

# Physio-QUÉBEC



## SOMMAIRE



Ordre professionnel  
de la physiothérapie  
du Québec

### CHRONIQUE DE LA SECRÉTAIRE GÉNÉRALE

- 2 Les assemblées générales annuelles et extraordinaires  
*Par Louise Bleau, pht, D. É. S. S.*

### CHRONIQUE JURIDIQUE

- 3 L'obligation d'obtenir un consentement  
*Par Julie Martin, avocate et Marie-France Salvas, avocate*

### NOUVEAUTÉ « INFO RECHERCHE »

Pourquoi un *Info recherche*...

### CHRONIQUES DES RÉCIPENDAIRES

- 5 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*

### ÉVÈNEMENTS

- 11 Tour cycliste CIBC Fondation Centre de  
cancérologie Charles-Bruneau 2008  
13 Semaine de la physiothérapie 2008

### LES INFOS

- 14 Les infos  
14 Tableau des membres  
17 Caricature

**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](http://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  
514 865-7815

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



## Chronique de la SECRÉTAIRE générale

# LES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

## ANNUELLES et EXTRAORDINAIRES par Louise Bleau, pht

D.É.S.S.

La présente chronique sera la première d'une série de plusieurs, dans laquelle je mettrai en lumière des informations qui correspondent à un questionnement récurrent de la part des membres ou à tout le moins, à une méconnaissance de certaines modalités de fonctionnement de l'Ordre.

Dans un premier temps, je veux vous entretenir des assemblées générales annuelles et des assemblées générales extraordinaires. L'assemblée générale annuelle doit se tenir dans les six mois qui suivent la fin de l'année financière. Dans notre cas, l'assemblée doit se tenir au plus tard le 30 septembre. Lors de cette assemblée, la présidence doit produire un rapport sur les activités du Bureau et les états financiers de l'Ordre, et ce rapport doit être conforme aux normes prescrites par règlement de l'Office des professions. C'est aussi au cours de cette assemblée que les membres élisent les vérificateurs chargés de vérifier les livres et les comptes de l'Ordre.

À titre de secrétaire générale, j'informe tous les membres de l'Ordre du lieu, de la date et de l'heure de l'assemblée, au plus tard, 120 jours avant sa tenue. Dans cet avis, j'invite aussi les membres à proposer des sujets à inscrire à l'Ordre du jour. Les membres doivent faire parvenir cette demande par écrit, au moins 45 jours avant la date de la tenue de l'assemblée. Finalement, c'est le Comité administratif de l'Ordre qui dresse le projet d'Ordre du jour de l'assemblée générale. Le quorum de l'as-

semblée générale annuelle de l'Ordre est de 50 membres.

En ce qui a trait à une assemblée générale extraordinaire, cette dernière se tient à la demande du président de l'Ordre, à la demande du Bureau ou à la demande écrite d'au moins 50 membres. Le projet d'ordre du jour doit contenir les sujets inscrits dans cette demande, et seuls ces sujets seront traités à l'assemblée générale extraordinaire. À titre de secrétaire générale, je dois convoquer l'assemblée au moins cinq (5) jours avant sa tenue. Le quorum de 50 membres doit être atteint pour que cette assemblée ait lieu.

Par ailleurs, relativement au pouvoir que détiennent les membres de l'Ordre en assemblée générale annuelle ou extraordinaire, c'est totalement différent de celui des membres d'une assemblée syndicale. En effet, outre l'élection des vérificateurs, les pouvoirs des membres se résument à approuver, par la majorité des membres, le montant de la cotisation annuelle et le mode d'élection du président, soit aux suffrages universels des membres par scrutin secret, soit au suffrage des administrateurs élus qui

élisent le président parmi eux par scrutin secret. Il va de soi que le cadre des assemblées générales est très rigoureux et qu'il laisse peu de place aux membres pour s'exprimer. C'est pourquoi, lors des assemblées générales annuelles, l'Ordre a introduit un point à l'ordre du jour qui s'intitule : « Recommandations des membres ». C'est à ce moment que les membres peuvent faire des recommandations au Bureau. À cet égard, il faut garder en mémoire, que **l'assemblée des membres n'est pas souveraine**. Lors d'une réunion suivant l'assemblée, le Bureau étudie les recommandations et décide s'il y donnera suite ou non et fait rapport aux membres lors de l'assemblée générale annuelle suivante.

Bien que dotée d'un cadre plutôt rigoureux, l'assemblée générale annuelle correspond assurément au moment par excellence où les membres sont invités à venir prendre connaissance des activités que le Bureau a réalisées tout au cours de l'année. De plus, l'ensemble de ces activités se retrouve dans le Rapport annuel.

J'espère que cette première chronique aura su répondre à vos questions et je vous donne rendez-vous pour la prochaine chronique qui portera sur le nouveau *Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement des membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec*.



## Chronique JURIDIQUE

# L'OBLIGATION D'OBTENIR UN CONSENTEMENT

par Julie Martin et

Marie-France Salvat, avocates

Avant d'entreprendre toute intervention en physiothérapie, le physiothérapeute et le thérapeute en réadaptation physique ont l'obligation d'obtenir le consentement de leur client.

L'article 17 du *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique* prévoit que «Le membre doit, avant de rendre des services professionnels, **obtenir du client un consentement libre et éclairé** (notre souligné). À cette fin, le membre doit, sauf pour des motifs raisonnables, fournir à son client, de façon complète et objective, toutes les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services professionnels qui seront fournis, notamment la nécessité, la nature, les modalités et les risques.»

Le consentement aux soins a pour assise le droit à l'inviolabilité et à l'intégrité de toute personne humaine<sup>1</sup>.

Pour permettre un consentement valide à tout service professionnel en physiothérapie, ce dernier doit avoir pour caractéristiques d'être libre et éclairé. Le consentement est libre lorsqu'il est donné de plein gré. Un consentement ne serait donc pas libre s'il était donné suite à des pressions morales ou encore à une violence physique. Le consentement est éclairé lorsque le client reçoit toute l'infor-

mation nécessaire pour lui permettre de prendre une décision en toute connaissance de cause.

Quelle est la teneur de l'information qui doit être transmise au client ? Il apparaît que l'information devrait, du moins, comprendre les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services, soit notamment les informations suivantes :

**Nécessité** : le professionnel doit expliquer au client l'impact qu'aura le traitement sur sa condition physique versus l'impact de ne pas en avoir. Le professionnel doit également, lorsque requis, expliquer les alternatives thérapeutiques qui s'offrent à son client, par exemple la possibilité d'utiliser une modalité de traitement plutôt qu'une autre, en lui expliquant les avantages et les risques de chacune.

**Nature** : le professionnel doit décrire à son client le traitement proposé ainsi que ses principaux objectifs.

**Modalités** : le professionnel doit également s'assurer de donner à son client les informations pertinentes re-

latives aux modalités de traitement utilisées ainsi que les effets pendant ou après le traitement ainsi que les précautions.

**Risques** : le professionnel doit divulguer les risques qui sont probables et prévisibles. Il devra également tenir compte de la réalité propre du client en révélant des risques plus rares lorsque requis. Par exemple, un professionnel pourrait mettre l'accent sur la possible perte de dextérité fine pour un client qui est pianiste même si ce risque est extrêmement rare. Le professionnel devrait également divulguer les risques graves, car ils pourraient être déterminants dans la décision du client, par exemple, un risque de paralysie ou d'hémorragie. Précisons que les risques exposés devraient également viser les différentes options thérapeutiques possibles pour permettre au client de prendre une décision réellement éclairée.

Il importe de mentionner que le processus de prise de décision menant au consentement est complexe et implique une interaction constante entre le professionnel et son client. Le professionnel devrait susciter la réflexion chez son client en regard des options possibles qu'il pourrait privilégier ainsi

<sup>1</sup> Articles 3 et 10 du *Code civil du Québec*;

# Chronique JURIDIQUE

## L'OBLIGATION D'OBTENIR...

*suite*

que des risques associés au traitement. Une communication efficace est la règle et le professionnel devrait s'assurer de répondre adéquatement aux questions du client. Le professionnel de la santé doit également s'assurer de conserver le consentement de son client tout au long de ses interventions en physiothérapie. Il est possible pour le client de le retirer à tout moment.

Certains milieux ont pris l'initiative de développer des formulaires de consentement. Ce formulaire peut avoir une certaine utilité afin de fournir une source de renseignement additionnelle pour le client. Il peut permettre également d'établir la preuve que le consentement a été obtenu. Cependant, il est important d'utiliser ces formulaires avec prudence, étant donné que le professionnel devra donner une information verbale complémentaire au client et s'assurer d'une bonne compréhension de sa part. Le formulaire est un outil pour obtenir le consentement, mais le seul fait d'obtenir la signature du client n'est pas toujours synonyme de consentement libre et éclairé.

Il faut également comprendre que pour donner un consentement libre et éclairé, la personne doit être en mesure de consentir, c'est-à-dire être

apte à consentir<sup>2</sup>. Il existe deux catégories de personnes incapables à consentir, il s'agit des mineurs de moins de 14 ans et de toute personne jugée incapable en raison de son incapacité à exprimer une volonté ou encore à comprendre la portée de ses actes. À ce moment, il est nécessaire d'obtenir un consentement substitué.

Tout d'abord, en ce qui concerne le mineur de moins de 14 ans, lorsque les soins sont requis par l'état de santé du mineur, le consentement est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur<sup>3</sup>.

En ce qui concerne la personne incapable, il n'est pas nécessaire qu'elle soit sous un régime de protection pour que celle-ci soit jugée incapable. Une incapacité peut être soudaine, par exemple, à la suite d'un malaise ou d'une perte de connaissance, ou encore prolongée, dans le cas par exemple de la maladie d'Alzheimer. En cas de doute, il est nécessaire d'aller consulter le médecin, qui est le seul professionnel habilité à établir l'aptitude ou l'incapacité d'une personne. Il est cependant possible de savoir si une personne est sous un régime de protection en allant consulter le site Internet du curateur public (<http://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/inaptitude/role/registres.html>).

Lorsque le client est incapable, le consentement sera alors donné par les personnes spécifiquement prévues à l'article 15 du *Code civil du Québec*, qui se lit ainsi :

« Lorsque l'incapacité d'un majeur à consentir aux soins requis par son état de santé est constatée, le consentement est donné par le mandataire, le tuteur ou le curateur. Si le majeur n'est pas ainsi représenté, le consentement est donné par le conjoint, qu'il soit marié, en union civile ou en union de fait, ou, à défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, par un proche parent ou par une personne qui démontre pour le majeur un intérêt particulier. »

La personne qui a rempli un mandat en prévision de son incapacité y aura spécifiquement désigné la personne qui sera en mesure de consentir aux soins requis par son état de santé.

Il faut cependant souligner que la personne habilitée à donner un consentement substitué doit tenir compte des volontés que la personne a pu exprimer par le passé lorsqu'elle était apte à consentir<sup>4</sup>.

Il peut donc être nécessaire dans certains cas, d'obtenir le consentement du tribunal lorsque les soins sont requis et que le refus est injustifié<sup>5</sup>.

<sup>2</sup> Article 11 du *Code civil du Québec*;

<sup>3</sup> Article 14 du *Code civil du Québec*;

<sup>4</sup> Article 12 du *Code civil du Québec*;

<sup>5</sup> Article 16 du *Code civil du Québec*

# info recherche

## Recherche clinique



### SOMMAIRE | Info-recherche

<i>Pourquoi Info-recherche</i> .....	1
<i>Chercheure et clinicienne, c'est possible</i> .....	2
Projets de nos récipiendaires .....	4
<i>Impacts du nouveau Code de déonto</i> .....	10
Liste des chroniques des récipiendaires .....	12
La recherche entre nous.....	13
Liens utiles.....	14

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

### POURQUOI un *Info recherche*...

Au fil des ans, la physiothérapie a pris une importance grandissante auprès de la population. Notre expertise est de plus en plus reconnue, et nous nous taillons une place de choix dans ce vaste domaine compétitif des soins de santé.

L'essor fulgurant des connaissances scientifiques ces dernières années, l'implantation des programmes de physiothérapie de maîtrise professionnelle, le développement du diagnostic en physiothérapie et l'intégration des thérapeutes en réadaptation physique sont quelques-uns des changements qui ont et auront un impact sur notre pratique professionnelle afin de répondre de façon optimale aux besoins de la population. Dans sa recherche de l'excellence, le clinicien doit utiliser des approches évaluatives et thérapeutiques fondées sur les données probantes. Il devient alors primordial de développer des données probantes. On y parvient par la recherche clinique.



Cet *Info recherche* est l'un des moyens dont s'est doté le Comité pour faire la promotion de la recherche clinique. Nous tenterons de mieux faire connaître le domaine de la recherche clinique. Il renferme une série de chroniques de nature informative et d'autres incitant à la participation et à l'apprentissage. Nous explorerons la profession de chercheur en vous présentant le *portrait* de chercheurs oeuvrant dans différents domaines d'expertise. Nous présenterons nos récipiendaires de bourses et subventions, leurs projets de recherche ainsi que leurs expériences en lien avec leur initiation au domaine de la recherche. Des articles de fond seront aussi disponibles, et nous vous ferons connaître des sites web pertinents.

Nous désirons aussi que ce journal serve de lien de communication entre chercheurs et cliniciens. Nous vous invitons donc à nous faire part de vos commentaires et questions auxquels les membres du Comité tenteront de répondre et ce, pour le bénéfice de tous dans le cadre de notre chronique *La recherche entre nous*. Voilà une façon intéressante de profiter de l'expérience de nos pairs !

Somme toute, nous espérons que ce journal soit à l'image du dynamisme de la recherche clinique et des cliniciens, qu'il favorise une communication entre chercheurs et cliniciens, et finalement qu'il suscite l'intérêt des membres pour la recherche clinique.

**PORTRAITS |** Par cette chronique, nous désirons démystifier le monde de la recherche clinique en vous présentant le cheminement qui a guidé certains physiothérapeutes vers la recherche clinique.

## CHERCHEURE ET CLINICIENNE : c'est possible !

Portrait d'Isabelle Gagnon, pht, Ph.D., chercheure clinicienne en traumatologie à l'Hôpital de Montréal pour enfants et professeure adjointe à l'école de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill.

*Ma carrière de physiothérapeute a débuté il y a maintenant plus de 15 ans. Gradué de l'Université McGill, très motivée mais surtout chanceuse, j'ai pu travailler dès le départ dans un domaine qui me passionnait, la pédiatrie. Si on m'avait demandé à ce moment si j'avais comme désir de poursuivre des études, la réponse aurait certainement été non. Ce n'est que deux ans plus tard, après avoir côtoyé des collègues qui avaient choisi ce chemin et qui démystifiaient la recherche petit à petit, que je pris la décision d'entreprendre des études supérieures en sciences biomédicales à l'Université de Montréal. C'était d'abord pour répondre à un besoin clinique de mieux comprendre la notion de sévérité chez la clientèle pédiatrique ayant subi un traumatisme crâniocérébral, mais aussi pour le nouveau défi que représentait la démarche scientifique en réadaptation.*



*C'est donc avec enthousiasme que j'ai amorcé mes études de maîtrise en me penchant sur la performance motrice des enfants et adolescents ayant subi un TCC léger à l'aide d'un test clinique couramment utilisé en pédiatrie. À cette époque, l'intérêt pour les TCCL ou commotions cérébrales chez les enfants n'en était qu'à ses balbutiements. Les résultats de cette petite étude permirent de révéler des déficiences et limitations d'activités peu documentées comme un manque d'équilibre et une diminution des temps de réponse [1]. Grâce au financement que j'avais obtenu pour compléter cette étude, provenant en partie du programme de recherche clinique de l'OPPQ, j'ai pu me rendre au congrès annuel de l'Association américaine de physiothérapie et présenter mes résultats à des collègues cliniciens et chercheurs. La performance motrice des enfants ayant subi un TCCL continuait cependant de piquer ma curiosité, et parmi les routes s'offrant à moi pour continuer à faire ou collaborer à la recherche, j'ai choisi de poursuivre mes études supérieures au niveau du doctorat, toujours avec le même questionnement et avec la même clientèle. Étant toujours clinicienne à temps partiel à l'Hôpital de Montréal pour enfants, j'étais encore nourrie par mes activités cliniques. C'est à cette époque que j'ai aussi décidé de me joindre au Comité de recherche clinique de l'OPPQ afin de contribuer à l'essor des activités de recherche dans notre domaine de manière plus concrète.*

*Je m'entoure encore une fois de chercheurs extraordinaires qui soutiennent ma démarche. J'obtiens du financement de divers organismes dont l'OPPQ. Cette fois, je choisis d'investiguer plus spécifiquement les déficits identifiés lors de ma maîtrise. J'examine donc les troubles d'équilibre et les temps de réponse visuo-motrice des enfants et adolescents ayant subi un TCCL, mais je choisis aussi d'explorer leur niveau d'activité physique et la confiance avec laquelle ils pratiquent ces activités après*

le traumatisme. Cette dernière composante émanait surtout d'anecdotes cliniques rapportées par les enfants et leurs parents à l'effet que le retour aux activités n'était pas aussi facile que tous s'y attendaient. Les résultats de cette étude d'une plus grande envergure furent fascinants. En effet, les principaux résultats révélèrent que les enfants ayant subi un TCCL présentaient des performances initiales moindres pour l'équilibre et les temps de réponse que les enfants contrôles. Celles-ci s'amélioraient au cours de la période de 12 semaines, mais demeuraient diminuées pour quelques-unes des mesures. De plus, à 12 semaines post-trauma, les enfants avec TCL avaient repris un niveau de pratique des activités physiques similaire à celui avant le TCL et maintenu leur perception de la compétence athlétique, mais présentaient une diminution de leur confiance pour la pratique des activités physiques. J'ai ainsi publié ces résultats novateurs dans quelques articles [2-6], et présenté à plusieurs congrès nationaux et internationaux.

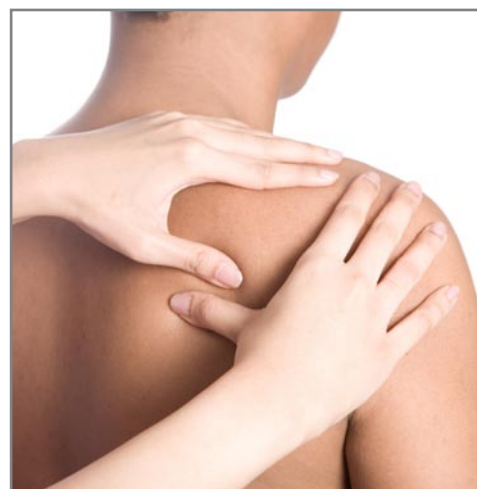
Ayant ainsi terminé mon doctorat et sachant maintenant que la recherche allait faire partie de ma vie de clinicienne, j'étais un peu confuse devant la route à prendre à ce moment. Étant très intéressée tant par les déficits et la récupération suite au TCCL chez l'enfant et l'adolescent, qu'aux services de réadaptation disponibles pour cette clientèle, j'ai pris la décision de compléter une dernière étape avant de devenir chercheuse autonome dans une carrière de chercheuse clinicienne. Je croyais qu'un post-doctorat (un stage de recherche supplémentaire) dans le domaine de l'évaluation des interventions en santé me serait utile et me rendrait plus apte à aborder les nombreuses questions de recherche qui dès lors fourmillaient au sein de notre milieu clinique. C'est donc ce que j'ai fait, et trois années plus tard, soit environ 10 ans après le début de mon aventure des études supérieures, après avoir eu trois enfants, j'étais prête à me lancer dans ma nouvelle carrière.

Mon cheminement scientifique est donc, et a toujours été, intimement lié à mon cheminement clinique. Mes expériences en tant que clinicienne ont continuellement nourri mon questionnement scientifique. Je suis maintenant chercheuse clinicienne en traumatologie à l'Hôpital de Montréal pour enfants et professeure adjointe (à temps partiel) à l'école de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill. Ayant maintenu un lien clinique tout au long de mes études, j'ai réussi à cultiver une collaboration très riche avec les milieux cliniques pédiatriques montréalais et même de la province. Ceci a facilité d'une part, l'accès aux patients dans le cadre de mes projets de recherche, mais aussi l'appropriation de la recherche par les cliniciens et donc, le transfert rapide et efficace des nouvelles connaissances dans le domaine de la traumatologie, mais aussi de la réadaptation pédiatrique en général.

## Portraits

Le portrait que nous vous avons présenté nous démontre qu'il est possible de poursuivre une carrière de clinicienne et de chercheuse. La route suivie par M<sup>me</sup> Gagnon pour s'impliquer en recherche n'est qu'une des possibilités s'offrant au clinicien intéressé à participer à la production des connaissances en physiothérapie. C'est ce que nous tenterons d'explorer dans les prochains numéros.

1. Gagnon I, Forget R, Sullivan SJ, Friedman D: Motor performance following a mild traumatic brain injury in children: an exploratory study. *Brain Inj* 1998; 12(10): 843-53.
2. Brosseau-Lachaine O, Gagnon I, Forget R, Faubert J: Complex visual information processing in children after Mild Traumatic Brain Injury. *Journal of Vision* 2006; .
3. Gagnon I, Friedman D, Swaine B, Forget R: Balance findings in a child before and after a mild head injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2001; 16(6): 595-602.
4. Gagnon I, Swaine B, Friedman D, Forget R: Children demonstrate decreased dynamic balance following a mild traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2004; 85: 444-452.
5. Gagnon I, Swaine B, Friedman D, Forget R: Visuomotor response time in children with a mild traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 2004; 19: 391-404.
6. Gagnon I, Swaine B, Friedman D, Forget R: Mild traumatic brain injury affects children's self efficacy related to their physical activity performance. *Journal of Head Trauma, Rehabilitation* 2005; 20:446-459.



**PROJETS de nos récipiendaires** | L'Ordre a remis, suite au concours du 31 janvier dernier, 7 bourses et subventions. Nous vous présentons un abrégé des projets de nos récipiendaires.



**Le tiers des individus ayant subi une lésion à la moelle épinière (LMÉ) peuvent espérer atteindre un niveau de marche fonctionnel après un an. Cependant, il n'existe aucun outil de mesure de l'équilibre validé auprès de cette clientèle.**

L'évolution des soins et interventions en traumatologie a entraîné une réduction de la sévérité des lésions causées à la moelle épinière et donc une meilleure récupération générale. Ainsi, le tiers des individus atteints à la moelle peuvent maintenant espérer atteindre un niveau de marche fonctionnel après un an [1]. Mais contrairement à la marche, pour laquelle il existe plusieurs outils cliniques reconnus pour les blessés médullaires, les physiothérapeutes doivent emprunter des outils validés auprès d'autres clientèles pour mesurer l'équilibre.

De ceux-ci, l'échelle d'équilibre de Berg [2] présente le double avantage d'être simple à utiliser et de permettre d'établir certains liens entre le score et l'aide technique à privilégier. L'objectif de ce projet de recherche est de valider l'échelle de Berg chez les personnes présentant une LMÉ ayant une capacité ambulatoire et de mettre ces résultats en relation avec l'aide technique utilisée. Trente sujets ayant une lésion médullaire et répondant à des critères spécifiques seront recrutés de la clientèle du programme de l'Institut de réadaptation de Montréal. Les séances d'évaluation incluront l'évaluation du niveau lésionnel (ASIA score), l'évaluation de l'équilibre de l'échelle de Berg et le *Balance Master* et l'évaluation des capacités ambulaires avec divers outils (WISCI, SCI-FAI) et tests (vitesse de marche sur 10m, *Timed up and go*). Des analyses corrélatives seront utilisées pour vérifier les liens entre les scores de Berg et les diverses variables cliniques.

Cette étude permettra d'approfondir les connaissances sur l'équilibre debout des personnes blessées médullaires. Elle permettra de documenter les liens entre divers paramètres de locomotion et d'équilibre et de juger de l'utilité du score de Berg pour évaluer l'équilibre et prédire l'aide technique chez cette clientèle.

## Références :

1. Daverat P et al. Early prognostic factors for walking in spinal cord injuries. *Paraplegia*, 1988. Aug;26(4): 255-61.
2. Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. *Can J Public Health*. 1992 Jul-Aug;83 Suppl 2:S7-11.

**Récipiendaire d'une bourse d'études de maîtrise :**  
Jean-François Lemay, pht

**Chercheur :** Sylvie Nadeau, pht, Ph. D.

**Pour de plus amples informations :**

Jean-François Lemay : [jf.lemay@umontreal.ca](mailto:jf.lemay@umontreal.ca)



## La marche nordique chez la personne âgée en perte d'autonomie : projet pilote randomisé

Cette étude vise à évaluer l'efficacité de la marche nordique pour améliorer la capacité de marche fonctionnelle et son implantation potentielle comme outil de réadaptation chez la personne âgée en perte d'autonomie.

Compte tenu du fait que les personnes âgées forment le groupe qui augmente le plus rapidement au sein de la population, l'impact des changements liés à l'âge sur le système de santé est significatif. Certaines études révèlent que des changements liés à l'âge affectent les paramètres de marche spatiaux et temporels, et ce, dès l'âge de 60 ans<sup>1</sup>. La réduction de la longueur des pas, la diminution de la cadence et de la vitesse de marche sont les plus significatifs<sup>2, 3</sup>. De plus, ces changements dans les habiletés à la marche sont corrélés négativement avec la peur de chuter, ce qui constitue un facteur de risque d'isolement social<sup>4</sup>.

La marche nordique, aussi connue comme marche avec bâtons, gagne en popularité chez les 50 ans et plus. Elle consiste en un mouvement global du corps, où s'harmonisent, en alternance, les mouvements des membres inférieurs et supérieurs à l'aide de bâtons, à la manière du ski de fond. Chez les sujets en santé, les études ont démontré que la marche nordique favorise une meilleure efficacité cardiaque sans augmenter le niveau de fatigabilité cardiaque<sup>5</sup>. La marche nordique stimule l'allongement des pas et la mobilité du bassin qui, en retour, favorisent une marche plus physiologique. De plus, l'attaque du talon au sol, lors de la marche nordique, stimule la production de calcium et permet une meilleure mise en charge.

Bien que plusieurs interventions en réadaptation visent à améliorer la marche fonctionnelle ou la capacité à la marche, la marche nordique semble prometteuse comme outil de réadaptation chez les personnes âgées. Ce projet pilote consiste en une étude randomisée à double insu pour déterminer la différence entre l'efficacité de la marche nordique et la réadaptation régulière à la marche sur terrain plat. La période de réadaptation consiste à 20 minutes d'entraînement deux fois par semaine durant 8 semaines, pour un total de 16 sessions. Les outils de mesure utilisés sont le test de marche de six minutes, la vitesse de marche et le *Fall Efficiency Scare-International (FES-I)*.



### Références :

1. Chamberlin ME, Fulwider BD, Sanders SL, Medeiros JM. Does fear of falling influence spatial and temporal gait parameters in elderly persons beyond changes associated with normal aging? *Journal of Gerontology*, 60A-9 (2005):1163-7.
2. Prince F, Corriveau H, Hebert R, Winter DA. Gait in the elderly. *Gait & Posture*, 5 (1997):128-35.
3. Van Emmerik REA, McDermott WJ, Haddad JM, Van Wegen EEH. Age related changes in upper body adaptation to walking speed in human locomotion. *Gait & Posture*, 22 (2004): 233-9.
4. Howland J, Peterson EW, Levin WC, Fried L, Pordon D, Bak S. Fear of falling among the community-dwelling elderly. *Journal of Aging Health*, 5 (1993): 229-43.
5. Porcari JP, Hendrickson TL, Walter PR, Terry L, Walsko G. The physiological responses to walking with and without PowerPoles on treadmill exercise. *RQES*, 68-2 (1997) : 161-166.

**Réceptiendaire d'une subvention de stage de recherche:** Jiali Mai, pht

#### Chercheurs :

Nancy Mayo, Ph. D.  
Lois Finch, Ph. D.  
Sabrina Figueiredo  
(étudiante à la maîtrise)

**Pour de plus amples informations :**

Jiali, Gloria Mai : mjiali@hotmail.com

**Le traumatisme craniocérébral léger (TCCL) peut causer de graves séquelles chez le jeune sportif. Il serait intéressant d'explorer les connaissances des entraîneurs à qui incombe la gestion du TCCL en milieu sportif scolaire de niveau secondaire.**



Les conséquences d'un TCCL chez les athlètes pédiatriques sont de mieux en mieux documentées. Des risques de complications sont associés à une commotion qui n'est pas détectée combinée à un retour au jeu trop rapide : difficultés académiques, difficultés de concentration, diminution des réflexes et augmentation des temps de réaction pendant le jeu, augmentant ainsi le risque d'autres blessures, notamment une deuxième commotion suite à un choc moins important<sup>1</sup>.

La présence de ces problèmes peut conduire à la perte de confiance en soi chez l'enfant et à la dépression si celui-ci vit avec ces symptômes sans en comprendre la cause et l'origine, d'où l'importance qu'il soit encadré par des individus possédant un niveau de connaissance suffisant des blessures et du TCCL en particulier<sup>2</sup>.

Le football est un sport de collision au sein duquel les TCCL sont très fréquents et, au Québec, il

n'existe pas de protocole uniformisé de gestion du TCCL en milieu sportif scolaire de niveau secondaire. De plus, à ce niveau, il arrive que la tâche d'administrer les premiers soins revienne aux entraîneurs, qui n'ont pas nécessairement les connaissances adéquates pour remplir ces fonctions<sup>3,4</sup>.

Cette recherche permettra d'une part, d'explorer le niveau de connaissance des entraîneurs des équipes de football du milieu scolaire quant à leur capacité de détecter le TCCL chez les joueurs, d'en assurer une prise en charge adéquate et de favoriser un retour au jeu sécuritaire et satisfaisant, et d'autre part, de documenter les besoins de ces entraîneurs concernant le TCCL qui pourraient être comblés par un protocole de gestion du TCCL en milieu sportif scolaire.

## Références :

1. Kirkwood MW, Yeates KO & Wilson PE. (2006). Pediatric sport-related concussion: a review of the clinical management of an oft-neglected population. *Journal of the American academy of pediatrics*, 117, 1356-71.
2. Gagnon I, Swaine B, Friedman D & Forget R. (2005). Exploring children's self-efficacy related to physical activity performance after a mild traumatic brain injury. *Journal of head trauma rehabilitation*, 20(5), 436-49.
3. Guilmette TJ, Malia LA & McQuiggan MD. (2007). Concussion understanding and management among New England high school football coaches. *Journal of brain injury*, 21(10), 1039-47.
4. Ransone J & Dunn-Bennett LR. (1999). Assessment of first-aid knowledge and decision making of high school athletic coaches. *Journal of athletic training*, 34(3), 267-71.

**Récipiendaire d'une bourse d'études de maîtrise :**  
Isabelle Fontaine, pht

**Chercheur :** Isabelle Gagnon, pht, Ph. D.

**Pour de plus amples informations :**  
Isabelle Fontaine : isabellefontaine\_1@hotmail.com

traumatisme

## Évaluation d'une approche novatrice visant le retour aux activités physiques chez des enfants et des adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral léger (TCCL).

Certains enfants et adolescents ayant subi un TCCL ou commotion cérébrale ne récupèrent pas aussi bien que les autres. Une approche d'intervention novatrice a été développée par les cliniciens de l'Hôpital de Montréal pour enfants. Dans le cadre de cette approche, les enfants et adolescents dont les déficits persistent au-delà de la période de récupération attendue, reçoivent des traitements ciblés pour les symptômes post-commotionnels et sont suivis étroitement lors de leur retour aux activités physiques. Cette intervention semble avoir contribué à offrir de meilleurs soins à cette population, mais elle n'a fait l'objet d'aucune évaluation scientifique.

Les recherches de M<sup>me</sup> Gagnon s'intéressent aux déficits et à la récupération suite au TCCL chez l'enfant et l'adolescent, ainsi qu'aux services de réadaptation disponibles pour cette clientèle. L'évaluation de l'impact de cette intervention débutera par une étude expérimentale prospective à sujet unique : dix enfants et adolescents âgés entre 6 et 17 ans seront recrutés au sein de la clinique des commotions cérébrales de l'Hôpital de Montréal pour enfants. L'évaluation portera sur leur fonctionnement au niveau des symptômes post-commotionnels, leur équilibre, leur fonction cognitive et leur humeur ainsi que sur leur niveau de satisfaction face à l'intervention.



**Réципиентаire d'une subvention de stage de recherche:** Carlo Galli, pht

**Chercheur:** Isabelle Gagnon, pht, Ph. D.

**Pour de plus amples informations:**  
Carlo Galli : [carlo.galli@muhc.mcgill.ca](mailto:carlo.galli@muhc.mcgill.ca)

Les résultats de cette recherche permettront le développement d'une étude clinique randomisée. À terme, ce projet aura généré de nouvelles connaissances dans le domaine de la neurotraumatologie et aura contribué à fournir des évidences supplémentaires à partir desquelles les cliniciens pourront définir leur pratique auprès de cette clientèle.

## Identification des prédicteurs de réussite de la rééducation du plancher pelvien chez les femmes âgées souffrant d'incontinence urinaire

L'incontinence urinaire (IU) est un problème de santé que rencontre la majorité des femmes vieillissantes. Les statistiques démontrent que 55 % des femmes de plus de 60 ans vivant dans la communauté souffrent d'IU. Pour certaines, ces symptômes deviennent vite un fardeau financier et peuvent même mener à l'isolement et à l'institutionnalisation. Avec le vieillissement de la population du Canada, nous pouvons rapidement conclure que l'IU chez les femmes âgées est et sera un problème pour les années à venir.

Les guides de pratique clinique recommandent le renforcement des muscles du plancher pelvien comme traitement de première ligne de l'IU chez la femme. Pourtant, il n'y a que le tiers des femmes souffrant d'IU qui est traité en physiothérapie.

Ceci est expliqué par le fait que les professionnels de la santé sont incapables d'identifier les femmes ayant un potentiel de réadaptation au niveau des muscles du plancher pelvien. La dynamométrie ainsi que l'imagerie par résonance magnétique nous permettent maintenant de mieux comprendre l'intégrité et la fonction des muscles du plancher pelvien.

La programmation de recherche de Dr 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.

## *incontinence*



Un échantillon de 120 femmes âgées de 60 ans et plus comprenant des femmes continentales, des femmes souffrant d'IU à l'effort ainsi que d'IU mixte participeront à une évaluation standardisée. Celles souffrant d'incontinence suivront 12 séances de classes d'exercices du plancher pelvien. La réévaluation des participantes aux classes d'exercices nous permettra de connaître l'effet du renforcement sur la morphologie et la fonction des muscles du plancher pelvien.

La rédaction des rapports scientifiques de l'étude devrait avoir lieu à l'automne 2011. En espérant que cette programmation permettra de rendre plus accessible le traitement de première ligne de l'incontinence urinaire, la rééducation du plancher pelvien, pour les femmes âgées.

**Récipiendaire d'une subvention de stage de recherche:** Valérie Elliott, pht

**Chercheur:** Chantale Dumoulin, pht, Ph. D.

**Pour de plus amples informations:**  
Valérie Elliott : [va\\_elliott@hotmail.com](mailto:va_elliott@hotmail.com)

## Les attitudes et croyances des intervenants en santé sont un domaine de plus en plus exploré par la recherche. Quelles sont les attitudes et croyances des physiothérapeutes en lien avec la lombalgie et peuvent-elles prévoir l'approche thérapeutique ?

La lombalgie est un problème musculosquelettique fréquent. Bien qu'une majorité d'individus souffrant de lombalgie rapporte un soulagement des symptômes au cours d'une période de 4 à 6 semaines, quelques-uns progresseront vers une condition chronique représentant un problème socio-économique majeur. Lorsque la lombalgie devient chronique et qu'une pathologie rachidienne spécifique a été éliminée, les facteurs psychologiques et sociologiques jouent un plus grand rôle dans la continuité des symptômes que les facteurs biomédicaux et biomécaniques [1]. Malgré ces données, certaines décisions cliniques sont quand même basées sur le modèle traditionnel biomédical, lequel associe la douleur et l'incapacité d'agir à un problème de structure spécifique. Les attitudes, croyances et craintes des physiothérapeutes semblent jouer un rôle dans le type d'approche utilisée lors du traitement de patients souffrant de lombalgie. Les évidences préliminaires suggèrent une association entre

l'intervenant en santé et la crainte du patient envers la douleur, et les façons de donner les soins au patient. Par conséquent, l'objectif de cette étude est d'utiliser un ensemble de mesures afin de caractériser les attitudes et croyances des physiothérapeutes envers la lombalgie et sa gestion et d'examiner si elles peuvent prévoir l'approche thérapeutique.

*croyances*

**Réceptiendaire d'une subvention de recherche :**

Tamar Derghazarian, pht

**Chercheur :** Maureen Simmonds, pht, Ph. D.

**Pour de plus amples informations :**

Tamar Derghazarian : tamarnem@hotmail.com



**Références :**

1. Bekkering GE, Engers AJ, Wensing M, Hendriks HJ, van Tulder MW, Oostendorp RA, Bouter LM. Development of an implementation strategy for physiotherapy guidelines on low back pain. *Aust J Physiother.* 2003;49(3):208-14.

**Association entre les capacités à la marche et les déplacements à la maison, à l'école et dans la communauté chez des enfants ayant une déficience motrice : étude exploratoire**

En milieu de réadaptation, il est demandé de préciser le potentiel des enfants ayant des déficiences motrices (DM) à l'égard de leurs déplacements dans le milieu scolaire et dans la communauté. Peu de données sont disponibles concernant le lien entre la marche telle qu'évaluée en clinique et les déplacements à l'extérieur du contexte thérapeutique.

**OBJECTIF :** L'objectif principal de cette étude clinique est d'explorer le lien entre les capacités reliées à la marche évaluées en clinique et les déplacements à la maison, à l'école et dans la communauté chez les enfants et les adolescents ayant une DM.

**PARTICIPANTS :** Enfants et adolescents âgés entre 5 à 17 ans, présentant une DM, fréquentant une école primaire ou secondaire, pouvant se déplacer en marchant pendant au moins 30 secondes. Ceux qui ont un suivi minimal aux 3 à 4 mois seront invités à participer à un deuxième temps de mesure.

**MÉTHODES :** Lors d'un test de marche de 6 minutes, effectué lors d'une visite régulière en physiothérapie, les distances parcourues en 6 minutes, 1 minute ou 30 secondes seront mesurées. Les déplacements de l'enfant seront évalués à l'aide d'items sélectionnés de la Mesure des habitudes de vie adaptée aux enfants. Ces deux tests seront répétés une deuxième fois pour un sous-échantillon de la population. Des analyses paramétriques et non paramétriques seront réalisées.

**Retombées cliniques :** Les résultats permettront de vérifier s'il existe des liens entre les déplacements des enfants dans leurs différents contextes de vie et leurs capacités à la marche et aideront les intervenants à porter un jugement sur l'impact des incapacités à la marche sur les déplacements de l'enfant.

**Objectifs personnels en regard du stage en recherche clinique :** Avec l'obtention de la subvention de stage en recherche clinique, je désire enrichir mes connaissances en recherche en participant à toutes les étapes d'un projet de recherche. Ce stage me permettra de mieux comprendre comment intégrer les données de la recherche dans une pratique clinique toujours plus axée sur les données probantes. Cette expérience en recherche sera également très enrichissante pour me préparer aux études à la maîtrise.

**Récipiendaire d'une subvention de stage de recherche :** Chantale Ferland, pht

**Chercheur :** Désirée Maltais, pht, Ph. D.

**Pour de plus amples informations :**

Chantale Ferland : chantale.ferland@irdpq.qc.ca



## IMPACT du nouveau *Code de déontologie* des membres de l'Ordre pour les membres effectuant de la recherche clinique

M<sup>me</sup> Joanne Goldberg, M. Sc., pht, CCRP, a été élue présidente de la SoCRA (*Society of Clinical Research Associates*) pour l'année 2008. La SoCRA est un organisme international à but non lucratif avec une mission de formation continue et de développement des professionnels de la recherche clinique. [<http://www.socra.org/>]

M<sup>me</sup> Goldberg est présentement consultante au Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) et est responsable des projets spéciaux et des dossiers liés à la recherche clinique au FRSQ.

Site Web de la SoCRA

Le nouveau *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique* [<http://www.oppq.qc.ca/docs/code-deonto-version-finale-formate.pdf>] (*Code de déontologie*) est en vigueur depuis le 6 septembre 2007. Il inclut dorénavant des articles touchant la recherche effectuée par les membres de l'Ordre (section VIII, articles 93 à 101).

Le développement incroyable de la science et de la technologie suscite à travers le monde un questionnement sans cesse grandissant afin d'assurer la protection des personnes qui participent à un projet de recherche. Au Québec, ce questionnement s'est traduit notamment par l'adoption en 1998 d'un *Plan d'action en éthique de la recherche et en intégrité scientifique* (PAM). Par ce PAM, le MSSS a mis de l'avant deux objectifs : la protection des personnes qui prêtent leur concours à des activités de recherche et le partage adéquat des responsabilités entre les différents acteurs du monde de la recherche afin que chacun puisse mettre en oeuvre les moyens permettant l'exercice de ses responsabilités.

Ainsi, le *Code de déontologie* témoigne de la responsabilité de l'Ordre et de ses membres en matière de recherche clinique afin d'assurer des standards rigoureux en matière d'éthique et d'intégrité scientifique. On retiendra principalement de la nouvelle section du *Code de déontologie* que dorénavant **tout membre de l'Ordre doit, avant d'entreprendre une recherche avec des êtres humains, obtenir l'approbation du projet par un comité d'éthique de la recherche qui respecte les normes généralement reconnues, notamment dans sa composition et dans ses modalités de fonctionnement.** Le Comité de recherche clinique désire souligner que cette mesure était déjà appliquée dans le cadre du programme de bourses et subventions offert par l'Ordre.

Les comités d'éthique de la recherche ont la responsabilité d'évaluer la conformité des projets de recherche aux normes en vigueur en matière d'éthique et d'en faire le suivi. Il existe un répertoire **des comités d'éthique de la recherche** (CÉR) qui oeuvrent au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (<http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/repertoire.phtml>). Ce sont des comités décisionnels dont le rôle principal est de s'assurer du respect et de la protection des personnes qui prêtent leur concours à des activités de recherche. Il ne faut pas les confondre avec les comités d'éthique clinique (CÉC) qui ont un rôle d'accompagnement et de sensibilisation à l'éthique en contexte de soins.

Il est à noter qu'il existe un régime de protection spécifique pour tout projet de recherche impliquant des personnes mineures ou majeures inaptes : le projet doit être évalué par un CÉR désigné ou par le CÉR central du MSSS. Ce comité d'éthique de la recherche est chargé de l'application de l'article 21 du *Code civil du Québec* en veillant à l'examen des projets se déroulant soit dans des établissements ne disposant pas de CÉR désigné ou se déroulant hors des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

Comment faire approuver un projet par un comité d'éthique de la recherche si vous avez un projet qui se déroule hors du réseau et concernant des personnes majeures et aptes ? Il existe deux alternatives. La première, et la plus simple, consiste à associer au projet un chercheur en règle et affilié à un établissement et dont les intérêts correspondent au domaine du projet. De cette façon, le projet pourra être évalué par le Comité d'éthique de la recherche de l'établissement auquel le chercheur est affilié.

Il est aussi possible de faire évaluer son projet par un CÉR indépendant tel *Institutional Review Board Services* (IRBS) (<http://www.irbservices.com/>) ou *Ethica Clinical Research inc.* (<http://www.ethicaclinical.ca/>). Cette alternative a le désavantage d'occasionner des coûts relativement importants. Le Comité de recherche clinique désire rappeler que lorsque le membre fait approuver son projet par un CÉR indépendant, il doit s'assurer que ce CÉR respecte les normes généralement reconnues, notamment dans sa composition et dans ses modalités de fonctionnement. Le membre pourra s'appuyer sur le contenu de l'Avis<sup>1</sup> tel que recommandé par le Rapport Audy<sup>2</sup> afin de connaître les normes généralement reconnues.

Il est à noter que depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008, un nouveau mécanisme encadrant l'examen éthique et le suivi continu des projets multicentriques (un projet de recherche multicentrique est un même projet mené dans plusieurs établissements au Québec) a été mis en place au Québec. (<http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/166.276.0.0.1.0.phtml>). Il est important que les chercheurs et cliniciens soient au courant de cette nouvelle initiative.

Le PAM a radicalement changé le visage de l'encadrement de la recherche au Québec, et il est actuellement en processus de révision afin de s'adapter aux nouvelles réalités de la recherche. Ainsi, une recommandation émise par le Rapport Audy est à l'effet d'étendre le mandat du CÉR central afin que celui-ci puisse évaluer des projets de recherche proposés par des chercheurs ne pouvant pas s'adresser à un CÉR public, peu importe qu'il s'agisse d'un projet auquel participent des mineurs, des personnes inaptes ou des majeurs aptes (recommandation 24a). Voilà une idée intéressante !

Joanne Goldberg, pht, M. Sc., CCRP (*Certified Clinical Research Professional*) Présidente

1. Conditions d'exercice des comités d'éthique de la recherche désignés ou institués par le ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 21 du *Code civil*. *Gazette officielle du Québec*, 29 août 1998, 130e année, no 35, [<http://ethique.msss.gouv.qc.ca/site/designationcer.phtml>].
2. Rapport d'enquête sur le Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique (Rapport Audy). MSSS. Octobre 2006. Recommandation 24 b : demander aux ordres professionnels dont le code de déontologie actuel comporte une disposition selon laquelle tout projet de recherche doit être approuvé par un CÉR compétent de donner à leurs membres une directive leur signifiant qu'un CÉR compétent est celui dont les normes de fonctionnement et la composition sont conformes à l'Avis.

Code

**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 1. [http://www.oppq.qc.ca/docs/physio\\_quebec\\_avril\\_08.pdf](http://www.oppq.qc.ca/docs/physio_quebec_avril_08.pdf)

**Les incapacités perçues par les individus présentant une cervicalgie chronique sont peu reliées à leurs déficiences physiques.**

Par Maude Laliberté, pht, M. Sc., Jean-Louis Larochelle, pht, M. Sc., Jean-Pierre Dumas, pht, M. Sc. (responsable du projet), M. Bilodeau, Ph. D. et A. Bertrand Arsenault, pht, Ph. D.

■ Physio-Québec, vol 32, no 3. [http://www.oppq.qc.ca/docs/PHYSIO\\_fev\\_08.pdf](http://www.oppq.qc.ca/docs/PHYSIO_fev_08.pdf)

**Évaluation de la validité concomitante et de l'erreur de mesure du goniomètre cervical CROM.**

Par Jean-Pierre Dumas, pht, M. Sc., Isabel Audet, pht, Julie Côté, Ph. D. et Sophie J. De Serres, Ph. D.

■ Physio-Québec, vol 32, no 2. [http://www.oppq.qc.ca/docs/physio\\_quebec\\_aut\\_07.pdf](http://www.oppq.qc.ca/docs/physio_quebec_aut_07.pdf)

**Les mesures cliniques prises lors d'une application en téléadaptation au domicile du patient sont-elles valides ?**

Par François Cabana, pht, Michel Tousignant, pht, Ph. D. et Patrick Boissy, Ph. D.

**L'influence de la position du sujet sur l'évaluation de la fatigue des muscles sterno-cléido-occipito-mastoïdien et splénius capitis chez des sujets sains.**

Par Jean-Louis Larochelle, pht, Maude Laliberté, pht, Martin Bilodeau, Ph. D., Jean-Pierre Dumas, pht, M. Sc. et A. Bertrand Arsenault, pht, Ph. D.

**Étude de fidélité et de validité de critère des tests du pont chronométré auprès de la clientèle âgée fragilisée.**

Par Manon Pilon, pht, M. Sc., Sylvie Nadeau, pht, Ph. D., France Pottie, pht, M. Sc.

**La fatigue musculaire cervicale est-elle une déficience chez des femmes présentant une cervicalgie chronique ?**

Par Maude Laliberté, pht, Jean-Louis Larochelle, pht, Jean-Pierre Dumas, pht, M. Sc., M Bilodeau, Ph. D. et A. Bertrand Arsenault, pht, Ph. D.

■ Physio-Québec, vol 32, no 1. [http://www.oppq.qc.ca/docs/PHYSIO\\_juin\\_07.pdf](http://www.oppq.qc.ca/docs/PHYSIO_juin_07.pdf)

**Efficacité comparative de trois programmes de réadaptation avec ou sans CPM, sur la mobilité du genou, la capacité fonctionnelle et la durée du séjour hospitalier des patients opérés pour une arthroplastie du genou.**

Par Madeleine Denis, pht, M. Sc., Hélène Moffet, pht, Ph. D., France Caron, pht, Denise Ouellet, pht, M. Sc.

**Effets d'environnements exigeants au niveau physique et attentionnel sur les habiletés locomotrices suivant un traumatisme cranio-cérébral.**

Par Marie Vallée, pht, M. Sc. et Bradford J. McFadyen, Ph. D.

*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 au Comité de recherche clinique (par courriel à M. Serge Orzes à l'adresse [sorzes@oppq.qc.ca](mailto:sorzes@oppq.qc.ca)).

---

Pour ce premier numéro, voici une question fréquemment posée par les membres : pourquoi le Comité fait-il la promotion du cours *Lecture critique de la littérature scientifique - Comment développer un oeil critique ?*

En effet, le Comité de recherche clinique s'est donné le mandat de faire la promotion de ce cours, et même de l'offrir gratuitement à un milieu clinique à chaque année dans le cadre d'un concours <http://www.oppq.qc.ca/PactuFiche.php?page=36>. Les raisons qui motivent cette décision sont d'abord liées aux mandats du Comité, notamment celui de la promotion et de la formation à la recherche, mais aussi au contexte de pratique qu'est devenu le nôtre depuis une dizaine d'années. Les données probantes sont maintenant au cœur de la pratique de la physiothérapie, mais nous sommes conscients que plusieurs d'entre nous sont peu outillés pour trouver les bonnes données et surtout pour pouvoir en estimer la valeur et la pertinence vu le nombre impressionnant de publications et de lignes directrices qui nous sont proposées. Ainsi, le cours *Lecture critique de la littérature scientifique - Comment développer un oeil critique?*, qui a pour objectifs d'initier les cliniciens à la lecture d'articles scientifiques, à la critique des aspects positifs et négatifs d'un article scientifique et d'être sensibilisés à l'importance des données probantes (i.e. preuves scientifiques) dans le choix du type d'évaluation et du traitement pour les clients en réadaptation, nous apparaît comme un incontournable dans ce domaine.

Ce cours se déroule en deux temps, à quelques semaines d'intervalle pour donner aux participants le temps d'intégrer les nouvelles connaissances acquises et de préparer leur intervention prévue pour la deuxième session. La **session 1** consiste en une courte présentation donnée par le formateur sur les données probantes et sur la façon de consulter et d'utiliser la littérature scientifique. Vient ensuite une critique détaillée d'un article scientifique choisi par le formateur portant sur un thème général de réadaptation et, au terme de la session, les participants sont invités à former des groupes de 3-4 personnes pour choisir un article à critiquer et à présenter lors de la session 2. La **session 2**, quant à elle, consiste en des présentations de groupe où les participants présentent la critique de leur article et où le formateur joue un rôle de consultant offrant des précisions et répondant aux questions au besoin. À la fin de la présentation, les retombées cliniques de chaque article sont systématiquement discutées.

Il s'agit donc d'un cours ayant un impact direct sur la pratique de la physiothérapie et constituant un élément essentiel des compétences requises pour les physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique pour mieux fonctionner dans le contexte de pratique qui est le nôtre. Comment, sinon, pourrions-nous juger des techniques de traitement qui nous sont proposées ou encore des lignes directrices élaborées par divers organismes ?

*entre nous*

---

**LIENS UTILES | Voici quelques sites pertinents à la recherche clinique.****PEDro** [www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.html](http://www.pedro.fhs.usyd.edu.au/index.html)

PEDro est une initiative du *Center for Evidence-Based Physiotherapy (CEBP)*. Il s'agit d'une base de données comprenant des articles au sujet des données probantes pertinentes au domaine de la physiothérapie. Elle a été développée pour fournir un accès rapide à des informations bibliographiques et aux abrégés des essais cliniques randomisés, des revues systématiques et des lignes directrices pour la pratique clinique en physiothérapie. La plupart des articles ont été évalués en regard de leur qualité méthodologique facilitant ainsi l'interprétation des résultats y étant présentés.

**La pratique fondée sur les faits scientifiques de la réadaptation – Recommandations cliniques en réadaptation.** [www.health.uottawa.ca/rehabguidelines/fr/login.php](http://www.health.uottawa.ca/rehabguidelines/fr/login.php)

Ce site, développé par l'Université d'Ottawa, renferme un répertoire de recommandations cliniques en réadaptation, sélectionnées systématiquement selon une méthodologie rigoureuse. L'originalité de ce site provient du fait que la recherche peut s'effectuer en « anglais » ou en « français », et que les recommandations cliniques sont traduites dans les deux langues. De plus, la qualité de chaque recommandation clinique est évaluée à l'aide d'un outil validé nommé AGREE (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation* - [www.agreecollaboration.org](http://www.agreecollaboration.org)). La mise à jour de ce site est effectuée périodiquement, afin d'intégrer les nouvelles recommandations cliniques.

**Expertise recherche Québec** [http://www.erq.gouv.qc.ca/site\\_html/pages/propos/index.html](http://www.erq.gouv.qc.ca/site_html/pages/propos/index.html)

Ce site est issu de la mise en commun de l'expertise de quatre principaux organismes: le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE), le Fonds québécois de la recherche sur la nature et les technologies (FQRNT), le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) et le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ).

Sous l'onglet *Répertoire des chercheurs*, le moteur de recherche vous permet d'accéder aux curriculum vitæ de près de 7 000 chercheurs oeuvrant au Québec, tous domaines confondus. Vous obtiendrez, par ces curriculum vitæ, de l'information concernant la discipline de formation, l'objet de recherche, le champ d'application, les applications technologiques ainsi que les principales publications scientifiques des chercheurs. Si vous avez une question ou un intérêt particulier, vous pouvez utiliser ce répertoire pour trouver les chercheurs au Québec qui travaillent dans ce domaine, et avec qui vous pourriez peut être vous associer.

**Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS)**

<http://www.aetmis.gouv.qc.ca/>

L'AETMIS est un organisme indépendant relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec. Sa mission est de conseiller le ministre et d'appuyer, au moyen de l'évaluation, les décideurs du milieu québécois de la santé. Ses évaluations portent sur l'introduction, l'acquisition et l'utilisation de technologies de la santé, ainsi que sur les modalités de dispensation et d'organisation des services.

La promotion de l'évaluation, le transfert des connaissances, la formation ainsi que le rayonnement de l'expertise québécoise sont également au cœur de sa mission. Sur ce site, vous retrouverez notamment la liste des rapports de l'Agence (certains touchant le domaine de la réadaptation) ainsi que des liens menant à d'autres organismes d'évaluation des technologies de la santé.

**CanChild Centre for Childhood Disability Research** [www.canchild.ca](http://www.canchild.ca)

Le *Centre CanChild* est un leader international dans le champ de la recherche portant sur les incapacités liées à l'enfance dans le but d'améliorer la vie des enfants, des adolescents et de leurs familles. Ses principaux objectifs consistent à faire de la recherche innovatrice et de rendre accessibles les nouvelles connaissances afin d'améliorer les services offerts et les politiques en santé. Il est possible de s'abonner à un bulletin d'information. *CanChild* regroupe une équipe de chercheurs provenant de différentes disciplines notamment la pédiatrie, l'ergothérapie, la physiothérapie, l'orthophonie et audiologie, le travail social, l'épidémiologie et la statistique.



## Chronique des RÉCIPIENDAIRES

# 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.<sup>1,2</sup>,

Luc J Hébert, *pht*, Ph. D.<sup>1,2</sup>,

Hélène Moffet, *pht*, Ph. D.<sup>2,3</sup>,

Sylvain Belzile, MD<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup> Service de santé des Forces canadiennes <sup>2</sup> Université Laval <sup>3</sup> CIRRISS <sup>4</sup> CHUQ

### Introduction

L'entorse latérale de la cheville (ELC) est sans conteste l'une des blessures les plus fréquentes chez les sportifs<sup>5</sup> et les militaires<sup>5,17</sup>. Cette condition souvent banalisée peut avoir un impact important sur la capacité des personnes à réaliser leurs activités régulières<sup>1,14</sup>. Même si les personnes ayant subi une entorse de la cheville retournent habituellement à leurs activités régulières, près de 75 % d'entre elles éprouvent toujours des signes et symptômes plusieurs mois après le traumatisme<sup>4</sup>. Selon Braun<sup>4</sup>, la persistance des symptômes qualifiés « de modérés à sévères » serait associée à une capacité fonctionnelle plus limitée et à un risque plus élevé de se blesser à nouveau. De plus, suite à une ELC, la probabilité de subir une autre entorse est deux fois plus élevée<sup>11,10,16,8</sup>. Les résultats de ces études renforcent l'idée que la récupération post-entorse est généralement incomplète et que la persistance de déficiences peut expliquer la récurrence observée.

La persistance de déficiences et leur impact sur l'incapacité persistante à long terme de même que la vulnérabilité de subir une autre entorse ont fait l'objet de plusieurs études<sup>2,12</sup>, mais les conclusions de ces recherches demeurent souvent contradictoires et difficiles à comparer, notamment à cause des différences méthodologiques. De plus, plusieurs auteurs ont rapporté des variables qui visaient à comprendre les mécanismes physiopathologiques impliqués lors d'une entorse, mais qui se révèlent peu utiles sur le plan clinique parce que trop complexes et difficiles à interpréter. Curieusement, peu de chercheurs se sont intéressés à documenter l'évolution des signes et symptômes dès les premiers stades de récupération d'une entorse de cheville en utilisant des mesures couramment accessibles en clinique. L'intérêt d'un tel projet serait d'identifier les variables qui sont davantage liées à l'amélioration de la capacité fonctionnelle et de pouvoir les mesurer dans le contexte clinique afin de planifier des interventions qui

favorisent une récupération optimale et réduisent les risques de récurrence.

L'objectif de la présente étude était donc de documenter l'évolution des signes et symptômes à différents stades de récupération au cours des 6 premiers mois suivant une ELC en utilisant des mesures accessibles et couramment utilisées en clinique.

### Méthodologie

Trente-six militaires qui consultaient à la clinique de physiothérapie de la Garnison Valcartier avec un diagnostic médical d'ELC de grade I ou II subie moins de 5 jours auparavant ont été recrutés pour former un échantillon de convenance. Les candidats ayant une atteinte bilatérale, des séquelles d'une atteinte musculosquelettique aux membres inférieurs ou à la colonne vertébrale ou encore une atteinte neurologique ou rhumatismale étaient exclus de l'étude.

Au cours de cette étude longitudinale, les participants ont été évalués

# Chronique des RÉCIPENDAIRES

## L'ENTORSE LATÉRALE DE LA CHEVILLE... suite

à 3 reprises: moins de cinq jours (E1), à 8 semaines (E2) et à 6 mois (E3) après l'ELC. La période E2 correspond au moment où, selon nos données, les patients reçoivent habituellement leur congé de la physiothérapie. Chaque session comprenait l'évaluation des variables suivantes selon une procédure standardisée :

1. l'intensité de la douleur mesurée avec une échelle visuelle analogue à la fin des amplitudes articulaires de la cheville et à la mise en charge ;
2. l'œdème au pourtour de la cheville selon la méthode de mesure en huit<sup>9</sup> ;
3. l'amplitude articulaire de la cheville en non-mise en charge (flexion dorsale avec genou fléchi et en extension, flexion plantaire, inversion et éversion) à l'aide d'un goniomètre et en mise en charge (flexion dorsale avec genou fléchi et en extension et flexion plantaire) à l'aide d'un inclinomètre digital ;
4. la force isométrique maximale des muscles fléchisseurs dorsaux et plantaires, inverseurs et éverseurs de la cheville à l'aide du dynamomètre Biodex ;
5. la capacité fonctionnelle du membre inférieur à l'aide de la version française du «Lower Extremity Functional Scale» (LEFS)<sup>3</sup>.

Pour les sessions E2 et E3 seulement :

6. l'équilibre sur une jambe évalué à l'aide du test du «foam»<sup>13</sup>, qui est une adaptation du test du «foam and dome» et qui consistait à mesurer bilatéralement la durée de l'équilibre sur une jambe avec les yeux fermés. Cinq essais d'une durée maximale de 30 secondes (score composite maximum de 150 secondes) étaient réalisés au sol et sur un «foam» ;
7. la capacité à sauter sur une jambe et contrôler l'équilibre à la réception à l'aide du «Hop test» latéral et médial<sup>7</sup> et du «Crossover Hop Test»<sup>15</sup> ;
8. la persistance de signes et symptômes (douleur, œdème, dérobades, faiblesses, récurrences, limitations au travail et lors de la pratique d'activités sportives) à l'aide d'un questionnaire standardisé.

Les soins reçus par les participants n'étaient pas standardisés, mais comprenaient les traitements habituels tels : les modalités visant à contrôler les signes et symptômes de l'inflammation, le renforcement musculaire et les mobilisations articulaires, la mise en charge précoce et les exercices proprioceptifs.

Des statistiques descriptives (moyenne, écart-type, erreur-type) ont été calculées pour le côté sain et le côté atteint pour chacune des variables continues à l'exception de l'œdème où le calcul a été effectué sur la différence entre le membre in-

férieur sain et atteint. Les différences entre les 3 périodes d'évaluation ont été calculées avec une ANOVA à mesures répétées. Un test de t avec correction de Bonferroni a été calculé pour les comparaisons post-hoc. Les différences entre le membre inférieur atteint et sain ont été calculées avec un test de t pour échantillon dépendant pour chaque période d'évaluation. Une analyse de sous-groupe a été réalisée avec un test de Mann-Whitney pour établir les différences en regroupant les sujets selon le grade de l'entorse et selon la perception des limitations, signes et symptômes tels que rapportés avec le questionnaire standardisé. Le seuil de signification a été fixé à  $p \leq 0,05$ .

## Résultats

### Sujets

Les 36 participants au projet étaient des hommes âgés de  $28,7 \pm 7,5$  ans. Neufs sujets avaient une ELC de grade I et 27, de grade II. Vingt-trois participants occupaient une fonction de combat (ex : fantassin, artilleur) alors que 13, exerçaient un métier de support (ex : cuisinier, mécanicien). Dix-neuf sujets en étaient à leur première entorse alors que les 17 autres rapportaient de un à plus de 10 précédents épisodes.

Au total, 23 sujets ont complété avec succès les 3 séances d'évaluation. Quatre participants ont été perdus au suivi E2, mais ont été récupérés à E3 alors que 8 sujets ont été perdus au

# Chronique des RÉCIPÉNDIAIRES

## L'ENTORSE LATÉRALE DE LA CHEVILLE... suite

suivi E3. Les données d'un sujet ayant eu une récurrence importante juste avant le suivi E3 ont été exclues de l'analyse à cause d'un écart trop grand par rapport à la moyenne. La majorité des pertes au suivi s'expliquent par une participation à des exercices militaires ou des mutations.

**Tableau 1.** Déficiences et incapacités au cours des six mois suivant une entorse latérale de la cheville

Variable	E1 (n = 36)	E2 (n = 32)	E3 (n = 27)	Valeur p (n = 23)
<b>Œdème</b> (centimètre)	0,9 ± 0,8 *	0,4 ± 0,5 *†	0,1 ± 0,7 †	< 0,001
<b>Amplitude articulaire</b> (degré)				
Inversion	18,5 ± 5,5 * (20,9 ± 5,2)	20,2 ± 6,7 (21,1 ± 5,1)	20,6 ± 6,8 (20,1 ± 7,2)	NS
Éversion	8,0 ± 3,7 * (10,3 ± 3,0)	10,1 ± 3,3 † (10,3 ± 3,1)	10,2 ± 3,6 (10,6 ± 3,6)	0,006
Flexion dorsale, genou fléchi en non-MEC	22,2 ± 8,2 * (24,8 ± 8,2)	26,4 ± 9,5 † (26,4 ± 10,0)	27,9 ± 8,5 † (27,3 ± 8,7)	0,001
Flexion dorsale, genou en extension en non-MEC	14,8 ± 5,7 * (17,7 ± 5,7)	18,8 ± 6,4 † (18,9 ± 6,8)	19,4 ± 6,3 † (19,0 ± 5,9)	< 0,001
Flexion plantaire en non-MEC	54,6 ± 9,7 * (60,3 ± 6,7)	57,5 ± 7,8 * (60,1 ± 6,3)	61,7 ± 7,6 †† (61,3 ± 6,6)	< 0,001
Flexion dorsale, genou fléchi en MEC	33,8 ± 8,0 * (41,3 ± 6,1)	38,3 ± 6,3 *† (41,8 ± 6,1)	42,1 ± 6,3 † (42,6 ± 7,1)	< 0,001
Flexion dorsale, genou en extension en MEC	31,1 ± 7,1 * (34,6 ± 5,6)	33,8 ± 5,6 (34,2 ± 5,6)	35,4 ± 6,4 (34,6 ± 6,9)	NS
Flexion plantaire MEC	43,3 ± 8,9 * (49,0 ± 7,5)	44,2 ± 8,9 * (48,3 ± 9,2)	47,3 ± 8,5 (48,5 ± 6,9)	NS
<b>Douleur</b> (centimètre)				
En mise en charge	1,1 ± 1,2 *	0,1 ± 0,5 †	0 ± 0 †	< 0,001
Inversion	3,4 ± 2,7 *	0,8 ± 1,6 *†	0,3 ± 0,8* †	< 0,001
Éversion	1,6 ± 2,7 *	0,6 ± 1,6 *	0,2 ± 0,8 †	0,02
Flexion dorsale, genou fléchi en non-MEC	3,1 ± 2,6 *	0,7 ± 1,4 *†	0,2 ± 0,9 †	< 0,001
Flexion dorsale, genou en extension en non-MEC	1,4 ± 1,7 *	0,3 ± 0,9 †	0,02 ± 0,1 †	0,002
Flexion plantaire en non-MEC	3,1 ± 2,7 *	1,2 ± 2 *†	0,2 ± 1,1 ††	< 0,001
Flexion dorsale, genou fléchi en MEC	4,0 ± 2,8 *	2,1 ± 2,8 *	0,3 ± 0,8 *††	< 0,001
Flexion dorsale, genou en extension en MEC	2,2 ± 2,4 *	0,3 ± 1,0 †	0,03 ± 0,1 †	< 0,001
Flexion plantaire en MEC	3,4 ± 2,5 *	1,9 ± 2,5 *†	0,5 ± 1,6 ††	< 0,001
<b>Équilibre unipodal</b> (seconde)				
Au sol		94,4 ± 39,7 (103,1 ± 32,8)	106,8 ± 37,3 (104,3 ± 40,0)	NS
Sur «foam»		41,9 ± 26,8 (46,2 ± 33,5)	62,2 ± 42,2† (63,4 ± 45,4†)	0,02 (0,008)
<b>Hop test</b> (centimètre)				
Latéral		95,6 ± 27,4 * (104,2 ± 23,2)	100,5 ± 22,7 (102,7 ± 22,3)	NS
Médial		100,4 ± 23,3 (103,4 ± 22,7)	107,5 ± 24,6 † (106,4 ± 24,5)	0,03
Crossover		358,2 ± 70,9 * (382,4 ± 71,1)	380,6 ± 78,5 † (379,8 ± 79,9)	0,05
<b>Moment de force</b> (Newton mètre)				
Inversion	20,2 ± 9,8 * (25,2 ± 6,4)	24,6 ± 6,6 † (26,3 ± 5,7)	24,4 ± 7,7 † (27,2 ± 9,5)	0,002
Éversion	18,3 ± 6,8 * (25,7 ± 6,5)	23,8 ± 5,1 *† (25,8 ± 5,9)	25,3 ± 6,0 †† (27,3 ± 7,1)	< 0,001
Flexion dorsale	40,8 ± 8,8 * (43,7 ± 8,3)	41,9 ± 11,0 * (43,9 ± 10,1)	43,0 ± 9,9 (42,6 ± 9,1)	NS
Flexion plantaire	64,8 ± 24,9 * (82,5 ± 22,4)	76,5 ± 20,4 * (83,5 ± 17,5)	81,3 ± 24,4 (82,7 ± 23,6)	NS
<b>Capacité fonctionnelle</b> (score au LEFS)	39,3 ± 16,3 *	70,6 ± 7,9 *†	78,2 ± 2,8 *††	< 0,001

Les valeurs rapportées sont les moyennes ± l'écart type. Les chiffres entre parenthèses sont les valeurs du côté sain.

\* = différence significative ( $p \leq 0,05$ ) avec le côté sain ou avec la valeur attendue chez un sujet sain; † = différence significative ( $p \leq 0,05$ ) avec la valeur à E1.

‡ = différence significative ( $p \leq 0,05$ ) avec la valeur à E2.

# Chronique des RÉCIPENDAIRES

## L'ENTORSE LATÉRALE DE LA CHEVILLE... suite

### Récupération des déficiences et incapacités

#### Déficiences

À l'évaluation initiale, les mesures de déficience du côté de l'entorse étaient toutes significativement différentes des valeurs du côté sain. La plupart de ces mesures se sont améliorées et ont atteint les valeurs du côté sain 6 mois après l'ELC sauf en ce qui concerne l'intensité de la douleur à la fin des amplitudes d'inversion et de flexion dorsale avec genou fléchi en mise en charge.

De façon générale, les amplitudes articulaires mesurées avec la méthode du goniomètre ont démontré une amélioration plus rapide et ont atteint les valeurs du côté sain au moment du congé en physiothérapie alors que les autres mesures indicatrices de déficience (amplitudes articulaires mesurées avec la méthode de l'inclinomètre, douleur, œdème et force musculaire) ont récupéré plus lentement, atteignant les valeurs du côté sain 6 mois après l'entorse (E3). La grandeur des changements et des différences entre le membre atteint et le membre sain sont rapportées au tableau 1.

#### Incapacités

Globalement, la mesure de la capacité fonctionnelle (LEFS) très limitée au départ s'est améliorée progressivement jusqu'à E3 sans toutefois atteindre le total maximum de 80 (tableau 1). Six mois après l'entorse, les activités les plus exigeantes comme la capacité à courir sur une surface inégale ( $3,6/4 \pm 0,6$ ), à faire des virages brusques en courant vite ( $3,7/4 \pm 0,5$ ), à sautiller ( $3,7/4 \pm 0,5$ ) et à faire ses activités sportives, passe-temps ou loisirs habituels ( $3,8/4 \pm 0,4$ ) étaient celles qui demeuraient significativement limitées.

Les résultats du test d'équilibre et des «Hop tests» sont rapportés au tableau 1, mais ne seront pas discutés dans le présent résumé.

Finalement, lorsque questionnés sur la perception de changement depuis la dernière évaluation, 31 sujets sur 32 ont noté une amélioration globale de leur condition à E2 alors que 23 sujets sur 27 constataient un progrès à E3. La persistance de douleur était le symptôme le plus couramment rapporté par les participants à E2 et E3 (tableau 2). À E2, le niveau

de capacité fonctionnelle tel que rapporté avec le LEFS était plus faible chez les sujets qui rapportaient la persistance de douleur ( $69,0 \pm 7,4$  vs  $79,8 \pm 0,5$ ;  $p < 0,001$ ), de faiblesses musculaires ( $67,5 \pm 8,2$  vs  $73,7 \pm 6,6$ ;  $p = 0,02$ ) et qui se disaient être toujours limités dans leurs activités de travail ( $63,9 \pm 5,7$  vs  $72,9 \pm 7,0$ ;  $p = 0,01$ ) et dans la pratique d'activités sportives ( $66,2 \pm 7,2$  vs  $76,8 \pm 3,8$ ;  $p < 0,001$ ). De même à E3, le niveau de capacité fonctionnelle était plus faible chez les participants qui présentaient toujours de la douleur ( $70,9 \pm 10,4$  vs  $79,4 \pm 1,1$ ;  $p < 0,001$ ) ainsi qu'une limitation dans leurs activités de travail ( $58,5 \pm 17,7$  vs  $78,4 \pm 2,4$ ;  $p = 0,005$ ) et dans la pratique des sports ( $64,3 \pm 16$  vs  $78,5 \pm 2,4$ ;  $p = 0,004$ ). Les sujets qui ne percevaient aucune limitation, signe ou symptôme ont atteint le plus haut total possible au LEFS à E2 ( $79,8 \pm 6,2$ ) ou à E3 ( $79,7 \pm 4,0$ ).

#### Différences selon le grade de l'entorse

À l'évaluation initiale, les sujets avec ELC de grade I avaient un niveau de capacité fonctionnel moins grand (LEFS  $28,6 \pm 13,5$  vs  $42,9 \pm 15,7$ ;

**Tableau 2.** Signes, symptômes et limitations perçus au cours des six premiers mois suivant une entorse latérale de la cheville

Période	Douleur	Dérobades	Faiblesse	Œdème	Récidives	Limitations dans les activités de travail	Limitations dans la pratique d'activités sportives
E1-E	Présent	25	8	14	2	2	7
	Absent	5	22	16	28	28	23
E2-E3	Présent	7	3	7	0	0	1
	Absent	20	24	20	27	27	26

Les valeurs rapportées représentent le nombre de sujets avec (présent) ou sans (absent) les signes, symptômes ou limitations évalués.

# Chronique des RÉCIPIENDAIRES

## L'ENTORSE LATÉRALE DE LA CHEVILLE... *suite*

$p = 0,02$ ) et rapportaient une douleur plus intense en fin de flexion plantaire en non-MEC (échelle visuelle analogue  $4,8 \pm 3,0$  vs  $2,4 \pm 2,3$ ,  $p = 0,05$ ) que les sujets avec entorse de grade II. Finalement à E3, les sujets avec une ELC de grade II développaient un moment de force moins élevé en flexion plantaire ( $76,0 \text{ Nm} \pm 22,9$  vs  $99,8 \text{ Nm} \pm 21,7$ ;  $p = 0,03$ ) et éversion ( $24,6 \text{ Nm} \pm 3,9$  vs  $27,5 \text{ Nm} \pm 10,7$ ;  $p = 0,03$ ). Les sujets avec ELC de grade I et II ne pouvaient être différenciés en référant à la perception de limitations, signes et symptômes.

### Discussion

La présente étude visait à documenter l'évolution des signes et symptômes à différents stades de récupération au cours des 6 premiers mois suivant une ELC. En utilisant des instruments de mesures accessibles en clinique, il a été possible de démontrer que l'amélioration des déficiences et incapacités est plus marquée avant le congé de la physiothérapie. Cette amélioration se poursuit ensuite jusqu'à une récupération complète pour la majorité des variables 6 mois après l'entorse sauf pour l'intensité de la douleur en fin d'inversion et flexion dorsale avec genou fléchi en mise en charge ainsi que la capacité fonctionnelle.

Même si les résultats du LEFS indiquent un très faible niveau d'incapacité fonctionnelle 6 mois après l'entorse, près de 40 % des participants rapportaient toujours la pré-

sence de signes et symptômes et de limitations au travail ou dans les activités sportives ce qui est similaire aux résultats rapportés par Braun<sup>4</sup>. Selon cette auteure, la persistance de faiblesses musculaires et l'incapacité à marcher 1,5 kilomètres, à sauter ou à faire des pivots seraient associées à un risque accru de subir une entorse. Les participants qui demeuraient symptomatiques dans la présente étude ont rapporté des limitations similaires, ce qui suggère qu'ils puissent, eux aussi, présenter un risque plus élevé de récurrence. L'interprétation du score global au LEFS devrait donc être faite avec discernement puisque ce score pourrait bien sous-estimer le risque réel de subir une entorse. Afin de minimiser le risque de récurrence, il faudrait s'assurer que les activités les plus exigeantes (courir sur une surface inégale, faire des virages brusques en courant, sautiller et faire ses activités de sports, passe-temps ou loisirs habituels) ne représentent plus de difficulté. De même, il serait prudent de s'assurer que les patients n'ont plus de perception de douleur ou de faiblesse et qu'ils ne se perçoivent plus limités au travail ou dans la pratique des sports puisque ces facteurs sont associés à une capacité fonctionnelle plus limitée. Ces recommandations sont particulièrement importantes chez des populations qui accomplissent leurs activités dans des conditions très exigeantes (marche en terrains accidentés, déplacements nocturnes ou dans des endroits peu éclairés, course à pied).

Chez des sujets avec entorse de la cheville, la présence de douleur, même de faible intensité, devrait être considérée comme un indicateur de retour tardif et incomplet de la capacité fonctionnelle. Les résultats de notre étude démontrent la persistance de douleur à la fin de la flexion dorsale avec genou fléchi en mise en charge et en fin d'inversion après 6 mois. Même si la douleur rapportée était de faible intensité, on doit considérer le fait que les militaires adoptent régulièrement des positions accroupies lors d'opérations sur le terrain et qu'ils ont à se déplacer sur des surfaces très accidentées (pentes, sols instables), ce qui sollicite davantage les articulations aux limites d'amplitudes et à des vitesses angulaires très élevées. Dans ces conditions, on peut penser que la douleur pourrait être beaucoup plus intense et entraîner une inhibition de la force musculaire menant à une diminution de la stabilisation dynamique de la cheville. Nos résultats indiquent que les sujets qui ressentent encore de la douleur six mois après l'entorse ont une capacité fonctionnelle plus limitée que ceux qui n'en ont pas.

Les résultats des sous-analyses ont démontré que, 6 mois après l'entorse, les participants avec une ELC de grade II développaient moins de force des éverseurs et fléchisseurs plantaires, ce qui suggère qu'une attention particulière doive être portée au renforcement musculaire chez les gens avec une instabilité mécanique. La littérature présente des résultats conflictuels en regard de l'influence de la laxité

# Chronique des RÉCIPIENDAIRES

## L'ENTORSE LATÉRALE DE LA CHEVILLE... suite

ligamentaire sur le risque de récidi-  
ves<sup>2</sup>, mais à notre connaissance,  
aucune étude ne s'est intéressée à  
l'impact d'une instabilité mécanique  
et d'un manque de force musculaire  
sur le niveau de capacité aux divers  
stades de récupération.

### Conclusion

Puisque la probabilité de subir une  
seconde entorse est deux fois plus  
élevée suite à un premier épisode et  
que les entorses non traitées condui-  
sent éventuellement à une instabilité  
chronique de la cheville, il est essentiel  
d'enseigner et d'éduquer nos patients  
face à l'importance de bien traiter  
cette condition qui est trop souvent  
banalisée. Avant de recommander un  
retour complet aux activités sans res-  
triction à une personne ayant subi une  
ELC, le physiothérapeute devrait s'as-  
surer de l'absence de douleur lors  
d'activités exigeantes et d'une récu-  
pération optimale de la force des  
éverseurs et des fléchisseurs plantai-  
res. Entre une ELC qui récupère sans  
séquelle et une ELC qui dégénère en  
une instabilité chronique; le physio-  
thérapeute peut faire la différence...

*Les auteurs désirent remercier  
M. Marc Vincent, M. Daniel Landry,  
M<sup>me</sup> Isabelle Cummings,  
M<sup>me</sup> Geneviève Braconnier et Lt  
Jean-François St-Amand pour  
leur support technique au cours  
de cette étude.*

*Ce projet a été subventionné par  
l'OPPQ et le REPAR.*

### Bibliographie

- Alcock GK, Stratford PW. *Validation of the Lower Extremity Functional Scale on Athletic Subjects with Ankle Sprains. Physiother Can.* 2002; 233-40.
- Beynon BD, Murphy DF, Alosa DM. *Predictive Factors for Lateral Ankle Sprains: A Literature Review. J Athl Train.* 2002; 37(4):376-380.
- Binkley JM, Stratford PW, Lott SA, Riddle DL. *The Lower Extremity Functional Scale (LEFS): Scale Development, Measurement Properties, and Clinical Application. North American Orthopaedic Rehabilitation Research Network. Phys Ther.* 1999; 79(4):371-83.
- Braun BL. *Effects of Ankle Sprain in a General Clinic Population 6 to 18 months after Medical Evaluation. Arch Fam Med.* 1999; 8(2):143-8.
- Fong DT, Hong Y, Chan L, Yung PS, Chan K. *A Systematic Review on Ankle Injury and Ankle Sprain in Sports. Sports Med.* 2007; 37 (1): 73-94.
- Hébert LJ. *Final Report Proposal Regarding QOL Funding for Clinical Research. Canadian Forces Medical Group;* 2005.
- Kea J, Kramer J, Forwell L, Birmingham T. *Hip Abduction-adduction Strength and One-leg Hop Tests: Test-retest Reliability and Relationship to Function in Elite Ice Hockey Players. J Orthop Sports Phys Ther.* 2001 Aug; 31(8): 446-55.
- Kotofolis ND, Kellis E, Vlachopoulos SP. *Ankle Sprain Injuries and Risk Factors in Amateur Soccer Players During a 2-year Period. Am J Sports Med.* 2007; 35: 458-466.
- Mawdsley RH, Hoy DK, Erwin PM. *Criterion-related Validity of the Figure-of-eight Method of Measuring Ankle Edema. J Orthop Sports Phys Ther.* 2000; 30(3):149-153.
- McHugh MP, Tyler TF, Mirabella MR, Mullaney MJ, Nicholas SJ. *The Effectiveness of a Balance Training Intervention in Reducing the Incidence of Noncontact Ankle Sprains in High School Football Players. Am J Sports Med.* 2007; 35: 1289-94.
- Milgrom C, Shlamkovitch N, Finestone A, Eldad A, Laor A, Danon YL et al. *Risks Factors for Lateral Ankle Sprain: A Prospective Study Among Military Recruits. Foot Ankle.* 1991; 12(1):26-30.
- Murphy DF, Connolly DA, Beynon BD. *Risk Factors for Lower Extremity Injury: A Review of the Literature. Br J Sports Med.* 2003; 37(1):13-29.
- Perron M, Hébert LJ. *Assessing One-leg Stance Control with the Timed Foam Test in Subjects with a Second-degree Ankle Sprain. 3<sup>rd</sup> International Ankle Symposium, University College Dublin, Dublin, Ireland. JOSPT.* 2006; 36 (11) : A-18.
- Perron M, Hébert LJ, McFadyen BJ, Regnière M, Belzile S. *The Ability of the Biodex Stability System to Distinguish Level of Function in Subjects with a Second-degree Ankle Sprain. Clin Rehabil.* 2007; 21: 73-81.
- Ross MD, Langford B, Whelan PJ. *Test-retest Reliability of 4 Single-leg Horizontal Hop Tests. J Strength Cond Res.* 2002 Nov; 16(4):617-22.
- Verhagen E, Van der Beek A, Twisk J, Bouter L, Bahr R, Van Mechelen W. *The Effect of a Proprioceptive Balance Board Training Program for the Prevention of Ankle Sprains. A Prospective Controlled Trial. Am J Sports Med.* 2004; 32 (6): 1385-93.
- Vézina MJ, Hébert L.J., Bickford DH, Wierstra B. *Operational Readiness in the Army of the 21<sup>st</sup> Century: The Need for a Deployed Physiotherapy Capability" (Abstract) Bi-annual Conference on Operational Medicine, Canadian Forces Health Services Group. Halifax, Canada.* 2001.



# Tour CIBC

CHARLES-BRUNEAU

## ÉVÉNEMENTS

### L'OPPQ PARTENAIRE DE LA FONDATION CENTRE DE CANCÉROLOGIE CHARLES-BRUNEAU

→→→→→→→→→→→→→→→→ **Objectif 25 000 \$**

La Fondation Centre de cancérologie Charles-Bruneau est un organisme à but non lucratif, qui a été mis sur pied en 1990, par un groupe de parents et d'amis d'enfants atteints de cancer.

Cet été, du 7 au 10 juillet 2008, pour la septième année consécutive, l'Ordre adhère à cette cause et plusieurs membres de l'Ordre, seront du peloton des cyclistes du Tour cycliste CIBC de la Fondation Centre de cancérologie Charles-Bruneau.

Ce tour cycliste est une randonnée à vélo de près de 600 km, à travers le Québec qui se déroule sur 4 jours. Le départ des cyclistes se fait à l'Hôpital Ste-Justine, le 7 juillet 2008, à 7 heures. Le peloton se dirige par la suite vers Drummondville, Sherbrooke, St-Jean-sur-Richelieu, pour revenir, le 10 juillet, à l'Hôtel de Ville de Montréal.

Lors du tour cycliste, chaque cycliste est jumelé à un jeune enfant atteint de cancer et il porte fièrement sa photo sur son coeur tout au long du parcours. Ce jumelage est une source de motivation pour les cyclistes qui rencontrent leur protégé durant cet événement.

Par notre humble contribution à la collecte de fonds du Tour cycliste CIBC de la Fondation Centre de cancérologie Charles-Bruneau, nous permettons à la recherche fondamentale sur le cancer infantile de progresser, et cela représente certainement un espoir pour les familles des enfants atteints de cette maladie sournoise.







# SEMAINE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU 22 AU 29 SEPTEMBRE 2008

## ÉVÉNEMENTS

« La physiothérapie pour surpasser vos limites ! »

[www.physiotest.ca](http://www.physiotest.ca)

La Semaine de la physiothérapie se tiendra du 22 au 29 septembre 2008.

Dans le cadre de cette semaine, trois publicités radiophoniques seront diffusées aux heures de pointe sur les trois stations suivantes : 98,5 FM parlé (CHMP-FM), 107,3 Cité rock détente (CITÉ-FM), 105,7 Rythme FM (CFGL-FM).

Les trois publicités traitent du bon port du sac à dos, de l'activité physique à un âge avancé et de moyens simples pour faire de l'activité physique. Ces trois publicités invitent la population à aller sur [www.physiotest.ca](http://www.physiotest.ca) et à remplir les questionnaires de nos cinq physiotests pour avoir accès à de judicieux conseils physiothérapeutiques.

Nous vous invitons à organiser des activités dans vos milieux pour faire rayonner la physiothérapie, et à nous en faire part afin que nous puissions diffuser l'information relative à la mobilisation des membres dans leurs milieux.

**Merci de participer et passez une excellente SEMAINE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE 2008 !**

Les **INFOS****Nouveautés****Tableau des membres**

(Période du 19 janvier 2008

au 30 avril 2008)

**Bienvenue à toutes et à tous!****INSCRIPTIONS • Physiothérapeutes :**

Bélanger-Bishinga, Sophie  
 Brunet, Marie-Pierre  
 Ewanyshyn, Holly  
 Garnett, Crystal  
 Gomez-Agredo, Maritza  
 Jougit, Anne  
 Kim, Mihaela  
 Lamothe, Catherine  
 Laurin, Jean-Carroll  
 Menjivar, Barbara  
 Paquette, Nicole  
 Pierre, Caroline  
 Rogerson, Amy  
 Sanders, Julie  
 Shi, Yue  
 Simard, Julie  
 Verret, Catherine

**INSCRIPTIONS • Thérapeutes en réadaptation physique**

Acosta-Navarette, Eliana Cecilia  
 Bastien, Julie  
 Bélanger, Stéphanie  
 Bérard, Jessica  
 Boileau, Valérie  
 Boivin, Julie  
 Bonfiglio, Marie-Luce  
 Bouchard, Julie  
 Bouchard-Lavoie, Laurie  
 Coulombe, Émilie  
 Cousineau, Marie-Hélène  
 Deguire, Julie  
 Derail, Marie-Andrée  
 Déry, Jessica  
 Ducharme, Christina  
 Dutrisac, Annie  
 Forget, Yan  
 Gagnon-Tremblay, Noémie  
 Garneau-Desprès, Pascale  
 Gauthier, Marie-Claire  
 Labelle, Valérie  
 Ladouceur, Audrey  
 Lahmann, Olga  
 Langlois, Stéphanie  
 Lemay, Stéphanie  
 Ligardo, Gemabelle  
 Marquis-Faubert,  
 Martel Valérie



### Le CSSS du Nord de Lanaudière intervient pour réduire les impacts de l'immobilisation chez la personne âgée

Sous le thème, « L'alitement, pas toujours de tout repos ! », le CSSS du Nord de Lanaudière met sur pied une campagne de formation et de sensibilisation relativement à l'importance de demeurer actif chez la personne âgée. Il a élaboré une trousse complète sur le sujet, dont certains des outils sont destinés aux personnes âgées et à leur entourage alors que d'autres ont été conçus pour soutenir les intervenants dans le cadre d'activités de formation.

Pour obtenir des informations supplémentaires, communiquez avec Madame Francine Garneau, au 450 759-8222, poste 2326 ou par courriel à [francine\\_garneau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:francine_garneau@ssss.gouv.qc.ca)

### Plaques commémoratives des récipiendaires de prix du CIQ et de l'OPPQ

Dans le but de rendre hommage à tous les membres de l'Ordre qui se sont distingués dans leur cheminement professionnel et qui ont marqué la profession, l'Ordre a affiché, dans le hall d'entrée de son siège social, le nom de tous les récipiendaires de prix du Conseil interprofessionnel du Québec et de l'Ordre, depuis ses débuts. Vous y trouverez donc des récipiendaires de prix qui n'ont plus cours et des récipiendaires de prix actuels.

**Félicitations et merci à tous les membres dont le nom se retrouve sur ce Tableau d'honneur.**

## Tableau des membres

Moraga Diaz, Antonio  
Naoum, Hasnar  
Paradis, Marie-Pier  
Pearson, Éric  
Petitclerc, Olivia  
Plourde, Joanie  
Racine, Lauriane  
Talbot, Dany  
Tardif, Geneviève

### RÉINSCRIPTIONS au Tableau des membres

Arcand, Isabelle  
Bélanger, Lyne-Chantale  
Blackburn, Hélène  
Bourque, Nathalie  
Campeau, Marise  
Carbonneau, Nathalie  
Christie, Kelly  
Crête, Mélanie  
Cronin, Marie-Eve  
Davis, Jennifer  
De Falkenstein,  
Désautels, Julie  
Dionne-Tremblay, Geneviève  
Dorion, Michelle  
Faucher, Abigail  
Fecteau, Josianne  
Fortin, Patricia  
Fournier-Héneault, Marie-Eve  
Fredette, Sophie  
Gaudreault, Syndia  
Gauthier, Sandra  
Harvey, Éliane  
Hébert, Marc-André  
Hitchens, Gail  
Lacoste, Josée  
Lamarre, Julie  
Lamontagne, Marie-Chantal  
Lanthier, Marie-Eve  
Lavoie, Véronique  
Lépine, Sophie  
Lessard, Gisèle  
Létourneau, Julie  
Majeau, Sylvie  
Martin, Caroline  
Milevoy, Lillian  
Munger, Joannie  
Parent, Nathalie  
Pinsonneault, Miryam  
Préfontaine, Marsha  
Rioux, Mathilde

Rodriguez, Ana Maria  
Roy, Dominic  
Simard, Carole  
Taillon, Suzanne  
Tambakopoulos, Amanda  
Thibodeau, Geneviève

### Noms retirés du Tableau des membres pour non-paiement de la cotisation au 1<sup>er</sup> avril 2008

Alix, Julie  
Ambeault, Isabelle  
Angers, Danielle  
Angers, Geneviève  
Angulo, Maria Jose  
Arpin, Stéphanie  
Arseneault, Véronique  
Arseneault, Lise  
Asselin, Geneviève  
Audet, Josée  
Auger, Véronique  
Augustin, Landcia  
Babin, Constance  
Barnabé, Annie  
Barriault, Stéphanie  
Beauchamp, Carine  
Beauchamp, Karine  
Beauchamp, Nathalie  
Beaudoin-Lowry, Rose  
Beaulieu-Cross, Pauline  
Bégin, Chantal  
Bélanger, Denise  
Bélanger, Linda  
Bellavance, Sophie  
Bellemare, Manon  
Bellerose, Martine  
Ben-Yakov, Maxim  
Bergeron, Caroline  
Bergeron, France  
Bergeron, Rachel  
Bernier, Martine  
Berthelot, Christine  
Bérubé, Stéphanie  
Bilodeau, Marie-Andrée  
Bisson, Caroline  
Bisson, Dominique  
Blain, Danielle  
Blanchard, David  
Bleau, Samuel  
Boisvert, Pierrette  
Bolduc, Mélanie  
Bolduc, Sébastien

Bouchard, Etienne  
Bouchard, Nicole  
Boucher, Annie  
Boucher, Nancy  
Boucher, Nicole  
Boudreault, Christine  
Bouille, Caroline  
Boulangier, Josée  
Boulet, Diane  
Bourassa-Moreau, Etienne  
Bourassa, François  
Bourget, Sophie  
Boutin, Josée  
Boyd, Kim  
Breton, Eveline  
Breton, Kathleen  
Brongel, Annie  
Brosseau, Rachel  
Brouillard, Simon  
Broyer, Priscilla  
Burton, Isabelle  
Butler, Elizabeth  
Cabana, Maryse  
Cameron, Audrey  
Campagna, Suzanne  
Campbell, Karine  
Cantin, Richard  
Carbery, Michael  
Caron, Isabelle  
Chabot, Ginette  
Chamberland, Marie  
Champigny, Sonia  
Charbonneau, Marisol  
Charron, Marie-Hélène  
Chartier, Marie-Eve  
Chevrier, Lise  
Choquette, Marie-France  
Choquette, Michelle  
Christianson, Bruce  
Cliche, Anne-Marie  
Cloutier, Johanne  
Cloutier, Julie  
Connor, Maggie  
Corneau, Valérie  
Cornforth, Joyce  
Coté, Anne-Marie  
Coté, Josée  
Coté, Marie-Eve  
Cotton, Marie-Eve  
Cousineau, Jeanne  
Couture, Julie  
Crevier, Denis  
Crochetière, Annie

**Tableau des membres**

Croteau, Julie	Fraenkel, Anna	Jourdain, Kathleen
Cyr, Chantale	Fransblow, Liane	Julien, Véronique
Dagenais, Vickie	Fréchette, Kate	Jutras, Annie
Daigle, Pierrick	Gagné, Caroline	Kandiliotis, Maria
Dallaire, Clara	Gagné, Josiane	Kruse, Annette
Dandurand, Catherine	Gagnon-Bourget, Diane	L'Archevesque, Julie
De Guise, Julie	Gagnon, Guylaine	Lacaille, Mélanie
De Serres, Josiane	Gagnon, Martine	Lacroix, Edith
Degorre, Adeline	Gagnon, Maude	Lafleur, Josée
Delisle, François	Gagnon, Michel	Lafrance-Petrelli, Geneviève
Delorme, Robert	Gamache, Maude	Lafrenière, Tammy
Demers, Mélanie	Gareau, Véronique	Lagacé, Sonia
Demerson, Paula Maria	Garon-Labrecque, Mylène	Lajoie, Suzanne
Deschamps, Julie	Gauthier-Gagnon, Christiane	Lalonde-Roy, Francine-D.
Descheneaux, Isabelle	Gauthier, Jean	Lalonde, Geneviève
Desfosses, Marie-Lyne	Gélinas, Isabelle	Lalonde, Sophie
Desgroseilliers, Mylène	Gilbert, Anne-Marie	Lamoureux, Julie
Deshaies, Marie-Josée	Gilbert, Josée	Lampron, Fannie
Desjardins, Anick	Girard-Girouard, Olivette	Landry, Mélissa
Dessureault-Crawley, Liam	Girard, Hélène	Langerud, Kyla
Dessureault, Sophie	Girard, Karine	Langevin-Cusson, Marie Catherine
Doré, Janick	Girard, Mélanie	Laplante, Mélanie
Drolet, Pascale	Girard, Nathalie	Lapointe, Isabelle
Dufresne-Lessard, Émilie	Girard, Stéphanie	Lapointe, Nancy
Dugré, Kathleen	Gobeil, Élane	Laroche, Claudine
Dumontier, Daniëlle	Goffaux, Crystal	Laroche, Lysanne
Dupéré, Annie	Gosselin, Carolyne	Larrivée, Marianne
Dupré, Louise	Gosselin, Valérie	Laurin, Jean-Carroll
Dupuis, Karine	Gosselin, Vicky	Laurin, Marie-Noëlle
Durand-Lagacé, Diane	Goupil, Marie-Josée	Laverdure, Karen
East, Isabelle	Goyette, Marie-Claude	Lavigne, Chantal
El-Bared, Nancy	Grenier, Geneviève	Lavoie-Arrouart, Suzanne
El-Chibini, Sabrina	Grenier, Isabelle	Lavoie, Julie
Fabien-Thomas, Ghislaine	Grenier, Valérie	Lavoie, Véronique
Farkas, Michelle	Grenon, Caroline	Le-Du, Pierre-Richard
Faucher, Julie	Guérin, Cynthia	Lebel, Claudie
Fiset, Marie-Claude	Guirguis, Erini	Lebeurier, Karine
Fitch, Daniel	Gutierrez, Tanya	Leclerc, Annie
Fitzsimmons, Chauncey	Haley, Marie-Josée	Leclerc, Myriam
Foltz, Jean-Louis	Hamel, Lynda	Lefrançois, Danie
Fontaine, Cynthia	Handfield, Julie	Lemelin, Julie
Fonzo, Nancy	Hébert-Losier, Kim	Lemire, Marie-Claude
Fortin, Annie	Hénault, Stéphanie	Leroux, Claudie
Fortin, Brigitte	Huppé, Lucie	Leroux, Patrick
Fortin, Isabelle	Huppé, Mélissa	Lessard, Elise
Fortin, Janie	Isaac-Villette, Katia	Lodico, Maria Carmela
Foster, Christine	Jacques, Martine	Magher, Jennifer
Foucault, Nathalie	Jalbert, Georgette	Maingot, Estelle
Fournier, Charlotte	Janelle, Amélie	Mainguy-Chamberland, Zoé
Fournier, Joan	Jean-Marie, Manouchka	Malo, Geneviève
Fournier, Rachel	Jobin, Lorraine	Marcil, Geneviève
Fradette, Marie	Joly, France	Marcoux, Paul

## Tableau des membres

Marier, Catherine  
 Martel, Annie  
 Martin-Gosselin, Johanne  
 Massé, Valérie  
 Mc Creath, Allison  
 Mc Duff, Nancy  
 Melançon, Annie  
 Meloche, Karine  
 Ménard, Robert  
 Menini, Marvis  
 Mercier, Caroline  
 Mercier, Line  
 Messier, Karine  
 Meunier, Dominique  
 Meunier, Suzanne L.  
 Michaud, Martine  
 Micheli, Anne  
 Migneault, Valérie  
 Miles, Cheryl  
 Miron, Annie  
 Moisan, Sophie  
 Mongrain, Karine  
 Moreau, Julie  
 Morin, Geneviève  
 Morin, Kim  
 Morocutti, Lulia  
 Motomura, Mylène  
 Muller-Schneidesch, Mireille  
 Musampa, Nadine Kaseka  
 Nadeau, Lorraine  
 Najafee, Robert  
 Normandin, Mélissa  
 Ouellet, Nancy  
 Paiement, Sophie  
 Palmer, Alia  
 Paquette, Johanne  
 Paradis-Gaudette, Bruno  
 Paradis, Mélanie  
 Parent, Martin  
 Parenteau, Jasmin  
 Parenteau, Karine  
 Patenaude, Myriam  
 Pedneau, Andrée (Andréane)  
 Pedneault, Margot  
 Pedneault, Sylvie  
 Pelletier-Marois, Frances  
 Pelletier, Marie-Hélène  
 Perreault, Ginette  
 Perreault, Karine  
 Perreault, Karine  
 Picard, Véronique  
 Piening, Sandra  
 Pigeon, Diane

Plante, Isabelle  
 Proctor, Roanne  
 Proteau, Patricia  
 Quirion, Caroline  
 Racine, Claudette  
 Rancourt, Annabelle  
 Reid, Anne-Marie  
 Renaud, Alexandre  
 Renaud, Caroline  
 Rivest, Louis  
 Roberge, Caroline  
 Robillard, Sylvie  
 Robitaille, Chantal  
 Romulus, Marie-Christina  
 Rouina, Amira  
 Roy, Anne-Marie  
 Roy, Elisabeth  
 Roy, Josée  
 Roy, Julie  
 Roy, Lucie  
 Roy, Maryline  
 Roy, Patrice  
 Royer, Nathalie  
 Saini, Amarjeet Singh  
 Samson, Reine  
 Savard, Nancy  
 Schecter, Ryva Sarah  
 Servais, Sylvie  
 Silla, Sabrina  
 Simard, Julie  
 Simard, Valérie  
 Simeon, Geneviève  
 Sorel, Josiane  
 Soucy, Dominique  
 Spahija, Jadranka  
 Spetsieris, Peggy  
 St-Amour, Martine  
 St-Arnaud, Karine  
 St-Germain-Ampleman, Daphné  
 St-Hilaire, Eve  
 St-Jean, Pascale  
 St-Pierre, Diane  
 Stevenson, Sarah  
 Surprenant, Lucie  
 Takada-Leduc, Mika  
 Tambakopoulos, Amanda  
 Tardif, Charles  
 Tardif, Josée-Marie  
 Tector, Sarah  
 Tessier, Sophie  
 Tétreault, Mylène  
 Thibault, Mélissa  
 Thibault, Nathalie

Bien sûr que je manque d'exercice! Je suis un des postiers congédiés depuis que Physio Québec n'est plus distribué par la poste...



Moi aussi je manque d'exercice! Je suis un des physiothérapeutes qui consacre tout son temps à sa maîtrise professionnelle...

Thompson, Jesseka  
 Tondreau, Andrée  
 Touchette, Paul  
 Tougas, Mélissa  
 Trahan, Chantal  
 Tremblay-Boudreault, Valérie  
 Tremblay, Myriam  
 Tremblay, Nadia  
 Trépanier, Véronique  
 Trottier, Nathalie  
 Trudeau-Newman, Lise  
 Turgeon, Isabelle  
 Ubani, Judith  
 Vachon, France  
 Vaillant, Michèle  
 Vallée, Luc  
 Vallée, Marie  
 Vallières, Patrick  
 Vandal, Joanie  
 Veilleux, Christina  
 Vermette, Marie-Claude  
 Verville, Geneviève  
 Viel, Annie  
 Vigneault, Marie-Josée  
 Villemure, Marie-Pier  
 Vincelette, Suzanne  
 Vourantonis, Olivier  
 Weisz, Elie  
 White, Jennifer  
 Zaino, Geneva  
 Zekry, Michal  
 Zsombor-Murray, Wendy