qui gravitent autour d'une équipe sportive, de même que par l'augmentation des connaissances sur les conséquences à long terme des commotions cérébrales, entre autres grâce à l'apport de la recherche dans ce domaine. Malgré cette prise de conscience et, paradoxalement, à cause d'elle, non seulement le nombre de commotions cérébrales répertoriées demeure élevé, mais il tend à augmenter. Par année, on recense au Canada 110 cas de commotion cérébrale par 100 000 adultes et 200 cas par 100 000 enfants¹.

En tant que professionnels de la physiothérapie, nous devons nous sentir interpellés par cette problématique. Nous travaillons auprès d'athlètes de tous les niveaux et de tous les âges sur les terrains sportifs, dans les écoles et dans les cliniques privées. Nous pouvons contribuer à améliorer la situation en utilisant notre expertise pour assurer le dépistage, la prise en charge et le suivi des commotions cérébrales.



POUR UNE COMPRÉHENSION COMMUNE DE LA COMMOTION CÉRÉBRALE

« Une commotion cérébrale est un type courant de traumatisme crânien cérébral léger (TCCL) qui peut être causé par un coup direct ou indirect porté à la tête ou au corps. Cela provoque un changement dans le fonctionnement du cerveau, causant plusieurs symptômes. Lorsqu'une personne est victime d'une commotion cérébrale, les dommages à la structure de son cerveau ne sont pas apparents. Ainsi, les tests d'imagerie par résonance magnétique et les tomodensitogrammes semblent habituellement normaux. »²

Voici quelques-uns des signes et symptômes de la commotion cérébrale :

- ▶ Symptômes somatiques (céphalée), cognitifs (se sentir comme dans un brouillard) ou émotionnels (labilité)

- ▶ Signes physiques (perte de conscience, amnésie, perte d'équilibre)
- ▶ Changements comportementaux (irritabilité, nervosité, tristesse)
- ▶ Déficience cognitive (ralentissement du temps de réaction)
- ▶ Troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie, difficulté à trouver le sommeil)

LA NÉCESSAIRE ÉDUCATION COMME MOYEN DE PRÉVENTION

Notre rôle premier en physiothérapie consiste à faire de l'éducation puisque celle-ci représente un moyen privilégié de prévenir les commotions cérébrales. Ainsi, toutes les occasions sont bonnes pour rencontrer les organismes sportifs, les entraîneurs, les parents, les athlètes, les écoles et les médecins afin de tisser des liens de confiance avec eux et de les sensibiliser le plus

efficacement possible aux risques des commotions cérébrales et à leurs graves conséquences. De plus, ce sont ces relations de confiance qui, une fois établies, permettent au professionnel de la physiothérapie d'assurer un suivi adéquat des commotions cérébrales, soit — selon les données scientifiques — en rencontrant le moins d'obstacles possible.

LA PERTINENCE D'UNE ÉVALUATION PRÉ-SAISON

Lorsqu'un professionnel de la physiothérapie travaille auprès d'une équipe sportive présentant des risques de commotions cérébrales, il devrait procéder à une évaluation de base de tous les athlètes avant le début de la saison. À l'aide d'un outil tel que le SCAT 3, il est possible de documenter leur condition (historique de commotions, capacité mnésique et contrôle postural). Cela permet d'avoir une référence de base sur laquelle s'appuyer lorsqu'un accident survient au cours de la saison. On facilite ainsi les échanges avec l'athlète, la famille, l'entraîneur, le médecin ou tout autre intervenant par la suite.

LE SCAT 3

Le SCAT 3³ est un outil de reconnaissance des commotions cérébrales utilisé afin d'évaluer les athlètes âgés de 13 ans et plus. Ce formulaire a été mis sur pied pour les professionnels de la santé afin de standardiser l'évaluation des commotions. Il contient les étapes d'évaluation de base au début de la saison, mais également les étapes à suivre lorsque se manifestent certains signes et symptômes. On y trouve les échelles de Glasgow et de Maddocks, des questions sur la mémoire à court et à long terme, des questions sur la concentration et des tests d'équilibre. De plus, d'autres tests, dont l'évaluation de l'amplitude articulaire, des myotomes et dermatomes ainsi que la palpation cervicale y sont aussi inclus. Il est également possible de remettre aux parents une fiche explicative qui comprend des recommandations ainsi qu'une série de questions permettant de suivre l'évolution de l'athlète.

INTERVENIR SUR LE TERRAIN

Sur le terrain, l'un de nos rôles est évidemment de reconnaître les signes et symptômes

de la commotion cérébrale. En intervenant rapidement, nous sommes en mesure de retirer l'athlète du jeu et ainsi de prévenir un grand nombre de complications. Lorsqu'un professionnel de la physiothérapie travaille sur les terrains sportifs, il est près des athlètes et il les connaît ; il est ainsi bien placé pour repérer un athlète désorienté à la suite d'un impact.

Selon la nature de l'impact, il est recommandé de faire une évaluation rapide en utilisant les échelles de Glasgow et de Maddocks. Environ quinze minutes après l'impact, il est recommandé de poursuivre l'évaluation avec les autres outils inclus dans le SCAT 3. Il nous est alors possible de comparer avec les résultats du questionnaire en début de saison et ainsi de valider nos renseignements afin de dépister des commotions cérébrales.

LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Il est fortement recommandé de diriger toute victime d'une commotion vers un médecin afin de documenter l'événement en cas de complication ou de récurrence. Malheureusement, cela ne se fait pas sans peine. L'accès à un médecin spécialiste en commotion est difficile, entraîne des délais considérables dans certaines régions éloignées et complique notre travail. Une chose est certaine, lorsque les symptômes et la condition s'aggravent ou ne se résorbent pas dans les 10 premiers jours, il faut impérativement orienter la personne vers un médecin.

De plus, puisqu'une commotion cérébrale peut avoir des répercussions sur différents systèmes qui dépassent le seul champ de la physiothérapie, la collaboration et l'approche multidisciplinaire sont préconisées dans la prise en charge des sportifs ayant subi une commotion cérébrale⁴. Il est également important de souligner qu'un diagnostic de commotion cérébrale ou de TCCL est un diagnostic médical. Il ne peut donc pas être posé par un professionnel de la physiothérapie.

RECOMMANDATIONS POUR LE RETOUR AU JEU

Lorsque la période symptomatique est terminée, il nous revient de préparer l'athlète à son retour au jeu. Selon le consensus de Zurich⁵, nous devons faire progresser l'athlète selon un protocole en six étapes de retour au jeu. De plus, selon ce même consensus, le retour à la pratique normale du sport et aux contacts doit être autorisé par un médecin. Il est



important de souligner que, pour les jeunes de moins de 20 ans, dont le cerveau n'a pas atteint sa maturité, le temps de récupération peut être plus long⁶. Parfois, il peut être nécessaire de recommander un congé des études durant la période symptomatique.

PROTOCOLE DE RETOUR AU JEU

En aucun cas l'athlète ne retournera au jeu le même jour. Il restera au repos complet, c'est-à-dire sans activités physiques ou cognitives durant la période symptomatique. Il doit avoir passé un minimum de 24 heures sans signes ou symptômes avant d'entreprendre le protocole qui suit.

- 1 Repos complet (24 heures de repos après une journée asymptomatique)
- 2 Exercices légers aérobiques (vélo, natation, jogging léger)
- 3 Exercices spécifiques au sport (par exemple : lancer et passe au hockey, activité de course spécifique à la position au football)
- 4 Entraînement complet sans aucun contact
- 5 Entraînement complet avec contact (sur évaluation médicale pour autorisation au retour complet)
- 6 Retour complet au jeu

Si tout au long des étapes du protocole, il y a réapparition de certains signes ou symptômes, un repos de 24 heures est nécessaire avant de reprendre à l'étape précédente.

UN RÔLE À L'EXTÉRIEUR DU TERRAIN

Le rôle du professionnel de la physiothérapie traitant des commotions cérébrales s'étend également à l'extérieur du terrain. En clinique privée, par exemple, nous traitons des athlètes pour des conditions musculo-squelettiques ou vestibulaires découlant de l'impact ayant causé la commotion cérébrale. C'est un moment privilégié pour nous d'éduquer la population et de faire connaître les risques associés à la poursuite d'une activité sportive lorsque des symptômes de commotion cérébrale se manifestent encore.



Grâce à notre position privilégiée comme professionnel de la santé auprès de la population, nous avons de nombreuses occasions de dépister des symptômes de commotion cérébrale chez différentes clientèles, que ce soit par exemple chez les accidentés de la route, les accidentés du travail ou chez les sportifs récréatifs. Les conséquences des commotions cérébrales étant préoccupantes, il est de notre responsabilité de reconnaître ces signes et symptômes, d'éduquer nos clients et de les orienter vers un médecin s'il y a lieu.

Heureusement, plusieurs outils et formations sont aujourd'hui offerts afin d'optimiser nos connaissances et compétences dans ce domaine. Mon expérience me montre que plus j'en connais sur les commotions, moins je prends de risques et plus je sais influencer en faveur d'un retour à la santé non seulement des athlètes, mais toutes les personnes susceptibles d'être victimes d'une commotion cérébrale. ■

Références

- ¹ Sport Information Resource Centre [www.sirc.ca/newsletters/mid-nov11/index.html] (site consulté le 4 novembre 2013).
- ² Think First Canada [www.thinkfirst.ca/downloads/concussion/Q%20et%20R%20de%20commotions%20pour%20le%20public.pdf] (site consulté le 4 novembre 2013).
- ³ Sport concussion library. [www.sportconcussionlibrary.com/content/sport-concussion-assessment-tool-3-scat3] (site consulté le 4 novembre 2013).
- ⁴ McCrory et coll. « Consensus statement on concussion in sport: the 4th International Conference on Concussion in Sport held in Zurich, November 2012 », *British Journal Sports Med*, 2013;47: 250-258.
- ⁵ McCrory et coll. op. cit.
- ⁶ The MIT Center [hrweb.mit.edu/worklife/youngadult/brain.html] (site consulté le 5 novembre 2013).

Il existe maintenant une application SCAT 3 pour iPhone ou des fiches de poche qui peuvent aider à déceler les signes et symptômes d'une commotion cérébrale.

Un SCAT 3 pour les enfants, le « Child-SCAT 3 », existe aussi. Celui-ci prend en considération les observations des parents et non les symptômes de l'enfant.

L'outil SCAT 3 est offert en anglais seulement. Il présente quelques différences avec le SCAT 2 (offert en français) en incluant des tests plus poussés sur le plan de l'équilibre et un « scan » cervical.

La physiothérapie pour améliorer la santé sexuelle des femmes



Mélanie Morin, pht, Ph. D.

Professeure

École de réadaptation

Faculté de médecine et des sciences de la santé

Université de Sherbrooke

Chercheuse et directrice du laboratoire de recherche en urogynécologie

Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

melanie.m.morin@usherbrooke.ca

Les physiothérapeutes en rééducation périnéale et pelvienne sont de plus en plus interpellés en clinique pour venir en aide aux femmes atteintes de douleurs lors des relations sexuelles (dyspareunie). Une enquête auprès des médecins spécialistes en douleur gynécologique révèle d'ailleurs que la physiothérapie est pressentie comme un des traitements les plus efficaces et les plus recommandés pour cette pathologie [1].

La douleur lors des relations sexuelles est une problématique médicale féminine très fréquente, affectant jusqu'à 21 % des femmes [2]. Plusieurs pathologies peuvent expliquer ces douleurs, telles que l'atrophie vaginale, les conditions dermatologiques, les infections, etc. Parmi ces pathologies, il a été établi que la vestibulodynie provoquée (anciennement appelée vestibulite vulvaire) constitue la cause la plus fréquente de douleur [3].

LES MUSCLES DU PLANCHER PELVIEN AU CŒUR DE LA PROBLÉMATIQUE ET LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE POINTE POUR LES ÉVALUER

Plusieurs auteurs ont suggéré qu'une dysfonction des muscles du plancher pelvien serait impliquée dans la pathophysiologie de la vestibulodynie provoquée [4, 5, 6, 7]. Il existe toutefois certaines controverses dans les écrits actuels puisque certains auteurs n'ont pas réussi à montrer une différence significative entre les femmes atteintes de vestibulodynie et les femmes asymptomatiques. Ceci pourrait s'expliquer par les limites méthodologiques des techniques d'évaluation du plancher pelvien employées. De nouvelles technologies de pointe existent désormais qui permettent de mieux comprendre le rôle des muscles

du plancher pelvien dans la vestibulodynie. Le spéculum dynamométrique a récemment été adapté pour faire l'évaluation des femmes présentant des douleurs. Nous avons pu mettre en lumière non seulement que les femmes atteintes de vestibulodynie provoquée ont un tonus plus élevé au niveau du plancher pelvien, mais également qu'elles montrent une force maximale, une rapidité de contraction et une endurance moindres [8]. Nous avons également corroboré ces résultats en utilisant l'échographie transpérinéale 3D/4D [9]. L'avancée que constitue cette nouvelle technique présente un avantage certain pour les femmes ayant des douleurs puisqu'aucune insertion vaginale n'est nécessaire. Cette technologie permet de visualiser et d'évaluer objectivement la morphologie des muscles du plancher pelvien au repos et à la contraction. Le rôle des muscles du plancher pelvien dans la vestibulodynie pave donc la voie à l'intervention potentielle des physiothérapeutes en rééducation périnéale et pelvienne dans le traitement de cette condition.

QU'EN EST-IL DES DONNÉES PROBANTES SUR L'EFFICACITÉ DES TRAITEMENTS EN PHYSIOTHÉRAPIE ?

Plusieurs modalités thérapeutiques peuvent être employées pour aider les femmes



Échographie 3D des muscles du plancher pelvien – plan axial

atteintes de dyspareunie, soit l'éducation, la rétroaction biologique (*biofeedback*), les techniques manuelles et d'insertion ainsi que les modalités électro-thérapeutiques. À l'heure actuelle, plusieurs études ont démontré l'efficacité de ces modalités employées de façon isolée, ce qui ne correspond pas à la réalité clinique en physiothérapie. Seules une étude rétrospective et une étude prospective sans groupe témoin ont étudié l'efficacité d'un traitement de physiothérapie multimodal concordant mieux avec les pratiques cliniques [10, 11]. Ces études suggèrent une

réduction significative de la douleur chez 71 % à 77 % des patientes ainsi qu'une amélioration de leur fonction sexuelle. Les traitements de physiothérapie semblent donc hautement prometteurs. Un essai clinique randomisé multicentrique est en cours au laboratoire de recherche en urogynécologie (www.lab-urogyn.ca) afin de répondre au besoin criant de consolider les données probantes sur l'efficacité de la physiothérapie en utilisant une méthodologie de recherche robuste. Cette étude financée par les Instituts de recherche en santé du Canada vise à comparer l'efficacité de la physiothérapie multimodale au traitement médical classique, soit l'application topique de lidocaïne. Il semble donc que la physiothérapie pourrait jouer un rôle important dans la santé sexuelle des femmes et que de nouvelles preuves scientifiques en seront bientôt apportées. ■

Références

¹ Reed BD et coll. « A survey on diagnosis and treatment of vulvodynia among vulvodynia researchers and members of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease », *J Reprod Med*, 2008;53: 921-9.

² Laumann EO et coll. « Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors », *JAMA* 1999;281: 537-44.

³ Harlow BL et Stewart EG. « A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? », *J Am Med Womens Assoc* 2003;58: 82-8.

⁴ Glazer HI et coll. « Electromyographic comparisons of the pelvic floor in women with dysesthetic vulvodynia and asymptomatic women », *J Reprod Med* 1998;43: 959-62.

⁵ Reissing ED et coll. « Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus », *Arch Sex Behav* 2004;33: 5-17.

⁶ Reissing ED et coll. « Pelvic floor muscle functioning in women with vulvar vestibulitis syndrome », *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005;26: 107-13.

⁷ Gentilcore-Saulnier E et coll. « Pelvic Floor Muscle Assessment Outcomes in Women With and Without Provoked Vestibulodynia and the Impact of a Physical Therapy Program », *J Sex Med* 2010;7: 1003-22.

⁸ Morin M et coll. « Dynamometric assessment of the pelvic floor muscle function in women with and without provoked vestibulodynia », *NeuroUrol Urodyn* 2010;29: 1140-41.

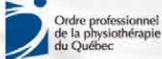
⁹ Morin M et coll. « Morphometry of the pelvic floor muscles in women with and without provoked vestibulodynia using 4D ultrasound », *J Sex Med*

2013; publication électronique avant d'aller sous presse.

¹⁰ Gentilcore-Saulnier E et coll., op. cit.

¹¹ Bergeron S et coll. « Physical therapy for vulvar vestibulitis syndrome: a retrospective study », *J Sex Marital Ther* 2002;28: 183-92.



en partenariat avec

 Ordre professionnel
 de la physiothérapie
 du Québec

ASSURANCE VIE, SANTÉ ET VOYAGE



L'assurance d'être entre de bonnes mains!

Bénéficiez d'un régime d'assurance collective à la carte :

- › Invalidité
- › Maladies redoutées
- › Vie
- › Frais généraux de bureau
- › Médicaments
- › Maladie complémentaire (massothérapie, hospitalisation, soins infirmiers, etc.)
- › Soins dentaires
- › Voyage et service d'assistance

Appelez-nous pour une soumission :

1 877 579-5585

dpmm.ca/lessurmesures

Dale
 Parizeau
 Morris
 Mackenzie

 CABINET DE SERVICES FINANCIERS

Premiers pas sur le terrain pour Physiothérapie sans frontières

Le 17 mai dernier, Michel Kelly, physiothérapeute, s'envolait avec sa conjointe pour Moshi, en Tanzanie, une ville située à quelques kilomètres du mont Kilimandjaro, afin d'y réaliser la première mission humanitaire de Physiothérapie sans frontières (PSF)¹. Il s'agissait d'une mission exploratoire qui a conduit à la visite de sept hôpitaux ainsi que de la seule école de physiothérapie de toute la Tanzanie (45 millions d'habitants). Tous les projets de PSF seront réalisés avec la collaboration de Terre sans frontières (TSF). Depuis plusieurs années, TSF collabore avec de nombreux professionnels afin de mener des projets humanitaires en Afrique, en Amérique latine, en Haïti et aux Philippines. M. Kelly livre ici un bref compte-rendu de son expérience.



Par Michel Kelly, pht
Clinique de physiothérapie,
Trois-Pistoles



Les objectifs de notre mission étaient, entre autres, d'évaluer la place de la physiothérapie dans les établissements de santé; de définir le rôle des futurs coopérants physiothérapeutes et T.R.P.; de cibler les types d'interventions pour une mission de courte durée (de trois à quatre semaines); et de déterminer quels services pourraient être offerts (soins, formation et sensibilisation).

La ville de Moshi a été retenue pour cette mission, car elle accueille l'unique école de physiothérapie de toute la Tanzanie. Celle-ci est adjacente au Kilimandjaro Christian Medical Center (K.C.M.C.), un hôpital central où les étudiants font leurs stages.

Depuis 2009, la formation en physiothérapie est d'une durée de quatre ans (trois ans auparavant). Sur seulement 25 étudiants admis en première année, environ 18 complètent le programme. La Tanzanie compte 350 physiothérapeutes en 2013. Ceux-ci peuvent prescrire tous les médicaments jugés nécessaires dans le cadre de leur pratique ainsi que des radiographies. Ils

sont perçus par les médecins comme des collègues de première ligne et il existe une très grande collaboration entre médecins et physiothérapeutes. Il est intéressant de noter que 80 % des physiothérapeutes sont des femmes.

À ce jour, il n'existe en Tanzanie aucune organisation qui pourrait ressembler à un ordre professionnel. Tous les physiothérapeutes rencontrés, ainsi que les hauts dirigeants de chacun des établissements, sont unanimes à dire que le besoin le plus urgent est la mise à jour des connaissances, voire l'apprentissage d'autres façons d'évaluer et de soigner adéquatement les patients.

Nous avons pu constater l'urgence des besoins en formation continue pour tout ce qui touche l'électrothérapie, y compris la nécessité d'équiper les locaux d'appareils en bonne condition. Il faut dire aussi que l'équipement de physiothérapie est on ne peut plus limité : tables de traitement très rudimentaires, matelas au sol, petit bureau pour consigner les notes.

Selon nous, il est très urgent que PSF se penche dès maintenant sur la recherche d'équipement de mesure pour l'évaluation et d'appareils d'électrothérapie comme complément aux moyens actuels. D'autre part, les physiothérapeutes du Québec qui ont développé une expertise clinique spécifique, tant en ce qui concerne l'évaluation que le plan de traitement, sont invités à partager leurs connaissances avec des collègues d'autres pays qui en ont bien besoin par l'entremise de l'action humanitaire bénévole. Pour ce faire, il vous suffit de communiquer avec M^{me} Annie Durand de TSF². Pour ma part, je serai toujours disponible pour répondre à des questions spécifiques selon vos centres d'intérêt³. De plus, un rapport complet de notre séjour a été acheminé à TSF.

Sur le plan humain, de tous les voyages que nous avons faits dans le monde depuis plus de 15 ans, c'est celui dont nous sommes ressortis le plus grandis. Jamais nous n'oublierons ces moments de partage où nous avons pu en apprendre plus sur le peuple tanzanien, sur ses rêves, ses incertitudes quant à son avenir et sur son pays en général. Il nous sera difficile d'effacer de notre mémoire le sourire franc des enfants rencontrés ici et là au hasard de nos balades dans différents villages. Bref, impossible d'oublier qu'on ne cultive pas seulement le café et le maïs dans ce pays, mais aussi la bonté, la générosité et surtout l'espoir. ■

Références

¹ Pour en savoir plus, consultez le site www.physiotherapiesansfrontieres.ca

² a.durand@terresansfrontieres.ca

³ micklk@hotmail.ca

intelauto

L'OUTIL INTELLIGENT QUI VOUS PERMET D'ÉCONOMISER JUSQU'À 25 %
LORS DU RENOUELEMENT DE VOTRE ASSURANCE AUTO,
EN PLUS DE VOS TARIFS DE GROUPE EXCLUSIFS.



Intelauto^{MC} est un programme d'assurance basé sur l'usage, qui fonctionne grâce à un dispositif **gratuit** branché dans votre véhicule. Les données sur vos habitudes de conduite ainsi recueillies vous permettent d'économiser **jusqu'à 25 %** lors du renouvellement de votre assurance auto. **C'est facile, ingénieux et gratuit !**



La Personnelle a obtenu « la cote de satisfaction de la clientèle la plus élevée parmi les assureurs automobile au Québec » en 2013 selon J.D. Power.



Commencez à économiser !
Visitez intelauto.ca

1 855 801-8830

La bonne combinaison.

Certaines conditions s'appliquent. Intelauto est souscrit auprès de La Personnelle, assurances générales inc. au Québec et auprès de La Personnelle, compagnie d'assurances en Ontario. ^{MC} Intelauto est une marque de commerce de La Personnelle, compagnie d'assurances, utilisée avec permission par La Personnelle, assurances générales inc. La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. au Québec et La Personnelle, compagnie d'assurances en Ontario. Intelauto est offert en Ontario et au Québec seulement. La Personnelle, assurances générales inc. a reçu la note la plus élevée parmi les sociétés d'assurance automobile au Québec dans le cadre de l'étude de J.D. Power portant sur la satisfaction des titulaires de police d'assurance automobile en 2013 au Canada. Cette étude est basée sur 11 257 réponses évaluant 12 sociétés d'assurance au Québec et mesurant la satisfaction des consommateurs quant aux sociétés d'assurance automobile. Les résultats de l'étude sont basés sur la satisfaction et l'expérience des consommateurs au cours des mois de février et mars 2013. Votre propre expérience peut différer. Visitez le site jdpower.com.

L'utilisation du TENS en clinique pour le traitement de l'incontinence urinaire et de la douleur périnéale chez la personne âgée

Projet réalisé dans le cadre d'un stage clinique à l'IUGM en janvier 2012

L'incontinence urinaire par urgenturie due à une vessie hyperactive et la douleur périnéale chronique sont des problèmes réduisant grandement la qualité de vie^[1, 2]. On rencontre fréquemment ces deux problématiques chez les femmes. La prévalence de l'incontinence urinaire augmente avec l'âge alors que la prévalence de la douleur périnéale chronique est plus élevée chez les jeunes femmes^[3, 4, 5]. Les interventions recommandées comprennent les exercices du plancher pelvien, des conseils sur les habitudes de vie et la pharmacothérapie^[6, 7, 8]. Par contre, chez une clientèle gériatrique, certaines interventions, dont la médication, demeurent limitées compte tenu des effets secondaires et de la présence de nombreuses conditions associées, incluant les troubles cognitifs^[9].

Des études sur l'utilisation de la stimulation nerveuse électrique transcutanée (TENS) et percutanée (PENS) appliquée en distal au niveau du nerf tibial postérieur ont été publiées récemment qui montraient des résultats prometteurs^[10]. Le TENS implique une application transcutanée d'un courant alternatif de basse fréquence à l'aide d'électrodes de surface tandis que le PENS est appliqué avec une électrode aiguille. Plusieurs théories ont été proposées afin d'expliquer l'effet de la stimulation du nerf tibial sur la douleur périnéale chronique et l'incontinence urinaire par urgenturie. Pour ce qui est du traitement de la douleur

périnéale, l'effet de la stimulation électrique est expliqué par la théorie du portillon, décrite par Melzack et Wall (1965)^[11]. Il n'y a cependant pas encore de consensus en ce qui concerne l'incontinence urinaire secondaire à une vessie hyperactive^[12, 13]. L'effet hypertrophique sur les muscles du plancher pelvien et l'effet inhibiteur sur la vessie au moyen du système sensoriel est l'une des théories envisagées^[14, 15]. La stimulation électrique suscite beaucoup d'intérêt, particulièrement chez une clientèle âgée, puisqu'elle est peu coûteuse et entraîne très peu d'effets secondaires^[16].

DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Une recension des écrits a été effectuée en janvier 2012. Les bases de données PubMed, Cinahl et EMBASE ont été consultées, sans limite de date de publication, à l'aide des mots-clés suivants : TENS ou *transcutaneous electrical stimulation*, *percutaneous electrical stimulation*, *tibial nerve*, *urinary incontinence*, *pelvic pain* et *elderly*. La bibliographie des articles pertinents a été consultée afin de compléter la recherche de la littérature sur le sujet.

RÉSUMÉ DE LA LITTÉRATURE

Dans les études sélectionnées, la population était constituée d'adultes d'un âge moyen se situant entre 50 et 62 ans et était majoritairement composée de femmes.

INCONTINENCE URINAIRE PAR URGENTURIE

Pour ce qui est de la vessie hyperactive traitée avec le PENS^[17, 18, 19, 20, 21] et le TENS^[22], les résultats sont prometteurs. En effet, la plupart des études rapportent des changements statistiquement significatifs des différents symptômes urinaires, tels les fuites d'urine, le nombre de protections utilisées, la fréquence mictionnelle diurne et nocturne, le sentiment d'urgence et la qualité de vie. L'utilisation du TENS en combinaison



Par Mélanie Bilodeau, étudiante de 3^e année, programme de physiothérapie, École de réadaptation, Université de Montréal

Par François Dubé, pht, M. Sc., Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) et professeur adjoint de clinique, programme de physiothérapie, École de réadaptation, Université de Montréal

avec des exercices du plancher pelvien est plus efficace que les exercices seuls selon un essai clinique randomisé (ECR)^[23]. Deux ECR ont montré un effet significatif à la suite de l'utilisation du PENS en comparaison à un groupe témoin recevant un traitement placebo^[24, 25]. Finazzi-Agrò et coll. (2010) rapportent également des gains 12 mois après le traitement^[26].

DOULEUR PÉRINÉALE

En ce qui concerne la douleur périnéale traitée avec le PENS, les résultats de trois études de cohorte pré-post interventions sont contradictoires. L'étude de Govier et coll. (2001) rapporte une diminution significative de la douleur périnéale^[27]. Pour sa part, l'étude de Van Balken et coll. (2003) note des améliorations subjectives et objectives chez certains patients, mais la diminution de la douleur n'est pas statistiquement significative^[28]. Enfin, l'étude de Zhao et coll. (2008) ne montre aucun changement statistiquement significatif^[29].

EFFETS INDÉSIRABLES

Dans l'étude de Schreiner et coll. (2010), aucun effet secondaire n'a été rapporté avec l'utilisation du TENS^[30]. Pour ce qui est du PENS, les effets indésirables étaient rares et mineurs et étaient majoritairement en lien avec l'insertion de l'aiguille (ecchymose, inconfort, saignement léger)^[31, 32, 33, 34, 35].

PARAMÈTRES UTILISÉS

Pour le traitement de la douleur périnéale et l'incontinence urinaire par urgenturie due à l'hyperactivité vésicale, les paramètres étaient similaires d'une étude à l'autre. En général, le traitement durait de 20 à 30 minutes à raison d'une à trois fois par semaine sur 10 à 12 séances. Les patients se plaçaient en position assise ou couchée, avec la face plantaire des pieds ensemble. Le positionnement des électrodes était confirmé par la réponse musculaire obtenue (flexion

de l'hallux ou des quatre autres orteils). La fréquence du courant variait de 10 Hz à 30 Hz, avec une durée d'impulsion de 200 µs en mode continu. L'intensité de stimulation était de 10 mA à 50 mA pour le TENS^[36] et de moins de 10 mA pour le PENS^[37, 38, 39, 40, 41, 42]. Dans l'étude utilisant le TENS, l'électrode négative était au niveau de la malléole interne et la positive, à 10 cm en proximal sur le chemin du nerf tibial postérieur^[43]. Six études recensées ont utilisé le PENS. L'aiguille était insérée de 3 cm à 6 cm proximal de la malléole interne entre le bord postérieur du tibia et le soléaire et l'électrode de surface était appliquée sur l'aspect médial du calcaneum^[44, 45, 46, 47, 48, 49]. La polarité des électrodes n'est spécifiée dans aucune des études portant sur le PENS. Le tableau ci-dessous résume les paramètres cliniques les plus utilisés pour l'utilisation du TENS et du PENS.

CONCLUSION

La stimulation électrique du nerf tibial postérieur (TENS ou PENS) semble être une modalité sécuritaire et peu coûteuse dans le traitement de la douleur périnéale et de l'incontinence urinaire associée à l'hyperactivité vésicale. Malgré certains résultats positifs, il y a un peu de données probantes sur l'efficacité de la stimulation électrique pour le soulagement de la douleur périnéale (niveau de preuve 4). Cependant, plusieurs articles de bonne qualité, dont deux ECR de grande qualité, démontrent l'efficacité de la stimulation électrique dans le traitement de l'incontinence urinaire par urgenturie (niveau de preuve 1a).

REMERCIEMENTS

Les auteurs souhaitent remercier Chantale Dumoulin, Cara Tannenbaum et Valérie Elliott du CRIUGM pour la révision du texte ainsi que Han Vuong, physiothérapeute à l'IUGM, pour la supervision du stage clinique en rééducation périnéale.

Note : Ce texte est la version abrégée d'un article diffusé sur le site web « Impact clinique en physiothérapie gériatrique » en octobre 2012 (www.physioimpact.wordpress.com).

RÉFÉRENCES

- Schreiner L, Guimarães dos Santos T, Knorst MR, Gomes da Silva Filho I. « Randomized trial of transcatheter tibial nerve stimulation to treat urge urinary incontinence in older women », *International Urogynecology Journal*, 21 : 1065-1070, mai 2010.
- Van Balken MR, Vandoninck V, Gisolf KWH, Vergunst H, Kiemeny LALM, Debruyne FMJ, Bemelmans BLH. « Posterior tibial nerve stimulation as neuromodulative treatment of lower urinary tract dysfunction », *The Journal of Urology*, 166 : 914-918, mars 2001.
- Schreiner L, Guimarães dos Santos T, Knorst MR, Gomes da Silva Filho I, op. cit.
- Van Balken MR, Vandoninck V, Gisolf KWH, Vergunst H, Kiemeny LALM, Debruyne FMJ, Bemelmans BLH (2001), op. cit.
- Zhao J, Bai J, Zhou Y, Qi G, Du L. « Posterior tibial nerve stimulation twice a week in patients with interstitial cystitis », *The Journal of Urology*, 71 : 1080-1084, 2008.
- Moore K.N., Saltmarche A, Query B. « Urinary incontinence: Non-surgical management by family physicians », *Canadian Family Physician*, 49 : 602-610, 2003.
- Schreiner L, Guimarães dos Santos T, Knorst MR, Gomes da Silva Filho I, op. cit.
- Zhao J, Bai J, Zhou Y, Qi G, Du L, op. cit.
- Schreiner L, Guimarães dos Santos T, Knorst MR, Gomes da Silva Filho I, op. cit.
- Van Balken MR, Vergunst H, Bemelmans BLH. « The use of electrical devices for the treatment of bladder dysfunction: a review of methods ». *The Journal of Urology*, 172 : 846-851, 2004.
- Van der Pal F, Heesakkers J P.F.A, Bemelmans B L.H. « Current opinion on the working mechanisms of neuromodulation in the treatment of lower urinary tract dysfunction ». *Current Opinion in Urology*, 16 : 261-267, 2006.
- Van Balken MR, Vergunst H, Bemelmans BLH (2004), op. cit.
- Van der Pal F, Heesakkers J P.F.A, Bemelmans B L.H., op. cit.
- Van Balken MR, Vergunst H, Bemelmans BLH (2004), op. cit.
- Van der Pal F, Heesakkers J P.F.A, Bemelmans B L.H., op. cit.
- Schreiner L, Guimarães dos Santos T, Knorst MR, Gomes da Silva Filho I, op. cit.
- Finazzi-Agrò E, Petta F, Sciobica F, Pasqualetti P, Musco S, Bove P. Percutaneous tibial nerve stimulation effects on detrusor overactivity incontinence are not due to a placebo effect : a randomized, double-blind, placebo controlled trial. *The Journal of Urology*, 184 : 2001-2006, novembre 2010.
- Govier FE, Litwiller S, Nitti V, Kreder KJ JR., Rosenblatt P. Percutaneous afferent neuromodulation for the refractory overactive bladder: results of a multicenter study. *The Journal of Urology*, 165 : 1193-1198, avril 2001.
- Peters KM, Carrico DJ, Perez-Marrero RA, Khan AU, Wooldridge LS, Davis GL, MacDiarmid SA. Randomized trial of percutaneous tibial nerve stimulation versus sham efficacy in the treatment of overactive bladder syndrome: results from sumit trial. *The Journal of Urology*, 183 : 1438-1443, avril 2010.
- Van Balken MR, Vandoninck V, Gisolf KWH, Vergunst H, Kiemeny LALM, Debruyne FMJ, Bemelmans BLH (2001), op. cit.
- Zhao J, Bai J, Zhou Y, Qi G, Du L, op. cit.

- Schreiner L, Guimarães dos Santos T, Knorst MR, Gomes da Silva Filho I, op. cit.
- Schreiner L, Guimarães dos Santos T, Knorst MR, Gomes da Silva Filho I, op. cit.
- Finazzi-Agrò E, Petta F, Sciobica F, Pasqualetti P, Musco S, Bove P, op. cit.
- Peters KM, Carrico DJ, Perez-Marrero RA, Khan AU, Wooldridge LS, Davis GL, MacDiarmid SA, op. cit.
- Finazzi-Agrò E, Petta F, Sciobica F, Pasqualetti P, Musco S, Bove P, op. cit.
- Govier FE, Litwiller S, Nitti V, Kreder KJ JR., Rosenblatt P, op. cit.
- Van Balken MR, Vandoninck V, Messelink BJ, Vergunst H, Heesakkers JPFA, Debruyne MJ, Bemelmans BLH. Percutaneous tibial nerve stimulation as neuromodulative treatment of chronic pelvic pain. *European Urology*, 43 :158-163, 2003.
- Zhao J, Bai J, Zhou Y, Qi G, Du L, op. cit.
- Schreiner L, Guimarães dos Santos T, Knorst MR, Gomes da Silva Filho I, op. cit.
- Finazzi-Agrò E, Petta F, Sciobica F, Pasqualetti P, Musco S, Bove P, op. cit.
- Govier FE, Litwiller S, Nitti V, Kreder KJ JR., Rosenblatt P, op. cit.
- Peters KM, Carrico DJ, Perez-Marrero RA, Khan AU, Wooldridge LS, Davis GL, MacDiarmid SA, op. cit.
- Van Balken MR, Vandoninck V, Gisolf KWH, Vergunst H, Kiemeny LALM, Debruyne FMJ, Bemelmans BLH (2001), op. cit.
- Zhao J, Bai J, Zhou Y, Qi G, Du L, op. cit.
- Schreiner L, Guimarães dos Santos T, Knorst MR, Gomes da Silva Filho I, op. cit.
- Finazzi-Agrò E, Petta F, Sciobica F, Pasqualetti P, Musco S, Bove P, op. cit.
- Govier FE, Litwiller S, Nitti V, Kreder KJ JR., Rosenblatt P, op. cit.
- Peters KM, Carrico DJ, Perez-Marrero RA, Khan AU, Wooldridge LS, Davis GL, MacDiarmid SA, op. cit.
- Van Balken MR, Vandoninck V, Gisolf KWH, Vergunst H, Kiemeny LALM, Debruyne FMJ, Bemelmans BLH (2001), op. cit.
- Van Balken MR, Vandoninck V, Messelink BJ, Vergunst H, Heesakkers JPFA, Debruyne MJ, Bemelmans BLH (2003), op. cit.
- Zhao J, Bai J, Zhou Y, Qi G, Du L, op. cit.
- Van Balken MR, Vergunst H, Bemelmans BLH (2004), op. cit.
- Finazzi-Agrò E, Petta F, Sciobica F, Pasqualetti P, Musco S, Bove P, op. cit.
- Govier FE, Litwiller S, Nitti V, Kreder KJ JR., Rosenblatt P, op. cit.
- Peters KM, Carrico DJ, Perez-Marrero RA, Khan AU, Wooldridge LS, Davis GL, MacDiarmid SA, op. cit.
- Van Balken MR, Vandoninck V, Gisolf KWH, Vergunst H, Kiemeny LALM, Debruyne FMJ, Bemelmans BLH (2001), op. cit.
- Van Balken MR, Vandoninck V, Messelink BJ, Vergunst H, Heesakkers JPFA, Debruyne MJ, Bemelmans BLH (2003), op. cit.
- Zhao J, Bai J, Zhou Y, Qi G, Du L, op. cit.
- Schreiner L, Guimarães dos Santos T, Knorst MR, Gomes da Silva Filho I, op. cit.
- Finazzi-Agrò E, Petta F, Sciobica F, Pasqualetti P, Musco S, Bove P, op. cit.
- Govier FE, Litwiller S, Nitti V, Kreder KJ JR., Rosenblatt P, op. cit.
- Peters KM, Carrico DJ, Perez-Marrero RA, Khan AU, Wooldridge LS, Davis GL, MacDiarmid SA, op. cit.
- Van Balken MR, Vandoninck V, Gisolf KWH, Vergunst H, Kiemeny LALM, Debruyne FMJ, Bemelmans BLH (2001), op. cit.
- Van Balken MR, Vandoninck V, Messelink BJ, Vergunst H, Heesakkers JPFA, Debruyne MJ, Bemelmans BLH (2003), op. cit.
- Zhao J, Bai J, Zhou Y, Qi G, Du L, op. cit.

	TENS ^[50]	PENS ^[51, 52, 53, 54, 55, 56]
Durée d'impulsion	200 µs	200 µs
Intensité de la stimulation	10-50 mA	≤ 10 mA
Fréquence de stimulation	10 Hz	20 Hz
Durée des séances	20-30 minutes	20-30 minutes
Fréquence des séances	1-3 fois/semaine	1-3 fois/semaine
Nombre de séances	10-12	10-12

L'OPPQ FÉLICITE CHALEUREUSEMENT LES LAURÉATES 2013 DU PRIX MÉRITE DU CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC ET DES PRIX EXCELLENCE DE L'OPPQ

Ces prix ont été remis le 22 novembre dernier à l'hôtel Mortagne de Boucherville dans le cadre de l'événement *Physiothérapie 360°*



LE PRIX MÉRITE DU CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC (CIQ) 2013 a été décerné à M^{me} Danielle Richer, physiothérapeute.

M^{me} Richer œuvre au sein du système professionnel depuis 31 ans. Accordant depuis toujours la plus haute importance au développement professionnel, elle a su montrer au fil des années qu'au-delà de l'obligation déontologique, la formation continue est aussi liée à l'évolution de la pratique, au développement des professions et à l'amélioration de la qualité des soins. Alors qu'elle a été membre de plusieurs comités de l'OPPQ et de l'Association canadienne de physiothérapie, elle s'est révélée être une collaboratrice d'exception dans plusieurs dossiers importants pour la pratique des professionnels de la physiothérapie. M^{me} Richer a également siégé au conseil d'administration de l'OPPQ pendant près de 20 ans, dont sept années à titre de vice-présidente du comité exécutif.

De gauche à droite : Danielle Richer, physiothérapeute lauréate du prix Mérite du CIQ ; François Renaud, président du CIQ ; et Lucie Forget, pht, M.A., présidente de l'OPPQ

Prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)

Rappelons que le prix Mérite du CIQ est décerné au nom du Conseil interprofessionnel du Québec à un professionnel qui s'est distingué au service de sa profession et de son ordre professionnel. Cet hommage souligne et récompense les réalisations de membres ayant une influence sur le développement de leur ordre ou apportant une contribution significative au développement de la profession en lien avec les valeurs du système professionnel québécois. L'OPPQ félicite M^{me} Richer, lauréate de cette prestigieuse distinction.



Prix excellence OPPQ

Les Prix excellence OPPQ visent, entre autres, à mettre en valeur les professionnels qui contribuent de façon particulière à l'avancement et au rayonnement de nos professions.



LE PRIX EXCELLENCE – PHYSIOTHÉRAPEUTE a été décerné à M^{me} Carole Fortin.

Depuis 2008, M^{me} Fortin encourage activement la participation des physiothérapeutes à la recherche en favorisant des projets de recherche collaborative au CHU Sainte-Justine, en Alberta, en France et au Royaume-Uni. À ce jour, elle a obtenu des subventions OPPQ-REPAR et du programme de réadaptation pédiatrique du CHU Sainte-Justine. Au cours de sa carrière, M^{me} Fortin a également acquis une grande expertise clinique dans le domaine de l'évaluation et du traitement d'enfants et d'adolescents atteints d'une scoliose. Elle est également engagée dans divers projets de recherche clinique qui visent à répondre aux besoins spécifiques des physiothérapeutes et de leur clientèle. De plus, son expérience clinique et en recherche l'a amenée à donner des cours universitaires et lui vaut une reconnaissance internationale puisqu'elle est fréquemment invitée en Europe, au Brésil ainsi qu'aux États-Unis pour des présentations scientifiques.

M^{me} Carole Fortin, pht, chercheuse-clinicienne au CHU Sainte-Justine

LE PRIX EXCELLENCE – THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE a été décerné à M^{me} Katherine Beaulieu.

Première thérapeute en réadaptation physique employée au CSSS des Collines, M^{me} Beaulieu est une professionnelle dévouée qui valorise la collaboration interdisciplinaire. Devenue une référence en matière d'intégration des services de T.R.P. auprès des autres établissements, il est fréquent qu'elle soit consultée par les professionnels de la région sur cette question. L'engagement remarquable de M^{me} Beaulieu se manifeste aussi par sa participation à plusieurs comités, dont ceux des programmes régionaux de prévention des chutes, soit Intervention multifactorielle personnalisée – services à domicile (IMP-SAD) et Soutien à domicile (SAD) de l'Agence de santé et de services sociaux de l'Outaouais. Elle est également membre du comité de gestion de risque du CSSS, où elle participe à l'élaboration d'une grille d'évaluation de la sécurité à domicile. De plus, elle assumera le poste de conseillère au Conseil multidisciplinaire de son établissement au cours des deux prochaines années.

M^{me} Katherine Beaulieu, T.R.P. au CSSS des Collines à Chelsea



MICROPROGRAMME DE DEUXIÈME CYCLE EN RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE EN PHYSIOTHÉRAPIE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL : UNE DEUXIÈME COHORTE DE DIPLÔMÉS AU CANADA



*Par Chantale Dumoulin, pht, Ph. D.
Professeure adjointe à l'école de
réadaptation de l'Université de Montréal*

Le programme de physiothérapie de l'Université de Montréal tient à féliciter les physiothérapeutes de la deuxième cohorte du microprogramme de deuxième cycle en rééducation périnéale et pelvienne. Ces 15 diplômées, provenant de tous les coins du Québec, pratiquent auprès de diverses clientèles dans les réseaux public et privé.

Le programme est offert chaque année. Pour obtenir plus d'information, visitez le www.readap.umontreal.ca/rpp.

Les physiothérapeutes diplômées de la deuxième cohorte du microprogramme de deuxième cycle en rééducation périnéale et pelvienne en physiothérapie de l'Université de Montréal, accompagnées de Chantale Dumoulin, pht, Ph. D., responsable du programme (à droite) et de Vanessa Faro-Dussault, pht, conseillère pédagogique pour le microprogramme (en bas, à droite).

PROGRAMME DE BOURSES ET DE SUBVENTIONS DE L'OPPQ

Date limite : 31 janvier 2014

L'OPPQ PROCÈDE À UN APPEL DE CANDIDATURES POUR LE CONCOURS SE TERMINANT LE 31 JANVIER 2014.

Montant provenant du Fonds de recherche clinique (60 000 \$ au total)

Les physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique sont invités à poser leur candidature pour les catégories suivantes :

- › Deux subventions de 15 000 \$ en partenariat OPPQ-REPAR. Chaque organisme contribue un montant de 7 500 \$ à la subvention afin qu'elle totalise 15 000 \$. Les membres sont invités à se rendre sur le site du REPAR (www.repar.ca) pour connaître les détails de cette subvention en cofinancement et présenter une demande.
- › Subvention(s) de recherche clinique de 7 500 \$
- › Subvention(s) de stage en recherche clinique de 7 500 \$
- › Bourse(s) d'études de maîtrise de type recherche de 7 500 \$

Note : Vous ne pouvez faire plus d'une demande en qualité de demandeur principal.

Montant provenant du budget général de l'Ordre

- › 4 bourses d'études universitaires en physiothérapie pour les thérapeutes en réadaptation physique

Vous trouverez tous les renseignements, ainsi que les formulaires à télécharger, en ligne sur le site de l'OPPQ sous la rubrique « Prix, Bourses et Subventions ».

Les documents exigés devront être envoyés à l'OPPQ au plus tard le 31 janvier 2014.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec M. Uriel Pierre au 514 351-2770 ou 1 800 361-2001, poste 245 ou par courriel à upierre@oppq.qc.ca.

L'ORDRE SOUHAITE LA MEILLEURE DES CHANCES À TOUS LES CANDIDATS !

LES ACTIVITÉS DU PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE DE L'OPPQ : UN GAGE DE QUALITÉ

Le programme de formation continue de l'OPPQ a été spécifiquement conçu pour permettre l'actualisation de vos connaissances, le maintien et l'amélioration des compétences en regard de l'évolution de la science et des pratiques en physiothérapie. L'OPPQ met donc à votre disposition une série d'activités de formation orientées vers votre réalité professionnelle.

Respectant les hauts standards de qualité, les formations présentées sont données par des formateurs passionnés et possédant toutes les aptitudes pédagogiques nécessaires pour vous offrir une expérience des plus enrichissantes.



LES MEILLEURS MOYENS D'ÊTRE INFORMÉ RAPIDEMENT DES DERNIÈRES NOUVELLES DU PROGRAMME DE FORMATION :

- › Visitez régulièrement notre site Web au www.oppq.qc.ca > activités de formation
- › Assurez-vous de recevoir le bulletin électronique **inFORMATION** express en mettant à jour votre adresse courriel dans votre dossier membre

 Suivez-nous sur Twitter à l'adresse [@Formations-OPPQ](https://twitter.com/Formations-OPPQ)

FORMATIONS OFFERTES PAR L'OPPQ ENTRE JANVIER ET MAI 2014

TITRE DE LA FORMATION	FORMATEUR	DATES	LIEU
Activités pour thérapeutes en réadaptation physique			
Capsulite, lésions de la coiffe des rotateurs et fracture de l'épaule : démarche clinique fondée sur des données probantes	Johanne Tardif	11, 12 et 13 avril 2014	Québec
Considérations cardiorespiratoires dans les programmes d'exercices	Célyn Marchand Rachel Brosseau	29 et 30 mars 2014	Montréal
Interventions auprès de la personne âgée présentant des troubles de l'équilibre	Denis Martel	20 et 21 février 2014	Montréal
Pathologies musculo-squelettiques du coude et de l'avant-bras : interventions en physiothérapie fondées sur les données probantes	Denise Ouellet	7 et 8 février 2014 28 et 29 mars 2014	Montréal Québec
Pathologies musculo-squelettiques du poignet et de la main : interventions en physiothérapie fondées sur les données probantes	Denise Ouellet	25 et 26 avril 2014 23 et 24 mai 2014	Montréal Montréal

TITRE DE LA FORMATION	FORMATEUR	DATES	LIEU
Activités pour physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique			
Arthrose et prothèse d'épaule : démarche clinique en physiothérapie fondée sur des données probantes	Johanne Tardif	16 et 17 mai 2014	Québec
Démystifier la tendinopathie et la bursopathie calcifiante et les alternatives thérapeutiques	François Cabana	20 janvier au 14 février 2014 3 mars au 28 mars 2014 14 avril au 9 mai 2014 23 mai au 20 juin 2014	En ligne
Évaluation des lésions nerveuses périphériques, électrodiagnostic rapide, triangle prévisionnel, échographie	Christian Murie	14 février 2014	Québec
Évaluation et traitement des lésions nerveuses périphériques	Christian Murie	11 janvier 2014	Drummondville
Facilitation proprioceptive neuromusculaire (PNF) : application en physiothérapie	Michel Danakas	17 et 18 janvier 2014 16 et 17 mai 2014 30 et 31 mai 2014	Montréal Montréal Québec
Interroger Internet pour répondre à des besoins cliniques en physiothérapie : c'est possible, facile et rapide !	Denis Pelletier	20 janvier au 14 février 2014 3 mars au 28 mars 2014 14 avril au 9 mai 2014 23 mai au 20 juin 2014	En ligne
Obstacles biopsychosociaux à la récupération Partie 1 : identification et interventions en physiothérapie	Alain Gaumond	22 février 2014	Québec
Obstacles biopsychosociaux à la récupération Partie 2 : initiation aux habiletés de communication en physiothérapie et au modèle de changement	Alain Gaumond	12 et 13 avril 2014	Québec
Session pratique de <i>taping</i>	Janie Barette Louise Beaumont Brigitte Léger	18 janvier 2014 1 ^{er} février 2014	Montréal Québec
Traitement conventionnel des lésions nerveuses périphériques et facilitation de la repousse axonale	Christian Murie	15 février 2014	Québec
Vigilance sur la moelle spinale et la queue de cheval : examen et diagnostic différentiel selon l'axe neural	Gaétan Thibault	28 et 29 mars 2014	Québec
Vigilance sur le système nerveux autonome : compréhension et applications cliniques	Gaétan Thibault	28 février et 1 ^{er} mars 2014	Québec
Vigilance sur les nerfs crâniens : examen et implications cliniques	Gaétan Thibault	14 et 15 mars 2014	Québec
Activités pour physiothérapeutes			
Chute et troubles de l'équilibre chez la personne âgée	Denis Martel	30 et 31 janvier 2014 20 et 21 mars 2014	Montréal Montréal
Dysfonctions de stabilité statique et dynamique de la colonne cervicale moyenne – Partie 2 : Analyse et traitement	Marie-France Levesque	11 et 12 avril 2014	Montréal
Évaluation des affections orthopédiques périphériques... du subjectif jusqu'au plan de traitement !	Nathalie Savard	14, 15 et 16 avril 2014	Montréal
Instabilité de l'épaule : démarche clinique en physiothérapie basée sur des données probantes	Johanne Tardif	2 mai 2014	Québec
Le diagnostic émis par le physiothérapeute	Luc J. Hébert Marc Perron	20 janvier au 2 février 2014 24 février au 9 mars 2014 24 mars au 6 avril 2014 28 avril au 11 mai 2014	En ligne
Lésions de la coiffe des rotateurs et pathologies associées	Johanne Tardif	28 et 29 mars 2014	Québec
Pathologies discales : évaluation et traitement en physiothérapie	Yves Plourde	31 janvier, 1 ^{er} et 2 février 2014	Montréal
Plaies : débridement des plaies dans l'intervention physiothérapeutique	Isabelle Girouard	12 et 13 avril 2014	St-Hyacinthe (1 ^{er} jr) Trois-Rivières (2 ^e jr)
Plaies : interventions en physiothérapie Partie 2 : modalités complémentaires de traitements	Isabelle Girouard	7, 8 et 9 février 2014	St-Hyacinthe
Prescription d'exercices	Célyn Marchand Rachel Brosseau	24, 25 et 26 janvier 2014	Montréal
Rééducation vestibulaire : introduction à la rééducation vestibulaire	Alain Godbout	28, 29 et 30 mars 2014 30, 31 mai et 1 ^{er} juin 2014	Montréal Montréal
Rééducation vestibulaire avancée : vertiges et étourdissements positionnels	Alain Godbout	2, 3 et 4 mai 2014	Montréal

Pour vous inscrire à une activité ou consulter le programme complet, rendez-vous en ligne dans la rubrique « Activités de formation »

Physiothérapie 360° : un espace de formation ancré dans nos réalités professionnelles



L'ÉDITION 2013 EN QUELQUES MOTS

Plus de 600 professionnels se sont rassemblés à l'occasion de la 3^e édition de l'événement annuel de développement professionnel *Physiothérapie 360°* les 22 et 23 novembre derniers.

Alors qu'une vingtaine d'ateliers et de conférences étaient programmés, 33 conférenciers expérimentés ont participé à l'événement afin d'échanger sur diverses pratiques en physiothérapie.

Pendant deux jours, les participants ont pu assister à des conférences et ateliers traitant de sujets touchant autant l'orthopédie, la neurologie, la pédiatrie que la gériatrie.

D'autres thèmes abordés tels que l'éthique, les communautés de pratique, le lien thérapeutique et la gestion du changement ont permis de couvrir toutes les facettes des sept grands domaines de compétence attribués aux professionnels de la physiothérapie.

Au terme de l'événement, les professionnels se sont réjouis des apprentissages et des outils pratiques fournis, qui seront très utiles à leur approche ainsi qu'à leurs interventions quotidiennes auprès des diverses clientèles.

L'engouement suscité par cette 3^e édition et la variété des sujets présentés révèlent, encore une fois, l'étendue des compétences et l'importance des professionnels de la physiothérapie dans le système de santé québécois.

L'édition 2014 : un rendez-vous à ne pas manquer les 25 et 26 octobre 2014

“Très pertinent. Nous amène à réfléchir et nous aide à intervenir différemment auprès de nos patients.”

“Bravo pour la programmation et pour l'organisation. La qualité des présentations est excellente.”

“Événement très ressourçant. Je suis très satisfaite dans l'ensemble.”



La physiothérapie au cœur d'un nouveau blogue grand public

L'OPPQ a récemment procédé à la mise en ligne d'un blogue afin de transmettre au grand public des conseils et de l'information sur les divers maux pouvant être traités en physiothérapie.

Rédigés en collaboration avec des professionnels de la physiothérapie, les articles qui y seront publiés aborderont une grande variété de sujets susceptibles d'intéresser presque tous les types de clientèles. Des problèmes d'incontinence à la posture de travail en passant par les blessures sportives et les maux associés à la réalisation de simples activités quotidiennes, ce blogue constituera une source d'information diversifiée pour le grand public.

Les sujets traités seront déterminés en fonction de l'actualité et des tendances de recherche des internautes sur le Web.

Cette initiative s'inscrit dans la stratégie mise en œuvre par l'OPPQ pour promouvoir l'étendue du champ de compétences des professionnels de la physiothérapie. Intégré au site de l'Ordre, cet outil d'information sera alimenté chaque semaine d'un nouvel article.

Par ailleurs, l'OPPQ remercie, une fois de plus, les membres ayant collaboré à la production des premiers articles, partageant ainsi leurs connaissances au profit de l'image de nos professions.

Pour découvrir le blogue, rendez-vous au www.oppq.qc.ca

The screenshot shows the OPPQ blog interface. On the left, there are navigation menus for 'CATÉGORIES' (Santé, Sports, Vie quotidienne), 'ARTICLES RÉCENTS' (Commoions cérébrales au hockey et prévention, Préparation de la maison pour l'hiver..., Douleurs au nerf sciatique chez la femme enceinte...), and 'ARCHIVES' (Tous les mois archivés, Novembre 2013). At the bottom left is a 'TROUVER UN PROFESSIONNEL' section with a map. The main content area is titled 'BLOGUE' and features several article teasers with images and titles like 'Commoions cérébrales au hockey et prévention', 'Préparation de la maison pour l'hiver...', 'Douleurs au nerf sciatique chez la femme enceinte...', and 'Traiter l'incontinence pour améliorer sa qualité de vie'.

Si vous souhaitez collaborer en tant que professionnel à la rédaction d'un texte, nous vous invitons à nous en faire part et à nous informer de vos domaines d'expertise à communications@oppq.qc.ca



LES DÉPLIANTS PRÉSENTANT NOS PROFESSIONS SE RENOUVELLENT

L'OPPQ a procédé à une refonte visuelle complète des feuillets **Profession** et mis à jour certains éléments de leur contenu.

Distribués lors des journées d'orientation dans les écoles secondaires ou encore lors des activités portes ouvertes des cégeps et des universités, ces documents présentent, entre autres, le cursus à suivre pour devenir un professionnel de la physiothérapie.

Pour consulter ou commander les nouveaux dépliants, rendez-vous en ligne : www.oppq.qc.ca > membres > publications > dépliants

BIENVENUE À TOUTES ET À TOUS

INSCRIPTIONS PHYSIOTHÉRAPEUTES

Anderson Nadeau, Julien
 Arseneau, Kevin
 Asselin, Olivier
 Atallah, Jacques
 Bannon, Karine
 Baribeau-Rondeau, Judith
 Bastenier Boutin, Sophie
 Beaulieu, Karen
 Beauvais, Geneviève
 Béland, Patricia
 Bellavance, Julien
 Belletête, Alex
 Bernier, Vincent
 Bertrand Gibeault, Shaïman
 Boisjoli, Marie-France
 Bourque, Fannie
 Chambers, Stéphane
 Charbonneau, Valérie
 Chartier, Audrey
 Couture, Amelyse
 Crevier, Laurianne
 Croussette, Guillaume
 D'Aoust, Alexe
 Décary, Simon
 Dubois, Émilie
 Éthier, Élise
 Farah, Claudine
 Fejkiel, Diana
 Fillion, Camille
 Fontaine, Élyse
 Fontaine, Hugues
 Forest, Thalie
 Foucault, Cynthia
 Fournier, Émilie
 Frenette, Marie-Ève
 Gagnon Martin, Sarah
 Gauthier, Cindy
 Gauthier, Joanie
 Gendreau, Douanka
 Gendron, Katrina
 Gharbi, Mourad
 Giguère, Anne-Marie
 Godin, Valérie
 Grégoire, Stéphanie
 Grenier, Marc-Antoine
 Guay-Paquet, Émilie
 Guérette, Mathieu
 Houde-Bastien, Jasmin
 Houle, Eloïse
 Iqbal, Maria
 Karaziman, Roula
 Khorram-Roudi, Tania
 Kim, Do Jun
 Krouchev, Iordan
 Labelle, Dominic
 Lachance, Virginie
 Lachapelle, Virginie
 Lacoursière, Mélissa
 Lacroix, Émilie
 Lafrance, Alexandra
 Lafrance-Tanguay, Frédérick
 Lague, Catherine
 Laroche, Théo
 Larochelle, Gabriel
 Lauzon, Catherine
 Lauzon, Stéphanie
 Lazure, Guillaume
 Leclerc, Catherine
 Lecomte, Josianne
 Lefebvre, Jean

Legal, Isabelle
 Lessard, Béatrice
 Lévesque, Marie-Ève
 Lowry, Véronique
 Machalani, Cynthia
 Manuguerra-Gagné, Ariane
 Marino Jimenez, Diana Ximena
 Martin, Danny-Ève
 Maynard-Paquette, Anne-Catherine
 Michaud, Émilie-Karine
 Mignault, Laurence
 Montpetit-Tourangeau, Katherine
 Morasse, Stéphanie
 Mororo, Erick Eugenio
 Nicolas, Jessica
 Normandin-Dussault, Pierre-Hugues
 Paul, Julien
 Pelletier, Julie
 Pilote Lapointe, Julie
 Pimentel Lima, Marina
 Pinard, Alexandra
 Pinard, Marilee
 Piwek, Thomas
 Plourde, Jennifer
 Raby, Dominique
 Ramadan, Khaled
 Renaud, Anne-Marie
 Rivest, Catherine
 Robbins, Shawn
 Rochon, Valérie
 Rolko, Francis
 Roy, Noémie
 Roy, Sylvia
 Savard, Marilaine
 Sheehy, Annie
 Simoneau, Laurence
 Strange, Sharon
 T.-Williams, Stéphanie
 Talbot, Sarah-Claude
 Thibault, Myriam
 Touchette, Stephany
 Vachon, Simon
 Vallée, Élisabeth
 Var, Danny

INSCRIPTIONS THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

Aguiar-Espinosa, Giovanna Paola
 Alain, Laurie
 Ash, Jean-Bastien
 Audet, Amélie
 Audy, Nadia
 Bastien, Sara
 Béland, Kevin
 Belley-Houle, Andréanne
 B.-Evearts, Roxane
 Belzile, Arianne
 Berrouard, Maude
 Bessette, Valérie
 Bissonnette, Josiane
 Boudreau-Richard, Karine
 Boutin-Latouche, Andréanne
 Breton-Mineau, Caroline
 Brisebois, Valérie
 Calas, Julien
 Campbell, Étienne
 Caouette, Myriam
 Chainey, Alexandra
 Champoux, Pier-Luc
 Combat, Alexandre
 Côté, Jean-Philippe

Côté, Marie-Louise
 Crépeau, Audrey
 Cummins, Marie-Hélène
 Daigle, Mélanie
 Delorme, Mélanie
 Dion, Karol-Anne
 Dumais, Pascale
 Durand, Laurie
 Durette, Vanessa
 Éthier, Marlène
 Ferland Caraghiaur, Isabelle
 Alexandrine
 Ferland, Carolann
 Ferland, Lise
 Flamand, Gabriel
 Fleury, Mireille
 Fortier, Mélima
 Fortin, Marie-Pier
 Fréchette, Joanie
 Freitas, Brigitte
 Frenette, Vivianne
 Gagné-Voillaume, Marie-Blanche
 Gagnon-Beaudoin, Myriam
 Galanopoulos, Areti
 Gauthier, Marie-Claude
 Gauvreau, Ariane
 Geoffroy, Noémie
 Gervais, Joly-Ann
 Gordon Masmarti, Coralie
 Goyette-Hauteclocque, Noémie
 Hamel, Catherine
 Handfield, Emmanuelle
 Jarry, Viviane
 Joly, Lauriane
 Laberge, Audrey
 Lafrance, Roxane
 Lagacé, Sarah
 Laliberté, Rebecca
 Lamontagne, Katrine
 Landry-Drolet, Mathieu
 Lanfranchi, Corinne
 Lapierre, Frédérique
 Laramée, Maryline
 Larouche, Samuel
 Lauzier, Stéphanie
 Lavoie, Mathieu
 Leblanc, Christian
 Lebon, Ophélie
 Leclerc, Élisabeth
 Lepage, Roxanne
 Léveillé, Marie-Ève
 Lortie, Natacha
 Marchand, Carole-Ann
 Mayer, Alexandra
 McDuff, Marie-France
 Ménard, Élisabeth
 Mondor, Marie-Laurence
 Montpetit-Dicaire, Jonathan
 Moody, Anouck
 Morin, Sarah
 Nault, Amélie
 Palardy, Sarah
 Paquette, Mélanie
 Pearson, Mylène
 Pépin, Guylaine
 Pilon, Vanessa
 Ploton, Thomas
 Poisson, Ève
 Poitras, Magali
 Potvin, Kélie
 Pouliot, Stéphane
 Pringle, Ariel
 Rhains, Jessica

Riffon, Caroline
 Roy, Justine
 Saucier, Chloé
 Simard Tremblay, Sophie
 Simard, Valérie
 St-Jean, Frédéric
 Tellier, Karol-Anne
 Tessier, Carole Anne
 Tétreault, Émilie
 Therrien, Johanne
 Tremblay, Chloé
 Tremblay, Léa
 Tremblay, Patricia
 Tremblay, Sarah
 Turcot, Hélène
 Turcotte, Valérie
 Turenne, Marika
 Turgeon, Mélyzane
 Valiquette, Valériane
 Vasilev, Mihail
 Veloso Moya, Alexandra
 Villatoro Yon, Andrea

RÉINSCRIPTIONS

Beaudet, Andrée-Anne
 Beaumont, Vanessa
 Béland, Majorie
 Berthelot, Christine
 Boily, Catherine
 Bouchard, Julie
 Breton, Diane
 Bucovetsky, Valeria
 Carrier, Émilie
 Charrette (Jundis), Mélanie
 Charrette, Julie
 Chevrier, Marie-Claude
 Côté-Boivin, Marie-Pier
 Denis, Danièle
 Drapeau, Marilyn
 Dulude, Maude
 Ferreira, Ana Maria
 Fortin, Annie
 Gendron, Édith
 Gobeil, Mylène
 Haineault, Karyne
 Hamel, Audrey
 Hovington, Cathy
 Landry, Sandra
 Lapierre, Isabelle
 Larose, Andrée-Anne
 Legault, Annie-Claude
 Lejeune, Cathy
 Lessard, Dave
 Marchand, Annie
 Mercier, Dora
 Mercier, Marie-Claude
 Montigny, Annie-Claude
 Morin, Cathy
 Pang, So Pheap
 Pilon, Mélissa
 Poirier, Véronique
 Quirion, Karyne
 Rancourt, Annabelle
 Roberge, Amélie
 Ruest, Sylvie
 Santerre, Johanne
 Singerman, Kimberley
 Sitruk, Stéphanie
 Synnott, Jeannique
 Tanguay, Marie-Andrée
 Tardif, Louise

OFFERTE AUX
PHYSIOTHÉRAPEUTES

Facilitez la vie de vos patients.

La **solution de demandes de règlement en ligne** est un moyen électronique sécuritaire qui simplifie les demandes de règlement de vos patients auprès de leurs assureurs.

Tout le monde y gagne : vous offrez un service appréciable à vos patients et vous avez le choix d'être payé par le patient ou directement par l'assureur*.

Plus de 15 000 fournisseurs de soins de santé complémentaires ont opté pour cette solution.

Offerte avec :



Desjardins
Sécurité financière™

Financière
Sun Life

LA
Great-West
COMPAGNIE G.W. D'ASSURANCE-VIE

Standard Life

Bientôt avec :



Financière Manuvie
Pour votre avenir™



**INDUSTRIELLE
ALLIANCE**
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

Aucun
engagement

Soumissions
en ligne simples
et sécuritaires

Confirmations
instantanées
des assureurs*

Remboursements
rapides

L'inscription et l'utilisation sont **GRATUITES**.
Profitez-en maintenant à telussante.com/eclaims

*Certains outils et certaines fonctionnalités de même que leurs avantages sont propres à la solution de demandes de règlement en ligne de TELUS Santé et pourraient ne pas être offerts par tous les assureurs.

 **TELUS** | SANTÉ™

Faites affaire avec La Personnelle.
Nous vous offrirons une **assurance adaptée**
aux besoins de votre clinique de physiothérapie.



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

En tant que membre de l'ordre, vous pourriez réaliser de **BELLES ÉCONOMIES** sur votre assurance entreprise !

Bénéficiez de protections pouvant couvrir, entre autres :

- les documents de valeur et archives (montant de base à 50 000 \$) ;
- la perte de revenus.

De plus, aucune règle proportionnelle ne s'applique.

DEMANDEZ UNE SOUMISSION POUR VOTRE ENTREPRISE
ET OBTENEZ VOS TARIFS DE GROUPE EXCLUSIFS

1 800 268-3063

lapersonnelle.com/oppq

10 ans de partenariat !

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