

Physio-QUÉBEC

OPPQ, 7101, rue Jean-Talon Est, bureau 1120, Anjou, Québec, H1M 3N7, physio@oppq.qc.ca • Convention de la Poste-Publications No 40010610



ÉDITORIAL



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

VOTRE AVENIR professionnel...

Vous avez choisi une profession qui fait vraiment une différence. **Venez vivre votre plein potentiel !**

Notre réseau de cliniques privées regroupe des services de réadaptation en

Physiothérapie
Ostéopathie
Kinésiologie/Thérapie du sport
Ergothérapie
Psychologie

Clientèle

PRIVÉE, SAAQ, CSST, assureurs et employeurs.

Nous intervenons en prévention, en traitements actifs/passifs et en réadaptation fonctionnelle interdisciplinaire.

Nous recherchons des professionnels(les)

Dynamiques

Autonomes

Polyvalent(e)s

**Avec un sens de l'initiative
et bon esprit d'équipe**

**Vous êtes thérapeute et vous avez aussi du talent pour la
gestion, nous avons aussi des postes de direction de
clinique.**

N'hésitez pas, contactez-nous!

NOUS VOUS OFFRONS

- une équipe de travail stimulante;
- de la formation continue;
- une rémunération concurrentielle;
- des avantages sociaux;
- du support clinique avec des thérapeutes d'expérience;
- des possibilités d'avancement;
- et bien plus...

Postulez en faisant parvenir votre cv par courriel à mlajoie@cbi.ca ou en répondant aux offres d'emploi parues sur nos sites Internet. Bien indiquer le poste et la clinique où vous appliquez.

NOS BANNIÈRES AU QUÉBEC



Réadaptation Québec

www.readaptationquebec.ca



CRD *Physiothérapie
et Réadaptation*

www.cbi.ca

CONCORDIA
PHYSIO SPORT

www.concordiaphysiosport.com



**COMPLEXE • physio
MOUVEMENT • santé**

NOS CLINIQUES

Complexe Physio Mouvement Santé Granby
Clinique de physiothérapie du médiclub Inc. Montréal
CRD Physiothérapie et Réadaptation Pierrefonds
CRD Physiothérapie et Réadaptation Gatineau
Physio-cardio, Clinique de réadaptation Lévis
Physio-ergo, Clinique de réadaptation de Québec
Physio-ergo, Clinique de réadaptation de Trois-Rivières
Concordia Physio Sport Pointe-Claire
Concordia Physio Sport NDG, Montréal
Concordia Physio Sport CDN, Montréal
Concordia Physio Sport Brossard
Concordia Physio Sport Laval

ÉDITRICE ET RÉDACTRICE

Danielle Huet, B.A.
Tél. : (514) 351-2770, poste 223
Courriel : dhuet@oppq.qc.ca

CONCEPTION GRAPHIQUE

Manon Boulais, graphiste
(514) 865-7815

RÉVISION ET CORRECTION D'ÉPREUVES

Danielle Huet

IMPRESSION

Imprimerie Maska inc.
Tél. : 1 800 361-3164

TIRAGE

6 200 exemplaires

DISTRIBUTION

Gratuite à tous les membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec

FRÉQUENCE

Trimestriel, quatre numéros par année

PROCHAINES PARUTIONS

Hiver 2007, printemps 2007, été 2007, automne 2007

ABONNEMENTS

37 \$ par année pour les non-membres du Québec
48 \$ par année pour les non-membres de l'extérieur du Québec

RESPONSABLE DE LA PUBLICITÉ

Danielle Huet, B.A.
Tél. : (514) 351-2770, poste 223
Courriel : dhuet@oppq.qc.ca

POLITIQUE PUBLICITAIRE

La publication d'annonces publicitaires ne signifie aucunement que l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec se porte garant des produits ou services annoncés.

OBJECTIF DE LA REVUE

L'objectif premier de la revue *Physio-Québec* est de créer un réseau d'information de nature à servir de référence aux physiothérapeutes et aux thérapeutes en réadaptation physique du Québec. Le magazine vise également à parler de leurs professions, de leurs réalisations, à présenter les activités de l'Ordre, sa mission et ses services ou toute autre activité liée à la physiothérapie. La reproduction des textes est autorisée avec mention de la source.

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèques nationales du Québec et du Canada
ISSN 0706-4284

ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC

7101, rue Jean-Talon Est, bureau 1120
Anjou (Québec) H1M 3N7
Téléphone : (514) 351-2770 ou 1 800 361-2001
Télécopieur : (514) 351-2658
Courriel : physio@oppq.qc.ca
Site Web : www.oppq.qc.ca

Sommaire

ÉDITORIAL**5 Votre avenir professionnel...****7 Chronique du syndic
Y avez-vous déjà songé ?****8 Chronique de la formation continue
Le bon formulaire au bon moment !****9 Chronique de l'inspection professionnelle
Saviez-vous que ?****11 Chronique juridique
L'accès aux dossiers de physiothérapie :
quelques conseils pratiques pour s'y retrouver**

12 Chronique des récipiendaires
12 Programme d'entraînement locomoteur spécifique combiné à l'injection de la toxine botulinique (BOTOX) chez de jeunes enfants ayant un déficience motrice cérébrale
16 Les temps d'attente pour la réadaptation pédiatrique
18 L'arrêt d'exercice chez les aînés en institution : son effet au niveau des mesures physiques et bio-psycho-sociales

**21 Événements
Tour cycliste****25 Recherche clinique
Concours recherche clinique****26 Physio médias****LES INFOS**

- | | |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 27 <i>En bref</i> | 30 <i>Carrières et professions</i> |
| 27 <i>Événements</i> | 31 <i>Cours offerts</i> |
| 27 <i>Nouveautés</i> | 32 <i>Tableau des membres</i> |
| 28 <i>Quoi de neuf à l'Ordre ?</i> | 33 <i>Petites annonces</i> |
| 29 <i>In memoriam</i> | |

ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC

7101, rue Jean-Talon Est, bureau 1120, Anjou (Québec) H1M 3N7
(514) 351-2770 ou 1 800 361-2001 • Télécopieur : (514) 351-2658
Courriel : physio@oppq.qc.ca • Site Web : www.oppq.qc.ca



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

MEMBRES DU BUREAU

PERSONNEL PERMANENT

Paul Castonguay

Président et directeur général,
poste 227

Andrée Lachaine

Secrétaire de direction,
poste 222

Louise Bleau

Secrétaire générale,
Directrice des services professionnels,
poste 236

Louise Courtois

Chargée de dossiers à l'admission,
poste 245

Hélène Brosseau

Secrétaire de la secrétaire générale et de
la directrice des services professionnels,
poste 243

Serge Orzes

Chargé de projets, physiothérapeute,
poste 226

Danielle Huet

Agente de communication,
poste 223

Marie-France Salvas

Avocate, Secrétaire du Comité de discipline,
poste 246

Louise Richard

Syndique adjointe et avocate
Poste 246

Julie Martin

Avocate,
poste 247

Louise-Marie Dion

Syndique,
poste 228

Judith Brillant

Syndique adjointe et Chargée de projets, T.R.P.
poste 249

Lise Corbeil

Secrétaire de la syndique,
poste 251

Gaétan Coulombe

Directeur de l'amélioration de l'exercice,
poste 229

Rosane Bigras

Secrétaire de l'amélioration de l'exercice
Poste 235

Alain Rousseau

Chargé de dossiers à la formation continue
poste 230

Jenny Ferland

Chargée de dossiers à l'inspection professionnelle

Linda Labelle

Coordonnatrice de la formation continue,
poste 242

Isabelle Nadeau

Coordonnatrice de l'inspection professionnelle et
Secrétaire du Comité d'inspection professionnelle
poste 233

Sylvie Bérard

Secrétaire de la formation continue,
poste 238

Mélanie Dalpé

Secrétaire de l'inspection professionnelle,
poste 225

Dominique Serre

Directrice administrative,
poste 224

Lyne L'Archevêque

Commis à la comptabilité,
poste 231

Julie Desrosiers

Réceptionniste secrétaire,
poste 221

PRÉSIDENT

Paul Castonguay, pht *

ADMINISTRATEURS ÉLUS / PHYSIOTHÉRAPEUTES

Bas-Saint-Laurent / Gaspésie
Îles-de-la-Madeleine

Sylvain Trudel, pht
(418) 736-5305

Saguenay / Lac-Saint-Jean

Côte-Nord

Stéphane Brassard, pht
(418) 349-8593

Capitale nationale

Mario Regnière, pht
(418) 653-3188

Chaudière-Appalaches

Jean-Louis Tremblay, pht
(418) 338-7777, poste 4456

Mauricie / Centre du Québec

Isabelle Garceau, pht
(819) 376-2317, poste 248

Estrie

Denis Pelletier, pht
(819) 564-6350, poste 6157

Montréal

Chantal Besner, pht
(514) 343-6259

Suzanne La Rocque, pht*
(514) 331-0867

Marc Francoeur, pht
(514) 351-3168

Laval

Anic Sirard, pht
(514) 574-2642

Laurentides-Lanaudière

Sylvain St-Amour, pht
(450) 623-7268

Montérégie

Danielle Richer, pht*
(450) 445-3540

Outaouais

Gilbert Litalien, pht
(819) 776-6500

Abitibi-Témiscamingue

Nord-du-Québec

Annie Charland, pht
(819) 825-6711, poste 2349

ADMINISTRATEURS ÉLUS / THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

Bas-St-Laurent / Chaudière-Appalaches /
Gaspésie / Îles-de-la-Madeleine/Capitale nationale
Richard Brault, T.R.P.*
(418) 388-2572

Saguenay-Lac-St-Jean / Côte Nord

Lyne Tremblay, T.R.P.
(418) 549-9520, poste 520

Estrie / Mauricie / Centre du Québec / Outaouais

Hélène Tremblay, T.R.P.
(819) 561-8308, poste 7028

Montréal

Isabelle Pelletier, T.R.P.
(514) 325-0150, poste 2655

Laval / Abitibi / Témiscamingue / Nord du Québec

Karel Larin, T.R.P.
(450) 684-0173

Montérégie / Laurentides / Lanaudière

Dominique Massicotte-Hénault, T.R.P.
(450) 359-5000, poste 5178

ADMINISTRATEURS NOMMÉS

Michel Perreault
Pierre Delisle*
Raoul Desmeules
Hélène Lessard

SECÉTAIRE GÉNÉRALE DE L'ORDRE

Louise Bleau, pht

* Membre du Comité administratif

HEURES D'OUVERTURE

* * * * *

Horaire régulier

Veillez noter que l'horaire régulier est en vigueur. Du lundi au vendredi de 8 h à 12 h et de 13 h à 16 h.

MISSION

L'Ordre a pour mission d'assurer la protection du public en surveillant l'exercice de la physiothérapie par ses membres et en contribuant à leur développement professionnel. La nature et la qualité des services rendus par les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique doivent répondre aux besoins des personnes et tenir compte de l'évolution de la science et des pratiques physiothérapeutiques.

VALEURS

L'Ordre s'appuie sur des valeurs d'excellence, de respect des personnes et d'engagement pour assurer la réalisation de sa mission.

L'expression de la compétence du physiothérapeute et du thérapeute en réadaptation physique, par des actes professionnels de qualité optimale, traduit leur responsabilisation dans leur recherche de l'excellence.

De plus, le physiothérapeute et le thérapeute en réadaptation physique établissent une relation de confiance avec tous leurs clients et font preuve de respect des personnes, en les traitant avec dignité et intégrité. L'engagement à leur profession témoigne de leur sentiment d'appartenance et de leur fierté à s'impliquer dans les différents volets de leur profession.

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Pour une meilleure protection du public :

- I. Promouvoir l'excellence de l'exercice de la physiothérapie par les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique.
- II. Consolider les assises de la profession de physiothérapeute et de la profession de thérapeute en réadaptation physique.
- III. Assurer des communications efficaces avec différentes clientèles cibles.

ÉDITORIAL

MONSIEUR PAUL CASTONGUAY, pht, M. Sc.,
FELLOW OF THE CANADIAN ACADEMY OF MANIPULATIVE THERAPY
PRÉSIDENT ET DIRECTEUR GÉNÉRAL



VOTRE AVENIR professionnel...

L'Ordre adoptera, cet automne, son prochain plan triennal (2007-2010) qui s'intégrera à une vision future de la physiothérapie et ce, jusqu'en 2015. Pourquoi faire un exercice à projection si lointaine? Actuellement, plusieurs organismes de réglementation font cet exercice, de façon à planifier les étapes à suivre pour mieux servir la population. En effet, nous entrons dans une nouvelle ère, avec une population qui verra sa longévité augmentée mais, en contrepartie, avec des besoins de services de santé modifiés. Les besoins des jeunes adultes, des enfants et l'apparition de nouvelles technologies viendront modifier notre pratique professionnelle, dont la mise à jour devra être faite presque quotidiennement.

L'ASSOCIATION AMÉRICAINE DE PHYSIOTHÉRAPIE

Cette association a élaboré sa vision de la pratique professionnelle des années 2020. À ce moment, les physiothérapeutes auront un doctorat professionnel (actuellement, une maîtrise est requise). Le public aura un accès direct au physiothérapeute qui posera le diagnostic et établira le plan de traitement pour toute déficience ou incapacité reliée à la fonction et à la santé. Les spécialisations, dans certains domaines, seront reconnues par des certifications et les physiothérapeutes pourront être épaulés dans leurs interventions par des assistants physiothérapeutes. Les soins prodigués seront basés sur les évidences scientifiques, en tenant compte des aspects culturels et de leur respect.

L'ASSOCIATION CANADIENNE DE PHYSIOTHÉRAPIE (ACP)

L'ACP a aussi structuré une vision des années 2020. Leur prémisse de base est que la physiothérapie est un service de santé essentiel occupant une position privilégiée pour jouer un rôle actif dans le changement du système de santé canadien. Les physiothérapeutes seront des professionnels de la santé primaire, des chefs de file, au sens de la promotion, de l'amélioration et du maintien de la mobilité, de la santé et du mieux-être des Canadiens.

Les assises de la Vision 2020 de la physiothérapie incluent :

- le leadership des physiothérapeutes par les meilleures pratiques et l'imputabilité;
- le rôle essentiel de la physiothérapie comme partie intégrante du système de santé et son importance vitale à la réalisation de résultats positifs de mobilité fonctionnelle pour les Canadiens;
- l'accessibilité de la physiothérapie pour tous les Canadiens;
- la reconnaissance de la physiothérapie comme service de santé primaire.

NOTRE VISION AU QUÉBEC (2015)

Il est certain que nous ne pouvons aller à contresens ou à 90° des tendances. De plus, l'élaboration de notre vision des pratiques professionnelles doit inclure l'intradisciplinarité de nos deux groupes professionnels, physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique.

ÉVOLUTION DE LA FORMATION ET DE LA PROFESSION DE PHYSIOTHÉRAPEUTE

Pour les physiothérapeutes, le Québec suivra probablement, avec un doctoral de 1^{er} cycle comme diplôme d'entrée à la pratique. Les connaissances requises à l'entrée à la pratique seront de ce fait rehaussées, les actes professionnels aussi. Le diagnostic physiothérapique sera de pratique courante et tous les physiothérapeutes devront le poser après l'examen du patient, peu importe la sphère d'exercice dans le champ de la physiothérapie. Les examens radiologiques ou de laboratoire aideront à préciser le diagnostic physiothérapique. Utopie? Non, car depuis l'été, un groupe de travail de l'Ordre s'emploie à définir ce que sera un diagnostic physiothérapique tandis qu'au Canada, il y a des physiothérapeutes qui ont des « pratiques avancées », prescrivant lesdits examens pour poser leur diagnostic. Cette étape est déjà en marche au Québec alors que surgissent à l'horizon, les spécialisations et les pratiques avancées. Les spécialisations ou la reconnaissance de **spécialités** en physiothérapie, passent par un physiothérapeute ayant une connaissance approfondie d'un domaine autant au niveau diagnostic que thérapeutique. Ce spécialiste a une formation complémentaire et une reconnaissance professionnelle par des examens menant à une accréditation d'un organisme national. La pratique avancée est différente. Il s'agit plutôt d'un droit de pratique professionnelle d'activités appartenant à un ou d'autres groupes de professionnels. Ce droit de pratique fait aussi appel à une formation supplémentaire et à des examens particuliers que le physiothérapeute devra réussir.

ÉVOLUTION DE LA FORMATION ET DE LA PROFESSION DE THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

Pour le thérapeute en réadaptation physique, le diplôme d'entrée à la pratique restera probablement le diplôme collégial. Cependant, lors d'une rencontre, au printemps dernier, avec le ministère de l'Éducation, la Fédération des cégeps et les ordres professionnels ayant des membres de formation collégiale, un besoin de formation complémentaire post DEC a pointé à l'horizon. Ainsi, pour l'entrée à la pratique dans certains domaines, il pourrait être requis d'avoir complété un post DEC. De ce fait, le thérapeute en réadaptation physique pourrait voir un rehaussement des actes professionnels de son champ d'exercice à l'entrée à la pratique. De plus, par une formation supplémentaire et des examens complémentaires, le thérapeute en réadaptation physique pourrait accéder à une pratique avancée dans une sphère particulière du champ de la physiothérapie, pensons notamment à l'utilisation des mesures de contention, de l'évaluation à l'application. Par ailleurs, si le ministère de la Santé et des Services sociaux détermine, par voie législative, que la pratique professionnelle entourant l'utilisation de mesures de contention, de l'évaluation à l'application, relève d'une formation universitaire (médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmières), nous pourrions, par réglementation interne, déterminer le cadre dans lequel nos membres thérapeutes en réadaptation physique pourraient accéder à ce type de « pratique avancée ».

Notre vision 2015, nous permettra d'insister, encore une fois, auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la population québécoise pour dire que la physiothérapie offerte par nos deux groupes de professionnels, est une portion essentielle des services de santé et joue un rôle déterminant dans les soins de santé primaires par la promotion, l'amélioration et le maintien de la fonction de la population au sein de la société. Tous nos membres sont essentiels dans le système de santé québécois et recherchent la réalisation de leur plein potentiel offert par leur formation de base. À l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, les points marquants des dernières années ont contribué à cette réalisation, notamment :

- ➡ l'accès direct du patient au physiothérapeute ;
- ➡ la création d'un fonds de recherche à l'Ordre ;
- ➡ le vote, par les membres, d'une cotisation spéciale pour la publicité / promotion ;
- ➡ l'intégration des thérapeutes en réadaptation physique au système professionnel ;
- ➡ la reconnaissance d'activités réservées aux membres de l'Ordre ;
- ➡ le rehaussement des connaissances requises pour l'entrée à la pratique des physiothérapeutes (maîtrise professionnelle).

Les prochaines années incluront notamment :

- ➡ le diagnostic physiothérapique ;
- ➡ la prescription d'examen complémentaires ;
- ➡ la prescription de médicaments ;
- ➡ la reconnaissance de spécialités ;

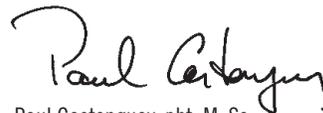
- ➡ la reconnaissance de pratiques avancées pour les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique.

Beaucoup de chemin a été parcouru au cours des dernières années. Nos professionnels sont des plus autonomes, et leur opinion est requise par la population et les médecins généralistes ou spécialistes. En contrepartie, nos professionnels doivent maintenir leurs compétences à jour.

De plus, la pratique professionnelle de 2015 inclura probablement des maladies de nature systémique qui peuvent très bien être traitées en physiothérapie. Pensons notamment, au diabète et à l'hypertension. Notre champ descriptif devra s'ajuster aux besoins de la population. Nous l'avons fait dans le passé, nous le ferons aussi dans le futur.

Dans un prochain *Physio-Québec* vous serez à même de prendre connaissance de la planification triennale 2007-2010. Avec la vision 2015 et la planification triennale 2007-2010, vous pourrez établir votre profil de carrière pour la prochaine décennie, en vous basant sur les meilleures données disponibles.

N'est-ce pas ce que vous faites quotidiennement ?



Paul Castonguay, pht, M. Sc.
Fellow of the Canadian Academy of Manipulative Therapy
Président et directeur général

PROGRAMME D'ASSURANCE DE PERSONNES POUR LES MEMBRES DE L'O.P.P.Q.



Pour se relever rapidement...

Rien de mieux que de tomber sur les pieds !

Le programme d'assurance de personnes de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec est votre meilleur point d'appui.

Pour obtenir une soumission gratuite, communiquez sans tarder avec un conseiller de Dale-Parizeau LM.

**DALE·
PARIZEAU
LM**

Cabinet de services financiers

GATINEAU • JONQUIÈRE • MONTRÉAL
QUÉBEC (Poitras, Lavigueur)
SHERBROOKE (Dunn-Parizeau)

www.dplm.com

Assurance de personnes

- Assurance salaire longue durée
- Assurance vie adhérent et conjoint
- Assurance accident/maladie
- Assurance frais généraux
- Assurance voyage
- Assurance soins dentaires
- Assurance médicaments
- Assurance maladies graves

Assurance protection juridique

Vous pouvez nous joindre par téléphone de 8 h à 20 h du lundi au jeudi et de 8 h à 18 h le vendredi

À VOTRE SERVICE PARTOUT AU QUÉBEC, COMPOSEZ LE 1 877 807-3756



PAR LOUISE-MARIE DION, pht
SYNDIQUE

Y AVEZ-VOUS DÉJÀ songé ?

Au cours de quelques enquêtes, il est arrivé que le syndic demande au professionnel de lui fournir les copies des reçus remis au client ou encore la preuve de la facturation soumise aux organismes payeurs. En certaines occasions, le professionnel, physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique, n'était pas en mesure de fournir les documents et paraissait même surpris que nous lui en fassions la demande.

Évidemment, l'émission de reçus de même que la facturation à des tiers payeurs relève d'une fonction administrative et l'on s'entend bien que la gérance de cette activité est normalement assumée par le propriétaire. Cependant, le professionnel traitant doit réaliser que les articles du *Code de déontologie* traitant de l'intégrité et plus particulièrement des reçus et des honoraires doivent être respectés autant par lui que par le propriétaire, lorsque ce dernier est membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, ce qui est fréquemment le cas.

Voici, notamment, certains articles du *Code de déontologie* dont il faut se souvenir lorsqu'il s'agit d'honoraires :

Le premier cité a une portée très large et il se lit comme suit :

Art. 3.02.01.

Le membre doit s'acquitter de ses obligations professionnelles avec intégrité.

Le suivant sur lequel nous voulons attirer votre attention se retrouve à la **SECTION IV, § 2. – Actes dérogatoires**

Art. 4.02.01.

[...] est dérogatoire à la dignité de la profession, le fait, pour un membre de :

j) procurer ou faire procurer à un client un avantage matériel injustifié, notamment en faussant une déclaration, un rapport, ou tout document relatifs à la santé d'un client ou au traitement donné à ce dernier;

Cet article a été utilisé dans des plaintes disciplinaires pour soutenir des infractions ayant trait aux reçus émis pour des traitements prodigués par des thérapeutes en réadaptation physique et portant le nom d'un physiothérapeute, laissant croire que le traitement avait été fourni par ce dernier. Dans un tel cas, les deux membres, pht et T.R.P., risquent de se retrouver sur le banc des accusés. Rappelons à cet effet que trois physiothérapeutes se sont déjà vu imposer des amendes en rapport avec des reçus ou autres documents laissant croire qu'ils avaient prodigué les traitements de physiothérapie en réalité donnés par des thérapeutes en réadaptation physique ou autre. Comme les infractions commises étaient antérieures à l'entrée en vigueur du *Décret concernant l'intégration*, l'Ordre n'avait pas juridiction sur la pratique des thérapeutes en réadaptation

physique, donc, ne pouvait enquêter sur eux ni les traduire devant le Comité de discipline. La réalité est aujourd'hui toute autre.

Dans la même section que précédemment, nous nous permettrons d'insister sur le paragraphe suivant :

k) réclamer des honoraires pour des actes professionnels non dispensés ;

Loin de nous, très loin de nous, la pensée que la facturation frauduleuse est une pratique courante chez nos professionnels. Cependant, l'employé physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique se doit de réaliser qu'il pourrait aussi avoir à assumer la responsabilité de l'acte frauduleux s'il se produisait. Il ne pourrait s'en laver les mains comme Ponce-Pilate et prétendre que la faute ne relève que des propriétaires ou administrateurs. Le rôle du professionnel traitant se poursuit au-delà de l'administration des soins ; en cela les codes de déontologie des ordres professionnels sont très clairs. Citons en exemple l'article suivant tiré de nôtre :

Art. 3.08.03.

Le membre doit fournir à son client toutes les explications nécessaires à la compréhension de son relevé d'honoraires et des modalités de paiement.

Même s'il peut s'avérer administrativement plus pratique que ces informations soient fournies par le personnel de secrétariat, le professionnel traitant ne peut se démettre de son obligation en prétextant qu'il n'est pas propriétaire et qu'il n'a aucune responsabilité dans la gérance des honoraires. Le *Code de déontologie* ne fait pas de distinction en ce sens, et chacun doit assumer les conséquences de ses gestes, même s'il s'agit d'une faute par omission.

Nous avons décidé d'attirer votre attention sur ces divers points afin que chacun, à titre de propriétaire ou d'employé, réalise la responsabilité conjointe qu'il a face à cette question des honoraires. Il s'agit en fait d'une notion de transparence qui dans la plupart des cas ne nécessiterait probablement qu'un ajustement mineur notamment par une copie du reçu émis ou de la facturation transmise aux organismes payeurs conservée au dossier client. Ces éléments font d'ailleurs partie intégrante du dossier client et peuvent de toute façon être requis par le syndic lors d'une enquête ou par l'inspecteur du service d'inspection professionnelle lors d'une visite de vérification générale.

Nous vous invitons à développer une vision plutôt large que restreinte dans la définition de l'acte professionnel qui doit inclure les aspects administratifs reliés directement au traitement du client.



PAR LINDA LABELLE, pht, D.S.A.,
COORDONNATRICE DE LA FORMATION CONTINUE

LE BON FORMULAIRE au bon moment !

Dans le souci constant d'améliorer les outils en place, nous vous présentons les nouveaux formulaires que les membres doivent dorénavant utiliser dans le cadre de la Politique de formation continue.

Il faut comprendre que le formulaire « A » (Demande de reconnaissance d'une activité de formation continue extérieure à l'Ordre), que vous trouviez jusqu'à présent dans le guide d'application de la Politique, a été revu pour vous rendre la tâche plus aisée. Nous vous demandons donc d'utiliser désormais ce nouveau formulaire pour faire reconnaître une activité.

De plus, un tout nouveau formulaire a été mis à votre disposition. Il s'agit du formulaire « C » (Demande d'attribution de HFC d'une activité de formation continue extérieure à l'Ordre) qui a été créé spécialement à l'intention des membres ayant participé à une activité déjà reconnue par l'Ordre et pour laquelle il n'est donc pas nécessaire de placer une demande de reconnaissance. Dans ces cas, il vous suffit de compléter le formulaire et d'y joindre la preuve attestant de votre présence à l'activité.

Chaque formulaire débute avec des notes vous permettant de vérifier si vous utilisez le formulaire approprié à votre demande. La liste des documents à

joindre y est aussi fournie. De plus, ces formulaires ont été traduits en anglais, ce qui facilitera la tâche à plusieurs d'entre vous.

Vous pouvez maintenant imprimer les formulaires au gré de vos besoins puisqu'ils sont disponibles à la nouvelle section dédiée à la Politique de formation continue du site Internet de l'Ordre. Cette nouvelle section est accessible à tous – au public comme aux membres de l'Ordre – via la page d'accueil. Vous y trouverez, entre autres renseignements, la liste des activités admissibles reconnues par le Bureau ainsi que la liste des activités en cours d'évaluation. Ces listes sont mises à jour quotidiennement pour vous permettre d'obtenir en tout temps l'information la plus complète et la plus actuelle qui soit.

Une place pour chaque chose, et chaque chose à sa place, dit le proverbe. Voilà pourquoi il existe maintenant deux formulaires à l'usage des membres. La Politique est en constante évolution et pour suivre le courant, nous vous invitons à demeurer à l'affût.

Partenaire de votre programme d'assurance responsabilité professionnelle



La Capitale prend soin de vous

À tous les jours, vous prodiguez vos bons soins à de nombreux patients.

Et quotidiennement, La Capitale assurances générales est heureuse de prendre soin de vous en protégeant les activités professionnelles des membres de l'OPPQ.

Pour en savoir davantage sur votre programme d'assurance, n'hésitez pas à appeler un de nos agents.

1 800 644-0607



CABINET EN ASSURANCE DE DOMMAGES
Aider les gens c'est notre métier



PAR ISABELLE NADEAU, pht, M.A.,
COORDONNATRICE DE L'INSPECTION PROFESSIONNELLE

Dans le *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec*, on trouve trois articles portant sur le maintien des équipements : il s'agit des articles 17, 18 et 19.

SAVIEZ-VOUS QU'au moment d'une visite de vérification générale (visite d'inspection), l'Ordre s'assure du respect de ces articles ? Le responsable du service de physiothérapie, du service de réadaptation, le responsable clinique, le propriétaire de la clinique ou son délégué doit remplir un formulaire sur lequel quelques renseignements relatifs à ces articles lui sont demandés.

L'article 17 se lit comme suit : « Le membre doit veiller à ce que tout équipement qu'il utilise soit entretenu afin d'assurer constamment son parfait fonctionnement ». Cet article est simple, clair et sans ambiguïté. J'insiste pourtant sur le « TOUT », sur le « CONSTAMMENT » et sur le « PARFAIT ». Trois mots qui viennent mettre un peu de pression sur les épaules déjà larges des membres de l'Ordre, mais qui rendent plus précises encore les dimensions de ces épaules.

Sans ajouter plus de pression, l'article 18 concrétise davantage ce qui est attendu des professionnels. « Le membre doit s'assurer que soit vérifiée toute pièce d'équipement devant être inspectée, calibrée ou étalonnée aussi souvent que l'exige un fonctionnement optimal, compte tenu des spécifications de l'équipement et des normes scientifiques généralement reconnues. »

Je reviendrai sur cet article, puisqu'il correspond à l'essentiel de mon propos. Les termes « AUSSI SOUVENT » et « GÉNÉRALEMENT RECONNUES » méritent justement qu'on s'y attarde plus longuement.

Finalement, en vertu de l'article 19, les membres de l'Ordre doivent garder à jour « un registre contenant la date de vérification, l'identification de l'équipement, le résultat obtenu et la signature de la personne ayant procédé à la vérification ». C'est précisément ce registre, pouvant prendre différentes formes (cartable, Duo-Tang, chemise, etc.) qui sera exigé, et que l'inspecteur consultera lors de la visite d'inspection comme preuve du respect de ces trois articles du Règlement. Il arrive malheureusement trop fréquemment que le Comité d'inspection professionnelle (CIP) doive souligner aux membres un manquement à l'égard de cet article et recommander de s'y conformer en exigeant qu'un registre soit préparé à cette fin.

J'aborderai maintenant l'article 18 en mettant l'accent sur la fréquence de vérification des appareils d'électrothérapie. Et, pour cela, je ferai un résumé et une traduction libre d'un certain nombre de chapitres de livres et d'articles dont la date de parution s'échelonne sur plusieurs années afin de démontrer

Saviez-vous que ?

l'évolution dans le temps et le raffinement du problème. Je souligne que cette démonstration ne se veut pas exhaustive et j'encourage tous ceux que le sujet intéresse à me faire parvenir d'autres articles pour compléter le tout et pour alimenter la réflexion.

SAVIEZ-VOUS QUE, actuellement, le Comité d'inspection professionnelle de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec estime approprié que la vérification des appareils se fasse sur une base annuelle ? Et que la calibration des appareils à ultrasons devrait s'effectuer environ deux fois l'an ? Afin de protéger les clients, certaines précautions doivent être prises notamment à l'égard des appareils à ultrasons. En ce qui concerne ces appareils, il est bien évident qu'une calibration adéquate permettra au professionnel d'avoir une idée juste et réelle du traitement qu'il offre au patient, et à ce dernier de recevoir la dose que son état requiert. Les effets étant liés à l'intensité, une dose trop basse n'aura pas d'effet clinique, alors qu'une dose trop importante peut produire des dommages.

Déjà en 1987, un article publié dans la revue *Physiotherapy Canada*¹ faisait état de problèmes de calibration des appareils à ultrasons et suggérait une vérification aux quatre semaines. Les puissances émises ne correspondaient pas aux valeurs indiquées sur l'appareil dans 66 % des appareils mesurés.

Une étude qui a eu lieu en Écosse en 1992², révèle que 69 % des appareils mesurés présentaient une intensité de plus de 30 % de la valeur affichée. Les appareils vieux de plus de 10-12 ans de même que ceux pouvant permettre deux fréquences d'utilisation présentaient les pires performances.

L'article de Stephen Pye paru dans la revue *Physiotherapy* en 1996³ est assez inquiétant. Cet auteur arrive à la conclusion que les appareils à ultrasons utilisés quotidiennement devraient être testés avec une balance à ultrasons à chaque semaine. Une variation de plus ou moins 20 % de l'intensité attendue devrait suggérer une calibration par un technicien expérimenté. L'auteur soulignait à l'époque, qu'au chapitre de la performance des appareils à ultrasons en termes de précision de la puissance, il y avait eu peu d'amélioration depuis les vingt années précédant son étude, et ce, en dépit de l'adoption, en 1984, de standards internationaux. Les histoires de cas rapportées au début de l'article sont par ailleurs éloquentes. La première fait état d'un appareil neuf, utilisé dans un département de physiothérapie sans vérification préalable. Les deux premiers patients traités à l'aide de cet appareil ont subi des brûlures : au lieu d'être traités à une intensité se situant entre 0.25 et 0.5 W/cm², ces deux patients l'ont été à une intensité se situant entre 2 et 3W/cm². Une autre histoire de cas relate celle d'un appareil utilisé depuis plusieurs semaines, mais dont une des têtes n'était pas fonctionnelle (aucune émission).

L'étude parue en 2002 dans *Ultrasonics*⁴ révèle des écarts de plus de 30 % chez certains modèles d'appareils comparativement à d'autres modèles.

Un article paru dans *Physical Therapy* en 2002⁵, indique que plus du tiers des appareils mesurés présentent une intensité en-dehors des valeurs attendues et que approximativement le quart des minuteriers mécaniques ne calculent pas le vrai temps d'application. Les résultats de cette étude démontrent que 39 % des appareils dépassent de plus de 20 % la marge d'erreur permise (ce qui est potentiellement dangereux si la valeur est supérieure et qui peut réduire l'efficacité du traitement si la valeur est inférieure). Les auteurs encouragent eux aussi à effectuer une vérification annuelle. L'autre élément intéressant de cet article concerne la tentative d'isoler les facteurs de décalibration des appareils à ultrasons. Ainsi, les auteurs indiquent qu'il n'y a pas de lien statistiquement significatif entre la fréquence d'utilisation, l'âge de l'appareil et le pourcentage d'erreur de la puissance délivrée. Les auteurs concluent également que le cadran digital offre la meilleure assurance que le temps d'application des ultrasons sera précis.

Notons au passage que le ministère canadien de la Justice a émis une *Loi sur les dispositifs émettant des radiations* à laquelle les appareils à ultrasons à usage thérapeutique sont soumis⁶. Cette loi précise les normes de fonctionnement et spécifie, notamment que « l'indicateur de puissance [...] doit indiquer sur l'échelle de la commande de puissance acoustique ou sur l'instrument pour mesurer l'intensité ultrasonore fournie, la puissance acoustique avec une précision de ± 20 pour cent lorsque la puissance fournie est supérieure à 10 pour cent de la puissance acoustique maximale. » De façon plus claire, le *Code de sécurité 23*, émis par Santé Canada⁷ indique ceci : « Il est recommandé que les appareils à ultrasons à usage thérapeutique soient étalonnés au moins une fois par mois par un technicien compétent pour garantir un écart maximal de 20 % entre la puissance ultrasonore acoustique indiquée et la puissance acoustique mesurée. La précision de la minuterie doit aussi être vérifiée. » « Cet étalonnage devrait aussi être effectué lors de la réception de l'appareil. » Par ailleurs, le code de sécurité 25, fourni par la Direction générale de la protection de la santé d'Ottawa⁸, précise certaines directives concernant l'utilisation de la diathermie à ondes courtes. Au chapitre de l'entretien du matériel, il est recommandé d'inspecter ces appareils « au moins une fois l'an pour assurer le bon fonctionnement de toutes les pièces ».

Un article paru dans le *Journal of Manipulative physiological therapy* en 2003⁹, rend compte de résultats plutôt alarmants. Des 45 appareils mesurés, 44 % ont échoué l'inspection soit de la calibration ou de la sécurité électrique. Selon ces auteurs, l'âge de l'appareil est un facteur significatif ($P \leq .05$). La dose d'ultrasons est donc soit trop basse ou trop haute par rapport à celle que le professionnel croit offrir au patient.

Par ailleurs, l'ouvrage de Alain Y. Bélanger¹⁰, paru en 2002, cite Pye (1996) qui recommande que les appareils à ultrasons soient inspectés et calibrés plusieurs fois par année et hebdomadairement lorsqu'ils sont utilisés fréquemment. Pye recommande que tous les nouveaux appareils soient vérifiés avant même la première utilisation.

Dans cet ouvrage, quelques recommandations concernant les appareils T.E.N.S sont également fournies au lecteur. Ainsi, un entretien, comprenant une inspection visuelle des électrodes (rechercher les fissures et les bris) et la mesure de l'impédance, devrait être effectué régulièrement. Des mesures générales de sécurité concernant l'ensemble des appareils d'électrothérapie sont également fournies au lecteur.

Enfin, l'ouvrage de P. Bussièrès et J. Brual paru en 2001¹¹, propose également de faire la vérification générale des appareils à ultrasons deux fois par an et de vérifier la fiabilité du dosage (calibration) une fois par mois.

Il ne faut pas oublier que l'utilisation de formes d'énergie invasives, (donc les ultrasons et la diathermie dans le champ de la physiothérapie), a été réservée aux membres de l'OPPQ par la Loi 90 (*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*), cette forme d'énergie étant susceptible « d'entraîner des dommages corporels ». ¹² L'utilisation sécuritaire de ces appareils requiert donc de nos membres beaucoup de rigueur. Entre autres choses pour les ultrasons, il faut procéder à un calcul de la dose et à une calibration régulière.

On se rend compte, à la lecture de différents ouvrages et articles parus sur le sujet, qu'il est nécessaire d'effectuer une vérification rigoureuse des appareils utilisés en électrothérapie. Les trois articles du *Règlement sur la tenue des dossiers* viennent concrétiser cette vérification et la rendent obligatoire. Quant à la fréquence de cette vérification, l'OPPQ estime pour le moment qu'elle devrait se faire annuellement de façon générale et deux fois l'an pour les ultrasons. Il n'est cependant pas exclu qu'éventuellement l'Ordre propose une fréquence de vérification ajustée en fonction des résultats d'analyses récentes. Vous en serez avisés en temps et lieu. Les précautions usuelles, lors de l'utilisation des appareils d'électrothérapie, doivent être appliquées avec soin par les professionnels de la physiothérapie.

Des appareils rigoureusement entretenus, utilisés par des professionnels compétents, fera en sorte que les patients en profiteront largement de même que votre notoriété.

1. Rivest, M., Quirion-De Girardi, C., Seaborne, D. et Lambert, J. (1987). Evaluation of therapeutic ultrasound devices: performance stability over 44 weeks of clinical use. *Physiotherapy Canada*, mars/avril 1987. 39 (2): 77-86.
2. Pye, S.D. et Milford, C. (1994). The performance of ultrasound physiotherapy machines in Lothian region, Scotland, 1992. *Ultrasound in medicine and biology*. 1994; 20 (4): 347-359.
3. Pye, S. (1996). Ultrasound therapy equipment – Does it perform? (1996). *Physiotherapy*. 82 (1): 39-44
4. Guirro, R. et Britshcy Dos Santos, S.C. (2002). Evaluation of the acoustic intensity of new ultrasound therapy equipment. *Ultrasonics*, 2002, 39: 553-557.
5. Artho, P.A., Thyne, J.G., Warring, B.P., Willis, C.D., Brismée, J.-M. et Latman, N.S. (2002). A calibration study of therapeutic ultrasound units. *Physical Therapy*, 2002, 82 (3): 257-263.
6. Règlement sur les dispositifs émettant des radiations, document disponible sur le site Web du Ministère de la justice du Canada : <http://lois.justice.gc.ca/fr/R-1/C.R.C.-ch.1370/211023.html> mise à jour du 13 décembre 2005
7. *Principes d'utilisation des ultrasons : Partie 1 – applications médicales et paramédicales* (extrait du code de sécurité 23, 1989). Document disponible sur le site Web de Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/radiation/safety-code_23-secrite/index_f.html
8. *Diathermie à ondes courtes (code de sécurité 25) ; directive relative à la limitation de l'exposition aux radiofréquences*. Document rédigé par le Bureau de la radioprotection, Direction de l'hygiène du milieu, Direction générale de la protection de la santé, Ottawa.
9. Daniel, D.M. et Rupert, R.L. (2003). Calibration and electrical safety status of therapeutic ultrasound used by chiropractic physicians. *Journal of manipulative physiological therapy*, 2003; 26: 171-175.
10. Bélanger, A.Y. (2002). *Evidence-based guide to therapeutic physical agents*. Lippincott Williams and Wilkins
11. Bussièrès, P et Brual, J. (2001). *Les agents physiques en réadaptation* 2^{ème} édition. Les Presses de l'Université Laval et DeBoek Université.
12. *Guide d'application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé pour les membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec*. Adopté par le Bureau en date du 30 janvier 2004



PAR JULIE MARTIN, AVOCATE

L'ACCÈS AUX DOSSIERS DE PHYSIOTHÉRAPIE : quelques conseils pratiques pour s'y retrouver

À qui dois-je donner accès aux dossiers de physiothérapie ? Dois-je obtenir l'autorisation du client ? Dans quelles circonstances ? Ces principes sont-ils les mêmes lorsqu'un membre de l'Ordre désire avoir accès au dossier médical d'un client ? L'accès aux dossiers suscite beaucoup de questionnement de la part des membres.

Cet article est le premier d'une série de deux articles portant sur l'accès aux dossiers. Nous traiterons tout d'abord des obligations qui entourent l'accès aux dossiers de physiothérapie par les clients. Dans le *Physio-Québec d'hiver 2007*, il sera question des règles à suivre lorsqu'un professionnel de la physiothérapie désire consulter le dossier d'un client, détenu par un médecin ou encore un établissement public.

Dans un premier temps, lorsqu'un client vous demande d'avoir accès à son dossier, vous n'avez pas d'autres choix que d'accepter, que vous exerciez dans le secteur public ou bien en clinique privée. L'établissement ou la clinique n'est que le gestionnaire du dossier physique. Par contre, l'information qui y est contenue appartient indéniablement au client.

L'article 3.07.01 du *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique* prévoit d'ailleurs que :

« Le membre doit, sauf pour des motifs justes et raisonnables, respecter le droit de son client de prendre connaissance des documents qui le concernent dans tout dossier de physiothérapie constitué à son sujet et d'obtenir copie de ses documents. »

Devant une telle demande, vous devez permettre au client d'avoir accès à son dossier et lui fournir l'aide et les explications nécessaires à sa bonne compréhension si le client en manifeste le besoin. Il est possible également qu'il désire en obtenir une copie ou qu'une copie soit transmise à un tiers, tel qu'un assureur. Le client est tout à fait en droit de faire une telle demande.

Il vous serait possible, de façon exceptionnelle, de refuser de donner accès aux renseignements contenus au dossier « lorsque leur divulgation entraînerait vraisemblablement un préjudice grave pour le client ou pour un tiers » (article 60.5 *Code des professions*). Dans un tel contexte, le professionnel doit retirer

les renseignements sensibles et donner accès au client à son dossier. Ces cas d'exceptions sont cependant extrêmement rares et le principe doit demeurer l'accès au dossier.

Le client peut consulter gratuitement son dossier. Cependant, des frais raisonnables peuvent être exigés si le client désire en obtenir une copie.

Il est important de savoir que le client a également le droit de faire corriger un renseignement inexact, incomplet ou équivoque en regard des fins pour lesquels il a été recueilli. Il a également le droit de faire supprimer un renseignement périmé ou non justifié par l'objet du dossier. Ces droits ne sont cependant pas sans limite. Par exemple, un client aurait le droit de faire rectifier un renseignement personnel, mais ne pourrait en aucun cas viser une donnée de nature évaluative du professionnel. Dans un tel cas, le client aurait toujours la possibilité de formuler par écrit des commentaires et de les verser au dossier. Il s'agit d'un droit qui lui est reconnu en vertu de la législation en vigueur (article 60.6 *Code des professions*).

Les demandes d'accès devraient être faites par écrit et consignées au dossier du client. En cas de refus, les motifs le justifiant devraient également apparaître au dossier et être signifiés à la personne qui en fait la demande.

La confidentialité du dossier est le principe, mais elle comporte un certain nombre d'exceptions que nous n'énumérerons pas dans la présente. Par contre, il est important de savoir que vous ne pourriez pas, par exemple, opposer la confidentialité des dossiers au Comité d'inspection professionnelle ou encore au syndic de l'Ordre.

N'oubliez jamais que la confidentialité du dossier de physiothérapie est essentielle pour assurer le respect de votre secret professionnel. Ces informations appartiennent au client et, sous réserve de certaines exceptions, il est le seul à pouvoir en autoriser la divulgation.

Références

Article 3.07.01 *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique*

Articles 60.5 et 60.6 *Code des professions*

Articles 37 à 41 *Code civil du Québec*

Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé

Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels

Loi sur les services de santé et les services sociaux

CRÉDIT D'IMPÔTS POUR PERSONNE HANDICAPÉE

Veillez prendre note que le gouvernement fédéral a adopté, le 22 juin 2006, les modifications au formulaire de demande de crédit d'impôts pour personne handicapée proposées lors du dépôt du budget en février 2005.

En conséquence, les physiothérapeutes pourront compléter le formulaire de demande de crédit d'impôts pour leurs clients lorsque ceux-ci présentent d'importants problèmes de marche. L'Agence du revenu du Canada a mis en place cette modification depuis l'année 2005.



PAR CÉLINE LEPAGE, pht, M.Sc.
ET CHANTAL FERLAND, pht

PROGRAMME D'ENTRAÎNEMENT LOCOMOTEUR SPÉCIFIQUE

combiné à l'injection de la

toxine botulinique (BOTOX)

chez de jeunes enfants ayant une déficience motrice cérébrale.

Francine Dumas pht, M. Sc.^{1,2}, Céline Lepage pht, M.Sc.³, Francine Malouin pht, Ph.D.^{1,2}, Chantale Ferland pht³, Daniel Tardif¹. ¹CIRRIIS, ²Département de réadaptation, Université Laval, ³Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.

INTRODUCTION

Au cours des dernières années l'injection de la toxine botulinique de type A (BtA) dans le but de diminuer la spasticité et d'améliorer la fonction motrice d'enfants ayant une déficience motrice cérébrale (DMC) est devenue une intervention courante. Plusieurs études rapportent en effet une réduction des déficiences reliées au tonus musculaire et aux amplitudes articulaires, une diminution de la douleur et une amélioration des capacités dont les fonctions motrices globales (changement de position, déplacement, marche), du membre supérieur et de l'hypersalivation (pour une revue voir 1).

Les études rapportent aussi que certains enfants s'améliorent peu ou pas suite à l'injection de BtA. Globalement, environ 80 % des enfants répondraient positivement^{2,3}. Toutefois, sur le plan de la fonction motrice globale, les proportions de succès varient considérablement selon les études de 0 %⁴ à 37 %⁵ et 77 %⁶, 3 ou 4 mois après l'injection. A 12 mois post-injection, à peine 5 % des enfants maintiendraient leurs gains ou continueraient de s'améliorer³. Plusieurs facteurs peuvent expliquer une telle variabilité des effets : l'hétérogénéité des enfants (âge, diagnostic, niveau fonctionnel, importance de la spasticité, autres déficiences associées), les instruments de mesure de résultats, le nombre de sites d'injection et les doses injectées, et, possiblement, les protocoles d'interventions suite à l'injection.

Il est reconnu qu'un suivi en physiothérapie est nécessaire suite à l'injection de BtA^{7, 8}. Très peu d'études décrivent toutefois spécifiquement le type et l'intensité des interventions physiothérapeutiques auxquelles les enfants ont été soumis. Ainsi, les auteurs mentionnent la participation des enfants à des programmes de physiothérapie dits conventionnels ou réguliers, mais ceux-ci ne sont pas décrits^{4, 5, 9}. À notre connaissance, seul Paolicelli et coll⁶ ont résumé la nature de leurs interventions après l'injection. À la phase initiale, celles-ci consistaient en des étirements, du renforcement musculaire, des exercices debout et de marche ainsi que le port d'orthèses de nuit pendant 1 semaine, puis de jour pendant au moins 1 mois. À la seconde phase, le traitement consistait en des interventions fonctionnelles plus complexes debout et à la marche. Malheureusement, les auteurs ne précisent pas la durée du

programme de chacune de ces phases, ni les critères utilisés pour passer de l'une à l'autre. L'observance au programme et le niveau de participation aux différentes activités sont également inconnus.

L'objectif premier de ce texte est de décrire le programme d'entraînement locomoteur auquel ont été soumis de jeunes enfants ayant une DMC, après avoir reçu une injection de Botox au niveau des fléchisseurs plantaires. L'intensité et la progression de l'entraînement pour chacune des catégories d'activités constituant le programme au cours des 24 semaines de son application seront également documentées. Enfin, l'observance des enfants à ce programme sera précisée.

MÉTHODOLOGIE ET DESCRIPTION DU PROGRAMME

Six enfants ont participé à ce programme d'entraînement locomoteur spécifique. Le Tableau 1 présente les caractéristiques des enfants ainsi que les sites d'injections.

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

N°	Genre	Âge (mois)	Taille (cm)	Poids (kg)	Type de DMC	Niveau GMFCS*	Fléchisseurs plantaires injectés
1	F	59	100,5	19,1	Diplégie	I	Droits
2	F	56	108	17,3	Hémiplégie	I	Droits
3	M	27	76,5	9,1	Diplégie	II	Gauches
4	F	42	94	15,9	Diplégie	I	Bilatéraux
5	F	41	-	14,8	Hémiplégie	I	Droits
6	F	47	100	17	Diplégie	I	Bilatéraux

* : *Gross Motor Function Classification System*

Le programme d'entraînement locomoteur spécifique a été développé à partir d'une approche orientée vers la tâche telle que préconisée par Shepherd¹⁰⁻¹². Cette approche, considérée comme un modèle d'apprentissage, est basée sur le principe que les personnes apprennent ce qu'elles pratiquent et sur le concept d'avoir recours à des activités ayant des buts fonctionnels. Les bienfaits de cette méthode, plus généralement utilisée chez l'adulte qui a subi un accident vasculaire cérébral, font de plus en plus consensus dans la littérature^{13, 14}. Un programme d'entraînement basé sur cette approche prône l'utilisation de tâches spécifiques qui doivent être accomplies dans des contextes (environnements) diversifiés. Étant donné que ces tâches sont concrètes, la connaissance de leur réussite ou échec peut être immédiate. Ainsi, par exemple, monter et descendre d'un bloc pour aller saisir un jouet placé en hauteur, à une distance plus grande que la longueur du membre supérieur, constitue un exercice pour améliorer la force musculaire, l'équilibre, la coordination, la

flexibilité et l'utilisation du membre atteint. De plus, l'atteinte du jouet, informe l'enfant de la réussite de la tâche et de l'effort qu'il doit fournir pour y arriver. La variété des environnements de pratique dans le but d'augmenter les niveaux de difficulté favorise l'adaptation aux exigences environnementales des divers milieux de vie.

Le programme proposé dans le présent projet préconisait, outre la locomotion comme telle, l'utilisation de tâches préparatoires à la marche (ex. : équilibre debout et assis) et des tâches constituant des variantes de la locomotion (ex. : monter sur un bloc). Il comportait 16 tâches spécifiques qui ont été regroupées en 5 grandes catégories d'activités : mobilité assis, debout statique, debout dynamique, reliées à la marche et activités locomotrices avancées (ALA) (Tableau 2). Certains enfants ont eu besoin d'étirages passifs, ce qui a amené à créer une 6^e catégorie. Selon la performance de l'enfant et la tâche à accomplir, les environnements de pratique ont été diversifiés en modifiant la hauteur des bancs, des blocs, des appuis, la position des jouets et la base de support de l'enfant. De plus, il a été recommandé au physiothérapeute de se placer devant l'enfant, lorsque cela était possible, afin de favoriser les transferts de poids vers l'avant. Le physiothérapeute devait aussi stimuler l'enfant à maintenir une amplitude de 5° à 10° de flexion au genou dans les différentes tâches. La 'guidance' manuelle a été utilisée lorsque nécessaire.

Tableau 2: Catégories d'activités issues du regroupement des tâches spécifiques

Catégories d'activités	Tâches spécifiques
Mobilité assise	<ul style="list-style-type: none"> Passer de la position assise à debout à assise
Debout statique	<ul style="list-style-type: none"> Passer de la position accroupie à debout et redescendre Se placer en position de fente avant, pied affecté, pied non affecté ; pousser du pied arrière jusqu'en flexion plantaire Monter sur le bout des orteils à partir de la position debout sur le bord d'un bloc, talon au sol Transférer le poids en latéral Transférer le poids vers l'avant et vers l'arrière Transférer le poids en diagonale
Debout dynamique	<ul style="list-style-type: none"> Monter sur un bloc, vers l'avant Monter sur un bloc, en latéral Monter sur un bloc, vers l'arrière
Marche	<ul style="list-style-type: none"> Enjamber une ligne, des cerceaux, des obstacles Marcher sur un tapis roulant Marcher de côté, avec et sans croisement des pieds
Activités locomotrices avancées (ALA)	<ul style="list-style-type: none"> Marcher à travers un parcours (couloir étroit, poutres, obstacles, lignes, sauts, blocs) Se déplacer sur une surface mobile et instable (jouet tortue), en position debout Se déplacer sur un objet roulant (trotinette), alterner le pied propulseur
Étirages	<ul style="list-style-type: none"> Étirement passif selon les besoins (fléchisseurs plantaires, muscles de la hanche)

Le programme a été enseigné par deux co-auteurs (CL et CF) à chacune des cinq physiothérapeutes traitant un enfant participant à l'étude. Les physiothérapeutes traitantes cumulaient en moyenne 17.2± 8.9 années d'expérience auprès d'enfants ayant une DMC. Puis, l'une des co-auteurs (CL) a rencontré le physiothérapeute à 2 reprises, à un mois d'intervalle, afin de s'assurer du bon déroulement du programme. De plus, un document explicatif illustrant les différentes tâches était mis à la disposition des thérapeutes.

La mise en application du programme a débuté immédiatement après l'ablation des plâtres, soit 4 semaines après l'injection. À chaque session d'entraînement, le physiothérapeute a déterminé les tâches qu'il voulait entraîner, organisé l'environnement de pratique et sélectionné les jouets qui favorisaient la participation maximale de l'enfant. La durée d'entraînement de chacune des tâches a été laissée à la discrétion du physiothérapeute. Aucune indication n'a été donnée quant à la progression du programme, que ce soit au niveau du type de tâches à ajouter ou à retrancher du programme d'un enfant, du moment pour intégrer une nouvelle tâche dans son programme ou de l'augmentation du temps dédié à une tâche.

Le programme d'entraînement s'est échelonné sur une période de 24 semaines, à raison de deux sessions de 45 minutes par semaine, pour un total possible de 36 heures en 48 sessions. Le temps dédié à chaque tâche a été noté par le physiothérapeute lors de chacune des sessions d'entraînement.

Analyse

Pour fin d'analyse, 4 sessions consécutives d'entraînement ont été sélectionnées au début de l'entraînement, 4 sessions à la mi-temps et 4 sessions à la fin de l'entraînement pour représenter chacune des trois phases de l'entraînement (début, mi-temps et fin). Pour chaque session d'entraînement et pour chacun

des enfants, le temps dédié à toutes les tâches d'une catégorie a été additionné afin d'obtenir le temps total dédié à cette catégorie d'activités. Ceci a été répété pour chaque catégorie. Pour chaque phase, le temps total dédié à chaque catégorie d'activités a été additionné constituant une somme totale de toutes les catégories correspondant à 100%. Pour chaque phase, le pourcentage de chaque sujet a été moyenné.

L'observance au programme a été présentée en comparant le temps total d'entraînement reçu au temps maximal que les enfants auraient pu recevoir. Pour avoir une idée plus juste de l'observance réelle due à l'enfant, le temps maximum de thérapie a été établi pour chacun en éliminant le temps des sessions manquées en raison de la non-disponibilité des thérapeutes et du temps réservé aux évaluations. Ce qui explique que ce maximum peut différer entre les sujets.

RÉSULTATS

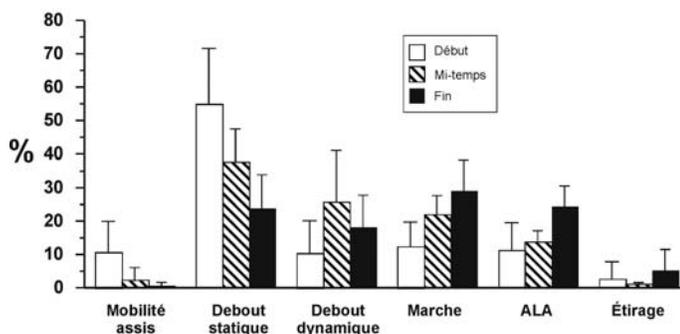
La participation des enfants aux différentes catégories d'activités a varié dans le temps (Tableau 3). Au début de la période d'entraînement, les six enfants ont participé aux tâches de la catégorie "debout statique" mais seulement 5 enfants ont participé à des tâches plus exigeantes telles "marche" et "ALA" et 4 enfants à la tâche "debout dynamique". Un seul enfant recevait des étirages (enfant 6). À la fin de la période d'entraînement, comme à la mi-temps, tous les enfants participaient aux activités plus exigeantes ; cependant, un enfant participait encore à des activités assises (enfant 3). Par ailleurs, trois enfants ont reçu des étirages à la fin de la période d'entraînement (enfants 3, 4, 6) comparativement à un seul auparavant (enfant 6).

Tableau 3 : Nombre de participants selon les catégories d'activités, au début, à mi-temps et à la fin de la période d'entraînement.

	Début	Mi- temps	Fin
Mobilité assise	5	1	1
Debout statique	6	6	6
Debout dynamique	4	6	6
Marche	5	6	6
Activités locomotrices avancées (ALA)	5	6	6
Étirage	1	1	3

Le temps de thérapie moyen dédié à chacune des catégories d'activités a changé au cours de la période d'entraînement (Figure 1). Globalement, le temps dédié aux activités "mobilité assise" et "debout statique" a diminué tandis que celui dédié aux activités "marche" et "ALA" a augmenté, du début à la fin de la période. Ce changement est toutefois différent pour les activités "debout dynamique" et "étirage" qui montrent respectivement une augmentation et une diminution du temps à la mi-temps. Plus spécifiquement, la répartition du temps de thérapie entre les catégories d'activités a varié selon la période d'entraînement. Au début de l'entraînement, les activités "debout statique" ont occupé 55% du temps total de thérapie, le reste du temps étant réparti presque également entre les quatre autres catégories (10%-12%), à l'exception des étirages. À mi-temps de la période d'entraînement, le temps dédié aux activités "debout dynamique" et "marche" a augmenté d'environ 10% alors que l'augmentation n'est que de 2% pour les "ALA". Pour ces deux dernières catégories d'activités (marche et ALA), les augmentations se sont poursuivies pendant la période de fin d'entraînement ce qui correspond à un temps de thérapie relatif de 29% et 24% respectivement. Malgré cela, à peine plus de la moitié du temps total de thérapie (53%) a été dédié aux catégories d'activités "marche" et "ALA" à la fin de la période d'entraînement alors que 42% du

Temps de thérapie selon les catégories d'activités



temps a été consacré aux activités "debout statique" et "debout dynamique". Pour sa part, la catégorie étirage a occupé près de 5% de temps de thérapie à la fin alors qu'au début il était de 2% et de 0.5% à mi-temps de la période d'entraînement.

Figure 1 : Pourcentage moyen du temps dédié à chaque catégorie d'activités selon les 3 phases analysées (début de l'entraînement, mi-temps, fin de l'entraînement) chez le groupe des enfants participant à l'étude.

Au cours des 24 semaines du programme d'entraînement, cinq enfants ont reçu entre 19 et 23 heures d'interventions et un (enfant 3) a participé à moins de 10 heures de thérapie (Figure 2). Ainsi, cinq des six enfants ont reçu au moins 80% des heures de thérapie qui leur étaient réservées alors que l'enfant 3 en a reçu seulement 58%.

Temps total de thérapie

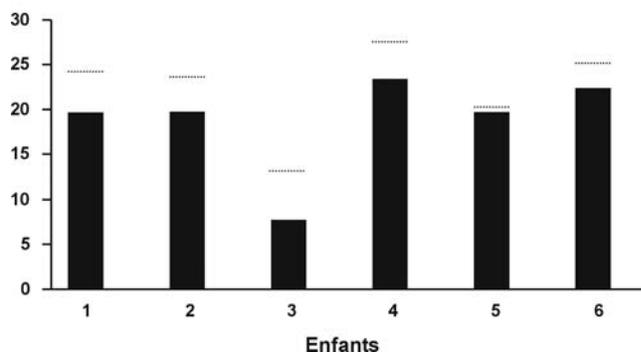


Figure 2 : Nombre total d'heures de thérapies reçues par enfant au cours de l'étude comparé au nombre maximum d'heures de thérapies que les enfants auraient pu recevoir (représenté par les lignes pointillées).

DISCUSSION

Les résultats révèlent que tous les enfants ont participé à des tâches de plus en plus exigeantes du début à la fin de la période d'entraînement. La participation des enfants aux catégories d'activités dites plus avancées est un indice de la progression des interventions tout au cours des 24 semaines d'entraînement car aucune indication n'avait été donnée aux physiothérapeutes à ce sujet. Le fait qu'un enfant a participé à nouveau à des tâches assises à la fin de la période d'entraînement et que plus d'enfants recevaient des étirages à ce moment (de 22 à 24 semaines après l'injection) soulève la possibilité que certains enfants n'auraient pas maintenus leurs acquis, correspondant aussi à une diminution de l'efficacité du BtA¹.

Les résultats montrent également, qu'en moyenne, seulement 53 % du temps total de thérapie a été dédié aux tâches regroupées dans les catégories marche et activités locomotrices avancées, plus de vingt semaines après l'injection. Ce faible pourcentage est surprenant étant donné le classement des enfants sur l'échelle fonctionnelle du GMFCS. En effet, avant l'injection, 5 enfants étaient classifiés de niveau I ; ils étaient ainsi capables de marcher sans aide à la mobilité alors que 2 d'entre eux débutaient la course et le saut. Il est possible que ce faible pourcentage de temps dédié à des activités plus exigeantes illustre qu'à ce moment de leur période de réadaptation, l'endurance des enfants était telle qu'ils ne pouvaient participer plus longtemps à des tâches présentant un niveau de difficulté élevé. D'autre part, on peut aussi penser que des consignes ou directives précises quant au temps minimal d'entraînement pour une catégorie de tâches donnée et sa progression auraient supporté les thérapeutes dans leur choix de tâches à privilégier. Dans leur enquête sur l'offre de services et les stratégies d'interventions destinées aux enfants DMC qui ont reçu des injections de BtA, O'Neil et al¹⁵ révèlent que, parmi les plus importantes stratégies d'interventions nommées par les physiothérapeutes, celles orientées vers les déficiences étaient plus fréquentes que celles orientées vers des activités fonctionnelles (AVQ, mobilité fonctionnelle/escaliers). Seulement un des thérapeutes interviewés par ces chercheurs a déclaré inclure dans son programme des activités fonctionnelles, telles la marche de l'ours, la marche sur plan incliné, la marche en canard et l'escalade.

Malgré le fait que 5 sur 6 enfants aient reçu 80 % du temps de thérapie prévu, cela a représenté moins d'une heure d'intervention par semaine. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette différence, mais notons particulièrement les absences des enfants pour différentes causes (état de santé, situation familiale, vacances, conditions climatiques, problèmes de transport) et l'utilisation du temps de thérapie à d'autres fins que l'entraînement moteur (évaluations, ajustements d'orthèses, rencontres médicales ou parentales). Ces situations représentent bien la réalité du milieu de pratique en centre de réadaptation pédiatrique et devraient être prises en compte lors de l'élaboration

des plans d'intervention. Par ailleurs, bien qu'il n'y ait pas de consensus dans la littérature quant à l'intensité optimale des interventions de physiothérapie destinées aux enfants ayant une DMC, il est admis qu'un régime intensif semble optimiser les effets de l'entraînement moteur^{16, 17}. Les meilleurs paramètres de ce régime intensif restent à déterminer, mais il est probable qu'un régime offert sur une longue période de temps risque de présenter plusieurs des situations énumérées précédemment.

Très peu d'études fournissent des indications quant aux types et à l'intensité optimale des interventions en physiothérapie, suite à l'injection de BtA. Des experts interrogés sur ce sujet¹⁸ ont exprimé un large consensus quant à l'indication de quatre types d'interventions directes soient les exercices thérapeutiques, l'entraînement aux activités de la vie quotidienne, l'entraînement fonctionnel dans la communauté et au travail (environmental task adaptation) et la prescription d'équipement/d'aide à la fonction. Bien que plus précis et spécifique, le programme développé dans le cadre de cette étude s'inscrit à l'intérieur de ces grandes lignes d'interventions. La présente étude souligne aussi l'importance d'enregistrer systématiquement et d'analyser l'intensité des interventions en physiothérapie, tant en ce qui a trait au temps qui leur est dédié individuellement qu'à leur contenu. Ceci permettrait, en plus de l'utilisation d'outils de mesure standardisés, valides et fiables, d'appuyer et de renforcer la décision clinique.

CONCLUSION

Cette étude a permis de démontrer qu'il est possible d'appliquer un programme d'entraînement locomoteur spécifique chez de jeunes enfants âgés entre 2 et 5 ans. La difficulté des tâches a également pu être augmentée tout au long de l'étude. Toutefois, il est possible que des tâches plus complexes réalisées à l'extérieur du centre de réadaptation auraient pu être ajoutées chez certains enfants à la fin du programme afin qu'il atteigne un niveau fonctionnel plus élevé. Des études ultérieures, réalisées chez un plus grand nombre d'enfants, pourraient permettre de vérifier l'efficacité d'un tel programme sur des capacités locomotrices ainsi que son impact sur la participation de l'enfant à des activités effectuées dans ses différents contextes de vie (à la maison, à la garderie, dans les loisirs).

REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier tous les enfants et les parents qui ont participé à cette étude. Ce projet a été subventionné par l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec et par la Fondation de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.

Bibliographie

1. Wong V. Evidence-based approach of the use of Botulinum toxin type A (BTX) in cerebral palsy. *Pediatric Rehabilitation* 2003; 6: 85-96.

2. Bakheit AMO, Severa S, Cosgrove A et al. Safety profile and efficacy of Botulinum toxin A (Dysport[®]) in children with muscle spasticity. *Dev Med Child Neurol* 2001; 43: 234-238.
3. Boyd RN, Graham JEA, Natrass GR et al. Medium-term response characterisation and risk factor analysis of the Botulinum toxin type A in the management of spasticity in cerebral palsy. *Eur J Neurol* 1999; 6(suppl 4): S37, S45.
4. Reddihough DS, King JA, Coleman GJ et al. Functional outcome of Botulinum toxin A injections to the lower limbs in cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2002; 44: 820-827.
5. Ubhi T, Bhakta BB, Ives HL et al. Randomized double blind placebo controlled trial of the effects of Botulinum toxin on walking in cerebral palsy. *Arch Dis Child* 2000; 83: 481-487.
6. Paolicelli PB, Ferrari A, Lodesani M, et al. Use of Botulinum toxin type A in walking disorders of children with cerebral palsy. *Eur Med Phys* 2001; 37: 83-92.
7. Koman LA, Mooney JF, Smith BP, Walker F, Leon JM and the BOTOX study group. Botulinum toxin type A neuromuscular blockage in the treatment of lower limb spasticity in cerebral palsy: a randomised double-blind placebo controlled trial. *J Pediatr Orthop* 2000; 20: 108-115.
8. Graham HK, Aoki KR, Autti-Ramo I et al. Recommendations for the use of Botulinum toxin type A for the management of cerebral palsy. *Gait Posture* 2000; 11: 67-79.
9. Dursun N, Dursun E et Alican D. The role of Botulinum toxin A in the management of lower limb spasticity in patients with cerebral palsy. *Int J of Clin Pract* 2002; 56: 564-567.
10. Shepherd RB. *Physiotherapy in Paediatrics*. 3rd Ed. Boston: Butterworth-Heinemann. 1995, 432 pages, 59.95 \$.
11. Carr JH et Shepherd RB. *Stroke rehabilitation: Guidelines for exercise and training to optimize motor skill*. Boston: Butterworth-Heinemann. 2003a, 240 pages, 62.95 \$.
12. Shepherd RB. Optimizing motor performance in infants and children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2003b; 45 (suppl 94): 17-19.
13. Dean CM, Richards CL et Malouin F. Task-related circuit training improves performance of locomotor tasks in chronic stroke: A randomized controlled pilot trial. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81: 409-417.
14. Richards CL, Malouin F et Dean C. *Gait in stroke: assessment and rehabilitation*. Clinics in Geriatric Medicine, Editor P. Duncan, W.B. Saunders. 1999; 15: 833-855.
15. O'Neil ME, Fragala MA et Dumas HM. Physical therapy intervention for children with cerebral palsy who receive Botulinum toxin A injections. *Pediatr Phys Ther* 2003; 15: 204-215.
16. Trahan J et Malouin F. Intermittent intensive physiotherapy with rest periods in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2002; 44: 233-239.
17. Bower E, Michell D, Burnett M et al. Randomized controlled trial of physiotherapy in 56 children with cerebral palsy followed for 18 months. *Dev Med Child Neurol* 2001; 43: 4-15.
18. Dumas HM, O'Neil ME et Fragala MA. Expert consensus on physical therapist intervention after Botulinum toxin A injection for children with cerebral palsy. *Pediatr Phys Ther* 2001; 13: 122-132.

Physiotec

http://www.physiotec.ca

LOGICIEL EN LIGNE D'EXERCICES

pour une démonstration

www.physiotec.ca

ESSAI GRATUIT DISPONIBLE

Gagnez du temps! Aidez vos clients à mieux comprendre vos instructions.

Nesa Inc. 17769 Charles Munro, Pierrefonds, QC H9J 3N5 • Tél (514) 620-3909 sans frais 1 888 420-3909 • info@physiotec.ca



PAR LISA GRILLI, pht, M. Sc.

LES TEMPS D'ATTENTE POUR la réadaptation pédiatrique

Directrices : Dr. Debbie Feldman (pht. Ph. D.) et Dr. Bonnie Swaine (pht. Ph. D.) – École de réadaptation, Université de Montréal

INTRODUCTION

La recherche s'intéressant aux besoins, à la dispensation et à l'utilisation de la réadaptation pédiatrique, est un champ d'intérêt émergent dans le domaine des services de santé compte tenu du taux croissant de survie infantile et des incapacités physiques subséquentes à cette survie (Majnemer et al., 2002). Le dépistage précoce des incapacités physiques chez les enfants est crucial afin de s'assurer qu'une intervention appropriée soit initiée dès que possible, pour permettre aux enfants de se développer à leur pleine capacité, de maximiser leur fonction et pour prévenir d'éventuelles incapacités (Majnemer et al., 2002 ; l'Office des personnes handicapées du Québec, 1992 ; Feldman et al., 2002). Par ailleurs, les obstacles restreignant l'accessibilité aux services de réadaptation (par exemple longs temps d'attente), pourraient avoir un impact significatif sur le niveau fonctionnel de l'enfant et sur son état de santé général.

Les objectifs de cette étude sont de représenter le temps d'attente pour débuter des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie en centre de réadaptation, pour des enfants d'âge préscolaire présentant des incapacités physiques, et d'examiner les facteurs associés au temps d'attente, incluant : l'âge de l'enfant, le diagnostic et la sévérité de l'incapacité physique.

MÉTHODOLOGIE

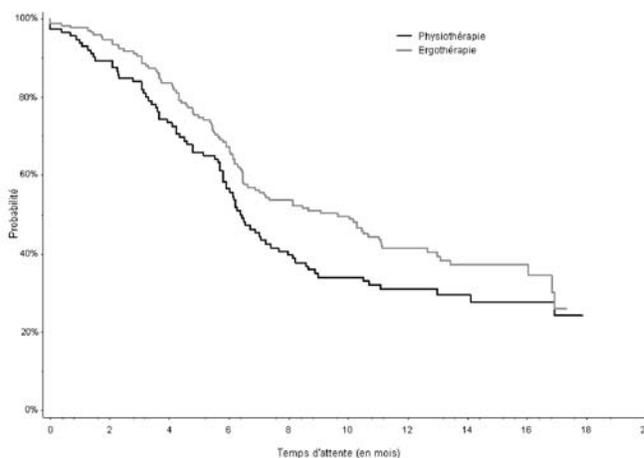
L'échantillonnage visé par l'étude incluait les parents des enfants d'âge préscolaire, âgés entre 6 et 72 mois, référés par les deux hôpitaux pédiatriques de soins tertiaires de Montréal à cinq centres de réadaptation pour recevoir des services de physiothérapie ou d'ergothérapie, pour la période comprise entre le 1^{er} septembre 2002 et le 28 février 2004. La sélection des participants de l'étude a été effectuée avec l'aide des coordonnateurs qui sont responsables des congés de réadaptation dans les hôpitaux. Les deux hôpitaux ont des bases de données informatisées qui nous ont fourni : le nom du centre de réadaptation où l'enfant était référé, la date de référence au centre, les données démographiques concernant l'enfant et sa famille et le diagnostic de l'enfant. Au moment de la référence, les parents ont été contactés par téléphone par une assistante de recherche et ils ont été invités à participer à une série d'entrevues pour recueillir des données complémentaires. L'entrevue initiale incluait : un questionnaire structuré qui est composé de questions concernant la réception des services de réadaptation, le niveau d'éducation de la mère et le revenu familial ainsi que la MIF-Mômes (WeeFIM), pour laquelle une procuration était nécessaire compte tenu de la sévérité de l'incapacité de l'enfant (Msall et al., 1994). La MIF-Mômes est un outil valide et fiable utilisé pour déterminer le niveau d'indépendance et le niveau des besoins d'assistance résultant de l'incapacité, lors de l'exécution d'activités de la vie quotidienne

(Msall et al., 1994). Les entrevues subséquentes ont été effectuées par téléphone, au même parent, à des intervalles de trois mois suivant l'entrevue initiale. Une dernière entrevue a eu lieu au moment où l'enfant a débuté les traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie en centre de réadaptation.

RÉSULTATS

Des 206 participants à l'étude (taux de réponse = 72,7 %), 132 ont été référés en physiothérapie, 198 ont été référés en ergothérapie, et 124 ont été référés aux deux services (physio et ergo) des divers centres de réadaptation.

Parmi les 135 enfants dans notre étude, qui ont débuté des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie au cours de la période d'étude, le temps d'attente moyen entre le moment de la référence en réadaptation et le premier rendez-vous de physiothérapie ou d'ergothérapie en centre de réadaptation, était de $6,6 \pm 5,1$ mois (temps médian = 5,8, différence interquartile = 4,8), et $7,5 \pm 5,2$ mois (temps médian = 6,0, différence interquartile = 6,4), respectivement. Ceci démontre clairement que les parents des enfants d'âge préscolaire ayant des incapacités physiques ont vécu des périodes d'attente prolongées avant que leurs enfants reçoivent des services de réadaptation, ce qui peut nuire à la réalisation des objectifs fondamentaux de la réadaptation, soit maximiser la fonction et réduire au minimum les incapacités.



Schema 1 : Analyse de survie pour le premier rendez-vous en physiothérapie et en ergothérapie en centre de réadaptation (en mois). Les enfants toujours en attente de services au 31 mars 2005 n'ont pas été retenus pour la conclusion de l'étude.

Malgré des recommandations gouvernementales provinciales pour assurer l'implantation de programmes pédiatriques de réadaptation coordonnés, suite à des rapports du début des années 90 sur de longues périodes d'attente (L'office des personnes handicapées du Québec, 1992 ; Régie Régionale de la Santé et Des Services Sociaux de Montréal Centre, 1998), nos résultats démontrent que, depuis plusieurs années, il existe une augmentation plutôt qu'une diminution du temps d'attente, pour débiter des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie en centre de réadaptation (Feldman et al., 2002). Le schéma 1 démontre que 50 % des enfants qui ont été référés en physiothérapie (66/132) ont attendu plus de 7 mois pour obtenir leur premier rendez-vous en physiothérapie, et 50 % des enfants qui ont été référés en ergothérapie (99/198) ont attendu plus de 13 mois pour leur premier rendez-vous en ergothérapie en centre de réadaptation. Ces attentes prolongées sont inacceptables et peuvent clairement contribuer au mécontentement parental en ce qui concerne la dispensation de ces services.

Tableau 1 : Facteurs associés avec un temps d'attente moindre en centre de réadaptation

Facteurs	RR brut (95 % IC)	RR ajusté (95 % IC) [‡]
Education maternelle (>collège)	1,21 (0,85 – 1,72)	1,10 (0,76 – 1,56)
Age (> médian)	0,62 (0,44 – 0,88) †	0,55 (0,37 – 0,82)**
Diagnostic (RDG)	0,65 (0,46 – 0,91) †	0,73 (0,50 – 1,06)
Sévérité de l'incapacité (MIFmômes modéré)	0,80 (0,57 – 1,14)	0,76 (0,53 – 1,10)
Sévérité de l'incapacité (MIFmômes sévère)	1,6 (0,91 – 2,69)	1,12 (0,63 – 2,0)

[‡]Ajusté pour les covariables dans le tableau

* p < 0.0001

** p = 0.003

† p = 0.01

†† p = 0.02

Nous avons constaté que les enfants plus jeunes ont attendu moins de temps. Le tableau 1 démontre que les enfants plus vieux que l'âge moyen (29,6 mois) ont attendu approximativement deux fois plus longtemps pour recevoir des services de réadaptation (RR ajusté = 0,55 ; 95 % IC = 0,37-0,82) que les enfants âgés de moins de 29,6 mois. Ces résultats suggèrent que les coordonnateurs aux centres de réadaptation pourraient donner la priorité aux enfants plus jeunes afin d'optimiser les résultats des interventions en réadaptation compte tenu que le dépistage et l'intervention précoces sont perçus comme des facteurs importants (L'office des personnes handicapées du Québec, 1992) pour réduire au minimum des incapacités et maximiser les résultats de la réadaptation.

Les enfants présentant un diagnostic de retard de développement global (RDG) ont tendance à attendre plus longtemps que les enfants avec un diagnostic pathologique identifiable (non-RDG) ou une condition à risque. Les enfants avec un diagnostic de RDG tendent à être plus âgés, ce qui pourrait expliquer en partie leur temps d'attente plus long. Une autre explication pourrait provenir du fait que, beaucoup de centres de réadaptation fournissent leurs services par programmes thématiques, il devient alors difficile d'intégrer ces enfants dans un groupe diagnostique précis, ces programmes répondant moins bien aux besoins de ces enfants.

L'éducation de la mère ou la sévérité de l'incapacité fonctionnelle de l'enfant ne semblent pas être associées au temps d'attente. Cependant, la mesure de la MIF-Mômes semblerait peu susceptible de différencier les niveaux de sévérité d'incapacité chez les enfants plus jeunes (Chen et al., 2004) et de la sorte, d'expliquer l'absence de différences significatives entre les temps d'attente et les niveaux de sévérité.

CONCLUSION

Nos résultats démontrent que les enfants d'âge préscolaire plus âgés ont de longues attentes pour accéder à des services de réadaptation. Les résultats peuvent appuyer le besoin d'augmenter les ressources en physiothérapie et en ergothérapie des centres pédiatriques de réadaptation ou de développer

des modèles alternatifs de dispensation de service pour des enfants présentant des incapacités physiques, afin de dispenser la réadaptation en temps opportun afin de maximiser les capacités fonctionnelles et le bien-être des enfants. Il est indiqué de mettre l'emphase sur la mise en œuvre de nouvelles politiques afin d'améliorer l'accessibilité aux services des enfants souffrant de déficiences physiques.

L'analyse de survie (régression de Cox) a été utilisée pour évaluer le lien entre le moment le plus court pour débiter les traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie, et les divers facteurs. Le risque relatif est un facteur du risque (ou du hasard) d'un événement (dans notre cas, début des services de réadaptation) dans un groupe (par exemple ceux avec un diagnostic spécifique - non RDG) comparé au risque dans un groupe de comparaison (par exemple ceux avec un diagnostic non-spécifique tel que RDG). RR sont dérivés des analyses de survie, ou des analyses des événements qui se produisent avec le temps et tiennent compte des différences dans la durée du suivi pour différents patients.

Références :

1. Majnemer, A., Shevell, M. I., Rosenbaum, P., & Abrahamowicz, M. (2002). Early rehabilitation service utilization patterns in young children with developmental delays. *Child Care Health Dev.*, 28, 29-37.
2. L'office des personnes handicapées du Québec (1992). *L'intervention précoce auprès de l'enfant ayant une déficience et de sa famille* bibliothèque nationale du Québec, Québec.
3. Feldman, D. E., Champagne, F., Korner-Bitensky, N., & Meshfedjian, G. (2002). Waiting time for rehabilitation services for children with physical disabilities. *Child Care Health Dev.*, 28, 351-358.
4. Msall, M. E., DiGaudio, K., Rogers, B. T., LaForest, S., Catanzaro, N. L., Campbell, J. et al. (1994). The Functional Independence Measure for Children (WeeFIM). Conceptual basis and pilot use in children with developmental disabilities. *Clin.Pediatr.(Phila)*, 33, 421-430.
5. Régie Régionale de la Santé et Des Services Sociaux de Montréal Centre (1998). *La clientèle pédiatrique ayant une déficience motrice : bilan des services de réadaptation offerts par : l'hôpital Marie Enfant, le centre Mackay, l'hôpital Shriners pour enfants, l'hôpital Sainte-Justine, l'hôpital de Montréal pour enfants, Montréal, Canada* Régie Régionale de la Santé et Des Services Sociaux de Montréal Centre.
6. Chen, C. C., Heinemann, A. W., Bode, R. K., Granger, C. V., & Mallinson, T. (2004). Impact of pediatric rehabilitation services on children's functional outcomes.

DISTRIBUTION L. HÉBERT

Distributeur des produits fabriqués au Québec

Physiorub, Physiogésic, Physiomenthol,
Physiosonic, Physiocire et Physiocrème

Téléphone : (514) 498-4646

Télécopieur : (514) 498-4833



PAR SARAH C. MARSHALL¹, phd, M. Sc.

L'ARRÊT D'EXERCICE CHEZ LES AÎNÉS EN INSTITUTION : son effet au niveau des mesures physiques et bio-psycho-sociales

1. Département de réadaptation, Service de physiothérapie, Hôpital Ste-Anne
Les résultats de recherche présentés dans le cadre de cette chronique constituent une partie des travaux de maîtrise de Sarah C. Marshall, phd.
Pour toute question ou commentaire, écrire à : sarah.marshall@vac-acc.gc.ca

INTRODUCTION

Vieillir est associé à une détérioration dans les domaines physique et bio-psycho-social (Vorhies *et al* 1993; Häkkinen *et al* 2000; Steffen *et al* 2002; Brand 2003). Cette détérioration semble être plus prononcée chez les aînés en institution que chez ceux qui vivent encore dans la communauté. (Connelly 2000; Brand 2003; McCusker 2003; Stewart 2003). La nature précise de la relation entre l'état fonctionnel et la capacité physique continue d'être explorée (Young 1986; Judge *et al* 1996). Une volonté marquée de la part du résident est nécessaire pour qu'il demeure actif. De nombreux facteurs associés à l'institutionnalisation peuvent contribuer à la détérioration fonctionnelle, notamment l'aide des soignants pour les activités de la vie quotidienne. La recherche témoigne de l'impact du rôle plus passif du résident en comparaison avec son rôle dans la vie hors institution (Mor *et al* 1995; Covinsky *et al* 2003).

L'exercice peut retarder la détérioration de certains domaines de la vie des aînés (Fiatarone *et al* 1994; Fielding *et al* 2002; Stewart 2003; Gill *et al* 2004). L'activité physique peut atténuer et l'aspect physique et l'aspect bio-psycho-social de la détérioration. Une augmentation du niveau de l'activité physique est associée à une diminution de plusieurs maladies chroniques et à une diminution de la fréquence des chutes chez une population âgée (Bennett 2000; Keysor 2003; Seguin *et al* 2003).

Il existe peu de données probantes sur les effets de l'arrêt des exercices ou des programmes d'exercices chez les aînés vivant en institution. Les recherches s'intéressent aux effets de l'arrêt des exercices surtout chez des populations en communauté et qui sont moins âgées (moins de 80 ans) (Smith *et al* 2003; Toraman 2005). En outre, la majorité des données probantes concernent les femmes, dont la réponse à l'exercice peut varier de celle des hommes (Bassey *et al* 1992; Ivey *et al* 2000a).

MÉTHODES

Devis de recherche

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective. Les mesures au niveau physique et bio-psycho-social étaient prises pour les deux classes à quatre moments pendant l'étude : une mesure au début de l'étude, une seconde mesure après la première session d'exercices de 12 semaines, une troisième mesure, 12 semaines après l'arrêt de la première session d'exercices et une dernière mesure

après avoir complété la seconde session d'exercices de 12 semaines. Les participants de la Classe 1 (haut niveau) pouvaient marcher sans assistance, et ceux de la Classe 2 (niveau intermédiaire) nécessitaient une assistance à la marche. Les exercices effectués par les sujets de la Classe 1 incluaient : des exercices pour les membres inférieurs et supérieurs avec résistance progressive, des exercices fonctionnels, tel passer de la position assise à la position debout (10 répétitions), monter et descendre un escalier de 4 marches, et des exercices d'équilibre debout aux barres parallèles. Les exercices effectués par les sujets de la Classe 2 incluaient : des exercices pour les membres inférieurs et supérieurs avec résistance progressive, des exercices pour le tronc en position assise, et des exercices de respiration profonde. Chaque séance d'exercice débutait par une période de réchauffement de 10 minutes, et finissait par une période équivalente d'étirements. Les deux classes duraient approximativement une heure et étaient offertes à raison de deux fois par semaine chacune. Cette étude s'est déroulée pendant 36 semaines, soit de l'automne 2003 au printemps 2004.

Participants

Vingt-cinq sujets ont complété les évaluations. Ils étaient tous résidents de l'Hôpital Ste-Anne, une institution de soins de longue durée à Montréal, Québec, qui compte une population d'approximativement 500 vétérans. Les critères d'admission à l'étude étaient : la référence du médecin, l'âge de plus de 70 ans, le consentement du résident à participer à la classe d'exercices, la compréhension orale et/ou écrite du français et/ou de l'anglais. Les critères d'exclusion incluaient une diminution des fonctions cognitives limitant la participation aux évaluations ainsi qu'aux classes d'exercices, la cécité et une maladie en phase aiguë ou terminale. Le protocole de cette étude a été approuvé par le conseil « *Institutional Review Board* » de l'université McGill et le comité d'évaluation scientifique de l'Hôpital Ste-Anne. Tous les sujets ont signé un formulaire de consentement.

Collecte de données

Les effets de l'arrêt des exercices ont été étudiés par rapport aux mesures au niveau physique et bio-psycho-social. Les mesures au niveau physique étaient différentes pour les deux classes. Ainsi, les mesures pour la classe de haut niveau (Classe 1) comprenaient le « *Two-Minute Walk Test (2-MWT)* » et la vitesse de marche. L'évaluation de la Classe 2 (niveau intermédiaire) s'est faite par une mesure de mobilité fonctionnelle, le Profil de la mobilité fonctionnelle en physiothérapie (PMFP) et par un outil de mesure d'activité de la vie quotidienne (AVQ) tiré du « *Minimum Data Set (MDS for Long-term Care, v.2.0)* ».

Les mesures au niveau bio-psycho-social étaient les mêmes pour les deux groupes. Tirées du *MDS*, ces mesures comprenaient : une mesure de la dépression, de la douleur, du comportement agressif et de l'engagement social.

La différence dans les mesures après les sessions d'exercices en comparaison avec les mesures prises après l'arrêt des exercices a été évaluée par le t-test couplé « *paired t-test* ». Une valeur P plus petite que 0.05 indique que la différence était statistiquement significative. Une analyse additionnelle (par le t-test couplé) était effectuée sur la différence dans les mesures prises au début de l'étude en comparaison avec les mesures prises à la fin de l'étude, 36 semaines plus tard.

En ce qui a trait aux variables bio-psycho-sociales, un devis à sujet unique « *single-subject analysis* » était utilisé pour la variable bio-psycho-sociale principale de chaque sujet. Une variable principale fut identifiée pour chaque sujet, selon les mesures prises au début de l'étude. Par exemple, le sujet qui avait un score de douleur de 3 sur 3, avait comme variable principale la douleur pour cette analyse. Les variables principales de chaque sujet ont été examinées d'une façon visuelle pour évaluer leur valeur et la direction de mouvement entre périodes consécutives d'exercices et d'arrêt d'exercices.

RÉSULTATS

Les participants des deux classes ont subi des pertes de la fonction physique associées à l'arrêt des exercices; ces pertes étaient importantes dans le contexte statistique et clinique (figures 1 à 4).

T1: mesure prise au début de l'étude; T2: mesure prise après première session de 12 semaines d'exercice; T3: mesure prise après 12 semaines d'arrêt d'exercice; T4: mesure prise après deuxième session de 12 semaines d'exercice.

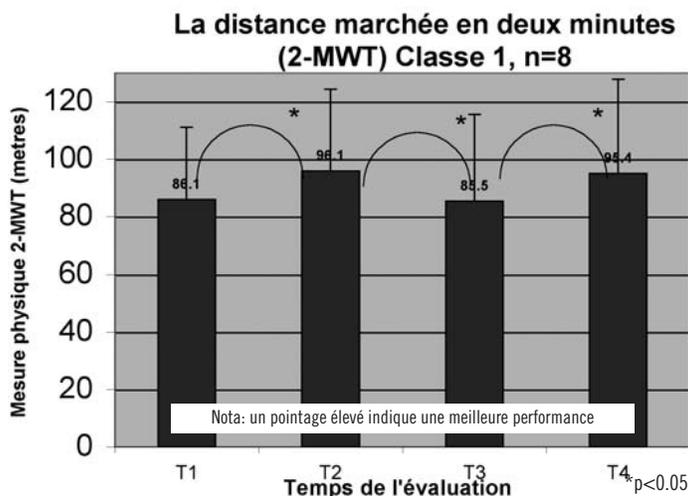


FIGURE 1 : Résultats de la prise des mesures des sujets de la Classe 1, importance statistique de $p<0.05$

Les sujets des deux classes (Classe 1 et Classe 2) ont réagi d'une façon différente à la nature non continue des sessions d'exercices. Seuls les sujets de la Classe 2 ont eu une détérioration de leur fonction physique depuis le début du projet jusqu'à la fin du projet (figure 3); celle-ci pourrait être associée à la dépendance de ces sujets en ce qui concerne l'ambulation. Par ailleurs, le maintien des gains acquis pendant la session d'exercices pour les sujets de la Classe 1, pourrait être associé à leur autonomie en ce qui concerne l'ambulation.

L'effet global de la nature non continue des sessions d'exercices consistait en une détérioration des valeurs des variables bio-psycho-sociales depuis le début du projet jusqu'à la fin du projet.

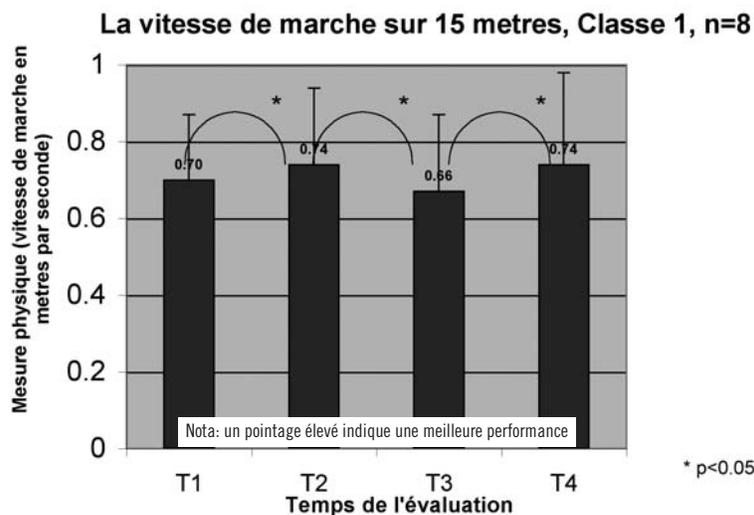


FIGURE 2 : Résultats de la prise des mesures des sujets de la Classe 1, importance statistique de $p<0.05$

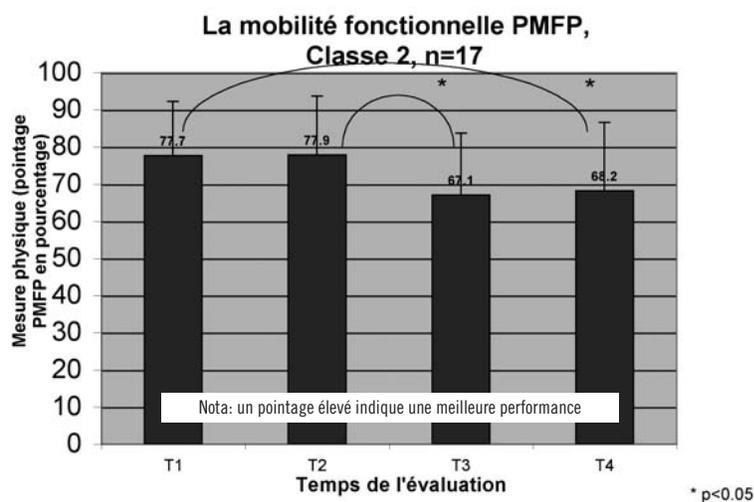


FIGURE 3 : Résultats de la prise des mesures des sujets de la Classe 2, importance statistique de $p<0.05$

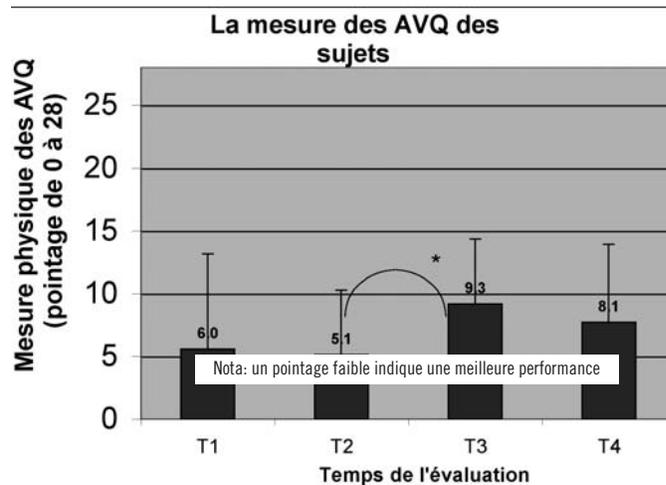


FIGURE 4 : Résultats de la prise des mesures des sujets de la Classe 2, importance statistique de $p<0.05$

CONCLUSION

En conclusion, cette étude contribue à améliorer les données probantes concernant l'arrêt de l'exercice et aide à démontrer que chez une population de vétérans vivant en institution, cet arrêt peut avoir un impact négatif sur les fonctions physiques et bio-psycho-sociales de cette population vulnérable. L'analyse des variables bio-psycho-sociales fut une approche intéressante dans le contexte physiothérapique.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les résidents de l'Hôpital Ste-Anne qui ont participé à cette étude, ainsi nos collègues au Service de physiothérapie et Katherine Berg, Ph. D. et Diane St-Pierre, Ph. D. Ce projet de recherche a été subventionné par la Fondation de l'Hôpital Ste-Anne et par une *Bourse pour étude de maîtrise de type recherche* de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec.

Références

- Bassey EJ, Fiatarone MA, O'Neill EF, Kelly M, Evans WJ, Lipsitz LA. Leg extensor power and functional performance in very old men and women. *Clinical Sciences* 1992; 82: 321-7.
- Bennett KJ. Exercise programs offset age-related disabilities: Much needed inpatient and outpatient fitness programs available in Toronto. *Geriatrics and Aging* 2000; 3 (6).
- Brand C. Evidence-based guidelines for prevention of functional decline in the elderly. In: *Clinical Epidemiology and Health Services Evaluation Unit*; 2003; Melbourne, Australia.
- Connelly DM. Resisted exercise training of institutionalized older adults for improved strength and functional mobility: A review. *Topics in Geriatric Rehabilitation* 2000; 15 (3): 6-28.
- Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic DM, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illness: Increased vulnerability with age. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51: 451-8.
- Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND, Clements KM, Solares GR, Nelson ME, et al. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *The New England Journal of Medicine* 1994; 300 (25): 1769-75.
- Fielding RA, LeBrasseur NK, Cuoco A, Bean J, Mizer K, Fiatarone Singh MA. High-velocity resistance training in creases skeletal muscle peak power in older women. *Journal of the American Geriatrics Society* 2002; 50: 655-62.
- Gill TM, Allore H, Holford TR, Guo Z. Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons. *Journal of the American Medical Association* 2004; 292(17): 2115-24.
- Häkkinen K, Alen M, Kallinen M, Newton RU, Kraemer WJ. Neuromuscular adaptation during prolonged strength training, detraining and re-strength-training in middle-aged and elderly people. *European Journal of Applied Physiology* 2000; 83: 51-62.
- Ivey FM, Tracy BL, Lemmer JT, NessAiver M, Metter EJ, Fozard JL, et al. Effects of strength training and detraining on muscle quality: Age and gender comparisons. *Journal of Gerontology: Biological Sciences* 2000; 55A (3): B152-B157.
- Judge JO, Schechtman L, Cress E. The relationship between physical performance measures and independence in Instrumental Activities of Daily Living. *Journal of the American Geriatrics Society* 1996; 44: 1332-41.
- Keysor JJ. Does late-life physical activity or exercise prevent or minimize disablement? A critical review of the scientific evidence. *American Journal of Preventive Medicine* 2003; 25 (3Sii): 129-36
- McCusker J. The predictors of functional decline in hospitalized older people. In: *National Demonstration Hospital Program Conference*; 2003 August 8 2003; Brisbane, Australia.
- Mor V, Branco K, Fleishman J, Hawes C, Phillips CD, Morris JN, et al. The structure of social engagement among nursing home residents. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences* 1995; 50B (1): P1-P8.
- Seguin R, Nelson ME. The benefits of strength training for older adults. *American Journal of Preventive Medicine* 2003; 25 (3Sii): 141-9.
- Smith K, Winegard K, Hicks AL, McCartney N. Two years of resistance training in older men and women: The effects of three years of detraining on the retention of dynamic strength. *Canadian Journal of Applied Physiology* 2003; 28(3): 462-74.
- Steffen TM, Hacker TA, Mollinger L. Age- and gender-related test performance in community-dwelling elderly people: Six-Minute Walk Test, Berg Balance Scale, and gait speeds. *Physical Therapy* 2002; 82 (2): 128-37.
- Stewart AL. Conceptual challenges in linking physical activity and disability research. *American Journal of Preventive Medicine* 2003; 25 (3Sii): 137-40.
- Toraman NF, Ayceman N. Effects of six weeks of detraining on retention of functional fitness of old people after nine weeks of multicomponent training. *British Journal of Sports Medicine* 2005; 39: 565-8.
- Vorhies D, Riley BE. Deconditioning. *Clinics in Geriatric Medicine* 1993; 9 (4): 745-63.
- Young A. Exercise physiology in geriatric practice. *Acta Medica Scandinavica Supplementum* 1986; 711: 227-32.



MAÎTRISEZ VOTRE GESTION!

Gérer efficacement votre clinique en utilisant le logiciel GCP... spécialement pour vous.

Depuis 1990, développé en collaboration avec une physiothérapeute, ce logiciel, facile à utiliser, intègre plusieurs fonctions dont :

- La facturation
- Les rapports et les données statistiques
- La gestion de l'horaire des thérapeutes

GCP vous permet de gagner du temps, d'augmenter l'efficacité de votre gestion et de réduire vos coûts d'opération.

Distribué en exclusivité par Clinique Physio 2000 inc.
1408, rue Jean-Talon est, bureau 103,
Montréal (Québec) H2E 1S2
(514) 270-8438 www.physio2000.com

Appelez-nous et recevez notre disque démo
GRATUIT
(514) 270-8438



400 000 \$ pour la Fondation !

TOUR CYCLISTE CHARLES-BRUNEAU / OPPQ

Du 5 au 8 juillet 2006

Cet été, du 5 au 8 juillet 2006, pour la cinquième année consécutive, le président de l'Ordre, Monsieur Paul Castonguay, a été du peloton des cyclistes du Tour Charles-Bruneau avec Pierre Bruneau, chef d'antenne à TVA, ainsi qu'avec une vingtaine d'hommes et de femmes qui ont cette cause à coeur.

Dans le cadre du Tour Charles-Bruneau, dont le partenaire principal cette année était la CIBC, l'Ordre a opté pour la **commandite ARGENT** et pour la **commandite des casques protecteurs et des casquettes, pour un total de 25 000 \$.**

Nous avons aussi fait confectionner des bracelets sur lesquels on peut voir notre logo, le titre « Tour Charles-Bruneau » et le logo de la Fondation. Nous avons fait parvenir une lettre de sollicitation et un bracelet à toutes les cliniques privées du Québec. La réponse à cet envoi a été concluante et nous avons reçu des dons substantiels. Par ailleurs, nous avons vendu près de 1500 bracelets. Merci à tous ceux qui ont souscrit à la cause des enfants atteints de cancer.

SINCÈRES REMERCIEMENTS À NOS DONATEURS

Louise Bois, pht
 Suzie Allard, pht
 France Lamoureux, pht
 Constance Babin, pht
 Clinique physiothérapie M. Gagnon
 Benoît Carrière, pht
 Geneviève Deziel, pht
 Madeleine Bergeron, pht
 Louise East, pht
 Sylvie Grondin, T.R.P.
 Geneviève Malo, pht
 Maxime Trépanier, ingénieur
 Émilien Caron
 Physiothérapie Michele Joyal
 Diane Lucier, pht
 Nathalie Harnois, pht
 Physiothérapie des Pays d'en Haut
 Physiothérapie Bourassa et
 Laflamme
 Physioforme L.D.
 Marie-Eve Fournier-Hénault, pht
 Clinique de physiothérapie St-Anselme
 Nancy Paquet, T.R.P.
 Richard Brault, T.R.P.
 Option Santé Physiothérapie
 Martine Mc Mahon, pht
 Melissa Gosselin, pht
 Danielle Ferland, T.R.P.
 Physiothérapie Maheu Killens inc.
 Michel Gauthier, CMI Montréal
 Louise Bleau, pht
 La Personnelle assurances générales
 Louise Courtois, pht
 Physiothérapie En Mouvement
 Marie-Claude St-Amour, pht
 Clinique de physiothérapie
 Ducharme et Massé inc.
 Isabelle Garceau, pht
 Physio Sport Hudson
 Rachel Bélanger, pht
 Paule Bélanger, pht
 Susan Hayes, pht
 Philippe Nantel, pht
 Physiothérapie Multi-Santé
 Marie-Eve Bélanger, pht

Clinique de physiothérapie
 de Montmagny
 Marc Francoeur, pht
 Isabelle Garceau, pht
 Clinique Physio Ergo Sylvain Trudel
 Lyne Tremblay, T.R.P.
 Karel Larin
 Alain Godbout, pht
 Clinique Physio M.C. Bouchard
 Physiothérapie Waterloo
 Paul Castonguay, pht
 Isabelle Nadeau, pht
 Clinique de physiothérapie
 de Cap-Rouge
 Martine Cotte, pht
 Sylvain St-Amour, pht
 Louise Richard, T.R.P.
 Judith Brillant, T.R.P.
 Andrée Lachaine, permanence
 de l'OPPQ
 MPS Physiothérapie
 Raffaëlina Primerano, pht
 Clinique Physiqu'action
 Pauline Beaulieu-Cross, pht
 Robert Gauthier, pht
 Clinique de physiothérapie de
 Rimouski
 Maryse Lavoie, pht
 Physiothérapie Galeries d'Aylmer
 Francis Valcourt
 Yves Parenteau, pht
 Régis Paradis, PDG de l'OIIAQ
 Marcel Giguère, pht
 Physio Optima
 Anic Sirard, pht
 Diane Chevalier, pht
 Line Rondeau, pht
 Centre de réadaptation de Joliette
 Clinique de physiothérapie
 Richelieu
 Dominique Massicotte-Hénault, T.R.P.
 Sindy Martel, pht
 Chantal Cossette, pht
 Physiothérapie & Ergothérapie
 du Littoral

Clinique de physiothérapie
 Marylene Minville
 Linda Labelle, pht
 Gaétan Coulombe, pht
 Louise Dupré, pht
 Chantal Van Widen, pht
 Clinique Physio R.P.G.
 Guy Asselin, pht
 Clinique de physiothérapie
 Beaubourg
 Carole Fortin, pht
 Josée Ménard, pht
 Sylvie Carpentier, T.R.P.
 France Meilleur, T.R.P.
 Serge Rocheleau
 Gyslaine Samson Saulnier
 Claude Morinville, pht
 Nadine Tremblay, pht
 Céline Paré, pht
 Roxane Boucher, pht
 Physio Ultra inc.
 Michel Forand, C.A.
 Physiothérapie du Granit
 Institut Enderma-Corps
 Clinique de physiothérapie du
 Transcontinental inc.
 Physiothérapie Médicentre
 Jean Fecteau, pht
 Ordre des ergothérapeutes
 du Québec
 Physiothérapie Michèle Joyal
 Suzanne Désy, pht
 Clinique Pro Physio
 Physio J.K. Bois-des-Filion
 Lucie Drouin, pht
 Clinique de physiothérapie
 de Laurier-Station
 Sophie Clermont, pht
 Luce Royer, pht
 Lyne Olivier, pht
 Thérèse Joncas, pht
 Clinique de physiothérapie
 St-Maurice inc.
 Dany Lessard, pht
 Pascale Bédard, pht

Karl Delwaide, avocat
 Julie Bellemare, pht
 Mélanie proulx, T.R.P.
 Cynthia Renaud, pht
 Miville Lagacé, pht
 Clinique de physiothérapie Dolbeau
 Pascal Denys Grenier, pht
 Clinique de physiothérapie de
 Louiseville inc.
 Denis Bolduc, pht enr.
 Clinique Physio-Ergo Sylvain Trudel
 Tat Hieu Nguyen, pht
 Lise Corbeil, permanence de l'OPPQ
 Chantal Gingras, pht
 Clinique de physiothérapie craniocervicale et temporo-mandibulaire
 Physiothérapie Rawdon
 Clinique de physiothérapie Val d'Or
 Physiothérapie des Rives inc.
 Richard Lamy, pht
 Physiothérapie St-Placide
 Clinique de physiothérapie du Jardin
 Ostéopathie-Physiothérapie
 Rondeau et Sauvageau
 Physiothérapie Danielle Baril inc.
 Clinique de physiothérapie
 Courville inc.
 Suzanne Lajoie, pht
 Tatiana Vera Lescano, pht
 Clinique Physio-Cardio
 Josée Boutin, T.R.P.
 Daniel Dumais, pht
 Physiothérapie Biokin inc.
 Clinique de physiothérapie
 Beaulieu
 Clinique de physiothérapie des
 Sept-Îles
 Marie-France Bélanger, directrice
 des études Cégep de Sherbrooke
 Danielle Richer, pht
 Annie Charland, pht
 Lucie Labbé, La Personnelle
 Louise-Marie Dion, pht

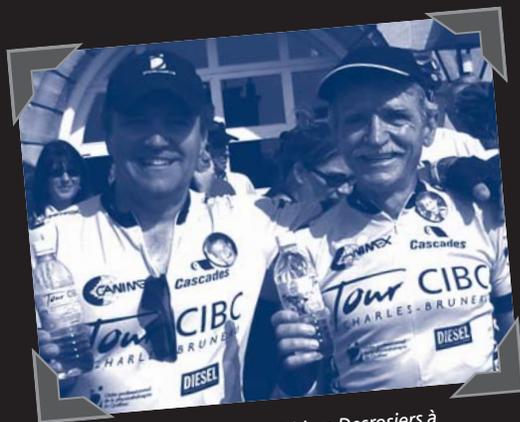
ALBUM PHOTOS



Gaétan Coulombe, directeur de l'amélioration de l'exercice, Isabelle Nadeau, coordonnatrice de l'inspection professionnelle, Linda Labelle, coordonnatrice de la formation continue, Paul Castonguay, président et directeur général de l'OPPQ, Louise Bleau, secrétaire générale de l'OPPQ et Louise Marie Dion, syndique de l'OPPQ, le matin du départ.



Paul Castonguay, fin prêt pour le départ !



Paul Castonguay et Isidore Desrosiers à l'arrivée à l'Hôtel de ville de Montréal.



Paul Castonguay, David Duchesne, un enfant qu'il parrainait et qui est en rémission et son père.



Le groupe de cyclistes avec les enfants en face de l'Hôpital Ste-Justine, avant le départ.

ÉVÉNEMENTS

Pierre Bruneau, chef d'antenne à TVA, le maire Gérald Tremblay et Paul Castonguay lors de la remise du chèque de l'OPPQ.



Paul Castonguay en compagnie de Hugo Rioux, pht et France Hétu, pht et d'enfants.



Isabelle Nadeau, Paul Castonguay et Louise Bleau à l'Hôtel de ville de Montréal.



Hugo Rioux, France Hétu et Paul Castonguay.



Remise du montant total de 400 000 \$ à la Fondation Charles-Bruneau.



L'allocution du maire Tremblay pour le Tour cycliste.

À NOTER À VOTRE AGENDA !

Physio-QUÉBEC

Prochaine parution : 26 janvier 2007
Date limite pour remettre les textes : 31 octobre 2006
Date limite pour remettre la publicité : 17 novembre 2006, à midi

Les personnes qui désirent soumettre des idées d'articles ou proposer des sujets de dossiers sont invitées à communiquer avec le Comité de lecture à l'adresse suivante :

COMITÉ DE LECTURE
Revue *Physio-Québec*
7101, rue Jean-Talon Est, bureau 1120
Anjou (Québec)
H1M 3N7

Téléphone : (514) 351-2770 ou 1-800-361-2001, poste 223
Télécopieur : (514) 351-2658
Courriel : physio@oppq.qc.ca

Vos propositions seront étudiées avec la plus grande attention !



GAGNON LEVESQUE INC.
ARTICLES PROMOTIONNELS

Vos conseillers
CAROLE RIOUX **514-220-9123** et MARCEL RIOUX **514-239-8618**
c.rioux007@sympatico.ca marcelri@videotron.ca

FOURNISSEUR OFFICIEL DE
Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec

Augmentez votre **visibilité...**

CONCOURS RECHERCHE CLINIQUE

Vous voulez vous familiariser avec la RECHERCHE CLINIQUE SPÉCIFIQUE À VOTRE DOMAINE DE PRATIQUE, mais ne trouvez pas la ressource appropriée à vos besoins ?

➔ L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec vous invite encore cette année à participer à un concours vous permettant de gagner une **FORMATION DE GROUPE GRATUITE EN RECHERCHE CLINIQUE dans votre milieu de travail, que vous soyez en pratique publique ou privée !** Un membre du Comité de recherche clinique en physiothérapie de l'Ordre se déplacera pour dispenser cette formation au moment qui vous conviendra !

Déjà offert dans quelques milieux publics de soins, le cours *Lecture critique de la littérature scientifique – Comment développer un œil critique* a été grandement apprécié par les membres de l'Ordre qui y ont participé. L'approche personnalisée au domaine de pratique et à la clientèle traitée fait de ce cours une formation hautement applicable dans la pratique quotidienne des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique. Le cours se donne sur les lieux de travail en deux séances d'une durée de trois heures chacune.

QUOI FAIRE POUR VOUS PRÉVALOIR DE CETTE OFFRE ?

- 1 Obtenir l'autorisation écrite du gestionnaire responsable du service ou de la clinique;
- 2 Former un groupe de membres de l'Ordre intéressés à participer à ce cours (minimum 10 – maximum 20);
- 3 Inscrire votre groupe en complétant le coupon de participation ci-joint;
- 4 Acheminer le **coupon de participation** au Chargé de projet, pht de l'Ordre; ce coupon **doit être parvenu à l'Ordre avant le 14 décembre 2006.**

➔ **Le tirage aura lieu lors de la réunion du Bureau le 15 décembre 2006.** Les coûts liés à la tenue du cours seront assumés par l'Ordre grâce au fonds de recherche clinique en physiothérapie. Les gagnants **seront contactés au début du mois de janvier 2007** afin de déterminer le moment de la tenue du cours. Le nom du milieu gagnant sera dévoilé dans la revue *Physio-Québec*, printemps 2007.

FORMATION DE GROUPE GRATUITE EN RECHERCHE CLINIQUE

Nom du milieu de travail : _____

Clientèle(s) traitée(s) : _____

Domaine de pratique (cocher une case) : Cardiorespiratoire Neurologie Orthopédie

Clientèles traitées (cocher une case) : Pédiatrie Adulte Gériatrie

Nombre estimé de physiothérapeutes et de thérapeutes en réadaptation physique participant au cours (minimum 4, maximum 12): _____

Personne à contacter pour l'organisation du cours : _____

Numéro de téléphone : (_____) _____ Signature du gestionnaire : _____

Coupon de participation

Vous pouvez acheminer ce coupon rempli au Chargé de projets, physiothérapeute, par télécopie au numéro (514) 351-2658 ou par la poste :

➔ **CHARGÉ DE PROJETS**
Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
7101, rue Jean-Talon Est, bureau 1120
Anjou (Québec) H1M 3N7

Le coupon de participation peut être consulté et téléchargé à partir du site Internet de l'Ordre à l'adresse www.oppq.qc.ca

N'hésitez pas à nous joindre pour tout renseignement supplémentaire aux numéros de téléphone suivants : (514) 351-2770 ou ligne sans frais 1 800 361-2001, poste 226.

BONNE CHANCE À TOUS !

COLLATION DES GRADES 2006

Le 12 juin 2006, lors de la Collation des grades de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal, étaient remis le **Prix de l'enseignement au B.Sc. en physiothérapie** à Madame Sylvie Coulombe, pht, le **Prix Atlas** (3^e année du programme de physiothérapie) à Madame Rachel Brosseau, pht et le **Prix Sammons-Preston** à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. L'Ordre, les membres du Bureau, les membres et la permanence s'associent pour féliciter chaleureusement les récipiendaires de ces prix.

ALLIANCE CANADIENNE DES ORGANISMES DE RÉGLEMENTATION DE LA PHYSIOTHÉRAPIE

Madame Mariane Manoli, pht, oeuvrant au Centre hospitalier Catherine Booth et au Centre hospitalier Sainte-Justine, s'est mérité le « **2006 Recognition Award** » de l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie. L'Ordre, les membres du Bureau, les membres et la permanence s'associent pour la féliciter de cette reconnaissance.

REMISE DE PRIX AU CONGRÈS 2006 DE L'ASSOCIATION CANADIENNE DE PHYSIOTHÉRAPIE (ACP)

Monsieur Alain Gaumont, pht, s'est mérité le « **Audrey Trudeau Memorial** », prix décerné par la Fondation canadienne de physiothérapie, pour sa présentation orale concernant les résultats de ses travaux à la maîtrise, lors du Congrès 2006 de l'ACP. L'Ordre, les membres du Bureau, les membres et la permanence s'associent pour le féliciter de sa performance.

Événements

LES MÉDECINES ALTERNATIVES ET COMPLÉMENTAIRES (MAC) EN PRATIQUE : ÊTRE MIEUX RENSEIGNÉ(E) POUR MIEUX CONSEILLER

Le 20 octobre 2006

Cet événement se tiendra à l'Hôtel Chéribourg, au 2603, chemin du Parc, Canton d'Orford. Cette journée s'adresse aux médecins (omnipraticiens, spécialistes, résidents), infirmières et infirmiers, pharmaciens, physiothérapeutes, ainsi qu'à tout autre intervenant ayant un intérêt particulier pour ce sujet. Pour tout renseignement, communiquez au Centre de formation continue au tél. : 819-564-5350.

10^{ES} JOURNÉES ANNUELLES DE SANTÉ PUBLIQUE

Symposium Prévenir l'incapacité au travail : un symposium pour favoriser l'action concertée

Les 23 et 24 octobre 2006

Au cours de ce symposium, on exposera les données probantes concernant le fardeau de la maladie associée aux troubles musculosquelettiques (TMS), les facteurs qui influencent l'incapacité au travail et les interventions de prise en charge reconnues efficaces pour prévenir l'incapacité chronique. De plus, des exposés et des ateliers en petits groupes permettront de connaître l'écart entre les données probantes et la pratique courante, les méthodes de transfert des connaissances permettant de réduire cet écart, ainsi que les facteurs contextuels entravant ou facilitant l'utilisation des données probantes. Pour tout renseignement, vous pouvez communiquer à l'Institut national de santé publique au 514-864-1600.

4^E ÉDITION DE LA JOURNÉE DE LA TABLE RONDE DES PROFESSIONNELS DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (DI-TED) DU QUÉBEC

Le 16 novembre 2006

Cet événement se déroulera au Château Joliette, au 450, rue St-Thomas à Joliette et sera l'occasion d'assister, entre autres, à des ateliers cliniques portant sur l'efficacité de l'intervention multimodale, l'approche d'intégration sensorielle, l'aide à la communication non orale, le profil alimentaire. La date limite d'inscription est le 28 octobre 2006. Pour tout renseignement, communiquez avec Geneviève Huberdeau, SR L'Émergence, tél. : 450-585-4311.

15^E CONGRÈS INTERNATIONAL DE WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY

Du 2 au 6 juin 2007

L'Association canadienne de physiothérapie (ACP) sera l'hôte du Congrès mondial de physiothérapie 2007, organisé par la *World Confederation for Physical Therapy (WCPT)*, à Vancouver, en Colombie-Britannique, au Canada. L'événement, se tiendra au *Vancouver Convention and Exhibition Centre*. À tous les quatre ans, la *WCPT* tient un congrès d'envergure relativement à l'avancement de la recherche en physiothérapie, au niveau de la pratique et de la formation. Le programme inclura quatre conférences majeures, une variété de forums de discussion structurés, une très grande qualité de discussions, d'ateliers et de sessions d'affichage. Des ressources professionnelles seront disponibles pour les cours pré et post congrès. De plus, il y aura plus de 125 exposants pour l'événement, des visites organisées de la ville de Vancouver, et bien sûr, un programme social pour couronner le tout. Ce congrès devrait attirer plus de 5000 physiothérapeutes de partout à travers le monde, et ce sera un moment important pour les Canadiens et les physiothérapeutes du monde entier d'apprendre et d'échanger tous ensemble. Pour tout renseignement supplémentaire, vous pouvez contacter l'ACP au 1-800-387-8679, poste 240 ou allez visiter le site www.wcpt.org/congress

Nouveautés



RÉPERTOIRE DES OUTILS D'ÉVALUATION EN FRANÇAIS POUR LA RÉADAPTATION

Ce répertoire, édité par le Centre franco-ontarien de ressources pédagogiques (CFORP), facile et rapide à consulter, présente aux spécialistes de la réadaptation de la communauté francophone, aux étudiant(e)s et aux chercheur(e)s, les principaux tests et outils d'évaluation standardisés disponibles en français dans divers champs de pratique de la réadaptation. L'ouvrage comprend, sous forme de fiches signalétiques, une analyse systématique des outils recensés par un comité d'experts. Pour tout renseignements, veuillez communiquer avec le CFORP, au 613-747-1553 ou visitez le site Web www.cforp.on.ca

MON ARTHRITE, JE M'EN CHARGE!

Ce programme clé en main s'adresse aux professionnels oeuvrant auprès d'ânés arthritiques en perte d'autonomie. L'approche est centrée sur les principes d'autogestion des symptômes et différents thèmes sont abordés tels

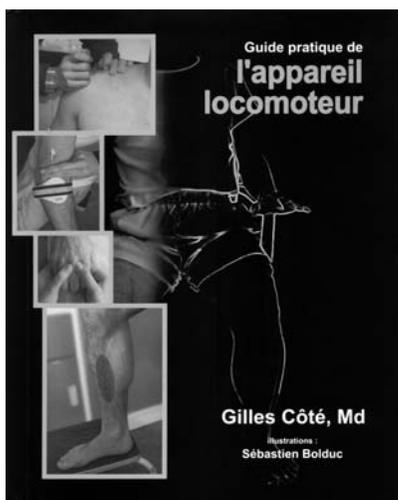


que la gestion de la douleur, les exercices et la relaxation. Vous pouvez télécharger gratuitement le programme sur le site www.monarthrite.com ou l'acheter en version française ou anglaise (50\$). Des formations gratuites sont offertes aux intervenants, à Montréal ou en région. Une étude sur l'implantation du programme est présentement en cours. Pour plus d'information, consultez notre site Web ou contactez Manon Parisien (kareen.nour.cvd@ssss.gouv.qc.ca) au 514-488-3673, p.1472.

GUIDE PRATIQUE DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Par Gilles Côté, Md

Ce livre, destiné principalement aux médecins voulant améliorer leurs connaissances sur les pathologies de l'appareil locomoteur (dépistage et approches thérapeutiques), constitue également une bonne source d'informations pour les professionnels de la physiothérapie. Le livre aborde les



pathologies courantes affectant les principales articulations ainsi que les problèmes fréquemment rencontrés au niveau du rachis. De plus, le volume est enrichi d'informations supplémentaires par le biais d'une section consacrée à la rhumatologie (polyarthrite rhumatoïde, arthrose, goutte, fibromyalgie, etc.) et à l'ostéoporose.

Plusieurs éléments du livre pourront intéresser les physiothérapeutes, notamment les explications concernant des éléments de l'anamnèse et de l'examen clinique. Ces explications permettent de comprendre pourquoi le professionnel

doit tenter activement de faire la lumière sur ces éléments. Et ce, en particulier, pour les physiothérapeutes travaillant en accès direct.

Chaque chapitre comprend une section consacrée aux examens para cliniques ; cette section permet, aux professionnels de la physiothérapie, d'avoir une bonne idée des documents dont ils devraient disposer et qu'ils devraient ajouter au dossier-client. Les informations entourant chacun des examens que demande le médecin, afin de l'aider à confirmer son diagnostic, peuvent également servir aux échanges entre le professionnel et son client, dans le but de permettre à ce dernier de comprendre davantage son problème.

Le document dans son ensemble peut également conduire à de bons échanges entre le médecin et le professionnel de la physiothérapie, notamment sur les stratégies thérapeutiques à adopter face aux différentes affections.

Toutefois, certaines épreuves présentées sur photographies peuvent paraître sommaires. Ainsi, le bilan musculaire est démontré sans les stabilisations nécessaires, et, le bilan articulaire, sans goniomètre.

Il est par ailleurs intéressant de constater que la physiothérapie est maintes fois mentionnée dans les approches thérapeutiques. Elle est quelques fois

absente ou insuffisamment soulignée pour certaines situations où elle joue un rôle primordial dans le retour aux activités, par exemple, à la suite d'une déchirure de la coiffe des rotateurs et de sa chirurgie.

En somme, c'est un bon volume de références, abondamment illustré, destiné aux professionnels de la santé oeuvrant auprès d'une population aux prises avec des problèmes musculosquelettiques. Un aide-mémoire intéressant pour tout ce qui entoure les mécanismes de blessures, les diagnostics différentiels, le pronostic et les approches thérapeutiques courantes. Vous pouvez vous procurer cet ouvrage au Centre de documentation de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent, au 418-727-4525, au coût de 40,00 \$

NOUVELLE CLINIQUE

Région 06

PHYSIOTHÉRAPIE GIBSON

4060, rue Ste-Catherine Ouest, suite 325, Montréal, Québec, H3Z 2Z3

Tél. : 514-232-5222

Ouverture : le 11 août 2006

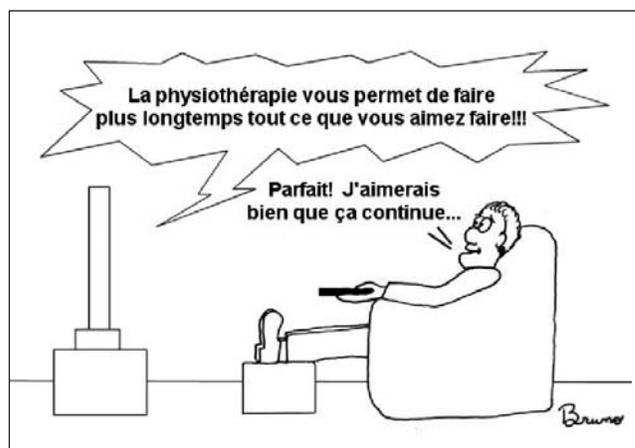
Propriétaire : Christine Gibson

Quoi de neuf à l'Ordre ?

Madame Jenny Ferland, dont la fonction était « chargée de dossiers à la direction de l'amélioration de l'exercice » voit son poste modifié en « chargée de dossiers à l'inspection professionnelle ». Elle est maintenant de retour après un congé de maternité. La permanence de l'Ordre est heureuse de l'accueillir de nouveau au sein de l'équipe.

Madame Marie-France Salvas, avocate et secrétaire du Comité de discipline, nous revient d'un congé de maternité. La permanence de l'Ordre est heureuse de l'accueillir de nouveau au sein de l'équipe.

Monsieur Alain Rousseau, qui remplaçait Madame Ferland en congé de maternité sera au poste de « chargé de dossiers à la formation continue ». Le Bureau de l'Ordre et la permanence de l'Ordre le félicitent pour l'accession à ce poste.



FRANÇOISE SAVARD GOULET

1916 – 2006

Diplômée d'un baccalauréat en physiothérapie en 1955, Madame Savard Goulet séjourne ensuite en Angleterre pour acquérir une plus grande expérience clinique. À son retour, en 1956, elle se rend à Chicoutimi, pour aider à l'organisation d'un service de physiothérapie. Puis, elle s'inscrit à l'Université McGill pour une formation de deux ans. En 1958, elle devient chargée de cours à la nouvelle École de réadaptation de l'Université de Montréal. Sa formation terminée, elle se joint à l'Équipe de cette École à temps plein et y consacre les 25 années suivantes de sa carrière. Selon les dires du Dr Gustave Gingras, elle fut «... sa collaboratrice des toutes premières heures de l'École de réadaptation, ayant participé avec lui à sa fondation ». De plus, Madame Savard Goulet a contribué à fonder et à diriger une corporation professionnelle québécoise et elle a mené une lutte pour la défense de sa profession auprès du gouvernement provincial. De 1973 à 1979, elle fut présidente du Comité des équivalences de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec. À son départ de l'École, en 1982, le président de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec lui écrit : «... n'eussent été de votre courage et de votre détermination, cette profession qui est la nôtre ne serait jamais parvenue au statut respectable qu'elle possède aujourd'hui. »

Par son engagement et son dévouement, Madame Savard Goulet fut un modèle pour la profession. L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, ses membres, ses administrateurs et le personnel permanent s'associent pour transmettre à la famille et aux amis de Madame Françoise Savard Goulet, leurs très sincères condoléances.

Témoignage In Memoriam

C'est avec tristesse que les professeurs et le personnel de l'École de réadaptation ont appris le 16 juillet 2006 le décès de leur collègue Madame Françoise Savard-Goulet, professeure retraitée. Cette femme, infirmière de formation, fut la première canadienne française à obtenir en 1955 un baccalauréat en physiothérapie et en thérapie par l'occupation (ergothérapie). En 1958, elle a obtenu un diplôme en pédagogie de l'Université McGill. Soucieuse de parfaire ses connaissances et de ramener au Québec les innovations dans le domaine de la physiothérapie, elle a fait un stage en Angleterre dans différents centres spécialisés. À son retour au Canada, elle a travaillé à l'Institut de réadaptation de Montréal puis a contribué à la planification et à l'organisation du service de physiothérapie de l'hôpital Hôtel-Dieu de Chicoutimi.

En 1959, Madame Savard-Goulet fut engagée comme professeure à l'École de réadaptation. Dès 1960, le Dr Gustave Gingras, fondateur de l'Institut de réadaptation et de l'École de réadaptation, la nomma directrice du programme de physiothérapie. Elle fut donc la première à occuper ce poste. Malgré de nombreuses embûches reliées à une formation en développement et au manque d'effectifs, elle a su assurer la survie et la croissance du programme. Comme professeure, ses intérêts touchaient les domaines de la kinésiologie et de la kinésithérapie.

Elle fut l'une des fondatrices de « Physiothérapie Inc. » qui est aujourd'hui l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. Elle a contribué à la création du programme de physiothérapie de l'Université Laval. Son rayonnement dépassa largement les frontières du Québec. Elle fut notamment présidente de l'Association canadienne de physiothérapie (1961-62), première vice-présidente de l'Association canadienne des Écoles universitaires de réadaptation (1975-76), puis présidente de cette même association (1977-79).

La communauté universitaire et les associations professionnelles provinciale et nationale ont reconnu comme exceptionnelle sa contribution au développement de l'École et de la profession. Elle a été honorée à plusieurs reprises. Entre autres, elle a été nommée en 1982, conseiller honoraire de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec, elle a reçu la médaille d'honneur de l'Université de Montréal en 1994, puis la médaille de carrière de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal en 2004.

À son départ pour la retraite en 1982, l'École a créé en son honneur le Fonds et le prix Françoise Savard-Goulet. Ce prix est octroyé à un finissant du programme de physiothérapie de l'Université de Montréal pour l'excellence dans ses études, ses qualités de professionnalisme et sa contribution aux activités de l'École.

Cette femme a été un modèle pour ses collègues universitaires et les membres de sa profession. Ils ont pu bénéficier de son dynamisme, de sa rigueur au travail, de son souci de l'excellence et de ses réflexions philosophiques.

Madame Françoise Savard-Goulet fut sans conteste la pionnière de la physiothérapie québécoise et francophone. Les réalisations et les qualités de cette femme émérite demeureront longtemps dans nos mémoires.

Les professeurs et le personnel de l'École de réadaptation adressent leurs sincères condoléances à la famille de Madame Goulet et plus particulièrement à ses nièces Mesdames Éline et Josée Goulet, leurs conjoints, Messieurs André Baril et Martin Sawyer.

.....

Si vous désirez faire un don *In memoriam* pour le Fonds Françoise-Savard-Goulet de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, veuillez communiquer avec Madame Micheline Beaudry 514-343-6417.

FRANÇOIS GAGNÉ

1965 – 2006

L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, ses membres, ses administrateurs et le personnel permanent s'associent pour transmettre à la famille et aux amis de Monsieur François Gagné, leurs très sincères condoléances.



Chef de file dans le placement spécialisé des professionnels de la réadaptation à Montréal et à travers le Québec.



"SERESPRO me soutient dans mes nouveaux défis. Mon horaire est flexible et ma conseillère est à l'écoute de mes besoins."

SERESPRO

5601 rue Bélanger
Montréal (Québec) H1T 1G3
Téléphone : (514) 256-5011 poste 273
Sans frais : 1-877-251-0060
Télécopieur : (514) 251-7244
Courriel : information@serespro.com
Site web : www.serespro.com

Besoin de penser à vous ?

Nous vous offrons la possibilité de :

- :: Redécouvrir un secteur de votre profession
- :: Prendre un congé sans solde pour vous ressourcer
- :: Travailler dans la région de votre choix
- :: Accroître vos revenus

Plusieurs opportunités d'emploi sont actuellement disponibles pour vous. Avec Serespro, vous avez toujours le choix !

Centre de santé et de services sociaux
de Jonquière

Le CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE JONQUIÈRE est un établissement multivocationnel (courte durée/ambulatoire, longue durée, CLSC, réadaptation en déficience physique, réadaptation en alcoolisme et autres toxicomanies) qui dessert une population d'environ 67 000 habitants. Comportant quelque 1 650 employés et avec un budget approximatif de 65 millions, l'organisation dispense ses services dans sept pavillons et cinq points de services répartis sur le territoire du Saguenay Lac-St-Jean pour les missions régionales.

LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE JONQUIÈRE EST À LA RECHERCHE DE :

TITRE D'EMPLOI : deux (2) physiothérapeutes

CENTRE D'ACTIVITÉS : centre de réadaptation en déficience physique

STATUT D'EMPLOI : postes temporaires à temps complet (congé de maternité) avec possibilité de prolongation

EXIGENCES

- Détenir un diplôme universitaire terminal spécialisé en physiothérapie
- Expérience dans des fonctions de physiothérapeute serait considérée comme un atout
- Posséder une facilité à travailler en équipe multidisciplinaire et posséder des aptitudes à agir comme personne ressource
- Être membre en règle de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec

SALAIRE MINIMUM : 35 175 \$ / annuel

SALAIRE MAXIMUM : 64 779 \$ / annuel

ADRESSE DE RETOUR

Madame Céline Tremblay (Concours physiothérapeute)
Direction des ressources humaines

NOUS OFFRONS

- Des équipes de travail jeunes et dynamiques
- Un milieu de travail stimulant
- Préoccupations de l'employeur pour la conciliation travail/famille
- Des trajets fluides entre le travail et le domicile (30 minutes pour 50 km)
- Une vie culturelle riche et diversifiée
- Une région exceptionnelle pour ses activités de plein air et pour sa qualité de vie

DURÉE DE L'AFFICHAGE

Les personnes intéressées devront faire parvenir leur curriculum vitae au plus tard le 3 novembre 2006 à 16 h.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE JONQUIÈRE

2230, de l'Hôpital, C.P. 1200, Jonquière (Québec) G7X 7X2

Tél. : (418) 695-7700, poste 2221 • Téléc. : (418) 695-7751 • Courriel : celine.tremblay.csj@ssss.gouv.qc.ca

Cette rubrique non exhaustive vise à renseigner les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique sur les activités de formation offertes par des organismes ou groupes autres que l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. En aucun cas, l'Ordre ne se porte garant du contenu de cette rubrique.

TITRE DU COURS	DATE	ENDROIT	PERSONNE RESPONSABLE
Gymnastique Holistique, méthode Ehrenfried Préformation : Stages d'initiation : Formation : Praticien en G. H.	20-21-22 octobre 2006 janvier 2007 année 2007	Montréal	Lucie Tétreault, pht Professeur-formateur en G. H. Tél. : 514-522-5995
L'Internet un outil indispensable pour la notion « Best Practice » en physiothérapie	10 novembre 2006	Montréal	Formateur : Bertrand Arsenault, pht, Ph. D. Infos : josee.montreuil@umontreal.ca Tél : 514-343-6304
Nouveauté dans la prévention des blessures en course à pied durée : 3 jours Pour : pht et T.R.P. 21 HFC	24-25-26 novembre 2006 8-9-10 décembre 2006 16-17-18 février 2007 20-21-22 avril 2007	Montréal Gatineau Montréal Québec	Info : Blaise Dubois blaise@ccapcable.com Réservation : Julie Dionne Tél. : 418-653-1930 Fax : 418-653-2188
Rôle des physiothérapeutes dans la prévention de l'incapacité chronique liée à la douleur : un aspect important de notre pratique à développer	6 décembre 2006 de 12 h à 13 h / heure de l'Est	Téléconférence offerte par l'ACP	Présentateur : Alain Gaumont, pht, M. Sc. Web : www.physiotherapy.ca Courriel : infoottawa@physiotherapy.ca

Physio-QUÉBEC

TARIFS PUBLICITAIRES

Noir et blanc	1 à 2 parutions
1 page	1 050 \$/parution
2/3 page	900 \$/parution
1/2 page	675 \$/parution
1/3 page	525 \$/parution
1/4 page	400 \$/parution
Noir et blanc	3 à 4 parutions
1 page	1030 \$/parution
2/3 page	885 \$/parution
1/2 page	660 \$/parution
1/3 page	515 \$/parution
1/4 page	390 \$/parution

Couvertures	1 à 2 parutions
2-3	1 800 \$/parution
4	1 975 \$/parution
Couvertures	3 à 4 parutions
2-3	1 765 \$/parution
4	1 935 \$/parution

Pour en savoir davantage sur nos tarifs, contactez
M^{me} Danielle Huet, responsable de la publicité
(514) 351-2770, poste 223
Courriel : dhuet@oppq.qc.ca

Bienvenue à toutes et à tous

TABLEAU DES MEMBRES

(Période du 18 MAI 2006 au 15 AOÛT 2006)

INSCRIPTIONS - PHYSIOTHÉRAPEUTES :

Adam, Philippe	(P06134)
Albert, Kayla	(P06240)
Ang, Oliver Marcy	(P06172)
Arel, Philippe	(P06210)
Beauchemin, Bélanda	(P06259)
Bégin, Geneviève	(P06204)
Bellefleur, Jason	(P06231)
Bellerive, Michaël	(P06205)
Besner, Maxime	(P06138)
Biron, France	(P06257)
Boily-Michaud, Caroline	(P06248)
Bouchard, Audrey	(P06250)
Boudreau, Mélanie	(P06139)
Boudreault-Castonguay, Noémie	(P06216)
Brochu, Anne-Marie	(P06206)
Brousseau, Alexandre	(P06217)
Caron, Christine	(P06225)
Caron, Jeanne	(P06224)
Carrière, Emilie	(P06136)
Chenier-Britton, Jessica	(P06198)
Cliché, Anne-Marie	(P06200)
Corbeil, Lisa-Marie	(*P06182)
Cournoyer, Véronique	(P06143)
Del Gadillo-Angulo, Maria Renée	(P06162)
Delisle, Nathalie	(P06132)
Deschênes, Mélanie	(P06195)
Di Guglielmo, Sofia	(P06122)
Duchesne, Elise	(P06223)
Dumas, Chantale	(P06211)
Fortin, Karine	(P06219)
Friedman, Daniel	(P06263)
Gagné, Hélène	(P06233)
Gagnon, Jimmy	(P06220)
Garneau, Amélie	(P06196)
Godin, Geneviève	(P06201)
Guérin-Gagnon, Kim	(P06202)
Guy, Marie-Eve	(P06226)
Guzun, Lucia	(P06244)
Hristov, Hristo	(P06123)
Jean, Jodie-Anne	(P06222)
Jean, Nathalie	(P06158)
Jeady, Jennifer	(P06152)
Jutras, Francis	(P06208)
Jutras, Marie-Hélène	(P06140)
Kuriya, Anita	(P06121)
Lacossade, Pauline	(P06149)
Lafrenière, Tammy	(P06133)
Lagacé, Sonia	(P06137)
Lamb-Ratté, Stéphanie	(P06265)
Lamme, Eric	(*P06254)
Landreville, François	(P06246)
Lapierre, David	(P06237)
Lefebvre, Annabelle	(P06181)
Leong, Ka Wai	(P06264)
Lin Yu Chieh, Fred	(P06165)
Marcoux, Justin	(P06187)
Martel, Claudia	(P06261)
Mathew, Sonia	(P06125)
Mathieu, Véronique	(P06130)
Maurice, Geneviève	(P06141)
Morin, Dominique	(P06260)
Najafee, Robert	(*P06238)
Noiseux-Podorieszsch, Sophia	(P06212)

Oliver, Patricia	(P06131)
Paradis, Isabelle	(P06249)
Parent, Karine	(P06247)
Pelletier, Maude	(P06215)
Piché, Maxime	(P06218)
Piette, Charles	(P06129)
Plamondon, Geneviève	(P06213)
Plourde, Hélène	(P06221)
Plourde, Robin	(P06228)
Poirier, Mathieu	(P06135)
Roberge, Elyse	(P06258)
Robichaud-Dion, Joelle	(P06156)
Roger, Geneviève	(P06239)
St-Amand, Jean-François	(P06251)
Thay, Loy	(P06197)
Thivierge, Tamy	(P06159)
Trudel, Alexandra	(P06227)
Vachon, Emilie	(P06207)
Van Der Spuy, Susara Philippa	(*P06256)
Vandal, Eloise	(P06147)
Viau, Eliane	(P06245)
Viau, Isabelle	(P06142)
Warten, Vanessa	(P06191)
Watt, Marie-Michèle	(P06214)
Zaino, Geneva	(P06255)

INSCRIPTIONS - THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

Arnone, Maryline	(T06164)
Auger, Karen	(T06185)
Bastonnais, Karell	(T06241)
Benoit, Mathieu	(T06124)
Boily, Catherine	(T06177)
Boisvert, Emilie	(T06145)
Cantin, Jean-François	(T06174)
Carrière, Mélanie	(T06190)
Chagnon, Solymar	(T06171)
Charrette, Jacinthe	(T06128)
Côté, Emmanuelle	(T06199)
Cyr, Nathalie	(T06151)
Dallaire, Christian	(T06235)
Dansereau, Marie-Eve	(T06186)
Deschepper, Thibaut	(T06243)
Desjardins, Mélanie	(T06173)
Dessureault, France	(T06242)
Dufour, Karine	(T06144)
Dussault, Audrey	(T06155)
Fournier, Marie-Pier	(T06203)
Gagné, Kim	(T06160)
Gilbert, Isabelle	(T06179)
Gilbert, Joanie	(T06229)
Hénault, Stéphanie	(T06193)
Lajoie, Mylène	(T06163)
Langlois-Ermel, Mélanie	(T06168)
Laroche, Lyianne	(T06194)
Larocque, Fany	(T06180)
Laverdure, Karen	(T06209)
Le-Du, Pierre-Richard	(T06166)
Lussier, Caroline	(T06154)
Mainville, Maryse	(T06157)
Montigny, Annie-Claude	(T06169)
Morocutti, Lulia	(T06230)
Murat, Ricardo	(T06262)
Nadeau, Sylvia	(T06184)

Paquette, Karen	(T06176)
Parent, Sabrina	(T06234)
Pelchat, Christine	(T06170)
Pelletier, Sylvain	(T06189)
Poisson, Joanie	(T06146)
Prescott, Stéphanie	(T06188)
Proulx, Stéphanie	(T06232)
Rail, Julie	(T06178)
Rodrigue, Annie	(T06183)
Rouina, Amira	(T06126)
Roussin, Jessie	(T06192)
Simard, Mélanie	(T06253)
St-Jean, Pascale	(T06150)
Tanguay, Julie	(T06167)
Thibeault, Sarah	(T06153)
Thibodeau, Geneviève	(T06252)
Tremblay, Joanie	(T06236)
Turner, Josiane	(T06175)
Valenti-Fournier, Martin	(T06161)
Veillette, Karine	(T06127)
Vinas, Haidi	(T06148)

N.B. * indique un permis temporaire

RADIATION

Dumont, Solange	(P73348)
-----------------	----------

RÉINSCRIPTIONS AU TABLEAU DES MEMBRES

Arseneault, Mylène	(T02526)
Barrette, Catherine	(T02217)
Caron, Annie	(P98004)
Chantal, Julie	(T03690)
Cohen, Jodi	(P82117)
Deshais, Marie-Josée	(P94100)
Farrell, Alida	(P00021)
Guarna, Felicia	(P76095)
Guimont, Danielle	(P81054)
Lacroix, Natasha	(T03328)
Lee, Gabriel	(P02029)
Leroux, Claudie	(P04307)
Sicotte, Julie	(P03527)
Thibeault, Mélissa	(T02817)
Vigneault, Louise	(T03662)

CHANGEMENT DE STATUT (TRP - PHT)

Bombardier, Karine	(P02859)
Boutin, Nancy	(P03196)
Carrier, Emilie	(P03197)
Demers, Manon	(P02486)
Ducharme, Claudine	(P03561)
Gagnon, Virginie	(P05002)
Girard, Sophie	(P04353)
Leblanc, Amélie	(P02519)
Rouleau, Mireille	(P03494)
Théberge, Lydia	(P02773)

MEMBRE RETRAITÉE À RÉGULIER

Sauvageau, Louise	(P73600)
-------------------	----------

MEMBRES DÉCÉDÉS

Bérubé, Edith	(P80113)
Gagné, François	(P88098)

LES INFOS

PETITES

SERVICES OFFERTS AUX MEMBRES ET AUX ANNONCEURS

TARIF

- 20 mots et moins : 30 \$ plus taxes
- 20 à 25 mots : 40 \$ plus taxes
- 25 à 35 mots : 50 \$ plus taxes
- 35 à 50 mots : 100 \$ plus taxes
- 50 mots et plus : 100 \$ et 1,50 \$ par mot additionnel plus taxes

SECTIONS DISPONIBLES

- Clinique à vendre
- Local à louer ou à vendre
- Équipement à vendre
- Équipement recherché
- Offres d'emplois
- Divers

CLINIQUE À VENDRE

Clinique de physiothérapie à Disraeli, clientèle établie depuis 1989 dans le cadre d'une polyclinique. Située au bord du Lac Aylmer. Site de villégiature entre Sherbrooke et Thetford-Mines. Belle qualité de vie. En soirée, Hélène Fortin, 418-449-4179.

Clinique de physiothérapie à Laval, avec clientèle établie depuis 1988; bien connue par les professionnels, près CLSC et PJC. Orthopédie surtout, CSST, SAAQ. Tél.: 1-877-622-9269, mentionnez cette annonce.

Clinique de physiothérapie à vendre dans N-D-G., idéale pour deux physiothérapeutes, bien située, clientèle déjà établie. Contact: 514-497-6976.

LOCAL À LOUER OU À VENDRE

À Laval

Situé dans une clinique médicale. Superficie de 1 200 à 1 400 pi². Idéal pour clinique de physio. Contactez Alain au 514-383-8389.

OFFRES D'EMPLOIS

Ortho Med Physio à Outremont

Clinique médicale et sportive recherche physiothérapeute temps complet/temps partiel. Approche multidisciplinaire; horaire selon disponibilité, conditions avantageuses, formation continue favorisée, excellente ambiance de travail. Doit être membre de l'OPPQ, avoir un intérêt pour orthopédie, bilinguisme essentiel. Communiquez avec Mottie Gorzhevsky au 514-788-1228 et/ou envoyez CV au 514-788-1229.

Clinique de physiothérapie de Montmagny

Recherche physiothérapeute permanent. Possibilité de temps plein. Intérêt en thérapie manuelle.

ANNONCES

NOUVEAUTÉ – NOUVEAUTÉ

N'oubliez pas que vous pouvez désormais afficher une petite annonce sur votre site Web, www.oppq.qc.ca !

Vous y trouverez les mêmes rubriques...

Contactez Roselyne ou Michelle au 418-248-4804 ou télécopiez CV au 418-248-2595.

Hôpital Santa Cabrini – Montréal

Recherche un(e) physiothérapeute, temps complet pour un remplacement d'un (1) an avec possibilité de prolongation. Envoyer CV à l'attention de: Erika BENINI par courriel : ebenini@ssss.gouv.qc.ca par fax : 514-252-6119 ou par la poste : 5655, rue St-Zotique Est, Montréal (QC) H1T 1P7.

Centre de physiatry Val-des-Arbres

Importante clinique médicale à Laval, recherche un(e) physiothérapeute à temps complet. Milieu professionnel multidisciplinaire. Clientèle adulte. Équipe dynamique. Faire parvenir votre CV à Madame Nicole Gaudet. Télécopieur : 450-669-5138; courriel : cpvda@qc.aira.com; téléphone : 450-669-2913.

La clinique de physiothérapie Maheu Killens

Est à la recherche d'un(e) physiothérapeute bilingue avec un intérêt particulier en thérapie manuelle, ayant un minimum d'un niveau 2 en thérapie manuelle pour combler un poste à temps plein. Voici une excellente opportunité de travailler avec une équipe dynamique hautement qualifiée. Veuillez nous faire parvenir votre CV par télécopieur le plus tôt possible au 514-748-5834 ou par courriel à physiomk@bellnet.ca

Blainville

Clinique multidisciplinaire recherche physiothérapeute possédant un intérêt particulier pour l'orthopédie pour nouvelle clinique à Blainville. Salaire avantageux, bénéfices marginaux. Formation continue en thérapie manuelle payée à 100 %. Contactez Alain au 514-383-8389.

Laval

Clinique multidisciplinaire recherche physiothérapeute possédant un intérêt particulier pour l'orthopédie. Salaire avantageux, bénéfices marginaux. Programme de formation supérieure pour **Partie A** ou **Maîtrise**. Contactez Alain au 514-383-8389.



S'assurer que sa clinique est bien protégée : un très bon investissement !



Grâce à l'entente conclue entre l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec et La Personnelle, vous pouvez profiter de protections avantageuses pour votre assurance des entreprises.

Si vous êtes **travailleur autonome**, n'hésitez pas à le mentionner à un agent de La Personnelle qui pourra vous guider vers une offre personnalisée.

Bénéficiez d'un **congé de taxe*** dès aujourd'hui en contactant un agent expert en assurance des entreprises.

Contactez un agent expert en assurance des entreprises :

1 888 GROUPES

4 7 6 8 7 3 7

Vous pouvez également demander une soumission auto ou habitation ou obtenir une **soumission auto en ligne** au

www.lapersonnelle.com/oppq

* Offre valide jusqu'au 31 décembre 2006. Certaines conditions s'appliquent.



laPersonnelle
Assurance de groupe auto, habitation et entreprise

Montréal

Clinique multidisciplinaire recherche physiothérapeute à temps partiel, 2 ou 3 soirs / sem. pour travailler dans un CENTRE SPORTIF. Doit posséder un intérêt particulier pour l'orthopédie. Salaire très avantageux, bénéfices marginaux. Contactez Alain au 514-383-8389.

T.R.P. - Intérêt ostéo/ masso - Blainville / Montréal / Laval / Lachenaie

Clinique de physiothérapie bien établie recherche thérapeute en réadaptation physique, présentant un intérêt particulier pour la massothérapie ou l'ostéopathie. Postes à temps plein ou partiel, de jour ou de soir. Vous êtes une personne dynamique et autonome. Envoyez votre CV par fax au 514-383-1735 ou par courriel : emploi@physioextra.ca

Physiothérapeutes- Montréal/ Rive Sud

Cliniques spécialisées en thérapie manuelle recherchent physiothérapeutes temps plein et partiel avec intérêt marqué pour la thérapie manuelle ou l'ostéopathie. Équipe multidisciplinaire et dynamique, salaire très avantageux et formation continue payée à 100 %, sans limite. Poste immédiat, contactez Olivier au 514-325-9689, ou envoyez votre CV par courriel : omimayor@yahoo.ca ou par fax au 514-325-0508.

La clinique de Physiothérapie Jonquière et Arvida

Physiothérapeute. Poste à temps plein en clinique privée pour l'automne 2006 à Jonquière. Clinique multidisciplinaire bien établie depuis 24 ans. Salaire concurrentiel et plus. Avantages sociaux (retraite, assurances). Formation. Déménagement. Fortes possibilités d'avancement. Communiquez avec Alain Boily, pht, 418-542-9994 ou André Girard, pht, 418-542-9994.

La clinique de physiothérapie pédiatrique (Sainte-Foy)

Clinique spécialisée en pédiatrie recherche un(e) physiothérapeute pour compléter son équipe. Temps partiel (2-3 jours/semaine) de jour. Nous formons les personnes intéressées et payons le temps de rédaction. Nous voyons 1-2 patients/heure selon condition de l'enfant. Contactez Annie Vallières (418)626-9338 ou a_vallieres@hotmail.com

Physio Plus, Cowansville

Recherchons physiothérapeute, associé(e) ou futur(e) associé(e). Boni à l'embauche. Nous sommes une équipe de huit (8) professionnels dans une très belle clinique médicale (maison centenaire). Près des monts Sutton, Bromont, Owl's Head pour activités de ski, vélo de montagne, golf, plein air et piste cyclable. Envoyer votre CV au (450) 263-8937 ou à centre.prosante.physioplus@qc.aira.com

Clinique physiomédic de Laval

Recherche Physiothérapeute / Temps plein / Temps partiel Très autonome, esprit d'initiative. Aime travail d'équipe. Professionnel, ouverture sur les thérapies connexes. Intérêts pour thérapie manuelle. Désire la réussite, aime les défis et nouveaux projets. Veut s'impliquer, possibilité d'avancement. Salaire très compétitif + bonus. Envoyez CV par fax : 450-629-2122. Contactez Daniel Trottier : 514-754-3580.

Physio et T.R.P. à Repentigny

Recherchés pour clinique de physiothérapie générale et sportive dans importante polyclinique médicale au centre-ville de Repentigny : 450-657-5174.

Complexe Desjardins et Île des Sœurs

Deux (2) physiothérapeutes (temps complet ou temps partiel) pour exercer au sein des équipes multidisciplinaires de Millenia Groupe Santé du Centre-Ville et/ou Polyclinique Le Campanile à l'Île des Sœurs. Clientèle avec conditions orthopédiques et posturales. Intérêt en thérapie manuelle et approche personnalisée. Conditions avantageuses. Faire parvenir votre CV à : a.audy@millenia-clinique.com ou par télécopieur 514-287-3276. Pour information 514-288-2015, poste 229.

Avis de radiation temporaire

Avis est par les présentes donné, conformément au 5^e alinéa de l'article 156 du *Code des professions* que, par décision du Comité de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, rendue le 12 mai 2006, Monsieur Chi-Woeung Nguon (permis P95084), membre de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec et dont le domicile professionnel est sis au 7820 rue Marquette, Montréal H2E 2E7, est radié pour une période de deux semaines puisque celui-ci a :

- laissé son employée, thérapeute en réadaptation physique, prendre en charge une cliente sans qu'elle ne dispose d'une évaluation faite par un physiothérapeute ou d'un diagnostic médical non limité aux symptômes qui indique, s'il y a lieu, le type de structure atteinte et qui est accompagné d'un dossier documentant l'atteinte ;

- fait défaut de consigner certains éléments dans les dossiers de ses clients ;
- omis les inspections et la calibration des appareils électriques procurant des formes d'énergie invasive ;
- fait défaut d'exercer sa profession selon les principes généralement reconnus de la physiothérapie ;
- omis de s'acquitter de ses obligations professionnelles avec intégrité en facturant à un organisme payeur des traitements d'ergothérapie alors qu'aucun ergothérapeute n'était présent dans la clinique.

Cette décision demeure en vigueur jusqu'au 28 juin 2006.



L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec tient à remercier les commanditaires pour leur généreuse contribution au succès du « Rendez-vous de la physiothérapie 2006 » !

Commanditaire PLATINE



MTM
MÉDICAL TRONIK

Commanditaire OR



NISANCOS Inc.
Thérapie par Champs ElectroMagnétiques Pulsés (CEMP)

Commanditaires ARGENT



laPersonnelle
Assurance de groupe auto,
habitation et entreprise



VALCO
mediv en



Laboratoire Orthopédique
Médicus



Cabinet de services financiers



CENTRE RÉGIONAL
DE SANTÉ ET DE
SERVICES SOCIAUX
DE LA BAIE-JAMES

Commanditaires BRONZE



FORMEDICA[®]
Pour votre mieux-être.



Fédération des physiothérapeutes
en pratique privée du Québec



**Remington
Medical**



Un gros MERCI
à tous nos
commanditaires !

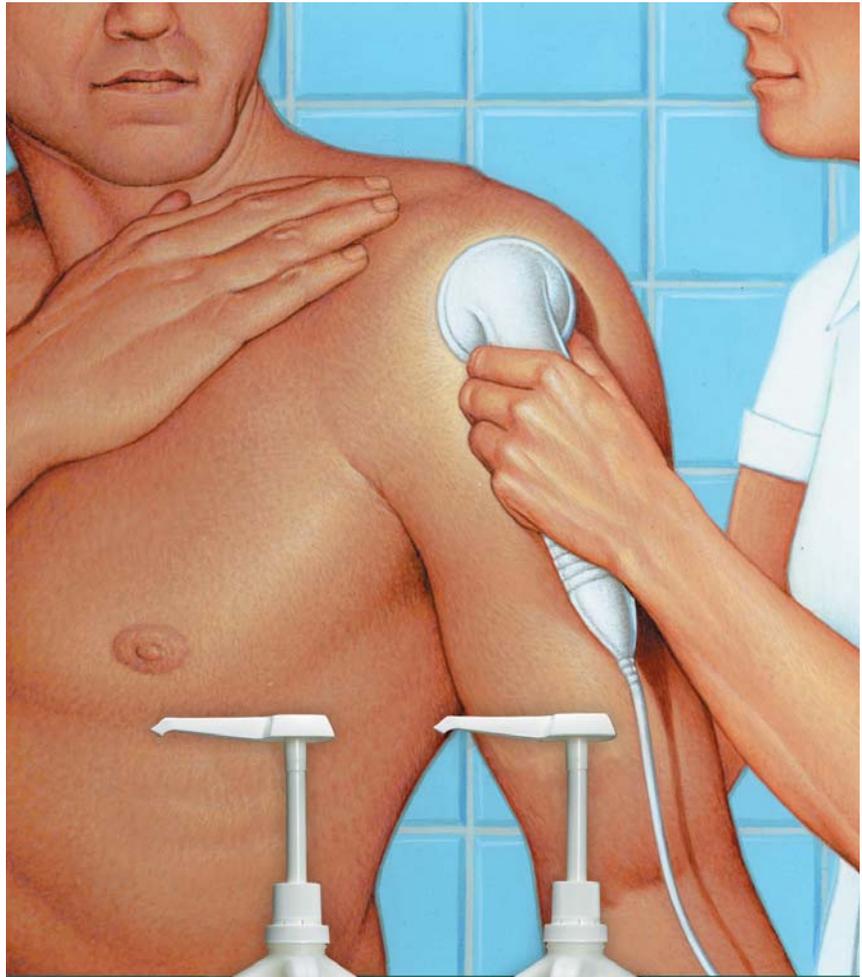
La meilleure lotion à qualité cosmétique pour les ultrasons médicaux

Polysonic® Ultrasound Lotion

Pour le traitement en douceur de traumatismes sérieux, la lotion POLYSONIC® pour soins par ultrasons allie l'agrément d'un produit de beauté et l'ultra performance d'un transmetteur d'ondes soniques. Son indice de transmission des ultrasons plus élevé que celui de la plupart des gels existants en fait le produit idéal pour les traitements par ultrasons.

La composition riche en éléments adoucissants de la lotion POLYSONIC® est la meilleure alliée d'une thérapie par ultrasons accompagnée de massages. Elle prend soin de votre peau, de celle de vos patients... et elle ménage votre équipement.

Pour tous les traitements par ultrasons, on ne peut que recommander cette lotion polyvalente, qui existe avec formule enrichie à l'aloés... La lotion POLYSONIC® est un autre produit des laboratoires PARKER, donc synonyme de fiabilité et de qualité.



ISO 13485:2003



PARKER LABORATORIES, INC.

286 Eldridge Road, Fairfield, NJ 07004
Tel. 973-276-9500 • Fax. 973-276-9510
www.parkerlabs.com