

# PHYSIO QUÉBEC

n° 02

AUTOMNE / HIVER 2015  
VOLUME 42

ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC

## L'OPPQ SIMPLIFIE LA TENUE DES DOSSIERS : EXPLICATIONS EN QUELQUES MOTS



Services juridiques  
LA RÉFORME DU  
SYSTÈME DISCIPLINAIRE

Chroniques du clinicien  
LES APPLICATIONS MOBILES EN  
PHYSIOTHÉRAPIE ORTHOPÉDIQUE

## LA RÉÉDUCATION VESTIBULAIRE

JOURNÉE DE  
FORMATION AVANCÉE

16 AVRIL 2016  
HYATT REGENCY  
MONTREAL

Vous êtes physiothérapeute, la rééducation vestibulaire vous passionne et vous aimeriez bonifier votre expertise clinique dans ce domaine? Venez rencontrer nos experts conférenciers médecins et physiothérapeutes lors de cette journée unique de formation avancée en rééducation vestibulaire. Notre programmation, élaborée autour d'une classification clinique des troubles vestibulaires, vous permettra d'approfondir vos notions dans toutes les sphères de la rééducation vestibulaire.

### CONFÉRENCIERS

LAURY CHAMELAIN, M.D.  
ELIZABETH DANNENBAUM, pht, M. Sc.  
ISABELLE GAGNON, pht, Ph. D.  
ALAIN GODBOUT, pht  
SYLVIE HOUDE, M.D.  
ELIZABETH LEROUX, M.D., FRCPC  
PIERRE-LUC LÉVESQUE, pht  
NATHALIE SAVARD, pht  
MARC-ALEXANDRE WAGNAC, pht

### INSCRIPTION

Pour de plus amples détails sur cette journée de formation et pour vous inscrire, consultez la page Internet suivante :  
[www.oppq.qc.ca/journée-formation-vestibulaire](http://www.oppq.qc.ca/journée-formation-vestibulaire)



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

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

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

#### RESPONSABLE

**Thierry Vogler**  
Directeur des communications  
tvogler@oppq.qc.ca

#### COORDINATION

**Marine Pannier**  
Agente de communication  
mpannier@oppq.qc.ca

#### CONCEPTION GRAPHIQUE

**Ubik. Studio de Création**  
www.ubik-design.com

#### RÉVISION ET CORRECTION D'ÉPREUVES

**Hélène Morin**

#### DÉPÔT LÉGAL

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

Convention de la Poste-Publications :  
N° 40010610

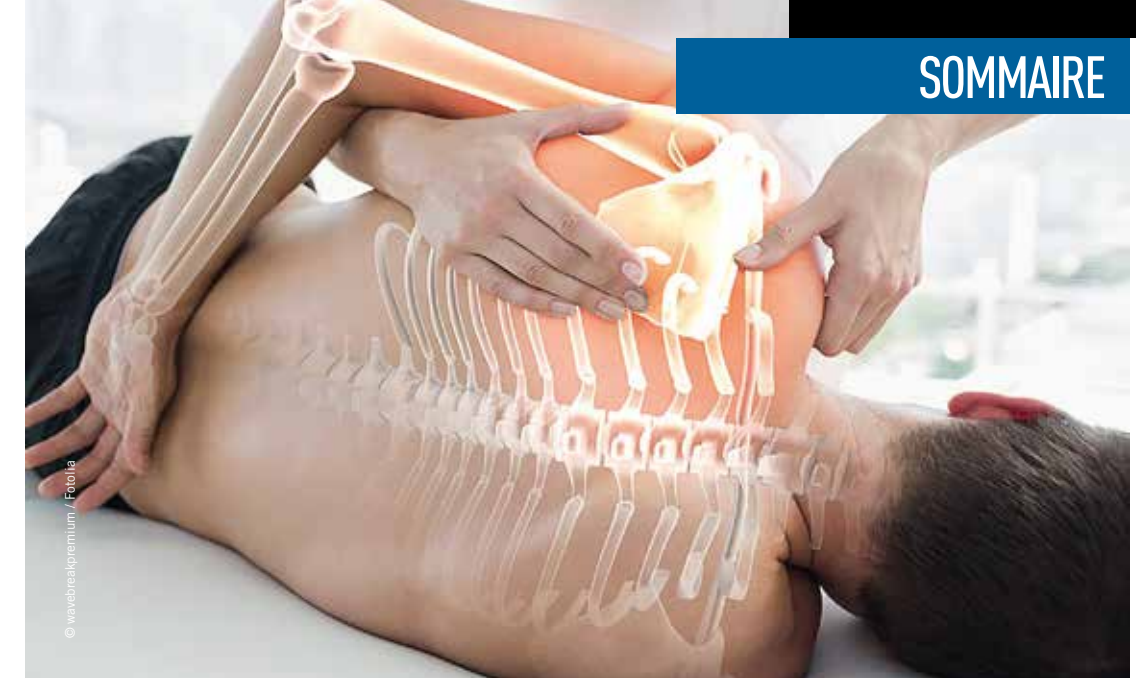


Ordre professionnel  
de la physiothérapie  
du Québec

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 : © Denis Banville



### 04 Mot du président

### 06 Mot du directeur général

La référence du physiothérapeute à un médecin spécialiste

### 07 Bureau du syndic

Procéder à des manipulations vertébrales et articulaires : l'obligation de détenir une attestation de formation

### 09 Services juridiques

La réforme du système disciplinaire

### 10 Inspection professionnelle

L'OPPQ simplifie la tenue des dossiers : explications en quelques mots

### 12 Développement et soutien professionnels

Un projet pour favoriser une pratique basée sur les données probantes

### 14 Chroniques du clinicien

Les applications mobiles en physiothérapie orthopédique

Agent électrophysique : revoir l'enseignement et la pratique

### 20 Chroniques des récipiendaires

Effets de l'utilisation d'un chien d'assistance à la mobilité sur les efforts aux membres supérieurs lors de la montée d'un plan incliné en fauteuil roulant chez les personnes présentant une lésion médullaire

Dépistage d'une vestibulopathie en milieu de réadaptation ambulatoire

### 25 Chronique étudiante

Les physiothérapeutes et les vendeurs de chaussures recommandent-ils les bonnes chaussures pour les enfants?

### 28 À l'honneur

### 31 Événements

### 34 Nouveaux membres



# Le mot du président

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

## La tenue des dossiers : revenir à l'essentiel

Chers membres, chères membres,

L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) a amorcé des travaux considérables sur un élément qui touche de près nos professions : la tenue des dossiers. L'importance de tenir des dossiers de qualité n'est plus à démontrer. C'est un moyen de communication et de coordination de choix pour permettre aux différents professionnels engagés dans les soins aux patients de communiquer entre eux.

Cependant, il faut admettre que le temps de nos cliniciens est encore mieux investi lorsqu'ils interviennent auprès des patients. Nos interventions professionnelles auprès de nos diverses clientèles constituent le meilleur moyen pour notre profession de s'exprimer. Ce n'est pas grâce à la rédaction de notes excessives aux dossiers que les personnes que nous traitons percevront notre valeur ajoutée.

Voilà pourquoi l'OPPQ a entrepris de rendre la tenue des dossiers plus simple et moins exigeante en temps. L'Ordre ne cherche pas à minimiser l'importance de faire une tenue des dossiers performante, mais il souhaite éviter que la tenue de dossier du patient devienne un exercice de rédaction destiné à satisfaire l'inspection professionnelle.

Aussi, dans l'optique d'améliorer l'ensemble de la situation, l'OPPQ travaille donc actuellement à modifier le processus d'inspection professionnel.

Afin d'en apprendre davantage sur les importantes modifications qui ont été apportées à la tenue des dossiers, je vous encourage fortement à prendre connaissance de l'article de la Direction de l'inspection professionnelle à ce sujet dans ce numéro de *Physio-Québec*. Vous remarquerez aussi que nous avons conçu plusieurs outils qui vous aideront à vous familiariser avec la nouvelle approche. Consultez-les et constatez vous-même à quel point le processus de rédaction des dossiers a été simplifié!

### Statut étudiant à l'Ordre

Je profite également de cette tribune pour exprimer ma fierté d'accueillir un nouveau groupe à l'OPPQ : les étudiants. En effet, depuis novembre dernier, le statut étudiant leur permet de faire leurs premiers pas vers le monde professionnel. La création de ce statut au sein de notre Ordre représente un véritable atout pour la promotion et le rayonnement des professions de la physiothérapie. Nous avons hâte d'accueillir ces nouvelles générations de professionnels qui constituent l'avenir de nos professions.

En terminant, en cette fin d'année, je tiens à saluer le travail quotidien accompli par les professionnels de la physiothérapie et leur engagement profond à offrir à la population des soins de santé de haute qualité. Je vous souhaite une excellente année 2016.

Le président,



# Message from the president

Denis Pelletier, Physiotherapist, M.Sc.  
Graduate in sports physiotherapy

## Recordkeeping: back to basics

Dear Members :

L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) has begun major work on something that directly affects our profession: recordkeeping. The importance of keeping quality records is evident. It's a way of relaying and coordinating choices so that the various professionals involved in caring for a patient can communicate with each other.

However, it's clear that our clinicians' time is better spent caring for patients. The professional care we offer our diverse clientele is the best way for our profession to make itself known. Taking excessive file notes is not the way our patients recognize our added value.

That's why OPPQ has worked to make recordkeeping simpler and less time consuming. We aren't looking to minimize the importance of effective recordkeeping, but we don't want patient recordkeeping to be simply a writing exercise done solely to satisfy professional inspections.

And in the hopes of improving the overall situation, OPPQ is currently working to change the professional inspection procedure as well.

To better understand the important changes we've made to recordkeeping, I strongly encourage you to read the article from the professional inspection department about it in this issue of *Physio-Québec*. You will also notice that we have created several tools to help you familiarize yourself with the new approach. Try them out and you will see how much the recordkeeping procedure has been simplified!

### OPPQ Student Status

I would also like to use this occasion to welcome a new group to OPPQ: students. Since last November, their student status has allowed them to take their first steps towards the professional world. This new status is a great asset for our Order and will help us promote physiotherapy as a profession. We are pleased to welcome this new generation—they are the future of our professions.

As we near the end of this year, I would like to thank all our physiotherapy professionals for the work they carry out each day and their deep commitment to providing the public with the highest quality health care. I wish you an excellent 2016.

President

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

- [www.facebook.com/oppqpresident/](http://www.facebook.com/oppqpresident/)
- @OPPQPRESIDENT
- sous le nom de Denis Pelletier



# Le mot du directeur général

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

## La référence du physiothérapeute à un médecin spécialiste

Dans le souci d'assurer la continuité des soins de santé en physiothérapie, certains physiothérapeutes n'hésitent pas à référer leurs patients directement à des médecins spécialistes. Peuvent-ils le faire et les médecins spécialistes ont-ils le droit d'accepter directement cette référence ? La réponse est oui.

À titre d'exemple, certains radiologistes pratiquent des infiltrations musculosquelettiques sous guidance échographique. Ces interventions s'exercent habituellement sur référence médicale. Or, pour éviter d'imposer des délais plus longs aux patients, certains physiothérapeutes souhaitent diriger ces cas directement au radiologiste.

Il faut comprendre que cette référence du physiothérapeute ne constitue pas une « prescription ». Les médecins sont les seuls autorisés à prescrire, au sens de l'article 39.3 du Code des professions, un médicament, un traitement ou des examens de soins. Dans l'exemple donné, il ne s'agit pas d'une prescription, mais plutôt d'une référence du même type qu'une référence médicale.

Il est aussi important de retenir que cette possibilité d'orienter un patient directement vers un médecin spécialiste n'autorise pas le physiothérapeute à poser un diagnostic médical ni à court-circuiter le rôle du médecin de famille. Il s'agit simplement de faciliter le cheminement d'un patient désirant obtenir les soins dont il a besoin.

Dans la pratique, il est fréquent que les physiothérapeutes réfèrent leurs clients à d'autres professionnels de la santé. C'est d'ailleurs leur obligation lorsque l'état du client l'exige en vertu de l'article 20, alinéa 2 du Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique.

Il faut donc que le médecin spécialiste qui reçoit la référence du physiothérapeute pose le diagnostic et prescrive ou administre l'examen ou le traitement le plus approprié à la situation clinique, à la lumière de l'évaluation du physiothérapeute à l'origine de la demande<sup>1</sup>. Puisqu'il



est le premier médecin à intervenir, le spécialiste doit être convaincu qu'il a la compétence pour ce faire. C'est d'ailleurs la position du Collège des médecins, qui encourage notamment les physiothérapeutes à établir des corridors de service avec les médecins de famille et les médecins spécialistes qui ont développé des compétences accrues dans le champ musculosquelettique, par exemple, les radiologistes, les orthopédistes et les physiatres. Le Collège et l'OPPQ sont d'accord sur le fait qu'il est impératif d'optimiser les soins des patients et de garantir la fluidité des communications entre les professionnels concernés.

En conclusion, il est clair que les physiothérapeutes peuvent référer à un médecin spécialiste les cas relevant de leur champ d'expertise et que les médecins spécialistes peuvent, à certaines conditions et dans certains milieux, recevoir et traiter directement ces cas, au bénéfice des patients et du système de santé. ■

<sup>1</sup> Il est à noter que dans certains milieux, dans le réseau public par exemple, on peut imposer aux médecins spécialistes d'autres conditions pour agir en première ligne.

### BUREAU DU SYNDIC

## Procéder à des manipulations vertébrales et articulaires : l'obligation de détenir une attestation de formation



Par Judith Brillant, T.R.P. Syndique adjointe

L'évaluation du physiothérapeute suscite périodiquement plusieurs questions de la part de nos membres, notamment « à quel moment peut intervenir le thérapeute en réadaptation physique (T.R.P.) dans la prise en charge des clients ? » et « comment le physiothérapeute doit-il gérer son intervention dans la prise en charge interdisciplinaire ? ». Nous tenterons avec ce texte de clarifier quelques éléments qui semblent encore obscurs pour certains professionnels.

Le 1<sup>er</sup> juin 2003 est entrée en vigueur la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (projet de loi n° 90) qui a accordé à certains professionnels une plus grande reconnaissance dans le système professionnel. En effet, en plus de modifier le champ d'exercice de la physiothérapie, cette loi a ajouté un nouveau volet précisant les activités réservées à certains professionnels. Pour leur part, les membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec se sont vu réserver neuf activités, dont celle de « **procéder à des manipulations vertébrales et articulaires, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94** »<sup>1</sup> (cette activité est entrée en vigueur le 25 juin 2014).

Il faut noter que certaines activités ont été réservées en raison du risque de préjudice lié à leur réalisation. Ces activités ont été retenues, notamment, car elles peuvent être complexes, contre-indiquées dans certaines situations ou bien entraîner ou accentuer une atteinte à l'intégrité physique et même causer le décès du client<sup>2</sup>. Ainsi, l'obligation de détenir une attestation de formation pour prodiguer des manipulations vertébrales et articulaires<sup>3</sup> découle du risque de préjudice sérieux qui peut résulter de ces techniques qui nécessitent des connaissances pour les exercer.

Tel qu'il est mentionné dans le libellé de l'activité, **il est impératif que le physiothérapeute détienne une attestation de formation délivrée par l'Ordre** pour pouvoir faire des manipulations vertébrales et articulaires comme modalité de traitement en physiothérapie. Pour ce faire, l'Ordre a adopté le Règlement sur des activités de formation des physiothérapeutes pour procéder à des manipulations articulaires et vertébrales, permettant ainsi à l'Ordre de délivrer cette attestation. Les physiothérapeutes qui procèdent à des manipulations, même périphériques, sans disposer d'une attestation contreviennent au Code des professions et à la réglementation de l'Ordre et sont passibles de poursuites disciplinaires.

Il s'avère également essentiel de rappeler que la pratique des manipulations est une activité qui n'est réservée qu'à certains professionnels, soit

<sup>1</sup> Code des professions, art. 37.1 par. 3 i)

<sup>2</sup> OFFICE DES PROFESSIONS (2003). Cahier explicatif — Loi 90 (2002, chapitre 33) Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, mise à jour du 29 avril 2003, 134 pages.

<sup>3</sup> Le terme « manipulations articulaires » fait référence dans la pratique aux manipulations des articulations périphériques.



les médecins, les chiropraticiens et les physiothérapeutes. Ainsi, les thérapeutes en réadaptation physique ne sont pas autorisés à procéder à des manipulations vertébrales et articulaires<sup>4</sup>. De plus, même si ces derniers suivent ou ont complété leur formation en ostéopathie, cela ne leur permet pas davantage de procéder à des manipulations sur des clients. Il en est de même pour les physiothérapeutes qui ont leur formation en ostéopathie sans détenir l'attestation de formation requise par la réglementation.

Nous tenons à vous rappeler que les physiothérapeutes qui exercent des manipulations comme modalité de traitement doivent respecter certaines conditions supplémentaires dans le cadre de leur pratique

<sup>4</sup> Règlement sur les catégories de permis délivrés par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, art. 2 et 3.

professionnelle. Dans le cas particulier de la pratique de manipulations cervicales, le physiothérapeute doit obtenir le consentement écrit de son client avant de les pratiquer. À cet effet, l'article 17 du Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique a été modifié et se lit maintenant comme suit :

« Le membre doit, avant de rendre des services professionnels, obtenir du client un consentement libre et éclairé. À cette fin, le membre doit, sauf pour des motifs raisonnables, fournir à son client, de façon complète et objective, toutes les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services professionnels qui seront fournis, notamment la nécessité, la nature, les modalités et les risques.

Lorsque le physiothérapeute prévoit de procéder à des manipulations cervicales, il doit, en plus de respecter les obligations prévues au premier alinéa, obtenir le consentement écrit de son client. »<sup>5</sup> (nous soulignons)

Par ailleurs, considérant l'importance des connaissances et des compétences nécessaires pour procéder à des manipulations vertébrales et articulaires, les physiothérapeutes détenant leur attestation doivent consacrer un minimum de sept heures, par période de référence de trois ans, à des

activités de formation continue portant sur l'exercice des manipulations.

En terminant, le Bureau du syndic tient à vous rappeler l'importance de respecter la réglementation en vigueur. En effet, les physiothérapeutes ne détenant pas d'attestation de formation délivrée par l'Ordre pour faire des manipulations vertébrales et articulaires comme modalité de traitement en physiothérapie s'exposent à des poursuites disciplinaires.

Les physiothérapeutes ont le privilège de procéder à des manipulations vertébrales et articulaires, mais il leur revient de respecter les exigences préalables et les obligations qui en découlent.

*Pour toute information complémentaire et pour connaître les modalités pour obtenir une attestation de formation délivrée par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec pour procéder à des manipulations vertébrales ou articulaires, nous vous invitons à consulter le site Internet de l'Ordre, section « Mon Compte », rubrique « Règlement sur les manipulations et demande d'attestation ».* ■

<sup>5</sup> Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique, chapitre C-26, r. 197, art. 17

## La réforme du système disciplinaire

Depuis plusieurs années, une modernisation législative de la justice disciplinaire dans les ordres professionnels était devenue incontournable pour améliorer l'efficacité du travail des conseils de discipline.

En juin 2013, l'Assemblée nationale a adopté le projet de loi n° 17, intitulé *Loi modifiant le Code des professions en matière de justice disciplinaire*<sup>1</sup>, qui visait principalement la création du Bureau des présidents, l'adoption par le gouvernement d'un code de déontologie applicable aux présidents ainsi qu'aux autres membres des conseils de discipline et l'implantation de règles de pratique encadrant la conduite des plaintes disciplinaires.

Tout d'abord, la création du Bureau des présidents des conseils de discipline au sein de l'Office des professions du Québec vise à assurer une meilleure efficacité des mécanismes disciplinaires et à accélérer le processus de traitement des plaintes. Le projet de loi prévoit que le Bureau sera composé d'un maximum de 20 présidents de conseil, dont un président en chef, notamment chargé de coordonner le travail des présidents, et un président en chef adjoint.

Le 13 juillet dernier, plus de deux ans après l'adoption du projet de loi, le nouveau Bureau des présidents des conseils de discipline des ordres professionnels a été légalement constitué. Actuellement, l'équipe du Bureau est composée de dix présidents, incluant une présidente en chef, M<sup>e</sup> Marie-Josée Corriveau, et un président en chef adjoint, M<sup>e</sup> Daniel Lord. Les nominations des présidents par le gouvernement font suite à une sélection rigoureuse parmi les candidats ayant au moins dix ans de pratique juridique.

Depuis juillet 2015, toutes les nouvelles plaintes de même que toutes les plaintes dont l'audition n'avait pas encore débuté avant la création de ce Bureau sont entendues par les conseils de discipline présidés par les membres du nouveau Bureau.

D'autre part, le 6 août 2015, les Règles de preuve et de pratique applicables à la conduite des plaintes soumises aux conseils de discipline des ordres professionnels<sup>2</sup> sont entrées en vigueur. Ces règles de preuve et de pratique ont pour but de favoriser un traitement efficace des plaintes. Les règles mises en place pour le cheminement d'une plainte prévoient une procédure plus rigoureuse et des obligations supplémentaires pour les parties, telle la

communication des pièces et de la preuve, de même que la communication des rapports d'experts au moins 15 jours avant l'audience.

Le projet de loi prévoit aussi l'adoption d'un code de déontologie pour les membres des conseils de discipline. Ce code s'appliquera non seulement aux présidents, mais à l'ensemble des membres des conseils de discipline. Si vous siégez comme physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique au conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, vous serez tenu de respecter ce nouveau code. Le 22 juillet dernier, une première version du code a été publiée dans la *Gazette officielle du Québec* pour une période de consultation de 45 jours. Au moment de la rédaction de cet article, la version définitive du code n'avait pas encore été publiée. Soyez assuré que nous vous tiendrons informé de son entrée en vigueur.

### Désirez-vous vous engager au sein du conseil de discipline de l'Ordre?

Vous recevrez au début de l'année 2016, par l'entremise du *Physio-Québec Express*, un appel de candidatures afin de renouveler notre banque de candidats siégeant comme membres du conseil de discipline. Le mandat est d'une durée de trois ans. Le membre intéressé doit détenir le statut de membre régulier et avoir une expérience d'au moins cinq ans dans le domaine de la physiothérapie. Il doit de plus adhérer à la mission ainsi qu'aux valeurs de l'Ordre et avoir une bonne connaissance de la réglementation de l'Ordre. Nous vous invitons à poser votre candidature en grand nombre. ■

<sup>1</sup><http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2013C12F.PDF>

<sup>2</sup>[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C\\_26/C26R8\\_1.HTM](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/C_26/C26R8_1.HTM)



Par Marie-France Salvat  
Avocate, secrétaire du conseil de discipline

Rappelons qu'un conseil de discipline est formé dans chacun des 46 ordres professionnels. Il doit être composé de trois membres, soit un président nommé par le gouvernement et deux membres de l'ordre professionnel en question. Le conseil de discipline est saisi de toute plainte formulée contre un membre de l'Ordre pour une infraction aux dispositions du Code des professions ou des règlements adoptés conformément au Code des professions.

### Une offre de soins bonifiée pour le traitement des plaies

Un règlement<sup>1</sup> autorisant les infirmières et les infirmiers à prescrire certaines analyses de laboratoire ainsi que des produits, des médicaments topiques et des pansements utilisés en soins des plaies entrera en vigueur le 11 janvier prochain. L'autorisation de prescrire qu'obtiennent les infirmières et les infirmiers est un gain majeur pour la population et aussi pour les professionnels de la physiothérapie puisqu'un règlement du Collège des médecins<sup>2</sup> autorise depuis 2008 les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique à administrer des médicaments topiques lors de traitements liés aux plaies lorsque ceux-ci font l'objet d'une ordonnance. Les professionnels de la physiothérapie pourront donc dorénavant suivre les ordonnances prescrites par un médecin ou une infirmière lorsqu'elles visent l'administration de médicaments topiques lors de traitements liés aux plaies.

<sup>1</sup> Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière ou un infirmier, <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=63845.pdf>

<sup>2</sup> Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par les membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, articles 1 et 2

MAINTENANT VOUS POUVEZ

RETOURNER JOUER DEHORS

STABILISATEUR POUR CHEVILLE  
FIX-LOC<sup>MC</sup> :

Conçu pour stabiliser la cheville et  
fournir un support au ligament.

Fait au Québec.

Vendu en pharmacie.

[formedica.com](http://formedica.com)



FORMEDICA®

# L'OPPQ simplifie la rédaction des dossiers : explications en quelques mots



Gilbert Chartier, pht  
Directeur de l'inspection  
professionnelle  
Président du comité  
d'inspection  
professionnelle (CIP)

Créé dès le premier contact du client avec le professionnel de la physiothérapie, le dossier est un outil de communication essentiel pour le suivi de votre clientèle. Cependant, plusieurs facteurs, dont les exigences de l'inspection professionnelle, ont fait en sorte que la tenue des dossiers a pu devenir, au fil du temps, un exercice fastidieux. Conscient de cette situation et de son impact sur la pratique, l'OPPQ a décidé de réformer la tenue des dossiers afin d'en simplifier la rédaction. Pour ce faire, l'Ordre apporte dès maintenant trois changements importants.

## 1 Un nouveau guide simplifié

Dorénavant, l'Ordre vous encourage à inscrire au dossier seulement les détails que vous jugez pertinents selon votre raisonnement clinique. Il importe simplement de vous assurer que votre dossier contient les informations de base prévues dans le nouveau Règlement sur les dossiers<sup>1</sup>.

Pour concrétiser cette nouvelle approche, l'Ordre publie un *Guide de rédaction simplifiée des dossiers* qui remplace l'ancien « Document A » (*Guide d'accompagnement de la grille d'évaluation de la tenue des dossiers*). Ainsi, vous trouverez dans ce nouveau guide des conseils et des stratégies visant, entre autres, à vous faire gagner du temps sans altérer la qualité de votre tenue des dossiers.

Le *Guide de rédaction* peut être consulté en ligne dans la nouvelle section « Tenue des dossiers » au [www.oppq.qc.ca](http://www.oppq.qc.ca).

La tenue des dossiers doit être guidée  
par ce que VOUS jugez pertinent.

## 2 La mise à jour du Règlement sur les dossiers

Le Règlement sur les dossiers précise les éléments qui doivent obligatoirement apparaître au dossier<sup>2</sup>. Les voici en résumé :

- L'identification et les coordonnées du client
- L'objet de la consultation
- L'évaluation et le diagnostic physiothérapeutique pour le physiothérapeute ou les préalables et la collecte de données évaluatives pour le thérapeute en réadaptation physique
- Les objectifs et le plan de traitement
- Pour chaque visite : la date, la description des services rendus, les notes sur l'évolution du client, ses réactions au traitement et les recommandations qui en découlent
- Le consentement du client

Nous vous invitons à lire le Règlement ainsi que le cahier explicatif que l'Ordre a rédigé si vous souhaitez en approfondir votre compréhension. Ces documents peuvent aussi être consultés dans la section « Tenue des dossiers ».

## 3 La réorientation et la simplification du processus d'inspection professionnelle

L'OPPQ cherche à établir une distinction claire entre la tenue des dossiers et les exigences de l'inspection professionnelle en développant des outils qui reflètent la nouvelle orientation de son processus d'inspection. Même si le dossier est le principal témoin de vos actions professionnelles, il ne doit pas constituer une tâche laborieuse dont le but est de satisfaire à un exercice de surveillance de la pratique. Ainsi, vous constaterez à la présentation du nouveau programme d'inspection que l'ensemble du processus a été allégé et met moins l'accent sur la tenue des dossiers.

L'Ordre étant toutefois dans l'obligation d'examiner les dossiers dans le cadre de son programme d'inspection, il le fera uniquement pour s'assurer que ceux-ci respectent les exigences de base prévues au nouveau Règlement.

En apportant ces changements, l'OPPQ aspire à réduire le temps consacré par les cliniciens à la rédaction de dossiers pour, ultimement, maximiser le temps passé auprès des clients.

Sans négliger en aucun cas la valeur du contenu du dossier, rappelez-vous que la longueur de celui-ci ne garantit pas sa qualité. La tenue des dossiers peut être courte mais efficace. L'important est que celle-ci assure la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. Dans un sens, elle est le reflet de la pratique professionnelle et de sa qualité, car le dossier demeure un aide-mémoire essentiel à la prestation de soins de qualité.

Une nouvelle approche de la tenue des dossiers qui vise la simplicité,  
l'économie de temps, la concision et l'efficacité.

<sup>1</sup> Le nom complet du règlement est *Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice, les équipements et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec*.

<sup>2</sup> Il est à noter que des exigences réglementaires ou administratives, autres que celles de l'OPPQ, pourraient devoir être remplies (par exemple, celles de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ou autre).

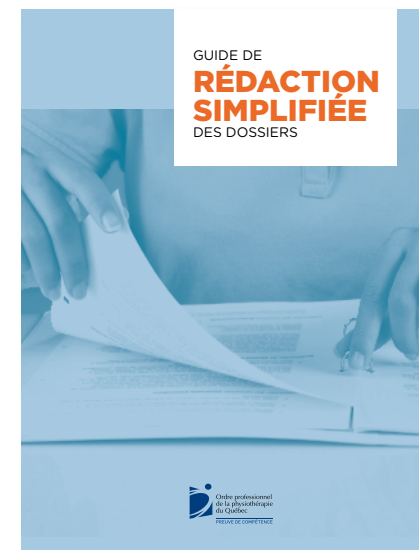
Familiarisez-vous avec les nouveautés en consultant les outils mis à votre disposition dans la rubrique « Tenue des dossiers » sur le site de l'OPPQ.



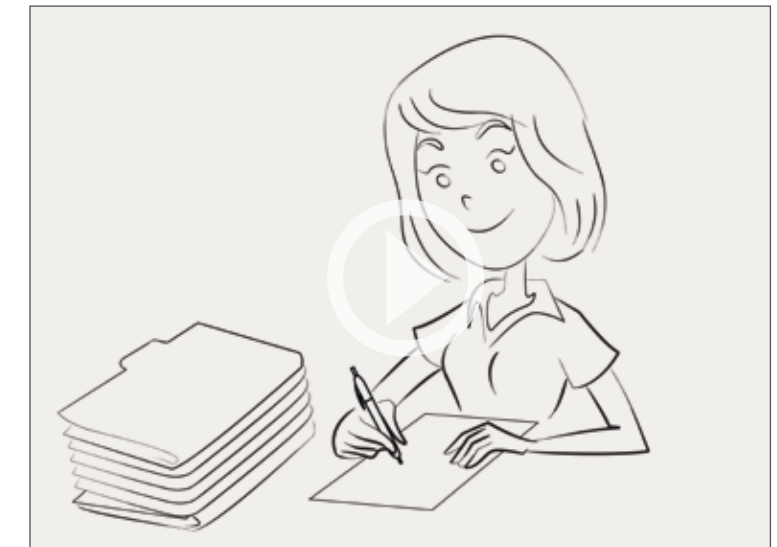
Le nouveau  
**Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice, les équipements et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec.**



Le **cahier explicatif** sur le Règlement, rédigé à titre de référence.



Le **Guide de rédaction simplifiée des dossiers** fournit des conseils et stratégies pour rédiger vos dossiers de manière concise et efficace. Il remplace l'ancien guide intitulé « Document A ».



Une **vidéo explicative** illustrant de manière dynamique l'ensemble des changements apportés à la tenue des dossiers.

En visionnant la vidéo d'animation réalisée par l'OPPQ, vous en apprendrez davantage sur les changements apportés à la tenue des dossiers et les raisons qui ont conduit l'Ordre à procéder à cette réforme. ■

Pour obtenir plus d'information, veuillez écrire à : [tenue-dossiers@oppq.qc.ca](mailto:tenue-dossiers@oppq.qc.ca)

# Un projet pour favoriser une pratique basée sur les données probantes



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

Aujourd'hui, dans l'univers de la physiothérapie, il faut vraiment vivre sur une autre planète pour ne jamais avoir entendu parler de la pratique basée sur les données probantes. Pratique basée sur les faits scientifiques, pratique factuelle, pratique basée sur les évidences scientifiques : ce sont tous des synonymes qui définissent une pratique professionnelle utilisant de façon consciencieuse, explicite et judicieuse les meilleures données scientifiques disponibles pour la prise de décision concernant les soins à prodiguer aux clients<sup>1</sup>.

Les données probantes répondent à un souci moderne des professionnels qui se tournent de plus en plus vers les sciences et la recherche pour soutenir leurs décisions cliniques. La tradition, l'essai et l'erreur, les interprétations subjectives et l'intuition ont ainsi moins d'emprise sur les décisions relatives aux soins.

La pratique basée sur les données probantes est un processus qui se déroule en quelques étapes<sup>1</sup> :

1. Établir une liste de questions pertinentes à propos du cas clinique concerné.
2. Trouver, à l'aide de recherches dans différentes bases de données, les évidences scientifiques qui répondent à vos questions.
3. Évaluer de façon critique les évidences scientifiques trouvées.
4. Intégrer ces preuves au processus de décision.
5. Évaluer les répercussions de la décision sur la pratique.

Il est vrai cependant que les connaissances qui reposent sur des faits scientifiques ont parfois des limites et qu'il existe des zones grises entre les preuves et des situations cliniques particulières. C'est pourquoi une pratique basée sur l'expérience clinique demeure pertinente de nos jours, dans la mesure où elle est alliée à une pratique basée sur les données probantes.

## Vous soutenir dans l'intégration des données probantes

Il va sans dire que la pratique basée sur les données probantes ne peut qu'être encouragée par l'Ordre puisqu'elle permet de rehausser la qualité des services de physiothérapie rendus à la population. Le Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique en fait également mention à son article 6 en stipulant que « le membre doit exercer sa profession selon les normes généralement reconnues par la science et la pratique de la physiothérapie ».

L'Ordre convient toutefois qu'il n'est pas toujours facile pour tous les membres d'intégrer cette pratique à leur réalité. En effet, plusieurs facteurs peuvent avoir une influence sur l'utilisation d'une approche basée sur les données probantes : lourde charge de travail, isolement de certains cliniciens, accès limité aux bases de données, temps disponible restreint et lacunes sur le plan des habiletés des cliniciens pour faire de la recherche et poser un jugement critique sur les résultats de recherche en sont des exemples.

Avec l'intention de soutenir les membres dans leurs efforts d'intégrer les données probantes, l'Ordre inaugurera donc sur son site Internet un espace réservé à cette pratique. Divisé en quatre sections, cet espace répondra aux conditions reconnues comme gagnantes pour soutenir la pratique basée sur les faits scientifiques. Nous sommes heureux de vous présenter ces conditions dans cette chronique.

### 1 Se former et actualiser ses connaissances

#### SECTION 1 – Répertoire de formations concernant la pratique basée sur les données probantes

Le développement des habiletés nécessaires pour poser des questions pertinentes selon le modèle PICO ou PICR et pour effectuer des recherches dans les bases de données implique de s'exercer fréquemment et, si possible, d'être accompagné d'experts. Pour que vous puissiez naviguer plus aisément dans ce paradigme qu'est la pratique basée sur les données probantes, l'Ordre a recensé dans cette section de nombreuses formations en ligne offertes par différents organismes, dont plusieurs gratuites, que vous pouvez suivre et comptabiliser dans votre portfolio de développement des compétences.



### 2 Une question d'accessibilité

#### SECTION 2 – Répertoire de bases de données

De nombreux cliniciens n'ont pas facilement accès aux bases de données et aux données scientifiques. Conscient de ce contexte, l'Ordre a dressé une liste de bases de données, dont plusieurs sont accessibles gratuitement, et les présente dans cette section. Mentionnons que la base de données gratuite de la Bibliothèque et Archives nationales du Québec contient un bon nombre de périodiques pertinents à la pratique physiothérapique. L'Ordre, en collaboration avec d'autres partenaires du système professionnel, travaille d'ailleurs étroitement avec cet organisme afin que celui-ci développe une base de données plus garnie et plus conviviale pour les professionnels.

### 3 Des données scientifiques déjà analysées par des experts

#### SECTION 3 – Répertoire de ressources scientifiques transférables à la pratique

Parfois, le temps manque et l'évaluation critique des évidences scientifiques est une étape qui ne peut être réalisée aussi rigoureusement que prévu. Heureusement, différents outils et documents existent qui présentent aux cliniciens des données sous une forme plus facile à transférer à la pratique clinique. Cet espace regroupe donc des ressources de ce type pour les professionnels de la physiothérapie.

### 4 Échanger pour se développer

#### SECTION 4 – Répertoire de communautés de pratique

Finalement, pour intégrer des données scientifiques à votre pratique, il n'y a rien de mieux que les riches échanges que vous pouvez avoir avec collègues et experts. C'est dans cet esprit que l'Ordre met à votre disposition, dans cette dernière section, un répertoire de communautés de pratiques pertinentes à votre pratique.

Nous espérons que ce projet de soutien professionnel permettra aux physiothérapeutes et aux thérapeutes en réadaptation physique de mieux appuyer leur pratique professionnelle sur des données probantes. Nous vous encourageons à consulter cet espace dès le début de l'année 2016! ■

<sup>1</sup> Sackett, D., et coll. *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*, 2<sup>e</sup> édition, Édimbourg, Churchill Livingstone, 2000.



Yannick Tousignant-Laflamme, pht, Ph. D.<sup>1</sup>

# Les applications mobiles en physiothérapie orthopédique

La cybersanté — eSanté — gagne en popularité dans le domaine de la prestation de soins grâce à l'essor des technologies mobiles. Que ce soit pour faciliter l'accès à divers outils d'évaluation et plans de traitement ou encore améliorer les résultats cliniques, les technologies mobiles sont bien ancrées dans la pratique clinique. D'ailleurs, l'Organisation mondiale de la Santé a introduit un nouveau terme pour bien définir cette composante de l'eSanté, soit la santé mobile — mSanté — une pratique de soins médicaux relayée par un téléphone mobile ou une tablette <sup>(1)</sup>.

Étant donné que jusqu'à 75 % des Québécois possèdent un téléphone intelligent <sup>(2)</sup> et que des milliers d'applications médicales sont offertes sur les principales plateformes pour mobiles (iOS et Android), il est envisageable de pouvoir se servir de la technologie existante afin d'offrir, voire d'améliorer nos interventions actuelles en physiothérapie. Il existe plusieurs types de technologies mobiles, mais ce sont surtout les applications mobiles (applis) qui font l'objet d'études dans la littérature. Cette chronique vise à décrire les principales applis accessibles dans deux domaines de la physiothérapie orthopédique : la gestion de la douleur et la mesure de l'amplitude articulaire.



Catherine Houle<sup>2</sup>



Nicolas Beaudet, Ph. D.<sup>3</sup>



## Applications ciblant la gestion de la douleur





La majorité des applications en gestion de la douleur ont été conçues pour le grand public, et non comme outil de travail du thérapeute. Une fois l'appli téléchargée par le patient, les programmes disponibles répondent généralement à trois champs, soit 1) prodiguer de l'information générale ou ciblée sur les traitements contre la douleur; 2) servir de registre, tel un journal de bord des symptômes; et 3) fournir un volet thérapeutique offrant une forme non personnalisée de prise en charge de la douleur.

Sachant que plus de la moitié des patients consultent Internet pour obtenir de l'information médicale sur leurs symptômes de douleur <sup>(3)</sup>, nous devrions avoir le souci d'orienter nos patients vers des sources de qualité.

Trois études ont recensé les différentes applications mobiles ciblant la gestion de la douleur. Une étude publiée en 2011 a répertorié 111 applications <sup>(4)</sup> Android, BlackBerry, Nokia/Symbian and Windows Mobile. En 2012, Wallace et collaborateurs en listent 220 <sup>(5)</sup> et, en 2014, Laloo et collaborateurs identifient 279 applications ayant une composante d'autogestion de la douleur <sup>(6)</sup>. Bien que le nombre d'applications offertes continue d'augmenter, ces trois études rapportent toutes les mêmes problématiques, soit que très peu d'applications ont été développées par des professionnels de la santé, et encore moins évaluées par une approche scientifique.

Nous avons exploré les fonctionnalités de certaines applications mobiles destinées à aider les personnes ayant de la douleur chronique. Loin d'être exhaustif, le tableau 1 présente une liste des applications qui ont été sélectionnées en fonction des critères suivants : 1) offertes gratuitement dans l'App Store ou pour appareils Android, 2) développées en collaboration avec des professionnels de la santé. Seule une de ces applications offre une interface en français.

TABEAU 1 : Applications ciblant la gestion de la douleur

Applications	Champs d'application*	Principales fonctionnalités
<b>PAIN COACH</b> 	1, 2, 3	5 catégories d'objectifs thérapeutiques : nutrition, repos/sommeil, activité physique, humeur, traitements Indicateur de progression et liste exhaustive de conseils pour la réussite Journal quotidien pour faire le monitoring des symptômes de douleur Notes explicatives pour les pathologies chroniques courantes (lombalgie, fibromyalgie, migraines, cervicalgie, neuropathie, arthrose, polyarthrite rhumatoïde) et notes sur la douleur chronique en général
<b>NHS 24 MSK</b> 	1	Pour la douleur d'origine musculosquelettique Conseils pour retrouver un état normal ou aider à un retour au travail Information sur des problèmes musculosquelettiques de différentes régions du corps (dos, cou, épaule, coude, poignet et main, hanche, cuisse, genou, mollet, cheville, pied) Axé davantage sur la gestion des troubles aigus que chroniques
<b>PAIN CARE</b> 	1, 2	Journal quotidien sur la douleur et les traitements utilisés (médication et approches non pharmacologiques) Journal des effets secondaires, des limitations dues à la douleur au travail et lors d'activités Présentation sous forme de rapport synthèse sur l'intensité douloureuse, les éléments déclencheurs et l'efficacité des interventions Format électronique transférable Vulgarisation d'articles scientifiques récents publiés dans le domaine de la douleur (volet éducatif)
<b>CATCH MY PAIN</b> 	2	Journal quotidien sur la douleur et les traitements utilisés (médication et approches non pharmacologiques) Gamme de symptômes plus large que PainCare Registre de l'humeur et de la température Présentation sous forme de rapport synthèse et de graphique sur l'intensité douloureuse, les éléments déclencheurs et l'efficacité des interventions Interface agréable et facile d'utilisation Bilingue anglais et français

\*Champs d'application :

- 1) Éducation : prodiguer de l'information générale ou ciblée sur des traitements.
- 2) Registre : sert de journal de bord pour répertorier des symptômes liés à la douleur.
- 3) Intervention : volet thérapeutique offrant une forme de prise en charge de la douleur.

Cependant, les technologies mobiles peuvent-elles vraiment améliorer la gestion de la douleur? Bien qu'il existe peu d'études qui répondent à cette question, il est certain que les connaissances et les applications évoluent rapidement! Il faut donc rester à l'affût des nouveautés, tout en gardant un esprit critique <sup>(7)</sup>!

## Applications ciblant la mesure de l'amplitude articulaire

Cette gamme d'applications est principalement destinée aux professionnels de la santé et peut facilement les aider à prendre des mesures d'amplitude articulaire pour documenter efficacement la présence ou l'évolution de déficits d'amplitude articulaire.

Il existe plusieurs applications qui, par l'utilisation du gyroscope et de l'accéléromètre de série présents dans les appareils mobiles, peuvent fournir des mesures de goniométrie. Une douzaine d'applications sont offertes dans l'App Store ou GooglePlay. Comme la qualité des composantes (gyroscope/accéléromètre) des téléphones utilisant la plateforme Android varie grandement, nous vous présentons les quatre applications pour téléphones intelligents qui utilisent le système d'exploitation iOS (iPhone4/iPod 4 et plus récents) ayant les caractéristiques suivantes : 1) permet de mesurer plus d'une articulation; 2) permet de stocker les données et de les envoyer à même le téléphone; et 3) fait l'objet d'une forme de validation scientifique (publication).



TABLEAU 2 : Applications ciblant la mesure de l'amplitude articulaire

Application	Prix	Fonctionnalités clés	Désavantages	Principaux résultats de l'évaluation scientifique
 <p><b>DrGoniometer</b></p>	13,99 \$	Positionnement d'axes sur une photo du patient. Enregistrement des mesures pour tous les mouvements à chaque articulation périphérique. Comparaison de l'évolution des mesures dans le temps. Gestion du transfert des données.	La prise de photos entre en conflit avec l'obligation de confidentialité de la pratique de la physiothérapie. L'identification des points de référence se fait directement sur le téléphone par le thérapeute, ce qui peut donner lieu à des erreurs de mesure. Ne permet pas de mesurer l'amplitude du rachis cervical ou lombaire. Aucune mesure de douleur.	Bonne fidélité intra- et inter-observateurs chez des sujets sains pour la mesure de l'amplitude articulaire du coude <sup>(8)</sup> et du genou <sup>(9)</sup> .
 <p><b>GoniometerPro</b></p>	16,99 \$	Fonctionne comme un inclinomètre. Nécessite le positionnement de l'appareil mobile parallèlement à un segment du membre de l'articulation mesurée. Permet de calibrer le « 0° » et d'ajuster les réglages pour pouvoir appuyer n'importe quelle face de l'appareil sur le membre du patient. La version complète permet de stocker jusqu'à 12 lectures en mémoire, que l'on peut ensuite retranscrire dans le dossier du patient.	Aucune mesure de douleur. N'enregistre pas les données au nom du patient lors de la collecte. Ne possède pas de fonction permettant l'envoi électronique des mesures.	Publication effectuée avec un modèle articulaire mécanique <sup>(10)</sup> . Aucune étude clinique traitant de la fidélité ou de la validité de la mesure chez des patients ou sujets sains.
 <p><b>GetMyROM</b></p>	3,49 \$	Amplitude articulaire à toute articulation du corps au dixième de degré de précision. Enregistre l'angle de départ et de fin du mouvement ainsi que l'amplitude totale du mouvement. Catégorisation par date, angle, articulation et mouvement. Gère le transfert des données. Interface intéressante et facile d'utilisation.	Impossible d'enregistrer les mesures au nom du patient. Aucune mesure de douleur.	Bonne fidélité intra- et inter-évaluateur et validité lorsque comparée à un goniomètre universel pour la mesure de la rotation externe à l'épaule chez des sujets sains <sup>(11)</sup> .
 <p><b>Goniometer</b></p>	0 \$	Amplitude articulaire en alignant l'appareil mobile avec le segment fixe puis avec le segment mobile du patient. Indique le côté de l'appareil qui doit être aligné avec le segment. Catégorisation par date, angle, articulation et mouvement. Dossier patient incluant symptômes, diagnostic et traitements prévus. Gère le transfert des données.	Aucune mesure de douleur.	Bonne fidélité intra- et inter-évaluateur et validité pour la mesure de la flexion du rachis lombaire chez des sujets sains <sup>(12)</sup> .

Si ces applications offrent des avantages intéressants, plusieurs aspects limitent leur utilisation clinique sur une base régulière. En collaboration avec des ingénieurs informaticiens, mon équipe développe actuellement l'application bilingue ValidRoM, qui vise à combler les lacunes des applications existantes. La première version proposera un module permettant de mesurer l'amplitude articulaire du rachis cervical. Tous les modules que nous développerons par la suite seront validés scientifiquement et comporteront plusieurs mécanismes permettant de faciliter la prise de mesure. Au cours des prochains mois, nous solliciterons les membres de l'Ordre afin d'obtenir leur opinion en vue de livrer une application qui saura satisfaire les attentes des professionnels de la physiothérapie.

Malgré la présence de plusieurs autres applications pour la mesure de l'amplitude articulaire, les applications présentées dans cet article se démarquent des autres. Cependant, avant de ranger votre bon vieux goniomètre ou inclinomètre traditionnel, gardez en tête que ces applications ont principalement été validées auprès de sujets sains, que plusieurs mouvements restent à valider et qu'une seule d'entre elles s'attarde à la mesure de l'amplitude articulaire au rachis. ■

**Vous utilisez des applications dans votre pratique ? Contactez-nous pour nous faire part de vos expériences positives qui mériteraient d'être partagées avec l'ensemble des membres !**

Références :

- Vardeh, D., R.R. Edwards et R. Jamison. « Il existe une application pour cela : la technologie mobile est une nouvelle avancée dans la prise en charge de la douleur », *Pain Clin Updat* [Internet], 2013, vol. 21, no 6. [En ligne au [http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/pcu\\_vol21\\_no6\\_december2013\\_francais.pdf](http://iasp.files.cms-plus.com/Content/ContentFolders/Publications2/PainClinicalUpdates/Archives/pcu_vol21_no6_december2013_francais.pdf)]

- Mobilité au Québec : la croissance se poursuit [Internet]. [En ligne au <http://www.cefric.qc.ca/netendances/mobilite-quebec-la-croissance-se-poursuit/>]
- De Boer, M.J., G.J. Versteegen et M. van Wijhe. « Patients' use of the Internet for pain-related medical information », *Patient Educ Couns* [Internet], sept. 2007, vol. 68, no 1, p. 86-97. [consulté le 10 août 2015 en ligne au <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17590563>]
- Rosser B.A. et C. Eccleston. « Smartphone applications for pain management », *J Telemed Telecare* [Internet], janv. 2011, vol. 17, n° 6, p. 308-12. [consulté le 10 août 2015 en ligne au <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21844177>]
- Wallace, L.S. et L.K. Dhingra. « A systematic review of smartphone applications for chronic pain available for download in the United States », *J Opioid Manag* [Internet], janv.-fév. 2014, vol. 10, n° 1, p. 63-8. [consulté le 27 juin 2015 en ligne au <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24640571>]
- Lalloo, C., L.A. Jibb, J. Rivera, A. Agarwal et J.N. Stinson. « "There's a Pain App for That": Review of Patient-targeted Smartphone Applications for Pain Management », *Clin J Pain* [Internet], juin 2015, vol. 31, n° 6, p. 557-63. [consulté le 14 mai 2015 en ligne au <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25370138>]
- Christiansen, S. et A. Gupta. « Can mobile technology improve treatment of chronic pain? », *Pain Med* [Internet], août 2014, vol. 15, n° 8, p. 1434-5. [consulté le 10 août 2015 en ligne au <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25040764>]
- Ferriero, G., F. Sartorio, C. Foti, D. Primavera, E. Brigatti et S. Vercelli. « Reliability of a new application for smartphones (DrGoniometer) for elbow angle measurement », *PM R* [Internet], Elsevier, 12 déc. 2011, vol. 3, n° 12, p. 1153-4. [consulté le 4 août 2015 en ligne au <http://www.pmrjournal.org/article/S1934148211003625/fulltext>]
- Ferriero, G., S. Vercelli, F. Sartorio, S. Muñoz Lasa, E. Ilieva, E. Brigatti et coll. « Reliability of a smartphone-based goniometer for knee joint goniometry », *Int J Rehabil Res* [Internet], juin 2013, vol. 36, n° 2, p. 146-51. [consulté le 4 août 2015 en ligne au <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23196790>]
- Wellmon, R.H., D.T. Gulick, M.L. Paterson et C.N. Gulick. « Validity and Reliability of Two Goniometric Mobile Apps: Device, Application and Examiner Factors », *J Sport Rehabil* [Internet], 6 mai 2015. [consulté le 17 août 2015 en ligne au <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25945601>]
- Mitchell, K., S.B. Gutierrez, S. Sutton, S. Morton et A. Morgenthaler. « Reliability and validity of goniometric iPhone applications for the assessment of active shoulder external rotation », *Physiother Theory Pract* [Internet], oct. 2014, vol. 30, n° 7, p. 521-5. [consulté le 3 août 2015 en ligne au <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24654927>]
- Bedekar, N., M. Suryawanshi, S. Rairikar, P. Sancheti et A. Shyam. « Inter- and intra-rater reliability of mobile device goniometer in measuring lumbar flexion range of motion », *J Back Musculoskelet Rehabil*, 2014, vol. 27, p. 161-6.

## Prenez soin de vos patients.

Soumettez leurs demandes de règlement d'assurance rapidement et efficacement.

Avec la solution de demandes de règlement en ligne de TELUS Santé, vos patients bénéficieront du même service qu'ils reçoivent à la pharmacie ou chez le dentiste. Vous pouvez désormais soumettre les demandes de règlement à de nombreux assureurs au nom de vos patients. L'inscription est rapide, c'est simple à utiliser et c'est gratuit. Pas étonnant qu'autant de professionnels de la santé l'utilisent.

Inscrivez-vous [telussante.com/eclaimsPhysioQC](http://telussante.com/eclaimsPhysioQC)

Offerte avec :

















propulsé par 

# Agents électrophysiques : revoir l'enseignement et la pratique



Alain Yvan Bélanger, phd, Ph. D.  
Professeur titulaire retraité,  
Département de réadaptation,  
Université Laval

Les agents électrophysiques ont toujours été et demeurent aujourd'hui au cœur de la formation et de la pratique de la physiothérapie. Depuis quelques mois, je remarque que ceux-ci font l'objet d'une sérieuse remise en question, laquelle suscite une vive controverse dans la littérature scientifique<sup>1,2,3</sup>. Que reproche-t-on exactement aux agents électrophysiques ? Le principal reproche veut qu'il n'y ait que très peu d'évidences scientifiques démontrant la pertinence d'utiliser les agents électrophysiques et, qu'en fin de compte, ils soient souvent inefficaces au plan thérapeutique. Ce discours est-il réellement fondé sur le plan scientifique ? Je considère que non.

Dans la dernière édition de mon volume<sup>4</sup>, j'ai répertorié et analysé la valeur scientifique et thérapeutique de plusieurs centaines d'études portant sur l'application des agents électrophysiques chez les humains. Mon analyse de la littérature démontre clairement que s'ils sont utilisés de façon judicieuse, les agents électrophysiques ajoutent grandement à l'efficacité thérapeutique d'un plan d'intervention. Je vous invite à consulter les banques de données électroniques, comme PeDRO ou PubMed, pour rapidement découvrir plusieurs milliers d'articles scientifiques portant sur les agents électrophysiques. Chose certaine, cela démontre qu'il serait injustifié de continuer à évoquer le manque d'évidences scientifiques pour motiver une décision de réduire ou d'abandonner l'utilisation des agents électrophysiques dans notre pratique.

## Que faire et comment le faire ?

L'histoire a souvent montré qu'il faut savoir profiter de ces périodes de controverse et de remise en question pour faire avancer les choses. Que faire pour finalement répondre à cette critique ? Comment valoriser la place des agents électrophysiques dans un plan d'intervention thérapeutique ?

Je crois sincèrement que l'une des meilleures façons de le faire serait de revoir l'enseignement sur les agents électrophysiques ainsi que l'utilisation que nous faisons de ceux-ci. Une telle révision m'apparaît essentielle afin d'établir 1) si notre enseignement repose avant tout sur les connaissances scientifiques et données probantes actuelles ; et 2) si nous faisons l'utilisation la plus judicieuse possible de nos agents électrophysiques. Examinons maintenant comment y parvenir.

## Sur le plan de l'enseignement

L'enseignement devrait aller au-delà des notions techniques habituelles axées principalement sur les principes d'application et les éléments de sécurité qui s'y rapportent. Selon moi, l'enseignement devrait prioriser les éléments fondamentaux que sont la biophysique, la dosimétrie et les données probantes. Il faut enseigner comment prescrire, et non pas seulement comment appliquer les agents électrophysiques. Prescrire présuppose la sélection judicieuse du meilleur agent, la détermination et le calcul du dosage requis, le choix de la meilleure méthode d'application ainsi qu'une connaissance raisonnable des données probantes qui se rattachent aux différents agents. À titre d'enseignants, nous devrions nous poser les questions suivantes :

- Pourquoi incluons-nous dans notre enseignement tel agent plutôt qu'un autre ?
- Sur quel(s) critère(s) appuyons-nous présentement l'enseignement portant sur les agents électrophysiques ?
- Qu'enseignons-nous de la biophysique, parfois complexe, des agents ?
- Sur quelles bases scientifiques et cliniques enseignons-nous le processus de sélection des agents ?
- Comment enseignons-nous la dosimétrie, un autre sujet parfois complexe, mais combien essentiel ?
- Qu'enseignons-nous des méthodes d'application et de leurs effets sur les résultats ?
- Qu'enseignons-nous des données probantes existantes par rapport à chacun des agents électrophysiques ?

Il ne fait aucun doute pour moi que la qualité d'un cours collégial ou universitaire passe avant tout par l'utilisation que fait l'enseignant de la littérature scientifique, c'est-à-dire des connaissances et des valeurs probantes disponibles. Une bonne façon de revoir notre enseignement serait de passer en revue chacun de nos cours afin de nous assurer de deux choses. Premièrement, que la table des matières relative à chacun des agents électrophysiques couvre les quatre thèmes suivants : biophysique, dosimétrie, méthode d'application et relevé des données probantes qui justifient d'enseigner l'utilisation de cet agent. Deuxièmement, que le contenu repose avant tout sur les dernières connaissances scientifiques et données probantes. Mesurer la valeur de nos cours par rapport aux connaissances scientifiques disponibles est la meilleure façon que je connaisse de rehausser la qualité de notre enseignement sur les agents électrophysiques.

## Sur le plan de la pratique

Pour le clinicien, il est primordial d'aller au-delà de l'application de l'agent électrophysique. Il faut se questionner davantage sur la raison de l'application. Pressés d'en arriver au traitement, plusieurs d'entre nous s'en remettent aux protocoles thérapeutiques développés par l'industrie. Machinalement, nous appuyons sur les boutons des appareils d'électrothérapie sans trop comprendre leur utilité ou leurs effets. Nous sélectionnons des protocoles et espérons obtenir certains effets



thérapeutiques. Souvent déçus des résultats obtenus, nous proclamons alors que les agents électrophysiques sont inefficaces. Posons-nous les questions suivantes :

- Sur quels critères avons-nous sélectionné cet agent plutôt qu'un autre ?
- Quelle dose énergétique avons-nous utilisée et pourquoi ?
- Comment l'avons-nous mesurée ou chiffrée ?
- Avons-nous appliqué cet agent de façon optimale et au moment opportun ?
- Comment avons-nous mesuré les effets thérapeutiques de cet agent ?
- Que savons-nous des données probantes relatives à cet agent que nous venons d'utiliser ?

Revoir l'utilisation des agents électrophysiques comme clinicien implique de s'assurer d'en avoir fait l'utilisation la plus judicieuse possible. Cela suppose d'avoir choisi le meilleur agent, de l'avoir appliqué au moment le plus opportun et de connaître la dose énergétique qui devrait être livrée aux tissus mous.

## Pour conclure

Il est impossible de revoir le champ des agents électrophysiques si nous refusons de nous questionner en profondeur en regard de nos connaissances et de l'utilisation que nous en faisons. Pour ce faire, nous devons tous garder un esprit ouvert et éviter d'être sur la défensive devant ce questionnement. Tant et aussi longtemps que nous tous, enseignants

et cliniciens, ne déciderons pas de revoir notre façon de faire, les agents électrophysiques continueront d'être une proie facile pour tous ceux et celles qui voudront bien les remettre en question. Posons-nous les vraies questions. Existe-t-il, aujourd'hui, suffisamment de données probantes pour justifier l'enseignement sur les agents électrophysiques et l'intégration de ceux-ci dans notre pratique ? La réponse est oui. Faisons-nous présentement le meilleur usage de ces données dans le cadre de notre enseignement et de notre pratique ? La réponse, malheureusement, est non. Est-il possible de faire davantage pour optimiser l'utilisation des agents électrophysiques ? Très certainement. Notre défi à tous est de démontrer, par le biais d'une telle révision, que nous sommes capables d'un enseignement axé avant tout sur les données probantes et d'une utilisation des agents thérapeutiques la plus judicieuse possible, de façon à tirer le maximum de bénéfices thérapeutiques pour nos patients. ■

## Références

1. White, N.T., A. Delitto, T.J. Manal et S. Miller. « The American Physical Therapy Association's top five choosing wisely recommendations », *Phys Ther*, 2015, vol. 95, n° 1, p. 9-24.
2. Bélanger, A.Y., M.H. Cameron, S.L. Michlovitz, J.W. Bellew et L. Freeman. « On "The American Physical Therapy Association's top five choosing wisely recommendations" White NT, Delitto A, Manal TJ, Miller S. *Phys Ther* », doi: 10.2522/ptj.20140287, *Phys Ther*, 2015, vol. 95, n° 1, p. 142-143.
3. Bjordal, J.M., O. Ronzio, G.D. Baxter et K.A. Sluka. « On "The American Physical Therapy Association's top five Choosing Wisely recommendations" White NT, Delitto A, Manal TJ, Miller S. *Phys Ther* », doi: 10.2522/ptj.20140287, *Phys Ther*, 2015, vol. 95, n° 2, p. 275-278.
4. Bélanger, A.Y. *Therapeutic Electrophysical Agents : Evidence Behind Practice*, 3<sup>e</sup> éd., LWW, Baltimore, 2014.



Valérie Martin-Lemoyne, phd, M. Sc. <sup>a,b</sup>

# Effets de l'utilisation d'un chien d'assistance à la mobilité sur les efforts aux membres supérieurs lors de la montée d'un plan incliné en fauteuil roulant chez les personnes présentant une lésion médullaire

Projet financé par le Fonds de recherche du Québec — Santé

## Introduction

La prévalence des déficiences secondaires musculosquelettiques aux membres supérieurs (MS) parmi les utilisateurs de fauteuils roulants manuels (FRM) ayant subi une lésion de la moelle épinière (LME) s'élève à environ 60 % pour les épaules et 66 % pour les poignets<sup>(1)</sup>. L'exposition des MS à des facteurs de risque lors de la propulsion d'un FRM, tels que des efforts d'intensité et des fréquences élevées, pourrait expliquer en partie ces déficiences secondaires<sup>(1)</sup>. La montée d'une pente en FRM est connue pour intensifier les efforts musculaires et mécaniques aux MS comparativement à la propulsion du FRM sur une surface plane<sup>(2)</sup>. Il a été rapporté que seulement 75 % des utilisateurs de FRM peuvent monter une rampe ayant 7 degrés d'inclinaison<sup>(3)</sup>. Ainsi, les exigences biomécaniques relatives à la propulsion dans un plan incliné menacent l'intégrité des MS chez les utilisateurs de FRM, mais aussi la capacité fonctionnelle et le niveau d'indépendance pendant les déplacements quotidiens en société. L'utilisation d'un chien d'assistance à la mobilité (CAMo), qui fournit une partie de l'effort nécessaire à la propulsion, représente une option novatrice pour préserver l'intégrité des MS et optimiser la capacité fonctionnelle. Aucune étude biomécanique à ce jour n'a quantifié les effets de l'utilisation d'un CAMo sur les efforts musculaires et mécaniques aux MS lors de la propulsion d'un FRM, mis à part une étude de cas réalisée à partir de la présente étude. Celle-ci rapportait une diminution significative des efforts mécaniques et musculaires aux MS lors de la montée du plan incliné avec l'utilisation du CAMo<sup>(4)</sup>.

L'objectif général de l'étude était de comparer les efforts musculaires et mécaniques générés au MS non dominant lors de la montée d'une pente en FRM avec et sans l'aide de la traction fournie par un CAMo chez des utilisateurs de FRM ayant subi une LME.

## Méthodologie

Une étude quasi expérimentale a été menée au Laboratoire de pathokinésiologie du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain. Dix participants (6♂, 4♀, âgés en moyenne de 36 ± 9,2 ans) ayant subi une LME (niveau de lésion : C6-T11, temps depuis la lésion : 143,6 ± 113,3 mois) et utilisant un FRM comme principale aide technique à la mobilité ainsi qu'un CAMo depuis plus de 6 mois ont été recrutés. Ils

devaient tous être en mesure de monter un plan incliné de 8,5 degrés (figures 1 et 2) de façon indépendante de sorte que nous puissions comparer les deux conditions avec et sans l'assistance d'un CAMo. Les personnes présentant d'autres déficiences ou incapacités qui pouvaient entraver leur capacité à effectuer la tâche ont été exclues.



Figure 1 : Participante et son chien d'assistance montant le plan incliné.

Les participants devaient monter le plan incliné à une vitesse naturelle autodéterminée en utilisant leur FRM et leur CAMo personnels. Les participants faisaient trois essais sans le chien et trois essais avec le chien. Les valeurs moyennes et maximales de trois poussées par essais ont été calculées pour un total de neuf poussées pour chaque tâche expérimentale.

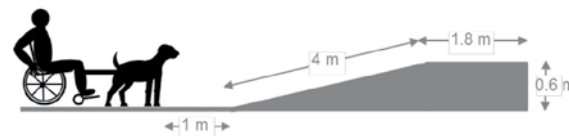


Figure 2 : Schéma du plan incliné et de la position de départ

Les mouvements de la tête, du tronc, des MS et du FRM ont été enregistrés avec un système d'analyse tridimensionnelle du mouvement (Optotrak, NDI et Certus Systems)<sup>(5)</sup>. La force totale appliquée au cerceau et sa composante tangentielle ont été calculées avec des roues instrumentées (SmartWheelTM, Out-Front, Mesa, AZ)<sup>(6)</sup>. Les mouvements et les forces mesurés au MS ont été combinés pour calculer les moments de force nets à l'épaule en utilisant un algorithme de dynamique inverse tridimensionnel<sup>(7)</sup>. Pour quantifier la demande musculaire, l'activité électromyographique (EMG) du grand pectoral, du deltoïde antérieur, du biceps brachii et du triceps brachii ont été enregistrés durant les tâches expérimentales avec un système télémétrique portable d'EMG de surface (Telemetry

900-Noraxon, USA Inc., Scottsdale, AZ)<sup>(8)</sup>. L'EMG de chaque muscle enregistrée pendant la montée a été normalisée avec les valeurs EMG maximales obtenues au cours de contractions statiques maximales volontaires<sup>(9)</sup>. Finalement, la perception de l'effort aux MS était quantifiée en utilisant une échelle visuelle analogue de 10 centimètres après chaque essai, et ce, pour chacune des tâches. Les premier, deuxième (médiane) et troisième quartiles ont été calculés pour toutes les mesures de résultats et des tests de Wilcoxon ont été utilisés pour évaluer la différence entre les conditions (sans et avec CAMo) pour chaque mesure de résultat. Le pourcentage de différence entre les deux conditions pour chaque mesure de résultats a été calculé à l'aide des valeurs médianes. Le niveau de signification a été déterminé à 0,05 pour tous les tests statistiques. Toutes les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel de statistique SPSS 17.0 (IBM Corporation; Armonk, New York).

## Résultats

Lorsque le participant utilisait le CAMo pour se propulser sur le plan incliné, la force totale moyenne des poussées était réduite de 37 %, la force totale maximale était réduite de 33 %, la force tangentielle moyenne était réduite de 34 % et la force tangentielle maximale était réduite de 31 % (figure 3). Le moment de force articulaire net en flexion à l'épaule a été réduit seulement de 29 % à sa valeur maximale. Les moments d'adduction et de rotation interne à l'épaule étaient aussi réduits de façon statistiquement significative seulement à leur valeur maximale. Cette réduction était de 42 % pour le moment d'adduction et de 49 % pour la rotation interne (figure 4). Les taux d'utilisation musculaires (TUM) moyens et maximums des quatre muscles ont été réduits avec l'utilisation de la traction fournie par un CAMo. Cette réduction est d'environ 15 % (moy) et 22 % (max) pour le deltoïde antérieur, 37 % (moy) et 42 % (max) pour le biceps, 33 % (max) pour le triceps (moy = différence non significative) et 18 % (moy) et 11 % (max) pour le grand pectoral (figure 5). Enfin, la perception de l'effort aux MS lors de la montée du plan était réduite de 63 % lorsque le participant utilisait le CAMo.

Figure 3 : Valeurs médianes des forces maximales appliquées au cerceau (N)

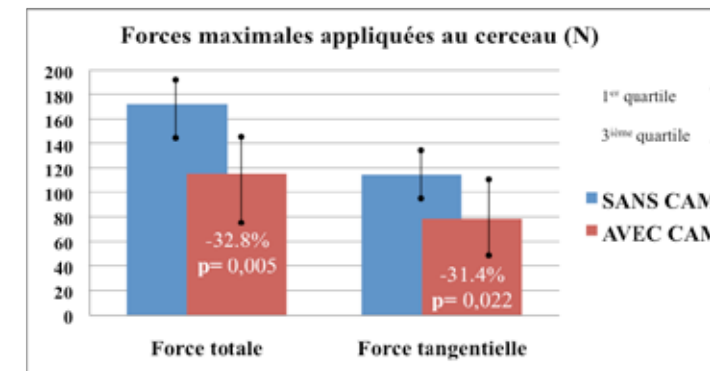


Figure 4 : Valeurs médianes des moments de force maximaux à l'épaule (Nm)

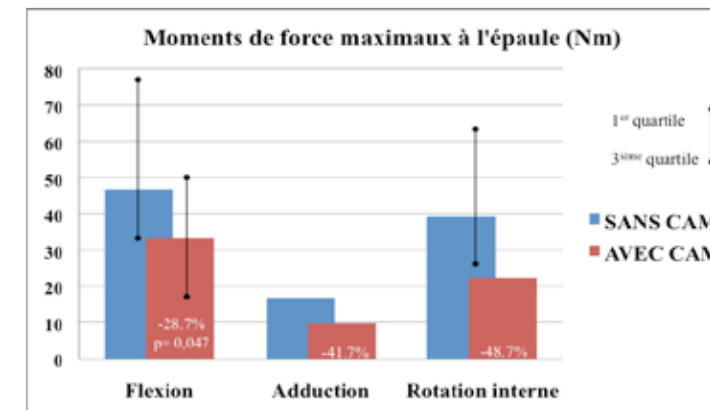
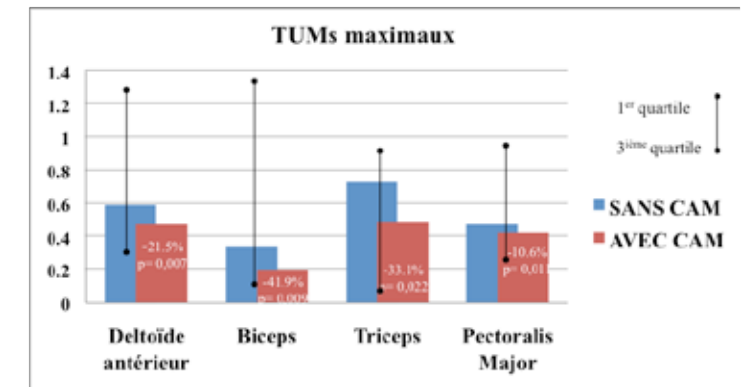


Figure 5 : Valeurs médianes des TUM maximaux



## Retombées cliniques

Cette étude visait ultimement à produire des données probantes pour soutenir les professionnels de la réadaptation ainsi que les usagers dans le choix et la recommandation de cette aide technique à la mobilité novatrice. La quantification de l'aide à la propulsion apportée par le CAMo aidera les professionnels à déterminer si le CAMo est une option à considérer ou non, en particulier lorsqu'il s'agit de passer d'un FRM à un fauteuil roulant motorisé. En effet, la facilité de transport et les diverses fonctions que le CAMo peut assumer pour l'utilisateur (appui à la marche, aux transferts, ramassage d'objets, etc.) comparativement aux autres aides techniques à la mobilité, font que celui-ci pourrait représenter une transition intéressante.

## Conclusion

La traction fournie par un CAMo lors de la montée d'un plan incliné en FRM réduit significativement les efforts musculaires et mécaniques aux MS chez des individus ayant subi une LME. Elle pourrait réduire les risques de déficiences secondaires musculosquelettiques aux MS. Cette diminution de l'effort pourrait faire une différence entre la capacité et l'incapacité à franchir une pente et ainsi optimiser la capacité fonctionnelle, la participation sociale et la qualité de vie. D'autres études sont nécessaires pour évaluer les effets des CAMo et générer de nouvelles preuves pour soutenir et informer les professionnels de la réadaptation. ■

## Références

- 1- Consortium for spinal cord medicine. *Clinical Practice Guidelines, Preservation of Upper Limb Function Following Spinal Cord Injury: What You Should Know*, 2009. [En ligne au <http://www.scicpg.org>]
- 2- Gagnon, D.H., A.-C. Babineau, A. Champagne, G. Desroches et R. Aissaoui. « Pushrim biomechanical changes with progressive increases in slope during motorized treadmill manual wheelchair propulsion in individuals with spinal cord injury », *J Rehabil Research Dev*, 2014, vol. 51, n° 5.
- 3- Sanford, J.A., M.F. Story et M.L. Jones. « An analysis of the effects of ramp slope on people with mobility impairments », *Assist Technol*, 1997, vol. 9, n° 1, p. 22-3.
- 4- Gagnon, D., M. Blanchet, V. Martin-Lemoyne, C. Vincent, F. Routhier et H. Corriveau. « Using a mobility assistance dog reduces upper limb effort during manual wheelchair ramp ascent in an individual with spinal cord injury », *J Spinal Cord Med*, 2013, vol. 36, n° 6, p. 700-6.
- 5- Wu, G. et coll. « ISB recommendation on definitions of joint coordinate systems of various joints for the reporting of human joint motion. Part II : shoulder, elbow, wrist and hand », *J Biomech*, 2005, vol. 38, n° 5, p. 981-992.
- 6- Cooper, R.A. « Smart Wheel: from concept to clinical practice », *Prosthetic and Orthotic*, 2009, vol. 33, n° 3, p. 198-209.
- 7- Dumas, R., R. Aissaoui et J.A. de Guise. « A 3D generic inverse dynamic method using wrench notation and quaternion algebra », *Comput Meth Biomech Biomed Eng*, 2004, vol. 7, n° 3, p. 159-66.
- 8- Criswell, E. *Cram's introduction to surface electromyography*, 2<sup>e</sup> édition, Jones and Bartlett Publishers, ISBN : 978-0-7637-3274-5.
- 9- Hébert, L.J., D. Gravel et B. Arsenault. « Comparisons of mechanical and electromyographical muscular utilization ratios », *Scand J Rehabil Med*, juin 1995, vol. 27, n° 2, p. 83-8.



E. Dannenbaum<sup>1</sup>

# Dépistage d'une vestibulopathie en milieu de réadaptation ambulatoire

## Introduction

Depuis quelques années, on reconnaît l'importance du dépistage et du traitement des troubles vestibulaires en bas âge afin de favoriser le développement optimal de l'enfant<sup>(1,2)</sup>. Malgré le fait que de nombreux enfants faisant partie des programmes ambulatoires de déficience motrice et de déficience du langage à l'Hôpital juif de réadaptation présentent des symptômes typiques d'une vestibulopathie infantile (démarche maladroite, difficultés à lire, hypotonie), ils ne sont pas soumis de façon systématique à un examen visant à détecter des troubles vestibulaires. Une procédure de dépistage visant à vérifier la présence de problèmes vestibulaires chez les enfants traités sur place nous semblait donc nécessaire.

Les enfants présentant un retard global de développement (RGD) font rarement l'objet d'un dépistage de problèmes vestibulaires, même s'ils sont souvent traités en physiothérapie pour des problèmes d'équilibre. Un portrait clinique de la fonction vestibulaire chez l'enfant serait donc fort utile. De plus, même si des évaluations cliniques telles que la mesure de l'acuité visuelle dynamique (AVD)<sup>(1,3)</sup>, le test clinique de l'interaction sensorielle liée à l'équilibre (CTSIB)<sup>(4)</sup> et le test clinique Emory modifié de la fonction vestibulaire au moyen d'une chaise rotatoire (m-ECVCT)<sup>(5)</sup> se révèlent prometteurs sur le plan de l'évaluation de la fonction vestibulaire ainsi que pour le dépistage des troubles vestibulaires chez les enfants au développement normal et ceux souffrant de surdité neurosensorielle<sup>(6)</sup>, on ne dispose d'aucune donnée relative à la fiabilité de ces tests pour des enfants atteints de RGD.

L'étude visait donc principalement à vérifier si les outils d'évaluation que sont les tests AVD, CTSIB et m-ECVCT peuvent détecter une différence entre la fonction vestibulaire d'enfants au développement normal et celle d'enfants présentant un RGD. En second lieu, elle visait à déterminer la fiabilité de test-retest de ces trois tests de la fonction vestibulaire auprès d'enfants atteints d'un RGD.

## Méthodes

### Participants

L'étude a fait appel à un échantillon de convenance composé de 20 enfants présentant un RGD (âgés de 4,4 à 12,1 ans, 7,9 ans en moyenne, 13 garçons et 7 filles). Un échantillon de convenance composé de 11 enfants du personnel de l'établissement (âgés de 4,7 à 12,2 ans, 7,2 ans en moyenne, 4 garçons et 7 filles), ayant un développement normal, a également

été sélectionné afin d'obtenir des données normatives pour les tests CTSIB et m-ECVCT. De telles données sont déjà disponibles dans la littérature scientifique pour la mesure de l'AVD<sup>(5)</sup>. Les parents ou tuteurs légaux des enfants ont donné leur consentement éclairé par écrit. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain.

### Plan de l'étude et mesures

Des mesures ont été effectuées avec les enfants présentant un RGD lors de deux sessions distinctes, espacées d'une à quatre semaines, afin de vérifier la fiabilité de test-retest. Les tests de dépistage d'atteinte vestibulaire suivants ont été utilisés : AVD, CTSIB et m-ECVCT. Le protocole prescrit dans la littérature scientifique pour chacun de ces tests a été suivi. Les enfants participants ayant un développement normal ont subi les tests une seule fois, afin de fournir des données normatives pour les tests CTSIB et m-ECVCT. Le même évaluateur a fait subir les trois tests aux participants.

### Analyse des données

Un modèle mixte à mesures répétées a été utilisé afin de comparer les résultats obtenus pour le test m-ECVCT par les enfants présentant un RGD et les enfants au développement normal. Un test de T indépendant a été réalisé afin de comparer les résultats obtenus par les deux groupes pour le test CTSIB. Afin de vérifier la fiabilité de test-retest pour le score total CTSIB et le score m-ECVCT obtenus par les enfants ayant un RGD, des coefficients de corrélation intraclasse (CCI) ont été déterminés. Un calcul du kappa pondéré a été effectué afin de vérifier la fiabilité de test-retest de la mesure de l'AVD pour les enfants présentant un RGD. Le niveau de signification a été fixé à 0,05 et toutes les analyses de données ont été effectuées avec les logiciels SAS (version 9.3) et SPSS (version 22.0).

## Résultats

### Comparaison des groupes

Des mesures de l'AVD ont été obtenues pour 18 des 20 enfants ayant un RGD. Deux enfants ne pouvaient participer lorsqu'il fallait tourner la tête. Douze enfants (33,3 %) ont obtenu un score normal pour l'AVD, établi entre les valeurs 0 et -2 inclusivement (voir figure 1). Un enfant a obtenu le score anormal maximal de -5 pour l'AVD. Le score total CTSIB pour les enfants ayant un RGD a été significativement inférieur à celui des enfants du groupe témoin (RGD 21 ± 2,6, témoin 27 ± 3,6, p = 0,003). On a constaté des scores

significativement inférieurs (p = 0,003) chez les enfants ayant un RGD par rapport aux enfants du groupe témoin pour deux positions du test : debout sur un tapis de mousse, les yeux fermés (RGD 12 ± 9,2, témoin 23 ± 10) et debout sur un tapis de mousse, coiffé d'un dôme (RGD 10 ± 8,8, témoin 22 ± 11) (voir figure 2).

Les scores m-ECVCT obtenus n'ont révélé aucune différence statistique importante corrélée avec les groupes, les côtés ou l'interaction groupe-côté (figure 3). Plus précisément, le nystagmus post-rotatoire (NPR) variait entre 0 et 41,7 s pour le groupe RGD et entre 21,7 et 37,4 s pour le groupe témoin. Toutefois, une analyse des valeurs résiduelles absolues a montré des différences importantes de variance entre les groupes, les enfants présentant un RGD obtenant des résultats exprimant une variance supérieure à celle des enfants à développement normal, qui ont obtenu des résultats plus cohérents (voir figure 4).

### La fiabilité de test-retest pour les enfants présentant un RGD

On a constaté un coefficient de concordance Kappa de 56 % entre les scores de l'AVD obtenus lors des deux séances distinctes. Une analyse plus détaillée des scores de l'AVD a révélé des différences de 3 lignes au maximum entre les deux séances, la différence variant de 0 à 2 lignes pour la grande majorité (89 %) des participants présentant un RGD.

Le CCI pour le score total CTSIB a été de 0,69 (p < 0,001) (95 % CI : [0,37 ; 0,86]), indiquant une fiabilité modérée. Pour le test m-ECVCT, le CCI a été de 0,88 (95 % CI : [0,71 ; 0,95]) et de 0,84 (95 % CI : [0,64 ; 0,93]), respectivement, selon la rotation des enfants dans le sens horaire ou antihoraire (p < 0,001). Cela indique une bonne fiabilité de test-retest pour le test m-ECVCT.

### Discussion et conclusion

L'étude n'a pas montré d'écart important entre les valeurs moyennes du test m-ECVCT pour les enfants présentant un RGD et celles du groupe d'enfants à développement normal. La variance pour les valeurs de la durée du NPR était beaucoup plus importante chez les enfants du groupe RGD, ce qui ouvre la voie à une utilisation comme outil de dépistage. Les mesures de l'AVD ont été déficientes pour 33,3 % des enfants présentant un RGD par comparaison avec les valeurs normatives fournies par la littérature<sup>(3,5)</sup>. Le score total CTSIB était également nettement plus faible pour le groupe d'enfants ayant un RGD.

Par ailleurs, l'étude a montré que les tests CTSIB et m-ECVCT ont une bonne fiabilité de test-retest lorsqu'ils sont utilisés avec des enfants ayant un RGD. Un coefficient de fiabilité plus faible a été constaté avec le score absolu du test clinique de l'AVD. Toutefois, la différence du total de nombres de lignes observées cliniquement pour chacune des journées de test est restée sous le seuil minimal décelable pour ce test, ce qui renforce la pertinence de son utilisation clinique.

Dans l'ensemble, cette étude nous porte à conclure que les résultats anormaux obtenus lorsqu'on teste la fonction vestibulaire d'enfants présentant un RGD suggèrent la présence d'une vestibulopathie sous-jacente. En ce qui concerne les outils d'évaluation clinique examinés, la fiabilité de test-retest s'est avérée bonne pour les tests CTSIB et m-ECVCT, et la variabilité de test-retest des résultats est même restée sous le seuil minimal décelable pour l'AVD. Étant donné que 40 minutes suffisent pour effectuer la totalité du dépistage clinique, l'on suggère d'intégrer ces tests de la fonction vestibulaire à l'évaluation systématique des enfants présentant un RGD afin d'examiner la présence d'une vestibulopathie et de suivre l'évolution de la fonction vestibulaire lors d'interventions. ■

FIGURE 1 : Nombre d'enfants avec RGD pour chacun des scores de l'AVD obtenus.

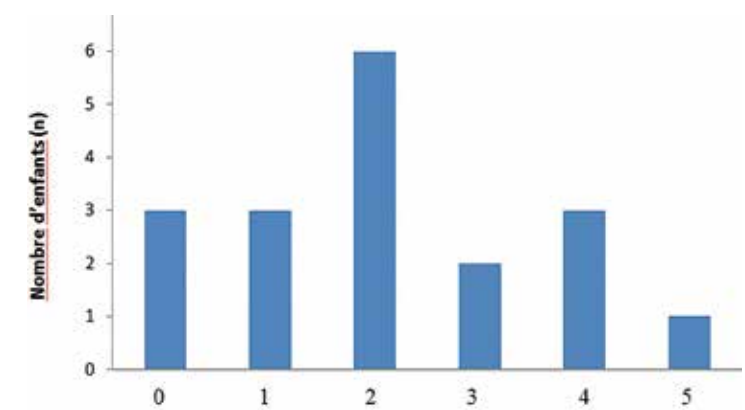
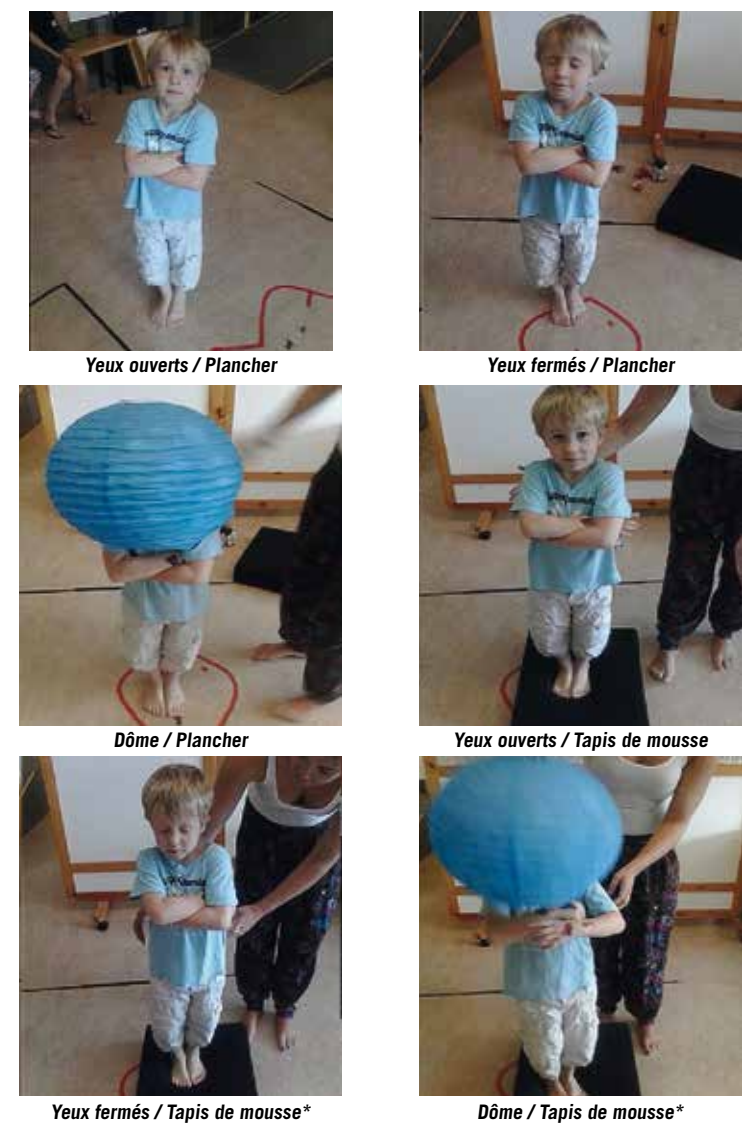


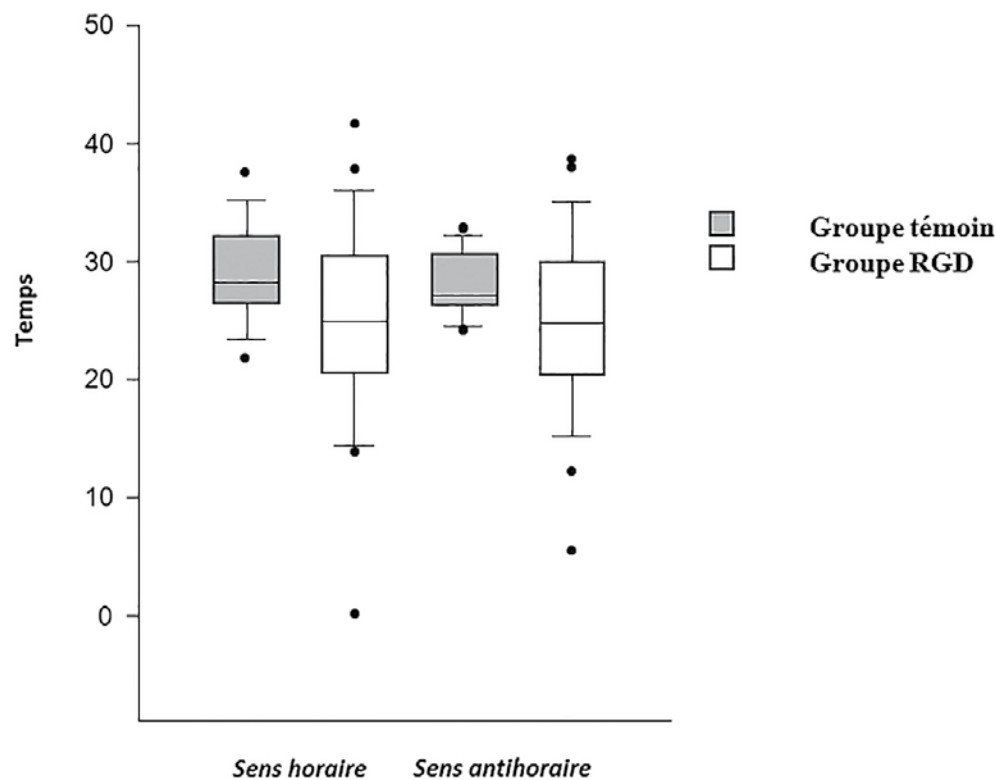
FIGURE 2 : Photos montrant les six positions du test CTSIB. L'enfant devait se tenir debout pendant 30 secondes. La moyenne des deux meilleurs essais sur les trois réalisés constituait le résultat. L'astérisque (\*) indique une différence importante entre les deux groupes ; p < 0,05, basée sur le test T (test Wilcoxon-Mann-Whitney).



**FIGURE 3 :** Photo d'un enfant lors du test m-ECVCT. L'enfant était assis sur le fauteuil rotatif, les yeux fermés, retenu par une ceinture de sécurité. Le fauteuil tournait pendant 30 s à une fréquence de 0,5 Hz. Une fois la rotation terminée, la durée du nystagmus post-rotatoire était calculée alors que l'enfant portait des lunettes de vision nocturne (photo a). Note : Le test peut être effectué autrement, par exemple au moyen d'un écran prévenant la fixation du regard. L'examineur enregistre alors le NPR en regardant par le côté (photo b).



**FIGURE 4 :** Valeurs du nystagmus post-rotatoire obtenues par les groupes RGD et témoin lors du test m-ECVCT en portant des lunettes de vision nocturne



Références

- Rine, R.M., et S. Wiener-Vacher. « Evaluation and treatment of vestibular dysfunction in children », *NeuroRehabilitation*, 2013, vol. 32, n° 3, p. 507-18.
- Maes, L., et coll. « Rotatory and collic vestibular evoked myogenic potential testing in normal-hearing and hearing-impaired children », *Ear Hear*, 2014, vol. 35, n° 2, p. e21-32.
- Rine, R.M., et J. Braswell. « A clinical test of dynamic visual acuity for children », *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*, 2003, vol. 67, n° 11, p. 195-201.
- Shumway-Cook, A., et F.B. Horak. « Assessing the influence of sensory interaction of balance. Suggestion from the field », *Phys Ther*, 1986, vol. 66, n° 10, p. 1548-50.
- Christy, J.B., et coll. « Reliability and diagnostic accuracy of clinical tests of vestibular function for children », *Pediatr Phys Ther*, 2014, vol. 26, n° 2, p. 180-9.

# Les physiothérapeutes et les vendeurs de chaussures recommandent-ils les bonnes chaussures pour les enfants ?

Émilie Chabot, Sarah Gysel, Jeanne Liard, Marie-Michèle Sabourin, Isabelle Tremblay et D<sup>re</sup> Debbie Feldman, Programme de physiothérapie, École de réadaptation, Université de Montréal



## Introduction

L'acquisition de la marche est une étape importante du développement moteur d'un enfant. Ce développement est très variable d'un enfant à l'autre, et ceci peut être une source d'inquiétude pour les parents par exemple, si un enfant commence à marcher sur la pointe des pieds ou encore les pieds vers l'intérieur. Dans un but de corriger certaines déformations des pieds des enfants et de favoriser l'apprentissage de la marche, les professionnels de la santé ont longtemps favorisé les chaussures correctrices<sup>(1)</sup>. Cependant, la majorité des déformations des pieds se corrigent spontanément avec le temps et ne semblent pas causer d'incapacités à l'âge adulte<sup>(1)</sup>. Dans une enquête américaine de 1980, Staheli et Giffin<sup>(2)</sup> ont démontré à l'aide d'un questionnaire portant sur la pratique que les recommandations par rapport au port de chaussures chez les enfants variaient d'un professionnel à l'autre. Les professionnels questionnés dans cette étude étaient des orthopédistes pédiatriques, des orthopédistes, des pédiatres et des podiatres. Les connaissances ayant beaucoup évolué, il serait pertinent de voir si cette étude reflète la réalité actuelle.

Dans cette optique une recension de la littérature a d'abord été effectuée sur l'impact des chaussures chez les enfants (0-18 ans) au développement normal. Ensuite, une étude exploratoire sous forme de questionnaire a été réalisée auprès de physiothérapeutes et vendeurs de chaussures pour enfants. Les questions portaient sur les recommandations quant au port de chaussures tout au long du développement des enfants.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer si les recommandations des physiothérapeutes et des vendeurs de chaussures pour enfant quant au port de chaussures chez les enfants au développement normal sont conformes aux évidences scientifiques.

## Évidences scientifiques

Depuis longtemps, la croyance populaire veut que les chaussures pédiatriques rigides qui soutiennent les muscles et les os des pieds<sup>(3)</sup> préviennent les déformations des pieds et des membres inférieurs<sup>(4)</sup>, en plus de prévenir les troubles de la marche<sup>(3)</sup>. En effet, le patron de marche des enfants portant des chaussures rigides et apprenant à marcher se rapproche de la marche mature<sup>(4-7)</sup>. Par contre, des études récentes suggèrent que les chaussures correctrices ne seraient pas nécessaires pour les enfants sans problème physique<sup>(3)</sup> et que le pied et la marche d'un enfant se développeraient mieux pieds nus ou avec un minimum de support<sup>(1,3, 7-10)</sup>.

Premièrement, les chaussures rigides diminuent les mouvements intrinsèques du pied chez les enfants<sup>(2,4,9,10)</sup>. Ceci entraîne une diminution de la mobilité de l'arche longitudinale médiale à la marche<sup>(4)</sup> et une augmentation de la mobilité des articulations de la cheville et du genou<sup>(4)</sup>. Par conséquent, la poussée plantaire est retardée dans le cycle de la marche<sup>(4,9)</sup>.

De plus, la fonction d'absorption du pied à l'aide des muscles intrinsèques et des structures élastiques (fascia plantaire et ligaments) est compromise par le port de chaussures rigides<sup>(2,7)</sup>. À long terme, cet effet d'immobilisation des articulations du pied cause une diminution de l'activation de la musculature intrinsèque<sup>(3,4)</sup> et contribue à maintenir les déformations des pieds et des membres inférieurs<sup>(1,3)</sup>.

Deuxièmement, la semelle des chaussures crée une barrière entre le sol et les récepteurs sensitifs au niveau plantaire, ce qui affecte la stabilité lors de la marche en diminuant la rétroaction proprioceptive<sup>(4,5)</sup>. Ainsi, la base de sustentation est augmentée et les pressions plantaires dans les zones critiques du pied sont diminuées<sup>(5)</sup>. En outre, le nombre de chutes et de trébuchements chez des enfants de deux ans et moins est diminué lors du port de chaussures à semelles flexibles<sup>(5)</sup>. Par contre, les semelles coussinées protègent contre le syndrome de surutilisation chez les enfants plus âgés qui courent et marchent plusieurs heures par jour<sup>(1,3,7)</sup>.

Troisièmement, les résultats des études sur l'impact des chaussures sur le développement de l'arche sont mitigés. D'une part, certaines démontrent que les chaussures à semelles flexibles stimuleraient le réflexe d'agrippement au niveau plantaire et induiraient ainsi la formation de l'arche longitudinale médiale<sup>(4,8,10)</sup>. D'autre part, d'autres études rapportent que le port de chaussures n'affecterait pas le développement physiologique de l'arche longitudinale médiale<sup>(1,3,4)</sup> puisque le coussin graisseux présent à la naissance se résorbe spontanément au début de la marche indépendante<sup>(3,11,12)</sup>.

Néanmoins, l'impact sur le plan fonctionnel du port de chaussures à semelles flexibles reste à évaluer<sup>(4)</sup> et les données scientifiques manquent de robustesse<sup>(3,4)</sup> pour être qualifiées de probantes. L'effet à long terme des chaussures sur la croissance et le développement des enfants sains reste encore inconnu à ce jour<sup>(4)</sup>.

**Pratique actuelle**

Afin de dresser un portrait de la pratique actuelle quant aux recommandations concernant les chaussures, 53 physiothérapeutes et vendeurs de chaussures ont été contactés et 32 ont répondu à notre questionnaire à l'hiver 2015 (voir tableau 1 pour le portrait des répondants).

TABLEAU 1 : Portrait des répondants aux questionnaires

	Années de pratique	Milieu privé	Milieu public
<b>Physiothérapeutes (17)</b>	12,8 (±11,1)	17,65 %	82,35 %
<b>Vendeurs de chaussures (15)</b>	12,1 (± 11,2)		
<b>Tout âge (11)</b>	13,9 (±11,7)	S.O.	S.O.
<b>Enfants seulement (4)</b>	7,25 (±8,0)		

S.O. : Sans objet

La grande majorité des répondants (100 % des physiothérapeutes et 93 % des vendeurs de chaussures) suggèrent que les enfants ne portent pas de chaussures ou portent des chaussures souples de type chaussons ou pantoufles avant l'apprentissage de la marche. Certains professionnels (17 % des physiothérapeutes et 13 % des vendeurs) précisent que la chaussure a alors simplement pour but de protéger le pied.

Lors de l'apprentissage de la marche, la majorité des physiothérapeutes, soit 88 %, recommandent que l'enfant soit pieds nus ou porte des chaussures souples de type chaussons ou pantoufles. Les vendeurs de chaussures, quant à eux, suggèrent majoritairement (67 %) une chaussure avec support de la cheville, du pied ou de l'arche plantaire.

Lorsque la marche mature est atteinte, c'est-à-dire lorsque l'enfant peut marcher au moins cinq pas consécutifs sans appui (13), la majorité des physiothérapeutes (71 %) mentionnent l'importance d'un soulier souple, d'autres parlent d'un soulier avec soutien (6 %), alors que d'autres ne donnent aucune ou peu de spécifications (24 %). Les vendeurs de chaussures recommandent des chaussures de type espadrilles avec support (60 %) ou ne mentionnent pas de spécifications (40 %).

Ainsi, les recommandations pour le port de chaussures lors de l'apprentissage de la marche et lorsque la marche mature est atteinte ne sont pas uniformes entre les physiothérapeutes et les vendeurs de chaussures (voir tableau 2 pour la comparaison des recommandations de chaussures et les données scientifiques probantes).

**Recommandations de chaussures chez les enfants selon la littérature<sup>(1-5, 7-12)</sup>**

Les chaussures pour enfants devraient avoir les caractéristiques suivantes :

- Support minimum
- Protection du pied
- Respect de la forme anatomique du pied
- Semelles souples

Les semelles rigides et les chaussures orthopédiques ne sont pas indiquées pour les enfants au développement normal.

TABLEAU 2 : Comparaison entre les recommandations de chaussures pour les enfants au développement normal et la littérature scientifique

	Physiothérapeutes	Vendeurs de chaussures
<b>Avant la marche</b>		
<b>Apprentissage de la marche</b>		
<b>Marche mature</b>		

■ En accord avec la littérature ■ En désaccord avec la littérature

Ces résultats montrent que la majorité des physiothérapeutes font des recommandations de chaussures en accord avec la littérature scientifique. En effet, les recommandations faites pour les enfants avant la marche sont en accords avec les évidences scientifiques à 100 %, à 88 % lors de l'apprentissage de la marche et à 71 % lorsque la marche est devenue mature. Les recommandations des vendeurs de chaussures pour enfants (93 %) avant la marche correspondent aussi à la littérature. Par contre, lorsque les enfants apprennent à marcher ou lorsque la marche mature est acquise, les recommandations faites par les vendeurs de chaussures sont en désaccord avec les évidences scientifiques.

**Conclusion**

Pour conclure, cette étude exploratoire montre qu'il existe un manque de concordance entre les recommandations des physiothérapeutes et celles des vendeurs de chaussures pour enfants dès l'apprentissage de la marche. Il serait pertinent qu'un guide de pratique soit élaboré à partir de la littérature scientifique et d'un consensus de professionnels spécialisés en pédiatrie pour unifier les recommandations professionnelles. De futurs projets de recherche pourraient viser à trouver les meilleurs moyens pour informer les parents des données scientifiques probantes quant à la manière de bien chausser leurs enfants. ■

**Références**

1. Staheli, L.T. « Shoes for children: a review », *Pediatrics*, 1991, vol. 88, n° 2, p. 371-5.
2. Staheli, L.T., et L. Giffin. « Corrective shoes for children: a survey of current practice », *Pediatrics*, 1980, vol. 65, p. 13-7.
3. Grueger, B. « Les chaussures pour enfants », *Paediatrics & Child Health*, 2009, vol. 14, n° 2, p. 121.
4. Wegener, C., A.E. Hunt, B. Vanwanseele, J. Burns, R.M. Smith. « Effect of children's shoes on gait: a systematic review and meta-analysis », *Journal of Foot & Ankle Research*, 2011, vol. 4, n° 3.
5. Hillstrom, H.J., M. Buckland, C. Slevin, J.F. Hafer, S. Backus, J. Song et coll. « Does shoe design affect gait, stability, and loading in early walkers? », *Pediatr.* 2011, vol. 23, n° 1, p. 124.

6. Moreno-Hernández, A., G. Rodríguez-Reyes, I. Quiñones-Urióstegui, L. Núñez-Carrera, A.I. Pérez-Sanpablo. « Temporal and spatial gait parameters analysis in non-pathological Mexican children », *Gait and Posture*, 2010, vol. 32, n° 1, p. 78-81.
7. Hollander, K., D. Riebe, S. Campe, K.M. Braumann, A. Zech. « Effects of footwear on treadmill running biomechanics in preadolescent children », *Gait and Posture*, 2014, vol. 40, n° 3, p. 381-5.
8. Hillstrom, H.J., M.A. Buckland, C.M. Slevin, J.F. Hafer, L.M. Root, S.I. Backus et coll. « Effect of shoe flexibility on plantar loading in children learning to walk », *J Am Podiatr Med Assoc*, 2009, vol. 103, n° 4, p. 297-305.
9. Lampe, R., J. Mitternacht, L. Gerdesmeyer, R. Grading. « Plantar pressure measurement in children and youths during sports activities » [en allemand], *Klinische Pädiatrie*, 2005, vol. 217, n° 2, p. 70-5.
10. Wolf, S., J. Simon, D. Patikas, W. Schuster, P. Armbrust, L. Doderlein. « Foot motion in children shoes: a comparison of barefoot walking with shod walking in conventional and flexible shoes », *Gait and Posture*, 2008, vol. 27, n° 1, p. 51-9.
11. Bertsch, C., H. Unger, W. Winkelmann, D. Rosenbaum. « Evaluation of early walking patterns from plantar pressure distribution measurements. First year results of 42 children », *Gait and Posture*, 2004, vol. 19, n° 3, p. 235-42.
12. Spasovski, D.V., Z.S. Stevanovic, V.B. Vukasinovic, N.S. Slavkovic. « Kinesiological characteristics of ankle joint and rearfoot motion », *Acta chir*, 2011, vol. 58, n° 3, p. 87-9.
13. Jenni, O.G., A. Chaouch, J. Caflisch, V. Rousson. « Infant motor milestones: poor predictive value for outcome of healthy children », *Acta Paediatrica*, 2013, vol. 102, n° 4, p. e181-4.

L'OPPQ adresse ses sincères félicitations aux lauréats 2015 du Prix Mérite du Conseil Interprofessionnel du Québec ainsi que des Prix Excellence et du Prix Carol-L.-Richards.

Ces prix ont été remis les 13 et 14 novembre derniers à Québec dans le cadre de la 5<sup>e</sup> édition de l'événement *Physiothérapie 360°*.



**LE PRIX MÉRITE DU CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC (CIQ) 2015 a été décerné à M. Richard Brault, thérapeute en réadaptation physique.**

M. Brault exerce sa profession de thérapeute en réadaptation physique depuis presque 30 ans. Son parcours est imprégné d'une volonté de contribuer à l'avancement de la physiothérapie et d'un souci du maintien et de la promotion des compétences de ceux qui l'exercent. Actif au sein de la Société québécoise des thérapeutes en réadaptation physique de 1999 jusqu'au moment de l'intégration des T.R.P. à l'OPPQ en 2003, il a été élu l'année suivante au conseil d'administration de l'Ordre. M. Brault a aussi siégé au comité exécutif de l'OPPQ durant cinq ans, au comité d'accès à la présidence de 2010 à 2012 et il est aujourd'hui membre du comité sur la gouvernance. Son travail démontre son engagement réel envers le système professionnel québécois et la protection du public.

De gauche à droite : M. Richard Brault, T.R.P., lauréat du prix Mérite du CIQ, et René Mongeau, membre du comité exécutif du Conseil interprofessionnel du Québec

**Prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)**

Le Prix Mérite du CIQ est décerné au nom du Conseil interprofessionnel du Québec à un professionnel qui s'est distingué au service de sa profession et de son ordre professionnel. Cet hommage souligne et récompense les réalisations de membres ayant une influence sur le développement de leur ordre ou apportant une contribution significative au développement de leur profession dans le respect des valeurs du système professionnel québécois.



**Prix Excellence OPPQ**

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



**Le Prix excellence — physiothérapeute a été décerné à Mme Claudia Brown.**

Professionnelle passionnée et engagée, Mme Brown pratique la physiothérapie depuis plus de 20 ans en clinique privée, où elle apporte son aide et son savoir-faire à des hommes et des femmes souffrant de problèmes de plancher pelvien. Son mémoire sur l'approche interdisciplinaire pour les femmes souffrant de vaginisme a eu un impact important pour la reconnaissance de la rééducation périnéale et pelvienne dans le milieu universitaire. Membre de la Faculté de médecine de l'Université McGill où elle enseigne la rééducation périnéale et pelvienne depuis plus de 15 ans, elle a participé également à la création d'un cours sur l'incontinence urinaire chez la femme pour le programme de maîtrise en physiothérapie de cette même université. Son engagement à faire rayonner le domaine de la rééducation périnéale et pelvienne l'a également amenée à former plus de 800 physiothérapeutes au Québec. Elle a aussi donné plusieurs cours et conférences dans le monde, qui ont été suivis par de nombreux professionnels de la santé.

De gauche à droite : Mme Claudia Brown, pht et M. Denis Pelletier, pht, M. Sc.

**LE PRIX EXCELLENCE — THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE a été décerné à M<sup>mes</sup> Claudette Faucher, Audrey Labbé et Josée Lacroix.**

La collaboration exceptionnelle de ces trois professionnelles a permis de mettre sur pied un événement de formation qui contribue indéniablement au développement et au perfectionnement des compétences dans le domaine de la réadaptation. Ainsi, c'est en septembre 2014 que se tenait la toute première édition du colloque en réadaptation physique. Au prix d'une année entière de travail bénévole, M<sup>mes</sup> Faucher, Labbé et Lacroix ont élaboré avec rigueur et créativité une activité de formation de qualité qui rassemblait divers intervenants en réadaptation physique. Les conférences variées, adaptées aux réalités du milieu de la santé, ont suscité un vif intérêt chez les participants, encourageant ainsi les organisatrices à répéter l'expérience en 2015.

De gauche à droite : M<sup>me</sup> Josée Lacroix, T.R.P., M. Denis Pelletier, pht, M. Sc., M<sup>me</sup> Claudette Faucher, T.R.P. et M<sup>me</sup> Audrey Labbé, T.R.P.



**Prix Carol-L.-Richards**

Le Prix Carol-L.-Richards est une prestigieuse distinction qui souligne le parcours exceptionnel d'un professionnel de la physiothérapie qui a su s'illustrer tant par l'excellence de ses actions que par son engagement profond à faire rayonner la physiothérapie au Québec et ailleurs.

**LE PRIX CAROL-L.-RICHARDS 2015 a été décerné à M. Robert Forget, pht.**

Fort d'une carrière de 35 ans dans les domaines de la recherche et de l'enseignement, M. Forget est l'auteur d'une soixantaine d'articles scientifiques publiés dans des revues internationales de haut calibre ainsi que de six chapitres de livre portant sur la compréhension des mécanismes d'intégration sensori-motrice associés à différentes pathologies. Ses travaux ont fait l'objet de 120 communications scientifiques présentées lors de congrès nationaux et internationaux. Reconnu par ses pairs, il a également reçu de nombreux prix tels que le Prix Excellence de l'OPPQ (2000) ou encore le Prix Outstanding Presentation Award du World Congress Physical Therapy (2007).

Parallèlement, il s'est impliqué en tant qu'enseignant et a été professeur titulaire à l'École de réadaptation de l'Université de Montréal où il a enseigné la neurologie en physiothérapie pendant 25 ans. Aujourd'hui, M. Forget est directeur des programmes de physiothérapie de l'Université de Montréal. Récemment, il a mis sur pied le premier programme universitaire québécois de qualification pour physiothérapeutes formés à l'étranger. Ses qualités de leader ainsi que son engagement lui ont permis de relever de nombreux défis afin de continuer à faire évoluer l'éducation dans le domaine de la physiothérapie.



De gauche à droite : M<sup>me</sup> Carol L. Richards, M. Robert Forget, pht et M. Denis Pelletier, pht, M. Sc.,

**Récipiendaires de bourses et subventions**

de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec  
Année 2015-2016 (concours se terminant le 31 janvier 2015)



Par ordre alphabétique : François Cabana, Stéphanie Demers-Dubuc, Simon Deslauriers, Sophie-Krystale Dufour, Anne-Marie Giguère, Katherine Montpetit-Tourangeau, Philippe Paquette et Audrey Roy. Absent sur la photo : Maude Bastien et Andréanne Juneau

SUBVENTIONS DE STAGE EN RECHERCHE CLINIQUE		
Réциpiendaire	Titre du projet	Subvention
Stéphanie Demers-Dubuc	La stimulation transcrânienne à courant continu peut-elle potentialiser l'effet d'un entraînement en force du membre supérieur atteint chez la clientèle à la phase chronique d'un AVC?	7 500 \$
Anne-Marie Giguère, pht	Group physiotherapy compared to individual physiotherapy to treat urinary incontinence in aging women: A randomized control trial (GROUP)	7 500 \$
Andréanne Juneau, pht	Projet pilote pour mesurer les effets d'un entraînement de l'équilibre utilisant des perturbations lors de l'entraînement sur tapis roulant pour des personnes ayant eu un traumatisme craniocérébral modéré à sévère (TCCmg)	7 500 \$

SUBVENTIONS — PROJET DE RECHERCHE EN MILIEU CLINIQUE

Réципиандайре	Titre du projet	Subvention
François Cabana, pht	Comparaison de l'effet des contractions excentriques et concentriques sur la déformation du tendon d'Achille chez des individus sains et atteints d'une tendinopathie : preuve de concept	7 500 \$
Katherine Montpetit-Tourangeau, pht	Développement d'un algorithme d'intervention par enseignement structuré suite à un syndrome de conflit sous-acromial à l'épaule	7 500 \$

BOURSES D'ÉTUDES DE MAÎTRISE DE TYPE RECHERCHE

Réципиандайре	Titre du projet	Bourse
Sophie-Krystale Dufour, pht	Le niveau d'activité physique des enfants et des adolescents ayant une déficience motrice cérébrale : association avec les adaptations à la marche survenant suite à une activité physique exigeante et l'autoefficacité perçue	7 500 \$
Simon Deslauriers, pht	L'accessibilité des services de physiothérapie dans les établissements publics au Québec : état de la situation	7 500 \$
Audrey Roy, pht	Étude des caractéristiques psychométriques du Mini-BESTest avec la clientèle lésée médullaire en réadaptation	7 500 \$

SUBVENTIONS DE RECHERCHE EN PARTENARIAT OPPQ-REPAR<sup>1</sup>

Réципиандайре	Titre du projet	Subvention
Philippe Paquette, pht	Effets d'un programme de réadaptation préopératoire à domicile fondé sur des exercices de mobilisation neurodynamiques offerts à des individus ayant un syndrome du tunnel carpien en attente de chirurgie de décompression	OPPQ : 7 500 \$ REPAR : 7 500 \$
Maude Bastien, pht	La stimulation transcrânienne pour courant direct (tDCS) pour potentialiser la réadaptation des personnes présentant une tendinopathie de la coiffe des rotateurs : une étude randomisée à triple insu	OPPQ : 7 500 \$ REPAR : 7 500 \$

<sup>1</sup> Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation

APPEL DE CANDIDATURES — BOURSES ET SUBVENTIONS DE L'OPPQ

Date limite de soumission : 31 janvier 2016

L'OPPQ EST FIER DE PROMOUVOIR LA RECHERCHE CLINIQUE EN PHYSIOTHÉRAPIE ET LES EFFORTS DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL DE SES MEMBRES.

Concours bourses et subventions en recherche clinique

Les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique désireux de s'initier au domaine de la recherche clinique ou de contribuer au développement de la profession par l'entremise de projets de recherche ayant des retombées sur la pratique clinique sont invités à soumettre leur candidature pour l'une ou l'autre des catégories suivantes :

■ Bourses d'études de maîtrise de type recherche de 7 500 \$

■ NOUVEAUTÉ

Bourses d'études de doctorat de type recherche de 7 500 \$

■ Subventions — Projet de recherche en milieu clinique de 7 500 \$

■ Subventions de stage en recherche clinique — Physiothérapeute de 7 500 \$

■ NOUVEAUTÉ

Subventions de stage en recherche clinique – T.R.P. de 7 500 \$

■ Subventions en partenariat OPPQ-REPAR de 15 000 \$

La description complète, les critères d'admissibilité et les formulaires de demande pour l'ensemble des bourses et subventions sont affichés sur le site Web de l'OPPQ ([www.oppq.qc.ca](http://www.oppq.qc.ca)), à la rubrique « Prix, Bourses et Subventions ». Les renseignements relatifs à la subvention en cofinancement OPPQ-REPAR sont affichés sur le site Web du REPAR ([www.repar.ca](http://www.repar.ca)).

Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec M<sup>me</sup> Marjolaine Lajoie par courriel ([mlajoie@oppq.qc.ca](mailto:mlajoie@oppq.qc.ca)) ou par téléphone (514 351-2770 ou 1 800 361-2001, poste 242).

L'Ordre souhaite la meilleure des chances à tous les candidats!

L'ÉDITION 2015 DE PHYSIOTHÉRAPIE 360° :  
UNE AUTRE ÉDITION REMARQUABLE !



Les 13 et 14 novembre derniers, près de 500 professionnels de la physiothérapie se sont rassemblés à Québec pour participer à la 5<sup>e</sup> édition de l'événement annuel de l'Ordre, *Physiothérapie 360°*.

Une programmation actuelle de grande qualité, intimement liée à la réalité de la pratique des membres, a été offerte aux participants. Comme par les années passées, des conférences touchant différents domaines de pratique de la physiothérapie étaient au rendez-vous : torticolis congénital, héminégligence, recrutement alvéolaire, soins à domicile, tendinopathies de l'épaule sont des exemples des diverses thématiques qui ont été présentées dans le cadre de ces deux journées de développement professionnel.

Il est intéressant de mentionner que quatre conférences ont été présentées en direct en webdiffusion lors de *Physiothérapie 360°*. Cette première expérience pour l'Ordre a été des plus positives et a permis à plus de 200 membres d'assister, de leur domicile ou de leur travail, à ces conférences. Il y a fort à parier que l'Ordre répétera cette offre dans ses prochains événements de grande envergure.

Rappelons que cet événement ne pourrait être possible sans la présence de nos commanditaires que nous remercions chaleureusement pour leur participation. Nous tenons également à remercier les nombreux conférenciers de *Physiothérapie 360°* qui ont certainement su enrichir votre pratique.

C'est avec beaucoup d'anticipation que nous vous attendons en grand nombre les 28 et 29 octobre 2016 pour la 6<sup>e</sup> édition de *Physiothérapie 360°* qui se tiendra au Sheraton à Laval. Notre équipe travaille déjà sur cette programmation et vous invite à participer à titre de conférencier en remplissant le formulaire qui se trouve sur notre site Internet au :

<https://oppq.qc.ca/formation/formation-continue/physiotherapie-360>. ■

“ Ça fait un bon bout de temps que je n'avais pas suivi un congrès aussi intéressant et équilibré tant au niveau du contenu que de la logistique. ”

“ Très beau congrès. Bravo! Je retourne à mon travail mieux outillé. ”

“ Félicitations pour ce congrès très pertinent et très intéressant. L'atmosphère était très dynamique et positive! ”

“ Le choix des ateliers était très stimulant et très apprécié. Merci! ”





# PACC 2013-2016

## ÊTES-VOUS À JOUR ?

La Politique d'amélioration continue de la compétence (PACC) 2013-2016 arrive bientôt à échéance! Avez-vous terminé vos 45 heures de formation continue et rempli votre portfolio de développement des compétences? Nous vous rappelons que vous avez **jusqu'au 31 mars 2016** pour le faire.

Pour connaître tous les détails nécessaires au respect de la PACC, consultez les différentes ressources en ligne sur le site Internet de l'Ordre dans la page « **PACC et portfolio** ».



Le programme de formation continue de l'Ordre est une offre de services qui se veut **pertinente, accessible, diversifiée** et intimement liée à la **réalité de la pratique**.

**Dès ce printemps**, soyez à l'affût de notre **toute nouvelle programmation**. Elle sera axée sur la formation à distance, suivra de près l'évolution de la pratique de la physiothérapie et favorisera l'occupation de tout le champ d'exercice par les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique.

APPRENDRE, TOUJOURS, POUR EXCELLER

S'il vous reste encore des heures de formation continue à faire, voici les différentes activités de formation offertes avant le 31 mars prochain dans le cadre de notre programme de formation continue.

### ACTIVITÉS POUR PHYSIOTHÉRAPEUTES

ACTIVITÉS POUR PHYSIOTHÉRAPEUTES			FORMATEURS
20 et 21 février 2016	Montréal	Articulation temporo-mandibulaire : évaluation et traitement en physiothérapie / Formation de base (ATM)	Trudy Bédard
7 et 8 mars 2016	Montréal	Chutes et troubles de l'équilibre chez la personne âgée / Partie 2 : connaissances avancées, analyse et traitement	Denis Martel
18 et 19 mars 2016	Sherbrooke		
11 au 24 janvier 2016	En ligne	Le diagnostic émis par le physiothérapeute	Luc J. Hébert Marc Perron
8 au 21 février 2016			
7 au 20 mars 2016			
16 et 17 janvier 2016	Montréal	RPP – Formation avancée en rééducation périnéale et pelvienne. Approche de base ano-rectale	Claudia Brown Marie-Josée Lord

### ACTIVITÉS POUR THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

ACTIVITÉS POUR THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE			FORMATEURS
18, 19 et 20 mars 2016	Québec	Capsulite, lésions de la coiffe des rotateurs et fracture de l'épaule : démarche clinique fondée sur des données probantes	Johanne Tardif
12 et 13 mars 2016	Montréal	Considérations cardiorespiratoires dans les programmes d'exercices	Célyn Marchand Rachel Brosseau
22, 23 et 24 janvier 2016	Montréal	Pathologies discales : principes de traitement en physiothérapie	Yves Plourde
29 et 30 janvier 2016	Montréal	Pathologies musculo-squelettiques du coude et de l'avant-bras : interventions en physiothérapie fondées sur les données probantes	Denise Ouellet
18 et 19 mars 2016	Montréal	Pathologies musculo-squelettiques du poignet et de la main : interventions en physiothérapie fondées sur les données probantes	Denise Ouellet

### ACTIVITÉS POUR PHYSIOTHÉRAPEUTES ET THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

ACTIVITÉS POUR PHYSIOTHÉRAPEUTES ET THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE			FORMATEURS
18 janvier au 14 février 2016	En ligne	Démystifier la tendinopathie/bursopathie calcifiante et les alternatives thérapeutiques	François Cabana
22 février au 20 mars 2016			
19, 20 et 21 février 2016	St-Hyacinthe	Les modalités complémentaires de traitement des plaies dans l'intervention physiothérapique	Isabelle Girouard
18 janvier au 14 février 2016	En ligne	Optimiser ses stratégies de recherche sur Internet et de veille numérique en physiothérapie	François Cabana Mourad Gharbi
22 février au 20 mars 2016			
16 janvier 2016	Montréal	Session pratique de <i>taping</i>	Janie Barette Louise Beaumont Brigitte Léger
18 janvier au 14 février 2016	En ligne	Utilisation des ultrasons de faible intensité dans le traitement des fractures	François Cabana Mourad Gharbi
22 février au 20 mars 2016			

➔ Pour vous inscrire à une activité ou consulter le programme complet, rendez-vous en ligne dans la rubrique « Formation continue ».

## Bienvenue à toutes et à tous

### INSCRIPTIONS PHYSIOTHÉRAPEUTES

Alie, Sébastien  
Allary, Christine  
Ancil, Mélanie  
Babineau, Annie-Claude  
Bedendi, Marilia  
Bertazo Da Silva, Kenia  
Bérubé, Marie-Ève  
Bouclin Sabourin, Chloé  
Bourgeon, Laetitia  
Cameron, Roxanne  
Champagne, Audrey  
Cousineau, Simon  
Daoust, Roxane  
Demers, Andréanne  
Deschenes, Emilie  
Desjardins, Rachel Anne  
Desroches, Guillaume  
Dubeau-Guérrette, Myriam  
François, Samantha  
Gélinas, Audrey  
Girard, Catherine  
Gobeil, Catherine  
Gürtler, Natalie  
Gysel, Sarah  
Hamelin, Marie-Pier  
Jodoin, Nadia  
Labbé, Julie  
Lajoie, Evelyne  
Laliberté, Lydie-Anne  
Laliberté, Philippe  
Lambert, Sophie  
Lamy, Andréane  
Laplante, Sébastien  
Legros, Stéfanie  
Lemay, Vincent  
Lipinski, Dalia  
Lorrain, Andrée-Anne  
Martin, Jean-Sébastien  
Ménard-Ouellette, Maude  
Mendoza, Ana Patricia  
Mongeau, Julie  
Morency, Alexandrine B.  
Nadeau, Ma Guixiang  
Noël, Laurence  
Olivares Marchant, Ailin Patricia  
Pelletier, Cynthia  
Phaneuf, Sandra  
Prairie-Gosselin, Jeanne  
Quimper, Catherine  
Rezallah, Samuel  
Riel, Cloé

Robert, Catherine  
Romano, Matthew  
Sabourin, Marie-Michèle  
Saulnier, Rosalie  
Shatta, Sharl  
Slimani, Anis  
St-Pierre Beluse, Élyse  
Sutter, Célia  
Tam, Steven Yu Hui  
Thiffault Gagné, Fanny  
Tremblay, Isabelle  
Trottier, Mélissa  
Van Vlerken, François

### INSCRIPTIONS THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

Apablaza, Karina  
Beauchamp, Véronique  
Beaulieu, Marlène  
Beauregard, Félix  
Beauregard-Lajeunesse, Louis-Charles  
Béchiau, Cédric  
Bélanger-Lemay, Catherine  
Boivin, Justine  
Casabon, Olivier  
Cherifi, Belaïd  
Claveau, Pascale  
Côté, Ann-Julie  
Cyr, Annie-Pier  
Deblois, Frédérique  
Demers, Stéphanie  
Deschenes, Félix  
Deschênes, Katherine  
Doyon, Charlène  
Fontaine, Joanie  
Fontaine, Maryse  
Fournier, Marie-Pierre  
Gagnon, Jessica  
Gagnon, Cassandra  
Gagnon-Timchuck, Audrey  
Garneau Lemieux, Jessica  
Gauthier, Alexandra  
Généreux-Vien, Simon  
Girardin, Shawn  
Godin Bujold, Michaël  
Guévin, Laurie  
Guimond, Florence  
Huaman-Flores, Edson  
Labbé, Anaïs  
Labonté, Anthony  
Lafrenière, Samuel G.

Lanoue, Véronique  
Latulippe, Jannyck  
Laurin, Mélanie  
Le Flem, Damien  
Leblanc, Jacinthe  
Leclerc, Amélie  
Lefebvre, Vanessa  
Légaré-Blanchet, Audrey  
Lillo Ossandon, Eduardo  
Alejandro  
Longval, Jean-Philippe  
Masson, Olivier  
Mercier, Chloé  
Mongrain, Audreyann  
Nareau, Stéphanie  
Palin, Carolane  
Paradis, Marie-Eve  
Parent, Bianca  
Pilon Marcouiller, Anne Sara  
Pilon, Marie-Pier  
Pizzagalli, Chloé  
Placeres Baez, Pablo Enrique  
Plamondon, Mélanie  
Rioux-Lambert, Lou-Ann  
Rocheleau, Évelyne  
Sabourin, Tommy  
Sauriol, Maxime  
Simard, Virginie  
St-Cyr, Michèle  
St-Denis, Guillaume  
St-Pierre, Cynthia  
Stradella, Sandra  
Subramaniam, Saamala  
Tremblay, Laurie  
Vachon, Maryse  
Vigneault, Joanie

### T.R.P. À PHYSIOTHÉRAPEUTE

Bessette, Jennifer  
Chabot, Emilie  
Desrosiers, Catherine  
Dufour, Dana  
Falardeau, Marjorie  
Lacharité, Anyck  
Ladouceur, Queenie  
Langlois, Stéphanie  
Lasalle, Alexis  
Savard, Mathieu

### RÉINSCRIPTIONS

Agudelo, Daniel-Fernando  
Allard, Marilyne  
Arbour, Caroline

Barrette, Brigitte  
Bartlema, Tjerk  
Bergeron, Nancy  
Bessette, Jennifer  
Bilodeau, Isabelle  
Caron, Geneviève  
Chevrette, Valérie  
Claveau, Mélanie  
Côté, Karianne  
De Serres, Josiane  
Delan, Alexandra  
Désilets, Caroline  
Eilayyan, Owis  
Fiset, Marie-Hélène  
Forcier, Marie-Eve  
Gagnon, Jennifer  
Gagnon, Marie-Eve  
Gagnon, Valérie  
Gamache, Audrey  
Garceau, Marie-Pier  
Germain, Marie-Pierre  
Gilbert, Annie-Claude  
Girouard-Baril, Viviane  
Grégoire, Frédérique  
Guertin, Mélissa  
Guilbault, Marie-Michèle  
Labelle-Robert, Marjolaine  
Lachance, Annie  
Lachapelle, Julie  
Lanouette, Catherine  
Lapointe, Myriam  
Larose, Andrée-Anne  
Lemieux, Geneviève  
Lessard, Dave  
Levesque, Claire  
Lévesque, Marie-Claude  
Michaud, Gilles  
Montoro, Ursula  
Pilon, Mélissa  
Pouliot, Mireille  
Rochette, Lisanne  
Saindon, Maryline  
Saka, Fadila  
Savoie, Marie-Claude  
St-Amour, Josée  
Tremblay, Alexandra  
Vallée, Marie  
Viger, Annie

### DÉCÈS

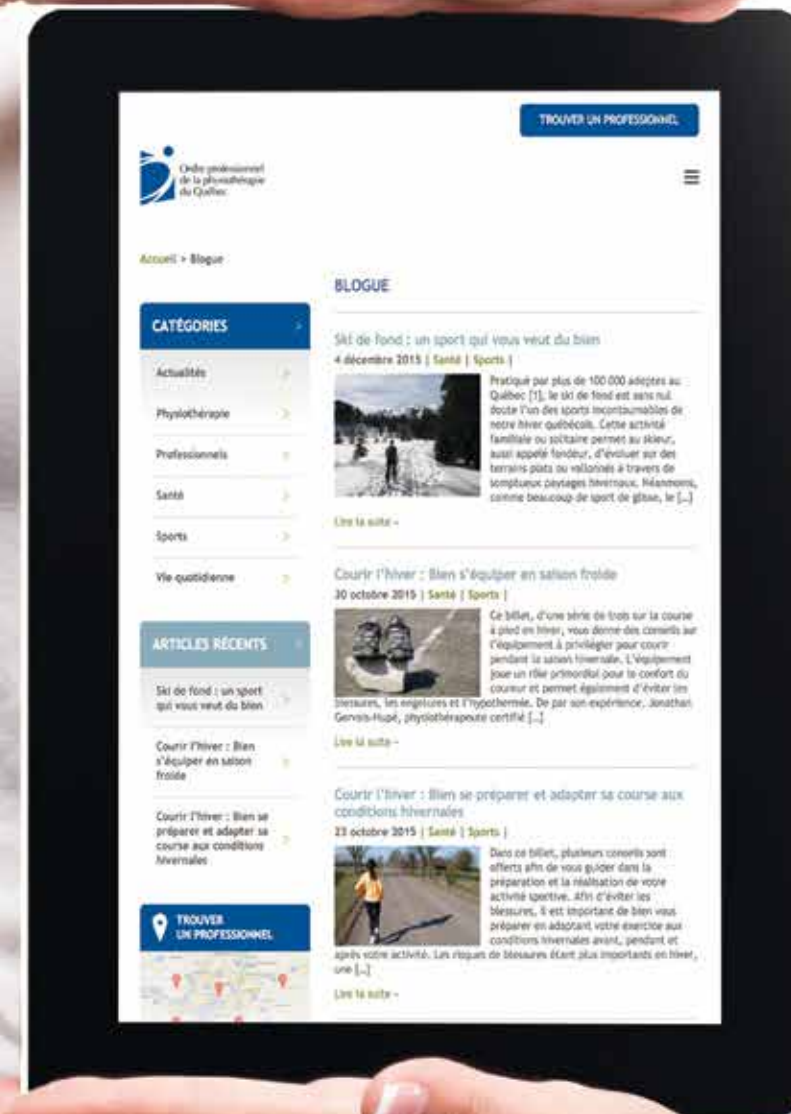
Boucher, Audrey P94060

# PARTAGEZ VOS CONNAISSANCES GRÂCE AU BLOGUE DE L'OPPOQ

Une occasion unique de faire connaître votre domaine de pratique et de faire rayonner la physiothérapie auprès du grand public.

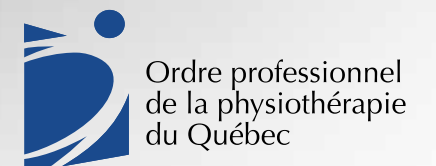
LE BLOGUE DE L'OPPOQ, C'EST :

- + de 20 articles par an ;
- + de 100 000 visiteurs par an ;
- + de 3 500 partages sur les réseaux sociaux.



**Vous avez des idées de sujet à nous soumettre pour nos futurs articles ? Vous souhaitez partager vos connaissances et participer à l'un de nos articles ?**

**Communiquez avec nous : [communications@oppq.qc.ca](mailto:communications@oppq.qc.ca)**



Ordre professionnel  
de la physiothérapie  
du Québec

CONCOURS 2015

# MA SOUSSION GAGNANTE

Demandez une  
soumission d'assurance  
**auto, habitation  
ou entreprise** et  
courez la chance de  
**vivre une expérience  
d'écotourisme unique !**

**30 000 \$**

**POUR FAIRE LE VOYAGE  
ÉCORESPONSABLE DE  
VOS RÊVES!**

Nos clients nous tiennent à cœur, et l'environnement aussi. Avec **30 000 \$** en crédit-voyage à votre disposition, vous pourrez vous offrir l'aventure de votre vie tout en minimisant votre impact sur l'environnement et en favorisant les communautés et les ressources locales.

Pour courir la chance de gagner,  
demandez votre soumission !



**1 888 476-8737**

[lapersonnelle.com/masoumissiongagnante](http://lapersonnelle.com/masoumissiongagnante)

Vous êtes déjà client de La Personnelle ?  
Vous êtes automatiquement inscrit au concours.  
C'est notre façon de vous remercier.



Ordre professionnel  
de la physiothérapie  
du Québec



**laPersonnelle**

Assureur de groupe auto, habitation  
et entreprise

**La bonne combinaison.**

Certaines conditions s'appliquent. La Personnelle désigné La Personnelle, assurances générales inc. Aucun achat requis. Le concours se termine le 31 décembre 2015. Le tirage aura lieu le 15 janvier 2016. Au total, un (1) prix au choix entre un crédit-voyage d'une valeur de 30 000 \$ (CAN) échangeable contre un voyage écoresponsable dans une agence de voyages au choix de La Personnelle, ou un chèque de 30 000 \$ (CAN). Détails et règlement accessibles sur [lapersonnelle.com/masoumissiongagnante](http://lapersonnelle.com/masoumissiongagnante).