

Physio-QUÉBEC

SOMMAIRE



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

ÉDITORIAL

3 Par Lucie Forget, pht, M.A., présidente et directrice générale

CHRONIQUE DE LA SYNDIQUE

4 Dossier assurances privées
Évitez d'avoir à faire face à des recours judiciaires
Par Louise-Marie Dion, pht

CHRONIQUE JURIDIQUE

5 La contre signature des dossiers des stagiaires
Par Louise Richard, avocate

CHRONIQUE DE LA FORMATION CONTINUE

6 Politique de formation continue : effectuer la bonne
démarche pour obtenir des HFC
Par Linda Labelle, pht, D.S.A., Coordonnatrice de
la formation continue

INFO RECHERCHE

Révision du programme de bourses et subventions

CHRONIQUES DES RÉCIPENDAIRES

- 9 Fiabilité intra- et inter-juges d'une nouvelle
mesure portative de la spasticité basée
sur le seuil réflexe d'étirement tonique
Par Andra Calota, pht, M.Sc. et Mindy
F. Levin, pht, Ph.D.
- 14 L'équilibre et les effets d'un programme
d'équilibre vestibulaire chez les gens âgés
ayant une déficience visuelle
Par Elizabeth Dannenbaum, M. Sc.,
Dahlia Kairy, M. Sc., Ph. D. (doctorante)
Daphne Mulrooney, B. Sc.,
Joyce Fung, Ph. D.
- 21 Résumé de stage en recherche clinique
Par Valérie Elliott, pht

SUITE du SOMMAIRE à la page suivante

OBJECTIF du Physio-Québec: L'objectif du 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. Cet outil de communication vise aussi à parler de leurs professions, de leurs réalisations, à présenter les activités de l'Ordre et ses services. La reproduction des textes est autorisée avec mention de la source.

ORDRE professionnel de la physiothérapie du Québec

7151, rue Jean-Talon Est, bureau 1000, Anjou (Québec) H1M 3N8

Téléphone : 514 351-2770 ou sans frais 1 800 361-2001 | Télécopieur : 514 351-2658 | Courriel : physio@oppq.qc.ca

Site Web : www.oppq.qc.ca

ÉDITRICE, rédactrice et réviseure: Danielle Huet, B.A.

Tél.: 514 351-2770, poste 223 | Courriel: dhuet@oppq.qc.ca

CONCEPTION graphique: Manon Boulais, graphiste

Tél.: 514 865-7815

DÉPÔT légal: Bibliothèques nationales du Québec et du Canada
ISSN 0706-4284

Physio-QUÉBEC

SOMMAIRE suite

RECHERCHE CLINIQUE

- 24 Récipiendaires de bourses et de subventions de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
CONCOURS JANVIER 2009

ÉVÉNEMENTS

- 25 Journée thématique Québec
26 Prix de l'Association canadienne de physiothérapie

LES INFOS

- 27 En bref
28 Nouveautés
29 Appel à tous
29 Caricature



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec



ÉDITORIAL

par *Lucie Forget, phd, M.A.*
Présidente et directrice générale

Chers membres,

Un travail considérable a été accompli cette année, et bon nombre des projets qui sont encore sur la table nous dictent une vitesse d'opération quotidienne accélérée. Le Conseil d'administration, les divers comités et le personnel de l'Ordre se sont mobilisés et travaillent constamment pour faire progresser les dossiers de l'heure.

La Journée thématique, fort populaire auprès des membres, a connu un réel succès à Québec. Encore une fois cette année, elle se tient aussi à Montréal, le 19 juin 2009, afin de permettre au plus grand nombre de membres de pouvoir y participer. Le thème à l'honneur est la différenciation entre les mythes véhiculés et les données probantes existantes pour certains traitements offerts en physio-

thérapie. « Des traitements sous la loupe : du mythe à l'évidente réalité » est donc un rendez-vous à ne pas manquer le 19 juin, à Montréal, au Centre des congrès Renaissance.

Le Colloque 2009 se tiendra à Québec, le 25 septembre 2009. C'est sous le thème «L'organisation du travail en physiothérapie : se mobiliser au profit du client et de la population !» que se tiendra cet événement. Ce colloque vise à soutenir les physiothérapeutes, les thérapeutes en réadaptation physique et les milieux de travail dans leur démarche vers une organisation optimale des ressources professionnelles en physiothérapie dans une approche de valorisation de l'ensemble des acteurs. Vous êtes donc invités à participer à cet événement qui traite d'enjeux actuels en physiothérapie.

Que vous participiez à la Journée thématique ou au Colloque 2009, vous pouvez consulter l'horaire détaillé de ces événements sur notre site Internet.

Comme vous le savez, l'assemblée générale annuelle se tiendra au même endroit que le Colloque, à Québec, le 25 septembre 2009 à l'Hôtel Plaza, au 3031, boul. Laurier, à Ste-Foy.

Nous vous invitons à participer en grand nombre à l'assemblée générale annuelle de l'Ordre.

J'en profite pour vous souhaiter à toutes et à tous, des vacances sûrement bien méritées et un retour en force à l'automne !

Passez un excellent été !



Chronique de la SYNDIQUE

Dossier assurances privées

par Louise-Marie Dion, pht

Syndique

Évitez d'avoir à faire face à des recours judiciaires

Plusieurs client(e)s insatisfait(e)s s'adressent à l'OPPQ lorsqu'ils ont la mauvaise surprise d'apprendre que leur compagnie d'assurance refuse de les rembourser pour des traitements de physiothérapie dispensés par des thérapeutes en réadaptation physique. Nous voulons attirer votre attention sur le fait que ces client(e)s peuvent adresser une requête à la Cour du Québec, division des petites créances, pour tenter de recouvrer les sommes qu'ils ont dû déboursier.

Dans un jugement déjà rendu par cette instance, le juge a donné gain de cause à une cliente qui avait reçu des soins de physiothérapie dispensés par une thérapeute en réadaptation physique. Le juge a estimé que dans la clinique privée en question, le personnel devait savoir que certaines compagnies d'assurance ne remboursaient pas les traitements donnés par les thérapeutes en réadaptation physique. Conséquemment, il a jugé que le professionnel avait manqué à un devoir d'information envers la cliente. La cliente a fait valoir qu'elle n'aurait pas accepté les traitements de la thérapeute en réadaptation physique si elle avait su qu'ils ne seraient pas remboursés par l'assurance. La clinique a donc dû rembourser à la cliente le montant non payé par l'assurance, en plus d'une somme de 100 \$ pour inconvénients.

Nous vous rappelons votre devoir d'intégrité inscrit à l'article 4 du Code de déontologie :

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

de même que l'article 24 qui se lit comme suit :

Le membre doit subordonner ses intérêts à ceux de son client.

Une dérogation à l'un ou l'autre de ces articles pourrait entraîner le dépôt d'une plainte devant le Conseil de discipline.

Comme vous le savez, l'OPPQ incite les compagnies d'assurance à rembourser les traitements de physiothérapie dispensés par les thérapeutes en réadaptation physique depuis leur intégration à l'Ordre professionnel en 2003. Le MÉMO qui leur est adressé à cet effet peut être téléchargé à partir du site web de l'OPPQ : http://www.oppq.qc.ca/docs/MemoAssureurs_FR.pdf. Autant les membres de l'Ordre

que leurs clients sont invités à l'utiliser pour tenter de convaincre les assureurs d'actualiser leurs ententes contractuelles. Cependant, l'assureur a le droit d'appliquer le contrat tel que rédigé et signé entre lui et l'autre partie, notamment un employeur ou un syndicat.

Rappelons que le physiothérapeute ne peut substituer sa signature ou laisser apparaître son nom pour laisser croire qu'il a dispensé le traitement si tel n'est pas le cas. Les deux professionnels délinquants pourraient faire face à une plainte disciplinaire pour ne pas avoir respecté l'article 4 tel que cité plus haut et l'article 47 :

Le membre ne doit procurer ou faire procurer à un client, à lui-même ou à quiconque un avantage matériel injustifié, notamment en faussant une déclaration, un rapport ou tout document sur la santé d'un client ou le traitement donné à ce dernier.



Chronique JURIDIQUE

La contre signature des dossiers des stagiaires

*par Louise Richard,
avocate, T.R.P.*

Lors de la réunion du 16 janvier 2009, le Conseil d'administration a, après étude de la question, demandé la contre signature, par les maîtres de stage, des notes inscrites aux dossiers par les étudiants placés sous leur supervision

L'Ordre reconnaît que les stagiaires sont des étudiants, donc des personnes en apprentissage et que le maître de stage, tout en étant responsable d'eux, a aussi pour rôle de les aider à devenir des cliniciens compétents.

Pour accomplir son travail, le maître de stage doit s'assurer des compétences des stagiaires, car ils ont besoin d'appui et ne sont pas à l'abri d'erreurs. Une partie de cette vérification est faite par la lecture des notes inscrites dans les dossiers des patients assignés aux stagiaires. Cela permet au maître de stage de faire corriger la situation si cela s'avère nécessaire.

En contresignant les notes des dossiers, le maître de stage reconnaît le travail accompli par le stagiaire et, ce faisant, il

engage ainsi sa responsabilité face aux tiers tout comme il a déjà reconnu sa responsabilité en acceptant de prendre en charge ledit stagiaire.

L'Ordre appuie ainsi la démarche des établissements d'enseignement. En effet, plusieurs d'entre eux demandaient déjà et continuent d'exiger des maîtres de stage de contresigner les notes ajoutées aux dossiers des patients par les stagiaires car, comme cela a déjà été souligné, les stagiaires sont encore des étudiants.

Il faut noter que « responsabilité » ne signifie pas « condamnation », car à ce jour, nos recherches n'ont pas permis d'établir qu'un de nos membres ait été reconnu responsable d'une erreur commise par un stagiaire.

Il va s'en dire que le fait de tenter d'éviter la contre signature des dossiers des stagiaires ne dégage pas le maître de stage de sa responsabilité. Il est là pour compléter la formation de cet étudiant et de par sa fonction, il demeure responsable des gestes posés au cours de ce stage.

En conclusion, une des tâches du maître de stage est de contresigner les notes inscrites aux dossiers des patients par ses stagiaires, ce qui permet, du même coup, une surveillance des actes du stagiaire.

Nous espérons que cet article saura vous éclairer sur la contre signature des maîtres de stages.

LA CONTRE SIGNATURE
DES DOSSIERS DES STAGIAIRES



Chronique de la **FORMATION** continue

Politique de formation continue : effectuer la bonne démarche pour obtenir des HFC

par *Linda Labelle, pht, D.S.A.*

*Coordonnatrice de
la formation continue*

Première question à se poser : L'activité est-elle une activité de formation dirigée ou de formation autonome ?

Les activités de formation continue effectuées par un membre forment un vaste ensemble dans lequel, certaines activités peuvent être admissibles et permettre l'attribution de HFC. Cependant, dans le groupe des activités qui peuvent être admissibles (celles qui respectent chacun des critères d'admissibilité de la Politique), certaines relèvent de la formation dirigée et d'autres de la formation autonome. Dans chacun des cas, la démarche conduisant à l'inscription de HFC dans le relevé en ligne du cumul des HFC est très différente. Une bonne compréhension de ces deux catégories d'activités est donc primordiale si on veut effectuer la démarche adéquate.

Ce qui suit ne vient pas remplacer le contenu des pages 4 à 7 du document *Politique de formation continue 2006-2009 – Révision du cadre d'application*, mais vient exprimer en d'autres termes ce que sont la formation dirigée et la formation autonome.

Activités de formation dirigée

– Il s'agit d'activités de formation continue qui sont en lien avec certaines compétences cliniques déterminées par le Conseil d'administration (nouvelle appellation du « Bureau »), soient celles qui sont rattachées directement au champ d'exercice de la physiothérapie. Ceci ne veut pas dire que seuls les cours « hands on » en physiothérapie font partie de cette catégorie puisque toute activité portant, par exemple, sur l'acquisition, l'actualisation ou l'approfondissement de connaissances de base, que ce soit au niveau de la pathologie, des conditions associées, de la médication ou du protocole opératoire, s'avère une activité de formation dirigée. Un colloque dont les orthopédistes sont la clientèle cible ou une conférence sur la médication sont donc des activités de formation dirigée.

Activités de formation autonome

– Il peut s'agir d'activités structurées de formation continue dont le sujet est en lien avec des compétences cliniques dites « transversales » (rattachées à la responsabilité professionnelle, à la gestion de la pratique ou à la communication et la collaboration) ou en lien avec des compétences non cliniques (rattachées par exemple

à la gestion ou à la pédagogie). Il peut aussi s'agir d'activités d'autoapprentissage, telle la lecture d'articles scientifiques ou de volumes de référence.

Question à se poser dans le cas d'une activité de formation dirigée : Cette activité est-elle déjà identifiée comme admissible ou non ?

Toute activité en formation dirigée doit être évaluée par l'Ordre. Une demande d'évaluation doit donc être présentée à cet effet, soit par l'organisme ou le formateur responsable de l'activité, soit par le membre participant, afin qu'une décision soit rendue : l'activité est-elle admissible en formation dirigée ou non ?

La démarche à effectuer par le membre, dans le cas d'une activité en formation dirigée, diffère si cette évaluation a été réalisée ou non.

Chronique de la FORMATION continue

suite

Politique de formation continue...

Activités évaluées – Si une fois évaluée, l'activité de formation dirigée est déclarée admissible, quatre possibilités s'offrent au membre :

- Si l'activité est organisée par l'Ordre, le membre n'a aucune démarche à effectuer car l'activité a déjà été évaluée et l'Ordre est au courant de sa participation à l'activité ;
- Si la demande d'évaluation a été effectuée par le formateur ou l'organisme et que ce dernier transmet à l'Ordre une feuille de présence conforme après la tenue de l'activité, le membre n'a aucune démarche à effectuer ;
- Si une demande d'évaluation a été effectuée par le formateur ou l'organisme et que ce dernier ne transmet pas à l'Ordre une feuille de présence conforme après la tenue de l'activité, le membre doit faire parvenir à l'Ordre une demande d'attribution en utilisant le formulaire *Demande d'attribution de HFC* afin d'informer l'Ordre de sa participation à cette activité.
- Si la demande d'évaluation a été effectuée par un membre ou un groupe de membres, les autres membres ne faisant pas partie de ce groupe et qui ont participé à cette activité doivent faire parvenir à l'Ordre une demande d'attribution en utilisant le formulaire *Demande d'attribution de HFC* afin d'informer l'Ordre de leur participation à cette activité.

Comment savoir si une activité a été déclarée admissible ou non ?

Il s'agit de vérifier, à la page consacrée à la Politique de formation continue du site Internet de l'Ordre, si l'activité est affichée à la rubrique « Activités admissibles de formation dirigée » (accès en cliquant sur la vignette se lisant « Politique de formation continue » que l'on retrouve sur toutes les pages du site Internet de l'Ordre, www.oppq.qc.ca). À remarquer que la durée de l'affichage varie selon le type d'activité.

Par exemple, si une seule prestation de l'activité est admissible, l'activité est affichée pendant au moins 6 mois après la tenue de cette prestation. C'est le cas de toutes les activités dont la demande a été présentée par des membres ainsi que de la presque totalité des événements (congrès, colloques, etc.)

Si l'activité est admissible pendant une durée de trois ans (c'est le cas de la majorité des cours évalués à la demande de formateurs ou d'organismes), elle sera affichée pendant toute la durée de la période d'admissibilité.

Activités en cours d'évaluation

– Si une activité est affichée à la page consacrée à la Politique de formation continue du site Internet de l'Ordre, à la rubrique « Activités de formation dirigée en cours d'évaluation », le membre doit attendre que le processus d'évaluation

soit complété. Si l'activité est admissible, elle sera transférée à la rubrique « Activités admissibles de formation dirigée ».

Activités non évaluées – Si l'activité n'est pas affichée sur le site Internet de l'Ordre, à la rubrique « Activités de formation dirigée en cours d'évaluation » ou à la rubrique « Activités admissibles de formation dirigée », le membre qui choisit de présenter une demande d'évaluation doit utiliser le formulaire *Demande individuelle d'évaluation d'une activité de formation dirigée* ou *Demande collective d'évaluation d'une activité de formation dirigée*, selon le cas.

Formulaires – Les formulaires sont affichés à la page consacrée à la Politique de formation continue du site Internet de l'Ordre, à la rubrique « Formulaires et documents utiles » - lien « Membres ».

Que faire dans le cas d'une activité de formation autonome ?

Dans le cas des activités de formation autonome, le membre n'a aucune demande à présenter à l'Ordre. En effet, il lui suffit de faire une déclaration annuelle pour que les HFC qu'il a cumulées en formation autonome soit inscrites à son relevé. Lorsqu'il se réinscrit à l'Ordre chaque hiver, le membre indique, à la case appropriée du formulaire d'inscription au Tableau des membres de l'Ordre, le nombre total de HFC en formation autonome qu'il a cumulées pendant l'année. Il n'a

Chronique de la **FORMATION** continue *suite*

Politique de formation continue...

aucun document à transmettre à l'Ordre, toutes les pièces justificatives à l'appui de sa déclaration devant être versées à son portfolio de formation continue, qu'il conserve chez lui. Le document *Portfolio de formation continue* est affiché à la page consacrée à la Politique de formation continue du site Internet de l'Ordre, à la rubrique « Formulaires et documents utiles » - lien « Membres ».

Le membre qui a omis, lorsqu'il s'est réinscrit à l'Ordre à l'hiver 2008, de déclarer le nombre d'heures de formation autonome qu'il a effectuées au cours des deux premières années de la Politique, (2006-2007 et 2007-2008) ou pendant l'année en cours (2008-2009), peut encore le faire. Il peut même faire corriger une déclaration erronée déjà effectuée. Il lui suffit de remplir et transmettre à l'Ordre la partie

2-A ou 2-B qu'il trouvera à la fin du *Guide de vérification du relevé du cumul des HFC*. Ce guide est affiché à la page consacrée à la Politique de formation continue du site Internet de l'Ordre, à la rubrique « Relevé du cumul des HFC - Exigence minimale » - lien « Demande de vérification ou de modification du relevé ».



info recherche

Recherche clinique



SOMMAIRE | Info-recherche

Éditorial	1
Portraits	2
Projets de nos récipiendaires de recherche	4
Liste des chroniques des récipiendaires.....	8
La recherche entre nous.....	9

ÉDITORIAL | Uriel Pierre, M. Sc., pht Responsable du Comité de recherche clinique

RÉVISION du programme de bourses et subventions

Dans le numéro précédent de *l'info recherche*, M. Bertrand Arsenault nous a fait l'honneur de partager sa vision de l'évolution de la recherche en physiothérapie/réadaptation.

Dans son article, il a bien fait ressortir la place croissante qu'occuperont les guides de pratique clinique afin d'appuyer les cliniciens dans la mise à jour de leur pratique clinique. Ainsi que toute la problématique entourant le transfert des connaissances afin d'assurer l'implantation de la pratique factuelle en clinique. Il apporte un élément de réflexion très intéressant en suggérant *de considérer investir, en partenariat avec d'autres organismes, dans un programme visant l'échange et l'application des connaissances.*

Lors des États généraux de la recherche en adaptation-réadaptation organisés récemment par le REPAR, il s'est dégagé une volonté commune de mieux arrimer la recherche avec les problématiques cliniques. Cela aura notamment pour effet que plus d'activités de recherche seront effectuées dans les milieux cliniques. Et des activités de transfert de connaissance devraient en découler.



D'autre part, les futurs physiothérapeutes seront bientôt issus de programmes de formation de niveau maîtrise professionnelle, c'est-à-dire qu'ils auront reçu une formation axée sur la pratique fondée sur les données probantes. Bien qu'ayant peu d'expériences cliniques, ces futurs diplômés bénéficieront de certaines notions de base en recherche contrairement à leurs prédécesseurs. Voilà un autre élément qui pourrait inciter les physiothérapeutes à s'impliquer en recherche clinique ou à contribuer à des activités de transfert de connaissances.

Le contexte de la pratique de la physiothérapie et de la recherche clinique a bien évolué depuis la création du Fonds de recherche clinique en 1996. Le Comité de recherche clinique amorce donc un processus de réflexion afin d'adapter son programme de bourses et de subventions à la réalité de la pratique de la physiothérapie des prochaines années. Je vous invite à nous faire part de vos commentaires et à suivre le développement de ce dossier dans les prochains numéros.

Sur ce, bonne lecture et bon été!

PORTRAITS | Par cette chronique, nous désirons démystifier la recherche clinique en vous présentant le cheminement qui a guidé certains physiothérapeutes vers la recherche clinique. Voici, une entrevue réalisée avec Mme Joanne Goldberg.

M^{me} Joanne Goldberg est une physiothérapeute graduée de l'Université de Montréal en 1990. Elle a obtenu une maîtrise en sciences biomédicales, option réadaptation en 1992. Sa passion pour les enfants l'a amenée à pratiquer comme clinicienne et coordonnatrice de recherche à l'Hôpital Marie-Enfant de Montréal. Impliquée en recherche à plein temps, elle devient directrice de la gestion du réseau des sites cliniques GEREQ ainsi que directrice de la Formation et de l'Assurance qualité. Elle occupe présentement le poste de directrice scientifique adjointe au Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ). Elle est présentement présidente de la SoCRA (année 2008-2009).



Félicitations pour votre nomination comme présidente de la SoCRA. Pourriez-vous nous parler un peu de ce qu'est la SoCRA et de votre mandat en tant que présidente ?

Merci. SoCRA est l'acronyme pour la « Society of Clinical Research Associates ». C'est un organisme international à but non lucratif et dont la mission est de promouvoir la qualité de la recherche clinique (impliquant des êtres humains) et assurer une meilleure protection des participants à la recherche notamment par le développement de programmes de formation continue et par un programme de certification reconnue à l'international (offert en anglais, en français et en japonais) pour les professionnels de la recherche.

Cet organisme est actif dans 42 pays et regroupe au-delà de 12 000 membres à travers le monde. Toute personne œuvrant de près ou de loin dans le domaine de la recherche clinique peut devenir membre de la SoCRA, qu'elle provienne du milieu de l'industrie, du milieu académique, d'un centre de recherche ou d'un organisme de réglementation (chercheur, assistant de recherche, étudiant, gestionnaire...)

Lorsque j'étais impliquée dans le projet GEREQ, un de mes mandats était de promouvoir la qualité de la recherche clinique au Québec. C'est ainsi que j'ai eu à travailler en collaboration avec la SoCRA en étant responsable de la traduction française de l'examen de certification. Cela m'a permis de mieux apprécier comment la SoCRA peut contribuer à une recherche de meilleure qualité.

Il est important de savoir que, bien qu'il y ait des règles éthiques, des principes qui s'appliquent, contrairement à la recherche industrielle impliquant des produits pharmaceutiques ou des dispositifs médicaux, il n'y a pas vraiment de réglementation à proprement parler qui encadre la recherche clinique académique au Canada. C'est ainsi que la formation continue en recherche clinique et en éthique de la recherche devient un élément essentiel afin de contribuer à de meilleures pratiques en assurant le respect des sujets humains. À ce titre, je suis fière de constater que plus de 70 % de nos membres au Québec (254) sont actuellement certifiées comme professionnel de la recherche

Mon travail en tant que présidente me permet de communiquer ma passion et ma volonté de vouloir transmettre l'importance d'une recherche clinique de meilleure qualité par de la formation continue, mais aussi d'exercer une certaine influence pour une plus grande ouverture de la recherche vers des domaines non pharmaceutiques et non réglementés, notamment la réadaptation.

Comment votre formation de physiothérapeute vous a-t-elle menée au-delà des frontières habituelles de la physiothérapie ?

J'ai toujours eu un grand intérêt pour les enfants. Lors de mon baccalauréat en physiothérapie, j'avais toujours plein de questions. Pourquoi fait-on cela, comment cela fonctionne-t-il ? Et c'est ce qui m'a amenée vers la recherche. C'est durant

l'été, après ma deuxième année de cours en physiothérapie, que j'ai eu l'opportunité de participer avec un de mes professeurs de physiothérapie à un projet de recherche. C'était une étude sur les effets thérapeutiques du massage sur un réflexe monosynaptique, le réflexe H : ce fut l'étincelle. Tout de suite après avoir complété mon baccalauréat, je me suis inscrite à la maîtrise. Par la suite, j'ai travaillé auprès des enfants à l'Hôpital Marie-Enfant à temps partagé entre la recherche et la clinique.

Le point tournant de ma carrière est survenu avec la mise sur pied d'une étude clinique multicentrique concernant l'oxygénothérapie hyperbare dans le traitement de la paralysie cérébrale. C'était un projet de très grande envergure dans le domaine de la réadaptation. J'ai approché le chercheur qui était responsable du projet et, de fil en aiguille, je suis devenue coordonnatrice de l'étude. C'est grâce à ce projet que j'ai constaté que j'avais des compétences pour la gestion en recherche.

Et, peu à peu, je me suis aperçue que ces compétences en recherche n'étaient pas limitées au domaine de la réadaptation. C'est ainsi que, depuis près de 10 ans, je ne travaille plus directement en physiothérapie. Cependant, en contribuant à développer une recherche de meilleure qualité, j'ai la conviction que je participe d'une certaine façon à améliorer la pratique de la physiothérapie.

Et pourtant, vous êtes toujours membre de l'Ordre et impliquée au sein du Comité de recherche clinique depuis la création du Fonds de recherche clinique de l'OPPQ en 1996 ?

J'ai une passion pour la physiothérapie : la formation de physiothérapeute est extrêmement exigeante et elle a forgé en quelque sorte la base de mon identité professionnelle. Par ailleurs, le fait de demeurer une physiothérapeute est important pour moi, car cela m'amène une reconnaissance qui est importante lorsque l'on travaille dans le domaine de la santé.

Les connaissances en physiothérapie croissent de façon exponentielle et la recherche devient essentielle pour l'avancement de la profession. La pratique fondée sur les données probantes, le transfert des connaissances, voilà autant de défis à relever afin d'améliorer la qualité de nos services à la population. En apportant ma contribution au Comité de recherche clinique, je crois que c'est un simple retour des choses en contrepartie de ce que la physiothérapie m'a apporté. C'est un élément de bénévolat qui est important pour moi.

Et lorsque je constate tout ce qui se déroule dans le domaine de la recherche au CRIR, au REPAR et au CIRRIIS, cela contribue de façon importante à la reconnaissance de notre profession.

Une des raisons qui me motivent à demeurer impliquée dans le Comité de recherche clinique est l'avènement du nouveau programme de maîtrise professionnelle qui permettra, entre autres, de mieux sensibiliser les futurs physiothérapeutes à la méthodologie de recherche, qui est en quelque sorte une compétence transversale dans tout ce que l'on fait en physiothérapie. Et je crois que cela favorisera une implication accrue des physiothérapeutes en recherche clinique, non comme activité principale, mais comme un complément à l'intérieur de leur pratique clinique. La recherche clinique en physiothérapie est donc appelée à prendre une place accrue.

En terminant, avez-vous un message à lancer aux membres de l'Ordre ?

Peu importe le domaine de travail, l'important est d'avoir une passion pour ce que l'on fait. C'est cette passion qui m'a incitée à me diriger vers la recherche clinique. Et la formation de physiothérapeute, par la rigueur de travail qu'elle développe, a contribué à faciliter ma transition vers ce domaine très compétitif qu'est la recherche clinique.

Si vous avez un intérêt si minime soit-il envers la recherche, je voudrais vous rappeler que le Comité de recherche clinique peut vous offrir l'opportunité de vous initier au domaine de la recherche clinique par le biais d'un programme diversifié. Qui sait ou cela vous mènera, ce sera peut-être l'occasion de réaliser votre passion!

PROJETS de nos récipiendaires recherche | L'Ordre a remis, suite au concours du 31 janvier dernier, 5 nouvelles bourses et subventions. Nous vous présentons un abrégé de leurs projets.

Perception d'effort et d'asymétrie de mise en charge lors d'activités motrices chez le sujet en santé.

Chez les sujets ayant une hémiparésie suite à un accident vasculaire cérébral, le passage de la position assise à debout (PAD) est réalisé en plaçant davantage de poids du côté sain que du côté atteint, et ce, même si les sujets ont la capacité de faire la tâche de façon symétrique sur demande [1-2]. En général, les études ont relié l'altération de la performance aux déficiences physiques [3]. Une hypothèse alternative, supportée par les travaux de Milot et al [4], pourrait être que les personnes présentant une hémiparésie, en raison de la faiblesse musculaire, diminuent leur mise en charge du côté atteint afin d'égaliser la production d'efforts (% de force maximale) dans les deux membres inférieurs. Avant d'entreprendre des études avec les sujets hémiparétiques, nous devons déterminer si les sujets sains ont la capacité de percevoir leur effort et leur distribution de poids lors du PAD, si cette perception est reliée aux taux d'utilisation musculaire électromyographiques (TUMsEMG=effort) et également si l'âge influence la perception.

Cette étude préliminaire évalue donc deux groupes de sujets sains (15 sujets de plus de 60 ans et 15 sujets de moins de 50 ans) dans le but de déterminer les erreurs qu'ils font lorsqu'on leur demande de juger leur mise en charge et leur niveau d'effort lors d'une tâche fonctionnelle complexe (se lever d'une chaise). L'effet d'un changement de la position des pieds sur leur effort et mise en charge est aussi évalué. De plus, l'étude vise à déterminer s'il existe des différences entre les deux groupes de sujets ou bien s'ils se comportent de la même façon. Les résultats de cette étude serviront de données de référence pour interpréter les données de sujets hémiparétiques évalués dans des conditions similaires.

Références :

1. Eng JJ, Chu KS. Reliability and comparison of weight-bearing ability during standing tasks for individuals with chronic stroke. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002; 83:1138-44.
2. Engardt M. Rising and sitting down in stroke patients. Auditory feedback and dynamic strength training to enhance symmetrical body weight distribution. *Scand J Rehabil Med.* 1994; 31(Suppl 1): 3-54.
3. Hesse S et al. Sit-to-stand manoeuvre in hemiparetic patients before and after a 4-week rehabilitation programme. *Scand J Rehabil Med.* 1998; 30: 81-6.
4. Milot MH et al. Bilateral level of effort of the plantar flexors, hip flexors, and extensors during gait in hemiparetic and healthy individuals. *Stroke.* 2006; 37:2070-5.

activités motrices

Récipiendaire d'une bourse d'études de maîtrise : Séléna Lauzière, pht

Chercheur : Sylvie Nadeau, pht, Ph. D.

Pour de plus amples informations :

Séléna Lauzière : selena.lauziere@umontreal.ca

PROJETS de nos récipiendaires recherche | L'Ordre a remis, suite au concours du 31 janvier dernier, 5 nouvelles bourses et subventions. Nous vous présentons un abrégé de leurs projets.

Vers une meilleure compréhension des facteurs influençant la détermination de la sévérité du torticolis postural (TP) et musculaire congénital (TMC) lors de la première évaluation en physiothérapie.

On observe un nombre grandissant de cas de torticolis posturaux et congénitaux dans les dernières années. L'intervention en physiothérapie est reconnue comme étant un moyen efficace pour le traitement de cette condition. Les paramètres exacts ainsi que l'intensité de l'intervention varient énormément dans la littérature [1,2]. Il est difficile pour les physiothérapeutes moins expérimentés avec cette clientèle de choisir le traitement optimal. La sévérité étant un des facteurs principaux influençant le choix du traitement, il devient important de comprendre comment les physiothérapeutes déterminent la sévérité du TP et du TMC lors de l'évaluation initiale et comment ceci est relié à la fréquence, la durée et au résultat de l'intervention en physiothérapie. Il n'existe aucun outil de mesure clinique pour cette condition.

Nous désirons donc développer un outil de mesure standardisé valide qui aidera les physiothérapeutes à prendre leurs décisions cliniques suite à une première évaluation. Ce projet se déroulera en trois étapes principales. La première consiste en une étude rétrospective sur les facteurs influençant les résultats du traitement en physiothérapie et est actuellement en cours. Deuxièmement, la tenue de focus group avec des experts auprès de cette clientèle permettra d'élaborer la liste des facteurs influençant la sévérité du torticolis. Enfin, une consultation provinciale des physiothérapeutes en pédiatrie permettra de confirmer ces facteurs cliniques qui influencent leur prise de décision. Combinés, ces éléments contribueront à établir une base scientifique solide au développement de cet outil d'évaluation.



© Fred Goldstein - Fotolia.com

Références :

1. Cheng JC et al. Clinical determinants of the outcome of manual stretching in the treatment of congenital muscular torticollis in infants. A prospective study of eight hundred and twenty-one cases. *Journal of Bone & Joint Surgery - American volume* 2001; 83-A(5):679-87.
2. Emery C. The determinants of treatment duration for congenital muscular torticollis. *Physical Therapy* 1994; 74(10):921-9.

Récipiendaire d'une bourse d'études de maîtrise : Julie Fradette, pht

Chercheur : Isabelle Gagnon, pht, Ph. D.

Pour de plus amples informations :

Julie Fradette : julie.fradette@mail.mcgill.ca

torticollis postural

PROJETS de nos récipiendaires recherche | L'Ordre a remis, suite au concours du 31 janvier dernier, 5 nouvelles bourses et subventions. Nous vous présentons un abrégé de leurs projets.

Étude

Étude de l'efficacité de l'électrostimulation quadricipitale chez les patients sous ventilation mécanique prolongée.



La faiblesse musculaire acquise aux soins intensifs est une complication très fréquente qui diminue fortement les capacités fonctionnelles et la qualité de vie des patients [1]. L'électrostimulation permet de réduire la perte musculaire et a montré son efficacité chez différents groupes de patients [2], mais il n'existe que très peu de données aux soins intensifs [3]. Dans cette étude, nous souhaitons évaluer l'efficacité de l'électrostimulation quadricipitale chez les patients sous ventilation mécanique prolongée pour limiter la faiblesse musculaire acquise aux soins intensifs.

L'étude sera réalisée dans les unités de soins intensifs de pneumologie et de chirurgie cardiaque de l'Hôpital Laval, chez des patients sous ventilation mécanique prolongée. Pendant 10 jours, après une

évaluation initiale de la force musculaire des deux jambes, nous allons électrostimuler une seule jambe et réaliser de la physiothérapie standardisée sur les deux jambes. L'électrostimulation comprendra deux séances quotidiennes de 1 heure, selon la tolérance du patient. Ce devis d'étude (une jambe électrostimulée, une jambe témoin) permettra de compenser pour des variables confondantes comme la sévérité de la pathologie de base, l'état nutritionnel et les cointerventions.

Si notre hypothèse se confirme et que l'on réussit à limiter l'atteinte musculaire de cette clientèle, on favorisera une mobilisation et une ambulation plus précoces. Un maintien de la force musculaire par intubation permettrait de diminuer les déficits et les incapacités qui limitent souvent la réadaptation à court ou moyen terme. Ainsi, les patients récupéreraient plus rapidement et plus facilement leur autonomie fonctionnelle antérieure. Ceci est primordial dans un contexte où l'on cherche continuellement à améliorer la qualité de vie de nos patients.

Ce projet se veut un bel exemple de collaboration entre physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique. Par ailleurs, c'est aussi la première fois qu'une subvention de stage de recherche est remise à une TRP. Voilà l'opportunité d'explorer une nouvelle avenue pour les thérapeutes en réadaptation physique.

Références :

1. Herridge MS, Cheung AM, Tansey CM, Matte-Martyn A, Diaz-Granados N, Al-Saidi F et al. One-year outcomes in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *The New England Journal of Medicine* 2003 Feb 20;348(8):683-93.
2. Vivodtzev I, Pepin JL, Vottero G, Mayer V, Porsin B, Levy P et al. Improvement in quadriceps strength and dyspnea in daily tasks after one month of electrical stimulation in severely deconditioned and malnourished COPD. *Chest* 2006 Jun;129(6):1540-8.

Récipiendaire d'une bourse d'études de maîtrise :

Andrée-Anne Devost, pht

Chercheur : François Maltais, MD, Ph.D.

Récipiendaire d'une subvention de stage de recherche :

Geneviève Boilard, T.R.P.

Chercheur : François Lellouche, MD, Ph.D.

Pour de plus amples informations :

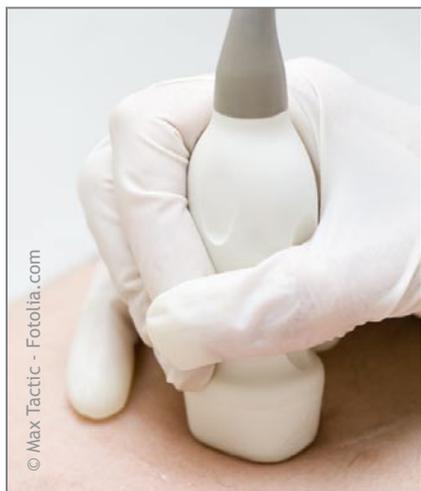
Andrée-Anne Devost : andree-anne.devost.1@ulaval.ca

Geneviève Boilard : lasource-28@hotmail.com

PROJETS de nos récipiendaires recherche | L'Ordre a remis, suite au concours du 31 janvier dernier, 5 nouvelles bourses et subventions. Nous vous présentons un abrégé de leurs projets.

Recherche de nouvelles mesures d'évaluation de la contractilité des muscles du plancher pelvien et plus spécifiquement chez les femmes atteintes de vulvodynie provoquée.

Dans l'évaluation clinique de femmes souffrant de vulvodynie, nous observons par la palpation digitale une incapacité chez ces femmes à relâcher les muscles du plancher pelvien suivant une contraction volontaire. Cette observation n'a pas encore été étudiée de manière objective. L'objectif du projet du Dr Linda McLean est de développer une méthode quantitative pour mesurer ce phénomène, et d'évaluer la fiabilité des mesures.



L'imagerie 3D par ultrason transpérinéal est déjà utilisée pour étudier la morphologie et la contractilité de la musculature du plancher pelvien chez les femmes atteintes d'incontinence à l'effort. Les images démontrent la dimension de l'ouverture du *levator ani*, et un changement dans le diamètre antéropostérieur (AP) de cette ouverture démontre une contraction des muscles du plancher pelvien [1, 2].

Le projet propose l'utilisation de l'imagerie par ultrason transpérinéal pour mesurer le diamètre AP de l'ouverture du *levator ani* avant et après une série de 10 contractions maximales du plancher pelvien, effectuées par 10 femmes souffrant de vulvodynie provoquée et 10 femmes sans douleur vulvo-vaginale. Les participantes répéteront l'évaluation à trois occasions différentes. La mesure du diamètre AP sera analysée pour évaluer les variances entre les deux groupes, avant et après la série de contractions.

Il est anticipé que l'analyse démontre que le diamètre AP du *levator ani* est une mesure fiable de la contractilité des muscles du plancher pelvien, et que l'ouverture soit plus petite chez les femmes atteintes de vulvodynie, contrairement aux femmes sans douleur vulvo-vaginale, suivant les contractions répétées.

Les résultats de ce projet supporteront l'utilisation de l'imagerie par ultrason pour étudier la contractilité du plancher pelvien et seront utilisés pour diriger de futures études sur la pathophysiologie de la vulvodynie et ainsi aider au développement d'interventions en physiothérapie pour cette condition.

Au plan professionnel, ce stage m'ouvre les portes à la recherche et ce dans le domaine clinique qui suscite mon plus grand intérêt, la rééducation périnéale. Suivant ce stage, je vais poursuivre ma pratique clinique auprès des femmes atteintes de douleur vulvo-vaginale. De même, je compte faire une maîtrise en recherche clinique et utiliser des mesures d'évaluation fiables pour développer des projets qui démontreront l'efficacité des interventions en physiothérapie auprès des femmes atteintes de vulvodynie provoquée.

Références :

1. Dietz HP, Shek C, Clarke B. Biometry of the pubovisceral muscle and levator hiatus by three-dimensional pelvic floor ultrasound. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*. Jun 2005;25(6):580-585.
2. Braekken IH, Majida M, Engh ME, et al. Test-retest reliability of pelvic floor muscle contraction measured by 4D ultrasound. *Neurourology & Urodynamics*. 2009;28(1):68-73.

Récipiendaire d'une subvention de stage de recherche : Stéphanie Thibault-Gagnon, pht

Chercheur : Linda McLean, pht, Ph.D.

Pour de plus amples informations :
Stéphanie Thibault-Gagnon : stg_84@hotmail.com

LISTE DES CHRONIQUES DES RÉCIPIENDAIRES | Voici la liste des articles de nos récipiendaires de bourses et subventions qui sont parus pendant la dernière année dans le Physio-Québec.

■ *Physio-Québec*, vol 33, no 4. http://www.oppq.qc.ca/docs/PHYSIO_no4_fev09.pdf

Acuité visuelle dynamique en position assise et debout

Par Elizabeth Dannenbaum, pht, M.Sc., Gevorg Chilingaryan, M.P.H., Joyce Fung, Ph.D.

Déficits de force maximale volontaire isométrique chez des adultes atteints de troubles associés à l'entorse cervicale et associations avec la douleur et la peur du mouvement.

Par Isabelle Pearson, pht, M.Sc., Alison Reichert, B.Sc., Sophie J. De Serres, Ph.D., Jean-Pierre Dumas, pht, M.Sc., Julie N. Côté, Ph.D.

Évaluation de l'utilisation du chien de réadaptation lors de la rééducation à la marche chez l'adulte hémiplegique.

Par Lynda Rondeau, pht, Chantal Camden, pht, M.Sc., Hélène Corriveau, pht, Ph.D., Nathalie Bier, erg, Ph. D..

■ *Physio-Québec*, vol 33, no 3. http://www.oppq.qc.ca/docs/PHYSIO_Info_oct_08.pdf

L'entraînement avec rétroactions de gestes moteurs permet de diminuer les déficits moteurs des personnes avec un syndrome d'abutement de l'épaule.

Par Jean-Sébastien Roy, pht, M.Sc., Hélène Moffet, pht, Ph.D., Bradford J. McFadyen, Ph.D.

■ *Physio-Québec*, vol 32, no 2. http://www.oppq.qc.ca/docs/pqc_vol33no2_mai_08_1.pdf

L'entorse latérale de la cheville : une condition banalisée qui entraîne des séquelles fonctionnelles mais pour laquelle le physiothérapeute peut faire la différence.

Par Marc Perron, pht, M.Sc., Luc J Hébert, pht, Ph.D., Hélène Moffet, pht, Ph.D., Sylvain Belzile, MD.

récipiendaires

LA RECHERCHE, ENTRE NOUS | Par cette chronique, nous désirons créer un lien dynamique entre le Comité de recherche, les chercheurs et les cliniciens. Nous vous invitons à acheminer vos questions et commentaires à l'adresse suivante (sorzes@oppq.qc.ca)

Je planifie retourner aux études pour faire une maîtrise de type recherche en réadaptation mais j'ai peur de ne pas avoir de financement. Comment pourrais-je améliorer mes chances de financement ?

Il y a généralement deux types de financement disponibles auprès de la plupart des organismes subventionnaires et des fondations : les bourses et les subventions. La **bourse** est accordée à une **personne**, soit un étudiant inscrit dans un programme d'études reconnu ou un chercheur pour le libérer de temps d'enseignement. La **subvention** est accordée pour la réalisation **d'un projet de recherche** précis. Cette forme d'aide financière s'accompagne d'une obligation de réalisation. La personne qui en fait la demande a donc une obligation de fournir des rapports d'évolution et un rapport lors de la conclusion du projet. Les demandes pour ces deux types de financements sont évaluées par un comité de pairs selon des critères spécifiques à chaque organisme. Cependant, il y a toujours une section réservée au dossier du candidat et une pour l'évaluation scientifique du projet lui-même. On peut donc travailler sur les deux aspects pour améliorer ses chances d'être financé.

L'évaluation du dossier du candidat porte habituellement sur la formation, l'expérience en recherche et le nombre ainsi que la qualité des présentations et/ou publications déjà produites. Un candidat a donc plus de chances s'il a, par exemple, fait un stage d'été en recherche pendant son baccalauréat ou un stage clinique en recherche, tel que nouvellement proposé par l'OPPQ (<http://www.oppq.qc.ca/docs/subv-stage-rech-clinique.doc>). Un candidat peut aussi s'être impliqué en recherche à titre d'évaluateur pour un projet déjà en cours dans son établissement et ainsi participer aux publications qui en découlent.

L'évaluation scientifique du projet de recherche porte sur des critères tels que la clarté et concision de la problématique de recherche, sur la clarté des hypothèses et objectifs, sur les méthodes et analyses, la faisabilité et sur l'originalité du projet ainsi que sa contribution aux connaissances dans le domaine d'intérêt. Le développement du protocole de recherche exige donc beaucoup de rigueur si l'on veut améliorer ses chances de financement pour ce critère. Vous aurez avantage à vous entourer de gens ayant une expertise en recherche dans le domaine (chercheurs, cliniciens-chercheurs, etc.). Finalement, on ne souligne jamais assez l'importance de la qualité de la présentation (concision, fautes de français,) : une idée mal exprimée n'aide en rien l'évaluation de votre demande.

Finalement, les lettres de recommandation sont un autre élément à ne pas négliger, car elles permettent d'appuyer le dossier du candidat et de faire ressortir la contribution apportée par le projet de recherche au domaine de connaissances. Il est donc important de choisir les bonnes personnes pour vous appuyer.

En résumé, les évaluateurs recherchent l'assurance que les études ou le projet seront complétés. Entourez vous de collaborateurs chevronnés, participez à la recherche dès que vous en avez l'occasion, rédigez votre demande selon les critères de l'organisme choisi, faites-la lire par différentes personnes pour en assurer la qualité et croisez-vous les doigts!

financement



Chronique des RÉCIPIENDAIRES

Fiabilité intra- et inter-juges d'une nouvelle mesure portative de la spasticité basée sur le seuil réflexe d'étirement tonique

par Andra Calota, *pht*, M.Sc.
et Mindy F. Levin, *pht*, Ph.D.¹

1- School of Physical and Occupational Therapy, McGill University

Introduction

Les accidents cérébro-vasculaires (AVC) affectent 2 000 personnes par année par million d'habitants à travers le monde et 40 % des personnes ayant subi un AVC continuent d'avoir de la spasticité un an après l'événement¹.

Selon Lance², la mesure de la spasticité doit pouvoir refléter l'excitabilité du *seuil réflexe d'étirement tonique*. Cependant, les échelles cliniques les plus utilisées pour mesurer la spasticité ne tiennent pas compte du seuil réflexe d'étirement tonique ni de la dépendance du seuil réflexe en général de la vitesse d'étirement. Par exemple, l'échelle modifiée d'Ashworth – MAS mesure la résistance ressentie par le clinicien à l'étirement du membre passif du sujet, en utilisant une seule vitesse d'étirement (< 80°/s)³. En termes neuro-physiologiques, la résistance au mouvement comprend les changements réflexes et non réflexes au niveau des muscles évalués et ne peut distinguer entre la pente (« gain ») du réflexe et son seuil³.

Des recherches effectuées en laboratoire⁴ indiquent qu'il y a des relations entre le seuil réflexe d'étirement tonique et les

déficits moteurs, telle l'activation musculaire pendant les mouvements volontaires chez des sujets hémiparétiques. Il a été également démontré pour l'articulation du coude que le seuil réflexe d'étirement tonique chez les sujets sains se trouve au-delà des limites biomécaniques de l'articulation, tandis que chez les sujets hémiparétiques, celui-ci se trouve au-dedans de ces limites. Les tentatives de mouvements en dehors de l'angle du seuil résultent dans des patrons d'activation musculaire anormaux⁴. Un nouvel appareil portatif (Mesure de Spasticité de Montréal, MSM) a été développé justement pour mesurer la spasticité en fonction du seuil angulaire de réflexe d'étirement tonique (voir Figure 1). Notre étude a évalué la fiabilité intra et inter-juges de cette nouvelle mesure auprès des sujets hémiparétiques.

Voir Figure 1 à la page suivante

Méthodologie

Seize hommes et quatre femmes ont participé à l'étude de fiabilité du MSM après avoir donné leur consentement écrit. Les participants jugés éligibles pour l'étude présentaient : a) spasticité au

niveau des fléchisseurs du coude après un AVC; b) minimum de 90° d'amplitude de mouvement passif au coude évalué; c) aucune douleur au coude évalué. La présence ou l'absence de la spasticité a été confirmée par l'étirement à haute vitesse des fléchisseurs du coude de la flexion vers l'extension.

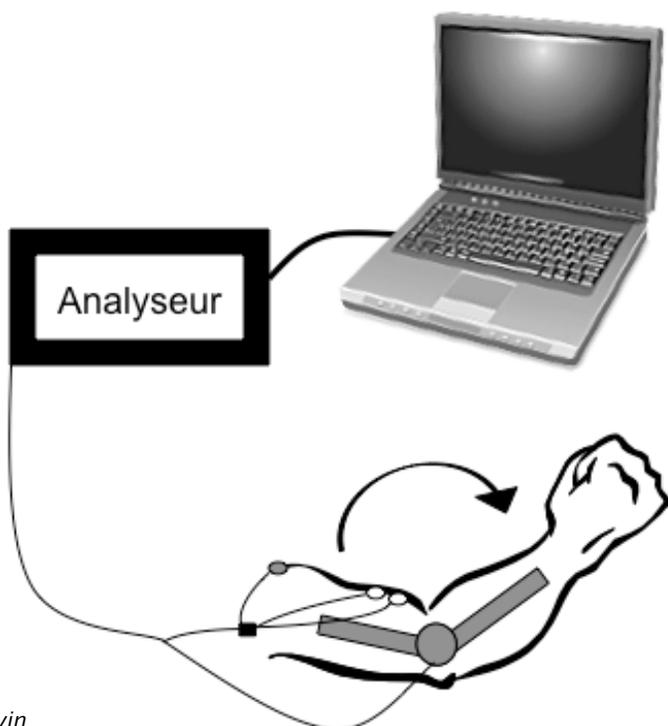
Trois physiothérapeutes (deux femmes et un homme) avec un minimum d'un an d'expérience dans le domaine de la neurologie ont évalué chaque sujet. Chaque évaluateur a reçu un entraînement de deux heures avec le MSM et de la documentation écrite.

La spasticité a été évaluée chez chacun des sujets en utilisant l'échelle clinique MAS et l'appareil MSM. En dedans d'une même session (TEST), l'évaluation avec MAS a été faite une fois, et celle avec le MSM a été faite trois fois, soit une évaluation par chaque évaluateur. Après un intervalle de deux à sept jours, la session a été répétée (session RETEST). L'ordre d'évaluation avec le MSM entre les trois évaluateurs a été randomisée (tirage au sort) au TEST et au RETEST. La même position standardisée d'évaluation pour chaque sujet a été utilisée pendant les évaluations. Pour chaque évaluation avec le MSM, un minimum de 20 étirements

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

suite

Fiabilité intra- et inter-juges...



Calota et Levin

Figure 1 : Appareil portatif - Mesure de la Spasticité de Montréal (MSM).

Les deux électrodes actives (cercles vides) sont placées sur le ventre du muscle et l'électrode de référence est placée sur l'acromion (cercle gris). L'électrogoniomètre (en gris) est aligné avec le bras et l'avant-bras du sujet. Il est sécurisé en place avec des courroies. En suivant les instructions affichées sur l'écran de l'ordinateur portatif, l'évaluateur étire les fléchisseurs du coude du sujet hémiparétique de la flexion vers l'extension, en utilisant pour chaque essai une vitesse d'étirement différente. Un seuil réflexe d'étirement dépendant de la vitesse d'étirement est détecté pour chaque étirement utilisé. (Le seuil dynamique ou dépendant de vitesse est l'angle où l'activité motoneuronale augmente dans les fléchisseurs du coude pour la vitesse d'étirement utilisé durant l'essai.) Si aucun seuil réflexe d'étirement dépendant de la vitesse d'étirement n'est détecté, l'évaluateur doit répéter l'étirement à une différente vitesse. Le signal EMG provenant du muscle et le déplacement angulaire sont échantillonnés par l'analyseur (boîte noire) et transmis à l'ordinateur portatif où ils peuvent être visionnés en temps réel. Au bout de la session, le seuil réflexe d'étirement tonique est affiché (le seuil tonique est le seuil réflexe à vitesse zéro, obtenu par régression linéaire, à partir des 20 seuils dépendants des vitesses générés à travers la session).

des fléchisseurs du coude ont été faits, soit 60 étirements pour les trois évaluateurs par session. Chaque étirement a généré un seuil réflexe d'étirement qui dépendait de la vitesse d'étirement (*seuil dynamique*).

Les seuils dynamiques sont donc les angles du coude auxquels la vitesse d'étirement utilisée génère une augmentation du signal EMG dans les muscles étirés (c'est-à-dire, les fléchisseurs du coude). Par la suite, le seuil réflexe d'étirement tonique (le seuil réflexe absolu ou à vitesse zéro) a été obtenu par régression linéaire, à partir des 20 seuils dynamiques générés à travers une évaluation.

Résultats

Nous avons séparé les résultats des seuils réflexes d'étirement tonique en deux groupes : groupe 1 comprenant les résultats avec des seuils réflexes d'étirement toniques avec des r^2 significatifs ($p < 0.05$) à travers les six évaluations avec le MSM (TEST et RETEST) et groupe 2 où au moins une des évaluations avait un r^2 non significatif ($p > 0.05$, voir Figure 2).

Les scores MAS ont varié de 1 à 4 au TEST et au RETEST pour les sujets du groupe 1. Pour les sujets du groupe 2, les scores MAS ont varié de 0 à 1+ sauf pour un sujet, dont le score a été de 3.

La fiabilité du MSM a pu être calculée auprès de 11 sujets (groupe 1, dont les valeurs des seuils réflexes d'étirement

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

suite

Fiabilité intra- et inter-juges...

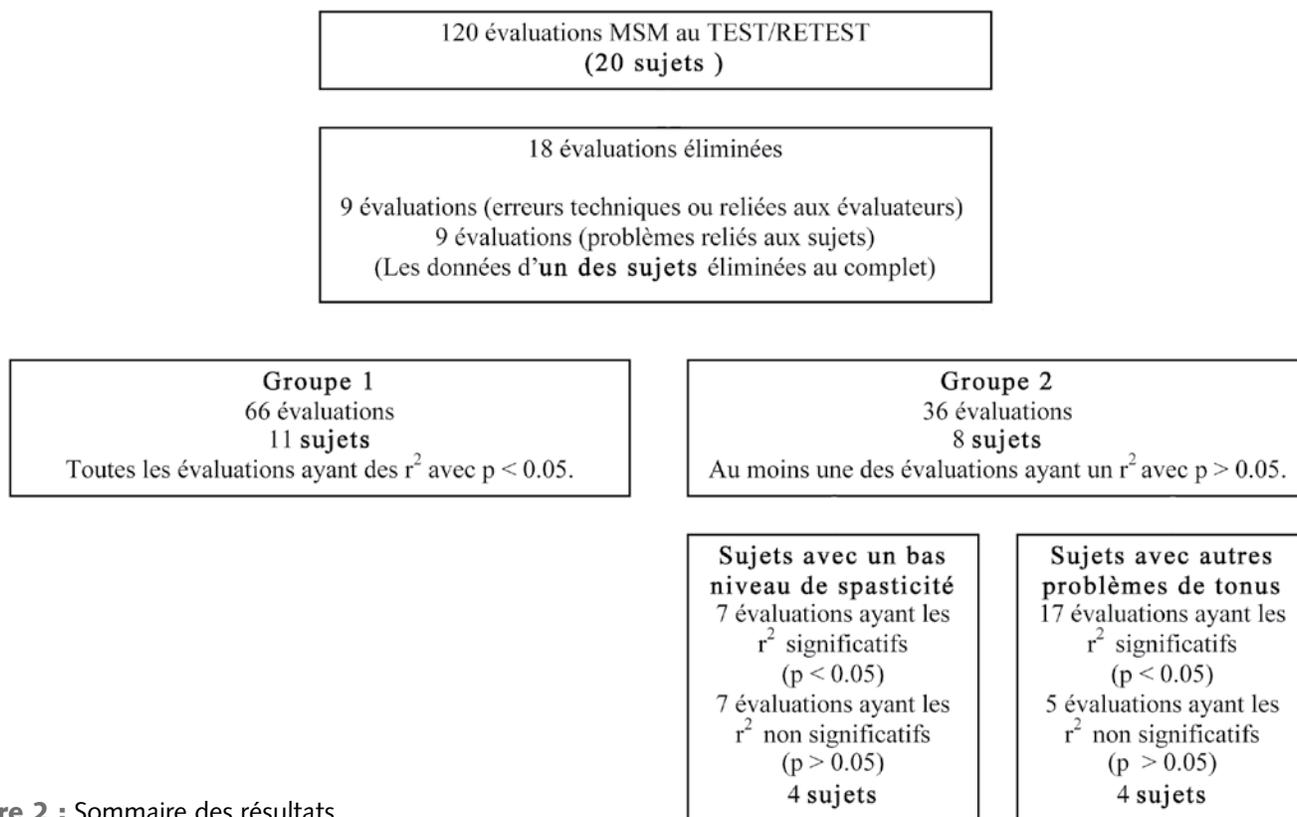


Figure 2 : Sommaire des résultats

toniques sont présentées dans le Tableau 1). La fiabilité inter-juges a varié de 0.53 à 0.60 au TEST et RETEST tandis que la fiabilité intra-juge a varié de 0.46 à 0.68 (voir Tableau 2).

Sujets	T1(°)	T2(°)	T3(°)	R1(°)	R2(°)	R3(°)
1	135	126	101	106	115	129
2	91	116	91	93	98	82
3	134	121	122	118	105	112
4	116	143	157	99	138	135
5	137	137	135	152	134	128
6	141	130	139	116	118	128
7	199	155	194	136	159	155
8	118	147	120	122	141	143
9	138	161	125	129	114	124
10	162	141	143	151	140	123
11	162	118	113	115	129	116

Tableau 1 : Valeurs des seuils réflexes d'étirement toniques (mesurés en °, extension complète du coude = 180°) obtenues au TEST (T) et au RETEST(R), chez les sujets du groupe 1. Les chiffres 1, 2, 3 associés aux lettres T et R identifient chacun des trois évaluateurs. Le Tableau ne présente pas l'ordre dans lequel les évaluations avec le MSM ont été effectuées. La position de départ du membre supérieur a été d'environ 60° de flexion. En termes cliniques, plus un angle se rapproche de la position de départ de l'étirement (soit flexion complète du coude), plus le niveau de spasticité du sujet est élevé. Le contraire - soit un angle plus près de 180° - indique que le niveau de spasticité du sujet est bas.

Chronique des RÉCIPENDAIRES

suite

Fiabilité intra- et inter-juges...

Évaluateur	Valeur ICC	Intervalle ICC	Valeur F	Signification
Inter- (T)	0.53	(0.17, 0.82)	4.32	.003
Inter- (R)	0.60	(0.24, 0.85)	5.23	.001
Intra ¹ - (T/R)	0.46	(-0.08, 0.81)	3.55	.029
Intra ² - (T/R)	0.52	(-0.01, 0.84)	3.87	.022
Intra ³ - (T/R)	0.68	(0.19, 0.90)	5.17	.008

Tableau 2 : Fiabilité inter- et intra-juge de la nouvelle mesure de la spasticité (unité de mesure : évaluateur). Les chiffres 1, 2 et 3 identifient les évaluateurs. Les sessions de TEST et RETEST sont identifiées par T et R respectivement. Les résultats sont basés sur les données recueillies auprès des 11 sujets du groupe 1.

Dans le groupe 2, quatre sujets ont été suspectés d'avoir un bas niveau de spasticité. Pour ces sujets, les seuils réflexes d'étirement dynamiques ont pu être détectés majoritairement aux vitesses d'étirement modérément hautes. Les autres sujets ont eu des seuils réflexes d'étirement toniques avec des r^2 non significatifs et des seuils réflexes d'étirement dynamiques très rapprochés indépendamment du niveau de la vitesse d'étirement.

La distribution des pourcentages des vitesses durant les étirements démontre que les évaluateurs n'ont pas utilisé systématiquement une proportion égale des vitesses d'étirement basses, modérées et hautes.

Il n'y pas eu de corrélations entre le MAS et le MSM (corrélations Spearman non-significatives).

Discussion

La nouvelle mesure portative de spasticité a une fiabilité modérée pour des sujets avec spasticité modérée et haute. Les résultats de l'étude peuvent avoir été influencés par des variations inter- et intra-sujets tels : anxiété et stress par rapport au test⁵, par la technique d'évaluation de chaque évaluateur et la variation de vitesse d'étirement durant l'évaluation⁶.

La nouvelle mesure de spasticité a détecté un bas niveau de spasticité chez des sujets pour lesquels le MAS n'a pas identifié la présence de la spasticité (score 0/4)⁶. Le MAS et le MSM ne sont pas corrélés, car ils mesurent des dimensions neurophysiologiques différentes⁶ : MAS – résistance musculaire due à l'étirement des fibres musculaires comprenant des composantes réflexes et non réflexes; MSM – seuil de l'activation motoneuronale.

Conclusions

Une mesure objective de la spasticité est nécessaire afin d'améliorer la possibilité d'évaluer l'efficacité des interventions cliniques pour diminuer la spasticité. Le MSM est un appareil portatif qui est facile à utiliser par les cliniciens. Il permet de mesurer le seuil réflexe d'étirement tonique, en respectant les principes de la définition de spasticité indiqués par Lance. L'avantage clinique est qu'il mesure l'angle articulaire associé à la présence de spasticité chez les sujets hémiparétiques. L'évaluation ne prend que 10-15 minutes, dépendamment de l'expérience de l'évaluateur. Bien que d'autres études soient nécessaires afin d'établir les autres propriétés psychométriques de cette mesure, cet outil a le potentiel de devenir un nouveau standard pour l'évaluation de la spasticité. Les premières optimisations de l'appareil doivent viser la standardisation de la variation des vitesses utilisées par des cliniciens durant le test ainsi qu'un meilleur entraînement des cliniciens avant l'évaluation. Également, des évaluations au niveau de d'autres groupes musculaires (quadriceps femoris, gastrocnemius) sont nécessaires afin de rendre l'appareil pratique à l'utilisation clinique courante. Il en est de même pour des évaluations chez des sujets dont la spasticité est d'origine autre que l'AVC.

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

suite

Fiabilité intra- et inter-juges...

Remerciements

Ce projet a été supporté par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) conjointement avec le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation du Québec (REPAR, 06-07DN-19) et par Gestion Univalor Ltd. M^{me} Calota a reçu une bourse d'études de maîtrise de type recherche de l'OPPQ. Nous remercions D^r A.G. Feldman, E. Johnson, C. Beaudoin et V. Goussev pour leurs précieux conseils et leur support technique dans la réalisation du projet. Nous tenons également à remercier les évaluateurs et les cliniciens ayant apporté leur soutien au projet : Eliane Magdalon, Sandeep Subramanian, Ruth Dannenbaum, pht, Marie-Claude Perron, pht et Corinne Cantinaux, pht.

Addendum

Pour davantage de précision (aspects techniques, tests statistiques et résultats de l'étude), les cliniciens sont priés de consulter la référence numéro 6 de la liste bibliographique.

Courriel :

andra.calota@mail.mcgill.ca;
mindy.levin@mcgill.ca

Bibliographie

1. http://www.wemove.org/spa/spa_epi.html
2. Lance JW. Pathophysiology of Spasticity and Clinical Experience with Baclofen, In Feldman RG, Young RR, Koella WP, eds. *Spasticity: Disordered Motor Control*. Chicago, IL: Year book Medical Publisher; 1980:185-220.
3. Pandyan AD, Johnson G, Price C, Curlless R, Barnes M, Rodgers H. A review of the properties and limitations of the Ashworth and modified Ashworth Scales as measures of spasticity. *Clin Rehabil*. 1999;13:373-83.
4. Levin MF, Selles RW, Verheul MHG, Meijer OG. Deficits in the coordination of agonist and antagonist muscles in stroke patients: implications for normal motor control. *Brain Res*. 2000;853(2):352-69.
5. Starsky AJ, Sangani SG, McGuire JR, Logan B, Schmit BD. Reliability of biomechanical spasticity measurement at the elbow of people post stroke. *Arch Phys Med Rehab*. 2005;86:1648-54.
6. Calota A, Feldman AG, Levin MF. Spasticity measurement based on tonic stretch reflex threshold in stroke using a portable device. *Clin Neurophysiol*. 2008;119:2329-37.

Fiabilité intra- et inter-juges
d'une nouvelle mesure portative
de la spasticité basée sur le seuil réflexe d'étirement tonique

Chronique des RÉCIPDIENDAIRES

L'équilibre et les effets d'un programme d'équilibre vestibulaire chez les gens âgés ayant une déficience visuelle

par Elizabeth Dannenbaum, M. Sc.¹

Dahlia Kairy, M. Sc., Ph. D. (doctorante)^{1,2}

Daphne Mulrooney, B. Sc.³

Joyce Fung, Ph. D.^{1,4}

1- *Hôpital juif de réadaptation (HJR), Site du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain, Laval, Canada*

2- *Université de Montréal, Santé Publique, Montréal, Canada*

3- *Centre de réadaptation MAB-Mackay, Montréal, Canada*

4- *Université McGill, Montréal, École de physiothérapie et d'ergothérapie, Montréal, Canada*

Introduction

Il y a trois systèmes sensoriels chez l'humain contribuant au maintien de l'équilibre : la vision, la proprioception et le système vestibulaire [1]. La littérature indique que la vision aurait prédominance sur les autres systèmes en situation complexe d'intégration [2, 3]. Par contre, l'effet d'une déficience visuelle sur l'équilibre fonctionnel n'est pas clairement démontré [4], malgré que les patients ayant une déficience visuelle soient plus à risques de chutes [4-6].

Peu d'études se sont penchées sur l'équilibre et la mobilité des gens légalement aveugles¹. Le temps d'appui sur un pied avec les yeux ouverts est sensiblement réduit chez les adultes ayant une déficience visuelle et ce, de façon plus marquée chez les adultes aveugles [2, 3]. Il a été observé que les individus ayant une dégénéres-

cence maculaire liée au vieillissement marchent plus lentement et ont une phase d'oscillation prolongée dans le cycle de marche, mais qu'ils s'adaptent aux changements de surfaces de plancher [7]. Elliot et al [8] ont démontré que, sous des conditions normales de maintien debout, l'oscillation posturale n'était pas affectée chez les adultes ayant une déficience visuelle. Par contre, lorsqu'un individu est debout sur une mousse dense, l'oscillation posturale est significativement augmentée chez les sujets ayant une déficience visuelle, comparativement au groupe contrôle du même âge. Cette situation semble indiquer que, lorsque les données kinesthésiques sont peu fiables, les adultes ayant une déficience visuelle n'utilisent pas spontanément les informations vestibulaires pour maintenir leur équilibre.

Une seule étude fait état de l'impact d'exercices d'équilibre chez les adultes

visuellement déficients. Radvay et al [9] ont étudié les bénéfices de cinq sessions hebdomadaires d'exercices d'équilibre sur une plateforme posturale, chez les aînés déficients visuels. Ils ont constaté une nette amélioration dans l'habileté des participants à intégrer les informations vestibulaires suite aux exercices. Cependant, à la rencontre de suivi 15 jours plus tard, cette amélioration n'était plus manifeste. Cette étude a démontré un potentiel d'amélioration de l'équilibre chez les personnes déficientes visuellement, toutefois son impact sur la marche et sur les activités quotidiennes demeure inconnu. Le programme d'exercices de Radvay nécessite l'utilisation d'une plateforme posturale et se déroule à raison d'une fois par semaine. L'impact d'un programme d'exercices à domicile plus intensif n'a pas encore été étudié.

L'objectif de cette étude comportait deux volets. Dans un premier temps, elle avait pour objectif d'identifier l'impact de la déficience visuelle (légalement aveugle et vision non fonctionnelle chez des aînés) sur l'équilibre. Le second volet consistait à comparer un programme de sept semaines d'exercices d'équilibre à la maison

1 Au Canada, est considérée aveugle au sens de la loi toute personne dont l'acuité visuelle, dans les deux yeux, après correction par l'usage de lentilles réfractives appropriées, est d'au plus 6/60 (20/200), d'après l'échelle Snellen ou l'équivalent, ou si le champ de vision dans chaque œil est d'un diamètre inférieur à 20 degrés.

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

suite

L'équilibre et les effets d'un programme...

avec un programme d'exercices d'étirements assis, et à établir lequel serait le plus efficace pour améliorer l'équilibre des aînés visuellement déficients.

Sujets

Partie 1

Quarante (40) aînés légalement aveugles (LA) et 10 aînés ayant une vision non fonctionnelle (VNF), clients du Centre de réadaptation MAB-Mackay (CRMM) se sont portés volontaires pour cette étude. Ce sont des optométristes du CRMM qui ont classifié les sujets en fonction de leur condition visuelle. Le groupe contrôle consistait en 10 sujets en santé et d'âge équivalent. Aucun des participants ne présentait d'autres conditions médicales susceptibles d'affecter l'équilibre (e.g : diabète, déficience vestibulaire ou neurologique, ou une limitation orthopédique importante).

Partie 2

Les sujets pour le programme d'exercices furent recrutés au Centre de jour du CRMM. Tous les participants du Centre de jour, des aînés ayant une déficience visuelle, pouvaient participer. Les informations relatives aux conditions médicales associées et à la déficience visuelle (partiellement voyant, légalement aveugle ou sans vision fonctionnelle) ont été recueillies.

Tous les sujets ont signé un formulaire de consentement conformément aux exigences du Comité d'éthique du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR).

Tableau 1 : Tests cliniques utilisés dans la partie 1 et la partie 2 pour évaluer l'équilibre statique et dynamique

Partie 1	Partie 2
• Romberg (yeux ouverts et yeux fermés)	
• Semi-tandem	• Debout sur mousse; pieds séparés (yeux ouverts et yeux fermés)
• Debout sur mousse (yeux ouverts et yeux fermés)	• Debout sur mousse; pieds ensemble (yeux ouverts et yeux fermés)
• Tandem (yeux ouverts et yeux fermés)	• Tandem (yeux ouverts et yeux fermés)
• Appui unipodal (yeux ouverts et yeux fermés)	• Appui unipodal (yeux ouverts et yeux fermés)
• Marche en tandem (yeux ouverts et yeux fermés)	• Marche en tandem (yeux ouverts et yeux fermés)
• Test de marche de six minutes	• Vitesse de marche sur 5 mètres (marche confortable)
• Échelle d'équilibre de Berg	• Vitesse de marche sur 5 mètres (marche rapide)
• <i>Functional gait assessment</i>	• <i>Timed up and go</i>
• <i>5 Times Sit to Stand</i>	

Procédures

Partie 1

Les tests cliniques utilisés pour évaluer la marche et l'équilibre sont énumérés au Tableau 1 et furent exécutés par les participants sous la supervision du premier et du second auteur de cet article. Ces tests cliniques spécifiques furent sélectionnés parce qu'ils sont reconnus comme étant fiables en plus d'avoir été validés dans la population en général et chez les aînés [10-13].

Partie 2

Pour l'évaluation de l'impact du programme d'exercices, les deux groupes

furent assignés au hasard, soit au programme d'exercices d'équilibre en position debout (ED), soit au programme d'exercices d'étirements en position assise (EA). On a demandé à tous les participants d'exécuter les exercices quatre fois par jour et de participer à une session de groupe une fois par semaine. Pour le groupe d'aînés assigné aux exercices d'équilibre (ED) (n=16), le programme consistait en des exercices statiques et dynamiques en position debout qui étaient réévalués et adaptés selon la progression des participants à chacune des sessions afin de s'assurer de maintenir un coefficient de difficulté. Quant au groupe effectuant les étirements en position assise (SS) (n=16), un programme de 6 exercices

Chronique des RÉCIPENDAIRES

suite

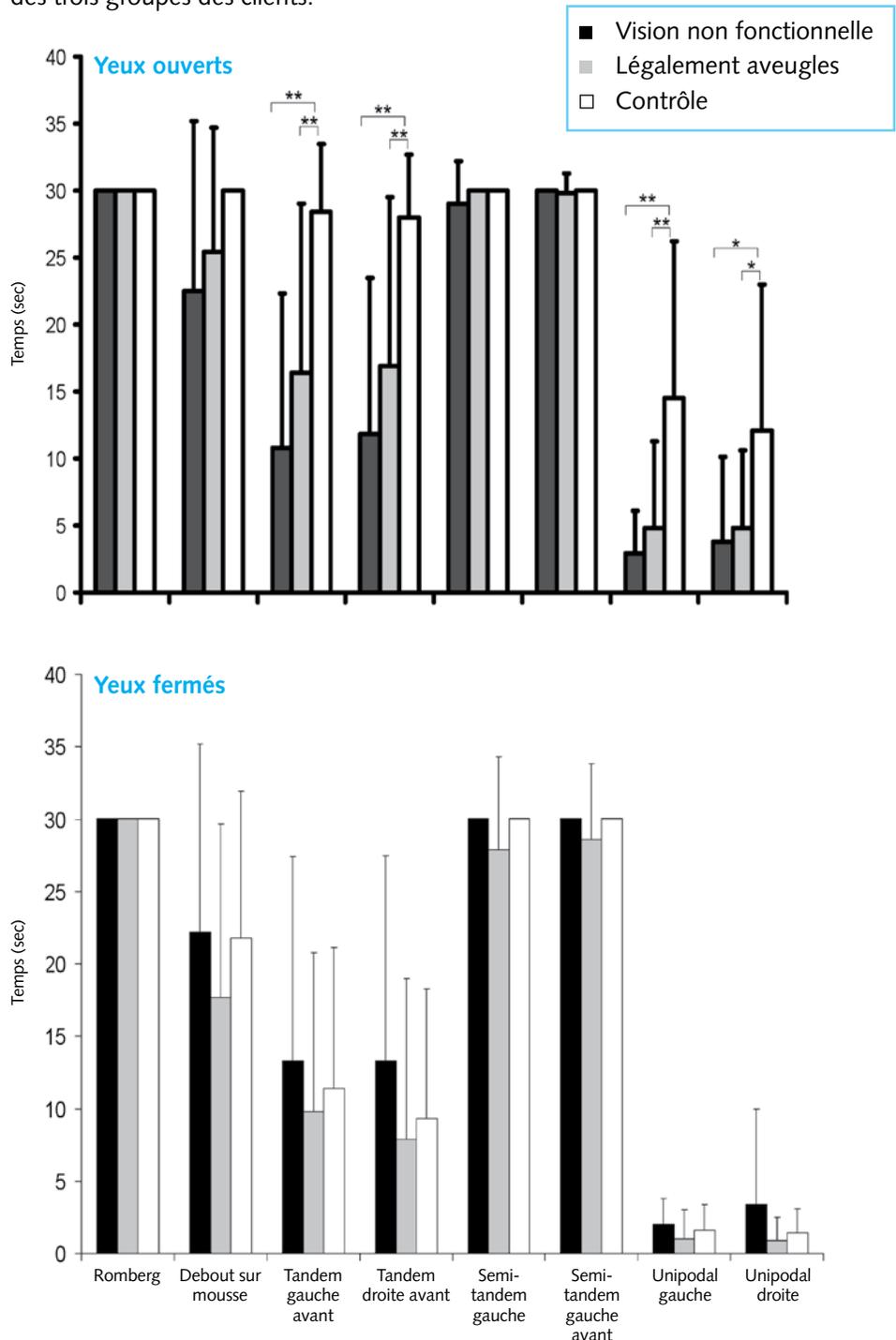
L'équilibre et les effets d'un programme...

d'étirements généraux leur fut enseigné et ce dernier n'a comporté aucune modification au cours de l'étude. Les participants étaient considérés comme assidus aux exercices lorsqu'ils complétaient le programme 40 fois ou plus sur une période de 7 semaines. Les données furent recueillies pour les tests cliniques d'équilibre, soit 8 tests statiques et 4 tests dynamiques, évalués au début et à la fin du programme d'exercices de 7 semaines. Les mesures de résultats ont été choisies suite à l'analyse des résultats des tests d'équilibre de la première partie de l'étude. Les évaluations ont été effectuées par un physiothérapeute indépendant qui ne connaissait pas le groupe auquel appartenait les sujets participants. La perception subjective du client sur l'amélioration de son équilibre, a été évaluée à la fin de la période de 7 semaines.

Analyse des données

Toutes les données furent compilées dans une base de données de Microsoft Access et analysées à l'aide du logiciel SAS. Des statistiques descriptives furent effectuées afin de préciser les principales caractéristiques démographiques des participants à l'étude. Pour atteindre le premier objectif de l'étude, une analyse de la variance à un facteur a été effectuée afin de comparer les trois groupes en fonction des critères d'évaluation. Le test de Wilcoxon-Mann-Whitney fut utilisé pour comparer les changements dans les scores obtenus au début et à la fin du programme d'exercices.

Figure 1 : Les résultats (la moyenne et l'écart type) des tests de l'équilibre statiques des trois groupes des clients.



Chronique des RÉCIPENDAIRES

suite

L'équilibre et les effets d'un programme...

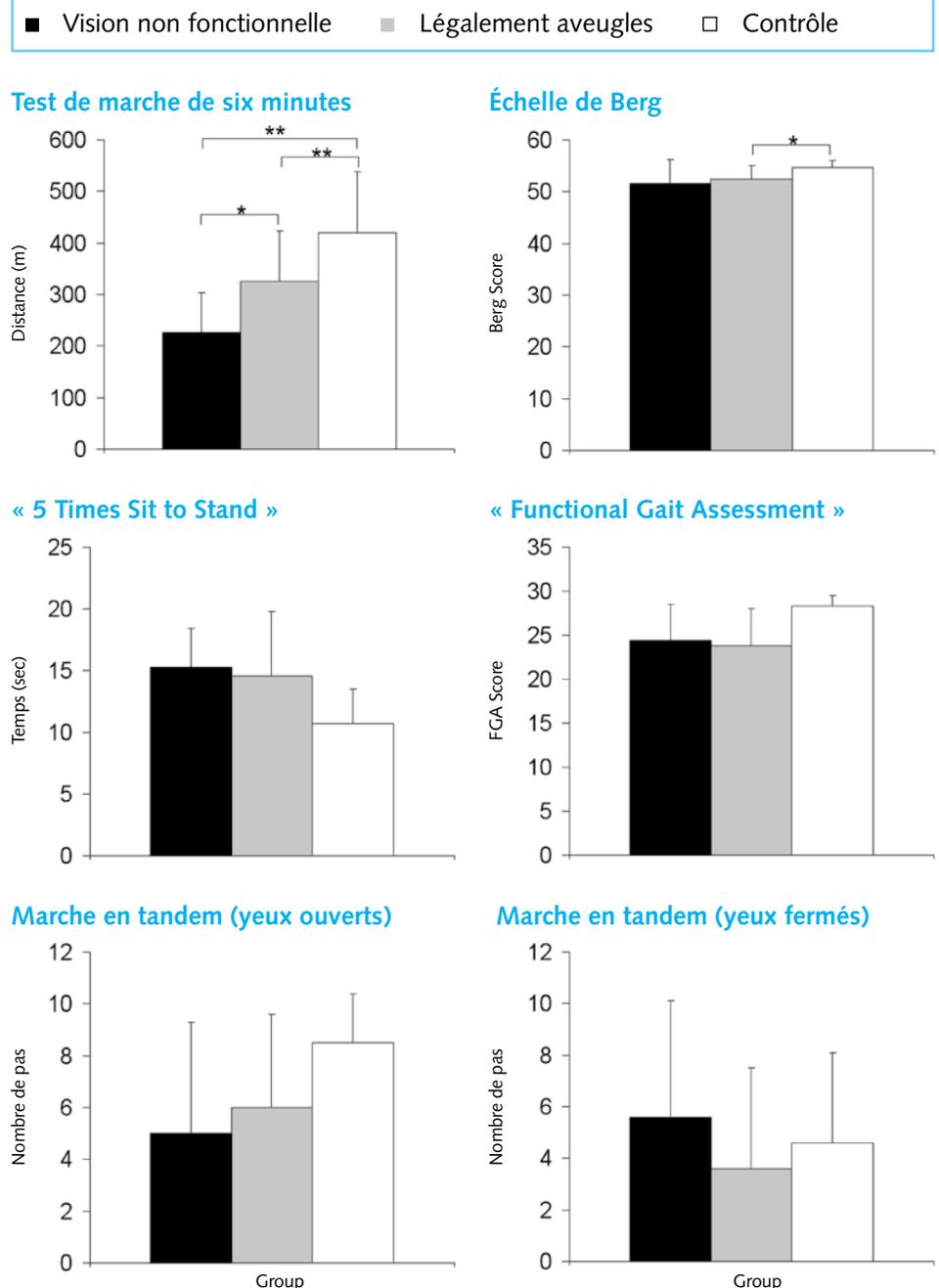
Résultats

Partie 1 : Équilibre chez le déficient visuel

Les maintiens en position tandem et sur un pied étaient les seuls tests statiques avec les yeux ouverts qui ont démontré une différence entre les trois groupes ($p < 0.01$; Figure 1). Par exemple, pour le test tandem avec le pied droit en avant, la moyenne (et l'écart type) étaient 11.8 (11.7), 16.93 (12.6), 28.0 (4.7) secondes sur un maximum de 30 secondes pour les groupes VNF, LA et contrôle respectivement. Donc, les sujets légalement aveugles et ceux sans vision fonctionnelle ont eu plus de difficultés à maintenir la position que le groupe contrôle. Il n'y a pas eu de différence significative entre les deux groupes avec déficience visuelle, mais le groupe sans vision fonctionnelle avait tendance à obtenir des résultats d'équilibre moindres que les sujets légalement aveugles. Il n'y avait aucune différence significative entre les groupes pour tous les tests statiques avec les yeux fermés.

Lors de l'évaluation de l'équilibre dynamique, pour le test de marche de 6 minutes, le test *Five times sit-to-stand* (FTSTS), et le *Functional gait assessment* (FGA), il y a eu une différence significative entre les résultats du groupe contrôle et les deux groupes légalement aveugles ($p < 0.05$), mais aucune différence entre les groupes avec déficience visuelle (Figure 2). Le test de marche de 6 minutes a démontré une différence significative dans les distances parcourues par les deux groupes avec

Figure 2 : Les résultats (la moyenne et l'écart type) des tests de l'équilibre dynamiques des trois groupes des clients.



Chronique des RÉCIPIENDAIRES

suite

L'équilibre et les effets d'un programme...

déficience visuelle ; les sujets avec une vision non fonctionnelle ont obtenu des résultats moindres que les sujets légalement aveugles. Il y a eu une grande variabilité pour le test de Berg et pour la marche en tandem pour les deux groupes de sujets visuellement déficients, et la différence était seulement statistiquement significative entre le groupe contrôle et les sujets légalement aveugles pour le test de Berg et la marche en tandem les yeux ouverts.

Partie 2 : Programme d'exercices d'équilibre à la maison

La majorité des participants des deux groupes ont exécuté les exercices à la maison régulièrement (ED : 11/16 or 69%; EA : 13/16 or 81 %). Parmi les participants assidus au programme, un nombre significatif de participants au ED ont ressenti une nette amélioration de leur équilibre (8/11 or 73%), plus que ceux du groupe d'étirement (2/13 or 15%; $p < .01$). Toutefois, il n'y a pas eu de différence significative dans les tests pré-exercice et post-exercice chez les deux groupes (Tableau 2).

Discussion

La vision est considérée comme un afférent sensoriel primaire requis pour l'équilibre. La présente étude a démontré que les personnes légalement aveugles et les gens âgés sans vision fonctionnelle ont obtenu des résultats normaux dans plusieurs tests d'équilibre. La déficience visuelle n'a pas eu d'impact sur les résultats pour la position debout Romberg, semi-tandem et

Tableau 2 : La moyenne et l'écart type (ET) des scores d'équilibre pour les exercices de pré entraînement et les exercices de post entraînement pour les deux groupes d'exercices. EO= yeux ouverts, EC= yeux fermés. SOLEO= debout sur un pied yeux ouverts, SOLEC= debout sur un pied yeux fermés. FOAM= Debout sur mousse.

5MGSC= Vitesse de marche sur 5 mètres – marche confortable.

5MGSF= Vitesse de marche sur 5 mètres – marche rapide. TUG= Timed up an go.

Dans le but d'alléger le contenu du Tableau 2, malgré le fait que les deux côtés aient été testés, seuls les résultats pour le côté droit sont présentés ici, car les résultats étaient semblables pour les deux côtés. Il en va de même pour le test FOAM où seul le résultat pour la position debout les pieds ensemble est présenté (résultat semblable pour la position les pieds séparés).

Test d'équilibre	Entraînement d'équilibre		Étirements assis		Wilcoxon-Mann-Whitney Valeur p
	Pre (sec)	Post (sec)	Pre (sec)	Post (sec)	
	Moyenne (ET)		Moyenne (ET)		
Tandem EO	8.5 (10.4)	9.3 (11.0)	9.8 (11.9)	12.1 (13.0)	0.98
Tandem EC	1.0 (1.4)	4.0 (8.7)	1.1 (1.4)	1.8 (3.2)	0.38
SOLEO	5.4 (9.8)	4.5 (8.0)	3.7 (6.6)	4.2 (6.5)	0.95
SOLEC	1.3 (2.6)	2.1 (4.4)	0.4 (0.4)	1.1 (1.0)	0.34
FOAM EO	13.6 (11.1)	16.2 (13.3)	20.6 (12.1)	18.7 (11.9)	0.35
FOAM EC	4.2 (8.7)	4.9 (8.5)	4.5 (5.9)	5.2 (8.0)	0.91
Marche tandem EO	3.7 (4.1)	4.5 (3.7)	2.8 (2.7)	2.9 (3.4)	0.72
Marche tandem EC	1.6 (3.2)	1.7 (3.0)	1.5 (2.7)	1.3 (2.1)	0.72
5MGSC	8.4 (3.5)	6.9 (2.5)	6.8 1.8	6.1 (1.2)	0.75
5MGSF	5.2 (1.7)	4.6 (1.2)	4.6 (1.1)	4.3 (0.9)	0.48
TUG	11.5 (2.8)	10.8 (2.1)	9.9 2.0	9.4 (1.5)	0.66

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

suite

L'équilibre et les effets d'un programme...

debout sur une mousse (yeux ouverts et fermés). Chez les aînés avec déficience visuelle, l'équilibre était plus affecté dans les tests plus exigeants au point de vue multi sensoriel tel que tandem, FGA et FTSTS. En exécutant le FGA avec les sujets, il s'est avéré que, pour certaines tâches, l'habileté du sujet à effectuer la tâche était diminuée par sa déficience visuelle (ex. enjamber un objet, regarder en haut/en bas ou à droite/à gauche) plutôt que par son équilibre. Cliniquement, ceci semble réduire la pertinence du FGA en tant que test d'équilibre chez les déficients visuels. Le test de marche de 6 minutes a démontré une différence entre le groupe avec une déficience visuelle et le groupe contrôle, soit une diminution de la distance marchée en fonction de l'augmentation de la déficience visuelle. Toutefois, le facteur limitant n'était pas l'endurance, mais une vitesse de marche confortable qui semble être influencée par l'équilibre et la vision. Par conséquent, un test de vitesse de marche plus court apparaît être un test plus approprié.

La déficience visuelle semble influencer l'équilibre seulement lors de tests d'équilibre plus exigeants. Lorsque le test exige de la vitesse ou une base de sustentation réduite, l'équilibre du client visuellement déficient se détériore. Ceci a des incidences cliniques et fonctionnelles pour les activités quotidiennes.

Chez les participants au programme de 7 semaines d'exercices à la maison, un nombre significatif de participants ont noté que leur équilibre s'est amélioré comparativement au groupe contrôle d'exercice d'étirements en position assise. Ces derniers ont apprécié les exercices, mais n'ont relaté aucun impact sur leur équilibre. Pour leur part, les participants au programme d'exercices d'équilibre ont remarqué être plus confiants de ne pas chuter lorsqu'ils marchaient à l'extérieur, même sur la neige. Ils rapportent également avoir pu mieux marcher, et ce, plus longtemps. Il n'y avait pas de différence significative entre les tests pré et post programme d'exercices pour les participants, indépendamment de leur groupe d'exercices. Une des hypothèses retenues pour expliquer le manque d'amélioration objective de l'équilibre est le fait qu'une réadaptation plus personnalisée et intensive serait requise. Une autre hypothèse serait reliée au délai entre la fin du programme d'exercices et l'évaluation post-traitement (3-4 semaines), ce délai étant occasionné par la programmation du centre de jour. Les participants aux exercices d'équilibre sur plateforme posturale de l'étude de Radvay [9] n'ont pas maintenu leur amélioration au suivi 15 jours plus tard. Il est possible que, pour maintenir l'amélioration, cette population nécessite un entraînement continu. Les participants aux exercices d'équilibre en position debout, ont ressenti une amélioration tandis

que le groupe exécutant les exercices d'étirements en position assise n'ont ressenti aucun changement au niveau de leur équilibre. Le manque de confiance en son propre équilibre étant un prédicteur connu du risque de chute, la perception d'un équilibre amélioré devient un résultat cliniquement important. Des études plus poussées sont nécessaires afin d'identifier les facteurs requis pour maximiser l'impact de ces programmes sur l'équilibre des aînés présentant une déficience visuelle.

Conclusion

Cette étude a examiné l'équilibre chez des aînés légalement aveugles et chez des aînés ayant une vision non fonctionnelle et a évalué l'impact d'un programme d'exercices pour améliorer leur équilibre. Les résultats semblent indiquer que, chez les aînés visuellement déficients, il n'y a pas de compensation spontanée par une contribution accrue du système vestibulaire ou somato-sensoriel.

Les participants au programme d'exercices d'équilibre de 7 semaines à la maison étaient plus confiants en leur équilibre à l'intérieur et à l'extérieur, mais les mesures de résultats ne démontrent pas de changement au niveau de l'équilibre. Plus de recherches sont nécessaires afin de préciser les problèmes d'équilibre et d'identifier les meilleures interventions pour améliorer l'équilibre chez les aînés ayant une déficience visuelle.

Chronique des RÉCIPENDAIRES

suite

L'équilibre et les effets d'un programme...

Remerciements

Financement : OPPQ-REPAR et la Fondation de l'Hôpital juif de réadaptation.

Nous remercions les clients et les professionnels du Centre de jour du Centre de réadaptation MAB-Mackay pour leur implication dans ce projet.

La correspondance et les demandes de réimpression doivent être adressées à : Elizabeth Dannenbaum, Hôpital juif de réadaptation (HJR), Site du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain, Laval, Canada, Télécopieur : (450) 688-3673 Téléphone (450) 688-9550 poste 533.

Références

1. Herdman SJ and Whitney SL. *Treatment of vestibular hypofunction*, in *Vestibular rehabilitation*, S.J. Herdman, Editor. 2000, F.A. Davis Company: Philadelphia. p. 387 - 423.
2. Stones MJ and Kozma A. *Balance and age in the sighted and blind*. Arch Phys Med Rehabil, 1987. **68**(2):85-9.
3. Lee DN and Lishman R. *Visual control of locomotion*. Scand J Psychol, 1977. **18**(3):224-30.
4. Tobis JS et al. *Falling among the sensorially impaired elderly*. Arch Phys Med Rehabil, 1990. **71**(2):144-7.
5. Haymes SA et al. *Risk of falls and motor vehicle collisions in glaucoma*. Invest Ophthalmol Vis Sci, 2007. **48**(3):1149-55.
6. Szabo SM et al. *Older women with age-related macular degeneration have a greater risk of falls: a physiological profile assessment study*. J Am Geriatr Soc, 2008. **56**(5):800-7.
7. Spaulding SJ et al. *Waterloo Vision and Mobility Study: gait adaptations to altered surfaces in individuals with age-related maculopathy*. Optom Vis Sci, 1994. **71**(12):770-7.
8. Elliott DB et al. *The Waterloo Vision and Mobility Study: postural control strategies in subjects with ARM*. Ophthalmic Physiol Opt, 1995. **15**(6):553-9.
9. Radvay X et al. *Balance training and visual rehabilitation of age-related macular degeneration patients*. J Vestib Res, 2007. **17**(4):183-93.
10. Wrisley DM et al. *Reliability, internal consistency, and validity of data obtained with the functional gait assessment*. Phys Ther, 2004. **84**(10):906-18.
11. El-Kashlan HK et al. *Evaluation of clinical measures of equilibrium*. Laryngoscope, 1998. **108**(3):311-9.
12. Steffen TM, Hacker TA and Mollinger L. *Age- and gender-related test performance in community-dwelling elderly people: Six-Minute Walk Test, Berg Balance Scale, Timed Up & Go Test, and gait speeds*. Phys Ther, 2002. **82**(2):128-37.
13. Newton RA. *Balance screening of an inner city older adult population*. Arch Phys Med Rehabil, 1997. **78**(6):587-91.

L'équilibre et les effets d'un programme
d'équilibre vestibulaire
chez les gens âgés ayant une déficience visuelle



Chronique des RÉCIPIENDAIRES

Résumé de stage en recherche clinique

par Valérie Elliott, pht

Madame Elliot s'est méritée en 2008 une subvention de stage de recherche clinique dans le cadre du programme de bourses et subventions de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (l'Ordre). Elle présente ici un résumé de son rapport de stage afin de sensibiliser les membres à ce nouveau type de subvention développé par l'Ordre.

Cet article est le résumé de mes 45 jours de stage en recherche clinique que j'ai effectués grâce au programme de bourses et subventions de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. J'ai travaillé comme stagiaire dans le projet de recherche *Le plancher pelvien sous la loupe*, sous la direction de Madame Chantale Dumoulin, pht, Ph.D. Dans cet article, je décrirai le projet de recherche, les tâches que j'ai accomplies ainsi que les apprentissages acquis. Je conclurai en présentant les retombées de ce stage en recherche en lien avec ma pratique clinique.

Le projet de recherche auquel j'ai participé a pour objectif d'identifier des prédicteurs de réussite de la rééducation du plancher pelvien chez les femmes âgées souffrant d'incontinence urinaire. C'est une programmation de recherche qui se déroule en trois phases et dont le but premier consiste à rendre plus accessible le traitement de première ligne de l'incontinence urinaire, c'est-à-dire la rééducation du plancher pelvien pour les femmes âgées. Cette programmation de recherche est d'actualité, puisque la population est

vieillissante et que l'incontinence urinaire (IU) est un problème de santé que rencontre la majorité des femmes âgées. Les statistiques démontrent que 55 % des femmes de plus de 60 ans vivant dans la communauté souffrent d'IU^{2,3,4}. Les guides de pratique clinique recommandent le renforcement des muscles du plancher pelvien comme traitement de première ligne de l'IU chez la femme^{1,5,6,7}. Pourtant, il n'y a que le tiers des femmes souffrant d'IU qui est traité en physiothérapie^{8,9,10}. Ceci peut être expliqué par le fait que les professionnels de la santé ont peu de ressources leur permettant d'identifier les femmes ayant un potentiel de réadaptation au niveau des muscles du plancher pelvien.

Le projet de recherche de Madame Dumoulin vise directement cette problématique.

La programmation de recherche de Madame Dumoulin compare la fonction des muscles du périnée à leur morphologie, nous permettant ainsi d'améliorer notre compréhension de la physiopathologie de l'incontinence urinaire chez la femme âgée. Ainsi il sera plus facile d'identifier

avant le traitement, les femmes qui pourraient profiter le plus de la rééducation des muscles du plancher pelvien. Pour mener à bien sa recherche, Madame Dumoulin utilise des technologies émergentes comme la dynamométrie du plancher pelvien ainsi que l'imagerie par résonance magnétique. Ces technologies nous permettent d'étudier de façon directe et objective la fonction et l'intégrité anatomique des muscles du plancher pelvien¹¹. C'est en comparant la fonction des muscles du plancher pelvien à leur morphologie que nous pourrions améliorer notre compréhension de l'incontinence urinaire chez la femme âgée et ainsi déterminer celles qui profiteront le plus de la rééducation périnéale.

Cent quatre-vingt femmes de 60 ans et plus souffrant d'incontinence à l'effort ou d'incontinence mixte seront recrutées. Ces femmes participeront à une évaluation initiale qui comprend une évaluation de la fonction musculaire via un examen dynamométrique effectué par une physiothérapeute en rééducation périnéale. De plus, lors de cette première rencontre, l'impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie du sujet sera évalué à partir de plusieurs questionnaires : *Questionnaire sur les impacts de l'incontinence (IIQ)*, *L'Inventaire des désordres urogénitaux (UDI)* ainsi qu'une échelle de sévérité de l'incontinence urinaire. Certaines de ces

Chronique des RÉCIPENDAIRES

suite

Résumé de stage en recherche clinique

femmes auront une évaluation par résonance magnétique. Finalement, les participantes souffrant d'incontinence à l'effort ou d'incontinence mixte participeront à 12 classes d'exercices du plancher pelvien, animées par une physiothérapeute formée à l'enseignement des classes. L'évaluation post-traitement, pour les femmes ayant participé aux classes d'exercices, consistera en une entrevue où les participantes seront invitées à répondre à nouveau aux questionnaires évaluant l'impact de l'incontinence sur la qualité de vie. Les résultats de ces questionnaires après l'intervention seront comparés à ceux obtenus avant l'intervention.

Le *Questionnaire sur les impacts de l'incontinence*, permettra d'évaluer l'effet des séances d'exercices en groupe sur l'incontinence des sujets à l'étude. Le succès de la rééducation sera défini comme l'élimination d'impact sur la qualité de vie.

Quarante femmes continentales seront également évaluées. Elles procéderont à l'entrevue (questionnaires spécifiques), à l'évaluation dynamométrique et à l'imagerie par résonance magnétique. La morphologie et la fonction des muscles du plancher pelvien, ainsi que le déplacement de l'urètre chez les femmes continentales seront comparés aux femmes incontinentes. Les résultats de ces comparaisons contribueront à améliorer notre compréhension de l'incontinence urinaire.

Tout au long de mon stage, j'ai travaillé dans le laboratoire ultra moderne de Madame Dumoulin, situé à l'Institut de Gériatrie de Montréal. L'appareil que j'ai

le plus utilisé est le dynamomètre du plancher pelvien. Lorsque les muscles du plancher pelvien sont recrutés, les pressions exercées par ces muscles sur le dynamomètre sont enregistrées sur un ordinateur et nous donnent de l'information sur la tonicité, la force et l'endurance des muscles du plancher pelvien.

J'ai accompagné plusieurs participantes à l'Unité de Neuroimagerie Fonctionnelle de l'Institut de Gériatrie de Montréal. La plate forme d'IRM 3T m'a permis de visualiser le plancher pelvien, le col de la vessie ainsi que l'anatomie de l'urètre. L'utilisation de la dynamométrie et de l'imagerie par résonance magnétique était une première pour moi.

Ma contribution à ce projet de recherche a été très variée. Tout d'abord, j'ai été formée par Madame Dumoulin pour effectuer des évaluations dynamométriques standardisées ainsi que pour enseigner les classes d'exercices. J'ai effectué l'entrevue des candidates à l'aide de questionnaires spécifiques, et j'ai procédé à des évaluations manuelles gynécologiques du plancher pelvien.

L'enseignement des classes d'exercices de renforcement du plancher pelvien était standardisé et comprenait l'enseignement de sujets en lien avec les troubles urinaires.

Lors de ce stage, j'ai vraiment été impliquée dans tout ce qui a trait à une programmation de recherche de grande envergure. Effectivement, j'ai participé à la gestion de la recherche. J'ai participé à l'élaboration de

stratégies de recrutement et été invitée à effectuer du recrutement téléphonique.

De plus, afin d'être à la fine pointe de ce qui s'écrit sur le plancher pelvien et sa rééducation, j'ai mis sur pied un système automatisé mensuel de recherche d'articles. J'ai aussi touché au côté éthique de la recherche en étant impliquée dans les corrections du formulaire de consentement pour une demande d'amendement au comité d'éthique de l'hôpital.

J'ai suivi une formation sur le logiciel statistique SPSS, lors de laquelle j'ai appris à effectuer des analyses statistiques des données de l'étude. Par la suite, j'ai pu discuter de ces résultats et tirer quelques conclusions. Le fait de traiter les données de l'étude et d'obtenir des résultats était vraiment enrichissant pour moi, surtout étant donné le fait que l'étude n'est qu'à son début. Pour cette partie de mon apprentissage, j'ai travaillé en collaboration avec une statisticienne. L'équipe multidisciplinaire d'un projet de recherche est complètement différente de l'équipe multidisciplinaire d'une clinique de physiothérapie. Ce fut donc nouveau et très profitable pour moi de collaborer avec des professionnels de la recherche.

Depuis le début de ma pratique comme physiothérapeute, je travaille strictement en clinique à traiter une clientèle orthopédique ou une clientèle souffrant d'incontinence urinaire. Ce stage m'a fait prendre conscience d'un autre aspect de la physiothérapie, c'est-à-dire la recherche clinique. J'ai beaucoup appris en utilisant le dynamomètre lors des évaluations.

Chronique des RÉCIPIENDAIRES

suite

Résumé de stage en recherche clinique

Maintenant, je comprends mieux comment se comportent les muscles du plancher pelvien lors de la toux ou d'une augmentation de la pression intra abdominale lors de l'expiration forcée. De plus, j'ai appris une façon d'objectiver une contraction des muscles du périnée avec cet appareil. Bien sûr, il n'est pas disponible pour une utilisation en clinique, mais aujourd'hui, je sais qu'il existe.

J'ai appris à lire des images obtenues par résonance magnétique et je sais maintenant repérer des points anatomiques, ce qui me permet d'effectuer des mesures de distance entre ces points. Dans le futur, lorsque je lirai un article scientifique traitant du plancher pelvien, où certaines mesures objectives sont des images par résonance magnétique, je saurai exactement de quoi il s'agit.

Avec l'enseignement des classes d'exercices, j'ai intégré de nouveaux exercices que j'utilise maintenant en clinique avec mes patientes.

Lors des évaluations, j'ai administré des questionnaires en lien avec l'incontinence urinaire. J'ai donc appris à interpréter les résultats des ces questionnaires. De plus, j'ai l'intention d'utiliser ces questionnaires dans ma pratique privée. En effet, il serait facile pour moi d'administrer les questionnaires au début et à la fin de mes traitements de rééducation périnéale. Ceci me permettrait d'augmenter les valeurs objectives, en lien avec le traitement, et ainsi me permettre d'évaluer l'efficacité de mes traitements contre l'incontinence urinaire.

Bref, mon stage en recherche clinique m'a permis de connaître de nouveaux outils d'évaluation.

En conclusion, comme vous pouvez le constater, ce stage en recherche clinique m'a beaucoup apporté. Je me sens une physiothérapeute mieux outillée depuis la complétion de cette grande expérience. J'ai élargi mes horizons et je suis beaucoup moins réticente à tout ce qui a trait à la recherche; au contraire, je suis maintenant une clinicienne à l'affût des nouvelles percées scientifiques sur l'incontinence urinaire. Ce stage m'a permis de découvrir un autre aspect de la physiothérapie, soit la recherche. Je me suis sentie très utile tout au long de ma participation à cette programmation de recherche, et j'ai eu l'impression de contribuer à l'avancement de ma profession. Je remercie l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec de m'avoir donné l'opportunité de faire un stage rémunéré en recherche clinique.

Références

1. Fantl JA, Newman DK, Colling J. et al. *Urinary incontinence in adults: acute and chronic Management. Clinical Practice Guidelines, No 2, 1996 Update. Rockville (MD): Dept of Health and Human Services (US). Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; AHCPR Publication.No. 96-0682 Book chapter 3.*
2. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. *A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT study. J Clin Epidemiol. 2000 Nov;53(11):1150-7.*
3. Wetle T, Scherr P, Branch LG, Resnick NM, Harris T, Evans D, Taylor JO. *Difficulty with holding urine among older persons in a geographically defined community: prevalence and correlates. J Am Geriatr Soc. 1995 Apr;43(4):349-55.*
4. Nygaard IE, Lemke JH. *Urinary incontinence in rural older women: prevalence, incidence and remission. J Am Geriatr Soc. 1996 Sept;44(9):1049-54.*
5. Wilson PD, Hay-Smith J, Nygaard I, Wyman J, Yamanishi T, Berghmans B, Hagen S, Sinclair L, Moore K. *Adult Conservative Management, In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S. editor(s). Incontinence. Third International Consultation on Incontinence. 3rd Edition. 2005. France, Health Public Publication Ltd.p.856-1059.*
6. Bélisle S, Blake J et al. *Canadian Consensus Conference on Menopause, 2006 update. J Obstet Gynaecol Can. Special edition. 2006 Feb;28(171):1-112*
7. *Canadian Consensus Conference on Urinary Incontinence: clinical practice guidelines for adults. 2001; Canadian Continence Foundation. [http://www.continence-fdn.ca/].*
8. Swanson JG, Skelly J, Hutchison B, Kaczorowski J. *Urinary incontinence in Canada. National survey of family physicians' knowledge, attitudes, and practices. Can Fam Physician. 2002 Jan;48:86-92.*
9. Bland DR, Dugan E, Cohen SJ, Preisser J, Davis CC, McGann PE, Suggs PK, Pearce KF. *The effects of implementation of the Agency for Health Care Policy and Research Urinary Incontinence Guidelines in primary care practices. J Am Geriatr Soc. 2003 Jul;51:979-84.*
10. Johnson TM, Kincade JE, Bernard SL, Busby-Whitehead J, DeFriese GH. *Self-care practices used by older men and women to manage urinary incontinence: results from the national follow-up survey on self-care and aging. J Am Geriatr Soc. 2000 Aug;48:894-902.*
11. Dumoulin C. Développement d'un dynamomètre mesurant la force du plancher pelvien. *Physio-Québec; Vol 29, no4. [http://www.oppq.qc.ca/docs/pqc_vol29no4_dumoulin.pdf]*

Récipiendaires de bourses et de subventions

de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec CONCOURS JANVIER 2009

L'Ordre est fier de présenter les récipiendaires du concours de recherche clinique de janvier 2009. Le programme offrait un total de 8 bourses et subventions :

- deux subventions OPPQ-REPAR ;
- deux subventions de recherche clinique ;
- deux subventions de stage en recherche clinique ;
- deux bourses d'études de maîtrise type recherche.

Voici la liste des récipiendaires. Il est à noter qu'une candidature pour la subvention de recherche en partenariat OPPQ-REPAR est présentement à l'étude.

Subventions de stage de recherche clinique

Récipiendaires	Titre du projet	Montant
Geneviève Boilard, T.R.P.	Stage au Centre de recherche de l'Hôpital Laval Chercheur : D ^r François Lellouche	7 500 \$
Stéphanie Thibault-Gagnon, pht	Stage au <i>Sexual Health Research Laboratory, Queen's University</i> Chercheur : D ^r Linda McLean	7 500 \$

Bourses d'études de maîtrise de type recherche

Récipiendaires	Titre du projet	Montant
Andrée-Anne Devost, pht	Évaluation de l'efficacité de l'électrostimulation quadricipitale chez des patients sous ventilation mécanique prolongée aux soins intensifs	7 500 \$
Julie Fradette, pht	Vers une meilleure compréhension des facteurs influençant la détermination de la sévérité du torticolis postural et congénital lors de la première évaluation en physiothérapie	7 500 \$
Séléna Lauzière, pht	Perception d'effort et d'asymétrie de mise en charge lors d'activités motrices chez le sujet en santé	7 500 \$

Compte tenu que toutes les bourses et subventions n'ont pas été octroyées, il y aura un second affichage de la part de l'Ordre et du REPAR :

- pour les bourses et subventions de l'Ordre, la date de clôture a été fixée au 1^{er} mai. Pour de plus amples informations, vous n'avez qu'à aller dans la section « Actualités » à l'adresse suivante : <http://www.oppq.qc.ca>
- pour la subvention OPPQ-REPAR, la date de clôture n'est pas encore déterminée. Pour de plus amples informations, <http://www.repar.ca>

L'Ordre félicite tous les récipiendaires et désire souhaiter bonne chance à tous les candidats qui participeront au second affichage.

Récipiendaires de bourses d'études universitaires en physiothérapie

L'Ordre est fier de présenter les récipiendaires du concours de janvier 2009 pour les bourses d'études universitaires en physiothérapie. Le programme offrait un total de 4 bourses, une par programme de formation universitaire. Compte tenu qu'il n'y avait aucun thérapeute en réadaptation physique inscrit au programme de l'Université McGill et un seul inscrit au programme de l'Université de Sherbrooke, il a été convenu de répartir le montant de la bourse non accordée à l'Université McGill pour octroyer une seconde bourse à l'Université de Montréal et à l'Université Laval.

Université Laval	
1 ^{er} prix (bourse de 1250 \$)	Myriam Cyr, T.R.P.
2 ^e prix (bourse de 625 \$)	Karine Mailly, T.R.P.
Université de Montréal	
1 ^{er} prix (bourse de 1250 \$)	Martin Gagnon, T.R.P.
2 ^e prix (bourse de 625 \$)	Geneviève Michaud, T.R.P.
Université de Sherbrooke	
1 ^{er} prix (bourse de 1250 \$)	Karine Robidoux, T.R.P.

L'Ordre tient à remercier les représentants des programmes universitaires pour leur implication dans l'organisation de ce concours et félicite tous les récipiendaires.



ÉVÉNEMENTS

Journée thématique 2009 : Des traitements sous la loupe, du mythe à l'évidente réalité.

Encore une fois, la journée thématique de l'Ordre a affiché complet pour sa prestation de Québec. En effet, 293 physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique ont traversé l'enceinte de l'Hôtel Plaza de Québec, le 15 mai dernier pour assister à la 8^e édition de la journée thématique de la formation continue de l'Ordre. Sous le thème de l'intégration des données probantes au sein des pratiques cliniques des membres, les différents sujets ont permis aux participants d'être mieux outillés pour sélectionner les évidences scientifiques à intégrer à leur pratique. En effet, la qualité des présentations de nos différents conférenciers et l'importance accordée au volet clinique ont sûrement permis aux participants d'ajouter des éléments concrets et pertinents à leur pratique et ce, dès le lundi suivant.

Un merci sincère est adressé à tous les conférenciers pour la qualité de leur travail. Il est à noter que cette journée thématique est reprise à Montréal, le 19 juin.

*Madame Carol L. Richards
lors de sa présentation sur
la physiothérapie post-AVC basée
sur les données probantes. ▼*



▲ Monsieur Pierre Langevin au cours de sa présentation « Lombalgie non spécifique : mythe ou réalité ? »



ÉVÉNEMENTS

suite

Journée thématique 2009 :

Madame Marie-Josée Lord pendant sa présentation sur la démystification du plancher pelvien. ▼



Prix de l'Association canadienne de physiothérapie

Madame Marie-Josée Lord, physiothérapeute, s'est vue attribuer, dimanche le 31 mai dernier, le prestigieux prix *Mentorship Award* de l'Association canadienne de physiothérapie, lors de son congrès annuel qui s'est tenu cette année à Calgary. Ce prix reconnaît le travail d'un ou d'une physiothérapeute qui déjà, en début ou en mi-carrière, s'avère une source d'inspiration et un modèle pour ses collègues par son professionnalisme et son volontarisme.

Marie-Josée est une pionnière et une *leader* dans le champ d'exercice de la rééducation pelvi-périnéale en physiothérapie au Canada, une offre de services de plus en plus en demande autant chez les hommes que chez les femmes.

Un modèle de volontarisme, Marie-Josée possède un long historique d'implications au sein de l'Association canadienne de physiothérapie et de la Division sur la santé des femmes. Elle est, de plus, impliquée dans le développement d'un centre de traitement multidisciplinaire pour le plancher pelvien au Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke. Elle est une source d'inspiration et de leadership, car à travers tous ses rôles, elle partage généreusement ses connaissances et son expertise pour la promotion de la physiothérapie. Marie-Josée a, en effet, contribué à l'éducation de plus de 500 physiothérapeutes à travers le Canada.

L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec tient donc à féliciter, à son tour, Madame Lord pour son prix.



▲ *M^{me} Marie-Josée Lord (à gauche) reçoit son prix des mains de M^{me} Alice Aiken, Présidente de l'Association canadienne de physiothérapie*

Les INFOS

En bref

Première cohorte de diplômés à la maîtrise professionnelle en physiothérapie au Québec

Le programme de physiothérapie de l'Université de Montréal est fier de souligner la diplomation des 25 premiers finissants à la maîtrise professionnelle en physiothérapie du Québec à l'été 2009. Ces étudiants ont complété une formation rehaussée en physiothérapie s'échelonnant sur 4 ans. Ce programme de maîtrise est axé sur le raisonnement clinique et l'intégration des évidences scientifiques à travers une formation enrichie des 3 grands domaines de la physiothérapie (musculosquelettique, neurologique et cardio-respiratoire) en plus de 15 semaines de formation en milieu de stage. Le programme a été développé en vue d'acquérir les connaissances, habiletés et attitudes qui préparent la pratique de la physiothérapie dans le contexte d'un cheminement professionnel à long terme.

La maîtrise professionnelle est l'objectif que se sont fixés les 14 universités canadiennes offrant la formation professionnelle en physiothérapie pour faire suite

aux attentes de la population, aux besoins du système de santé et du niveau de la formation internationale. De plus, l'évolution de la profession requiert que les physiothérapeutes interviennent en termes de consultants, donnent des avis scientifiques et justifient l'efficacité des interventions cliniques. Cette formation avancée devenait donc nécessaire et peut mieux outiller les finissants à rencontrer les objectifs de la profession en les rendant plus autonomes dans la pratique fondée sur les données probantes.

La direction du programme de physiothérapie de l'Université de Montréal félicite les premiers finissants à la maîtrise professionnelle de la province de Québec qui joindront sous peu les rangs de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. Cette cohorte marque le début d'une étape très importante pour l'avenir de la profession de physiothérapeute au Québec et nous leur souhaitons une carrière très enrichissante.

Les 25 premiers finissants à la maîtrise professionnelle en physiothérapie de la province de Québec seront diplômés de l'Université de Montréal à l'été 2009. ▼



Monsieur Pierre Allard élu au sein du conseil d'administration national de l'Association Canadienne de Physiothérapie (ACP)

Monsieur Pierre Allard, pht, M.B.A., a été élu au poste de membre du conseil d'administration national de l'ACP par les membres et siègera au conseil. Monsieur Allard possède 25 ans d'expérience sur les plans clinique, politique et de la gestion. Récemment, il a notamment présidé le conseil exécutif du syndicat d'un centre hospitalier, en plus d'avoir œuvré comme bénévole au sein du Comité de discipline de l'OPPQ, et d'assumer un rôle de leadership dans de nombreux projets concertés, dont un réalisé avec la Commission de santé et de sécurité au travail (CSST), qui a donné lieu à la publication du Guide interdisciplinaire de prise en charge des lombalgies CLIP. Monsieur Allard travaille avec l'Hôpital général juif de Montréal depuis 1984. Il possède un B. Sc. en physiothérapie de l'Université McGill (1982) et détient également une maîtrise en administration des affaires (M.B.A.) de HEC Montréal (1993). Monsieur Allard entrera officiellement en fonction au conseil d'administration de l'ACP lors du congrès Physio9, à Calgary. Les administrateurs de l'Ordre, la présidente et directrice générale, Madame Lucie Forget, ainsi que le personnel tiennent à féliciter chaleureusement Monsieur Pierre Allard pour sa nomination. Sincères félicitations !

En bref *suite*Nouveautés *suite***Prix d'excellence clinique de l'Ordre**

Madame Marie-Ève Gravel, du Cégep de Chicoutimi, s'est mérité le Prix d'excellence clinique de l'OPPQ. Madame Tiffany Hunting de l'Université McGill, s'est mérité le Prix d'excellence clinique de l'OPPQ. Madame Anik Léveillé, du Collège Marie-Victorin s'est mérité le Prix d'excellence clinique de l'OPPQ. Madame Émilie Samson, du Cégep Montmorency, s'est mérité le Prix d'excellence clinique de l'OPPQ. Monsieur Gabriel Ouellet, du Collège de Sherbrooke s'est mérité le Prix d'excellence clinique de l'OPPQ. L'Ordre offre ses sincères félicitations à tous les récipiendaires pour ce prix exceptionnel.

Nouveautés

Accès gratuit à la Bibliothèque Cochrane

L'Ordre vous informe que toute la population canadienne a dorénavant un accès gratuit à la Bibliothèque Cochrane (jusqu'au 31 décembre 2009). Vous pouvez donc consulter le texte intégral des revues systématiques de Cochrane sans aucun frais. L'Ordre reproduit ici le message envoyé par l'Association canadienne de physiothérapie à ses membres :

Accès gratuit à la Bibliothèque Cochrane

Le Réseau-centre canadien Cochrane, en partenariat avec l'Association des bibliothèques de la santé du Canada, offre désormais à tous les Canadiens la possibilité d'accéder à la Bibliothèque Cochrane. En naviguant dans Internet à partir d'une connexion au Canada, vous aurez automatiquement accès au texte intégral des revues systématiques de Cochrane et à d'autres bases de données.

La Bibliothèque Cochrane est une ressource en ligne contenant les meilleures preuves scientifiques disponibles sur les bienfaits et les effets néfastes des interventions en soins de santé et des décisions en politiques de la santé. Les synthèses de recherche (revues systématiques) contenues dans cette bibliothèque sont considérées comme «l'étalon or» dans leur domaine.

Ce projet pilote de neuf mois (se terminant le 31 décembre 2009) permet à tous les Canadiens de s'y inscrire gratuitement. L'ACP encourage tous ses membres à profiter de l'accès à la banque d'information exceptionnelle que constitue la Bibliothèque Cochrane. Nous acheminerons plus d'information sur le Réseau-centre canadien Cochrane afin de vous aider à utiliser cette ressource de grande valeur.

Obtenez plus d'information (<http://chla-absc.ca/?q=fr/node/341>) sur le projet pilote et sur cette initiative de l'Association des bibliothèques de la santé du Canada.

IRDPO**Protocole d'utilisation de l'inclinomètre**

L'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPO) lançait, le 8 mai dernier, *Le Protocole d'utilisation de l'inclinomètre*, son nouveau document clinique destiné aux physiothérapeutes et aux thérapeutes en réadaptation physique travaillant auprès de la clientèle pédiatrique ou toute autre clientèle ayant une déficience motrice. Cet outil vise à uniformiser l'utilisation de l'inclinomètre et à favoriser l'objectivité des mesures d'amplitude articulaire et l'évaluation de la souplesse musculaire. Des photos couleur accompagnent les explications afin de faciliter la compréhension et la reproduction des techniques. Vous pouvez vous procurer *Le Protocole d'utilisation de l'inclinomètre* au coût de 30\$, en remplissant le bon de commande disponible au www.irdpq.qc.ca (dans la section «Communication» puis «Publications») ou en communiquant avec le Service des communications et relations publiques de l'IRDPO au communications@irdpq.qc.ca.

Pour toute information, veuillez contacter, Madame Josianne Vignola, Agente d'information, Service des communications et relations publiques de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, 525, boulevard Wilfrid-Hamel, Québec (Québec) G1M 2S8, Tél. : 418 529-9141, poste 6252. Visitez notre site Internet au www.irdpq.qc.ca

Les **INFOS***suite***Appel à tous les membres****Invitation aux membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec ASSISTEZ À L'ENREGISTREMENT D'UNE ÉMISSION DE RADIO-CANADA!**

Dans le cadre d'une nouvelle émission hebdomadaire consacrée à l'alimentation et la santé, Radio-Canada est à la recherche d'une vingtaine de personnes intéressées par ces thèmes et disponibles à assister au tournage d'une émission. Animée par Mitsou avec la participation du Docteur Richard Béliveau, la diffusion de cette émission débutera en septembre 2009.

Un chef viendra y cuisiner un plat, et une personnalité connue sera également présente pour livrer un témoignage. D^r Béliveau fera une mini-conférence. Il y aura de plus un aliment vedette ; aliment reconnu pour ses vertus anti-cancéreuses.

L'enregistrement de l'émission, d'approximativement trois heures, aura lieu dans les studios de Radio-Canada à Montréal, mardi le 22 septembre. Évidemment, vos parents, amis et enfants (à partir de 15 ans) sont invités à se joindre à vous. Quelques membres du public seront appelés à poser une question au D^r Béliveau.

Si vous souhaitez assister à l'enregistrement du 22 septembre ou pour obtenir plus de renseignements, communiquez avec M^{me} Annie Verret au 514-931-1188 poste 301.

