

PHYSIO QUÉBEC

n°01

PRINTEMPS / ÉTÉ 2013
VOLUME 38

ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC



LE DIAGNOSTIC DU PHYSIOTHÉRAPEUTE AU CŒUR DE NOS PROFESSIONS

LA **FRAGILITÉ** CHEZ
LA PERSONNE ÂGÉE :
RÔLE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE

MIEUX COMPRENDRE
LES BESOINS DU CLIENT

LE VIRTUEL
DEVIENT-IL RÉALITÉ
EN RÉADAPTATION ?

NOUVELLE VERSION IMPRIMÉE

L'OPPQ vous présente le premier numéro de la version renouvelée de *Physio-Québec*

En parallèle à son identité visuelle et à son graphisme qui se modernisent, la revue de l'Ordre s'enrichit en contenus. Ainsi, de nouvelles chroniques s'ajoutent aux deux éditions publiées annuellement.

RETOUR DE L'ÉDITION IMPRIMÉE

Sans jamais interrompre ses publications électroniques, l'OPPQ avait mis fin à l'impression de *Physio-Québec* en 2007 dans l'optique de s'adapter à l'ère numérique et de réaliser certaines économies associées aux coûts d'impression et d'envoi.

Au fil du temps, de nombreux membres ont manifesté le souhait de voir renaître une version imprimée. Le sondage sur la satisfaction des membres à l'égard de l'Ordre mené en février 2012 a d'ailleurs confirmé ce désir.

Ainsi, grâce à la participation de partenaires publicitaires et à la contribution des membres, qui assument une partie des frais d'envoi, l'OPPQ est heureux de pouvoir offrir à nouveau une version imprimée de la revue.

Une refonte complète de la version électronique a également été réalisée. Grâce à une présentation visuellement optimisée, il est désormais plus facile de naviguer d'un article à l'autre. La nouvelle édition Web est accessible en tout temps dans la section « Membres » du site Internet de l'Ordre.

L'OPPQ vous invite à présent à parcourir l'édition printemps-été 2013 de *Physio-Québec*. Bonne lecture.

Nous vous invitons à transmettre vos questions ou commentaires sur la revue à : communications@oppq.qc.ca

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

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

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

RESPONSABLE

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

COORDINATION

Sandra Chabannel
Agente de communication
schabannel@oppq.qc.ca

CONCEPTION GRAPHIQUE

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

RÉVISION ET CORRECTION D'ÉPREUVES

Hélène Morin

DÉPÔT LÉGAL

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

Convention de la Poste-Publications :
No 40010610



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.



- | | |
|---|--|
| 04 Mot de la présidente
Le raisonnement clinique et le diagnostic du physiothérapeute au cœur de nos professions | 16 Chronique recherche
Le virtuel devient-il réalité en réadaptation ? |
| 06 Bureau du syndic
Un traitement équitable... des honoraires justes | 18 Chronique des récipiendaires
Quantification de l'équilibre debout chez les enfants et adolescents ayant survécu à une tumeur cérébrale de la fosse postérieure |
| 07 Services juridiques
Vos obligations professionnelles vis-à-vis de la langue française | 20 Chronique étudiante
Les étirements musculaires avec une clientèle lombalgique : les utilisez-vous adéquatement ? |
| 08 Inspection professionnelle
La trousse d'inspection professionnelle : des outils d'amélioration pour la pratique quotidienne | 22 À l'honneur |
| 10 Développement et soutien professionnels
Les différentes facettes de la compétence du professionnel de la physiothérapie | 24 Événements |
| 12 Chroniques de l'expert
La fragilité chez la personne âgée : rôle de la physiothérapie | 26 Communications |
| 15 Mieux comprendre les besoins du client | 28 Nouveaux membres |



Publier dans *Physio-Québec*, C'EST POSSIBLE

Nous vous encourageons à partager avec vos pairs votre expertise clinique ou de recherche en publiant un article dans l'un des numéros de *Physio-Québec*. Renseignez-vous en communiquant avec l'Ordre à communications@oppq.qc.ca



Lucie Forget, pht, M.A., présidente

Le mot de la présidente

Le raisonnement clinique et le diagnostic du physiothérapeute au cœur de nos professions

À la demande de plusieurs membres, je vous présente les dernières informations relatives à la question du diagnostic en physiothérapie. À titre de présidente de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, je peux vous confirmer toute l'importance que les membres du conseil d'administration de l'Ordre ont accordée à ce sujet au cours des dernières années. Cela s'est traduit par un travail rigoureux tant de la part du personnel de l'Ordre que des physiothérapeutes du groupe de travail ad hoc¹ dirigé par M. Luc J. Hébert, qui ont diffusé les résultats des travaux et la position de l'Ordre au regard du diagnostic émis par les physiothérapeutes.

LE DIAGNOSTIC DU PHYSIOTHÉRAPEUTE : UNE OBLIGATION PROFESSIONNELLE

En 2012, l'Ordre a remplacé dans le *Guide sur la tenue des dossiers* le terme « raisonnement clinique (impression clinique) » par celui de « diagnostic émis par le physiothérapeute », qui se définit ainsi : « Le diagnostic émis par le physiothérapeute est la conclusion qui découle du processus d'évaluation du physiothérapeute et qui identifie la nature et la sévérité du problème de santé et ses répercussions sur le plan du fonctionnement de l'individu en lien avec ses facteurs contextuels (facteurs personnels et environnement). Le libellé du diagnostic émis par le physiothérapeute reflète la qualité de son raisonnement clinique et de son expertise unique. Le libellé diagnostic doit être suffisamment détaillé pour permettre d'orienter le traitement et guider la conception du plan de traitement et le choix des interventions les mieux indiquées. »

À la lecture de cette définition, il nous paraît improbable que l'on confonde le diagnostic émis par un physiothérapeute avec le diagnostic médical. Depuis 2010, l'OPPQ adapte graduellement ses outils de communication en utilisant l'expression « diagnostic du physiothérapeute ». L'Ordre considère le raisonnement clinique du physiothérapeute et la conclusion de son évaluation comme étant le propre de l'activité d'évaluation à portée diagnostique

du physiothérapeute. Les physiothérapeutes doivent être capables de rendre la conclusion de leur évaluation explicite et de l'exprimer clairement dans un langage commun, et ce, afin d'être un bon référent pour les T.R.P. et de partager leurs décisions avec les gestionnaires et les membres de l'équipe multidisciplinaire.

BREF HISTORIQUE

Au début des années 2000, la nécessité de mieux traduire par écrit le résultat de l'analyse et du raisonnement clinique effectué par les physiothérapeutes à la suite de leur évaluation s'est imposée. Du fait que les physiothérapeutes utilisaient depuis de nombreuses années une méthode commune pour structurer leurs rapports dans les dossiers des patients (SOAPIE), force était de constater que le contenu de l'analyse (A) et la façon de la rédiger variaient d'un physiothérapeute à l'autre. La seule balise qui figurait alors dans le *Guide sur la tenue des dossiers* était que le physiothérapeute était tenu de conclure son évaluation par une liste de problèmes, l'exposition de son raisonnement clinique (impression clinique) et des objectifs à atteindre à court et à long terme.

Afin de qualifier et de structurer le contenu du résultat de l'évaluation diagnostique des physiothérapeutes, l'OPPQ a entrepris une réflexion qui a mené en 2006 à la création d'un groupe de travail ad hoc sur la question du diagnostic en physiothérapie. En 2009, ce groupe remettait son rapport

final intitulé : *Proposition d'une définition conceptuelle du diagnostic émis par le physiothérapeute.*

Le travail du groupe a permis de confirmer la pertinence de la réflexion et des décisions que l'OPPQ a prises au cours des années 2000. Le niveau de responsabilité du physiothérapeute au Québec en 2009 imposait à celui-ci de conclure son évaluation par un énoncé résumant le résultat de son raisonnement clinique : son diagnostic.

Je vous invite à lire l'encadré « Environnement externe » qui résume les principaux événements qui ont contribué à ces conclusions.

COMMENT LE LIBELLER ?

L'OPPQ prend note que certains physiothérapeutes rédigent leurs diagnostics en remplissant des formulaires d'évaluation imposés par leurs milieux de travail ou encore des rapports standardisés. Pour les autres physiothérapeutes, un libellé a été proposé par le groupe de travail et l'OPPQ à l'issue des travaux du comité ad hoc. Ce libellé s'adapte bien aux différentes réalités cliniques et l'OPPQ est fier d'en faire la promotion.

Dans toutes les universités, les futurs physiothérapeutes reçoivent une formation pour émettre un diagnostic. La maîtrise de cette compétence est de fait jugée essentielle à l'obtention de l'agrément des programmes par l'organisme canadien qui en est responsable. L'Ordre ne peut que saluer le travail réalisé à cet égard dans les programmes de formation universitaire.

L'OPPQ prie les physiothérapeutes d'expérience d'emboîter le pas. À cet égard, plusieurs outils² sont offerts sur son site Web. Les quelque 1 000 physiothérapeutes ayant déjà complété une formation sur le sujet nous ont assuré que la qualité de leur analyse et de leur raisonnement clinique s'est améliorée au bénéfice de leurs patients et de leurs collaborateurs.

Une autre réalité a été portée à notre attention : la formation de la relève chez les physiothérapeutes. En effet, plusieurs physiothérapeutes sont sollicités pour agir comme superviseurs de stage à un moment ou à un autre de leur carrière. Ces derniers sont des experts et des mentors inestimables pour nos jeunes finissants à la maîtrise : ainsi, par souci de cohérence, nous invitons chaque physiothérapeute à rédiger un diagnostic à la fin de son processus d'évaluation.

Le diagnostic du physiothérapeute constitue désormais une obligation professionnelle et une nécessité absolue pour le développement et le rayonnement de la profession. La forme du libellé n'est pas imposée et peut s'adapter aux exigences des différents milieux de travail. Il n'appartient pas à l'OPPQ de juger de la forme du libellé, mais bien de s'assurer que son contenu soit conforme aux exigences des bonnes pratiques en physiothérapie.

UN PRÉALABLE AUX « PRATIQUES AVANCÉES »

Plusieurs physiothérapeutes souhaitent ardemment que leur expertise soit mieux utilisée et reconnue. À cet égard, l'Ordre et ses membres travaillent activement à proposer de nouveaux modèles de service où la compétence actuelle des physiothérapeutes pourrait être exploitée au maximum. Ces nouvelles pratiques, ces nouveaux rôles exigent de la part des physiothérapeutes une capacité d'analyse de l'ordre du diagnostic. L'énoncé de ce diagnostic, qui situe concrètement la spécificité de son évaluation et de ses conclusions comme physiothérapeute, permettra aux décideurs d'apprécier la valeur ajoutée que représente ce professionnel pour le système de santé québécois. ■

Pour consulter le concept diagnostique proposé par le comité de travail ad hoc de l'OPPQ, rendez-vous dans la section « Dossiers professionnels » de la rubrique « Membres » du www.oppq.qc.ca.

ENVIRONNEMENT EXTERNE

Trois éléments ont contribué à une vaste réflexion de l'Ordre sur la question du diagnostic du physiothérapeute : 1. Des décisions à portée légale sur l'activité a) (évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique), dans la foulée des lois 90 et 21. 2. Le rehaussement de la formation initiale des physiothérapeutes au niveau de la maîtrise. 3. L'intégration des T.R.P. à l'OPPQ.

1 En 2005, la « Cour d'appel du Québec a reconnu aux chiropraticiens le droit de poser un diagnostic dans leur domaine de compétence ». Aussi, de récents travaux dans le secteur de la santé mentale (loi 21) sont venus appuyer cette décision. Au sujet de l'activité touchant l'évaluation, les coprésidents de la Table d'analyse de la situation des techniciens œuvrant dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines ont conclu : « Selon nous, ces évaluations, incluant leurs conclusions, ont statut d'autorité. La communication de ces conclusions comporte des risques de préjudice, des conséquences³ qui peuvent être irréversibles et dont l'expert est imputable. Ce sont donc des évaluations différentielles ou multifonctionnelles de type diagnostic dont il s'agit. »⁴

Il est à noter que cette position est tout à fait cohérente avec celle du conseil d'administration de l'OPPQ qui, dès 2007, concluait que l'activité relative à l'évaluation en physiothérapie est réservée aux physiothérapeutes.

2 Le rehaussement de la formation initiale des physiothérapeutes au niveau de la maîtrise a permis principalement l'ajout de compétences liées à la capacité d'analyse, au raisonnement clinique et à l'autonomie professionnelle des physiothérapeutes tout au long de leur processus de travail. Ainsi, la formation de 2^e cycle amène les futurs cliniciens à appuyer leurs décisions, qui découlent de l'évaluation de la condition de chaque patient, sur des bases scientifiques. Le processus de raisonnement clinique doit donc nécessairement aboutir à une conclusion : le diagnostic du physiothérapeute. Une formation spécifique sur le processus décisionnel conduisant au diagnostic du physiothérapeute est maintenant donnée dans l'ensemble des universités du Québec.

3 L'intégration des T.R.P. à l'OPPQ a permis de camper dans un règlement (94m) le rôle de référent du physiothérapeute. L'évaluation diagnostique de celui-ci devient la pierre angulaire de la bonne prise en charge des patients par un T.R.P. en intradisciplinarité puisque, partageant le même champ de pratique, ces deux professionnels doivent continuellement communiquer entre eux dans l'intérêt supérieur des patients.

¹ La liste des membres du comité est présentée aux pages 8 à 12 du rapport Proposition d'une définition conceptuelle du diagnostic émis par le physiothérapeute.

² L'Ordre a donné une place privilégiée à ce sujet lors de ses congrès en 2010 et 2011. De nombreux outils sont offerts aux physiothérapeutes intéressés à en apprendre plus sur cette question : rapport Proposition d'une définition conceptuelle du diagnostic émis par le physiothérapeute en ligne, présentations PowerPoint en ligne, capsule d'information en ligne, cours de formation continue offerte au programme de l'Ordre, etc.

³ Proposition d'une définition conceptuelle du diagnostic émis par le physiothérapeute, p. 26.

⁴ Rapport des coprésidents de la Table d'analyse de la situation des techniciens œuvrant dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, février 2011, p. 20.

Un traitement équitable... ... des honoraires justes



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

Le Bureau du syndic reçoit fréquemment des questions du public et des membres portant sur la tarification des services par les professionnels de la physiothérapie et sur la durée des traitements. Le Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique prévoit une section complète sur la fixation et le paiement des honoraires¹.

HONORAIRES PROFESSIONNELS

La tarification exigée par les professionnels de la physiothérapie œuvrant dans le domaine privé peut varier d'une clinique à l'autre. Toutefois, il est important de rappeler que les honoraires demandés doivent être justifiés par la nature et les circonstances des services rendus.

Différents facteurs doivent être pris en considération dans l'établissement de vos honoraires professionnels. Le professionnel de la physiothérapie doit tenir compte, entre autres, de son expérience, de la difficulté et de l'importance du traitement dispensé, du temps consacré au traitement et de la possibilité que le service exige une compétence ou présente une caractéristique exceptionnelle. Il pourrait donc être acceptable qu'un professionnel de la physiothérapie prodiguant une approche de traitement particulière fixe des honoraires différents d'un collègue n'offrant pas ce type de traitement. Le code de déontologie prévoit aussi que le professionnel de la physiothérapie peut tenir compte du temps consacré au traitement pour établir sa tarification. Dans tous les cas, les professionnels exerçant dans le domaine privé ne peuvent présumer que leurs clients connaissent les tarifs des services qui leur seront rendus. Il est donc impératif d'informer le client des frais approximatifs des traitements et, si des modifications doivent être apportées, il est du devoir du professionnel de la physiothérapie d'en aviser le client le plus tôt possible².

DURÉE D'UN TRAITEMENT DE PHYSIOTHÉRAPIE

Les attentes des clients varient, notamment en fonction de leurs expériences passées en

physiothérapie ou dans d'autres domaines de la santé. Par exemple, des clients peuvent s'attendre à recevoir un traitement de physiothérapie d'une heure comme s'ils consultaient un massothérapeute. Selon différents critères, la durée d'une intervention en physiothérapie variera. C'est le cas, par exemple, du temps nécessaire à l'évaluation initiale, qui diffère de celui des traitements subséquents, ou des différents programmes, tels que le développement des capacités de travail dispensé auprès de la clientèle CSST.

Il demeure que chaque client a droit à votre attention et à votre disponibilité, sans égard au type de clientèle ou au tiers payeur qui en assumera les frais. Il arrive malheureusement que les clients se sentent traités différemment du fait qu'ils ne paient pas eux-mêmes leurs traitements. Nous n'avons qu'à penser, par exemple, aux clients CSST qui ont un traitement d'une demi-heure comparativement aux clients privés qui reçoivent un traitement d'une heure ou plus, et ce, pour un diagnostic semblable. Comment peut-on justifier qu'un client dont les traitements sont remboursés par un organisme payeur tel que la CSST ou la SAAQ ne reçoive pas le même traitement qu'un client qui débourse personnellement pour ses traitements? Nous vous rappelons que le membre doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle en ne montrant aucune préférence vis-à-vis d'une clientèle ou d'une autre³.

Par ailleurs, la fréquence et la nature des traitements doivent répondre aux besoins réels du client indépendamment du tiers payeur qui en assumera les frais. Ainsi, la fréquence des traitements de physiothérapie ne devrait pas être déterminée par les honoraires que vous recevrez d'un tiers payeur. À ce sujet, nous

vous rappelons que « Le membre doit éviter de poser ou de multiplier sans motif raisonnable des actes professionnels dans l'exercice de sa profession et doit s'abstenir de poser un acte inapproprié ou disproportionné au besoin de son client. »⁴ La fréquence de traitement doit permettre de répondre aux objectifs de traitement établi par le professionnel de la physiothérapie et non répondre à un besoin lucratif.

Les problèmes qui surviennent au moment du paiement des honoraires professionnels demandés au client sont généralement causés par une lacune dans l'information donnée aux clients quant à la tarification. Pour cette raison, il est préférable d'annoncer des honoraires de 60 \$ par traitement au lieu de 60 \$ pour un traitement d'une heure et expliquer au client que la durée du traitement peut varier d'une visite à l'autre selon les problèmes à traiter et les objectifs de traitement. Offrir à la clientèle un « demi-traitement » de physiothérapie sous-entend que le traitement ne répondra pas à tous les objectifs de l'intervention clinique. ■

LES MESSAGES À RETENIR :

- Les honoraires professionnels doivent refléter la nature et les circonstances des services rendus.
- Un traitement doit correspondre aux besoins réels du client, indépendamment du tiers payeur qui en assumera les frais.

¹ Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique, art. 66 à 75

² Id., art. 71

³ Id., art. 26

⁴ Id., art. 19

Vos obligations professionnelles vis-à-vis de la langue française



Par Marie-France Salvas
Avocate

Puis-je rédiger mon dossier de physiothérapie en anglais? Ai-je l'obligation de traduire le dossier du client en français? En tant que professionnel de la physiothérapie, vous avez peut-être déjà été confronté à ce genre de questionnement concernant l'usage du français dans vos communications avec vos clients ou dans votre rédaction de dossiers.

Dans un premier temps, il est important de mentionner que la Charte de la langue française (Charte) est la loi qui encadre, sous de multiples facettes, l'utilisation du français dans les milieux de travail. Plus précisément, la Charte prévoit des règles s'appliquant aux membres des ordres professionnels quant à la langue de communication avec leurs clients, de rédaction de leurs dossiers ou de traduction.

LANGUE DE COMMUNICATION

Selon la Charte, toute personne est en droit de s'attendre à ce que l'Administration, les services de santé et les services sociaux, les entreprises d'utilité publique, les ordres professionnels, les associations de salariés et les diverses entreprises exerçant au Québec communiquent avec elle en français¹.

En tant que professionnel de la physiothérapie exerçant au Québec, vous devez vous assurer que votre client saisit les informations que vous lui transmettez sur sa condition. Sachez également que vos clients sont en droit de s'exprimer en français et de s'attendre à recevoir leurs services dans cette langue.



© Kanan Tamman - iStockphoto

Nous vous rappelons que la base d'une bonne relation professionnelle s'établit sur la communication et la compréhension mutuelle entre le professionnel et son client.

LANGUE DE RÉDACTION ET DE TRADUCTION

La Charte prévoit que les documents qui sont versés au dossier clinique peuvent être rédigés en français ou en anglais, à la convenance du rédacteur. Par contre, elle prévoit aussi la possibilité pour les établissements de santé et de services sociaux d'imposer que les documents ou pièces soient rédigés exclusivement en français². Ainsi, un physiothérapeute ou un thérapeute en réadaptation physique pourrait décider de rédiger son dossier de physiothérapie en anglais dans la mesure où il n'y a aucune règle de son établissement qui lui impose de le rédiger en français.

Par contre, en tant que professionnel de la physiothérapie, si vous choisissez de rédiger un dossier de physiothérapie en anglais, vous devez savoir que vous aurez l'obligation de le fournir en français lorsque le client associé à ce dossier, un autre professionnel ou toute autre personne autorisée à avoir accès à ces documents en fera la demande. Il est à retenir que vous ne pouvez facturer de frais de traduction à la personne qui demande une copie du document en français³.

Enfin, rappelons que c'est en vertu de cette même loi que les ordres professionnels du Québec ne peuvent délivrer de permis qu'à des personnes qui ont une connaissance du français appropriée à l'exercice de leur profession⁴. ■

¹ Charte de la langue française, L.R.Q., c. C-11, article 2

² Id., art. 27

³ Id., art. 30.1

⁴ Id., art. 35

La trousse d'inspection professionnelle : des outils d'amélioration de la pratique quotidienne

N'attendez pas un avis d'inspection pour profiter de ses avantages

Même si l'inspection professionnelle est une activité formelle de surveillance de la pratique destinée à assurer la protection du public, tous les outils développés à cette intention constituent, lorsqu'ils sont utilisés au quotidien, des outils de base et de référence afin d'organiser ses propres suivis. En plus de permettre de vérifier si sa pratique est conforme aux règles de compétences, ils contribuent à planifier des activités de formation ou d'amélioration qui compenseront les lacunes décelées par le membre lui-même.

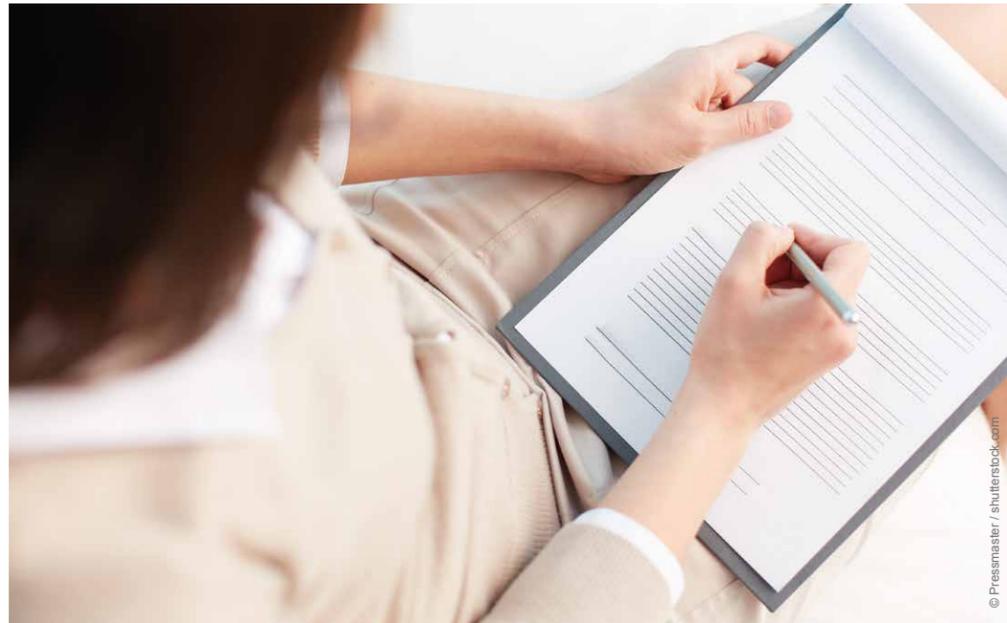
La plupart des documents inclus dans la trousse d'inspection vous offrent un bagage de renseignements susceptibles de vous accompagner dans vos activités d'amélioration continue.

Voici comment les utiliser dans votre quotidien.

Notez que tous les outils qui composent la trousse d'inspection se trouvent dans le site Web de l'Ordre, à la section « Inspection, Syndic et Règlements » de la rubrique « Membres ».



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



LE GUIDE SUR LA TENUE DES DOSSIERS ET LA GRILLE D'ÉVALUATION DE LA TENUE DES DOSSIERS

Le guide sur la tenue des dossiers constitue la référence ultime pour la tenue des dossiers. Chaque élément y est défini et appuyé d'exemples par clientèle. Rédigé en consultation avec des groupes d'experts, ce guide actualise le règlement sur la tenue des dossiers, qui a pour but d'encadrer, par son poids juridique, le contenu général des dossiers. Le guide fait constamment l'objet d'une mise à jour par les membres du comité d'inspection professionnelle (CIP), qui clarifient certaines définitions ou qui les enrichissent par de nouveaux exemples. Le document permet notamment de vérifier si une donnée est considérée comme essentielle à la clientèle traitée. De plus, étant structuré en fonction du modèle SOAPIE, reconnu par la majorité des professions de la santé, ce modèle favorise une approche logique, concise et systématique, non seulement dans

la rédaction du dossier, mais aussi dans le déroulement d'une séance d'évaluation ou de thérapie. Le guide sur la tenue des dossiers permet au clinicien de systématiser son approche clinique, à partir du moment où il accueille son client jusqu'au bilan final de ses interventions, en passant par l'évaluation, l'analyse des données et le traitement. Il réfère également à des éléments plus généraux, parfois subtils, mais combien importants à considérer, tels que les annotations, correspondances et autres documents relatifs aux services professionnels rendus ou encore, l'identification professionnelle ou la lisibilité des documents. La structure de ce guide peut même servir de modèle de formulaire. Comme chaque milieu clinique, qu'il soit public ou privé, présente des contingences qui lui sont propres (type de clientèle, approches particulières utilisées, exigences d'agents payeurs, présence d'autres intervenants professionnels, etc.), il revient à chacun de créer ses outils en les adaptant à sa réalité. Le grand point qui les rassemble demeure cette structure proposée par le guide sur la tenue des dossiers que l'Ordre offre à ses membres.

La grille d'évaluation de la tenue des dossiers, quant à elle, est un outil très intéressant pour le professionnel en physiothérapie lorsqu'il désire évaluer sa tenue des dossiers, ou encore, pour les comités de pairs qui ont comme mandat d'évaluer la tenue des dossiers entre collègues.

LE QUESTIONNAIRE SUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Que ce soit en début de nouvelle période de référence pour le Portfolio de la PACC ou afin de faire une révision périodique, remplir le questionnaire sur la pratique professionnelle représente un exercice de choix. C'est un excellent moyen pour le membre de revoir ses objectifs de formation en lien avec le formulaire A du Portfolio. À l'aide du questionnaire, le professionnel de la physiothérapie, qu'il soit clinicien ou non, peut en arriver à s'observer lui-même, à s'interroger régulièrement sur la pertinence de ses façons de procéder, à se remettre en question en quelque sorte — même lorsqu'il croit faire le bon geste — afin d'éviter la routine, les automatismes et la systématisation. Ce processus lui permet d'effectuer une réflexion en profondeur sur toutes les sphères de sa pratique quotidienne. Cet exercice de bilan réflexif est basé sur des principes de métacognition très utilisés en pédagogie. Le sujet étant très pertinent dans le cadre de l'amélioration des compétences, nous consacrerons une chronique entière à ce sujet dans les mois à venir. De plus, pour les gestionnaires, le questionnaire sur la pratique professionnelle représente un outil très intéressant pour bâtir ou compléter un processus d'évaluation annuelle des professionnels.

LE GUIDE SOAPIE

Ainsi qu'il a été mentionné plus haut, le guide sur la tenue des dossiers est structuré en fonction du modèle SOAPIE, reconnu par la majorité des professions de la santé. Le guide SOAPIE décrit les principes généraux relatifs à la tenue des dossiers, le contenu d'une évaluation initiale ainsi que les erreurs fréquentes à éviter dans la tenue des dossiers. Nous vous encourageons à le consulter occasionnellement, car ce document succinct peut vous rappeler les grandes lignes à respecter dans la tenue des dossiers.

DIAPORAMA EN LIGNE

Un diaporama intitulé *La tenue des dossiers en physiothérapie*, harmonisé au guide sur la tenue des dossiers et au guide SOAPIE, donne une valeur ajoutée à l'ensemble des outils de la trousse d'inspection.

Considérez-le comme votre premier cours en ligne sur la tenue des dossiers et sur le fonctionnement de l'inspection professionnelle. Il constitue une véritable source de réponses à la majorité de vos questions.

Rendez-vous dans la section Membres > Publications > Documents de référence.

À VENIR

Certains éléments d'importance concernant la trousse d'inspection :

> ATTRIBUTION DE HFC AUX MEMBRES VISÉS PAR UN AVIS FORMEL D'INSPECTION

Bonne nouvelle : en reconnaissance de l'importance du processus d'inspection ainsi que de l'investissement et de l'application qu'il exige, les membres qui auront été visés par un avis formel d'inspection professionnelle pourront désormais s'attribuer cinq HFC en activités autonomes d'apprentissage. Les membres auront la responsabilité de les consigner dans leur Portfolio en accord avec la *Politique d'amélioration continue des compétences* (PACC).

> POSSIBILITÉ DE REMPLIR LES DOCUMENTS À L'ÉCRAN

Il sera bientôt possible de remplir chacun des documents directement à l'écran.

> INSPECTION FORMELLE DU PORTFOLIO

La période 2010-2013 de votre Portfolio de formation continue étant terminée depuis le 31 mars dernier, il revient à la Direction de l'inspection professionnelle d'en vérifier le contenu. Par conséquent, le document *Grille d'inspection du Portfolio* fera désormais partie de la trousse d'inspection. Nous vous encourageons à remplir l'ensemble de votre Portfolio. Des consignes à cet effet seront ajoutées aux guides explicatifs. ■

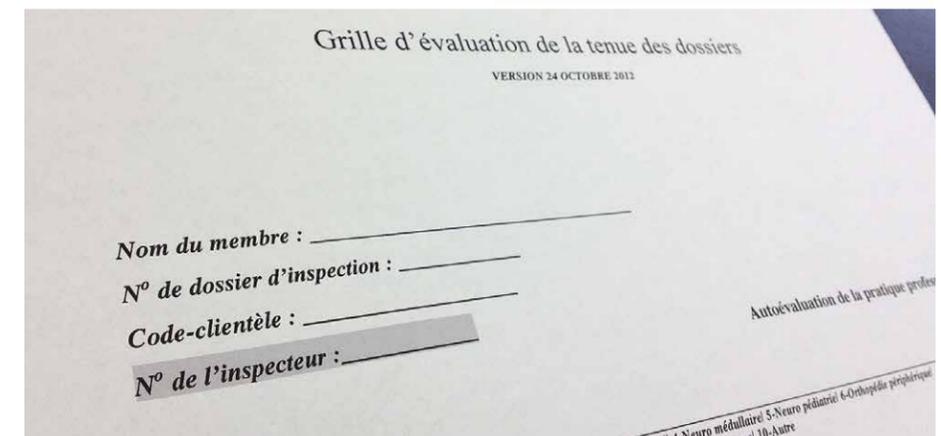
Une année bien remplie à l'inspection

Le 31 mars 2013 marquait la fin d'un cycle complet et officiel de l'utilisation de nos nouveaux outils d'inspection.

Au total, 1 031 activités — comprenant les autoévaluations, les visites de surveillance générale et les visites d'inspection particulières avec observation — ont été comptabilisées.

En touchant un grand nombre de membres, l'inspection s'assure de cibler les professionnels qui ont le plus besoin de nos services de soutien dans leur pratique.

Comme l'a exprimé une majorité des membres inspectés, même si le processus demande un peu de temps, son apport sur le plan professionnel est indéniable.



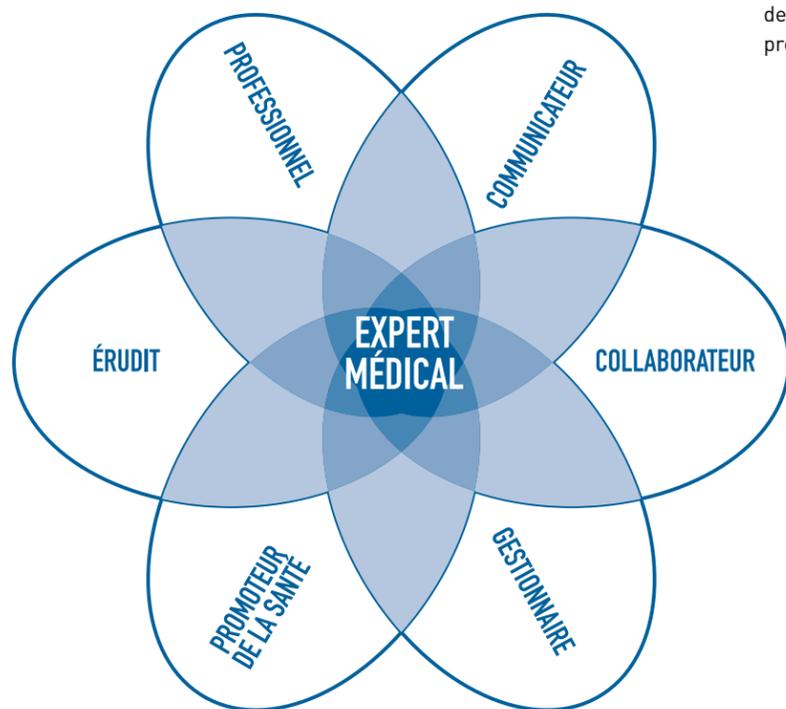
Les différentes facettes de la compétence du professionnel de la physiothérapie



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

Nous savons tous que le concept de compétence est complexe. Plusieurs définitions tentent de préciser et de cerner ce concept et il peut s'avérer laborieux de s'y retrouver. Chose certaine, tous s'entendent sur le fait que la compétence est multifactorielle : elle implique la mobilisation d'un ensemble de savoirs, d'attitudes et d'habiletés afin que le professionnel agisse de manière satisfaisante dans diverses situations.

Par conséquent, il est logique d'affirmer qu'un professionnel de la physiothérapie, afin d'être compétent, doit développer et maîtriser de nombreux savoirs, attitudes et habiletés, en plus des connaissances propres à la physiothérapie même. En d'autres mots, il doit développer et maîtriser de nombreuses compétences transversales. C'est précisément ce qu'ont voulu établir divers organismes canadiens de physiothérapie en produisant, en 2009, le document *Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada*. Inspiré par ce référentiel unique en matière de physiothérapie, l'Ordre a produit le pendant T.R.P., soit le *Profil des compétences essentielles des thérapeutes en réadaptation physique du Québec*, en 2010.



LE PROFIL DES COMPÉTENCES ESSENTIELLES : RÉFÉRENTIEL UNIQUE POUR LES PROFESSIONNELS DE LA PHYSIOTHÉRAPIE

Bien qu'il soit de plus en plus connu des professionnels de la physiothérapie, il est intéressant de présenter à nouveau ce référentiel et d'expliquer comment il s'applique à votre pratique.

Adapté du modèle bien connu du cadre de compétences des médecins CanMEDS, le *Profil des compétences essentielles* statue que les compétences gravitent autour de sept grands rôles. On y trouve évidemment le rôle central d'« expert » qui intègre toutes les compétences du professionnel pour agir à titre de chef de file dans son domaine. Le modèle présente également des rôles que tout professionnel doit assumer pour une pratique sûre et efficace. Il s'agit des rôles de communicateur, de collaborateur, de gestionnaire, de praticien érudit, de professionnel et de promoteur de la santé.

Source : Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds>

VOICI COMMENT CES RÔLES SE DÉFINISSENT EN PHYSIOTHÉRAPIE :

EXPERT

Les professionnels de la physiothérapie agissent à titre de chefs de file dans le domaine de la fonction et de la mobilité.

COMMUNICATEUR

Les professionnels de la physiothérapie communiquent efficacement pour créer des relations professionnelles avec les clients, leur famille, les autres professionnels et les partenaires.

COLLABORATEUR

Les professionnels de la physiothérapie travaillent efficacement, dans une approche de collaboration intradisciplinaire et interdisciplinaire, afin d'obtenir des soins de qualité optimale pour les clients.

GESTIONNAIRE

Les professionnels de la physiothérapie assurent la gestion de leur temps, des ressources et des priorités sur tous les plans de leur pratique afin d'arriver à une bonne pratique de la physiothérapie en général.

DÉFENSEUR ET PROMOTEUR DE LA SANTÉ

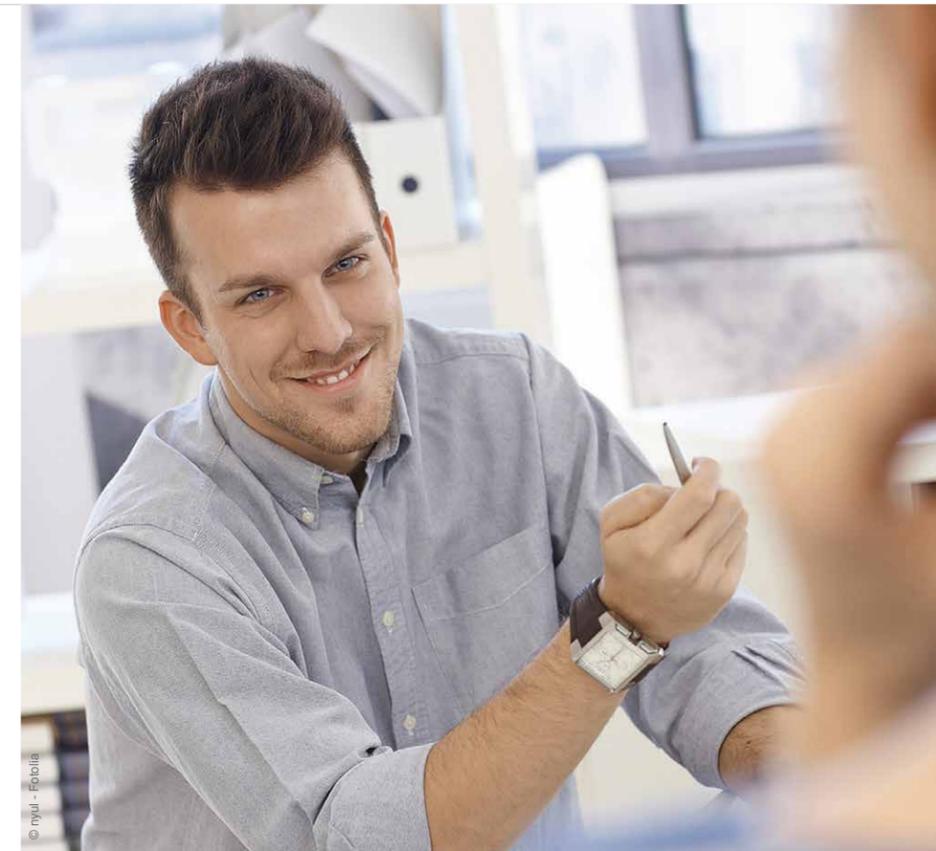
Les professionnels de la physiothérapie utilisent leur savoir et leur expertise de façon responsable pour promouvoir la santé et le bien-être de leurs clients individuels, des collectivités, de la population en général et de la profession.

PRATICIEN ÉRUDIT

Les professionnels de la physiothérapie sont engagés dans la formation continue, dans le but d'améliorer les résultats chez leurs clients.

PROFESSIONNEL

Les professionnels de la physiothérapie s'engagent à agir dans l'intérêt supérieur du client et de la société par des pratiques conformes à la déontologie, par le respect de la réglementation encadrant la profession et par des normes comportementales personnelles élevées.



DES PROJETS POUR ENCOURAGER LE DÉVELOPPEMENT DES RÔLES DU PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE

Conscient de l'importance que jouent ces sept rôles dans le développement de la compétence du professionnel de la physiothérapie, l'Ordre a élaboré et mis en œuvre plusieurs projets au cours des dernières années. Ces initiatives visaient à inciter les membres à acquérir des savoirs, des attitudes et des habiletés associés à tous les rôles du *Profil des compétences essentielles*.

La *Politique d'amélioration continue de la compétence* (PACC), entrée en vigueur le 1^{er} avril 2010, a été la première de ces initiatives. La PACC permet aux membres de cumuler des heures de formation continue (HFC) dans des activités d'apprentissage touchant toutes les compétences physiothérapeutiques, soit les sept rôles du *Profil des compétences essentielles*. L'Ordre encourage ainsi les membres qui en ressentent le besoin à se former dans des compétences autres que celles associées au rôle d'expert.

De son côté, la Direction de l'inspection professionnelle a innové, en 2011, en associant une partie du processus d'inspection au *Profil des compétences essentielles*. En instaurant un questionnaire

d'autoévaluation portant sur les sept rôles du professionnel de la physiothérapie, le nouveau processus d'inspection professionnelle permet d'apprécier et d'assurer la compétence « globale » des membres.

L'événement annuel de développement professionnel, *Physiothérapie 360°*, est un autre exemple d'activité par laquelle les professionnels de la physiothérapie peuvent se familiariser avec les différents rôles du professionnel de la physiothérapie. Différentes conférences portant, entre autres, sur les rôles de communicateur, de gestionnaire ou de collaborateur enrichissent chaque année la programmation de *Physiothérapie 360°*.

De plus, l'OPPQ profitera désormais de la publication de *Physio-Québec* pour présenter des articles en lien avec ces différents rôles. Dans ce numéro, vous trouverez donc deux chroniques de l'expert.

Dans un contexte où la pratique en physiothérapie se diversifie de plus en plus et où la reconnaissance de la compétence d'un professionnel ne peut reposer que sur son rôle d'expert, il est des plus pertinents de s'engager dans le développement des rôles décrits au *Profil des compétences essentielles*. Un expert, c'est bien, mais un expert-communicateur-collaborateur-gestionnaire-praticien érudit-professionnel-promoteur de la santé, c'est encore mieux ! ■

La fragilité chez la personne âgée : rôle de la physiothérapie



Par Denis Martel, physiothérapeute

M. Martel a consacré sa carrière à la gériatrie en milieu public, exerçant plus spécialement auprès d'une clientèle souffrant de problèmes d'ordre neurologique. Au fil des ans, il a développé une expertise sur la problématique des chutes auprès des personnes âgées. Professeur de clinique en physiothérapie à l'Université Laval, M. Martel est également formateur et conférencier à l'OPPQ et en milieu universitaire.

Une personne âgée frêle se reconnaît aisément à domicile, en milieu hospitalier et en clinique, mais comment la définir ? Même si le concept de la fragilité ne fait pas consensus dans la littérature, il se définit généralement par un état de précarité de la santé qui réduit la capacité de la personne âgée à faire face aux exigences de la vie, augmentant ou aggravant ainsi le risque de perte d'autonomie. La physiothérapie joue un rôle important en ce qui touche le dépistage, de même que pour la prévention et le traitement de la personne âgée en perte d'autonomie. La compréhension du concept de fragilité s'avère nécessaire pour bien définir notre rôle.

Cette catégorisation de la personne âgée permet de porter un regard global sur le vieillissement d'une population donnée. Le danger de la catégorisation réside dans le fait de vouloir à tout prix classer la personne devant soi dans une catégorie ou l'autre et ainsi empêcher une ouverture centrée sur l'entièreté de la personne.

La fragilité est accentuée par des facteurs précipitants ou coexistants d'ordre physiologique, psychologique, éducationnel, socio-économique ou liés aux habitudes de vie de la personne. L'âge avancé (surtout après 85 ans), l'absence d'exercice, l'alimentation inadaptée, les facteurs génétiques et immunologiques, les modifications hormonales, les pathologies as-

sociées, les médicaments et les facteurs environnementaux peuvent diminuer la capacité de résilience de la personne âgée. Ils expliquent les nombreuses consultations médicales, le plus souvent à l'urgence, sous le couvert d'un syndrome confusionnel, d'une chute, d'incontinence, d'alitement, de déconditionnement, de perte d'autonomie et d'escarres...

Les conséquences de la fragilité sont : les personnes âgées vivant à domicile présentent un plus haut risque de perte d'autonomie et d'hospitalisation. De plus, elles recourent davantage aux services de santé et elles les utilisent plus longtemps qu'une personne non fragilisée. Les personnes âgées hospitalisées présentent en effet une durée de séjour de

24,8 jours comparativement à 12,9 jours pour les personnes âgées non fragilisées. De plus, la fragilité multiplie le risque d'être institutionnalisés par 9 sur une période de 5 ans.

Le dépistage de la fragilité s'avère nécessaire afin d'optimiser la prise en charge rapide, tant médicale que paramédicale. Il doit tenir compte du caractère multifactoriel de la fragilité et nécessite une approche holistique à laquelle participe le physiothérapeute. Plusieurs outils existent pour dépister la fragilité, dont les deux présentés dans les encadrés ci-contre. Le premier outil se base sur des mesures physiologiques, le second utilise une mesure de santé et d'autonomie. Un troisième outil, l'Edmonton Frail Scale, validé par Rolfson

et coll. en 2006, inclut les facteurs de risque suivants : physique, cognitif, psychosocial et environnemental. Je vous invite fortement à consulter cet outil de référence. Le caractère multifactoriel de la fragilité nécessite une organisation interdisciplinaire des services de santé. Celle-ci vise la promotion de la santé, la prévention, le dépistage et le traitement de la personne âgée fragilisée, car cette condition est réversible dans certains cas.

Le rôle de la physiothérapie est déterminant dans le dépistage, le maintien et l'amélioration de l'autonomie de la personne âgée fragilisée. Les professionnels de la physiothérapie sont reconnus pour leur jugement clinique et leur utilisation de mesures fiables et précises, contribuant ainsi à un dépistage et à un suivi physiothérapeutique efficace et efficient de la personne âgée. À cet effet, le tableau à la page suivante présente différents critères de mesure utilisés en physiothérapie et leur valeur en fonction de la catégorie de vieillissement. Par respect des droits d'auteurs, nous devons le présenter en anglais. Toutefois, considérez que les différentes catégories se définissent comme suit selon Schwartz¹:

«**FUN** is the physical ability to do whatever one wants, whenever one desires, for as long as desired.», c'est-à-dire que la catégorie *Fun* est la capacité physique de faire ce que l'on veut quand on le veut et aussi longtemps qu'on le veut, ce qui pourrait correspondre au vieillissement réussi.

«**FUNCTION** category represents those who have to make choices about their activity based on some decreased physical capacity.», soit que la catégorie *Function* implique que la personne doit faire des choix en ce qui concerne ses activités en raison d'une capacité physique diminuée, ce qui pourrait correspondre au vieillissement habituel.

«**FRAIL** category includes those who require help with instrumental and basic activities of daily living.», en d'autres mots, la catégorie *Frail* inclut les personnes qui ont besoin d'aide pour les activités de base du quotidien, ce qui pourrait correspondre à la fragilité.

«**FAILURE** category includes those who are completely dependent and often bedbound.», ce qui signifie que la catégorie *Failure* comprend les personnes qui sont entièrement dépendantes et souvent alitées, ce qui pourrait correspondre au vieillissement pathologique.



FRIED (2001) PROPOSE CINQ MARQUEURS PHYSIOLOGIQUES :

- 1 Perte de poids involontaire : > 4,5 kg dans la dernière année.
- 2 Faiblesse musculaire de la préhension : < 10,4 kg chez les femmes et < 14,5 kg chez les hommes, soit < 20^e percentile de la valeur normale pour une personne âgée de > 65 ans.
- 3 Fatigue ou épuisement : autoévaluation (réponse à deux questions du CES-D Scale)².
- 4 Vitesse de marche lente, en fonction de la taille et du genre : 65,7 cm/s à 75,6 cm/s ou < 20^e percentile de la valeur normale correspondant à l'âge, à la taille et au genre.
- 5 Bas niveau d'activité : < 20^e percentile, soit < 383 kcal/semaine chez les hommes et < 270 kcal/semaine chez les femmes.

La présence de trois marqueurs physiologiques sur cinq permet de conclure à la fragilité de la personne âgée. L'état « préfragile » est signalé par la présence d'un ou de deux marqueurs physiologiques.

ROCKWOOD (2005) PROPOSE UN OUTIL À SEPT NIVEAUX SELON L'ÉTAT DE SANTÉ ET L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE ÂGÉE :

- 1 Santé excellente, en forme, active, énergique et motivée
- 2 Bonne santé sans maladie active
- 3 Bonne santé avec comorbidité traitée et asymptomatique
- 4 Apparemment vulnérable (ralenti ou morbidité symptomatique)
- 5 Fragilité légère (IADL modérément perturbée)
- 6 Fragilité moyenne (besoin d'aide pour les BADL³ et les IADL⁴)
- 7 Fragilité sévère (incapacité pour toutes les BADL ou phase terminale de pathologie)

Cet outil a une valeur prédictive de fragilité, d'institutionnalisation et de mortalité. Un résultat de 1 à 3 prédit un faible risque d'institutionnalisation et de mortalité. Un résultat de 6 à 7 prédit un risque élevé d'institutionnalisation et de mortalité.

OÙ SE SITUE LA FRAGILITÉ EN FONCTION DES DIFFÉRENTS TYPES DE VIEILLISSEMENT ?

VIEILLISSEMENT RÉUSSI

CARACTÉRISÉ PAR

- Une absence ou une atteinte minime des fonctions physiologiques, sans pathologie;
- La présence de ressources* suffisantes;
- Un entourage social.

VIEILLISSEMENT HABITUEL

CARACTÉRISÉ PAR

- Des atteintes considérées comme physiologiques, liées à l'âge, de certaines fonctions, mais sans pathologie bien définie.

FRAGILITÉ

CARACTÉRISÉ PAR

- Un état d'instabilité avec risque de perte fonctionnelle ou aggravation de la perte fonctionnelle existante.

VIEILLISSEMENT PATHOLOGIQUE

CARACTÉRISÉ PAR

- La présence de maladies;
- Un état de dépendance;
- Très peu ou pas de ressources*;
- L'isolement social.

* Ressources permettant la résilience

¹ Source : Guccione A.A., Wong R.T., Avers D., Geriatric physical therapy, Elsevier, 2012, pages 66 et 67.

² Center for Epidemiological Studies—Depression Scale : Les sujets se font demander « Combien de fois au cours de la dernière semaine avez-vous eu le sentiment que 1) tout ce que vous faisiez vous demandait un effort ou 2) que vous étiez incapable de commencer quelque chose ? »

³ BADL : se nourrir, s'habiller, se laver, se soigner, prendre ses médicaments.

⁴ IADL : utiliser les transports en commun, magasiner, faire l'épicerie, le ménage et le lavage.

TABLE 5-1 ESTIMATED VALUES FOR FUNCTIONAL MARKERS

	FUN	FUNCTION	FRAIL	FAILURE
Gait speed	> 1.5 m/sec	0.8-1.5 m/sec	0.3-0.8 m/sec	< 0.3 m/sec
Six-minute walk test	> 500 m	350-500 m	200-350 m	< 200 m
Chair rise 30 sec without hands	> 15 repetitions	8-15 repetitions	< 8 repetitions	Unable
Stair climbing 10 stairs	> 10 sec without rails	10-30 sec with or without rails	30-50 sec with rails	Unable
Floor transfer	> 10 sec without assist	10-30 sec with or without rails	> 30 sec with assist	Unable

The categories indicate what may be necessary to move an older adult to the next higher category, a worthwhile goal if physical therapists are to have a significant impact on mobility disability.
m: meter; m/sec : meters per second; sec: seconds.

Les interventions multifactorielles personnalisées en physiothérapie ciblent prioritairement l'activité physique adaptée à la personne fragilisée, la prévention des chutes et des blessures et la sécurité, tout en ayant une préoccupation holistique.

L'exercice physique adapté à la condition de la personne âgée peut améliorer les principaux indicateurs physiologiques de la fragilité, aider à conserver un état psychosocial sain, de même qu'amoindrir la peur de tomber. Il est de plus en plus reconnu que l'exercice physique a une influence positive sur l'humeur et la cognition. Les principaux types d'exercices étudiés par les chercheurs incluent le tai-chi, le renforcement musculaire, la flexibilité, l'endurance cardiovasculaire, l'équilibre et l'entraînement fonctionnel. L'intensité et la fréquence des exercices varient d'une recherche à l'autre en raison de l'hétérogénéité des études. L'efficacité du traitement diffère pour les mêmes raisons. En conclusion, le professionnel de la physiothérapie participe significativement au mieux-être de la personne âgée fragilisée. ■

Références bibliographiques :

Daniels R., Rossum E. van, Metzeltin S., Sipers W., Habets H., Hobma S., Heuvel W. van den, Witte L. «A disability prevention programme for community-dwelling frail older persons», *Clinical Rehabilitation*, 25(11), 2011.

Daniels R., Rossum E. van, Witte L., Heuvel W. van den. «Frailty in Older Age: Concepts and Relevance for Occupational and Physical Therapy», *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, Vol. 27(2), 2008.

Fried L.P., Tangen C.M., Walston J., Newman A.B., Hirsch C., Gottdiener J., Seeman T., Tracy R., Kop W.J., Burke G., McBurnie M.A. «Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype», *Journal of Gerontology: medical science*, Vol. 56A (3), 2001.

Gonthier R., Blanc P., Farce S., Stierlam F. «Individualisation des personnes âgées fragiles et filière de soins», *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, Vol. 1(3), 2003.

Guccione A.A., Wong R.T., Avers D. *Geriatric physical therapy*, Elsevier, 2012.

Hubbard R.E., O'Mahony M. S., Woodhouse K.W. «Characterising frailty in the clinical setting — A comparison of different approaches», *Age and ageing*. Vol. 38(1), 2009.

Lee P-H., Lee Y-S., MD, Chan D.-C. «Interventions targeting geriatric frailty: A systemic review», *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics* 3, 2012.

Makary M.A., Segev D.L., Pronovost P.J., Syin D., Bandeen-Roche K., Patel P., Takenaga R., Devgan L., Holzmueller C.G., Tian J., Fried L.P. «Frailty as a Predictor of Surgical Outcomes in Older Patients», *Journal American College of Surgeons*, Vol. 210, No 6, juin 2010.

Martin F.C., Brighton P. «Frailty: different tools for different purposes?», *Age and Ageing*, Vol. 37(2), 2008.

Nowak A., Hubbard R.E. «Falls and frailty : lessons from complex systems», *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 102(3), mars 2009.

Rockwood K. «Frailty and its definition: a worthy challenge», *J Am Geriatr Soc*, Vol. 53:1069-70, 2005.

Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D.B., McDowell, I. «A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people», *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 173(5), 2005.

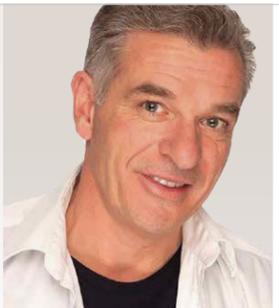
Rolfson D.B., Majumdar S.R., Tsuyuki R.T., Tahir A., Rockwood K. «Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale», *Age and ageing*, Vol. 35, No 5, 2006.

Schwartz RS. «Sarcopenia and physical performance in old age: introduction», *Muscle Nerve Suppl*, 5, 1997, S10-S12.

Trival Ch. «Le syndrome de fragilité», *Revue Médicale Suisse*, N° 677, 2000.

CHRONIQUE DE L'EXPERT

Mieux comprendre les besoins du client



Par Michel Bélanger
Consultant en gestion de profession

Scène familière pour la plupart d'entre vous, car vous répétez ce scénario quotidiennement depuis plusieurs années : M. Tremblay se présente à vous avec une demande de soin libellée par son médecin. Le diagnostic semble clair pour le médecin et pour vous, surtout que vous avez en main les résultats de la radiographie du client. Fort de cette information et des renseignements contenus dans le document rempli par M. Tremblay dans la salle d'attente, vous vous présentez à lui et commencez le traitement.

Vous êtes-vous demandé ce que M. Tremblay pouvait vivre au cours de ce processus? Outre l'apaisement de ses maux physiques, se pourrait-il que M. Tremblay ait d'autres besoins non exprimés? Se pourrait-il que le fait de ne pas poser ce genre de questions augmente les statistiques sur l'insatisfaction des patients vis-à-vis des soins de santé?

Le fait de ne pas se questionner sur les différents niveaux de besoins de M. Tremblay garde votre intervention au premier niveau, celui de la demande explicite. La demande explicite constitue la demande initiale de traitement, c'est souvent celle qui établit le cadre de votre intervention.

C'est un phénomène connu en communication que derrière toute demande explicite se cache une demande implicite, c'est-à-dire une demande non exprimée qui va au-delà, dans le cas de la physiothérapie, des malaises physiques. Par exemple, ces demandes implicites pourraient être : «je voudrais être rassuré, je voudrais verbaliser mes craintes, mes besoins, mes objectifs...». Bref, le client veut du soulagement, mais

il veut aussi que l'on discute de ses autres besoins, ceux qu'il ne nommera pas toujours. Il faut donc que votre approche se fasse en tenant compte de cet autre niveau de besoins.

Par exemple, M. Tremblay se souvient de sa tante qui a eu un problème similaire au sien (du moins le perçoit-il ainsi) et qui s'est vue limitée dans ses mouvements pendant le reste de sa vie à cause de cet incident. Il arrive donc avec une certaine appréhension envers le traitement. Il se demande : «Vais-je guérir complètement? Vais-je avoir des douleurs après le traitement ou des limitations à la suite de la thérapie?» Il est inquiet, il a besoin d'être rassuré. Comme c'est souvent le cas, le thérapeute qui s'occupe de lui ne lui a pas posé de questions sur ses peurs, craintes ou perceptions. Il fera donc une intervention qui se limite au niveau explicite, sans tenir compte de la demande implicite qui est «rassurez-moi!».

Il convient donc dans votre travail d'intervenant de comprendre un peu plus ce qui se passe dans l'univers de M. Tremblay. A-t-il ce genre de problématique? Est-il conscient ou pas des séquelles potentielles? Des risques de récurrence? A-t-il des demandes non exprimées qui mériteraient qu'on s'y attarde?

Pour remédier à cette situation, vous pourriez poser des questions différentes. En entrant dans l'univers du client, vous pourriez comprendre ce qui l'aidera ou le limitera dans sa prise en charge de sa part du processus thérapeutique. Au cours de votre première rencontre, celle qui vous sert à connaître les besoins du client, vous pourriez l'interroger

M. Bélanger est psychosociologue de formation. Il a œuvré dans le domaine de la santé pendant plusieurs années avant de travailler auprès d'entreprises dans le domaine des ressources humaines et du développement organisationnel. Il est associé au groupe Créacor. Il se spécialise dans la compréhension des besoins des individus dans leur milieu de travail et enseigne au certificat en gestion des organisations de l'Université Laval.

un peu plus sur sa compréhension de son malaise et, surtout, sur ses propres objectifs de guérison.

Par exemple, vous pourriez mesurer son degré de conscience de la gravité du trauma. Vous pourriez mesurer ses objectifs de guérison et évaluer la manière dont il compte composer soit avec une limitation, soit avec des séquelles plus ou moins permanentes. Vous pourriez l'interroger sur ses craintes, ses perceptions et sa compréhension des causes de ce malaise qui l'amène à vous.

Allons plus loin : et si votre questionnaire de demande d'information initiale comportait ce genre de questions? Si vous y inscriviez des questions ayant trait aux objectifs du client, à sa compréhension de la gravité de ses maux, au processus de réhabilitation, aux exercices à faire entre les traitements ou à son engagement envers sa maladie?

Vous pourriez prendre un peu plus de temps à la première rencontre pour mesurer ses perceptions, parce que sa perception est sa réalité. Vous pourriez aussi, à la fin du traitement, mesurer sa perception des soins reçus et de son état. En faisant avec lui cet effort de compréhension mutuelle, vous serez à même de comprendre son état d'esprit et son niveau de satisfaction des soins reçus. Surtout, vous aurez travaillé au second niveau, celui de l'implicite. Vous aurez créé une relation satisfaisante (pour vous et pour lui) et vous aurez répondu au besoin fondamental du client, celui d'être reconnu! ■



Le virtuel devient-il réalité en réadaptation ?

La réalité virtuelle peut se définir comme un environnement artificiel généré par ordinateur dont on fait l'expérience à travers nos sens (www.m-w.com). Les informations sont habituellement recueillies par la vision et l'audition, mais aussi parfois par le toucher et même l'odorat. Une caractéristique importante de la réalité virtuelle est son aspect interactif, en temps réel, qui existe entre la personne et l'environnement. Dans cette situation, la personne peut interagir avec l'environnement et en expérimenter les effets, ce qui n'est pas possible avec d'autres technologies non interactives comme la télévision.



Anouk Lamontagne,
pht, Ph. D.
Professeure,
École de physiothérapie
et d'ergothérapie
Université McGill
Chercheuse, Hôpital juif de
réadaptation
Centre de recherche
interdisciplinaire
en réadaptation
du Montréal métropolitain



La technologie de la réalité virtuelle se classe en deux types : (1) les installations complexes et sophistiquées, souvent destinées à la recherche, mais dont l'utilisation et le coût semblent devenir de plus en plus accessibles et (2) les installations qui fonctionnent sur les mêmes principes, mais qui peuvent être qualifiées de « plus conviviales », moins sophistiquées et moins coûteuses. Ce dernier type inclut notamment les plateformes développées par l'industrie du jeu électronique (Wii, Kinect, etc.). Celles-ci contiennent des applications destinées au grand public qui peuvent avoir une utilité en réadaptation.

PALLIER LE RISQUE DE LA RÉALITÉ

En plus de s'être solidement implantée dans l'industrie du jeu électronique, la réalité virtuelle est utilisée dans plusieurs domaines, notamment dans l'acquisition de compétences spécialisées, qui comporterait un risque important dans la réalité. C'est le cas de l'entraînement en chirurgie, du pilotage d'avion ou encore de l'entraînement au combat.

Dans le domaine de la psychologie, la réalité virtuelle s'est imposée comme une approche valable pour faciliter le traitement des troubles anxieux, des phobies et du syndrome post-traumatique, car elle permet d'exposer un sujet graduellement et de manière contrôlée aux stimuli et contextes qui sont problématiques pour lui. L'étude de ses effets sur la réadaptation des mouvements et de la fonction auprès de personnes ayant un trouble neurologique fait maintenant l'objet d'un nombre grandissant de projets de recherche, que ce soit en réadaptation vestibulaire, en réadaptation du

membre supérieur ou encore en réadaptation locomotrice.

DES AVANTAGES CERTAINS

En quoi consistent les avantages de la réalité virtuelle? Tout d'abord, la nature « paramétrable » de cette technologie qui permet de contrôler avec exactitude les caractéristiques et le niveau de difficulté de la tâche, afin d'offrir au participant un entraînement spécifique, adapté à son niveau sur les plans de la difficulté, de l'intensité, et du nombre de répétitions. Ainsi, un participant ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) peut s'entraîner de façon répétée à atteindre des cibles avec le bras parétique, lesquelles sont disposées de façon à offrir un niveau de difficulté croissant^[1].

La réalité virtuelle permet également d'évaluer et d'entraîner les participants dans des tâches complexes de la vie quotidienne où les systèmes moteurs, sensoriels et cognitifs interagissent. Des personnes ayant subi un AVC peuvent par exemple être évaluées quant à leur capacité à marcher tout en évitant des obstacles en mouvement, sans se déplacer à l'extérieur et courir le risque d'entrer en collision avec des obstacles réels^[2]. Elles peuvent aussi être entraînées à décider du moment opportun de traverser une rue, à traverser celle-ci dans les temps requis et à se rendre à destination malgré la présence de distractions visuelles et sonores^[3]. Récemment, des chercheurs du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR) ont travaillé au développement d'un centre commercial virtuel qui permet d'évaluer et d'entraîner à des tâches complexes (se déplacer, trouver son chemin, faire ses achats), dans le cadre du projet *Mall : A Rehabilitation Living Lab* (www.crir-livinglabvivant.com).

Un autre aspect intéressant de la réalité virtuelle consiste en la possibilité de donner aux participants une rétroaction quant à leurs résultats (succès ou échec à la tâche) et la façon dont la tâche a été accomplie (trajectoire du bras, temps de marche, etc.). Enfin, la combinaison de l'aspect ludique, du niveau croissant de difficulté et de la présence de récompenses (comme le pointage et le passage aux niveaux de difficulté supérieure) font de la réalité virtuelle un outil motivant pour les utilisateurs.

EN QUÊTE DE DONNÉES PROBANTES

Malgré ces avantages, certaines questions sur la réalité virtuelle méritent d'être posées.



Est-ce que la réalité virtuelle fonctionne? Est-elle supérieure à la thérapie classique? Les réponses ne sont pas simples, car les résultats varient en fonction du protocole de réadaptation, de la clientèle et des mesures de résultats examinés, de même que de la qualité des études scientifiques. Par exemple, les données sont probantes quant à la capacité de la réalité virtuelle à améliorer la fonction motrice du membre supérieur chez les personnes ayant un AVC chronique^[4]. Les données seraient également probantes quant à l'usage de la réalité virtuelle pour améliorer la récupération locomotrice post-AVC^[5]. Chez les enfants atteints de paralysie cérébrale, la réalité virtuelle pourrait se révéler un outil prometteur pour améliorer les fonctions motrices, bien qu'on ne puisse conclure, du moins pour l'instant, à sa supériorité par rapport aux interventions habituelles^[6].

Le virtuel devient-il réalité en réadaptation? Il semble que cette éventualité se rapproche, mais des étapes essentielles restent à franchir. En plus d'effectuer davantage d'études sur ses effets dans des domaines ciblés, des analyses du rapport coût-efficacité, de la sécurité liée à son utilisation, de même que de la perception des cliniciens et utilisateurs sont nécessaires. Dans un avenir proche, la réalité virtuelle pourrait bien faire partie de la trousse à outils du thérapeute et se révéler une approche motivante qui permet aux utilisateurs de s'engager dans des activités difficiles à réaliser autrement dans des installations de réadaptation. ■

Références

1. Subramanian, S. et coll. «Virtual reality environments for post-stroke arm rehabilitation», *J Neuroeng Rehabil*, 2007, 4: p. 20.
2. Aravind, G. et A. Lamontagne. «Ability of subjects with post-stroke visuospatial neglect to avoid dynamic obstacles while walking in a virtual environment», 13th Research Colloquium in Rehabilitation, 2012, Montréal.
3. Fung, J. et coll. «A treadmill and motion coupled virtual reality system for gait training post-stroke», *Cyberpsychol Behav*, 2006, 9(2): p. 157-62.
4. Foley, N. et coll., «Upper extremity interventions», EBRSR: Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation, R. Teasell, Editor, 2012, p. 171 (mise à jour : www.ebrsr.com).
5. Foley, N. et coll., «Mobility and the lower extremity», EBRSR: Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation, 2012, p. 174 (mise à jour : www.ebrsr.com).
6. Tatla, S. et coll., «Evidence for outcomes of motivational rehabilitation interventions for children and adolescents with cerebral palsy: an American Academy for Cerebral Palsy and Developmental Medicine systematic review», *Dev Med Child Neurol*, 2013. (publication consultée avant impression, le 29 mars 2013, à doi:10.1111/dmcn.12147).

¹ Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain

Quantification de l'équilibre debout chez les enfants et adolescents ayant survécu à une tumeur cérébrale de la fosse postérieure

Récipiendaire d'une bourse d'études octroyée par l'OPPQ dans le cadre de son projet de maîtrise de type recherche, Mme Turner présente dans cette chronique les résultats de ses travaux.
Directeurs de recherche : D^r Dany Gagnon, pht, Ph. D. et D^{re} Isabelle Gagnon, pht, Ph. D.



Par Melissa Turner, pht
Candidate, M. Sc. en sciences de la réadaptation
École de réadaptation, Faculté de médecine
Université de Montréal
Physiothérapeute
Hôpital de Montréal pour enfants
Centre universitaire de santé McGill

En raison des progrès dans le traitement des tumeurs cérébrales pédiatriques, les enfants et les adolescents survivent plus longtemps après l'annonce de ce diagnostic ⁽¹⁾. C'est pourquoi l'on s'intéresse de plus en plus au devenir à long terme de cette population. Plusieurs domaines tels que la cognition, les besoins médicaux, la performance scolaire et, dans une moindre mesure, la performance motrice ont été explorés chez les enfants et adolescents survivant à une tumeur cérébrale ^(2,3). Dans la pratique clinique en physiothérapie, nous observons que le maintien de l'équilibre en position debout représente un défi pour plusieurs de ces enfants et adolescents, sans pouvoir s'appuyer sur des données empiriques claires. Malgré un intérêt grandissant pour la question du devenir des survivants à une tumeur cérébrale pédiatrique, l'évaluation de leur équilibre est souvent négligée.

LES OBJECTIFS DE NOS TRAVAUX ÉTAIENT :

- 1 d'examiner la littérature portant sur l'équilibre chez les survivants de tumeur cérébrale pédiatrique;
- 2 de comparer l'équilibre debout et la qualité de vie entre les survivants et un groupe témoin; et
- 3 d'examiner l'association entre l'équilibre debout et la qualité de vie chez les survivants.

MÉTHODOLOGIE

Pour répondre au premier objectif, une analyse structurée de la littérature a été complétée. Les mots-clés «neoplasm», «psychomotor control» et «postural balance» ont été combinés pour une recherche dans cinq bases de données différentes (Medline, CINAHL, PsycINFO, EMBASE et PEDro). Les titres et abrégés des articles ont été examinés pour leur pertinence selon des critères prédéterminés. Les articles inclus dans l'analyse ont été classés selon les critères du *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence* ⁽⁴⁾.

Une étude transversale comparant l'équilibre debout et la qualité de vie entre un groupe de survivants à une tumeur cérébrale pédiatrique de la fosse postérieure et un groupe d'enfants et adolescents sains a ensuite été réalisée avec l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital de Montréal pour enfants du Centre universitaire de santé McGill. *Participants* : Un groupe expérimental de six enfants ou adolescents ayant survécu à une tumeur cérébrale ont été recrutés à la Clinique de neuro-oncologie de l'Hôpital de Montréal pour enfants. Les participants, âgés de 5 à 18 ans, devaient avoir complété avec

succès depuis au moins 6 mois un traitement neurochirurgical, radio-oncologique ou de chimiothérapie pour une tumeur cérébrale de la fosse postérieure et devaient pouvoir se tenir debout sans aide pendant une minute pour être admissibles à cette étude. Un groupe témoin a été apparié aux enfants et adolescents survivants selon l'âge et le genre. Le consentement et l'assentiment des participants et de leurs parents ont été obtenus avant le début de l'étude. *Collecte de données* : Lors de l'évaluation, le poids et la taille des enfants de même que leurs amplitudes articulaires, la force musculaire des membres inférieurs ainsi que la sensibilité des pieds furent mesurés. L'évaluation de l'équilibre fut effectuée à l'aide du *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency-2nd edition* (BOT-2) et du *Pediatric Balance Scale* (PBS) ^(5,6). Finalement, tous les enfants et leurs parents ont rempli le *Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL4.0) ⁽⁷⁾. *Analyses statistiques* : Pour comparer les résultats de l'équilibre debout ainsi que la qualité de vie entre les deux groupes, mesurés à partir des outils cliniques, des tests U de Mann-Whitney ont été effectués. L'association entre les différentes mesures d'équilibre et celles de la qualité de vie a été vérifiée avec des coefficients de corrélation de Spearman.

RÉSULTATS

Notre recension de la littérature a montré que les survivants d'une tumeur cérébrale pédiatrique présentent des troubles de l'équilibre. Cependant, les limites méthodologiques des études nous empêchent de conclure de manière définitive sur les répercussions de ces difficultés. On note parmi les limites des écrits recensés l'insuffisance

de recherches axées sur le cadre clinique, l'absence d'évaluations de l'équilibre dynamique et, finalement, le manque d'études visant à expliquer comment les troubles d'équilibre affectent les survivants dans la vie quotidienne. [Pour plus de détails, veuillez consulter l'article publié dans *L'European Journal of Cancer Care* ⁽⁸⁾.]

Le projet de recherche clinique a donné plusieurs résultats intéressants. Six survivants de tumeurs cérébrales de la fosse postérieure (tous des garçons, diagnostiqués entre 4 et 11 ans) ont été recrutés pour participer à cette étude. Pour ce qui est de la performance lors des mesures cliniques de l'équilibre, les scores au PBS étaient similaires pour les deux groupes et ont montré un effet plafond important. Par contre, la sous-échelle d'équilibre du BOT-2 a révélé une différence significative dans les capacités d'équilibre debout entre les deux groupes ($p=0,004$). Les survivants présentaient une capacité d'équilibre sous la moyenne comparativement au groupe témoin qui se trouve dans la moyenne selon les normes proposées par ce test.

La qualité de vie, mesurée par le PedsQL4.0, se situait parmi les valeurs normatives pour les deux groupes d'enfants et adolescents ⁽⁹⁾. De plus, les participants et leurs parents ont coté la qualité de vie de manière similaire. Pour explorer l'association entre la capacité d'équilibre et la qualité de vie, le BOT-2 a été utilisé, car le PBS a montré un effet plafond. Une bonne association ($= 0,715$) a été quantifiée entre les scores dans le domaine physique du PedsQL4.0 et le BOT-2.

RETOMBÉES CLINIQUES

Les résultats de cette étude montrent que les enfants et adolescents ayant survécu à une tumeur cérébrale de la fosse postérieure présentent des troubles d'équilibre persistants. Cela suggère qu'un suivi à long terme en physiothérapie pourrait être nécessaire pour cette population. Par exemple, il pourrait être recommandé que tous les survivants de tumeurs cérébrales pédiatriques subissent un dépistage de leur capacité d'équilibre une fois leur traitement complété. Selon les résultats de la présente étude, la sous-échelle d'équilibre de BOT-2 pourrait être un outil sensible à utiliser. Même si les qualités psychométriques n'ont pas été étudiées dans cette population, le BOT-2 est un outil facile à administrer avec des valeurs normatives. Si ce dépistage révèle des difficultés d'équilibre chez un patient, une évaluation clinique ou en laboratoire plus complète et un plan d'intervention individualisé seraient indiqués.

Bien que les enfants et adolescents ayant survécu à une tumeur cérébrale de la fosse postérieure rapportent une qualité de vie comparable aux normes, les résultats de la présente étude suggèrent qu'une meilleure capacité d'équilibre debout pourrait être liée à de plus hauts scores du domaine physique de la PedsQL4.0. Ceci suggère que l'amélioration de l'équilibre debout des survivants serait bénéfique à leur qualité de vie. Il serait probablement utile de développer des programmes locaux et interdisciplinaires qui visent à suivre tous les survivants de tumeurs cérébrales pédiatriques afin de répondre à leurs besoins en réadaptation à long terme.

LIMITES

La limite la plus évidente de cette étude est le petit nombre de sujets recrutés. Plusieurs facteurs entrent en ligne de compte, mais de toute façon, des résultats significatifs ont été obtenus. Mentionnons comme autres limites que l'évaluation des participants n'a pas été faite à l'aveugle et que l'ébauche de cette étude transversale ne permettait pas d'étudier l'évolution de la capacité d'équilibre des survivants dans le temps.

CONCLUSIONS

Avec l'amélioration de la survie des enfants et adolescents ayant reçu un diagnostic de tumeur cérébrale, le devenir à long terme de cette population est un domaine émergent dans la recherche en réadaptation. Il existe peu d'écrits dans le domaine de la physiothérapie à propos de ces survivants. La présente étude confirme que les survivants de tumeurs cérébrales de la fosse postérieure présentent des troubles d'équilibre après la fin de leurs traitements. Malgré cela, leur qualité de vie demeure normale lorsque comparée aux normes et la capacité d'équilibre semble liée à ces scores. À l'avenir, il serait essentiel d'entreprendre des études longitudinales et multicentriques pour avoir un portrait plus complet des effets secondaires des traitements médicaux sur les enfants et adolescents ayant survécu à une tumeur cérébrale. L'ajout de mesures obtenues à l'aide d'une plateforme de force dans un contexte clinique (par ex. : Balance Master, Biodex, console WiiFit, etc.) mériterait également d'être considéré.

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec ainsi que la Faculté de médecine de l'Université de Montréal pour leur soutien financier sous forme de bourse. ■



Références

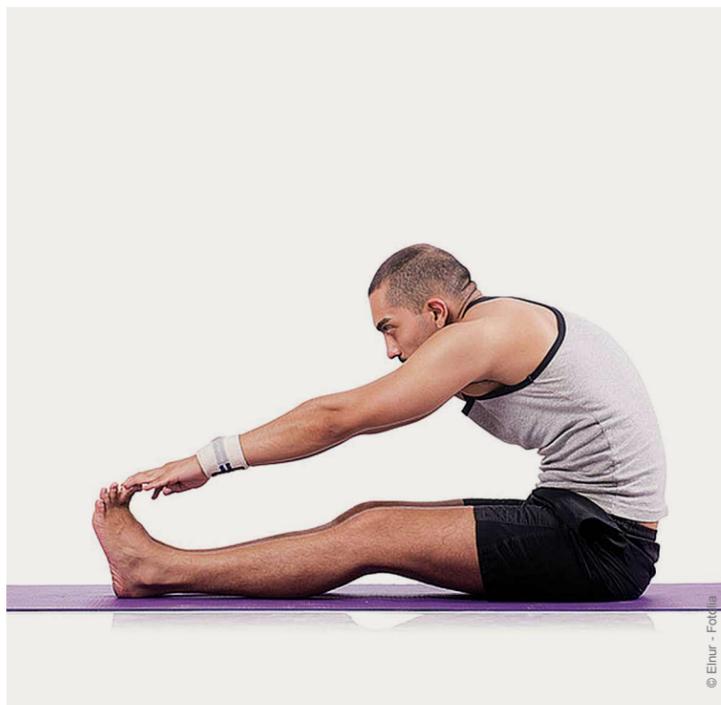
1. Canadian Cancer Society. Canadian Cancer Statistics 2011, Toronto, Canadian Cancer Society's Steering Committee on Cancer Statistics, 2011.
2. Armstrong GT. «Long-term survivors of childhood central nervous system malignancies: the experience of the Childhood Cancer Survivor Study», *European Journal of Paediatric Neurology*, 2010;14(4):298-303. PubMed PMID: 20110182. Pubmed Central PMCID: 2885448. eng.
3. Packer RJ, Gurney JG, Punyko JA, Donaldson SS, Inskip PD, Stovall M, et al. «Long-Term Neurologic and Neurosensory Sequelae in Adult Survivors of a Childhood Brain Tumor: Childhood Cancer Survivor Study», *Journal of Clinical Oncology*, 2003;21(17):3255-61.
4. Howick J, Chalmers I, Glasziou P, Greenhalgh T, Heneghan C, Liberati A, et al. *The Oxford 2011 Levels of Evidence, Oxford Center for Evidence-Based Medicine*, 2011 [cité 15 août 2011] consulté en ligne à <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>.
5. Bruininks RH, Bruininks BD. BOT2: Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency : Manual, Minneapolis, Pearson Assessments, 2005.
6. Franjoine MR, Gunther JS, Taylor MJ. «Pediatric balance scale: a modified version of the berg balance scale for the school-age child with mild to moderate motor impairment», *Pediatric Physical Therapy*, 2003;15(2):114-28.
7. Varni JW, Burwinkle TM, Seid M, Skarr D. «The PedsQL™ 4.0 as a Pediatric Population Health Measure: Feasibility, Reliability, and Validity», *Ambulatory Pediatrics*, 2003;3(6):329-41.
8. Turner M, Gagnon D, Lagacé M, Gagnon I. «Effect of treatment for paediatric cancers on balance: what do we know? A review of the evidence», *European Journal of Cancer Care*, 2013;22(1):3-11.
9. Varni et coll., op. cit.

Les étirements musculaires avec une clientèle lombalgique : les utilisez-vous adéquatement ?



Par A. Desjardins-Charbonneau, E. Fortin, S. Hébert, J. Rouzier et F. Pottie
Université de Montréal

Les professionnels de la physiothérapie, les entraîneurs et les athlètes utilisent les étirements musculaires au quotidien. Cependant, l'efficacité de cette modalité a été remise en doute par une récente revue systématique du groupe Cochrane⁽¹⁾. Selon celle-ci, les étirements ne résultent en aucune amélioration des contractures, de la qualité de vie, de la douleur et du retour aux activités. Les résultats de cette revue doivent être nuancés puisque les populations étudiées ne représentent pas adéquatement la clientèle connaissant des problèmes musculosquelettiques traitée par le physiothérapeute. Par exemple, aucune étude analysée ne traitait de pathologies fréquentes comme les lombalgies, tandis que des études sur la thérapie post-radiation de la mâchoire et sur la fibrose de la sous-muqueuse orale ont été considérées. L'objectif de la présente revue de littérature est de valider l'utilisation des étirements musculaires auprès d'une clientèle lombalgique.



INDICATIONS GÉNÉRALES ET PRINCIPES SOUS-JACENTS AUX ÉTIREMENTS MUSCULAIRES

Une atteinte des systèmes neuro-méningé, articulaire ou myofascial peut causer une diminution d'amplitude articulaire (AA). Les étirements musculaires sont seulement recommandés dans le but d'augmenter l'extensibilité lorsque le système myofascial est responsable de la restriction de l'AA. Trois types de restrictions myofasciales peuvent être traités adéquatement à l'aide d'étirements musculaires : un muscle ayant été immobilisé en position raccourcie verra son extensibilité augmenter au moyen d'une addition du nombre de sarcomères en série⁽²⁾; un muscle traumatisé ou présentant du tissu cicatriciel verra son extensibilité augmenter grâce à un changement dans le tissu conjonctif⁽³⁾; et un muscle dont la tolérance à l'étirement est diminuée verra son extensibilité accroître en raison d'une augmentation de cette tolérance⁽⁴⁾. Le tonus actif est aussi une

limitation de type myofascial. Toutefois, les étirements musculaires sont peu indiqués dans ce cas et il faut plutôt traiter la cause sous-jacente à cette activation musculaire.

PARAMÈTRES OPTIMAUX

Plusieurs chercheurs ont étudié les paramètres optimaux d'étirement des ischio-jambiers chez le sujet sain. Les techniques de facilitation neuromusculaire proprioceptive (PNF), d'étirements statiques et d'étirements balistiques sont équivalentes pour ce qui est des gains d'AA⁽⁵⁾. Pour les étirements statiques et balistiques, la durée optimale d'un étirement est de 30 secondes, répété d'une à cinq fois dans une séance⁽⁶⁾. Dans le cas de la PNF, la contraction doit être de 20 % à 60 % de la contraction maximale isométrique pour une durée de cinq à dix secondes⁽⁷⁾. Les étirements doivent être faits de trois à cinq fois par semaine sur une période minimale de trois semaines afin d'augmenter l'AA⁽⁸⁾. Une séance unique d'étirements permet de maintenir les gains d'extensibilité pendant un minimum de trois minutes⁽⁹⁾. D'un point de

vue clinique, il semble intéressant d'utiliser les effets immédiats des étirements afin de maximiser l'effet d'autres modalités de traitement. Un programme d'étirements semble permettre une rétention des gains pour une durée d'environ 72 heures à la suite de son arrêt⁽¹⁰⁾. Ainsi, pour conserver les gains, les séances devraient être répétées de deux à trois fois par semaine dans le cadre d'un programme de maintien⁽¹¹⁾. Compte tenu des populations étudiées, ces conclusions ne s'appliquent toutefois qu'aux ischio-jambiers d'une population asymptomatique de moins de 60 ans. Cependant, en l'absence de données probantes, nous croyons que ces paramètres pourraient être utilisés pour l'étirement d'autres groupes musculaires.

EFFICACITÉ DES ÉTIREMENTS DANS LE TRAITEMENT DES LOMBALGIES

Dans le traitement de la lombalgie en phase aiguë ou subaiguë, une seule étude isolant les étirements musculaires a pu être recensée et



les auteurs n'ont étudié que les effets sur la qualité de vie. L'ajout d'exercices d'étirements musculaires a résulté en une amélioration significative de la patience, de l'énergie, de l'humeur et de la situation familiale, mais pas de la qualité du sommeil ni la perception du niveau de santé⁽¹²⁾ (preuve 1b, selon les niveaux de preuve du Centre for evidence based medicine). Aucune conclusion ne peut être tirée en ce qui a trait à la douleur ou à la fonction. Ainsi, seul le raisonnement clinique adéquat d'un physiothérapeute pourrait justifier l'utilisation d'exercices d'étirements pour les lombalgiques en phase aiguë ou subaiguë puisque la littérature scientifique ne fournit pas assez de données probantes pour justifier à elle seule leur utilisation. Dans le traitement de la lombalgie chronique, deux essais cliniques randomisés ont été recensés, qui étudiaient l'effet des étirements de la chaîne postérieure sur l'extensibilité, la douleur et la fonction^(13, 14). Ces études démontrent que les étirements musculaires augmentent l'extensibilité de manière statistiquement et cliniquement significative (preuve 2a), mais n'augmentent pas la fonction de manière cliniquement significative (preuve 2b). Les effets sur la douleur sont contradictoires : tandis qu'une étude ne montre pas d'amélioration cliniquement significative⁽¹⁵⁾, l'autre obtient des résultats favorables⁽¹⁶⁾. Toutefois, cette dernière utilisait un traitement peu reproductible en clinique, qui nécessite l'intervention de deux physiothérapeutes simultanément pendant 30 minutes. Enfin, la croyance populaire que l'extensibilité des ischio-jambiers a une influence sur la lordose dans la posture debout et la participation de la colonne lombaire dans la grande flexion antérieure peut être remise en doute. En effet, les étirements des ischio-jambiers sont inefficaces pour normaliser la posture^(17, 18) (preuve 1b) ou le rythme lombo-pelvien⁽¹⁹⁾ (preuve 2b) chez le sujet sain. Ainsi, chez les personnes lombalgiques chroniques, les étirements musculaires des ischio-jambiers ne devraient pas être prescrits d'emblée, mais pourraient être utilisés dans le but de gagner de l'extensibilité. De plus, ils ne devraient pas être utilisés pour diminuer la douleur, améliorer la fonction ou normaliser la posture ou le rythme lombo-pelvien.

CONCLUSION

En conclusion, les études ciblant les étirements comme modalité de traitement pour les lombalgies sont présentement limitées en nombre et en qualité. En effet, la littérature s'intéresse le plus souvent aux effets des étirements musculaires utilisés en combinaison avec d'autres modalités. Les recherches futures sur les étirements devraient donc être d'excellente qualité et cibler les étirements comme modalité, dans le but de déterminer si les étirements musculaires ont une valeur ajoutée dans nos traitements. Néanmoins, la présente revue de la littérature scientifique permet d'émettre des recommandations, basées sur les données actuelles, au sujet de l'utilisation des étirements chez une clientèle lombalgique. En effet, ceux-ci devraient seulement être utilisés dans le but d'augmenter l'extensibilité des muscles ischio-jambiers. Les exercices d'étirement ne devraient donc pas être utilisés de manière systématique chez tous les clients lombalgiques, mais seulement dans certains cas isolés où la diminution d'extensibilité a été établie avec des outils validés et qu'il est prioritaire de l'augmenter. De plus, il a été démontré que des paramètres optimaux soutenus par la littérature scientifique devraient être utilisés et permettraient d'obtenir des gains d'extensibilité. Enfin, la lombalgie étant une condition pouvant découler de plusieurs causes différentes, il apparaît logique de penser que les étirements puissent être plus indiqués pour certains types de lombalgies que pour d'autres. ■

Bibliographie

- Katalinic OM, Harvey LA, Herbert RD, Moseley AM, Lannin NA, Schurr K. «Stretch for the treatment and prevention of contractures», Cochrane Database Syst Rev, 2010(9):1-125.
- Gajdosik RL. «Passive extensibility of skeletal muscle: review of the literature with clinical implications», Clinical Biomechanics, 2001; 16(2):87-101.
- Alter M. Science of Flexibility, 3rd ed., Human Kinetics, 2004.
- Weppler CH, Magnusson SP. «Increasing Muscle Extensibility: A Matter of Increasing Length or Modifying Sensation?», Physical Therapy, 2010 March 1, 2010;90(3):438-49.

- Decoster LC, Cleland J, Altieri C, Russell P. «The effects of hamstring stretching on range of motion: a systematic literature review», J Orthop Sports Phys Ther, 2005 Jun;35(6):377-87.
- Bandy WD, Irion JM, Briggler M. «The effect of time and frequency of static stretching on flexibility of the hamstring muscles», Phys Ther, 1997 Oct;77(10):1090-6.
- Feland JB, Marin HN. «Effect of submaximal contraction intensity in contract-relax proprioceptive neuromuscular facilitation stretching», Br J Sports Med, 2004 Aug;38(4):E18.
- Marques AP, Vasconcelos AA, Cabral CM, Sacco IC. «Effect of frequency of static stretching on flexibility, hamstring tightness and electromyographic activity», Braz J Med Biol Res, 2009 Oct;42(10):949-53.
- Depino GM, Webright WG, Arnold BL. «Duration of maintained hamstring flexibility after cessation of an acute static stretching protocol», J Athl Train, 2000 Jan;35(1):56-9.
- Decoster LC, Cleland J, Altieri C, Russell P, op.cit.
- Willy RW, Kyle BA, Moore SA, Chleboun GS. «Effect of cessation and resumption of static hamstring muscle stretching on joint range of motion», J Orthop Sports Phys Ther, 2001 Mar;31(3):138-44.
- Grunnesjo MI, Bogefeldt JP, Blomberg SI, Strender LE, Svardsudd KF. «A randomized controlled trial of the effects of muscle stretching, manual therapy and steroid injections in addition to 'stay active' care on health-related quality of life in acute or subacute low back pain», Clin Rehabil, 2011 Aug;0(0):1-12.
- Ferreira Leal A, Marques AP, Gomes, Azevedo Futuro D. «Stretching in nonspecific chronic low back pain: a strategy of the GDS method» [en portugais], Fisioterapia e Pesquisa, 2011; 18(2):116-21.
- Khalil TM, Asfour SS, Martinez LM, Waly SM, Rosomoff RS, Rosomoff HL. «Stretching in the rehabilitation of low-back pain patients», Spine (Phila Pa 1976), 1992 Mar;17(3):311-7.
- Ferreira Leal A, Marques AP, Gomes, Azevedo Futuro D, op.cit.
- Khalil TM, Asfour SS, Martinez LM, Waly SM, Rosomoff RS, Rosomoff HL, op.cit.
- Li Y, McClure PW, Pratt N. «The effect of hamstring muscle stretching on standing posture and on lumbar and hip motions during forward bending», Phys Ther, 1996 Aug;76(8):836-45; discussion 45-9.
- Borman NP, Trudelle-Jackson E, Smith SS. «Effect of stretch positions on hamstring muscle length, lumbar flexion range of motion, and lumbar curvature in healthy adults», Physiother Theory Pract, 2011 Feb;27(2):146-54.
- Li Y, McClure PW, Pratt N, op.cit.

L'OPPQ FÉLICITE CHALEUREUSEMENT LES LAURÉATS 2012 DES PRIX EXCELLENCE OPPQ ET DU PRIX DU CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC (CIQ).

Ces prix ont été remis le 1^{er} décembre dernier au Château Mont-Sainte-Anne dans le cadre de l'événement *Physiothérapie 360°*.

LE PRIX EXCELLENCE – PHYSIOTHÉRAPEUTE

a été décerné *ex æquo* à M^{me} Manon Pilon ainsi qu'à M. Alain Racine.



Manon Pilon, pht, responsable clinique en physiothérapie au Centre d'hébergement Notre-Dame de la Merci du Centre de Santé et des Services sociaux de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent

Alain Racine, pht, fondateur et président-directeur général des cliniques Physio-Extra

M^{me} Manon Pilon

En 2010, M^{me} Pilon a été nommée chargée de projet dans le cadre d'une subvention de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal visant à optimiser les outils cliniques et l'organisation du travail des professionnels et des techniciens du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent.

Grâce à un travail rigoureux, elle a développé et optimisé des outils cliniques permettant aux professionnels de la physiothérapie d'appliquer concrètement dans leurs fonctions quotidiennes des recommandations concernant des pratiques exemplaires tirées de la littérature la plus récente.

Le travail de M^{me} Pilon a donc permis de doter les professionnels de la physiothérapie d'outils cliniques qui permettent d'offrir des services encore plus efficaces et sécuritaires à tous les clients.

M. Alain Racine

Depuis la création de son entreprise, M. Racine montre un engagement profond envers la physiothérapie. Les valeurs et la vision de M. Racine guident l'ensemble des activités et actions de son entreprise. Au fil des années, il a mis sur pied de nouvelles façons de faire et a développé plusieurs programmes novateurs dans les domaines de la réadaptation en 2^e ligne, de la rééducation périnéale et de la rééducation vestibulaire.

En offrant des services de haute qualité à sa clientèle et en proposant un milieu de travail stimulant à son personnel, il contribue activement au mieux-être de sa collectivité.

APPEL DE CANDIDATURES POUR L'ÉDITION 2013 DES PRIX EXCELLENCE OPPQ

La remise des Prix excellence OPPQ est l'occasion pour l'Ordre de souligner le travail exceptionnel réalisé au sein de nos professions. C'est pourquoi l'OPPQ vous encourage vivement à transmettre votre candidature ou celle d'un collègue pour l'édition 2013.

Pour en savoir plus, rendez-vous au www.oppq.qc.ca dans la section : > Membres > Prix, bourses et subventions > Prix excellence



LE PRIX EXCELLENCE – THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

a été décerné à M^{me} Geneviève Boilard.

M^{me} Boilard se distingue notamment par sa volonté de valoriser la collaboration intradisciplinaire. En faisant la promotion de cette approche, elle contribue à démontrer les avantages de la collaboration pour répondre aux besoins et aux attentes des clients.

Son engagement particulier se manifeste aussi dans sa participation à de nombreux projets touchant différentes sphères de la physiothérapie. D'ailleurs, son projet de recherche mené à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec en 2007 et intitulé *Évaluation de l'efficacité de l'électrostimulation quadricipitale chez les patients sous ventilation mécanique prolongée aux soins intensifs* lui a valu d'être la première thérapeute en réadaptation physique à bénéficier de la subvention de stage clinique de l'OPPQ.

Geneviève Boilard, T.R.P. au Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec



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 DU CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC (CIQ) 2012

a été décerné à M^{me} Mariette Lanthier, physiothérapeute.

Physiothérapeute clinicienne et gestionnaire de projets, M^{me} Lanthier a œuvré dans de nombreux secteurs de la santé et des services sociaux au cours des 20 dernières années.

Sa vision stratégique, son leadership, ses habiletés de communication, son intégrité et son sens de l'éthique lui ont permis d'occuper des fonctions clés et d'être au cœur de grands dossiers gouvernementaux ayant eu une influence sur la pratique des professionnels en physiothérapie.

Rappelons que M^{me} Lanthier a assuré la fonction de présidente-directrice générale de l'OPPQ de 1995 à 2001.

De gauche à droite : François Renauld, président du CIQ, Mariette Lanthier, physiothérapeute lauréate du prix Mérite du CIQ, et Lucie Forget, pht, M.A., présidente de l'OPPQ



Prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)

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

Les 7 grands rôles des professionnels de la physiothérapie au cœur de *Physiothérapie 360°*, l'événement annuel de développement professionnel



Près de 400 participants se sont rassemblés au Château Mont-Sainte-Anne les 30 novembre et 1^{er} décembre derniers afin d'assister aux présentations de la deuxième édition de *Physiothérapie 360°*.

Placées sous le signe de la diversité et du plaisir de partager, les journées de *Physiothérapie 360°* ont offert près de 20 conférences et ateliers traitant de sujets aussi diversifiés que la neuro-gériatrie, la pédiatrie, la physiothérapie sportive, l'orthopédie, les soins palliatifs et la rééducation pulmonaire.

Présentée par des conférenciers chevronnés, partageant données probantes et expériences cliniques, la programmation a su enrichir les connaissances des participants et les doter d'outils utiles à leur pratique quotidienne.

De plus, les autres thèmes abordés, tels que le secret professionnel, la gestion du stress, la satisfaction de la clientèle et l'entrevue motivationnelle, ont permis aux membres présents d'explorer toutes les facettes des sept grands domaines de compétence attribués aux professionnels de la physiothérapie.

La variété des sujets présentés témoigne sans conteste de l'étendue des compétences et de l'importance des professionnels de la physiothérapie dans le système de santé québécois.

Merci aux membres, conférenciers et commanditaires d'avoir participé et contribué au succès de l'événement annuel *Physiothérapie 360°*.

« Une première expérience qui fut plaisante et très enrichissante du point de vue professionnel. »

« Bravo pour l'organisation et la diversité des conférences. »

« Très intéressant. Beaucoup de nouvelle information applicable à notre quotidien. »



Formation en rééducation périnéale et pelvienne : une invitation spéciale qui a connu un vif succès !

Le 26 janvier dernier, plus d'une centaine de professionnels exerçant dans le domaine de la rééducation périnéale et pelvienne se sont réunis à Montréal lors d'une journée unique de formation organisée par l'OPPQ, qui visait à parfaire leurs habiletés de diagnostic, de pronostic et d'intervention.

Animée par des médecins et physiothérapeutes experts dans le domaine, l'activité de formation a conquis tous les participants qui ont pu bénéficier de conseils et d'outils cliniques adaptés à leur réalité de travail.

Au cours de la journée, les membres ont pu mettre à jour leurs connaissances sur les données probantes au sujet de la rééducation périnéale et pelvienne, découvrir les nouveaux produits offerts sur le



« Très intéressant. Cette journée a permis la mise à jour des connaissances dans ce domaine spécifique. »

« Excellente journée de formation. »

marché grâce au salon des exposants et échanger avec leurs pairs exerçant dans le domaine.

Les participants ont également eu l'occasion de s'informer sur les différents projets de recherche en cours en consultant plusieurs affiches scientifiques présentées par des membres, des conférenciers et des étudiants.

en partenariat avec

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec

ASSURANCE VIE, SANTÉ ET VOYAGE

L'assurance d'être entre de bonnes mains!

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

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

Appelez-nous pour une soumission :
1 877 579-5585
dpmm.ca/lessurmesures

Dale Parizeau Morris Mackenzie
 CABINET DE SERVICES FINANCIERS

Une campagne publicitaire pour faire connaître les professionnels de la physiothérapie

Le 14 janvier dernier, l'OPPQ donnait le coup d'envoi à sa toute nouvelle campagne publicitaire en diffusant un message télévisé sur les ondes de Radio-Canada, Télé-Québec et TV5 durant quatre semaines.

Le premier volet de cette campagne intégrée (télévision, Web et outils imprimés) s'inscrit dans le cadre d'une stratégie de communication et de publicité destinée à faire connaître au grand public les professionnels de la physiothérapie ainsi que l'étendue de leur champ de pratique.

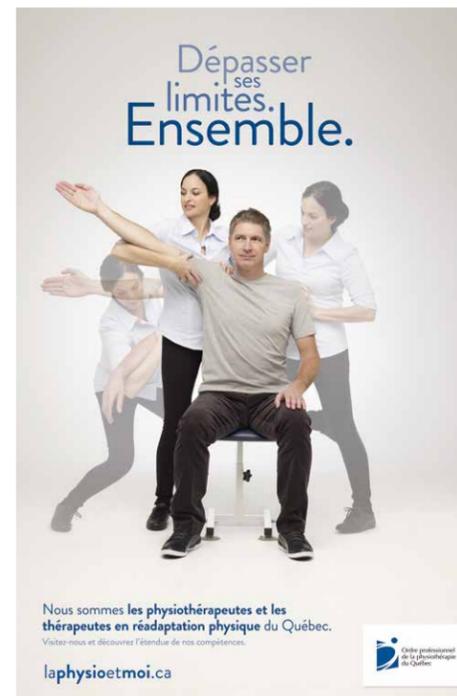
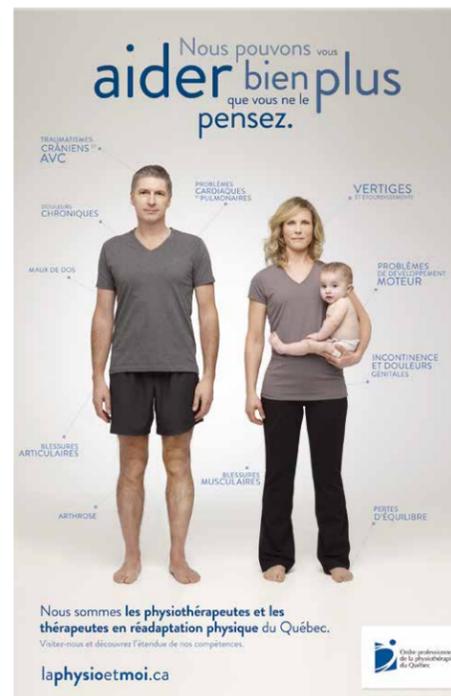
MESSAGE TÉLÉVISÉ

Au total, le message publicitaire a été diffusé 232 fois, principalement à des heures de grande écoute (dans 81 % des cas) sur les chaînes de Radio-Canada, Télé-Québec et TV5. La diffusion télévisée a permis d'atteindre environ 65 % de la population durant des émissions phares telles que *La facture*, *Enquête*, *L'épicerie*, *Découverte*, *Une heure sur Terre*, *Thalassa*, *Bazzo.TV*, *Les franc-tireurs*, *À la Di Stasio* et *Une pilule une petite granule*.



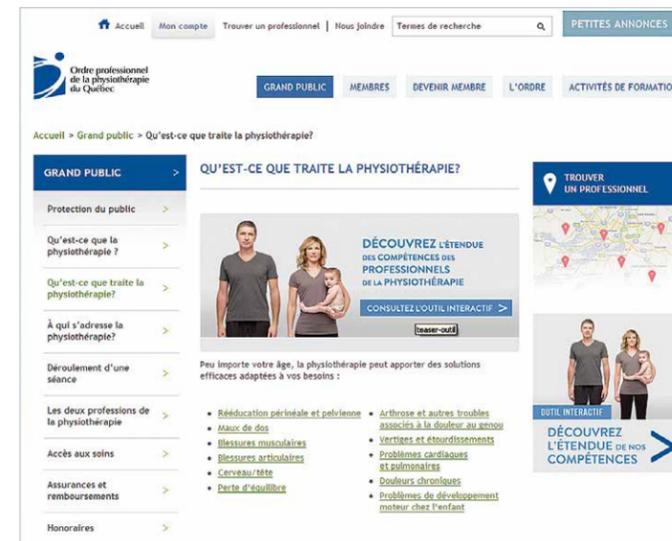
AFFICHES

En complément à la campagne télévisée, deux affiches ont été produites et acheminées par la poste à tous les membres en février dernier. Ces deux outils visent principalement à mettre l'accent sur les professionnels de la physiothérapie ainsi qu'à améliorer progressivement la connaissance du public sur l'étendue du champ de compétences des professions.



Visant le grand public, ces affiches peuvent être utilisées dans tous les milieux professionnels.

SITE WEB



Dans le but d'exposer la diversité du champ de pratique de la physiothérapie, l'OPPQ a développé, en collaboration avec des professionnels de différents milieux, des contenus Web détaillant les divers domaines de pratique de la physiothérapie.

Ainsi, un outil interactif harmonisé à la nouvelle campagne publicitaire informe le grand public de l'étendue du champ de pratique de la physiothérapie.

Nous vous rappelons que l'adresse Internet «*laphysioetmoi.ca*», qui mène à notre site actuel, a été créée afin d'en faciliter la mémorisation par le grand public. Elle sera utilisée tout au long de la campagne publicitaire.

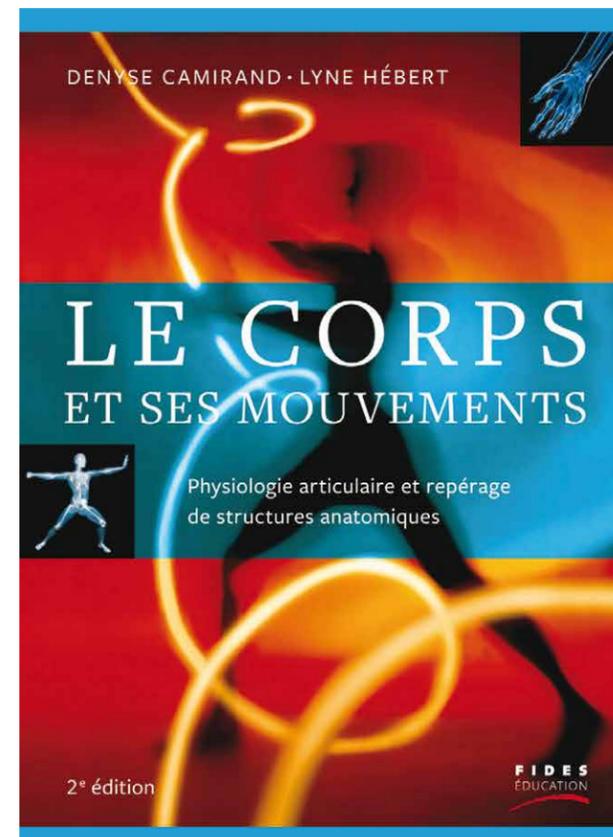


Plusieurs pages d'information renseignent désormais le grand public sur les divers maux pouvant être traités en physiothérapie. L'Ordre poursuivra progressivement la mise en ligne de contenus au cours des prochains mois.

Le site Web en quelques chiffres*, en 2012 :

- Un total de 232 000 visites enregistrées
- Près de 20 000 visites mensuelles répertoriées
- Le Répertoire des professionnels consulté plus de 44 000 fois
- 40 activités d'apprentissage différentes affichées
- Plus de 200 petites annonces publiées

* D'après les données analysées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2012 dans Google Analytics (outil d'analyse d'audience Web).



NOUVELLE ÉDITION POUR DÉCOUVRIR le système musculo-squelettique et acquérir des habiletés cliniques

- Le corps est étudié région par région, chapitre par chapitre
- Des exercices pour acquérir les habiletés cliniques
- Des résumés et des schémas pour comprendre l'action commune des muscles
- Mise à jour de la nomenclature
- Nombreux ajouts dont un complément sur les fonctions stabilisatrice et mobilisatrice des muscles
- Photos et illustrations accessibles sur notre site Internet

Denyse Camirand et Lyne Hébert
288 pages • 2013 • 69,95 \$
ISBN # 978-2-923989-20-4



Tableau des nouveaux membres.
 Pour la période du 21 juin 2012 au 14 mars 2013
BIENVENUE À TOUTES ET À TOUS

**INSCRIPTIONS
 PHYSIOTHÉRAPEUTES**

Abassbhay, Sara
 Abibsi, Nora
 Abondano-Espinosa, Cristian
 Allard, Sophie
 Amann, Mélanie
 Ambrosio de Lima, Tatiana
 Antoniutti-Passos, Teresa
 Arias-Morena, Elizabeth
 Barrette, Maude
 Bédard, Joanie
 Bergeron, Annie
 Bergeron, Simon
 Bergeron, Véronique
 Blanchard, Kim
 Bordeleau, Kaitlin Élise
 Bourque, Vanessa
 Boutros, Nour
 Braga, Luciana
 Breton, Stéphanie
 Brisson, Hugo
 Bustami, Rami
 Buzarnescu, Doris-Carmen
 Campbell, Jean-Christophe
 Caron-Emond, Frédérique
 Casola, Maria
 Castonguay-Bouffard, Maude
 Champoux, Audrey
 Chan, Monica
 Charbonneau, Gabrielle
 Charbonneau, Josianne
 Chaudhry, Arzu
 Chen, Kevin
 Chu, Janette
 Cloutier, Alexandre
 Condruz, Calin-Alexandru
 Côté, Andréanne
 Côté, Emmanuelle
 Côté, Marie-Claire
 Cotton, Rachel
 Coulombe, Mélissa
 Dagenais, Cindy
 Dallaire, Maude
 Das, Suma
 De Cubellis, Liane Theresa
 De Luca, Paolo
 De Michèle, Melissa
 Demers, Patricia
 Deslauriers, Simon
 Diaz, Olga
 Dinunzio, Pamela

Doucet, Audrey
 Dubé-Chavanel, Alexandra
 Duguay, Isabelle
 Dumouchel-Hudon, Marilyne
 Eranda-Karunaratne, Neluni
 Fajardo-Escamilla, Jackeline-Virginia
 Fleurant-Harvey, Alexandra
 Fortier, Roxanne
 Fortin, Émilie
 Fredette, Annie-Pier
 Gadoury, Mylène
 Gagnon, Marie-Lou
 Gagnon, Stéphanie
 Gasse, Myriam
 Gendron, Valérie
 Germain, Élisabeth
 Gervais, Marie-Pierre
 Golubeva, Anastasia
 Grenier-Vallée, Mathieu
 Guérin, Andréanne
 Gutierrez Marin, Jeanette
 Hallé, Jade
 Hébert, Simon
 Iannucci, Tania
 Kim, Heejung
 Kirouac, Émilie
 Lafortune, Stéphanie
 Laplante-Rayworth, Camille
 Laprise-Deschênes, Ève
 Lauzon-Vincent, Anouk
 Lavigne, Valérie
 Lavinskas, Victoria
 Le, Duy
 Lefèvre, Isabelle
 Legris, Audrey
 Lemieux, Keven
 Lessard, Dave
 Levac, Marianne
 Lévesque, Joanie
 Lim Ah Ken, Fiona
 Lin, Zhiwei
 Lou, Benjamin
 Malenfant, Émilie
 Marianer, Svetlana
 Meloche, Valérie
 Milord, Kathleen
 Morin, Samuel
 Muraru, Niculina
 Nativ, Avinoam
 Ngu, Louise
 Niyonsaba, Latin-Olivers
 Norcia, Mary Catherine

Noreau, Gabrielle
 Novikov, Michael
 O'Byrne, Danielle
 Papillon-Dion, Émilie
 Pedneault, Gabrielle
 Perron, Joanie
 Phan, Amy
 Picard-Arsenault, Josée
 Plante, Anne
 Poursadi, Maria
 Prévost-Dansereau, Line
 Proulx, Guy-Anne
 Purcell-Lévesque, Lidiane
 Ringer, Tiana
 Rioux-Castonguay, Marina
 Robitaille, Jessica
 Rodrigue, Pascal
 Rouzier, Pierre James
 Sammouda, Jamila
 Savard, Martin
 Savoie, Alexandre
 Sessler-Martel, Axel
 Sonier, Mathieu
 Taylor, Kristin
 Théberge, Anne-Marie
 Tràn, Chi-Lan
 Trancoso, Anne-Marie
 Tremblay, Jennifer
 Tremblay, Marie-Philippe
 Tremblay, Xavier
 Vaccariello, Roberto
 Vallerand, Steve
 Vallières-Villeneuve, Charlotte
 Vanier, Kathleen
 Vielleuse, Jannick
 Vokaty, Stephanie
 Walker, Ryan
 Wang, Zili
 Wener, Matthew
 Zancheta, Sergio
 Zeghaib, Tina
 Zhang, Xiaoyu
 Zougari, Riad

**INSCRIPTIONS THÉRAPEUTES
 EN RÉADAPTATION PHYSIQUE**

Ait-Amira, Kahina
 Bellerose, Audrey
 Bisailon, Danny
 Blanchette-Moreau, Karen
 Bourbonnais, Vanessa
 Brassard, Daphné

Brault, Emmanuelle
 Caputto-Andreetta, Laura Beatriz
 Cody-Lévesque, Félix
 Desgagnés, Krystal Jennifer
 Flynn, Ariane
 Fricaud, Marion
 Gauvreau, Geneviève
 Kassab, Georgio
 Kelly, Anne
 Laïdaoui, Mohamed
 Lasalle, Éric
 Levangil, Dorel Daniel
 Lord, Émilie
 Maalem, Mohamed
 Marchand, Tanya
 Marchoud, Khalid
 McGee, Sarah
 Mekhissi, Nafissa
 Molina, Maira
 Ouazzani, Moutia
 Ouellet, Jessica
 Ouellet, Stéphanie
 Ross, Josianne
 Saka, Fadila
 Tremblay, Geneviève
 Tremblay, Marie-Pier
 Trudeau, Alexandra
 Vincent, Carol Ann
 Zioud, Mounia

**DE THÉRAPEUTES EN
 RÉADAPTATION PHYSIQUE
 À PHYSIOTHÉRAPEUTES**

Bolduc, Steven
 Cloutier, Geneviève
 Cyr, Myriam
 Demers, Patricia
 Fiset, Marie-Hélène
 Gagnon, Martin
 Guillaume, Valérie
 Laroche, Lysanne
 Leblanc-Gagnon, Sarah-Maude
 Mailly, Karine
 Paré, Geneviève
 Pomerleau, Ariane
 Poulin, Jean-Philippe
 Richard, Marie-Ève
 Tremblay, Anik
 Viau, Anne-Marie

OFFERTE AUX
 PHYSIOTHÉRAPEUTES

Facilitez la vie
 de vos patients.

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

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

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



Aucun engagement

Soumissions en ligne simples et sécuritaires

Confirmations instantanées des assureurs*

Remboursements rapides

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

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

RÉINSCRIPTIONS

Ang, Oliver Marcy
Arsenault, Christine
Baribeau, Kim
Beaudry, Sonia
Bélanger, Geneviève
Belhumeur, Élise
Belisle, Annie
Bérubé, Geneviève
Blanchard, Ghislain
Boisvert, Suzanne
Bolduc, Mélanie
Bourgeois, Geneviève
Breton, Brigitte
Breton, Jacynthe
Breton, Sabrina
Brouillette, Mélanie
Brunton, Laurie
Bujold, Liette
Cantin-Aubert, Marie-Ève
Champagne, Valérie
Cho, Man Chi
Claveau, Mélanie
Daunais, Marie-Ève
De Lorimier, Myriam
Deschesnes, Mélanie
Désilets, Carolin

Desjardins, Jolyane
Desrosiers, Julie
Devost, Andrée-Anne
Dion, Caroline
Drouin, Stéphanie
Ducharme, Estelle
Forster-Molstad, Jodi
Fraser, Martine
Gagnon, Andréanne
Gagnon, Chantal
Gendron, Anick
Gilbert, Annie-Claude
Girard, Karine
Girouard, Isabelle
Giroux, Maryse
Grisé, Catherine
Guillaume, Valérie
Héhal, Nadine
Henault, Louise
Imbeault, Geneviève
Jean, Jodie-Anne
Judy, Jennifer
Jouvin, Ludovic
Kefalas, Haido Roula
Labbé, Geneviève
Lacasse, Tina-Sophie
Lachance, Évelyne
Lachapelle, Julie
Landry-Hum, Julie

Lanouette, Catherine
Larose, Priscilla
Léonard, Sophie
Léveillé, Julien-Pierre
Levesque, Jennifer
Levesque, Lisa-Maud
Lévesque, Marie-Claude
Maheu, Philippe
Mainella, Christopher
Martel, Claudia
Milot, Marie-Hélène
Montoro, Ursula
Morneau, Isabelle
Morocutti, Lulia
Nadeau, Mélissa
Naoum, Hasnaa
Noël, Sophie
Paiement, Sophie
Pelletier, Magalie
Pépin, Caroline
Perreault, Cindy
Pierre, Caroline
Plante, Annie
Poulin, Jean-Philippe
Prévost-Lebeuf, Ève
Ramon-Figueroa, Adriana
Patricia
Richard, Yvonne
Rivest, Doriane

Robitaille, Mélanie
Ross-Larocque, Isabelle
Rousseau, Geneviève
Simard, Marie-Claude
Sindila, Natalia Mihaela
St-Denis, Christine
Tardif, Charles
Tardif, Jaime
Théoret, Josée-Anne
Tremblay, Alexandra
Tremblay, Anik
Tremblay-Gagnon, Noémie
Turbide, Lise
Vallée, Marie
Veilleux, Christina
Wilson, Nicholas

2012
DISTRIBUTEUR #1
AU CANADA
chattanooga

MTM
Médical Tronik

Plus qu'un distributeur,
un partenaire d'affaires

www.medicaltronik.ca
1 800 361.0877



PHYSIOTHÉRAPIE

L'ÉVÉNEMENT ANNUEL
DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

22 ET 23 NOVEMBRE 2013

HÔTEL MORTAGNE
1228, RUE NOBEL, BOUCHERVILLE

Une occasion
unique
de formation

c'est :

Une opportunité de
renforcer
notre position
de professionnel
de choix
dans le milieu
de la santé

Un lieu propice de
rencontre
et de
réseautage

Près de
20
conférences et
ateliers de formation
stimulants et pertinents
sur des sujets d'actualité liés
à la réalité du travail clinique
et aux nouveaux défis
de la physiothérapie

Un moment privilégié
pour se développer dans les
7 grands domaines
de compétence
des professionnels
de la physiothérapie

La possibilité
de cumuler jusqu'à
11 HFC

Une invitation à
occuper tout notre
champ d'exercice

UN RENDEZ-VOUS
à ne pas manquer !

www.oppq.qc.ca/activites-de-formation/physiotherapie-360



C'est le printemps, besoin de mettre de l'ordre dans vos assurances ?



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

En tant que membre de l'Ordre, votre ménage printanier pourrait vous faire réaliser de **BELLES ÉCONOMIES** sur vos assurances auto et habitation !

Faire affaire avec l'assureur qui sert les membres de plus de 25 ordres professionnels au Québec, c'est avantageux.

OBTENEZ VOS TARIFS DE GROUPE EXCLUSIFS
1 888 476-8737

lapersonnelle.com/oppq

Certaines conditions s'appliquent quant à l'octroi des économies. La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc.

10 ans de partenariat !



Profitez aussi d'une assurance entreprise adaptée aux cliniques de physiothérapie

DEMANDEZ UNE SOUMISSION POUR VOTRE ENTREPRISE

Du lundi au vendredi, de 8 h à 20 h

1 800 268-3063