

PHYSIO QUÉBEC

n° 01

PRINTEMPS-ÉTÉ 2017
VOLUME 44

ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC



LA STIMULATION ÉLECTRIQUE :
AU SERVICE DE LA
POPULATION DANS LA LUTTE
CONTRE LA DOULEUR

M. DENIS PELLETIER

En route pour un second
mandat à la présidence

**CHAMP D'EXERCICE ET
ACTIVITÉS RÉSERVÉES :**

des outils pour y voir plus clair !

SAVIEZ-VOUS QU'EN TANT QUE PHYSIOTHÉRAPEUTE, THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE ET ADHÉRENT AU STATUT ÉTUDIANT VOUS AVEZ DROIT À DE NOMBREUX **RABAIS** ?



Tout membre ou adhérent au statut étudiant de l'OPPQ bénéficie de rabais sur certains produits et services offerts par des entreprises œuvrant dans des secteurs aussi variés que les assurances, les services bancaires, les services de télécommunication, le tourisme et les loisirs.

Pour en savoir plus et pour profiter de plusieurs rabais, rendez-vous au
oppq.qc.ca/membres/programme-rabais-privileges

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

Julie Degrandpré

Directrice des communications
jdegandpre@oppq.qc.ca

COORDINATION

Sandra Chabanel

Conseillère en communication
schabanel@oppq.qc.ca

CONCEPTION GRAPHIQUE

Ubik. Studio de Création
www.byubik.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 :
N° 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 : © Plepraisaeng /
123RF Banque d'images



04 Mot du président

06 Mot du directeur général

Projet de loi 98 : des nouvelles de la réforme attendue du *Code des professions*

07 Bureau du syndic

L'ignorance de la réglementation peut-elle excuser le comportement du professionnel en physiothérapie ?

08 Services juridiques

Le devoir de collaboration avec l'Ordre : une obligation incontournable

10 Inspection professionnelle

Nouveautés du programme annuel d'inspection professionnelle

12 Développement et soutien professionnels

Champ d'exercice et activités réservées : pour y voir plus clair !

14 Chronique du clinicien

La stimulation électrique : au service de la population dans la lutte contre la douleur

Circuit d'entraînement pour la clientèle AVC

22 Chronique des récipiendaires

L'accessibilité aux services de physiothérapie en clinique externe dans les centres hospitaliers québécois : temps d'attente et stratégies organisationnelles

Validité de construit et fidélité interjuges du *Gymnastic Functional Measurement Tool* dans la classification des gymnastes féminines de niveau compétitif au Canada

28 Chronique étudiante

Les champs électromagnétiques pulsés : pertinents pour les patients atteints de fibromyalgie ?

32 Événements

33 Communications

34 Nouveaux membres



Le mot du président

A word from the President

Denis Pelletier, physiothérapeute, M. Sc.
Diplômé en physiothérapie sportive

En route pour un second mandat à la présidence

Je tiens à vous remercier très sincèrement pour la confiance que vous m'avez témoignée en renouvelant mon mandat à la présidence de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. J'ai reçu de nombreux messages de félicitations, d'encouragement et de soutien au cours des dernières semaines et ce fut très apprécié. Je vous suis très reconnaissant de cette confiance que vous m'accordez une fois de plus et je m'engage à remplir mon rôle avec rigueur et passion.

Ce second mandat s'annonce bien rempli. Outre les nombreux travaux déjà en cours, j'ai annoncé de nouveaux chantiers sur lesquels l'Ordre se penchera et qui nous permettront d'amener la physiothérapie encore plus loin.

CHANTIER 1 : La physiothérapie préventive

Dans l'exercice de son travail, le professionnel de la physiothérapie évalue les déficiences et les incapacités de la fonction physique de son patient. Il détermine ensuite un plan de traitement et réalise diverses interventions en vue d'obtenir le rendement fonctionnel optimal. Dans ce contexte, le travail porte principalement sur la dimension curative des interventions.

Cependant, il faut souligner que la prévention et la promotion de la santé sont également des volets importants de la profession. Pour être en mesure d'agir efficacement dans ces secteurs, il convient que l'Ordre **élabore des modèles d'intervention à l'intention des membres qui désirent s'investir** sur ce plan.

CHANTIER 2 : La téléadaptation

La téléadaptation, qui permet d'offrir un service professionnel en physiothérapie à distance, est une pratique en émergence. Pour s'assurer que les professionnels qui l'emploient se sentent à l'aise avec ce modèle d'intervention, il est important de baliser clairement son utilisation en physiothérapie tout en garantissant la protection à leur clientèle.

Ainsi, dans le but de bien comprendre cette pratique, la production d'un **guide de la téléadaptation pour les professionnels de la physiothérapie sera essentielle.**

CHANTIER 3 : Le numérique en physiothérapie

Que l'on parle de l'usage des médias sociaux, de correspondance par courriel ou par messagerie texte, force est de constater que les technologies de l'information et des communications (TIC) sont très utilisées par les professionnels de la physiothérapie et leurs patients.

Afin d'assurer un usage sécuritaire des TIC en physiothérapie, des lignes directrices simples et claires doivent être conçues. Ces dernières permettront aux professionnels d'être plus à l'aise avec ces processus et rendront encore plus efficaces les communications avec les patients.

CHANTIER 4 : Le courtage de connaissances

Puisque la physiothérapie est une discipline de la santé, nos membres sont soumis à des pressions qui les forcent à s'adapter et à chercher continuellement à maintenir à jour et améliorer leurs compétences.

Une des façons d'y arriver repose sur la contribution d'un courtier en connaissances. En effet, dans divers organismes, ce type d'intervention est une solution qui aide à la gestion et au transfert des connaissances. En d'autres mots, cela permet de faire le pont entre les chercheurs et les cliniciens. **J'entends travailler avec le conseil d'administration pour qu'un service de cette nature soit offert par l'Ordre.** Cela permettra de synthétiser l'information disponible sur des sujets importants dans l'exercice de la physiothérapie et de la rendre accessible aisément à tous les professionnels.

CHANTIER 5 : Le pronostic en physiothérapie

Au cours des dernières années, l'Ordre a conduit des travaux sur le cheminement menant à un diagnostic en physiothérapie. De plus en plus de cliniciens utilisent cette façon de faire, dans le respect du champ de pratique, pour traduire les résultats de leur analyse et de leur raisonnement à la suite d'une évaluation.

Il serait maintenant pertinent de faire ce même exercice avec le pronostic en physiothérapie. Nous souhaitons donc **établir une structure du pronostic et standardiser la façon de le libeller** afin de permettre aux cliniciens de l'effectuer de façon consensuelle et uniforme.

CHANTIER 6 : Code de déontologie

Le Code de déontologie de l'Ordre définit les droits et les devoirs que doivent respecter les professionnels en exercice. En plus de dicter leur conduite, il guide les rapports entre ceux-ci et leurs patients.

La physiothérapie ayant grandement évolué ces dernières années, **le Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique doit être revu pour répondre aux nouvelles réalités de l'exercice de la profession, et ce, à différents chapitres**, dont la téléadaptation, la publicité, les technologies de l'information, la vente d'équipement, etc.

Tous ces chantiers ne seront pas le fait d'un seul individu. Ils se réaliseront grâce notamment à la remarquable équipe de l'Ordre qui assure le fonctionnement quotidien de l'organisation. Aussi, plusieurs membres de l'Ordre s'impliquent avec rigueur dans différents comités et assument des rôles essentiels à notre mission de protection du public. Leur collaboration est primordiale dans l'aboutissement des mandats et elle est grandement appréciée.

Enfin, tous les projets que nous mettrons sur pied prendront vie surtout grâce à vous tous, membres de l'Ordre, puisque vous êtes les acteurs clés de la pratique de la physiothérapie et que vous contribuez sans contredit à son épanouissement et à son rayonnement. Nous vous remercions de faire équipe avec nous!

Au plaisir de vous rencontrer prochainement. ■

Le président,

Gearing up for a second term as President

Thank you, most sincerely, for the trust you have placed in me by renewing my mandate as President of Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ). I have received many messages of congratulations, encouragement, and support over the past few weeks, and it has meant a lot. I am very grateful to you for putting your faith in me once again, and I assure you I will carry out my role conscientiously and enthusiastically.

There is a lot on the agenda for this second term. In addition to a great deal of work already underway, I have announced some new areas for OPPQ to explore to advance the discipline of physiotherapy.

1. Preventive physiotherapy

As part of their practice, physiotherapists assess deficiencies in and impairments to patients' physical functioning. They then decide on and administer treatment plans to help patients achieve optimal functioning. In this scenario, the work focuses mainly on the curative aspect of treatment.

But we must not forget that prevention and health promotion are also important facets of our profession. To lay the foundations for effective action in these areas, OPPQ needs to **develop models of therapeutic intervention for members who wish to concentrate their efforts** here.

2. Telerehabilitation

Telerehabilitation is an emerging practice that makes it possible to deliver professional physiotherapy services remotely. To make sure practitioners who offer it feel entirely comfortable with this means of service delivery, it is important to set clear parameters for its use in physiotherapy while also guaranteeing patient safety.

To ensure the practice is fully understood, **publishing a guide to telerehabilitation for physiotherapy professionals is essential.**

3. Use of digital technology in physiotherapy

Whether it be via social media, email, or text messaging, there is no denying that information and communication technologies (ICTs) are widely used by physiotherapy professionals and their patients.

In order to ensure that ICTs are used safely and securely in physiotherapy, simple and clear guidelines must be developed. This will help make practitioners more comfortable with digital processes and make communication with patients even more efficient.

4. Knowledge brokering

Since the discipline of physiotherapy falls under the umbrella of health care, our members are under constant pressure to adapt by updating and upgrading their skills.

A knowledge broker can be a valuable way to support them in this. Various organizations use knowledge brokering to help in the management and transfer of knowledge. In other words, it can bridge the gap between researchers and clinicians. **I intend to work with the Board of directors so a service of this kind can be provided by OPPQ.** This will make it possible to summarize the information available on important areas of physiotherapeutic practice to make it readily accessible to all professionals.

5. Prognosis in physiotherapy

In recent years OPPQ has carried out research on the process of arriving at a diagnosis in physiotherapy. More and more clinicians are using this way of working within the scope of their practice in order to render the findings of their analysis and deliberation after an assessment.

It would now be germane to follow suit and use prognoses in physiotherapy. What we want is to **establish a structure for arriving at a prognosis and to standardize how it is formulated** so that clinical practitioners can all follow a globally approved and consistent method.

6. Code of Ethics

OPPQ's Code of Ethics defines the rights and duties of practicing professionals. In addition to dictating their behavior, it sets out guidelines for the practitioner-patient relationship.

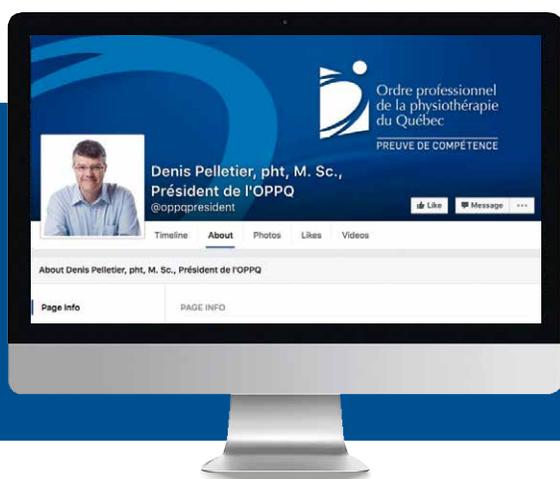
Since physiotherapy has evolved considerably in recent years, **the Code of Ethics for Physical Therapists and Physical Rehabilitation Therapists must be revised in line with the new realities of the profession, with different chapters** covering telerehabilitation, advertising, IT, and the sale of equipment, among other subjects.

Tackling all these matters will not be the task of one single individual. It will be a shared undertaking by the remarkable OPPQ team that ensures the smooth day-to-day running of the organization. Many OPPQ members are actively involved in our various committees, taking on responsibilities that are essential to our work of protecting the public. Their collaboration is very much appreciated—and vital if we are to fulfill our mandate.

But the real lifeblood of all our initiatives is you, members of OPPQ, since you are the key players in physiotherapy practice and you unquestionably contribute so much to its growth and standing. Thank you for being on our team!

I look forward to meeting you soon. ■

President,



Vous pouvez suivre le président de l'Ordre sur les réseaux sociaux :

 www.facebook.com/oppqpresident/

 @OPPPRESIDENT

 sous le nom de Denis Pelletier



Le mot du directeur général

Par Claude Laurent, notaire, F. Adm. A., directeur général et secrétaire de l'OPPQ

Projet de loi 98 : des nouvelles de la réforme attendue du *Code des professions*

En juin dernier, le gouvernement du Québec a adopté le projet de loi 98 intitulé *Loi modifiant diverses lois concernant l'admission aux professions et la gouvernance du système professionnel*. Malgré son nom, cette loi porte sur plusieurs autres aspects du *Code des professions*. Nous faisons ici un survol des modifications importantes apportées au Code.

Renforcement des règles de gouvernance

Cette loi vise principalement la modernisation de l'organisation et de la gouvernance des ordres professionnels et de leur conseil d'administration (CA). Dorénavant, un ordre sera administré par un conseil d'administration formé d'au plus 15 administrateurs, en plus du président, dont 3 ou 4 administrateurs seront nommés par l'Office des professions. Pour un ordre comme l'OPPQ, le nombre d'administrateurs élus devra donc être réduit d'au moins neuf membres, ce qui aura pour effet d'agrandir chacune des régions représentées au conseil pour chacun des titres professionnels.

C'est le CA et non plus l'assemblée générale annuelle des membres qui déterminera le mode d'élection à la présidence: soit au suffrage universel, soit au suffrage des administrateurs. Le CA continuera de fixer le montant de la cotisation annuelle des membres, mais cette décision devra faire l'objet d'une consultation en assemblée générale annuelle et non plus d'un vote à cette assemblée. Par la suite, le CA tiendra compte de la consultation et entérinera le montant de la cotisation.

En ce qui a trait au poste de directeur général (qui existe à l'Ordre depuis 2010), il ne pourra plus être cumulé avec celui de président. Le projet de loi reconnaît maintenant le poste de directeur général qui est dorénavant chargé de l'administration générale et courante d'un ordre, selon des principes de saine gestion. Il assure la conduite des affaires et le suivi des décisions du conseil. Il fait rapport au conseil sur sa gestion, sur la mise en œuvre des décisions du conseil et sur tout sujet portant sur la poursuite de la mission de protection du public.

Le président d'un ordre, quant à lui, exerce un droit de surveillance sur les affaires du CA. Il veille

auprès de la direction générale à la mise en œuvre des décisions du conseil et il agit à titre de porte-parole et de représentant de cet ordre.

L'admission aux professions

Une des modifications importantes au *Code des professions* porte sur la fonction de « commissaire aux plaintes en matière de reconnaissance des compétences professionnelles » qui devient « commissaire à l'admission aux professions ». Il est dorénavant chargé de recevoir et d'examiner toute plainte relative à l'admission à une profession.

Son rôle ne se limite plus aux plaintes provenant des candidats étrangers qui se sont vu refuser l'accès à une profession. Dès l'entrée en vigueur de la loi, il pourra recueillir toute plainte formulée par un candidat à l'exercice, qu'il ait obtenu son diplôme d'un établissement d'enseignement québécois reconnu ou pas, et peu importe son parcours professionnel.

L'ensemble des ordres professionnels, dont l'OPPQ, et les regroupements d'établissements d'enseignement (la Fédération des cégeps et le Bureau de coopération interuniversitaire) se sont opposés à cet élargissement des pouvoirs du commissaire, considérant qu'ils étaient superflus. Alors que les autorités politiques croient que ces nouveaux pouvoirs corrigeront tous les problèmes d'accès aux professions, ceux qui s'y opposent constatent plutôt que cela ne répond à aucune problématique particulière.

Renforcement des pouvoirs de l'Office des professions

Dans la foulée des recommandations de la Commission Charbonneau, il sera désormais permis à l'Office des professions de déclencher

une enquête sur un ordre sans obtenir l'autorisation du ministre responsable de l'application des lois professionnelles. Il pourra ainsi exiger que des mesures correctrices soient apportées conformément à son mandat de protection du public.

De plus, des normes d'éthique et de déontologie obligatoirement établies s'appliqueront aux administrateurs des ordres. Notons que l'OPPQ s'était déjà doté il y a quelques années de pareilles normes. Une formation en éthique et en déontologie deviendra également obligatoire pour tous les candidats à la profession.

Le projet de loi 98 est une première étape d'un vaste projet de modernisation du *Code des professions*. Son adoption risque de modifier passablement la gouvernance des ordres professionnels ainsi que plusieurs de leurs politiques et procédures. Nous vous informerons des changements qui seront apportés au fonctionnement de notre Ordre prochainement. ■



OBLIGATION DE FOURNIR UNE ADRESSE ÉLECTRONIQUE À SON ORDRE PROFESSIONNEL

Le projet de loi 98 prévoit que tout membre d'un ordre professionnel devra obligatoirement fournir au secrétaire de son ordre une adresse électronique. Les membres qui n'ont pas encore enregistré d'adresse dans leur dossier au sein de l'OPPQ auront à se conformer à la réglementation.

L'ignorance de la réglementation peut-elle excuser le comportement du professionnel en physiothérapie ?



Par Louise Gauthier, pht, LL. M.
Syndique

Eh bien, vous vous en doutez, la réponse est non.

Au cours des dernières années, plusieurs professionnels de la physiothérapie ont dû expliquer au conseil de discipline de l'OPPQ les raisons qui les ont amenés à déroger de leurs obligations professionnelles. Malheureusement, la méconnaissance de la loi et le manque d'intérêt concernant les informations transmises par l'Ordre étaient souvent à la base des manquements déontologiques reprochés.



Dans des décisions disciplinaires rendues antérieurement, certains éléments démontrent clairement des manques de connaissance :

[24] Ont ainsi été considérés fautes disciplinaires les comportements suivants : « la maladresse hors de l'ordinaire », « l'ignorance outrée » et « l'insouciance impardonnable », le laxisme, mais aussi le manque de diligence dans le suivi d'un dossier. On pourrait également y inclure le défaut de mettre ses connaissances professionnelles à jour. CanLII 40010 (OPPQ)⁽¹⁾

[30] D'ailleurs l'intimée, lors de sa rencontre avec la plaignante, a déclaré qu'elle n'est pas très intéressée par la « paperasse » provenant de son ordre professionnel. Elle n'a pas non plus assisté à la séance d'information de sa région. CanLII 80374 (OPPQ)

[25] La « bonne foi » n'est pas une excuse valable au niveau de la culpabilité, mais il peut, dans certains cas, en être tenu compte au niveau de la sanction.

CanLII 80882 (OPPQ)

« Nul n'est censé ignorer la loi »

Tout bon citoyen doit connaître les lois et règlements qui le gouvernent afin de ne pas contrevenir au bon fonctionnement de la communauté. **Le physiothérapeute ou le thérapeute en réadaptation physique a donc cette même responsabilité à l'égard de sa pratique professionnelle et de ses clients.**

Cependant, l'on constate bien souvent qu'un nombre trop important de membres montrent plus ou moins de vigilance et peu d'intérêt envers les exigences réglementaires qui leur sont imposées.

Et vous, connaissez-vous bien votre réglementation ?

Le Bureau du syndic a le devoir d'enquêter sur toute situation qui laisse croire au non-respect du Code des professions, du Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique ou de tout règlement adopté par l'Ordre. Ce faisant, le syndic doit rencontrer un bon nombre de membres afin d'obtenir les informations nécessaires à son enquête. Combien de fois s'est-il retrouvé devant un membre n'ayant que peu ou pratiquement jamais lu le Code de déontologie? Ou n'ayant que très peu consulté les nombreux documents envoyés par l'OPPQ?

Les conséquences du manque d'intérêt de certains membres à connaître les rudiments de la réglementation qui encadre leur pratique quotidienne sont graves en matière de protection du public. De nombreux exemples peuvent être soulevés en partant de situations aussi simples que l'ignorance du respect des principes de base, notamment dans le cadre :

- du consentement au traitement ;
- de la facturation des traitements ;
- de la prestation de traitements de physiothérapie aux travailleurs accidentés ou aux victimes de la route par des professionnels reconnus de l'OPPQ ;
- de la déclaration obligatoire pour ceux qui sont visés par le règlement de l'exercice en société.

Facturation

La gestion des dossiers clients demande souvent l'intervention de tiers payeurs (assureurs, CNESST, etc.) lorsqu'il s'agit de la facturation et du remboursement des frais pour les traitements de physiothérapie. Dans ce contexte, connaître la réglementation en vigueur liée à cet aspect est impératif pour répondre de manière conforme aux exigences des tiers payeurs. Une bonne façon de s'informer consiste à s'adresser directement à la direction administrative de l'organisme en question.

Malheureusement, nous constatons souvent que les professionnels ont utilisé des pratiques illicites relativement à la facturation des traitements de physiothérapie en raison d'un manque de connaissance de la réglementation qui encadre les tiers payeurs. Il n'en reviendra qu'aux membres de répondre de leurs gestes devant le conseil de discipline pour un manque de diligence dans le suivi d'un dossier. **L'ignorance de la loi ne justifie pas le fait qu'un membre ait dérogé à son obligation déontologique et ne signifie pas qu'il ne subira pas de conséquences à ce sujet.**

Bref, la connaissance et le respect de l'encadrement réglementaire de votre pratique professionnelle doivent être une priorité quotidienne. Il suffit de montrer un intérêt proactif et le tour sera joué! ■

La revue Physio Québec, l'infolettre ainsi que les nombreux autres documents figurant sur le site Web de l'OPPQ intéressent un bon nombre de membres. Il faut toutefois reconnaître que certains ne s'y réfèrent pas assez souvent, bien que ce soit les sources d'information les plus précieuses concernant leur profession.

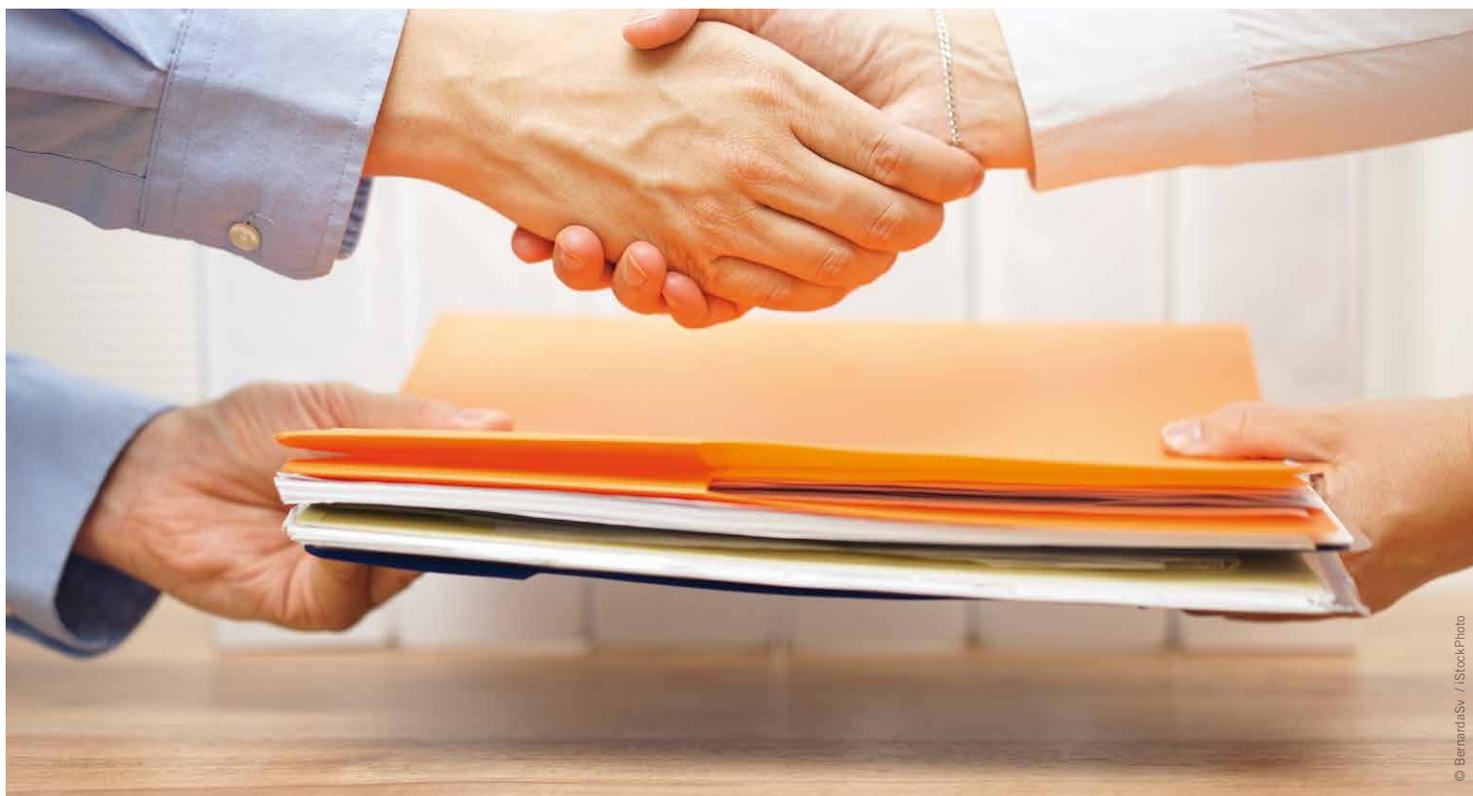
¹ Les décisions disciplinaires rendues par le conseil de discipline depuis 2003 peuvent être consultées en ligne sur les sites de la Société québécoise de l'information juridique (SOQUIJ) et de l'Institut canadien d'information juridique (CanLII).

Le devoir de collaboration avec l'Ordre : une obligation incontournable



Par Marie-France Salvas
Avocate

Vous le savez, la raison d'être d'un ordre professionnel est d'abord et avant tout la protection du public. Dans le cadre de cette mission, l'OPPQ peut être amené à se renseigner sur une situation particulière pour laquelle la collaboration d'un membre est requise. Refuser de collaborer à une demande de renseignements en provenance du Bureau du syndic, du comité d'inspection professionnelle ou de toute autre instance de l'Ordre peut être une décision lourde de conséquences.



© BernardSv / iStockPhoto

Chaque ordre professionnel doit contrôler l'exercice de la profession par ses membres. À cet effet, le *Code des professions* a octroyé aux ordres professionnels des mécanismes de surveillance tels que l'inspection professionnelle ou le comité de discipline afin d'assurer au public des services de qualité donnés par des professionnels compétents. Ce contrôle s'effectue généralement par les pouvoirs octroyés au comité d'inspection professionnelle ou au Bureau du syndic.

Être membre d'un ordre professionnel n'est pas un droit, mais plutôt un privilège auquel se rattachent de sérieuses obligations, dont celle de collaborer avec les différentes instances de l'Ordre. Tout refus de collaborer d'un membre porte atteinte à la mission de protection du public assumée par son ordre professionnel.

Pour les professionnels de la physiothérapie, cette obligation de collaboration se trouve précisément à l'article 50 du *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique*, qui prévoit que :

« Le membre doit répondre par écrit et dans les plus brefs délais à toute correspondance provenant de l'Ordre, notamment à celle provenant du syndic de l'Ordre ou de l'un des syndicats adjoints, d'un expert que le syndic s'est adjoint, du comité d'inspection professionnelle, de son secrétaire ou de l'un de ses membres, d'un inspecteur, d'un enquêteur ou d'un expert de ce comité. »

Par ailleurs, il est prévu au *Code des professions* ⁽¹⁾, qu'un professionnel ne doit pas :

- tromper le syndic ou l'inspection ;
- faire entrave à son travail ;
- refuser de lui fournir un renseignement ou un document ;

- refuser de le laisser prendre copie d'un tel document ;
- inciter une tierce personne, tel un collègue, à ne pas collaborer.

Il est également important de rappeler que le syndic peut obtenir des renseignements et des documents en possession de tiers ⁽²⁾. Les professionnels ont donc l'obligation de collaborer à l'enquête, même s'ils ne sont pas directement visés par cette dernière.

Délai strict et sans équivoque

L'obligation de collaborer signifie que le physiothérapeute et le thérapeute en réadaptation physique doivent répondre à la demande sans réserve, ni retard, ni délai. Les réticences, les mensonges, les demi-vérités et les trous de mémoire sélectifs sont à proscrire et constituent une entrave au travail des représentants de l'Ordre.

Il est important de considérer l'obligation de répondre comme étant une priorité. Le professionnel ne peut invoquer à l'appui de son inaction, par exemple :

- le fait qu'il est débordé de travail ;
- qu'il n'est pas d'accord avec les motifs de la demande ;
- qu'il a oublié des éléments ;
- qu'il a omis de lire la correspondance au complet.

Il ne peut non plus manifester de l'entêtement par rapport à une demande.

Ces explications ne peuvent justifier, en règle générale, le refus de collaborer du professionnel à moins que ce refus résulte d'un concours de circonstances hors de son contrôle. Le professionnel ne peut non plus invoquer le droit au secret professionnel ou le droit au silence pour se soustraire à son obligation de collaborer avec l'Ordre.

Une obligation fondée

L'obligation déontologique que constitue le devoir de collaboration est primordiale, car elle permet à l'Ordre de remplir avec efficacité sa mission de protection du public. Le refus d'un membre de collaborer est une infraction sérieuse et peut entraîner des conséquences graves pour la protection du public puisqu'il ralentit ou paralyse les mesures de surveillance et empêche un représentant de l'Ordre d'intervenir en temps opportun, le cas échéant.

Le fait d'entraver le travail d'enquête d'un syndic ou encore de l'inspection professionnelle peut mener au dépôt d'une plainte disciplinaire et même conduire à une radiation provisoire du membre ⁽³⁾. Même si le professionnel a une pratique exemplaire, le simple fait d'empêcher le syndic ou la personne chargée de l'inspection de faire ses vérifications peut constituer une menace pour le public et justifier par le fait même la demande de radiation provisoire. Selon les circonstances, le conseil de discipline pourrait aussi imposer une autre sanction, notamment le paiement d'une amende ⁽⁴⁾.

En conclusion, nous ne pouvons qu'encourager la collaboration harmonieuse entre un ordre professionnel et ses membres, et ce, toujours dans l'atteinte de l'objectif d'assurer au public le meilleur service professionnel. ■

¹ Articles 114 et 122 du Code des professions

² Pharmascience Inc. c. Binet, [2006], 2 R.C.S. 513

³ Article 130, alinéa 4 du Code des professions

⁴ Article 156 du Code des professions

VOTRE LIEN PRIVILÉGIÉ, MAINTENANT AU BOUT DES DOIGTS

Joignez-vous à La Personnelle, téléchargez l'application La Personnelle et profitez de ces avantages exclusifs :



Programme **Ajusto**^{MD} :
économisez jusqu'à 25 % sur votre prime d'assurance auto, simplement en conduisant prudemment.



Alerte :
soyez informé en temps réel si une fuite d'eau est détectée à votre résidence.



Obtenez une soumission.
Téléchargez l'application.

► 1 888 476-8737
► lapersonnelle.com/applimobile



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

La bonne combinaison.

La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. Certaines conditions, limitations et exclusions peuvent s'appliquer. Ajusto est souscrit auprès de La Personnelle. ^{MD} Ajusto est une marque déposée de Desjardins Assurances générales inc., utilisée avec permission par La Personnelle. Le rabais ne s'applique pas à certains avenants et garanties supplémentaires. Il est applicable selon les conditions d'utilisation en vigueur au moment de votre adhésion au programme Ajusto. Visitez notre site Web pour plus de détails : lapersonnelle.com/applimobile.

Nouveautés du programme annuel d'inspection professionnelle



Par Manon Dufresne, pht.,
M. Sc. A., M. Sc.
Directrice de l'inspection
professionnelle et présidente du comité
d'inspection professionnelle

La surveillance de la pratique des membres constitue l'un des outils essentiels de la protection du public. Afin de s'ajuster à l'évolution de la pratique en physiothérapie, et ainsi actualiser son rôle auprès des membres, l'OPPQ révisé annuellement son programme d'inspection professionnelle.

Au cours de l'année 2017-2018, l'Ordre estime qu'environ 15 % des membres feront l'objet d'une inspection, ce qui représente environ 1 000 professionnels. Sélectionnés de façon chronologique, en fonction de la date de leur dernière inspection, ou parce qu'ils font l'objet d'un signalement du conseil d'administration ou du Bureau du syndic, tous les membres sujets à une inspection suivront un processus commun.

Au cours de sa pratique professionnelle, chaque membre sera sollicité de cinq à six fois pour une inspection.

SURVOL DU PROGRAMME D'INSPECTION PROFESSIONNELLE 2017-2018

La surveillance générale

À l'été 2016, l'Ordre a simplifié de façon significative son processus d'inspection. Depuis ce temps, les membres doivent se conformer à la procédure suivante :

- Remplir en ligne un seul questionnaire sur le profil de pratique (QPP).
- Fournir un dossier client.
- Mettre à jour leur portfolio conformément à la *Politique d'amélioration continue de la compétence (PAAC)*.

Toutes les évaluations en surveillance réalisées par les inspecteurs de l'Ordre sont présentées en comité d'inspection professionnelle (CIP), qui en apprécie la conformité ou non-conformité.

L'inspection sur la compétence

Dans le processus d'inspection, il arrive parfois qu'un ordre doive se rendre à une étape subséquente, c'est-à-dire qu'il se penche sur un aspect qui suscite un doute sur la compétence d'un membre.

Afin de soutenir ses réflexions dans l'étude des dossiers d'inspection de membres de l'OPPQ, le CIP a adopté une définition de la compétence professionnelle inspirée de celles élaborées par le Forum du Conseil interprofessionnel du Québec et l'*American Physical Therapy Association*.

La compétence professionnelle d'un membre de l'OPPQ repose sur des principes de savoir, savoir-être, savoir-faire et savoir-devenir.

■ Elle se définit et se mesure par l'étendue de :

- ▶ ses connaissances dans les champs de pratique où il exerce ;
- ▶ sa capacité d'utiliser avec habileté ses connaissances ;
- ▶ sa capacité de bien administrer sa pratique ;
- ▶ sa capacité de juger les limites de sa compétence et d'en informer ses clients ;
- ▶ ses capacités intellectuelles, émotives et physiques ;
- ▶ sa capacité à développer et à intégrer de nouvelles connaissances dans sa pratique.

En contrepartie, l'incompétence professionnelle se mesure par le manquement continu ou répété de la part du professionnel à maintenir l'un ou l'autre de ces critères.

Ainsi, à l'OPPQ, la compétence d'un membre s'évalue en tenant compte de sa formation de base, la formation continue à laquelle il participe, l'intégration des connaissances qu'il acquiert et le respect de ses propres limites.

Lorsqu'un doute raisonnable subsiste sur la qualité de la pratique d'un membre qui pourrait compromettre la protection du public, une procédure est enclenchée afin de le soutenir dans une démarche qui vise à corriger les lacunes observées.

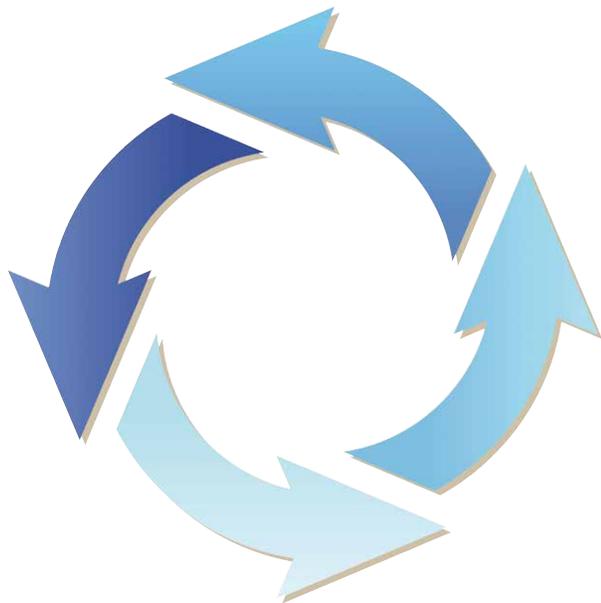
LES ESSENTIELS — CE QUE VOUS DEVEZ DÉMONTRER LORS DE L'INSPECTION PROFESSIONNELLE

Vous venez de recevoir un avis d'inspection de l'Ordre en surveillance générale. Surtout, pas de panique! Notre rôle consiste à vous soutenir tout en nous assurant que votre pratique professionnelle est sécuritaire et de qualité. Voici quelques éléments essentiels, mais fondamentaux à nous démontrer. Portez-y une attention particulière; ils sont fréquemment oubliés par les membres faisant l'objet d'une inspection.

Assurez-vous que ces éléments se trouvent dans votre dossier client :

- ▶ Consentement, avec plan de traitement proposé expliqué, compris et accepté par le client
- ▶ Nom et numéro de membre apparaissant au moins une fois au dossier client
- ▶ Titre professionnel ou abréviation à chaque note inscrite au dossier
- ▶ Objectifs et plan de traitement
- ▶ Distinction claire entre « homologation » des appareils et « registre des appareils électriques »
- ▶ Accompagnez également votre dossier client de tous les documents pertinents* au processus d'inspection, dont :
 - Relevés d'honoraires, s'il y a lieu
 - Si vous êtes T.R.P., tous les documents démontrant que vous respectez les niveaux de responsabilité préalables à la prise en charge d'un client

* Voir les guides explicatifs correspondants sur le site Web de l'Ordre : [oppq.qc.ca/Inspection, syndic et règlements/Inspection professionnelle](http://oppq.qc.ca/Inspection_syndic_et_règlements/Inspection_professionnelle)



L'amélioration continue

Durant la prochaine année, la direction de l'inspection professionnelle (DIP) se penchera sur diverses activités d'optimisation afin d'améliorer davantage ses processus et d'en mesurer l'efficacité et la performance.

■ Poursuite de l'étude de fidélité sur le « questionnaire sur le profil de pratique »

Ce projet de recherche est en cours depuis fin 2015, ayant débuté par le développement d'un nouvel outil d'inspection professionnelle à l'OPPQ. La partie cueillette des données et analyse des résultats est en cours depuis octobre 2016 et devrait se terminer dans les prochains mois.

■ Évaluation des processus implantés depuis les dernières années (tenue de dossier simplifiée et allègement du processus d'inspection professionnelle)

À la suite de la modification de nos processus, nous tiendrons, au cours de la prochaine année, des activités qui nous permettront de mesurer l'atteinte des objectifs qui étaient visés par ces changements tant aux plans clinique et administratif que de protection du public (p. ex. : sondages, etc.).

■ Processus et projets Kaizen sur :

- ▶ La cartographie et la standardisation des pratiques et du processus d'inspection. Ce processus a nécessité quatre rencontres d'un comité Kaizen à l'inspection professionnelle composé de membres du CIP et d'inspecteurs. Il nous permettra d'harmoniser les pratiques et le processus en matière d'inspection professionnelle à l'OPPQ.
- ▶ La cartographie et la modélisation de l'évaluation de la compétence. En suivi au processus Kaizen sur l'inspection professionnelle se tiendra dans les prochaines semaines le chantier qui nous permettra d'harmoniser également le volet de l'inspection sur la compétence.

Pour lire le texte intégral du programme annuel d'inspection professionnelle 2017-2018 adopté par le conseil d'administration de l'OPPQ, rendez-vous sur le site Web de l'Ordre (www.oppq.qc.ca) dans la section « Inspection » de la rubrique « Membres ». ■

QU'EST-CE QUE LA MÉTHODE KAIZEN ?

Le mot japonais *Kaizen* est constitué de deux termes chinois : *Kai*, qui signifie changement, et *zen*, qui signifie meilleur. On associe donc le mot *Kaizen* à des démarches ou projets d'amélioration continue dans les organisations. Il s'agit d'une méthode de résolution de problèmes mettant à contribution les personnes qui sont concernées pour trouver ensemble les meilleures solutions favorisant la gestion de la qualité et l'amélioration des processus, quels qu'ils soient.

Manon Dufresne a quitté l'OPPQ en juin dernier pour se joindre, à titre de directrice générale, à un établissement CHSLD privé-conventionné du réseau de la santé et des services sociaux appartenant au Groupe Roy Santé. Son passage à l'OPPQ a été ponctué de grandes réalisations, qui permettront à son successeur de prendre le relais de cette solide équipe. Parmi les projets effectués par M^{me} Dufresne, mentionnons :

- l'élaboration d'une planification 2017-2020 à la Direction de l'inspection professionnelle ;
- la révision et des modifications apportées à la gestion, l'animation et les suivis en comité d'inspection professionnelle (CIP), et ce, pour plus d'efficacité et de valeur ajoutée ;
- un plan d'action sur la consolidation du processus d'inspection professionnelle, incluant la fidélité du dispositif de surveillance générale ;
- un plan d'action de consolidation du processus d'inspection professionnelle en évaluation de la compétence ;
- des ateliers Kaizen ayant permis de cartographier et d'harmoniser les processus ainsi que de développer des outils standardisés à la Direction de l'inspection professionnelle.

L'OPPQ est actuellement en recrutement de la personne qui succédera à M^{me} Dufresne. Une annonce sera faite sous peu.

Champ d'exercice et activités réservées : pour y voir plus clair !



Par Sandy Sadler, pht, M.G.P., PMP
Directrice du développement
et du soutien professionnels

Bien comprendre la pratique des professionnels de la physiothérapie passe inévitablement par une bonne connaissance de leur champ d'exercice et des activités qui leur sont réservées. Pour plusieurs membres, ces notions ne sont pas nécessairement claires et évidentes.

C'est donc avec l'intention de soutenir les membres dans la compréhension du champ d'exercice de la physiothérapie et des activités réservées aux physiothérapeutes ainsi qu'aux thérapeutes en réadaptation physique que l'Ordre a produit des fiches détaillées expliquant ces notions.

À chaque profession, son champ d'exercice

Chacune des professions œuvrant au sein du système professionnel québécois a un champ d'exercice qui définit la **nature** et la **finalité** de ses activités professionnelles. Le champ d'exercice établit donc ce qui caractérise les actes professionnels et leurs limites.

Le champ d'exercice de la physiothérapie est défini comme suit :

« Évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardio-respiratoire, déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal »⁽¹⁾.

L'analyse de cette définition démontre que la physiothérapie est liée à l'évaluation et au traitement des incapacités de la fonction physique des systèmes neuromusculosquelettique et cardiorespiratoire. De plus, les activités des professionnels de la physiothérapie doivent être réalisées dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal.

Rappelons que de façon complémentaire au champ d'exercice, le *Code des professions* est venu renforcer à l'article 39.4 le rôle des professionnels de la physiothérapie en matière d'information, de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Pour plus d'informations sur ces activités, nous vous invitons à consulter en ligne, sur le site de l'OPPQ, le document « Activités d'information, de promotion de la santé et de la prévention de la maladie et des accidents dans le contexte de la physiothérapie », dans la rubrique Membres > Inspection, Syndic et Règlements > Code des professions — Article 39.4.

Les activités réservées

Outre le fait de définir clairement le champ d'exercice des différentes professions, le système professionnel réserve également des activités professionnelles aux membres des ordres.

Voici les critères sur lesquels il se base pour considérer une activité réservée :

- Le risque de préjudice que représente une activité.
- Le caractère invasif des interventions.
- La complexité de la réalisation de l'activité.
- La formation et la compétence requises à cet égard.

Nous vous rappelons qu'en physiothérapie, il existe neuf activités réservées⁽²⁾. Elles sont libellées comme suit⁽³⁾ :

- a Évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique.
- b Procéder à l'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsque cette évaluation est requise en application d'une loi.
- c Introduire un instrument ou un doigt dans le corps humain au-delà des grandes lèvres ou de la marge de l'anus.
- d Introduire un instrument dans le corps humain dans et au-delà du pharynx ou au-delà du vestibule nasal.
- e Utiliser des formes d'énergie invasives.
- f Prodiguer des traitements reliés aux plaies.
- g Décider de l'utilisation de mesures de contention.
- h Utiliser des aiguilles sous le derme pour atténuer l'inflammation, en complément de l'utilisation d'autres moyens, lorsqu'une attestation de formation est délivrée au professionnel de la physiothérapie par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94.

- i Procéder à des manipulations vertébrales et articulaires lorsqu'une attestation de formation est délivrée au professionnel de la physiothérapie par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94.

Une fiche détaillée pour chacune !

Pour améliorer la compréhension de ces activités réservées, nous vous présentons des fiches descriptives que l'Ordre a développées récemment. Toutes ces fiches ont été produites sur la base d'un modèle unique afin d'en faciliter la consultation. Pour en apprendre davantage sur la structure de l'information fournie dans chacune des fiches, nous vous invitons à découvrir la fiche « Prodiguer des traitements reliés aux plaies » illustrant cet article.

L'Ordre souhaite vivement que ces fiches descriptives soutiennent les membres dans leur pratique professionnelle disciplinaire et interdisciplinaire.

Nous vous invitons à les consulter dès maintenant sur notre site Internet en suivant ce cheminement : oppq.qc.ca > **Inspection, Syndic et Règlements > Code des professions — activités réservées** ■

¹ Article 37, paragraphe n du *Code des professions*.

² Les activités réservées sont partagées entre les deux catégories de permis selon l'article 2 et 3 du *Règlement sur les catégories de permis délivrés par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec* (94m).

³ Article 37.1, paragraphe 3 du *Code des professions*.

Activités réservées en physiothérapie

PRODIGUER DES TRAITEMENTS RELIÉS AUX PLAIES¹

Cette activité réservée permet aux physiothérapeutes et aux thérapeutes en réadaptation physique de traiter des plaies, notamment les ulcères de pression, les ulcères variqueux et les brûlures, lorsque celles-ci ont des répercussions sur les capacités fonctionnelles de leurs clients.

L'implication des professionnels de la physiothérapie dans le traitement des plaies varie selon, entre autres, le type de plaie, le stade de la plaie, l'organisation des soins dans le milieu ainsi que la disponibilité et l'emplacement de l'équipement utilisé. Les traitements liés à une plaie sont la plupart du temps prodigués de concert avec une équipe interdisciplinaire, mais ils peuvent parfois, selon le contexte, être assurés par un professionnel de la physiothérapie seul.

Plusieurs modalités peuvent être utilisées par le physiothérapeute ou le thérapeute en réadaptation physique pour traiter une plaie. On pense notamment au nettoyage de la plaie par irrigation ou par hydrothérapie, au débridement et à la réfection du pansement, à l'utilisation de modalités adjuvantes² comme les ultrasons, les ultraviolets, le laser et la stimulation électrique, au choix de surfaces thérapeutiques appropriées ou encore au positionnement.

À SAVOIR !

Pour obtenir plus d'information sur le rôle des professionnels de la physiothérapie dans le traitement des plaies, il est recommandé de consulter le *Cadre de collaboration interprofessionnelle pour les ergothérapeutes, les infirmières et les professionnels de la physiothérapie*³, élaboré dans le but d'optimiser le traitement des plaies chroniques et complexes.

1 Article 37.1 paragraphe 3 f) du Code des professions.

2 Les modalités adjuvantes sont également appelées modalités complémentaires ou modalités d'appoint.

3 Une action concertée pour optimiser le traitement des plaies chroniques et complexes – Cadre de collaboration interprofessionnelle pour les ergothérapeutes, les infirmières et les professionnels de la physiothérapie (2014), disponible sur le site Internet de l'OPPO.

4 Le thérapeute en réadaptation physique peut réaliser cette activité dans le respect des conditions prévues à l'article 4 du Règlement sur les catégories de permis délivrés par l'OPPO.

5 Articles 1 et 3 du Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par les membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec.

6 Article 37.1 paragraphe 3 du Code des professions.

MEMBRES AUTORISÉS

Physiothérapeutes
Thérapeutes en réadaptation physique⁴

ATTESTATION

Aucune attestation de formation délivrée par l'OPPO n'est exigée pour exercer cette activité.

EN COMPLÉMENTARITÉ

Les professionnels de la physiothérapie sont autorisés à administrer, sur ordonnance, des médicaments topiques lors des soins de plaies⁵.

Cette activité peut également impliquer d'autres activités réservées aux membres de l'OPPO, telles que l'utilisation d'une forme d'énergie invasive lors de l'application des modalités adjuvantes⁶.

EN PARTAGE

Cette activité n'est pas uniquement réservée aux professionnels de la physiothérapie. En effet, elle est partagée avec un certain nombre de professionnels de la santé. Par exemple, les médecins, les infirmières, les infirmières auxiliaires et les ergothérapeutes peuvent également réaliser cette activité selon la finalité de leur champ d'exercice.

Adoption au Conseil d'administration de juin 2017

Est-ce que cette activité réservée peut être réalisée par les physiothérapeutes, les T.R.P. ou les deux ? Vous trouverez cette réponse ici.

Faut-il une attestation de formation pour réaliser cette activité réservée ? Vous trouverez la réponse à cet endroit.

Une activité réservée peut parfois être réalisée en complémentarité avec une autre. Découvrez les complémentarités possibles dans cette rubrique.

Cette section est l'élément central des fiches. Elle décrit l'activité réservée et fournit de l'information pertinente à la pratique des professionnels de la physiothérapie.

Les activités réservées sont généralement partagées avec d'autres groupes de professionnels. Vous en apprendrez davantage à cet égard en lisant cette section.

La stimulation électrique : au service de la population dans la lutte contre la douleur



Par Jean-Louis Larochelle, pht, Ph. D.
Professeur adjoint de clinique
Physiothérapie
École de réadaptation — Faculté de
médecine, Université de Montréal

Quand la douleur s'installe dans le quotidien, c'est tout un mode de vie qui est affecté. Il nous semble évident que personne ne devrait avoir à subir cela. Toutefois, la douleur ne peut être soulagée à n'importe quel prix et tout le monde devrait avoir accès à des soins efficaces et sécuritaires. Par conséquent, les solutions privilégiées devraient être celles dont les bénéfices excèdent les risques encourus.

Tout récemment, les autorités ont constaté qu'un problème majeur de santé publique s'était développé dans la lutte contre la douleur à la suite de l'utilisation abusive des opioïdes sous ordonnance. En effet, depuis la fin des années 1990, la prescription d'opioïdes (p. ex. : codéine, oxycodone, fentanyl, morphine) sans indications appropriées⁽¹⁻³⁾ a considérablement augmenté. Or, au-delà des effets secondaires causés par ces substances (nausée, constipation, somnolence, etc.), un mauvais usage est aussi dangereux pour la santé que la consommation de drogues dures illicites telles que l'héroïne, car il entraîne des risques élevés de dépendance (25 % des utilisateurs chroniques), de surdose ou de décès^(2,3).

Devant l'augmentation épidémique des taux de surdose et de décès liés aux opioïdes d'ordonnance, les principaux acteurs de tous les paliers se sont donc engagés à lutter contre cette crise, autant au Canada qu'aux États-Unis, en développant des mesures visant à mieux encadrer leur prescription, ainsi qu'à promouvoir les solutions de rechange pour le soulagement de la douleur^(1,3,4).

C'est ainsi que les professionnels de la physiothérapie se trouvent grandement interpellés par cette problématique, car ils représentent une solution conservatrice, non pharmacologique, efficace et sécuritaire pour gérer la douleur⁽⁴⁻⁷⁾. En effet, nous avons plusieurs approches à notre portée pour traiter la douleur, dont les agents physiques ou électriques, le mouvement et l'exercice, la thérapie manuelle et l'éducation.

L'électroanalgésie est une modalité facilement accessible en physiothérapie qui vise à soulager la douleur directement et qui peut ainsi aider à limiter le recours aux opioïdes. Elle sera donc abordée dans cet article sous la forme du TENS.

L'ÉLECTROANALGÉSIE

Qui n'a jamais utilisé la neurostimulation électrique transcutanée (TENS) ou les courants interférentiels pour soulager un patient? Les professionnels de la physiothérapie utilisent régulièrement la stimulation électrique (ou électroanalgésie) pour traiter la douleur, pour sa facilité d'utilisation et son innocuité lorsqu'appliquée par des professionnels compétents. De plus, l'électroanalgésie exploite certaines défenses naturelles du corps afin de procéder à la modulation segmentaire et extrasegmentaire de la douleur.

Modulation segmentaire

Il semblerait qu'en présence de stimuli sensitifs périphériques affluant simultanément à la moelle, le corps préfère transmettre au cortex les informations sensibles normales plutôt que les informations douloureuses. Par conséquent, la stimulation électrique des fibres afférentes de gros calibre (A-β) permet de bloquer la transmission des influx nociceptifs dans les voies spinales et ainsi de diminuer les signaux douloureux envoyés et perçus au niveau du cortex (principe du portillon)⁽⁸⁾.

Modulation extrasegmentaire

Afin d'éviter de souffrir inutilement, le corps possède des mécanismes lui permettant de produire ses propres analgésiques opioïdes (endorphines) pouvant inhiber la transmission des signaux douloureux au cortex. La stimulation électrique, dont celle des fibres afférentes nociceptives de petit calibre (A-δ ou C), permet d'activer ce système inhibiteur émettant des opiacés endogènes pour procurer un soulagement diffus dans l'organisme⁽⁸⁾.

Un privilège de la physiothérapie

Puisque l'électroanalgésie requiert l'utilisation d'une forme d'énergie invasive, son emploi est réservé à notre champ de pratique (article 37.1 du Code des professions)⁽⁹⁾. En effet, les professionnels de la physiothérapie ont les connaissances requises sur les énergies invasives, la physiologie de la douleur, l'anatomie, ainsi que la pathologie pour en faire une utilisation judicieuse. Il est donc dans notre intérêt supérieur et celui de nos patients d'utiliser ce privilège de façon responsable et optimale.

Le TENS constitue un courant alternatif pulsé sécuritaire, facile d'application et qui peut être généré par des appareils portatifs. Ces caractéristiques en font donc la modalité d'électroanalgésie par excellence en physiothérapie. Le tableau 1 résume les paramètres recommandés pour l'utilisation des deux principaux modes d'application du TENS (conventionnel ou acupuncture).

TABLEAU 1

Paramètres privilégiés pour les principaux modes d'application du TENS

MODE	CONVENTIONNEL	ACUPUNCTURE
MÉCANISME D'ACTION	Primauté de la modulation segmentaire (théorie du portillon)	Modulation segmentaire et extrasegmentaire (libération des endorphines)
INTENSITÉ	Ressentir des paresthésies (vibrations, engourdissements, picotements...) les plus élevées possible, sans inconfort et sous le seuil de contraction	Ressentir des paresthésies les plus élevées possible (au seuil de l'inconfort) et accompagnées de contractions
FRÉQUENCE	> 80 Hz Maximise la quantité d'information sensitive atteignant la moelle pour mieux congestionner la transmission des stimuli nociceptifs	< 10 Hz Pour prévenir les contractions musculaires tétaniques soutenues durant le traitement
LARGEUR D'IMPULSION	< 100 µs Pour recruter en priorité les fibres afférentes de gros calibre	> 200 µs Pour réduire le courant requis au recrutement des fibres afférentes de petit calibre et des motoneurones
MODULATION (OPTIONNELLE)	Permet de limiter l'accoutumance* L'accoutumance augmente avec la fréquence. La modulation permet de ne pas ajuster l'intensité aussi souvent durant le traitement.	Peu utile, car l'accoutumance survient plus lentement vu les basses fréquences Le mode <i>burst</i> pourrait permettre de tolérer une plus grande intensité au seuil d'inconfort.
DURÉE D'APPLICATION	Variable Selon la durée d'analgésie souhaitée	> 20 min Pour activer les endorphines
SITE DE STIMULATION	Directement au site douloureux En cas de problème de sensibilité ou de contre-indication à une application locale: en proximal sur le trajet nerveux, au niveau du segment rachidien correspondant ou au site « miroir » sur le membre controlatéral	Directement au site douloureux ou à distance vu l'effet systémique des endorphines Avantageux en cas de problème de sensibilité, de contre-indication locale, de douleur diffuse ou dispersée à plusieurs sites
RÉGION SOULAGÉE	Territoire stimulé	Généralisée
DURÉE DE L'EFFET	Temporaire avec effet maximal pendant l'application	Prolongée avec effet persistant après l'application
DOSE	Au besoin quotidiennement	Au besoin quotidiennement
INDICATIONS	Douleur localisée et présente au repos (p. ex. : blessure aiguë à une articulation)	Tous les types de douleur

* Diminution de la perception du courant pendant le traitement

Qu'en est-il des preuves scientifiques ?

Les preuves scientifiques permettant de guider nos décisions sur l'utilisation du TENS sont généralement limitées. On observe des preuves faibles que le TENS serait efficace pour soulager la douleur chez les clientèles souffrant de gonarthrose, de sclérose en plaques, de troubles de la coiffe des rotateurs ou de traumatismes aigus (fracture, entorse)⁽¹⁰⁻¹³⁾. En général, le soulagement apporté est cliniquement important (> 20 % sur les échelles de douleur), accompagné de gains fonctionnels et équivalents, peu importe le mode utilisé^(10,11,14). Cela se traduirait d'ailleurs par un impact positif sur la consommation de médicaments (niveau de preuve faible). Entre autres, le TENS permettrait de réduire du tiers la consommation moyenne d'opioïdes en contexte postopératoire aigu (p. ex. : cholécystectomie, arthroplastie, discoïdectomie, etc.)⁽¹⁵⁾.

Bien qu'aucune revue systématique ne conclue à l'absence d'efficacité du TENS, son efficacité demeure controversée pour plusieurs pathologies, dont les affections chroniques au rachis cervical ou lombaire^(14,16), l'arthrite inflammatoire⁽¹⁷⁾ et les cancers⁽¹⁸⁾. Il faut aussi mentionner que lorsque le TENS est combiné à d'autres modalités thérapeutiques (p. ex. : exercices, thérapie manuelle), il n'entraîne généralement pas de bénéfices additionnels importants^(12,16).

Qu'en est-il des risques ?

Le TENS n'a pas d'effets secondaires en soi et ne présente aucun risque significatif pour la santé lorsqu'il est utilisé adéquatement^(10,11,14,15). Son usage inapproprié pourrait toutefois entraîner des incidents préjudiciables graves. Il faut, entre autres, s'assurer de ne pas interférer avec les stimulateurs cardiaques, le fœtus chez la femme enceinte et les processus néoplasiques, infectieux ou hémorragiques actifs. Diverses ressources spécialisées peuvent être consultées pour obtenir la liste complète des précautions et contre-indications au TENS, ainsi que des explications détaillées⁽¹⁹⁻²²⁾.

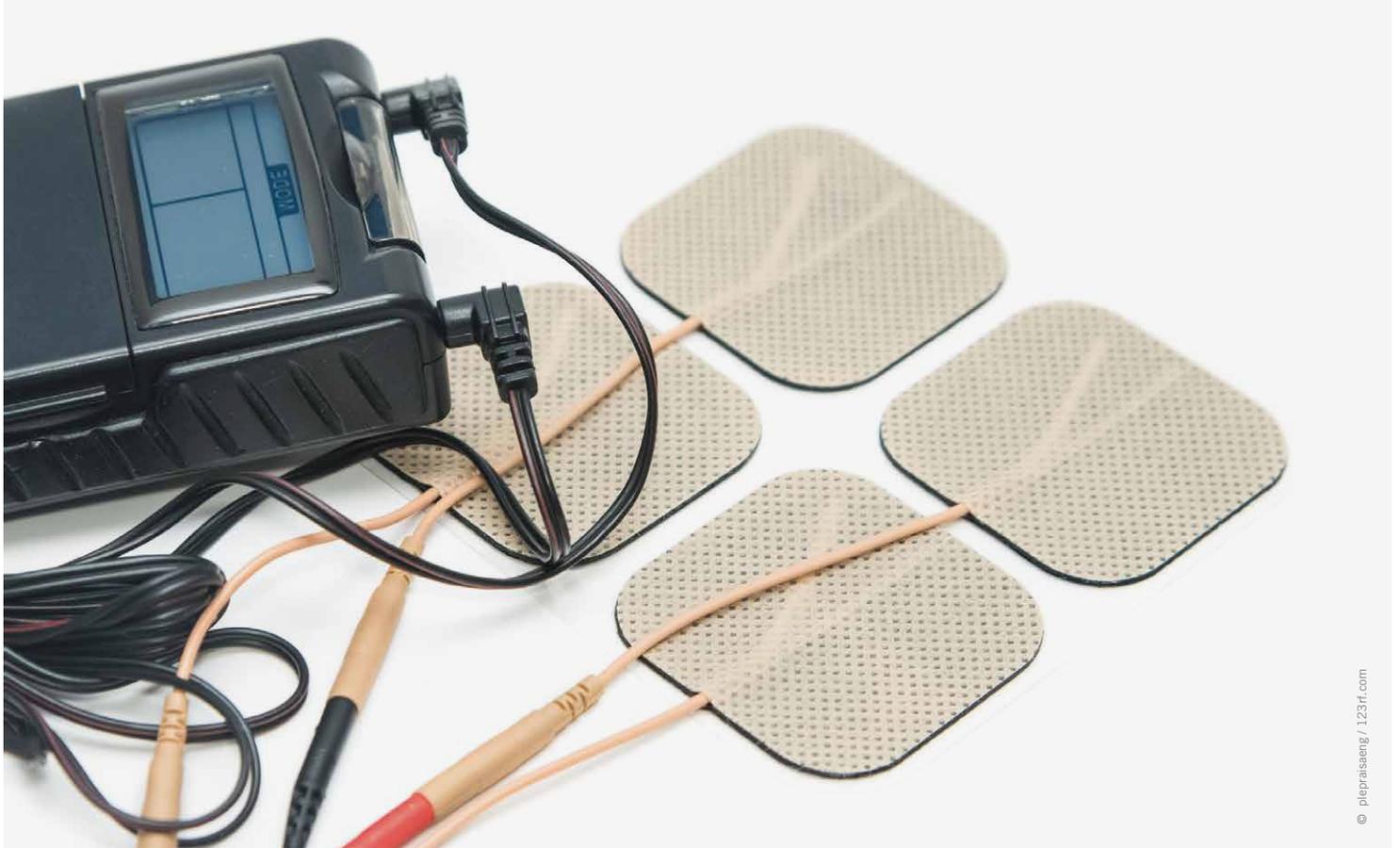
Qu'en est-il des meilleures pratiques ?

Lorsque la douleur est un problème majeur chez un patient, l'électroanalgésie devrait être envisagée, particulièrement avec le TENS. Le manque de preuves scientifiques sur son efficacité dans une situation donnée ne devrait pas servir de prétexte pour ne pas le proposer au patient. En fait, comme le TENS a un effet perceptible immédiatement pendant et après l'application et qu'il est simple et sécuritaire lorsqu'appliqué par un professionnel compétent, les bénéfices escomptés l'emporteront grandement sur les risques potentiels la majorité du temps. La figure 1 résume les recommandations importantes à respecter lors de l'utilisation du TENS.

FIGURE 1

Recommandations importantes pour l'application du TENS

<p>Paramètres d'application</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le choix du mode (classique ou acupuncture) se fait selon le type de douleur et le soulagement désiré. • En cas d'échec d'un mode, il est pertinent d'essayer l'autre étant donné les mécanismes d'action différents. • En cas de doute, les études sur le TENS auprès de clientèles similaires aux vôtres vous guideront quant aux paramètres optimaux (site d'application des électrodes, mode, effets attendus...).
<p>Approche multimodale intégrée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le TENS est une modalité passive et devrait être combinée à des modalités actives (exercices) pour promouvoir la responsabilisation et la récupération optimale du patient. • Le TENS est utile pour soulager la douleur le temps d'implanter et d'obtenir les effets des interventions complémentaires. • Ne pas combiner avec des modalités nuisibles à son efficacité (p. ex. : la sensibilité cutanée est altérée après l'application de glace ou de chaleur). • Éviter d'utiliser pour dupliquer l'action d'autres interventions (p. ex. : prioriser l'exercice aérobique au TENS acupuncture pour libérer les opiacés).
<p>Gestion de risque</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer l'état de l'équipement et la sensibilité de la région stimulée avant l'application. • Prévenir les infections par contamination croisée : <ul style="list-style-type: none"> - nettoyage de la peau à l'eau savonneuse ou à l'alcool 70 %; - désinfection des électrodes à l'alcool 70 % après l'application; - en cas de risque semi-critique (peau non intacte ou liquides biologiques à proximité), affecter des électrodes au patient et les jeter à la fin des soins; - pour un patient en isolement, fournir un appareil neuf ou procéder au retraitement approprié selon le comité de prévention des infections de votre milieu. • Faire inspecter et calibrer l'appareil par des techniciens qualifiés au moins une fois par an⁽¹⁹⁾.
<p>Promotion de l'autosoins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le TENS à domicile permet de mieux gérer sa douleur, d'adhérer aux soins et d'optimiser les interventions en clinique. • Appareils neufs de qualité, tout équipés, offerts en ligne < 75 \$. • Le professionnel de la physiothérapie est la référence pour conseiller les patients et les autres professionnels quant au modèle d'appareil à acheter et aux paramètres d'utilisation. • Un aide-mémoire en français pour émettre la prescription et éduquer le patient sur les principes d'application est téléchargeable gratuitement en ligne (electrologic.umontreal.ca/fichiers/aide-memoire.pdf). • Il existe des services de location de TENS offerts par des professionnels de la physiothérapie.



© plepraisaeng / 123rf.com

En milieu public ou privé, en contexte de soins aigus ou chroniques, peu importe le domaine, le professionnel de la physiothérapie doit exercer son influence auprès de l'équipe de soins, dont le patient et le médecin, pour promouvoir les modalités qui contribueront à soulager la douleur efficacement et de façon sécuritaire. Ayant le privilège de recourir à l'électroanalgésie et l'expertise pour l'employer, les professionnels de la physiothérapie doivent l'utiliser à son plein potentiel. Le TENS devrait être systématiquement envisagé dans le processus de décision et dans l'élaboration de protocoles de soins pour lutter contre la douleur, particulièrement à domicile. En effet, lorsqu'il est bien appliqué, il est sécuritaire et peut être très efficace pour soulager la douleur afin de limiter le recours aux options plus risquées, telles que les opioïdes. ■

Références

1. Canadian Public Health Association (CPHA). *The Opioid Crisis in Canada*, Ottawa, CPHA, 2016, 6 pages.
2. Santé Canada. *À propos des opioïdes*, [En ligne] 2017 [canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/abus-medicaments-ordonnance/opioides/apropos.html] (Consulté le 17 mai 2017).
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Opioid overdose — Understanding the Epidemic*, [En ligne] 2016 [cdc.gov/drugoverdose/epidemic/] (Consulté le 17 mai 2017).
4. Gouvernement du Canada. *Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes*, [En ligne] 2016, [canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/conference-opioides/declaration-conjointe-mesures-visant-remedier-crise-opioides.html] (Consulté le 17 mai 2017).
5. American Physical Therapy Association (APTA) et Canadian Physiotherapy Association (CPA). (2017, 25 janvier). *Joint CPA-APTA Statement: North American Collaboration to Address Opioid Epidemic*. Repéré au apta.org/Media/Releases/Consumer/APTACPACollaborationOpioids/.
6. Association canadienne de physiothérapie (ACP). *Letter to Jane Philpott*, Ottawa, ACP, 2016.
7. American Physical Therapy Association (APTA). *#ChoosePT Opioid Awareness Campaign Toolkit*, [En ligne] 2016 [moveforwardpt.com/choosept/toolkit] (Consulté le 17 mai 2017).
8. Johnson, M. "Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation: Mechanisms, Clinical Application and Evidence", *Reviews in Pain*, 2007, vol. 1, no 1, p. 7-11 doi: 10.1177/204946370700100103
9. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ). *Activités professionnelles réservées aux membres de l'OPPQ*, Québec, OPPQ.
10. Johnson, M.I., C.A. Paley, T.E. Howe et K.A. Sluka. "Transcutaneous electrical nerve stimulation for acute pain," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015, no 6. [onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006142.pub3/abstract].
11. Rutjes, A.W.S., E. Nüesch, R. Sterchi et coll. "Transcutaneous electrostimulation for osteoarthritis of the knee," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009 no 4. [onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002823.pub2/abstract].
12. Page, M.J., S. Green, M.A. Mrocki et coll. "Electrotherapy modalities for rotator cuff disease," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, no 6. [onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012225/abstract].
13. Sawant, A., K. Dadurka, T. Overend, M. Kremenchutzky. "Systematic review of efficacy of TENS for management of central pain in people with multiple sclerosis," *Mult Scler Relat Disord*, 2015, vol. 4, no 3, p. 219-27. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.msard.2015.03.006>
14. Khadilkar, A., D.O. Odebiyi, L. Brosseau et G.A. Wells. "Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) versus placebo for chronic low-back pain," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, no 4. [onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003008.pub3/abstract].
15. Bjordal, J.M., M.I. Johnson et A.E. Ljunggreen. "Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) can reduce postoperative analgesic consumption. A meta-analysis with assessment of optimal treatment parameters for postoperative pain," *Eur J Pain*, 2003, vol. 7, no 2, p. 181-188 doi: [https://dx.doi.org/10.1016/S1090-3801\(02\)00098-8](https://dx.doi.org/10.1016/S1090-3801(02)00098-8)
16. Kroelings, P., A. Gross, N. Graham et coll. "Electrotherapy for neck pain," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, no 8. [onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004251.pub5/abstract].
17. Brosseau, L., K.A. Yonge, V. Welch et coll. "Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for the treatment of rheumatoid arthritis in the hand," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, no 2. [onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004377/abstract].
18. Hurlow, A., M.I. Bennett, K.A. Robb, M.I. Johnson, K.H. Simpson et S.G. Oxberry. "Transcutaneous electric nerve stimulation (TENS) for cancer pain in adults," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, no 3. [onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006276.pub3/abstract].
19. Rennie, S. "Electrophysical agents — Contraindications and Precautions: An Evidence-Based Approach to Clinical Decision Making in Physical Therapy," *Physiotherapy Canada*, 2010, vol. 62, no 5, p. 1-80. doi: 10.3138/ptc.62.5
20. Bélanger, A.Y. *Therapeutic electrophysical agents: evidence behind practice*, 3e éd. Baltimore, LWW, 2015.
21. École de réadaptation, Université de Montréal. *Électrologie — TENS*, [En ligne] 2016 [electrologie.umontreal.ca/contenu-principal/modalites/electriques/tens/index.html] (Consulté le 17 mai 2017).
22. Watson, T. *Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS)*, [En ligne] 2017 [electrotherapy.org/modality/transcutaneous-electrical-nerve-stimulation-tens] (Consulté le 17 mai 2017).



Par Chantale Dion, pht,
CIUSSS Estrie-CHUS installation
Centre de Réadaptation Estrie
Chargée de cours à l'école de
réadaptation de l'Université de
Sherbrooke

Circuit d'entraînement pour la clientèle AVC

Dans l'optique de favoriser la récupération chez les personnes présentant un déconditionnement ainsi qu'une atteinte neurologique secondaire à un AVC, le centre de réadaptation du CIUSSS de l'Estrie-CHUS a développé un circuit d'entraînement prometteur pour cette clientèle. M^{mes} Dion et Labarre présentent dans cet article le programme mis sur pied dans ce centre de réadaptation.



Mélanie Labarre, T.R.P.
CIUSSS Estrie-CHUS installation
Centre de Réadaptation Estrie

Au cours de la réadaptation externe, nos usagers présentaient encore un déconditionnement important, ainsi que des difficultés motrices pour ce qui est des mouvements volontaires, de l'équilibre et de la marche. Plusieurs d'entre eux recevaient donc des traitements similaires au cours d'une même journée. Alors que les besoins en réadaptation n'ont cessé de croître et que le nombre de physiothérapeutes est demeuré inchangé, notre équipe souhaitait optimiser ses ressources et limiter les répercussions sur sa clientèle. C'est ainsi qu'est né le circuit d'entraînement.

Un circuit de groupe

Sous la supervision de la thérapeute en réadaptation physique de l'équipe, le circuit se fait en groupe, mais chacun des participants a un programme personnalisé selon ses besoins, tout en bénéficiant de l'effet de groupe. L'intégration au circuit se fait surtout en fin de processus de réadaptation afin d'optimiser les gains faits lors des différents suivis individuels et d'améliorer au maximum la condition physique et l'endurance générale.

Préalablement, les participants doivent être évalués par un physiothérapeute pour déterminer leur capacité à participer à un circuit d'entraînement en complément à leurs thérapies habituelles, dont la physiothérapie, l'ergothérapie, des séances d'orthophonie et de neuropsychologie.

Sont exclus de ce programme les clients présentant :

- ▶ des troubles du comportement limitant la participation à un suivi de groupe ;
- ▶ des capacités cognitives limitant la participation et la réalisation des objectifs du circuit d'entraînement ;
- ▶ un stade inférieur à 2 à la jambe ou au pied selon le *Chedoke-McMaster Stroke Assessment* (CMSA) ;
- ▶ un besoin d'assistance physique plus de 75 % du temps.

La procédure à suivre

- ▶ Le physiothérapeute remplit la feuille de route du circuit et y indique les objectifs à prioriser, les conditions de rappel, les précautions et contre-indications, ainsi que les paramètres cardiovasculaires : TA, FC, SO₂ pré- et postentraînement avec FC cible.
- ▶ Une rencontre physiothérapeute/T.R.P. a lieu afin d'établir le but thérapeutique de chaque exercice du circuit.
- ▶ Une cueillette de données objectives est réalisée par le T.R.P. au début du programme, à la 5^e semaine et à la fin du programme. La cueillette inclut :
 - Transfert assis-débout
 - 6 min de marche (m/s)
 - Épreuve du marchepied
 - Vitesse de marche sur 10 m (m/s)
 - Équilibre en variant la base, yeux ouverts, yeux fermés

Description du circuit

1^{re} station : exercice cardio au gymnase

2^e station : travail sous forme de jeu dans la « Salle Ludique », en alternance avec les activités dans le « Corridor » (1 fois par semaine chacun)

3^e station : renforcement dans le « Tremplin », où il est possible de travailler un objectif de façon plus contextualisée

4^e station : période de relaxation

Chaque station consiste de 25-30 minutes de travail actif suivi du déplacement vers la prochaine station. Il y a possibilité de prendre une pause active entre les stations (par des étirements ou des mobilisations) et aussi d'intégrer une activité d'autorégulation du tonus, selon les besoins des clients. Le but étant d'augmenter l'endurance, les pauses inactives sont à éviter le plus possible.

Déroulement du programme

Le circuit se déroule de façon continue et dure deux heures par séance, à raison de deux fois par semaine pendant dix semaines. Les clients peuvent intégrer le circuit à tout moment. Le ratio est de quatre participants pour un T.R.P.

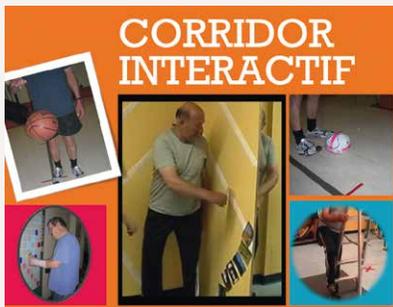
Objectifs thérapeutiques et bénéfiques des activités

Le circuit d'entraînement proposé à notre clientèle AVC poursuit plusieurs objectifs thérapeutiques :

- ▶ Travailler les activités fonctionnelles en favorisant la qualité de mouvement.
- ▶ Développer le rythme scapulo-huméral adéquat.
- ▶ Travailler les activités exigeant l'amplitude complète des mouvements.
- ▶ Travailler hors synergie ou en combinaison de synergie aux articulations en favorisant le mouvement volontaire fonctionnel.
- ▶ Augmenter la force, le contrôle et l'endurance musculaire.
- ▶ Augmenter l'autonomie et la sécurité dans les différents transferts.
- ▶ Développer l'autonomie à la marche.

Quant à l'ensemble des activités proposées à l'intérieur du circuit, elles visent :

- ▶ l'augmentation de la mise en charge au membre inférieur atteint ;
- ▶ la stimulation de l'équilibre semi-dynamique et dynamique ;
- ▶ l'amélioration du contrôle postural debout ;
- ▶ la stimulation active motrice et la facilitation ;
- ▶ la correction du patron de marche ;
- ▶ l'amélioration des réactions de protection et d'équilibration debout ;
- ▶ l'apprentissage par répétitions.



SALLE LUDIQUE



Exemple de feuille de route

GYMNASÉ	SALLE LUDIQUE	CORRIDOR	TREPLIN	RELAXATION
<p>▶ Vélo 15 minutes 50 RPM Intensité 1 Borg 3-5/10 142 bpm</p> <p>▶ Elliptique Aucune résistance 3 minutes Borg 3-5/10 142 bpm <i>** Demeurer prêt, si le pied (D) manque parfois de contrôle, suggérer alors de ralentir la vitesse.</i></p> <p>▶ Tapis roulant 5 minutes Borg 3-5/10 142 bpm Vitesse 1,4</p>	<p>▶ Air hockey Position tandem</p> <p>▶ Baby foot avec la main (D)</p> <p>▶ Wii Ski entre les barres</p>	<p>▶ Marche spécialisée Avec poids de 5 lb Marche rapide Tandem devant, reculons, croisée, côté.</p> <p>▶ Soccer Coup de pied au ballon au mur avec MID (ou avec un coéquipier).</p> <p>▶ Basketball Marche sur la ligne en dribblant avec la main droite.</p> <p>▶ Jeux de ballon Lancer le ballon avec un coéquipier (2 à la fois)</p>	<p>▶ Renforcement -Renforcement fonctionnel escalier 2X10 ; -Squat bipodal avec ballon 2X10 ; -Flx de hanche sur ballon suisse 2X10 ; -Extenseurs de hanche avec ballon 2X10 ; -½ redressements assis : grand droit 1X10 et obliques 1X10 bilat.</p> <p>▶ Étirements -Soléaire 3X20s. bilat ; -Quadriceps 3X20s. bilat ; -Ischio-jambiers 3X20 s. bilat.</p>	<p>▶ Posture</p> <p>▶ Respiration abdominale</p> <p>▶ Relaxation</p>

Quels sont les effets du circuit ?

Le circuit a été évalué par une équipe d'étudiants du programme de physiothérapie de l'Université de Sherbrooke. Un total de 10 participants post-AVC (6,7 mois ± 2,5) ont été évalués dans le cadre de cette étude-pilote.

Trois évaluations étaient réalisées : avant le début et immédiatement après l'intervention, ainsi qu'un mois plus tard. Les résultats montrent que l'intervention par circuit d'entraînement est bénéfique. En effet, l'équilibre ($p = 0,005$), mesuré par le CBM&S (*Community Balance & Mobility Scale*), et l'endurance à la marche ($p = 0,007$), mesurée par le 6MWT (*six-minute walking test*), se sont améliorés de manière significative à la suite de l'entraînement. Ainsi, les résultats de cette étude-pilote confirment l'efficacité de l'entraînement par circuit, mais le programme d'exercices doit être maintenu dans le temps afin de préserver les acquis. ■

Objectifs généraux du circuit

Améliorer la condition physique

Améliorer l'endurance dans les tâches fonctionnelles

Améliorer l'équilibre et l'endurance à la marche

Optimiser le temps de stimulation

UN REER + POUR EN FAIRE PLUS



LE FONDS DE SOLIDARITÉ FTQ A BEAUCOUP À OFFRIR !

Grâce à votre REER au Fonds, vous bénéficiez **d'économies d'impôt supplémentaires de 30 %** par rapport à un REER ordinaire. Pourquoi ? Parce que le Fonds a l'obligation d'investir la majorité de ses actifs dans l'économie du Québec pour ainsi créer et maintenir des emplois chez nous. Un REER au Fonds est donc un investissement doublement payant !

PROFITEZ-EN !

Des actions hors REER avantageuses

Vous avez atteint votre contribution maximale à un REER et vous souhaitez quand même réduire votre impôt à payer ? Vous pouvez acheter des actions au Fonds sans les enregistrer dans un REER. Ses actions vous donnent aussi droit à des crédits d'impôt de **30 %** sur le montant investi, même si elles ne sont pas enregistrées dans un REER.

Permettez à vos employés de cotiser à un REER au Fonds

La plupart des employeurs doivent maintenant se conformer à la *Loi sur les régimes volontaires d'épargne-retraite* (RVER) et commencer à offrir progressivement à leurs employés une façon d'épargner en vue de la retraite.

Or, une entreprise qui offre à ses employés de cotiser à un REER au Fonds de solidarité FTQ par retenue sur le salaire n'a pas l'obligation de mettre en place un RVER.

Vos employés apprécieront les **30 %** d'économies d'impôt supplémentaires dont ils profiteront.

Avec le Fonds, c'est simple et payant ! Pour toute question concernant la solution du Fonds au RVER, consultez le fondsftq.com/rver ou appelez-nous au 1 888 385-3723.

Choix astucieux

Vos employés pourront épargner de façon simple et efficace grâce à la retenue sur le salaire. Ça vaut le coup de faire le calcul : fondsftq.com/calculer.

Le Fonds de solidarité FTQ, c'est avantageux pour tous !





Simon Destaluriers,
pht, M. Sc.^{a,b}

Marie-Hélène Raymond,
erg., M. Sc.^{c,d}

Maude Laliberté,
pht, M. Sc.^{c,d}

Amélie Lavoie,
B. Sc. (candidate)^{a,b}

François Desmeules,
pht, Ph. D.^{d,e}

Debbie E. Feldman,
pht, Ph. D.^{c,d}

Kadjia Perreault,
pht, Ph. D.^{a,b}

^aCentre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

^bDépartement de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval

^cCentre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR)

^dÉcole de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

^eCentre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

L'accessibilité aux services de physiothérapie en clinique externe dans les centres hospitaliers québécois : temps d'attente et stratégies organisationnelles

Une hausse de la demande pour les services de physiothérapie est anticipée au cours des prochaines décennies, notamment en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence des conditions chroniques⁽¹⁾. Néanmoins, des contraintes d'accessibilité aux services de physiothérapie ont été rapportées dans les établissements publics au Canada. Les résultats d'études réalisées en Ontario et au Québec révèlent des temps d'attente élevés avant d'obtenir des services de physiothérapie en clinique externe^(2,3). Le temps d'attente serait encore plus élevé pour les patients souffrant de conditions chroniques, leurs besoins étant souvent jugés moins prioritaires⁽²⁾. Ces contraintes d'accessibilité sont particulièrement problématiques pour les personnes ayant un faible revenu, car elles peuvent difficilement se tourner vers le secteur privé pour recevoir des services de physiothérapie. Pourtant, cette clientèle est plus à risque de souffrir d'incapacités physiques⁽⁴⁾.

Les résultats de plusieurs études soutiennent l'importance d'une prise en charge rapide en physiothérapie pour les conditions musculosquelettiques afin de favoriser une diminution des limitations fonctionnelles et de la douleur⁽⁵⁾, une réduction des consultations médicales⁽⁶⁾ ainsi qu'une moins grande utilisation de tests d'imagerie, d'infiltrations, de chirurgies et de prescriptions d'opioïdes, ce qui se traduirait en une réduction des coûts de santé⁽⁷⁾. En revanche, les délais d'attente avant d'accéder aux services peuvent avoir des conséquences néfastes. Par exemple, un temps d'attente de plus de six mois avant d'accéder à des services de santé, notamment des services de physiothérapie, serait associé à une diminution de la qualité de vie et de la santé psychologique des patients souffrant de douleur chronique⁽⁸⁾.

Plusieurs stratégies organisationnelles seraient susceptibles de réduire le temps d'attente. Ces stratégies incluent les balises de temps d'attente, la priorisation des demandes, des quotas imposés aux cliniciens et plusieurs autres pratiques cliniques ou administratives liées au temps d'attente. Toutefois, les données actuelles ne permettent pas de déterminer lesquelles de ces stratégies organisationnelles sont associées au temps d'attente avant d'accéder aux services de physiothérapie.

Objectifs

L'objectif de ce projet était de documenter l'accessibilité aux services de physiothérapie en clinique externe dans les centres hospitaliers au Québec. Les objectifs spécifiques étaient :

- 1 décrire les stratégies organisationnelles (p. ex. priorisation, balises de temps d'attente, etc.) et les caractéristiques des milieux (p. ex. nombre de cliniciens, zone démographique, etc.) associées à l'accessibilité aux services ;**

- 2 quantifier le temps d'attente pour accéder aux services ;**
- 3 explorer l'association entre les stratégies et caractéristiques des milieux et le temps d'attente.**

Méthodes

Une enquête par sondage a été réalisée de juin à novembre 2015 dans les centres hospitaliers offrant des consultations externes en physiothérapie qui respectaient les critères d'admissibilité suivants :

- 1 faire partie d'un établissement du réseau public de la santé ayant une mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ;**
- 2 offrir des services de physiothérapie en clinique externe à une clientèle principalement adulte (18 ans ou plus) avec troubles musculosquelettiques ; et**
- 3 avoir une offre de services ou une liste d'attente exclusivement réservée à la physiothérapie en clinique externe.**

Ce projet s'inscrivait dans un plus grand projet à devis mixte qui a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.

Les répondants étaient les personnes responsables de la gestion des listes d'attente pour les services de physiothérapie. Un premier contact par téléphone a permis de déterminer quels milieux étaient admissibles et de vérifier leur intérêt à participer au projet. Pour la collecte de données, les répondants remplissaient d'abord un questionnaire en ligne portant sur les services offerts dans leur milieu, les méthodes de priorisation des demandes de services (p. ex. priorisation à partir du dossier du patient, à partir d'un contact écrit ou verbal avec le référent ou à partir d'une évaluation en personne avec ou sans intervention initiale), ainsi que leurs stratégies de



gestion des listes d'attente. Par la suite, les répondants prenaient part à une entrevue téléphonique d'environ 15 minutes traitant notamment du nombre de personnes en attente et du temps d'attente médian et maximal. Le temps d'attente a été défini comme la durée écoulée entre la date de réception de la référence et la date de l'entrevue téléphonique.

Pour les analyses, des statistiques descriptives ont d'abord été réalisées. Ensuite, des analyses bivariées (coefficient de Spearman pour les variables indépendantes ordinales ou continues et coefficient point-biserial pour les variables dichotomiques) et multivariées (modèle linéaire généralisé de distribution gamma avec fonction *log-link*) ont été réalisées afin d'explorer l'association entre les stratégies et caractéristiques des milieux et le temps d'attente médian.

Résultats

Des données ont été obtenues auprès de 97 des 98 centres hospitaliers québécois admissibles, couvrant 17 des 18 régions sociosanitaires du Québec. Une proportion de 30,9 % de ces centres hospitaliers est située en régions rurales (population < 10 000 personnes), 44,3 % en régions semi-urbaines (de 10 000 à 100 000 personnes) et 24,7 % en régions urbaines (> 100 000 personnes).

Les services de physiothérapie en clinique externe étaient fournis par 2,8 ± 2,4 (moyenne ± écart-type) physiothérapeutes et 1,5 ± 1,4 thérapeute en réadaptation physique par milieu, en équivalent temps complet. Seulement deux centres hospitaliers (2,1 %) n'avaient pas de liste d'attente. La liste d'attente était informatisée dans 68,0 % des milieux. Il y avait en moyenne 192,1 ± 176,6 patients (données manquantes = 2) inscrits sur les listes d'attente pour des services de physiothérapie en clinique externe, pour un total de 18 245 patients à l'échelle de la province au moment de la recherche. Le temps d'attente médian était en moyenne de 7,6 ± 11,2 mois (médiane = 4,6 mois, données manquantes = 14), alors que le temps d'attente maximum était de 22,3 ± 25,8 mois (médiane = 15,6 mois; donnée manquante = 1).

Les stratégies administratives liées à la gestion de la liste d'attente les plus utilisées étaient des politiques en cas d'annulation ou d'absence (utilisées dans 98 % des milieux), la priorisation des demandes (96 %) et la redirection des patients vers un autre milieu (p. ex. cliniques privées) (86 %). Concernant les méthodes de priorisation, 26 % des milieux priorisaient toujours les demandes à partir d'une rencontre d'évaluation comprenant une intervention initiale, alors que 18 % des milieux utilisaient souvent cette procédure et que 53 % l'utilisaient rarement ou jamais. Des pratiques cliniques liées à l'accessibilité des services de physiothérapie, telles que les interventions de groupe (40 %) ou des critères de congé standardisés pour libérer les patients (30 %), étaient moins fréquemment utilisées que les stratégies administratives.

Les résultats des analyses bivariées révèlent que deux stratégies étaient significativement associées au temps d'attente médian (au seuil $p < 0,1$):

- 1 l'utilisation de balises de temps d'attente maximum ($p = 0,075$); et
- 2 l'application d'une procédure de priorisation impliquant une rencontre d'évaluation et une intervention initiale ($p = 0,025$).

Lorsque ces deux variables ont été introduites dans le modèle multivarié, seule la procédure de priorisation impliquant une rencontre d'évaluation et une intervention initiale était associée à un temps d'attente plus court ($p = 0,008$). Le temps d'attente médian était plus court de 5,5 mois dans les centres hospitaliers qui utilisaient toujours cette stratégie comparativement aux centres hospitaliers qui ne l'utilisaient jamais ($p = 0,013$).

Discussion

Les résultats de cette étude témoignent du grand nombre de personnes inscrites sur les listes d'attente ainsi que de longs délais pour accéder aux services de physiothérapie en clinique externe dans la majorité des centres hospitaliers au Québec. Le temps d'attente médian était supérieur à six mois dans 41 % des centres hospitaliers de notre enquête. Une étude qui examinait le temps d'attente pour accéder aux services de réadaptation pour les personnes atteintes d'arthrite au Québec a obtenu une proportion similaire, soit 37 % des installations qui ne pouvaient assurer une prise en charge avant 6 mois⁽³⁾. En raison de longs délais, il est possible que la condition de certaines personnes inscrites sur les listes d'attente évolue d'un stade aigu ou subaigu vers un stade chronique.

Seule la stratégie impliquant une procédure de priorisation avec une rencontre d'évaluation et une intervention initiale était significativement associée à un temps d'attente plus court, selon nos analyses statistiques. Cette observation corrobore les conclusions d'une revue systématique⁽⁹⁾ selon laquelle les procédures de priorisation qui permettent d'offrir un traitement sur-le-champ sont plus susceptibles d'avoir un effet favorable sur le débit de patients et sur la liste d'attente que d'autres procédures de priorisation. Le physiothérapeute peut, par exemple, enseigner au patient un programme d'exercices ou une stratégie d'autogestion lors de la rencontre de priorisation. Une telle intervention pourrait améliorer la condition du patient ou à tout le moins limiter le risque de détérioration pendant qu'il attend d'accéder aux services.

Limites

D'abord, la recherche se limitait aux services de physiothérapie offerts dans les cliniques externes aux centres hospitaliers. Il est probable que les résultats seraient différents dans les centres de réadaptation et les centres locaux de services communautaires (CLSC), par exemple. D'autre part, nos analyses statistiques ont été limitées par le nombre de centres hospitaliers dans la province de Québec et par des données manquantes pour la variable du temps d'attente médian. Ainsi, il est possible que certaines caractéristiques et stratégies utilisées dans les milieux aient été associées au temps d'attente sans que nous puissions le détecter. Enfin, le devis transversal utilisé ne nous permet pas d'établir de lien de causalité et ne fournit qu'un portrait de l'accessibilité aux services à un moment précis dans le temps. L'importante proportion de participation et la rigueur de la méthodologie employée soutiennent néanmoins la validité des résultats obtenus.

Retombées pour la physiothérapie

En documentant le temps d'attente avant d'accéder aux services de physiothérapie dans les cliniques externes dans les centres hospitaliers au Québec, ce projet contribue à déterminer les besoins non comblés en matière d'offre de service de physiothérapie dans les établissements publics. Les résultats de notre recherche pourraient encourager les gestionnaires, les cliniciens et les décideurs à mettre en œuvre des mesures destinées à améliorer l'accès en temps opportun aux services de physiothérapie.

Les stratégies organisationnelles liées à la gestion des listes d'attente, notamment la priorisation avec une rencontre d'évaluation et une intervention initiale, pourraient faire l'objet d'études à devis prospectif afin de confirmer leur effet sur le temps d'attente. Enfin, il serait pertinent d'étudier les services de physiothérapie offerts dans d'autres milieux (p. ex. CLSC, cliniques de médecine familiale).

Conclusion

Cette recherche révèle qu'un grand nombre de personnes doivent attendre plusieurs mois avant d'accéder aux services de physiothérapie en clinique externe dans les centres hospitaliers du Québec. L'implantation d'une procédure de priorisation avec une rencontre d'évaluation et une intervention initiale pourrait être l'une des pistes de solution pour faire face à cette problématique. Des actions concrètes mettant à contribution différents acteurs (p. ex. décideurs, gestionnaires, cliniciens, chercheurs, ordres professionnels, associations) seront vraisemblablement nécessaires afin d'améliorer l'accessibilité aux services de physiothérapie et de mieux répondre aux besoins de la population.

Ce texte résume les résultats des travaux de recherche effectués par Simon Deslauriers dans le cadre de ses études de maîtrise en médecine expérimentale à l'Université Laval, sous la supervision de Kadja Perreault. Ce projet de maîtrise a notamment mené à la publication d'un article dans la revue *Disability and Rehabilitation*⁽¹⁰⁾. Simon Deslauriers a reçu une bourse d'études de maîtrise de l'OPPQ (2015-2016). Ce projet a été financé par une subvention de recherche du Fonds B.E. Schnurr, gérée par la Fondation de physiothérapie du Canada, et par des fonds accordés à Kadja Perreault par le CIRRIIS. Nous tenons à remercier Jean Leblond pour sa collaboration aux analyses statistiques ainsi que tous les répondants à l'enquête pour leur temps et leur intérêt.

Pour toute question ou tout commentaire sur les résultats de cette recherche, veuillez communiquer avec Simon Deslauriers à : simon.deslauriers.1@ulaval.ca. ■

Références

- Landry, M.D., et coll. "Analysis of factors affecting demand for rehabilitation services in Ontario, Canada: a health-policy perspective," *Disabil Rehabil*, 2008, vol. 30, no 24, p. 1837-1847.
- Passalent, L.A., M.D. Landry et C.A. Cott. "Wait times for publicly funded outpatient and community physiotherapy and occupational therapy services: implications for the increasing number of persons with chronic conditions in Ontario, Canada," *Physiother Can*, 2009, vol. 61, no 1, p. 5-14.
- Delaurier, A., et coll. "Wait times for physical and occupational therapy in the public system for people with arthritis in Quebec," *Physiother Can*, 2013, vol. 65, no 3, p. 238-243.
- Fournier, C., et coll. « Chapitre 3 — Caractéristiques sociodémographiques et économiques », in *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité*, 2013, Institut de la statistique du Québec, Québec, p. 65.
- Nordeman, L., et coll. "Early access to physical therapy treatment for subacute low back pain in primary health care: a prospective randomized clinical trial," *Clin J Pain*, 2006, vol. 22, no 6, p. 505-511.
- Gellhorn, A.C., et coll. "Management patterns in acute low back pain: the role of physical therapy," *Spine (Phila Pa 1976)*, 2012, vol. 37, no 9, p. 775-782.
- Childs, J.D., et coll. "Implications of early and guideline adherent physical therapy for low back pain on utilization and costs," *BMC Health Serv Res*, 2015, vol. 15, no 1, p. 150.
- Lynch, M.E., et coll. "A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain," *Pain*, 2008, vol. 136, no 1-2, p. 97-116.
- Harding, K.E., N.F. Taylor et S.G. Leggat. "Do triage systems in healthcare improve patient flow? A systematic review of the literature," *Aust Health Rev*, 2011, vol. 35, p. 371-383.
- Deslauriers, S., et coll. "Access to publicly funded outpatient physiotherapy services in Quebec: waiting lists and management strategies," *Disability and Rehabilitation*, 2016.



Joseph Kaldas,
pht, B. Sc., M. Sc. (réadaptation)

Céline Bisson,
pht, B. Sc.

Annie-Claude Hogue,
pht, B. Sc., M. Sc.

Catherine Apinis,
pht, B. Sc., M. Sc.

Djamal Berbiche,
Ph. D.

Nathaly Gaudreault,
pht, Ph. D.

Validité de construit et fidélité interjuges du *Gymnastic Functional Measurement Tool* dans la classification des gymnastes féminines de niveau compétitif au Canada

La fédération canadienne de gymnastique, Gymnastique Canada, compte plus de 300 000 membres inscrits⁽¹⁾. Tout au long de l'année, le corps des gymnastes est soumis à des centaines de milliers de répétitions des programmes d'entraînement^(2,3) avec des charges pouvant atteindre de 5 à 17,5 fois leur poids corporel^(4,5). La combinaison de charges d'entraînement aussi élevées, de l'immaturation de leur système neuromusculosquelettique⁽⁶⁾ ainsi que de la complexité des éléments techniques demandés mène fréquemment à des blessures liées aux stress répétitifs. Cela est d'autant plus vrai si le niveau de préparation physique d'un ou d'une gymnaste ou encore sa maturité musculosquelettique sont inférieurs à ce qu'exige son niveau de compétition.

La gymnastique est associée à un taux élevé de blessures, comme en témoigne une moyenne annuelle de 4,8 blessures rapportées dans les urgences pour chaque 1 000 participants^(7,8). La prévention des blessures devrait être une priorité pour les entraîneurs, physiothérapeutes du sport et fédérations travaillant auprès des gymnastes. Considérant ces facteurs, le développement d'un outil de mesure qui permettrait une meilleure prise en charge des gymnastes par les entraîneurs et les physiothérapeutes pourrait contribuer à mieux prévenir des blessures.

En gymnastique, la charge d'entraînement augmente en fonction du niveau de compétition. Les catégories de compétition au Canada diffèrent des systèmes de classification d'autres pays, notamment des États-Unis, où les catégories vont de 1 à 10⁽⁹⁾. Au Canada, sept catégories distinctes existent : de « provincial 1 » à « provincial 5 » (P1-P5), ainsi que les catégories « national » et « haute performance ». Chaque catégorie est également subdivisée selon l'âge des athlètes. La catégorie P1 n'existe pas au Québec, ce qui réduit le nombre de catégories de compétition à six⁽¹⁰⁾ (voir tableau 1). Chaque catégorie est définie en fonction du niveau de difficulté des éléments techniques que l'athlète doit réaliser. Alors que le niveau de compétition augmente, des habiletés physiques de plus en plus précises sont requises afin d'exécuter des combinaisons complexes. Un outil de mesure valide et fidèle, spécifique à ce sport, serait utile pour cerner les lacunes dans les habiletés physiques des gymnastes et, conséquemment, les déficiences pouvant les prédisposer à des blessures.

Le *Gymnastic Functional Measurement Tool*

Le *Gymnastic Functional Measurement Tool* (GFMT) a été développé par Mark D. Sleeper, un physiothérapeute travaillant auprès de gymnastes^(11,12), afin d'évaluer leur niveau de conditionnement physique. Il est conçu spécifiquement pour ce sport et produit une évaluation objective des habiletés physiques des gymnastes, sans mesurer explicitement les aptitudes en gymnastique^(11,12).

Afin d'évaluer la force, l'endurance, la flexibilité, l'agilité, la coordination et l'équilibre, Sleeper a conçu un test comportant dix épreuves, chacune attribuant une valeur numérique de 0 à 10 à la performance de la gymnaste. Les épreuves du GMFT sont les suivantes : 1) la corde ; 2) le saut en hauteur ; 3) les levers de jambe ; 4) la flexibilité des épaules ; 5) la course d'agilité ; 6) les tractions à la barre (*chin-up*) ; 7) les grands écarts ; 8) les pompes ; 9) le sprint sur 20 verges et 10) l'appui tendu renversé⁽¹²⁾. La validité de construit du GFMT a été démontrée par Sleeper à l'intérieur du système américain de catégorisation^(11,12). La fidélité interjuges n'a pas encore été établie. Comme mentionné ci-dessus, le système canadien de catégorisation des gymnastes diffère du système américain. Afin que le GMFT puisse être utilisé par les entraîneurs et physiothérapeutes canadiens, il est essentiel d'en évaluer la validité et la fidélité. Cette étude vise donc à évaluer la validité de construit et la fidélité interjuges du GMFT à l'intérieur du système canadien de classification des gymnastes féminines de niveau compétitif.

MÉTHODOLOGIE

Population

Quatre-vingt-dix (90) gymnastes de sexe féminin ont été recrutées pour cette étude. Les critères d'inclusion étaient :

- 1 personne de sexe féminin âgée de 8 ans ou plus ;
- 2 gymnaste de niveau de compétition de P2 à haute performance.

Toute condition limitant la capacité des gymnastes à s'entraîner ou à faire de la compétition était considérée comme un critère d'exclusion.

Recrutement

Le protocole de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke avant le début du recrutement. Les entraîneurs en chef de plusieurs clubs de gymnastique ont par la suite été contactés (Gym-Richelieu, Gymnix, Les Hirondelles, Gym-Fly et Wimgym). Les clubs ont été choisis en fonction de leur proximité. Les gymnastes souhaitant participer ont rempli un questionnaire de pré-évaluation incluant des questions liées aux critères d'inclusion et d'exclusion. L'équipe de recherche a aussi recueilli les formulaires de consentement signés par les gymnastes et leurs parents.

Collecte de données

Les évaluateurs ont standardisé la procédure d'évaluation des gymnastes lors d'une séance d'essai avant de procéder à la collecte de données. Pour cette étude, le GFMT et les procédures associées ont été traduits en français par l'équipe de recherche.

• Validité de construit

La collecte des données a été effectuée sur les lieux d'entraînement des différents clubs de gymnastique. Toutes les athlètes ont procédé à leur échauffement habituel avant de participer à l'évaluation. Chacune des participantes a été évaluée individuellement pour toutes les épreuves du GFMT par un des quatre évaluateurs. Les évaluateurs comprenaient deux physiothérapeutes spécialisées en gymnastique et deux étudiants en physiothérapie. Les évaluateurs n'étaient pas informés du niveau de compétition des gymnastes.

• Fidélité interjuges

Afin de mesurer la fidélité interjuges de l'outil, des 90 participantes, 33 formaient un échantillon de convenance et ont été évaluées de façon indépendante par un second évaluateur. Pour chaque participante, les évaluateurs évaluaient chaque épreuve du GFMT simultanément, mais sur une feuille de collecte séparée. Les scores attribués par un évaluateur étaient donc cachés pour l'autre.

Analyse statistique

Dans le but de déterminer la validité de construit du GFMT (ainsi que des épreuves individuelles qu'il inclut), dans un contexte de classification canadienne des gymnastes de compétition, une régression linéaire multiple a été réalisée entre les scores aux épreuves individuelles, ainsi que le score total du GFMT et le niveau de compétition des gymnastes afin d'obtenir un coefficient de détermination r^2 pour chacun. Le niveau de relation statistique satisfaisant a été fixé à $r^2 > 0,6$ ^(13,14). Afin d'estimer le niveau de fidélité interjuges de l'outil de mesure, une analyse de coefficient de corrélation intraclasse (ICC) a été effectuée pour chacun des résultats individuels des différentes épreuves, ainsi que pour le score total du GFMT. Le niveau de corrélation jugé acceptable a été fixé à $ICC > 0,6$ ^(13,14). Le seuil significatif a été fixé à $p < 0,05$.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

L'analyse de régression linéaire multiple montre une excellente relation entre le score total au GFMT et le niveau de compétition des gymnastes en fonction du système de classification canadien ($r^2 = 0,97$) (voir graphique 1). Ceci confirme l'hypothèse que le GFMT est un bon outil d'évaluation des gymnastes à l'intérieur du système canadien de classification. Après des analyses additionnelles, une différence statistiquement significative a été mise en évidence pour les scores totaux dans les catégories P2 à P5 ($p < 0,05$). Les scores totaux pour les catégories P5, national et haute performance n'étaient pas statistiquement différents les uns des autres, avec des valeurs p variant entre 0,10 et 0,57. Ces résultats amènent les auteurs à croire que d'autres tests spécifiques pourraient être nécessaires afin d'améliorer la capacité du GFMT à

bien mesurer les habiletés physiques des gymnastes de haut niveau. Il serait donc intéressant de considérer des tests de flexibilité active et de proprioception. Il s'agit d'exemples de tâches exigeant un niveau élevé de contrôle moteur, un élément potentiellement distinctif des habiletés physiques des gymnastes de haut niveau.

La relation entre le score individuel aux différentes épreuves et le niveau de compétition des gymnastes variait de pauvre à excellente ($r^2 = 0,01-0,96$). Toutes les relations étaient statistiquement significatives ($p < 0,05$). La quatrième épreuve du GFMT, sur la flexibilité des épaules, est la seule ayant montré une pauvre corrélation avec le niveau de compétition ($r^2 = 0,01$). La septième épreuve (grands écarts) présente une relation modérée avec le niveau de compétition ($r^2 = 0,53$). Les huit autres épreuves montrent des relations allant de bonnes à excellentes avec le niveau de compétition ($r^2 = 0,65-0,96$).

L'analyse globale de la fidélité du score total au GFMT témoigne d'une excellente fidélité interjuges ($ICC = 0,98$). L'analyse de fidélité des épreuves individuelles du GFMT montre aussi une fidélité interjuges de bonne à excellente ($ICC = 0,68-1,00$), tel que présenté dans le graphique 2. Seule la neuvième épreuve, sprint sur 20 verges, a montré une fidélité interjuges proche de la limite inférieure d'une corrélation acceptable ($ICC = 0,68$). Les neuf autres épreuves ont montré une excellente fidélité interjuges ($ICC = 0,91-1,00$). La relation entre le résultat à l'épreuve du sprint sur 20 verges et le niveau de compétition des gymnastes a toutefois été démontrée par un excellent coefficient de détermination ($r^2 = 0,92$). En tenant compte de ces informations, les auteurs croient que le test de sprint devrait demeurer une partie intégrante du GFMT.

Des limites ont été notées dans cette étude. Sur le terrain, le GFMT serait principalement utilisé par des entraîneurs de gymnastique. Or, aucun entraîneur n'a été recruté comme évaluateur dans cette étude. Malgré cela, les auteurs croient que, dans le cadre de cette étude, la participation comme évaluateurs de physiothérapeutes hautement spécialisées en gymnastique de même que d'étudiants sans expérience en gymnastique assure un bon potentiel de validité externe à cet outil pour les entraîneurs et professionnels de la santé travaillant auprès de gymnastes. Les auteurs soulignent également que la collecte de données effectuée sur des groupes de huit à douze gymnastes aurait pu susciter un effet de compétitivité entre les athlètes et entraîner une surestimation des performances, introduisant ainsi un biais dans les données.

De futures études pourraient explorer la possibilité d'effectuer de petites modifications au GFMT afin d'améliorer l'outil. La prochaine étape pour la recherche sera d'établir la corrélation entre les habiletés physiques et l'incidence de blessures en gymnastique. Cela permettra d'aider les physiothérapeutes et entraîneurs à évaluer et à améliorer les habiletés physiques des gymnastes en vue de réduire les blessures et d'assurer une meilleure préparation des gymnastes pour faire face aux exigences physiques élevées de ce sport.

La validité de construit et la fidélité interjuges du GFMT dans la classification des gymnastes féminines de niveau compétitif au Canada ont été démontrées dans cette étude.

Remerciements

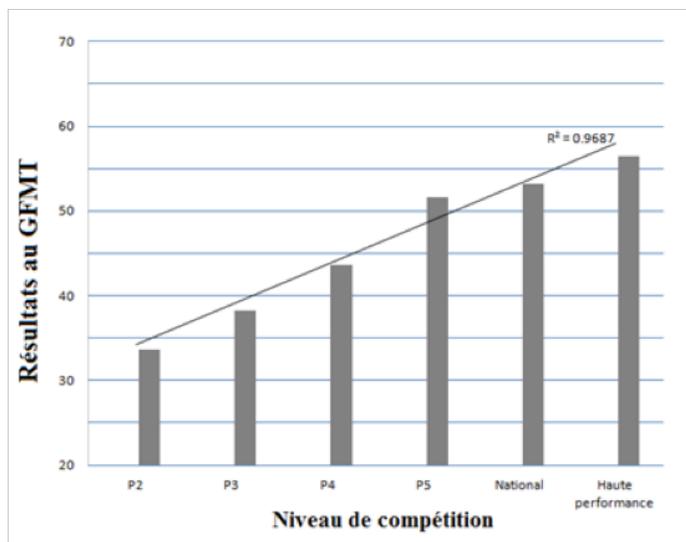
Les auteurs souhaitent souligner la contribution financière de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, qui a permis la réalisation de cette étude.

Les auteurs désirent aussi reconnaître la contribution de ces étudiants en physiothérapie de l'Université de Sherbrooke: Mathieu Savard, Timothy Ho, Andréanne Belley-Houle, Julie Charbonneau et Jean-Pascal Beauchamp. ■

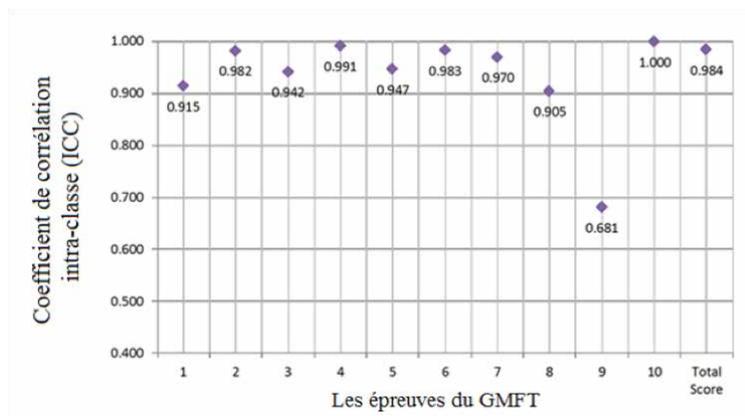
Tableau 1. Classification des gymnastes féminines de niveau compétitif au Canada

	PROVINCIAL				NATIONAL	
	Provincial 2	Provincial 3	Provincial 4	Provincial 5	National	Haute performance
Toutes catégories d'âge	6 éléments	6 éléments	6 éléments	8 éléments	FIG	FIG
Argo à Senior	A permis	A-B permis	A-B-C permis	A-B-C-D permis	Modèle CDN	Modèle CDN
8 ans et +	A permis	A-B permis	A-B-C permis	A-B-C-D permis	Modèle CDN	Modèle CDN

Graphique 1. Relation entre le résultat au GFMT et le niveau de compétition.



Graphique 2. Coefficient de corrélation intraclasse dans l'analyse de fidélité



RÉFÉRENCES

- Gymnastics Canada, *About Gymcan*, [En ligne], [http://www.gymcan.org/gymnastics-canada/about] (Consulté le 8 mai 2017).
- Caine, D., B. Cochrane, C. Caine et coll. "An Epidemiologic Investigation of Injuries Affecting Young Competitive Female Gymnasts," *Am J Sports Med*, 1989, vol. 17, no 6, p. 811-820.
- Sands, W.A. et coll. "National Women's Tracking Program," *Technique*, 1989, no 9, p. 14-19.
- Caine, D.J. et K.J.C. Linder. "Overuse Injuries of Growing Bones: The Young Female Gymnast at Risk?," *Physician and Sportsmedicine*, 1985, vol. 13, no 12, p. 51-64.
- McNitt-Gray, J.L., B.A. Munkasy, M. Welch et coll. "External Reaction Forces Experienced by the Lower Extremities during the Take-off and Landing of Tumbling Skills," *Technique*, 1994, vol. 14, no 9, p. 10-16.
- Micheli, L.J. et J.D. Klein. "Sports Injuries in Children and Adolescents," *British J Sports Med*, 1991, vol. 25, no 1, p. 6-9.
- Haycock, C.E. et J.V. Gillette. "Susceptibility of Women Athletes to Injury," *JAMA*, 1976, no 236, p. 163-165.
- Singh, S., et coll. "Gymnastics-related Injuries to Children Treated in Emergency Departments in the United States, 1990-2005," *Pediatrics*, avril 2008, vol. 121, no 4, p. e954-e960.
- USA Gymnastics. *2015-2016 Women's Program Rules and Policies, Governing Competitors and Competitions sanctioned by the National Women's Program Committee*, [En ligne], [https://usagym.org/PDFs/Women/Rules/Rules%20and%20Policies/2015_2016_w_rulespolicies_0105.pdf] (Consulté le 5 janvier 2016).
- Fédération de gymnastique du Québec, Gymnastique Québec. *Programme provincial Québec 2015-2016, Tableaux principaux, Version 2.0*, [En ligne], novembre 2015. [http://www.gymqc.ca/static/uploaded/Files/Documents/2015-2016-GAF-PPQC-version-2-novembre-2015-hl.pdf] (Consulté le 5 janvier 2016).
- Sleeper, M.D., et E. Casey. "The Gymnastics Functional Measurement Tool: A Valid Way of Measuring Gymnastics Physical Abilities. Platform presentation at the APTA Combined Sections Meeting. San Diego, CA 2010", Abstract published in: *JOSPT*, janv. 2010, vol. 40, no 1, p. A20.
- Sleeper, M.D., L.K. Kenyon et E. Casey. "Measuring Fitness in Female Gymnasts: The Gymnastics Functional Measurement Tool," *IJSPT*, avril 2012, vol. 7, no 2, p. 124-133.
- Mukaka, M.M. "Statistics Corner: A Guide to Appropriate Use of Correlation Coefficient in Medical Research," *Malawi Med J.*, sept. 2012, vol. 24, no 3, p. 69-71. PMID:23638278.
- Hinkle, D.E., W. Wiersma et S.G. Jurs. *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*, 5^e éd., Houghton Mifflin, 2003.



Monica Windsor, B. Sc.

Les champs électromagnétiques pulsés : pertinents pour les patients atteints de fibromyalgie ?



Camille Dubois-Chalifoux, B. Sc.

La fibromyalgie est un syndrome de douleur chronique d'origine idiopathique principalement caractérisé par des points douloureux, tel que répertorié en 1990 par l'American College of Rheumatology (ACR)⁽¹⁾. Ce syndrome douloureux est généralement accompagné de symptômes secondaires tels que la fatigue et des troubles de l'humeur et de cognition⁽²⁾. Un mauvais traitement de l'information sensorielle⁽³⁾ ainsi qu'une centralisation de la douleur seraient en cause⁽⁴⁾. La prévalence est de 3 %, affectant surtout les femmes^(5,6). Puisqu'aucun traitement ne s'est avéré efficace, une approche multidisciplinaire adaptée aux symptômes de chaque patient est recommandée⁽⁷⁾, mais le tiers des patients ne sont pas satisfaits des soins reçus⁽⁶⁾.



Jean-Louis Laroche, Ph. D.

Les champs électromagnétiques pulsés de basse fréquence (CEMP) sont une modalité en émergence pour traiter la douleur dans les pathologies musculosquelettiques. Un champ électrique de basse fréquence en mouvement (<300 Hz) semble obtenir des effets sur la régulation cellulaire et ses modulateurs⁽⁸⁾. Plusieurs études suggèrent que les CEMP diminueraient la douleur de maladies rhumatologiques^(9,10) et neurologiques⁽¹¹⁾ comme le syndrome de douleur régionale complexe^(12,13). Deux types d'applications sont utilisées : périphérique ou transcrânienne. La première crée un champ électromagnétique autour du corps entier ou de segments périphériques précis, alors que la deuxième induit ce champ par l'intermédiaire d'électrodes placées sur le cortex moteur primaire⁽¹⁴⁾. Dans les deux cas, les CEMP agissent sur l'excitabilité cellulaire⁽¹⁵⁾ et le transfert de charges des CEMP aux cellules n'est pas perceptible sur le plan sensoriel.

anglais publiés en date du 21 décembre 2015. La recherche s'est faite à l'aide des mots-clés suivants : *electromagnetic field*, PEMF, ELF, *transcranial magnetic stimulation*, rTMS, TMS et *fibromyalgia*. Les critères d'inclusion étaient : diagnostic de fibromyalgie selon les critères de l'ACR ; essai clinique randomisé (ECR) ; CEMP en mode pulsé avec une fréquence ≤ 300 Hz pour le mode périphérique, CEMP avec une fréquence de <5 Hz pour le mode transcrânien et évaluation de la douleur, de la fonction ou des symptômes dépressifs. La sélection des études, l'extraction des données et l'évaluation ont été effectuées par deux évaluateurs indépendants. La qualité des études fut mesurée par l'échelle PEDro⁽¹⁶⁾ et le niveau de preuve des résultats par l'approche GRADE⁽¹⁷⁾.

Programme de physiothérapie, École de réadaptation, Université de Montréal

Récemment, les chercheurs se sont intéressés aux effets des CEMP de basse fréquence pour traiter la fibromyalgie, mais aucune recension systématique n'a été faite afin de guider la décision clinique des physiothérapeutes. Ainsi, l'objectif de cette revue systématique faite dans le cadre d'un projet dirigé était de déterminer l'efficacité à court, moyen et long terme des CEMP pour traiter la douleur, la fonction physique et les symptômes dépressifs en fibromyalgie.

RÉSULTATS

Au total, 310 études ont initialement été trouvées. L'exclusion de 280 études non pertinentes a laissé 30 articles complets pour évaluation. Du lot, 26 étaient inadmissibles (n=3 essais non randomisés, n=11 à haute fréquence, n=7 douleur non évaluée, n=4 champs électromagnétiques continus, n=1 population inadéquate). Quatre études répondaient aux critères de qualification pour un total de 140 participants, soient deux études avec une application CEMP périphérique^(18,19) et deux études avec application CEMP transcrânienne^(20, 21). Les résultats sont résumés au tableau 1.

MÉTHODOLOGIE

Au total, huit bases de données ont été recensées (MEDLINE, Embase, Cinahl, PEDro, Google Scholar, Web of Science, Proquest et la bibliographie des études incluses) pour trouver des articles en français ou en

Tableau 1 — Comparaison des champs électromagnétiques pulsés de basse fréquence avec le traitement placebo

Effets sur	CEMP en application périphérique ^(18, 19)		Niveau de preuve*
Douleur, fonction physique et symptômes dépressifs	À dosage élevé ⁽¹⁹⁾	Améliorations cliniquement supérieures à court terme Améliorations supérieures à moyen terme qui se dissipent à long terme	Très faible
	À faible dosage ⁽¹⁸⁾	Aucune amélioration à court, moyen ou long terme	
CEMP en application transcrânienne ^(20, 21)			
Douleur	Tendance à améliorations supérieures à court terme qui se dissipent à moyen terme		Très faible
Fonction physique	Améliorations cliniquement supérieures à court terme qui se maintiennent à moyen terme		
Symptômes dépressifs	Tendance à améliorations supérieures à court terme qui se dissipent à moyen terme		
Aucun effet indésirable majeur (hypotension orthostatique 2,5 %, maux de tête 2,5 %) ne fut rapporté.			
* « Très faible » signifie que la conclusion est peu robuste et qu'elle pourrait varier grandement avec un nouvel ECR de qualité.			
<i>Légende</i>			
Court terme: immédiatement après le dernier traitement			
Moyen terme: 8 semaines ou plus après le dernier traitement			
Long terme: 20 semaines ou plus après le dernier traitement			

Douleur

À court terme, l'application périphérique de CEMP présente des résultats contradictoires; une réduction cliniquement importante de la douleur est observée dans l'étude utilisant un dosage plus élevé⁽¹⁹⁾, mais aucune différence n'est observée dans l'autre étude, qui a un dosage beaucoup plus faible⁽¹⁸⁾. En application transcrânienne^(20,21), les CEMP montrent une tendance à réduire davantage la douleur que le placebo. Peu importe le type d'application, les améliorations diminuent à moyen terme (8 semaines), puis disparaissent à long terme (20 semaines).

Fonction physique

En mode périphérique, les CEMP à dosage élevé⁽¹⁹⁾ apportent des améliorations cliniquement importantes à court terme, comparativement au placebo, mais celles-ci diminuent à moyen terme (de 8 à 10 semaines). L'étude à faible dosage n'obtient aucune différence à court, moyen ou long terme⁽¹⁸⁾. En mode transcrânien^(20,21), les CEMP entraînent une amélioration supérieure à celle du placebo et pouvant demeurer cliniquement importante à moyen terme (>8 semaines).

Symptômes dépressifs

À court terme^(19,21), les CEMP montrent une tendance à réduire davantage les symptômes dépressifs que le placebo, peu importe le mode, mais cet effet disparaîtrait à moyen terme (8 semaines).

DISCUSSION

Cette revue systématique démontre, quoique avec un niveau de preuve très faible en comparaison avec le placebo, que l'utilisation de CEMP de basse fréquence entraîne l'amélioration de la douleur, de la fonction physique et des symptômes dépressifs à court terme chez les patients atteints de fibromyalgie, sans risque d'effets indésirables significatifs. Bien que cette amélioration puisse être cliniquement importante, elle ne persiste toutefois pas à moyen et long terme. De plus, il semble y avoir un effet dose-réponse lors de l'application périphérique, suggérant que sans un dosage suffisamment élevé, l'état d'hyperexcitabilité des cellules caractérisant la fibromyalgie⁽²²⁾ se rétablirait trop rapidement et que l'effet des CEMP pourrait alors ne pas se produire ou se maintenir.

Notre revue met aussi en lumière le caractère novateur de la recherche sur les CEMP et la fibromyalgie. En effet, il n'y a pas encore d'étude ayant comparé les CEMP à d'autres interventions en physiothérapie ou ayant évalué l'effet additionnel des CEMP en combinaison à d'autres interventions recommandées pour la fibromyalgie.

Nos résultats suggèrent indirectement que les CEMP de basse fréquence sont équivalents, voire préférables à ceux de haute fréquence chez les patients atteints de fibromyalgie. En effet, une récente méta-analyse sur les CEMP transcrâniens de haute fréquence rapporte des améliorations mineures à court terme sur la douleur et la qualité de vie des patients atteints de fibromyalgie, sans toutefois réduire leurs symptômes dépressifs⁽²³⁾.

Recommandations concernant le traitement clinique

Nous ne recommandons pas d'emblée l'utilisation des CEMP de basse fréquence pour le traitement conventionnel de la fibromyalgie. Malgré les améliorations démontrées à court terme sur la fonction physique, la douleur et les symptômes dépressifs, ainsi que l'absence d'effets secondaires significatifs, ce traitement représente un fardeau thérapeutique élevé pour le patient, compte tenu de la fréquence des traitements et du coût y étant associé. De plus, le très faible niveau de preuve des améliorations possibles ainsi que l'absence de persistance de ces effets jouent en sa défaveur.

Si cette modalité devait toutefois être utilisée, nous recommanderions l'adoption des paramètres suivants afin de maximiser les chances de produire des améliorations cliniquement pertinentes: application périphérique sur matelas (plus simple que transcrânienne) avec une fréquence de 0,1 à 60 Hz, une intensité de 40µT, une durée de traitement de 30 minutes, deux fois par jour, pour un minimum de trois semaines. Il serait alors pertinent de discuter de l'achat ou du prêt de l'équipement avec le patient.

Recommandations concernant la recherche

Davantage d'ECR sont nécessaires afin de comparer les types d'application entre eux (périphérique vs transcrânien, basse vs haute fréquence), ainsi qu'avec d'autres interventions pour en préciser la pertinence et les paramètres d'utilisation.

Limites

Cette revue systématique n'inclut pas d'évaluation de la fatigue, un symptôme fréquemment rapporté chez les patients souffrant de fibromyalgie, mais non documenté dans la majorité des études incluses. Des données sur cet aspect pourraient mieux guider la décision clinique.

CONCLUSION

Il y a de faibles preuves que les CEMP peuvent avoir un effet bénéfique considérable sur la douleur, la fonction et les symptômes dépressifs à court terme chez les patients souffrant de fibromyalgie. Toutefois, cette modalité ne devrait pas être utilisée d'emblée, considérant l'absence de résultats à moyen ou long terme et le fardeau que cela représente pour le patient en temps et en argent. ■

RÉFÉRENCES

1. Wolfe, F., H.A. Smythe, M.B. Yunus, R.M. Bennett, C. Bombardier, D.L. Goldenberg et coll. "The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee," *Arthritis and Rheumatism*, février 1990, vol. 33, no 2, p. 160-172. PubMed PMID: 2306288. Epub 1990/02/01.
2. Mease, P., L.M. Arnold, E.H. Choy, D.J. Clauw, L.J. Crofford, J.M. Glass et coll. "Fibromyalgia syndrome module at OMERACT 9: domain construct," *The Journal of rheumatology*, octobre 2009, vol. 36, no 10, p. 2318-2329. PubMed PMID: 19820221. PubMed Central PMCID: Pmc3419373. Epub 2009/10/13.
3. Clauw, D.J. "Fibromyalgia: an overview," *The American Journal of Medicine*, décembre 2009, vol. 122, no 12 (supplément), p. S3-S13. PubMed PMID: 19962494. Epub 2010/01/09.
4. Wolfe, F., D.J. Clauw, M.A. Fitzcharles, D.L. Goldenberg, R.S. Katz, P. Mease et coll. "The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity," *Arthritis Care & Research*, mai 2010, vol. 62, no 5, p. 600-610. PubMed PMID: 20461783. Epub 2010/05/13.
5. McNally, J.D., D.A. Matheson, V.S. Bakowsky. "The epidemiology of self-reported fibromyalgia in Canada," *Chronic diseases in Canada*, 2006, vol. 27, no 1, p. 9-16. PubMed PMID: 16672135. Epub 2006/05/05.
6. Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2015*. En ligne au http://www23.statcan.gc.ca/imb/p25V_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226.
7. Fitzcharles, M.-A., P.A. Ste-Marie, D.L. Goldenberg, J.X. Pereira, S. Abbey, M. Choinière, et coll. "2012 Canadian Guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: Executive summary," *Pain Research & Management : The Journal of the Canadian Pain Society*, mai-juin 2013, vol. 18, no 3, p. 119-126. PubMed PMID: PMC3673928.
8. Pesce, M., A. Patruno, L. Speranza et M. Reale. "Extremely low frequency electromagnetic field and wound healing: implication of cytokines as biological mediators," *Eur Cytokine Netw*, mars 2013, vol. 24, no 1, p. 1-10. PubMed PMID: 23674517. Epub 2013/05/16.
9. Ryang We, S., Y.H. Koog, K.I. Jeong et H. Wi. "Effects of pulsed electromagnetic field on knee osteoarthritis: a systematic review," *Rheumatology*, Oxford, England, mai 2013, vol. 52, no 5, p. 815-824. PubMed PMID: 22504115. Epub 2012/04/17.
10. Li, S., B. Yu, D. Zhou, C. He, Q. Zhuo, J.M. Hulme. "Electromagnetic fields for treating osteoarthritis," *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 14 décembre 2013, Cd003523. PubMed PMID: 24338431. Epub 2013/12/18.
11. Lappin, M.S., F.W. Lawrie, T.L. Richards et E.D. Kramer. "Effects of a pulsed electromagnetic therapy on multiple sclerosis fatigue and quality of life: a double-blind, placebo controlled trial," *Altern Ther Health Med*, juillet-août 2003, vol. 9, no 4, p. 38-48. PubMed PMID: 12868251. Epub 2003/07/19.
12. Pleger, B., F. Janssen, P. Schwenkreis, B. Volker, C. Maier et M. Tegenthoff. "Repetitive transcranial magnetic stimulation of the motor cortex attenuates pain perception in complex regional pain syndrome type I," *Neuroscience Letters*, février 2004, vol. 356, no 2, p. 87-90. PubMed PMID: 14746870. Epub 2004/01/30.
13. Picarelli, H., M.J. Teixeira, D.C. de Andrade, M.L. Myczkowski, T.B. Luvisotto, L.T. Yeng et coll. "Repetitive transcranial magnetic stimulation is efficacious as an add-on to pharmacological therapy in complex regional pain syndrome (CRPS) type I," *The Journal of Pain : Official Journal of the American Pain Society*, novembre 2010, vol. 11, no 11, p. 1203-1210. PubMed PMID: 20430702. Epub 2010/05/01.
14. Nizard, J., J.P. Lefaucheur, M. Helbert, E. de Chauvigny et J.P. Nguyen. "Non-invasive stimulation therapies for the treatment of refractory pain," *Discovery Medicine*, juillet 2012, vol. 14, no 74, p. 21-31. PubMed PMID: 22846200. Epub 2012/08/01.
15. Kovacic, P., et R. Somanathan. "Electromagnetic fields: mechanism, cell signaling, other bioprocesses, toxicity, radicals, antioxidants and beneficial effects," *J Recept Signal Transduct Res*, août 2010, vol. 30, no 4, p. 214-226. PubMed PMID: 20509751.
16. PEDro. *Physiotherapy Evidence Database* [consultée en 2016]. En ligne au <http://www.pedro.org.au/>.
17. Guyatt, G., A.D. Oxman, E.A. Akl, R. Kunz, G. Vist, J. Brozek et coll. "GRADE guidelines: 1. Introduction GRADE evidence profiles and summary of findings tables," *Journal of clinical epidemiology*, 2011, vol. 64, no 4, p. 383-394.
18. Ammer, K. "Pulsed magnetic field therapy in fibromyalgia: a randomised controlled study," *ResearchGate* (www.researchgate.net), juillet 2014.
19. Sutbeyaz, S.T., N. Sezer, F. Koseoglu et S. Kibar. "Low-frequency pulsed electromagnetic field therapy in fibromyalgia: a randomized, double-blind, sham-controlled clinical study," *Clinical Journal of Pain*, 2009, vol. 25, no 8, p. 722-728. PubMed PMID: 105249453.
20. Lee, S.J., D.Y. Kim, M.H. Chun et Y.G. Kim. "The effect of repetitive transcranial magnetic stimulation on fibromyalgia: a randomized sham-controlled trial with 1-mo follow-up," *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation / Association of Academic Physiatrists*, décembre 2012, vol. 91, no 12, p. 1077-1085. PubMed PMID: 23159954.
21. Yagci, I., M. Agirman, D. Ozturk et B. Eren. "Is the transcranial magnetic stimulation an adjunctive treatment in fibromyalgia patients?" *Turkiye Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon Dergisi*, septembre 2014, vol. 60, no 3, p. 206-211. PubMed PMID: 2014797274.
22. Bradley, L.A. "Pathophysiology of Fibromyalgia," *The American Journal of Medicine*, décembre 2009, vol. 122, no 12 (supplément), p. S22-S30.
23. Knjnik, L.M., J.A. Dussan-Sarria, J.R. Rozisky, I.L. Torres, A.R. Brunoni, F. Fregni et W. Caumo. "Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Fibromyalgia: Systematic Review and Meta-Analysis," *Pain Practice : the Official Journal of World Institute of Pain*, mars 2016, vol. 16, no 3, p. 294-304. PubMed PMID: 25581213. Epub 2015/01/13.



L'excellence de nos professions est partout autour de nous : osons la reconnaître

L'Ordre vous invite à soumettre votre candidature ou celle d'un de vos collègues pour l'édition 2017 des prix Excellence physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique de l'OPPQ.

Ces prix soulignent les réalisations en physiothérapie et la participation engagée des membres qui contribuent de façon particulière à l'avancement et au rayonnement de nos professions.



Prix Excellence OPPQ

Pour en savoir plus sur la façon de procéder pour soumettre une candidature (au plus tard le 15 septembre 2017), rendez-vous au www.oppq.qc.ca > Membres > Prix, bourses et subventions > Prix Excellence, ou écrivez-nous à excellence@doppq.qc.ca.

Deux grands rendez-vous de formation de l'OPPQ attirent des centaines de professionnels



Le mois du Webinaire : une première édition réussie

Dans la perspective de suivre les tendances actuelles en matière de formation continue et de faciliter l'accès à son programme de formation, l'Ordre a lancé son mois du Webinaire.

Ainsi, entre le 31 janvier et le 23 février dernier, 800 membres se sont connectés pour assister, de la maison ou du travail, seul ou en groupe, à des webinaires touchant différents domaines de pratique en physiothérapie.

Des conférenciers de renom ont partagé leur expertise avec ces professionnels qui ont également pu poser des questions en direct.

L'ensemble des neuf webinaires sont désormais en ligne. Vous pouvez vous y inscrire dès maintenant au oppq.qc.ca/formation/formation-continue/programme/

Quand l'orthopédie « fait du genou » à la réadaptation : une journée enrichissante

Le 29 avril 2017, plus de 440 physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique ont assisté en personne ou virtuellement à cette journée exceptionnelle de conférences entièrement consacrées au genou.

Sous le signe de la complémentarité, orthopédistes et physiothérapeutes chevronnés se sont réunis pour partager leur expertise et offrir une programmation pertinente et riche. Les participants ont pu actualiser leurs connaissances sur la prise en charge de certaines conditions orthopédiques du genou, raffiner leur raisonnement clinique et ajouter plusieurs outils à leur pratique.

L'ambiance conviviale au salon des exposants, ainsi que les moments d'échange entre pairs et conférenciers ont permis de faire de cette journée un franc succès.



Pour en savoir plus sur le programme de formation continue de l'Ordre, consultez le catalogue en ligne :

oppq.qc.ca/formation/formation-continue/programme/



De gauche à droite : M. Pascal Gagnon, pht, président de la FCPPQ, M. Denis Pelletier, pht, président de l'OPPQ, M^{me} Sarah Marshall, pht, présidente de l'ACP, Alain Scheldeman, pht, président du comité organisateur de l'événement et M. Luc J. Hébert, pht, président et membre fondateur de l'AQP.

Des fonds supplémentaires pour la recherche en physiothérapie grâce à l'événement golf et vélo

L'événement golf et vélo au profit du fonds québécois de recherche en physiothérapie, qui s'est déroulé le 3 juin 2017 à Vaudreuil-Dorion, a permis d'amasser près de 21 000 \$ pour le fonds québécois de recherche en physiothérapie.

En plus d'assister à des ateliers, de jouer sur un parcours de golf réputé ou de sillonner la Montérégie à vélo, les participants ont eu l'occasion d'écouter les allocutions de Kathy Tremblay, double Olympienne en triathlon, et Denis Fortier, physiothérapeute, conférencier et chroniqueur à la télévision ainsi qu'à la radio.

Nous rappelons que cette activité est présentée par l'Association québécoise de la physiothérapie (AQP), l'Association canadienne de physiothérapie (ACP), la Fédération des cliniques privées de physiothérapie du Québec (FCPPQ) et l'OPPQ. ■

Mois de la physiothérapie : la campagne « en mai, on se prépare à bouger ! » obtient d'excellents résultats auprès du grand public

À l'occasion du mois national de la physiothérapie, qui s'est déroulé tout au long du mois de mai dernier, l'OPPQ a mis en place une campagne grand public afin de mieux faire connaître le rôle des professionnels de la physiothérapie auprès des sportifs en tout genre.

Une stratégie de communication entièrement web

Depuis 2015, l'Ordre oriente ses stratégies de communication grand public sur le Web. Cette campagne ne fait donc pas exception à la règle et a entièrement été diffusée sur le blogue et la page Facebook de l'Ordre, nous permettant ainsi de joindre un nombre important d'internautes.

La campagne a également été l'occasion de leur proposer différents contenus tels que des articles, une vidéo ou encore des publications interactives permettant aux utilisateurs de voter pour leur sport favori. Afin d'intéresser le plus grand nombre, plusieurs sports estivaux ont été abordés tels que la course à pied, le vélo, le golf ou encore la randonnée.

Pour consulter les divers contenus diffusés à l'occasion du mois de la physiothérapie, rendez-vous sur le blogue de l'Ordre au www.oppq.qc.ca/blogue ou sur la page Facebook de l'OPPQ au www.facebook.com/ordre.physiotherapie.quebec



Des résultats qui contribuent au rayonnement de la physiothérapie

Les résultats de la campagne du mois de la physiothérapie ont été excellents et démontrent l'efficacité des réseaux sociaux pour atteindre le grand public. Ces résultats mettent également en lumière l'intérêt du grand public pour la physiothérapie.

QUELQUES CHIFFRES À RETENIR



260 000

Nombre de personnes ayant été touchées grâce aux contenus publiés sur la page Facebook (portée totale)



470

Moyenne des interactions

Les interactions correspondent aux nombres de fois où les utilisateurs ont aimé, commenté et partagé une publication sur Facebook. Cette donnée ne comprend pas le nombre de clics sur la publication.



276

Nouveaux abonnés sur la page Facebook de l'OPPQ à la suite de la campagne



13 600

Nombre de fois où la vidéo publiée sur Facebook a été vue



10 000

Nombre de fois où les articles ont été vus sur le blogue de l'OPPQ



8 min.

Temps moyen que les utilisateurs ont passé à lire les articles de blogue

Des contenus entièrement réalisés en collaboration avec des professionnels de la physiothérapie

Nous vous rappelons que les contenus que l'Ordre diffuse sur ces réseaux sociaux sont le fruit d'une collaboration indispensable entre des professionnels de la physiothérapie et l'Ordre. La qualité des contenus que nous proposons au grand public est primordiale pour nous. C'est pour cette raison que nous accordons une grande importance à ce qu'ils découlent de l'expérience de professionnels de la physiothérapie compétents et passionnés par leur domaine.

Si vous souhaitez vous aussi partager votre expérience et participer à la rédaction d'un article de blogue, n'hésitez pas à nous joindre à communications@oppq.qc.ca

Bienvenue à toutes et à tous

INSCRIPTIONS PHYSIOTHÉRAPEUTES

Abou Did, Pierre
 Abrego-Lemus, Daniel
 Akiki, Anthony
 Albert, Félix
 Allard, Alexandra
 Arnaud, Danick
 Beaulieu-Guay, Éva
 Marion
 Beaulieu-Ringuette,
 Roxane
 Belley, Laura
 Bennett, Michelle
 Benoit-Piau, Justine
 Bérard, Karolyne
 Bernard-Blanchard, Emilie
 Bernard-Perron, Gael
 Bernier, Rebecca
 Berthiaume, Jimmy
 Biazotto, Paulo Cesar
 Boily, Thomas
 Boudreault, Sarah
 Boulanger, Sophie-Ann
 Boyer-Richard, Jean-
 Philippe
 Brochu, Jean-Benoit
 Brochu, Raphaël
 Bui, Kim-Ly
 Caron, Audrey
 Carrier, Camille
 Caspin, Laura
 Chabot, Véronique
 Eugénie
 Chamberland, Jennifer
 Chartier, Cindy
 Chaves Cordoba, Sara
 Maria
 Choquette Passarelli, Joey
 Cloutier-Gendron, Mélissa
 Coulombe, Catherine
 Cyr, Marie-Claude
 Desautels, Jérôme
 Desbiens-Loranger, Sophy
 Dev, Karan
 Dion, Ann-Josée
 Dufour, Carole-Anne
 Dufour-Richard, Vicky
 Duplessis-Marcotte,
 Eliane
 Dupuis, Kamélie R.
 Duranleau, Léonie
 Durivage, Marie-Pier
 Dutta, Manikankana
 Duval, Marie-Philippe

Fève-Ferrières, Annabelle
 Foucault, Mélissa
 Friedman, Aliza
 Gadala, Sarah
 Gagné, Claudia
 Gagné-Bégin, Sun Sarah
 Gagnon, Cindy
 Gagnon, Marianne
 Gagnon, Marie-Michèle
 Gallant, Marie-Christine
 Gauthier, James
 Gauvin, Laurie
 Gauvreau, Cindie
 Genest, Simon
 Ghossein, Elie
 Gingras, Andréanne
 Giscan, Ilona Cristiana
 Goulet, Anik
 Goulet, Karine
 Gravel, Olivier
 Gravel, Sébastien
 Grégoire, Charles
 Greppi, Javier Eduardo
 Grilli, Amanda
 Gu, Susan (Xin)
 Guillemette, Emilie
 Harvey, Jessica
 Hong Tang, François
 Houle, Catherine
 Hsu, Ming-Yang (Jimmy)
 Hudon, Olivier
 Huon, Moira
 I-Hua, Chen
 Ishak, Magy Nabil Girgis
 Kandia Gomez, Diana
 Alexandra
 Khalil, Neveen
 Khan, Hammad
 Khuu, Krystal
 Kilfoil, Noémi
 Kordan, Andrew
 Kozycky-Czebruk, Mathew
 Labbé, Benoit
 Lachapelle-Neveu,
 Laurence
 Laferrière-Trudeau, Chloé
 Lalonde-McNicol, Janie
 Lambert, Jessica
 Lamontagne, Maxime
 Landry, Catherine
 Lanthier-Plante, Jérémie
 Larivière, Maxime
 Lavoie, Catherine
 Lavoie, Julie

Lavoie, Sophie
 Le Guédard, Roxane
 Lemieux Guillemette,
 Cynthia
 Léveillé, Alexis M.
 Lizotte, Jérôme
 Llanos Henriquez, Ana
 Maria
 Long, Xiao Ming
 Lord, Juliette
 Luo, Cindy Xin
 Macaron, Antoine
 Maltais, Jessica
 Martin, Richard
 Massé, Fanny
 Moreau, Virginie
 Morin, Josianne
 Mourant, Stéphanie
 Nguyen, Luc
 Notik, Chaya
 Parent, Pier-Luc
 Pearson, Guillaume
 Péloquin, Michaël
 Perry-Fournier, Alexandra
 Pigeon, Kateryne
 Plamondon, Sarah
 Proulx, Laurie
 Provencher, Janie
 Provost, Joannie
 Quirion, Mikael
 Rail Laplante, Gabrielle
 Regalado Acevedo, Maria
 Gabriela
 Rochon, Mylène
 Rouleau, Claudiane
 Roy, Jessica
 Roy, Karen
 Rubino, Michael
 Ruel, Jérôme
 Ruel, Marie-Anne
 Schaefer, Laura
 Sénéchal, Sébastien
 Simard, Audrey
 Soliman, Mina
 Soucy, Fabienne
 St-Gelais, Raphaël
 St-Laurent, Marie-
 Elisabeth
 Stone, Todd Lawrence
 Tanguay, Elizabeth
 Thuraingam, Thiviya
 Tremblay, Anny-Claude
 Tremblay, Catherine
 Tremblay, Marilou
 Tremblay, Pier-Thomas

Tremblay, Sabrina
 Valiquette, Julien
 Villeneuve, Roxane
 Wang, Weike
 Yao, Bénédicte
 Yong, Kassia Samantha
 Zhu, Lisa

INSCRIPTIONS THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

Abdillahi Saint-Martin,
 Emilie
 Ahagou, Leila
 Alain, Valéry
 Arbour, Vicky
 Audet, Johannie
 Beaumier, Catherine
 Bedioui, Aziza
 Béland-Tremblay, Émilie
 Bélisle, Marie-Ève
 Belizaire, Tachisanca
 Belkhir, Anissa
 Ben Hassi, Nawel
 Bergeron, Dominic
 Bergeron-Ganthier, Marc-
 Antoine
 Bernard, Ann-Elizabeth
 Bernier-Simard, Laurianne
 Bérubé, Myriam
 Bilodeau, Audrey-Anne
 Boisclair, Frédéric
 Boisvert, Mylène
 Boucher, Geneviève
 Boulet, Melissa
 Brodie, Andrea
 Carignan De Carufel,
 Ariane
 Carrier, Chloé
 Castonguay, Audrey
 Cavanagh, Jessie
 Chapleau, Amélie
 Cloutier, Laurie
 Côté, Pénélope
 Courchesne, Émilie
 Daigle, Vicky
 Dandurand, Jessica
 Daneau, Pierre-Olivier
 Deshaies Boulay, Noémie
 Dion, Audrey
 Doutre, Roselyne
 Drapeau, Camille
 Dufour, Alexandre
 Fasset, Laurie
 Fillion, Léa
 Fleury, Carolanne
 Fortin, Alexandra
 Gagnon, Roxanne
 Gauvin, Émilie
 Gélinas, Marie-Éloïse
 Germain, Mélanie
 Gladu, Josiane
 Gnaedinger, Matthew
 Grégoire, Catherine
 Hébert, Marc
 Hénia, Rania
 Houle-Powers, Billy-Ann
 Jimenez, Jessica
 Joly, Mélanie
 Khaneche, Sihem
 Lachance, Roxanne
 Lamy, Eve
 Lantagne, Laurie
 Lantier, Patricia
 Laporte, Cristine
 Lavoie, Félix-Antoine
 Lebon, Catherine
 Lebreux, Sophia
 Leclair, Maude
 Leclerc, Joanie
 Legault, Eliane
 Lemieux, Brenda
 Létourneau, Amélie
 Levasseur, Sarah
 Linares, Sara
 Lorion, Marie-Pier
 Maillette, Camille
 Marceau, Valérie
 Marino Merlo, Gabriela
 Martin, Abygaël
 Mas, Florence
 Montpetit, Valérie
 Ostiguy, Josée
 Paquin, Marjolaine
 Paradis, Anilyn
 Paré-Cliche, Frédérique
 Patenaude, Kim
 Pérusse-Parent, Guillaume
 Racine-Gariépy, Josiane
 Reyes, Juliana
 Robichaud, Chloé
 Ross-Gendron, Vanessa
 Roy, Hugo
 Saindon, Marie-Pier
 Savoie Ouimet, Sandrine
 Savoie, Shany
 Scalcione, Melina

Simard, Noémie
Simon, Valérie
Théberge, Andrée-Anne
Tomarelli, Patrizia
Tremblay, Maude
Vallière, Émilie
Vaudreuil, Pascale
Veilleux, Mary Pier
Vigneau, Marie-Pier
Yerbang, Elise

INSCRIPTIONS – T.R.P. À PHYSIOTHÉRAPEUTE

Audet, Amélie
Beaulieu, Sophie
Bissonnette, Josiane
Boudreault, Laurence
Cummings, Isabelle
Ethier, Marlène
Fink-Mercier, Marianne
Fortier, Stéphanie
Hogue, Benoit
Lauriault, Fannie
Ovechko, Svitlana
Perry, Geneviève
Poisson, Ève
Savard, Audrey

RÉINSCRIPTIONS

Alix, Véronique
Arsenault, Christine
Beaulac, Martin
Beaulieu, Julie-Anna
Beaulieu, Katherine
Beaulieu-Amirault, Viviane
Bénard, Maryse
Benayachi, Sara
Bernard, Josée
Bernard, Pascale
Bisson, Martine
Blondin, Audrey
Bolduc, Johanne
Bolduc, Johanne
Bouchard, Johannie
Carrière, Mélanie
Chandler, Élie
Crépeau, Mélanie
Cubas-Parent, Sheila
De Falkenstein, Gabrielle
DeGrosbois, Carolyn
Desjardins, Mélanie
Donato, Elisa

Eilayyan, Owis
Fait, Philippe
Faucher, Marie-Christine
Fortier, Emilie
Fortier, Véronique
Fortier-Soucy, Joëlle
Foucher, Vanessa
Gasse, Myriam
Gingras, Nathalie
Godbout, Charles
Grisé, Catherine
Haley, Marie-Josée
Harvey, Julie
Hébert-Losier, Kim
Hind, Mokhtar
Jarry, Christina
Joyal, Émilie
Khy, Lina
Laberge, Mélissa
Laroche, Claudia
Larose, Bériza
Leblanc, Jessica
Legault, Annie-Claude
Levesque, Nancy
Loyer, Annie
Mathieu, Caroline
Mélançon-Thivièrge, Audrey
Mercier, Richard
Mercier, Sandra
Ntibarikure, Ariane
Palin, Carolane
Patry-Sylvain, Mila
Paulo Daniel Rocha Oliveira
Perron, Catherine
Pierre-Louis, Josiane
Pilon, Karine
Potvin, Mélanie
Provost, Geneviève
Renaud, Marie-Ève
Richard Roux, Fabienne
Robinson, Megan
Savard, Audrey
Simard, Marie-Eve
St-Laurent, Andréa
Studzinska, Karolina
Thivièrge, Claudine
Timon Polanco, Carol Liliana
Tremblay, Marie-Philippe
Vachon, Andréanne
Vachon, Marie-Eve
Viel, Anne-Elisabeth
Zouggari, Riad

M^{me} Carol L. Richards, chevalière de l'Ordre national du Québec



M^{me} Carol L. Richards, O.C., Ph.D., D.U., pht., F.A.C.S.S
Officier de l'Ordre du Canada (2009)
Médaille du jubilé de diamant de la reine Elizabeth II (2013)
Chevalière de l'Ordre national du Québec (2017)

L'OPPQ tient à féliciter chaleureusement M^{me} Carol L. Richards, physiothérapeute de renom, à qui l'État québécois a décerné, le 22 juin dernier, le titre de chevalière de l'Ordre national du Québec.

Rappelons que M^{me} Richards est connue internationalement pour son expertise dans l'évaluation et le traitement des problèmes de locomotion qui touchent les personnes atteintes de déficiences neurologiques et musculosquelettiques. Ses activités de recherche ont mené à redéfinir la prise en charge clinique et l'insertion sociale de ces personnes. Au fil des années, M^{me} Richards est donc devenue une précieuse ambassadrice pour le monde de la réadaptation.

Au cours des trente dernières années, elle a été, par sa vision proactive et engagée, une grande source d'inspiration pour les jeunes générations de chercheurs et de chercheuses.

Cette nomination s'ajoute aux nombreuses distinctions qui lui ont été décernées tout au long de sa carrière. D'ailleurs, soulignons que l'OPPQ a nommé un prix en son honneur visant à souligner le cheminement d'un individu d'exception qui mérite toute la reconnaissance de ses pairs.

Félicitations à M^{me} Richards pour cet honneur pleinement mérité !

Décernée une fois par année, la plus haute distinction de l'État québécois est octroyée à des personnes qui excellent dans leur domaine respectif.

10-11
NOVEMBRE
2017



PHYSIOTHÉRAPIE
360
L'ÉVÉNEMENT
ANNUEL
DE DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

PREUVE DE COMPÉTENCE

CENTRE DE CONGRÈS ET D'EXPOSITIONS DE LÉVIS
5750 RUE J.-B.- MICHAUD, LÉVIS

physiotherapie360.ca

Le programme complet est maintenant disponible sur le site Web de l'Ordre.

Vous pouvez également vous inscrire dès aujourd'hui !