

PHYSIO QUÉBEC

n° 02

AUTOMNE/HIVER 2014
VOLUME 40

ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC



**RÈGLEMENT SUR
LES MANIPULATIONS
VERTÉBRALES ET
ARTICULAIRES
(PÉRIPHÉRIQUES) :
CE QUE VOUS
DEVEZ SAVOIR**

Chronique de l'expert
**INITIATIVES PROMETTEUSES POUR GÉRER
EFFICACEMENT LES MALADIES CHRONIQUES**

Mot du directeur général
**LE RÈGLEMENT SUR
L'EXERCICE EN SOCIÉTÉ**

GO rendezvous

ACCEPTEZ VOS
RENDEZ-VOUS
EN LIGNE



AGENDA
COLLABORATIF
EN LIGNE



RAPPELS PAR
COURRIELS ET
PAR SMS



DOSSIER CLIENT



LISTE D'ATTENTE
INTELLIGENTE



PERSONNALISABLE
ET FLEXIBLE



REÇUS
D'ASSURANCE

ESSAYEZ GORENDEZVOUS PROFESSIONNEL
GRATUITEMENT

gorendezvous.com

1 866 463-8381

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

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

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

RESPONSABLE

Thierry Vogler

Directeur des communications
tvogler@oppq.qc.ca

COORDINATION

Marine Pannier

Agente de communication
mpannier@oppq.qc.ca

CONCEPTION GRAPHIQUE

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

RÉVISION ET CORRECTION D'ÉPREUVES

Hélène Morin

DÉPÔT LÉGAL

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

Convention de la Poste-Publications :
No 40010610



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

7151, rue Jean-Talon Est, bureau 1000
Anjou (Québec) H1M 3N8
Téléphone : 514 351-2770
ou sans frais 1 800 361-2001
Télécopieur : 514 351-2658
Courriel : physio@oppq.qc.ca
www.oppq.qc.ca

Politique publicitaire
La publication d'annonces publicitaires ne signifie aucunement que l'OPPQ se porte garant des produits ou services annoncés.

Visuel couverture : © Adam Gregor — Fotolia

LOGO FSC
À PLACER ICI

SOMMAIRE

04 Mot du président

06 Mot du directeur général

Enfin, le règlement sur
l'exercice en société

08 Bureau du syndic

Mieux vaut pas de publicité
qu'une mauvaise publicité

10 Services juridiques

Le conseil de discipline :
la justice par les pairs

12 Inspection professionnelle

La tenue de dossier
intradisciplinaire : un
incontournable pour la
continuité des soins

14 Développement et soutien professionnels

La présence de l'OPPQ dans
différents comités influents
de la scène provinciale

16 Dossier réglementaire

Ce que vous devez savoir à propos
du règlement sur les manipulations
vertébrales et articulaires
(périphériques)

18 Chronique de l'expert

Des initiatives prometteuses pour
gérer efficacement les maladies
chroniques

20 Chroniques des récipiendaires

Effet d'un programme de
réadaptation sur les symptômes
et la biomécanique de coureurs
récréatifs souffrant d'un syndrome
fémoro-patellaire

Effet du *taping* patellaire sur la
cinématique 3D du genou lors de
la descente d'une marche chez
des personnes ayant une lésion
méniscale : une étude exploratoire

24 Chronique étudiante

Le Wiki comme soutien à l'échange
de connaissance : un exemple
d'utilisation pour les professeurs
d'éthique en réadaptation

27 À l'honneur

29 Événements

32 Communications

Des nouvelles du blogue de l'OPPQ

34 Nouveaux membres



Le mot du président

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

Chères membres,
Chers membres,

Je prends quelques instants pour vous informer de l'état des travaux à l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) dans certains dossiers importants.

Intégration d'autres groupes à l'OPPQ

L'Office des professions du Québec ira de l'avant avec la création d'un ordre professionnel distinct pour les ostéopathes. Pour l'Office, l'ostéopathie n'est pas un traitement, une activité ou une approche, mais plutôt une profession dont l'exercice s'effectue selon une finalité distincte¹. Bien entendu, l'Office consultera les ordres professionnels concernés, dont le nôtre, dans les travaux à venir sur ce dossier.

Du côté des kinésithérapeutes, la situation actuelle est maintenue. Il n'est pas prévu qu'un ordre professionnel voie le jour prochainement et nous n'avons pas été saisis d'une demande en ce sens.

Les massothérapeutes, représentés par Martin Vallée de l'Association professionnelle des massothérapeutes spécialisés du Québec, nous ont confirmé que ce groupe (6 200 membres) ne souhaite pas se joindre au système professionnel et qu'il désire continuer à encadrer l'exercice de la massothérapie par l'entremise de son association. M. Vallée a montré un grand souci du respect du champ de pratique de la physiothérapie. De plus, l'Office ne nous a pas sollicités au sujet de la création d'un ordre pour les massothérapeutes.

Enfin, pour les thérapeutes du sport, un *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un thérapeute du sport*² est actuellement appliqué par le Collège des médecins. Ce règlement sera en vigueur jusqu'en mai 2017. Comme les thérapeutes du sport font partie du système professionnel, l'Office nous demande si nous souhaitons les intégrer à l'OPPQ. Des discussions entre l'Office, l'OPPQ et les thérapeutes du sport sont en cours pour évaluer les suites à donner dans ce dossier. Vous serez régulièrement informé de l'évolution de nos travaux.

Étude de l'application de l'article 4 qui balise la pratique en intradisciplinarité pour favoriser l'utilisation optimale de nos membres

L'article 4 du règlement sur les catégories de permis délivrés par l'OPPQ a été mis en application pour baliser la pratique en intradisciplinarité entre les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique. Après quelques années d'application, il est maintenant temps d'évaluer ce modèle selon des critères rigoureux et objectifs, dans un contexte de pratique inspiré des meilleures données probantes. Il faut aussi en évaluer l'efficacité sur le terrain et proposer des améliorations, si nécessaire. L'objectif ultime étant d'utiliser de façon optimale les physiothérapeutes et TRP. Ces travaux ont débuté cet automne.

J'en profite pour vous souhaiter à tous de joyeuses Fêtes de fin d'année.

Le président,

¹ Lettre de l'Office des professions du 17 avril 2013

² http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/M_9/M9R11_1.HTM



Message from the president

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

Dear Members :

Allow me to take a minute to update you on the progress Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) has made in some key areas.

Integration of other groups into OPPQ

Office des professions du Québec (OPQ) will be moving ahead with the creation of a separate professional order for osteopaths. For OPQ, osteopathy is not a treatment, activity, or approach; it is a profession with its own distinct purpose and objectives.¹ Obviously OPQ will consult with the professional orders involved—OPPQ among them—as it proceeds with this initiative.

For kinesiologists, the status quo will continue. We have not received any requests for creation of a professional order for kinesiologists, and there are no plans to do so in the near future.

Massage therapists, represented by Martin Vallée of Association professionnelle des massothérapeutes spécialisés du Québec, confirmed that their group (comprising 6,200 members) does not want to join the professional system and will continue to oversee the massage therapy profession through the association. Mr. Vallée showed a great deal of respect for the scope of practice of physiotherapy. Furthermore, OPQ did not approach us about the possible creation of an order for massage therapists.

Finally, for sports therapists, a Regulation respecting certain professional activities that may be engaged in by an athletic therapist² is currently followed by the Collège des médecins. The regulation will remain in effect until May 2017. Since sports therapists are part of the professional system, OPQ has asked if we would like to integrate them into OPPQ. We are currently holding talks with OPQ and sports therapists to decide on next steps and will keep you regularly informed of developments in this regard.

Review of application of Section 4, which provides a framework for interdisciplinary practice to encourage efficient use of our members

Section 4 of the regulation respecting the categories of permits issued by OPPQ was implemented to provide a framework for interdisciplinary practice between physiotherapists and physical rehabilitation therapists (PRTs). Now that a few years have passed, it is time to assess this model according to strict objective criteria in a practice context based on solid and conclusive data. We will also assess its effectiveness in the field and suggest improvements as necessary. The ultimate aim will be to optimize the use of physiotherapists and PRTs. The assessment got underway this fall.

In closing, I'd like to take this opportunity to wish you all Happy Holidays!

President

¹ Letter from Office des professions dated April 17, 2013

² http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/M_9/M9R11_1.HTM

Suivez M. Denis Pelletier sur les réseaux sociaux

www.facebook.com/oppqpresident/

[@OPPQPRESIDENT](https://twitter.com/OPPQPRESIDENT)

ca.linkedin.com/pub/denis-pelletier/26/854/9b4



Le mot du directeur général

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

Enfin, le règlement sur l'exercice en société !

Après de nombreuses années d'attente, le Règlement sur l'exercice de la physiothérapie en société est sur le point d'entrer en vigueur. Les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique qui voudront exercer leur profession en société et qui souhaiteront « s'incorporer » devront dorénavant suivre ce règlement et produire une déclaration à cet effet pour l'Ordre.

Dans la rédaction de ce règlement, plusieurs choix ont été faits par le conseil d'administration de l'Ordre après une consultation des membres et de plusieurs organismes, dont la Fédération des cliniques privées de physiothérapie du Québec (autrefois la Fédération de la physiothérapie en pratique privée du Québec) et des autres ordres de la santé au Québec.

Il est important de comprendre au départ que ce règlement ne s'adresse qu'aux physiothérapeutes ou aux thérapeutes en réadaptation physique qui sont associés ou actionnaires d'une compagnie constituée aux fins d'exercer la physiothérapie. Les membres qui sont uniquement des employés de ces sociétés, ou de ces compagnies, n'ont donc aucune obligation découlant de ce règlement.

Conditions

Une des principales conditions imposées aux membres qui veulent s'incorporer ou exercer en société concerne le contrôle de cette compagnie ou de cette société. Plus de 50 % des droits de vote rattachés aux actions ou aux parts sociales doivent être détenus par un membre de l'OPPQ ou d'un autre ordre. Il est donc possible qu'un autre professionnel de

la santé, par exemple, détienne à lui seul le contrôle de la société.

Ce choix a été fait par les autorités de l'Ordre pour permettre une plus grande mobilité des cliniques, et donc une plus-value pour celles-ci, et faciliter l'exercice multidisciplinaire. En effet, plusieurs professionnels de la réadaptation peuvent ainsi s'associer et travailler ensemble sans barrière juridique, à



la condition qu'au moins l'un d'entre eux soit majoritaire.

La nouvelle société ainsi créée se doit de détenir une assurance contre la responsabilité professionnelle, au cas où l'un de ses membres commettrait une faute qui entraîne sa responsabilité professionnelle. Non seulement tous les membres doivent être assurés individuellement, mais leur société doit l'être également pour un montant d'au moins un million de dollars par réclamation et jusqu'à une limite de trois millions de dollars pour l'ensemble. Les responsables de la société doivent communiquer avec la compagnie d'assurance afin que celle-ci produise à l'intention de l'Ordre une garantie à cet effet.

Les membres qui exercent en société doivent également fournir à l'Ordre des renseignements dans un formulaire prévu à cet effet, ainsi que plusieurs documents juridiques. L'Ordre a déjà précisé que l'ensemble de la documentation produite par les membres à ce sujet devra être numérisé

et acheminé par voie informatique seulement. La demande devra aussi contenir les frais associés à cette dernière.

Si tous les associés ou actionnaires doivent s'assurer que cette déclaration est produite à l'Ordre, ils doivent toutefois nommer collectivement un répondant qui agira pour l'ensemble de la société, ce qui évitera de multiplier les déclarations.

Avantages

Il y a plusieurs avantages pour des professionnels à s'associer ou à s'incorporer d'un point de vue fiscal ou juridique. L'Ordre se gardera bien de tenter de conseiller ses membres à ce sujet, car ce n'est pas son rôle. Il s'ensuit également plusieurs obligations qu'il est important de bien connaître. Des professionnels juristes, comptables ou fiscalistes peuvent conseiller adéquatement les membres, selon la situation de chacun.

Le Règlement prévoit également une disposition transitoire qui oblige les membres qui exerçaient

déjà leurs activités professionnelles au sein d'une société par actions, avant l'entrée en vigueur du Règlement, de s'y conformer au plus tard dans l'année de sa mise en vigueur. Même s'ils ne veulent pas s'incorporer, les membres qui exercent actuellement en société en nom collectif (SENC) auraient tout intérêt à passer en société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL) qui, comme son nom le dit, permet de limiter sa responsabilité pour ce qui est des gestes faits par un autre associé. Là aussi, ils devront se renseigner adéquatement auprès des professionnels compétents.

Malgré des textes réglementaires rébarbatifs et une procédure juridique assez lourde, l'Ordre a pris tous les moyens pour simplifier la déclaration initiale, puis annuelle, que devront produire à l'intention du secrétaire de l'Ordre les membres qui souhaiteront exercer soit en société par actions soit en SENCRL. Souhaitons que ces nouveaux véhicules d'encadrement de la profession puissent permettre à ses membres de s'y développer au diapason des autres professionnels de la santé. ■

K-Tape
L'approche avant-garde de taping

Découvrez comment le K-Taping agit sur la douleur et sur la guérison grâce à ses bandes de coton de	haute qualité recouvertes d'un adhésif spécial en acrylique à pH neutre.	Bon pour l'utilisateur, le K-Tape résiste à l'eau, ne cause pas d'allergie et est per-	méable à la sueur et à l'air. Plusieurs tailles et couleurs disponibles.
---	--	--	--

Le spécialiste en équipements de physiothérapie
www.orthocanada.com/k-tape

ORTHOCANADA

Mieux vaut pas de publicité qu'une mauvaise publicité !



Par Louise Gauthier,
pht, LL. M.
Syndique

Dans un contexte de concurrence serrée dans le domaine de la physiothérapie, la publicité demeure une voie importante à exploiter pour attirer une nouvelle clientèle ou garder une clientèle déjà en place. Toutefois, le respect des obligations professionnelles incombe à tous nos membres et la planification d'une publicité doit être faite de façon réfléchie afin d'éviter tout risque d'être piégé dans une publicité frauduleuse, fausse ou trompeuse. Le public doit être en mesure de comprendre facilement les messages transmis par les professionnels dans l'exercice de leur profession.

Qu'elle soit présentée sur un site Web, Facebook, Twitter, dans les salles d'attente des cliniques ou lors d'échanges entre un professionnel de la physiothérapie et son client, l'utilisation d'information écrite ou verbale doit se faire avec intégrité et respecter les obligations professionnelles prévues au code de déontologie ainsi que toute autre réglementation en vigueur. Contrairement à certaines publicités douteuses affichées parfois sur certains sites Web ou ailleurs, les communications des professionnels de la physiothérapie doivent être claires et véhiculer une information limpide.

CHERCHER L'ERREUR...

- 1 À notre clinique, nous vous promettons une amélioration de votre état physique de 100 % !
- 2 Plus besoin de canne pour vous déplacer : nos spécialistes de la marche sont là pour régler votre problème !
- 3 Nous sommes la seule clinique au Québec à vous offrir cette approche de traitement !
- 4 Nos professionnels de la réadaptation évaluent votre condition neuropsychologique à la suite d'une commotion cérébrale : prenez rendez-vous à notre clinique !
- 5 Finies les longues listes d'attente : les intervenants de notre clinique sont là pour répondre à vos besoins... Achetez un forfait de services à l'avance et commencez à profiter d'une meilleure condition physique !
- 6 Rendez-vous à notre clinique avant le 1er novembre et vous obtiendrez un rabais de 15 % pour toute la famille !
- 7 Réglez vos problèmes de longue date, cessez la prise de médication en consultant nos intervenants en physiothérapie qui utilisent une approche reconnue par plusieurs célébrités : la scientologie.
- 8 En vente à notre clinique de physiothérapie : un appareil haut de gamme pour enrayer les vergetures et améliorer la force musculaire.
- 9 À notre clinique, nos professionnels de la physiothérapie traitent les douleurs articulaires, les troubles digestifs et les infections à répétition...

La section VII du code de déontologie précise les balises que le membre doit respecter afin de ne pas contrevenir aux bonnes pratiques d'une publicité bien menée. Toutefois, une attention particulière doit être portée au respect de l'ensemble des obligations professionnelles prévues au code de déontologie, peu importe la forme de publicité. Ainsi, le membre doit agir avec intégrité quant à tous les aspects du savoir, du savoir-faire et du savoir-être lorsqu'il utilise la publicité pour informer le public des soins et services qu'il offre : l'un ne va pas sans l'autre. À travers tous ces périples, le membre ne doit pas oublier qu'il demeure avant tout un professionnel de la physiothérapie à part entière et en tout temps.

Les textes cités ci-contre représentent quelques exemples modifiés qui ont été trouvés sur certains sites de cliniques. En les lisant, vous pouvez constater qu'ils dénotent des manquements déontologiques et réglementaires.

Une bonne publicité est l'apanage d'un professionnel qui connaît bien ses obligations professionnelles et qui respecte les hauts standards d'un professionnalisme marqué. ■

LES SOLUTIONS...

- 1 *Le membre doit s'abstenir de promettre la guérison ou le résultat d'un traitement, d'après l'article 40 du code de déontologie.*
- 2 *Le membre ne peut utiliser le terme « spécialiste », selon l'article 58 du Code des professions.*
- 3 *Le membre peut s'attribuer des qualités ou habiletés particulières quant à son niveau de compétence ou quant à l'étendue de ses services seulement s'il est en mesure de le justifier, affirme l'article 82 du code de déontologie.*
- 4 *Une attention particulière doit être accordée afin de ne pas empiéter sur l'exercice d'une activité réservée à un membre d'un autre ordre professionnel, soit de l'Ordre des psychologues du Québec dans ce contexte.*
- 5 *Le membre ne peut réclamer des honoraires pour des services non rendus selon l'article 72 du code de déontologie.*
- 6 *Le membre ne peut annoncer quelque escompte ou rabais à l'égard de ses services rappelle l'article 77 du code de déontologie.*
- 7 *Le membre ne peut faire une publicité qui abuse de la vulnérabilité des personnes, qui va à l'encontre des normes généralement reconnues en physiothérapie ou qui garantit le rétablissement d'une déficience, dans le respect des articles 6, 40, 41 et 88 du code de déontologie.*
- 8 *Le membre doit s'abstenir de vendre un équipement non requis selon les normes généralement reconnues par la science ou la pratique de la physiothérapie informe l'article 79 du code de déontologie.*
- 9 *Le membre doit s'assurer de respecter le champ de pratique de la physiothérapie tel que décrit à l'article 37n) du Code des professions.*

Le conseil de discipline : la justice par les pairs

Un conseil de discipline est constitué au sein de chaque ordre professionnel en vertu du Code des professions et son mandat consiste à entendre les plaintes formulées contre un professionnel concernant une ou plusieurs infractions au *Code des professions*, à la loi ou aux autres règlements de l'Ordre¹.

Le conseil de discipline est un tribunal indépendant de l'Ordre dans l'exécution de ses fonctions. Il est composé de trois personnes, à savoir un président (avocat nommé par le gouvernement) et deux membres de l'Ordre (physiothérapeutes ou thérapeutes en réadaptation physique nommés par le conseil d'administration de l'Ordre)².



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

LES GRANDES ÉTAPES DU PROCESSUS DISCIPLINAIRE³

1 Le dépôt de la plainte

Le processus disciplinaire débute par le dépôt d'une plainte auprès du secrétaire du conseil de discipline. La plainte peut être déposée par un syndic, un syndic adjoint ou un syndic ad hoc à la suite de son enquête. La plainte peut également provenir de toute personne du public qui n'est pas satisfaite des services rendus par un membre de l'Ordre. Dans ce cas, on parle alors du dépôt d'une plainte privée.

La plainte peut être formulée contre un membre ou contre toute personne qui était membre au moment où l'acte reproché a été commis. Par exemple, tout physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique ayant cessé d'être membre (retraite, suspension, radiation ou révocation) et qui a commis une infraction disciplinaire alors qu'il était inscrit au Tableau de l'Ordre peut faire l'objet d'une plainte.

2 Signification de la plainte et comparution

La plainte disciplinaire est signifiée au physiothérapeute ou au thérapeute en réadaptation physique par huissier. Le professionnel dispose alors d'un délai de 10 jours pour comparaître par écrit, personnellement ou par l'intermédiaire d'un avocat. La comparution doit être acheminée au secrétaire du conseil de discipline.

L'acte de comparution doit contenir le nom du professionnel et, le cas échéant, celui de son procureur de même qu'une déclaration par laquelle le membre reconnaît ou non les fautes qui lui sont reprochées. En l'absence d'une telle déclaration, le professionnel est présumé ne pas avoir reconnu sa faute.

3 Communication de la preuve

Après réception de l'acte de comparution du professionnel, la partie plaignante (le bureau du syndic ou le plaignant privé) transmet à celui-ci les divers éléments de preuve pertinents qu'elle a recueillis et qui appuient les chefs de la plainte déposée. La communication de la preuve permettra au professionnel poursuivi d'évaluer la situation et, le cas échéant, de préparer adéquatement sa défense.

4 Début des audiences

L'audition de la plainte devant le conseil de discipline doit débiter dans les 120 jours de la signification de la plainte au professionnel. Cette audition peut prendre quelques heures ou s'échelonner sur plusieurs jours selon la complexité du dossier.

Si le professionnel plaide coupable à l'ensemble des chefs d'infraction de la plainte, le conseil procédera à une audition sur culpabilité et sanction. C'est donc dire que le conseil entendra les représentations de chacune des parties, à la fois sur le fond du litige (culpabilité) et sur les sanctions à imposer.

Si le professionnel ne plaide pas coupable, le conseil devra dans un premier temps entendre

les représentations de chacune des parties sur les divers chefs d'infraction et rendre une décision sur culpabilité. Si le conseil trouve le professionnel coupable, il devra dans un deuxième temps entendre les représentations de chacune des parties sur les sanctions à imposer et rendre une seconde décision à cet égard.

5 Déroulement des audiences

Lors des audiences du conseil de discipline, chaque partie est appelée à présenter sa preuve, à interroger ou à contre-interroger des témoins, à faire des objections, etc. Les points de droit sont tranchés par le président du conseil de discipline. Le rôle des membres qui siègent au conseil consiste à analyser, avec le président, la preuve soumise par les deux parties lors de l'audience et à décider de la conformité ou non-conformité de la pratique du professionnel à l'égard des normes applicables en l'espèce.

Les audiences du conseil de discipline sont publiques, à moins que celui-ci n'ordonne le huis clos. Le rôle d'audience est accessible sur le site Web de l'Ordre (oppq.qc.ca/grand-public/protection-du-public/role-daudiences/) afin d'informer le public, pour chacune des plaintes, des divers chefs d'infraction, de la date, de l'heure et du lieu de l'audience.

6 Décision du conseil de discipline

Le conseil de discipline rend sa décision dans les 90 jours de la prise en délibéré. La décision est signifiée à chacune des parties par le secrétaire du conseil.



Les sanctions que le conseil de discipline peut imposer à un professionnel reconnu coupable sont stipulées dans le *Code des professions* :

- » la réprimande ;
- » la radiation temporaire ou permanente du Tableau des membres (cette sanction peut être imposée à un professionnel qui n'est plus membre de l'Ordre, dans ce cas, sa période de radiation prendra effet lors de sa réinscription au Tableau de l'Ordre) ;
- » une amende d'au moins 1 000 \$ et d'au plus 12 500 \$ pour chaque infraction (ce minimum et ce maximum peuvent être doublés en cas de récidive) ;
- » l'obligation de remettre à toute personne à qui elle revient une somme d'argent que le professionnel détient ou devrait détenir pour elle ;
- » l'obligation de communiquer un document ou tout renseignement qui y est contenu, et l'obligation de compléter, de supprimer, de

mettre à jour ou de rectifier un tel document ou renseignement ;

- » la révocation du permis ;
- » la limitation ou la suspension du droit d'exercer des activités professionnelles.

Une décision du conseil de discipline peut aussi comporter une recommandation au conseil d'administration d'obliger le professionnel à compléter avec succès un cours de perfectionnement ou un stage ou de lui imposer les deux à la fois et de limiter ou suspendre son droit d'exercer ses activités professionnelles jusqu'à ce qu'il ait rempli cette obligation.

7 Communication de la décision

La décision et, s'il y a lieu, les sanctions (radiation du Tableau de l'Ordre, suspension ou limitation du droit d'exercice, révocation de permis) sont communiquées au membre

par un envoi postal. De plus, le conseil de discipline peut demander la publication d'un avis de cette décision dans le journal local du lieu où le professionnel exerce sa profession.

Toutes les décisions rendues par le conseil de discipline de l'OPPQ depuis 2003 peuvent être consultées sur le site de la SOQUIJ (citoyens.soquij.qc.ca/) et celui de CanLII (www.canlii.org/fr/qc/qcoppq/).

8 Appel devant le Tribunal des professions

Les deux parties disposent d'un délai de 30 jours pour en appeler devant le Tribunal des professions de toute décision du conseil de discipline accueillant ou rejetant une plainte, ou imposant une sanction. ■

¹ Article 116 du Code des professions

² Article 138 du Code des professions

³ Section VII du Code des professions

LA TENUE DE DOSSIER INTRADISCIPLINAIRE

Un incontournable pour la continuité des soins



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

Cette chronique a pour objectif de mettre en lumière l'importance de la qualité d'un dossier quand deux professionnels de la physiothérapie, en l'occurrence le physiothérapeute (pht) et le thérapeute en réadaptation physique (T.R.P.), doivent intervenir en continuité auprès d'un même client. Le dossier client doit être un reflet du raisonnement clinique de chaque intervenant. Dans le cadre d'un dossier intradisciplinaire où le physiothérapeute joue le rôle du référent, le raisonnement clinique est de l'ordre du diagnostic pour ce dernier et le raisonnement clinique prend une forme thérapeutique pour le T.R.P. Chaque étape du « H-SOAPIE » dans la rédaction du dossier revêt donc pour chacun une importance particulière.

ÊTRE PHYSIOTHÉRAPEUTE RÉFÉRENT

La sécurité, une priorité (sections H-S-0)

L'équipe de l'inspection professionnelle a souvent observé, en étudiant les nombreux dossiers que les membres lui font parvenir, un manque important d'information touchant la sécurité du client. Il importe donc d'attirer l'attention des membres sur cet aspect, surtout quand le professionnel envisage de diriger ce client vers un T.R.P.

Ainsi, à titre de référent, le physiothérapeute doit d'abord et avant tout s'assurer que la condition du client n'exige pas préalablement l'intervention d'un autre professionnel de la santé, tel qu'un médecin, et cela doit apparaître clairement dans le dossier.

Dans l'historique consigné au dossier, et avec l'examen subjectif et objectif de son évaluation initiale, le physiothérapeute doit faire ressortir les éléments de sécurité. La recherche de « drapeaux rouges », pouvant indiquer une pathologie plus grave, débute dès la rédaction de l'historique et se poursuit lors de la cueillette des données subjectives. Le physiothérapeute peut déterminer par des questions judicieuses et précises si le client est apte à subir un examen objectif et, par la suite, des interventions en physiothérapie. Tous ces éléments doivent se refléter dans le dossier pour éviter toute ambiguïté lors de la prise en charge éventuelle par le T.R.P.

Bien conclure pour bien commencer (sections A-P)

Dans la section analyse du dossier, le physiothérapeute référent ne se limite pas à dresser une liste exhaustive des problèmes et d'énumérer les déficiences constatées lors de l'évaluation initiale. Le physiothérapeute se doit de prendre le temps nécessaire (par ex., deux séances d'évaluation) afin de rédiger une conclusion sur la déficience principale qui cause les limitations fonctionnelles ou les restrictions à la participation aux activités de la vie quotidienne. Cette conclusion — le diagnostic émis par le physiothérapeute — est formulée dans

le dossier de façon à guider le pronostic, le plan de traitement (par ex., avec une indication de rappel) et les interventions du T.R.P. Elle comprend une liste des problèmes, basée sur l'examen objectif et subjectif, ainsi que des objectifs de traitement bien ciblés et rédigés de manière claire au dossier.

PRENDRE LA RELÈVE EN TANT QUE T.R.P. Avoir en main ses préalables

Le T.R.P. doit avant toute intervention déterminer dans quelle catégorie — en vertu du règlement 94m) sur les catégories de permis — se situe l'atteinte pour laquelle son client consulte. L'étude du dossier de son

référént doit lui permettre de s'assurer qu'il possède les préalables et les renseignements supplémentaires nécessaires à sa prise en charge. Au besoin, le T.R.P. pourra se tourner vers son référent afin d'obtenir un complément d'information ou des renseignements manquants au dossier.

Compléter dans un souci d'efficacité (sections H-S-0)

La prise en charge se poursuit en complétant les données de l'évaluation initiale consignées au dossier. Ces données seront utiles lors des bilans en cours de traitement comme élément de comparaison afin de valider l'efficacité des interventions. Il s'agit d'un point de repère, tant pour le T.R.P. que pour le physiothérapeute qui pourrait avoir à intervenir ultérieurement.

Faire les bons choix (sections A-P-I)

Un choix judicieux des modalités de traitement découle d'un raisonnement clinique thérapeutique bien ciblé faisant les liens entre la liste des problèmes, les objectifs et le plan de traitement dans le but d'être efficace et efficient. Toute cette information doit être indiquée clairement au dossier. Le T.R.P. a également le souci d'ajouter à ses traitements et d'inscrire au dossier toute nouvelle intervention pouvant améliorer la condition de son client.

Faire un suivi étroit du client (section E)

Le T.R.P. fait preuve d'un bon raisonnement clinique quand, dans le dossier intradisciplinaire, il vérifie la liste de problèmes pour valider si certains sont réglés et si certains objectifs de traitement sont atteints. Cette analyse faite par le T.R.P. doit être inscrite clairement dans sa note d'évolution ou son bilan en cours de traitement, car elle permet de modifier ou de continuer le plan de traitement proposé au départ.

Dans certains cas, le T.R.P. pourrait même arrêter les traitements si la condition du client est stable ou être obligé de demander au client de consulter à nouveau le physiothérapeute référent ou un médecin.

CONCLUSION

Un bon dossier intradisciplinaire nécessite que chaque professionnel de la physiothérapie assume sa part de responsabilité dans la rédaction du dossier. Le dossier client est le témoignage de cette coopération intradisciplinaire de l'équipe soignante en physiothérapie et assure une continuité optimale des soins. En fin de compte, c'est le client qui en tire le plus grand bénéfice.

Enfin, n'hésitez pas à rafraîchir vos connaissances en consultant les ressources suivantes sur le site Web de l'OPPQ : la vidéo sur le concept de diagnostic, le cours en ligne sur le diagnostic émis par le physiothérapeute, le guide sur la tenue des dossiers (document A de la trousse d'inspection professionnelle) et le cours en ligne sur le règlement 94 m). ■

L'obligation, pour les thérapeutes en réadaptation physique, de détenir un des préalables de l'article 4 du Règlement sur les catégories de permis délivrés par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (94 m) ne s'applique pas nécessairement à toutes les activités de physiothérapie. C'est le cas des activités d'information, de promotion et de prévention prévues à l'article 39.4 du Code des professions qui font partie intégrante du travail des professionnels de la physiothérapie.

Afin de faciliter la compréhension de ces activités de physiothérapie et d'exposer les obligations professionnelles qui y sont rattachées pour les membres de l'Ordre, un document intitulé *Activités d'information, de promotion de la santé et de prévention de la maladie et des accidents dans le contexte de la physiothérapie* a été produit dernièrement. Nous vous invitons à le consulter sur la page Web oppq.qc.ca/membres/inspection-syndic-et-reglements/code-des-professions-article-39-4/.



© Robert Kneschke — Fotolia

La présence de l'OPPQ dans différents comités influents de la scène provinciale



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

Les membres de la Direction du développement et du soutien professionnels sont de plus en plus appelés à siéger à divers comités et groupes de travail. Comme pour tout dossier, la participation de l'Ordre à ces comités est dictée par le respect de sa mission et de ses ressources. Voici un aperçu de certains comités auxquels l'Ordre participe présentement.

Groupe de travail sur la télépratique du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)

Mis sur pied cet automne par le CIQ à la suite de la publication de l'avis *La télésanté clinique au Québec : un regard éthique*, émis par la Commission de l'éthique en science et en technologie, ce groupe de travail donne aux ordres l'occasion de se pencher collectivement sur l'impact de l'évolution accélérée des technologies de l'information et des communications sur les pratiques professionnelles. Il va sans dire que la télésanté aura, dans un futur rapproché, des répercussions importantes sur la pratique clinique et les soins de santé au Québec, incluant les services de physiothérapie. L'OPPQ est heureux de participer aux réflexions de ce groupe de travail.

Table de concertation de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS)

Les membres de cette table de concertation ont le mandat de conseiller l'INESSS dans la détermination des sujets prioritaires de leurs plans triennaux. L'OPPQ siège à cette table depuis sa création en février 2012 et a ainsi pu manifester son intérêt à participer à divers dossiers traités par l'INESSS, dont les comités suivants :

- » Comité de suivi du projet *Guide d'utilisation de la thérapie par pression négative pour le traitement des plaies complexes* ;
- » Comité de suivi du projet *Guide de pratique clinique en réadaptation spécialisée pour les traumatismes craniocérébraux modérés ou graves* ;
- » Comité de suivi du projet *Paramètres d'organisation des centres de jour en soins palliatifs*.

Comité provincial d'experts en activité physique et en MPOC du Réseau québécois de l'asthme et de la MPOC (RQAM)

Le rôle de ce comité est de développer des outils cliniques afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle atteinte de MPOC légère et modérée stable vue en première ligne ainsi que d'assurer l'accessibilité et le continuum des services pour cette clientèle. En siégeant à ce comité, l'OPPQ véhicule un message favorable quant à la place des professionnels de la physiothérapie en réadaptation pulmonaire.

Groupe de travail du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur le plan d'intervention disciplinaire informatisé

Le MSSS souhaite rendre disponible un plan d'intervention disciplinaire informatisé pour le réseau de la santé et des services sociaux. Le mandat du groupe de travail est de conseiller l'équipe de développement sur les attentes et spécificités des différentes professions associées à la rédaction du plan d'intervention disciplinaire. L'OPPQ siège donc à ce groupe afin de s'assurer que le nouveau formulaire répond aux exigences de ses règlements. L'OPPQ en profite également pour démontrer au MSSS que plusieurs exigences de tenue de dossiers ne relèvent pas de sa réglementation, mais plutôt des règles administratives des établissements de santé.

Comité clinique du projet de révision des processus d'évaluation et de traitement des demandes liées au Programme d'adaptation domiciliaire (PAD) de la Société d'habitation du Québec

Ce projet chapeauté par le MSSS vise à établir un processus optimal de traitement des demandes liées au PAD et à le diffuser aux différentes régions du Québec. Les conclusions du projet seront connues à la fin de l'année puisque celui-ci touche à sa fin. L'OPPQ a été actif dans ce comité pour démystifier le rôle du thérapeute en réadaptation physique dans une équipe interdisciplinaire et offrir des pistes de solutions dans le cadre du PAD. ■



Bien + que des tarifs
de groupe exclusifs
pour vos assurances auto,
habitation et entreprise

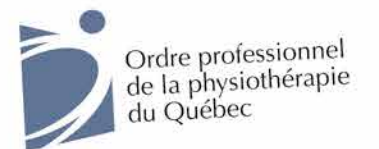


LA TOUCHE PERSONNELLE

Découvrez pourquoi plusieurs ordres professionnels québécois et leurs membres choisissent La Personnelle pour assurer leurs biens.

Jugez-en par vous-même
lapersonnelle.com/oppq

1 888 476-8737



laPersonnelle
Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

La bonne combinaison.

Ce que vous devez savoir à propos du règlement sur les manipulations vertébrales et articulaires (périphériques)

L'ATTESTATION DE FORMATION DE L'OPPQ

Si, en tant que physiothérapeute, vous procédez à des manipulations vertébrales et articulaires (périphériques), vous devez obtenir de l'Ordre une attestation pour avoir le droit de continuer cette activité.

Deux types d'attestations peuvent être obtenues : **l'attestation pour procéder à des manipulations périphériques** seulement, qu'on appelle ici manipulations articulaires, et **l'attestation complète pour procéder à des manipulations vertébrales et articulaires** qui comprend les deux types de manipulations. À noter que les manipulations vertébrales et articulaires comprennent les manipulations cervicales.

Ajoutons également que les manipulations du bassin et des côtes sont considérées comme des manipulations vertébrales et nécessitent donc de détenir une attestation vertébrale et articulaire pour être effectuées.

Ainsi, tout physiothérapeute qui entend procéder à l'un ou l'autre de ces types de manipulations doit faire une demande d'attestation à l'Ordre et démontrer qu'il possède un niveau de connaissances et d'habiletés suffisant, acquis à la suite d'une formation reconnue par l'Ordre. Le physiothérapeute doit donc remplir un formulaire qu'il fera parvenir à l'Ordre accompagné de pièces justificatives (diplômes, attestations de formation, etc.) attestant des formations suivies.

Le comité consultatif sur les manipulations examine toutes les demandes nécessitant une analyse et fait une recommandation de délivrance d'attestation ou de dispense partielle. Il est possible que le comité demande au membre de compléter ses preuves de compétences, soit en lui demandant de produire des détails sur la formation suivie, soit en lui suggérant un examen de ses connaissances et de ses compétences.

Si le comité recommande une dispense partielle, il indiquera au membre la formation à suivre pour obtenir son attestation. Notons toutefois qu'on ne peut accorder d'attestation partielle, par exemple une attestation pour procéder à des manipulations vertébrales sans les cervicales. Le membre doit posséder toutes les connaissances et les habiletés en manipulations cervicales s'il veut obtenir son attestation de manipulations articulaires et vertébrales.

Lorsque le membre reçoit la décision du comité exécutif de l'Ordre, il peut en demander la révision s'il n'en est pas satisfait. Cette demande doit être motivée par écrit et transmise au secrétaire de l'Ordre dans les 30 jours de la réception de la décision. Au moment de la rédaction de cet article, plus d'une centaine de physiothérapeutes avaient déjà reçu leur attestation. L'Ordre a donné à ses membres jusqu'au 16 janvier 2015 pour lui faire parvenir le formulaire de demande dûment rempli. Après cette date, les physiothérapeutes ne pourront plus procéder à des manipulations sans attestation, et ce, même si elles sont périphériques.

Enfin, la pratique des manipulations est une activité qui n'est réservée qu'aux physiothérapeutes et qu'ils partagent avec les médecins et les chiropraticiens. Il faut donc comprendre que les thérapeutes en réadaptation physique n'ont pas le droit de procéder à des manipulations et ne peuvent en conséquence obtenir d'attestation, même s'ils ont suivi une formation complète en ostéopathie. Il en est de même pour tous les ostéopathes qui ne sont pas physiothérapeutes, chiropraticiens ou médecins.

MISE EN CONTEXTE

Après une longue saga judiciaire, initiée par les chiropraticiens dans les années 1990, les physiothérapeutes se sont vu reconnaître le droit de procéder à des manipulations articulaires et vertébrales à condition de détenir une attestation délivrée par l'Ordre.

Dès lors, des travaux ont été menés par l'Office des professions, l'OPPQ et divers autres groupes concernés par le sujet afin de mettre sur pied un règlement qui permet à l'Ordre de donner une attestation aux membres ayant rempli certains critères de formation.

C'est ainsi que le *Règlement sur des activités de formation des physiothérapeutes pour procéder à des manipulations articulaires et vertébrales* est entré en vigueur le 23 janvier dernier. Notons également que, depuis le 25 juin 2014, l'article 37.1 par. 3o i du *Code des professions* permet à l'Ordre d'émettre une attestation de formation aux fins de procéder à des manipulations vertébrales et articulaires conformément au Règlement.

Depuis, une rencontre avec les directeurs des divers programmes universitaires de physiothérapie au Québec a été organisée pour une présentation du Règlement. De plus, des discussions ont eu lieu afin d'assurer que les universités offrent un continuum de formation permettant aux diplômés d'obtenir leur attestation.

L'Association québécoise de physiothérapie manuelle orthopédique (AQPMO) a aussi été rencontrée. Après une présentation du Règlement, nous avons échangé sur les formations possibles qui pourraient être offertes. Notons que l'Ordre travaille actuellement à l'élaboration de formation d'appoint pour les membres à qui une prescription de formation a été donnée à la suite de l'analyse de leur demande d'attestation.

L'Ordre encourage donc les membres désireux d'obtenir une attestation de formation à se renseigner et à faire parvenir leur demande le plus rapidement possible. N'hésitez pas à faire reconnaître vos compétences, car elles témoignent de votre parcours professionnel.



© Adam Gregor — Fotolia

LE CONSENTEMENT

Le professionnel a le devoir d'obtenir le consentement du client avant de procéder au traitement en physiothérapie. Le client peut donner son consentement verbalement, sauf pour les manipulations cervicales qui nécessitent un consentement écrit. En effet, dans le cas de la manipulation cervicale, le législateur met l'accent sur l'importance d'obtenir un consentement du client en imposant au physiothérapeute l'obligation d'avoir en sa possession un consentement écrit avant de procéder à cette modalité de traitement.

Le consentement doit être obtenu librement et de manière éclairée par le client.

Le client doit prendre une décision sans contraintes, sans menaces ou sans pressions quant à la prestation du service offert. Le consentement doit être donné de plein gré.

Rappelons qu'obtenir du client un consentement libre et éclairé concernant une prestation de soins et services implique le fait que le client a également le droit de refuser. Dans ce contexte, l'obligation de renseigner le client en lui donnant tous les faits rattachés à une situation prend une importance capitale.

Le membre doit fournir à son client, de façon complète et objective, toutes les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services professionnels qui lui seront fournis, entre autres la nécessité, la nature, les modalités et les risques possibles avec ou sans traitement, de même que les effets positifs et négatifs associés. Ainsi, le consentement doit être obtenu en toute connaissance de cause.

Quant à la nécessité du traitement, le professionnel doit expliquer au client l'impact qu'aura le traitement sur sa condition physique comparativement à l'impact de ne pas recevoir le traitement refusé. 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.

En ce qui concerne la nature du traitement, le professionnel doit décrire à son client le traitement proposé ainsi que ses principaux objectifs. Il doit également s'assurer que son client est informé des modalités de traitement en lui donnant l'information pertinente à ce sujet et en précisant les effets pendant ou après le traitement ainsi que les précautions à prendre.

Enfin, en ce qui a trait aux risques du traitement, le professionnel doit divulguer les risques qui sont probables et prévisibles. Il devra également tenir compte de la situation propre au client en révélant des risques plus rares ou graves s'il y a lieu. Précisons que le membre devrait présenter les risques associés aux différentes options thérapeutiques pour permettre au client de prendre une décision réellement éclairée.

LA FORMATION CONTINUE

Selon le *Règlement sur des activités de formation des physiothérapeutes pour procéder à des manipulations vertébrales et articulaires*, les physiothérapeutes détenant une attestation qui leur permet de procéder à ces manipulations sont tenus de consacrer sept heures par période de référence de trois ans à des activités de formation continue portant sur l'exercice de ces manipulations.

La formation continue peut porter sur un large éventail de connaissances et de compétences qui permettront au physiothérapeute de se mettre à jour ou de se perfectionner. Les activités d'apprentissage peuvent varier et être réalisées dans le cadre d'activités formelles (par ex., colloque, atelier pratique) ou d'activités autonomes (par ex., lecture, mentorat). Nous vous invitons à consulter la PACC pour plus d'information.

Rappelons que le Règlement prévoit que la période de référence concorde avec celle de la Politique d'amélioration continue des compétences (PACC) de l'Ordre, soit du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2016 et ainsi de suite. Le nombre requis d'heures de formation continue est calculé au prorata pour tout physiothérapeute se voyant délivrer une attestation en cours de période.

Vous pouvez trouver toute l'information concernant le règlement sur les manipulations vertébrales et articulaires (périphériques) ainsi que le formulaire de demande d'attestation sur le site Web de l'OPPQ à oppq.qc.ca/mon-compte/reglement-manipulations-demande-attestation/

L'INSPECTION PROFESSIONNELLE

À partir du 16 janvier prochain, lorsqu'un inspecteur procédera à votre inspection, il vérifiera dans vos dossiers si vous pratiquez des manipulations vertébrales ou articulaires. Si tel est le cas, il pourra vous demander de prouver que vous possédez vos attestations de formation vous donnant droit à cette pratique, comme stipulé dans le *Règlement sur des activités de formation des physiothérapeutes pour procéder à des manipulations vertébrales et articulaires*.

De plus, par la lecture de vos dossiers ou sur demande, il s'assurera que vous respectez votre Code de déontologie en vérifiant que, pour les cas de manipulations vertébrales cervicales, vous avez obtenu un consentement écrit de votre patient (voir encadré sur le consentement).

Enfin, le Règlement stipule également que le membre qui a obtenu ses attestations devra s'assurer d'avoir consacré un minimum de sept heures par période de trois ans à des activités de formation continue sur le sujet (voir encadré sur la formation continue). La Direction de l'inspection professionnelle fera les vérifications qui s'imposent dans votre portfolio de formation.

Des initiatives prometteuses pour gérer efficacement les maladies chroniques



Johanne Beaudoin, pht



Geneviève Beaudoin, T.R.P.



Carole Haworth, pht

En collaboration avec la Direction du développement et du soutien professionnels

L'augmentation de l'espérance de vie, le vieillissement de la population et les mauvaises habitudes de vie ont entraîné, au cours des dernières années, un accroissement important des maladies chroniques. En effet, plus de 50 % des Québécois âgés de 12 ans et plus souffrent d'une maladie chronique. La condition chronique ayant la prévalence la plus élevée est les maux de dos, suivie par l'arthrite, l'asthme, le diabète et les maladies cardiovasculaires. De toute évidence, ces conditions sont bien connues des professionnels de la physiothérapie.

Il est cependant admis que l'organisation actuelle des soins répond à des problématiques dont la prise en charge est ponctuelle et limitée dans le temps. Comme l'indique l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) dans un document récent¹, « l'offre de service est peu adaptée à la prévention et à la gestion coordonnée et globale exigée par les maladies chroniques ». Malgré cela, plusieurs initiatives prometteuses se développent au sein de quelques établissements au Québec. Ces initiatives misent sur des équipes interdisciplinaires de première ligne qui agissent comme point d'entrée normal et comme centre de coordination des différents services. Ces équipes favorisent l'autogestion et assurent le suivi de la personne en fonction de ses besoins, et ce, dans toute la trajectoire de services.

La place des professionnels de la physiothérapie est plus que pertinente dans ce type d'organisation de services. Trois professionnelles de la physiothérapie nous présentent ici des modèles de soins adaptés aux maladies chroniques, auxquels elles participent. Bien qu'ils présentent des différences notables, ces programmes répondent chacun à leur façon aux besoins grandissants de la clientèle aux prises avec une maladie chronique.

Johanne Beaudoin, physiothérapeute et responsable du programme d'arthrose au CSSS de Rimouski

Soutenus par une rhumatologue ainsi que des orthopédistes et omnipraticiens du CSSS, nous avons développé un programme pour la clientèle souffrant d'arthrose de la hanche et du genou. L'objectif est de guider le client dans la prise en charge de sa condition en lui offrant des stratégies concordant avec les données probantes établies pour l'arthrose. Lors de la prise en charge de cette clientèle, il lui est offert un enseignement axé sur le changement des habitudes de vie au cours d'une séance d'information de groupe qui réunit infirmière, physiothérapeute, kinésiologue et nutritionniste. Durant cette séance,

les participants sont également invités à remplir le questionnaire fonctionnel WOMAC² et les résultats de ce test déterminent si un client bénéficiera d'un suivi individuel en physiothérapie. Ces suivis s'échelonnent sur deux ou trois séances au maximum. Jusqu'à présent, plus de 300 personnes ont participé au programme et environ 60 % d'entre elles ont bénéficié d'un suivi individuel en physiothérapie. Une récente analyse montrait une amélioration fonctionnelle significative de la clientèle à la suite des diverses interventions réalisées par les professionnels. Les commentaires suivant les rencontres informatives de groupe sont très positifs et une diminution du nombre de consultations en orthopédie a également été observée. Décrit comme un programme prometteur par l'AQESSS³, ce cheminement proposé aux clients de notre région qui présentent des déficits fonctionnels associés à l'arthrose des hanches ou des genoux permet de maintenir cette population active. On diminue ainsi la sédentarité qui a souvent des conséquences néfastes sur la santé.

Geneviève Beaudoin, thérapeute en réadaptation physique et animatrice de PASSAGE en lombalgie au CHUS

Le programme PASSAGE (Programme d'apprentissage de stratégies d'autogestion efficaces⁴) est un programme de groupe axé sur l'autogestion de la douleur chronique et s'adressant à la clientèle souffrant de lombalgie et de fibromyalgie. Il vise à favoriser et à développer l'autonomie ainsi que les capacités d'autogestion des participants aux prises avec une condition de douleur chronique. Le programme consiste en huit rencontres s'échelonnant sur une période de 11 semaines avec un groupe composé de huit participants et animé par deux professionnels de la santé qui ont reçu la formation officielle de PASSAGE. Tout au long du programme, plusieurs activités amènent les patients à inclure les dimensions physiques, sociales et psychologiques dans l'autogestion de leur condition.



© Christopher Fletcher - iStockphoto

Une activité cardiorespiratoire dosée est intégrée à partir de la deuxième séance et, dès la troisième rencontre, un programme d'exercices personnalisé est remis à chaque participant. Il s'agit donc d'une approche interdisciplinaire, multimodale et non pharmacologique basée sur la responsabilisation du patient envers sa condition douloureuse. L'effet de groupe entraîne une certaine « normalisation » et compréhension entre les individus vivant la même réalité. Des études ont montré que les patients ayant participé à PASSAGE avaient l'impression qu'il s'était opéré un changement global de leur douleur, de leurs fonctions, de leur qualité de vie et de leur bien-être psychologique. Plus spécifiquement, les chiffres rapportés ont prouvé une amélioration statistiquement significative de la condition des patients en ce qui a trait à l'intensité de leur douleur, à leur sentiment d'efficacité à prendre eux-mêmes leur maladie en charge, et à leur qualité de vie physique et psychologique. Actuellement, près de dix centres du Québec ont reçu la formation et offrent le programme PASSAGE dans leurs établissements. Dans un futur rapproché, il serait fort intéressant de voir le programme PASSAGE implanté dans toutes les régions du Québec, car rares seront ceux qui continueront à privilégier le traitement individuel traditionnel en physiothérapie pour les douleurs chroniques.

Carole Haworth, physiothérapeute, chercheuse et consultante pour le programme AGIR

Le programme AGIR (Programme d'autogestion pour les patients souffrant d'arthrose et de formation pour les cliniciens de première ligne supportée par une équipe interdisciplinaire régionale⁵) est un programme régional de première ligne dont l'objectif est d'améliorer la qualité de vie des patients souffrant d'arthrose modérée à sévère. Le programme propose une formation interdisciplinaire aux cliniciens de première ligne intervenant auprès de cette clientèle, notamment les

physiothérapeutes, les pharmaciens, les infirmières et les médecins de famille, ainsi qu'un programme d'autogestion pour les patients et les membres de leur famille. Dans ce programme, le physiothérapeute est particulièrement appelé à proposer aux autres cliniciens et aux patients une approche de soins adaptée à la douleur chronique. Les retombées du programme AGIR ont été évaluées dans le cadre d'une récente étude pilote. Au total, sept groupes de médecine familiale de la Montérégie, incluant 132 patients, ont été assignés aléatoirement au groupe AGIR. Les patients et les cliniciens du groupe AGIR ont été invités à participer au programme de formation pour les cliniciens et au programme d'autogestion pour les patients et leurs proches. Le taux de participation était élevé (cliniciens : 63 %; patients : 83 %). Après huit mois, les patients qui ont participé au programme ont rapporté une amélioration de leur perception globale de changement des capacités fonctionnelles (28 % vs 3 % ; p = 0,01) et de leur qualité de vie (30 % vs 5 % ; p = 0,037). Le programme AGIR nécessite peu de ressources et est bien adapté à la première ligne. Il facilite également la mise en place de collaborations interprofessionnelles. ■

¹ AQESSS. Maladies chroniques : agir là où ça compte, 2014. Document consulté le 4 septembre 2014 au www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Documents_deposes/Agir_Maladies_chroniques_2014-04-08_VF.pdf

² Pour en connaître davantage sur l'outil WOMAC, consulter www.rhumato.info/fiches-pratiques2/148-arthrose/1572-indice-womac

³ AQESSS, op. cit.

⁴ Pour en connaître davantage sur PASSAGE, consulter le site Web programmeaccord.org/

⁵ Pour en connaître davantage sur AGIR, consulter le site Internet programmeaccord.org/

Effets d'un programme de réadaptation sur les symptômes et la biomécanique de coureurs récréatifs souffrant d'un syndrome fémoro-patellaire



Par Jean-François Esculier, pht, M. Sc.

Jean-Sébastien Roy, pht, Ph. D. ;
Laurent J. Bouyer, Ph. D.

La course à pied a récemment connu un essor remarquable. Bien que la pratique régulière de ce sport entraîne des bénéfices importants pour la santé physique et psychologique¹, environ la moitié des coureurs développent une blessure musculosquelettique chaque année, le syndrome fémoro-patellaire (SFP) figurant en tête de liste². Plusieurs déficits ont été décrits chez les coureurs souffrant d'un SFP, comme des perturbations dans l'activation musculaire³, le mouvement (cinématique)⁴ et les forces appliquées (cinétique)⁵ aux membres inférieurs (MI) lors de la course.

L'objectif de cette étude était d'évaluer les effets d'une intervention mixte (exercices de renforcement et de contrôle moteur, conseils sur la technique de course et sur la modification de l'entraînement) sur les symptômes et la biomécanique de coureurs souffrant d'un SFP.

Participants et déroulement

Un échantillon de 21 coureurs avec SFP a été recruté par le biais d'annonces auprès de la communauté de coureurs de Québec (16 femmes et 5 hommes, 34,1 ± 6 ans, courant en moyenne 20,4 ± 4,4 km/sem et ayant des symptômes depuis 38,1 ± 45,5 mois). Afin d'être inclus dans l'étude, les candidats devaient courir un minimum de 15 km/sem, présenter un SFP depuis au moins 3 mois et un niveau de douleur ≥ 3/10 lors de la course et d'autres activités quotidiennes.

Initialement, les coureurs inclus ont participé à une séance d'évaluation en laboratoire pendant laquelle ont été évalués la douleur et le niveau fonctionnel du genou, la force musculaire et le contrôle moteur des MI lors de la course sur tapis roulant. Ensuite, ceux-ci ont pris part à un programme de réadaptation standardisé de huit semaines, supervisé par des physiothérapeutes à l'occasion de rencontres hebdomadaires. Dans la semaine suivant la fin de l'intervention, les effets du programme de réadaptation ont été évalués en répétant les mesures effectuées lors de la séance d'évaluation initiale.

Variables à l'étude

Douleur et niveau fonctionnel : La version française du questionnaire autoadministré *Activities of Daily Living Scale of the Knee Outcome Survey*, KOS-ADLS (en ligne sur le site de l'OPQ)⁶ a été utilisée afin de mesurer les symptômes et le niveau fonctionnel du genou. Un score maximal de 100 indique l'absence de symptômes et d'incapacités.

Des échelles visuelles analogues (0-100 mm) ont été employées pour objectiver la douleur habituelle, la pire douleur et la douleur pendant la course. Une question portant sur le changement global de la condition a aussi été utilisée après l'intervention.

Force musculaire : La force isométrique maximale des muscles extenseurs du genou et des muscles abducteurs, extenseurs et rotateurs externes de la hanche a été évaluée à l'aide d'un dynamomètre manuel Nicholas.

Contrôle moteur des MI à la course : Le contrôle des MI a été caractérisé à la course sur tapis roulant lors d'une période de course de 5 minutes à une vitesse confortable (de 8 à 10 km/h). L'activité EMG moyenne et maximale ainsi que le délai et la durée de l'activation des muscles moyen (MF) et grand fessiers (GF), vastes médial (VM) et latéral (VL) et soléaire (SOL) ont été collectés. De plus, la configuration tridimensionnelle des mouvements du bassin, de la hanche et du genou, ainsi que les forces d'impact verticales au sol ont été évaluées.

Programme d'intervention

L'intervention standardisée de huit semaines incluait un programme d'exercices ainsi que des conseils sur la technique de course et sur la modification de l'entraînement. Afin que l'intervention soit adéquatement supervisée, les participants devaient rencontrer un physiothérapeute de façon hebdomadaire.

Programme d'exercices

Le programme d'exercices était divisé en quatre phases distinctes, pendant lesquelles les coureurs devaient exécuter les exercices à raison de trois fois par semaine, à l'exception des exercices de contrôle moteur qui devaient être faits quotidiennement. Chacune des séances d'exercices durait au maximum 20 minutes.

Pendant la phase 1 (semaines 1-2), des exercices de recrutement/renforcement des muscles proximaux des MI étaient prescrits sans mise en charge. De plus, un exercice de montée d'une marche devant un miroir était effectué, afin de mettre l'accent sur le contrôle moteur par un alignement dynamique adéquat du MI.

Pour la phase 2 (semaines 3-4), les exercices ciblant les muscles fessiers et quadriceps étaient exécutés en mise en charge, alors que l'exercice de montée de marche se trouvait remplacé par une descente de marche. Des exercices de planches abdominales ont aussi été ajoutés.

Finalement, les phases 3 et 4 (semaines 5-8) avaient pour objectif d'augmenter le niveau d'exigence des exercices en ce qui a trait à la force et au contrôle, ainsi que les charges mécaniques appliquées à l'articulation fémoro-patellaire. En fait, on modifiait les exercices en ajoutant la station unipodale, en plus d'intégrer des résistances sous forme de bandes élastiques ainsi que des sauts, tout en augmentant la hauteur de la marche utilisée. L'utilisation des planches abdominales était aussi rendue plus difficile. Chacun de ces exercices était prescrit de façon standardisée aux coureurs, en laissant la latitude au clinicien d'ajuster la difficulté selon les capacités individuelles et le niveau de douleur.

Conseils sur la technique de course

Des conseils étaient fournis aux coureurs sur la façon de réduire les charges appliquées à l'articulation fémoro-patellaire lors de la course. À cet effet, les participants devaient augmenter leur fréquence de pas par minute (sans augmenter la vitesse de course), en plus de diminuer les forces d'impact en réduisant le bruit causé par l'attaque du pied au sol.



Modification de l'entraînement

Pendant toute la durée de l'intervention, les participants étaient encouragés à poursuivre leur entraînement de course à pied. Cependant, des conseils personnalisés étaient fournis afin de favoriser des conditions propices à la guérison : augmenter le nombre de sorties par semaine tout en diminuant le temps de chacun de ces entraînements, diminuer la vitesse de course, ainsi qu'éviter la course en pente descendante et dans les escaliers. Les distances de course étaient graduellement augmentées à nouveau, avant de restaurer la vitesse ainsi que les pentes et escaliers.

Analyse des données

Les effets de l'intervention ont été évalués en comparant, à l'aide de tests t appariés et de Khi-carré, les données obtenues avant et après l'intervention pour chacune des variables relatives aux symptômes, au niveau fonctionnel ainsi qu'au contrôle moteur. Des corrélations de Pearson ont aussi servi à établir des liens entre certaines variables et le niveau d'amélioration. On a considéré qu'il y avait succès clinique lorsque les participants rapportaient subjectivement une grande ou très grande amélioration à la question sur le changement global de la condition.

Résultats

Symptômes et fonction

Des résultats statistiquement ($p = 0,001$) et cliniquement significatifs ont été rapportés pour le KOS-ADLS (+17,8 pts), la douleur habituelle (-19,2 pts), la pire douleur (-28,7 pts) et la douleur à la course (-32,2 pts). Ainsi, tous les outils de mesure ont révélé des améliorations au-delà du changement cliniquement important. De plus, la majorité

des coureurs (16 sur 21) ont rapporté un succès clinique à la question sur le changement global de la condition.

Contrôle des MI

Malgré une amélioration importante des symptômes et de la fonction, aucun changement de force musculaire n'a été constaté à la suite de l'intervention. En ce qui concerne le contrôle moteur à la course, une augmentation significative de la fréquence des pas a été observée. L'activité musculaire a seulement été modifiée pour VL et SOL, alors qu'une augmentation significative de la durée de contraction a été observée pour ces deux muscles pendant la phase d'appui. Cependant, le programme de réadaptation n'a causé aucune modification à la configuration tridimensionnelle des mouvements du bassin, de la hanche ou du genou. Une plus grande proportion de coureurs adoptait une attaque de l'avant-pied après l'intervention (38 % vs 14 %).

À la suite du programme de réadaptation, les forces d'impact au sol lors de la course ont été considérablement réduites. De façon intéressante, une réduction significative des forces d'impact a été observée chez le sous-groupe de coureurs ayant rapporté un succès clinique (-16,7 %, $p = 0,001$), contrairement au sous-groupe n'ayant pas rapporté autant de succès (-1,3 %, $p = 0,879$). De plus, une corrélation significative a été notée entre le pourcentage d'amélioration au KOS-ADLS et le pourcentage de réduction des forces d'impact ($r = 0,48$, $p = 0,028$). En bref, les participants ayant diminué l'impact dans une plus grande proportion ont rapporté une amélioration plus importante de leur condition.

Conclusion et implications cliniques

Ce programme de réadaptation incluant des exercices de renforcement et de contrôle moteur ainsi que des conseils sur la biomécanique de course et sur la modification de l'entraînement a été efficace afin de diminuer les douleurs et d'améliorer le niveau fonctionnel des coureurs ayant un SFP. Bien qu'un succès clinique ait été observé chez la majorité des participants, les analyses n'ont révélé aucune augmentation de force ni de modification à la configuration tridimensionnelle ou au recrutement musculaire au niveau proximal lors de la course.

À l'exception d'une durée d'activation prolongée du VL pendant la phase d'appui, les changements ont surtout été observés de façon distale au genou. La diminution des forces d'impact lors de la course semble avoir été le facteur déterminant dans l'efficacité de l'intervention, puisque le pourcentage de réduction présentait une corrélation significative avec le niveau d'amélioration de la condition. En effet, l'augmentation de la fréquence des pas et de la durée d'activation du soléaire pendant la phase d'appui ont possiblement contribué à diminuer les forces compressives à l'articulation fémoro-patellaire par une plus grande absorption des forces d'impact par les structures distales au genou.

À la lumière de ces résultats, les coureurs récréatifs ayant un SFP pourraient particulièrement bénéficier de modifications à leur pratique de course afin de promouvoir l'amélioration de leur condition. Ainsi, les professionnels de la physiothérapie traitant cette clientèle devraient envisager l'ajout de composantes spécifiques à la course à leur plan de traitement. ■

Références

- ¹Warburton DER et coll. « A systematic review of the evidence for Canada's physical activity guidelines for adults », *Int J Behav Nutr Phys Act*, 2010, 7:39.
- ²Taunton JE et coll. « A retrospective case-control analysis of 2002 running injuries », *Br J Sports Med*, 2002, 36:95-101.
- ³Willson JD et coll. « Gluteal muscle activation during running in females with and without patellofemoral pain syndrome », *Clin Biomech*, 2011, 26:735-740.
- ⁴Noehren B et coll. « Proximal and distal kinematics in female runners with patellofemoral pain », *Clin Biomech*, 2012, 27:366-371.
- ⁵Davis IS et coll. « Vertical impact loading in runners with a history of patellofemoral pain syndrome », *Med Sci Sport Exerc*, 2010, 42:682.
- ⁶Roy JS et coll. « Translation, cross-cultural adaptation and validation of the French version of the knee outcome survey-activities of daily living scale », *Clin Rehabil*, 2013, 28:614-623.

Effets du *taping* patellaire sur la cinématique 3D du genou lors de la descente d’une marche chez des personnes ayant une lésion méniscale : une étude exploratoire

Introduction

Les lésions méniscales (LM) sont la deuxième cause la plus fréquente de blessure au genou et peuvent augmenter jusqu’à quatre fois le risque de développer de l’arthrose précoce du genou. Une des plaintes les plus fréquemment formulées par les personnes ayant une LM est la difficulté à descendre un escalier. Cette difficulté pourrait s’expliquer par une modification de la cinématique du genou lors de ce type de déplacement. Le *taping* patellaire (TP) est une intervention ayant déjà été documentée comme pouvant avoir une influence favorable sur la cinématique 3D de la descente d’une marche d’escalier chez des personnes souffrant d’un syndrome fémoro-patellaire (SFP)^[1], mais ses effets n’ont jamais été étudiés chez des personnes ayant une LM. Étant donné qu’il a également été démontré que le TP est efficace pour réduire l’intensité de la douleur chez cette population^[2], il est possible qu’il puisse aussi agir favorablement sur la cinématique et la douleur des personnes souffrant d’une LM.

Les objectifs de l’étude étaient d’analyser les effets du TP sur la cinématique dans les trois plans de mouvement du genou et sur l’intensité de la douleur ressentie lors de la descente d’une marche chez des personnes ayant une lésion méniscale.

Méthodologie

Une étude préexpérimentale a été conduite afin d’étudier la cinématique du genou dans trois conditions expérimentales : 1) sans intervention ; 2) avec un *taping* sans tension ; et 3) avec un *taping* patellaire. L’ordre des interventions 2 et 3 était inversé à chaque participant afin de limiter l’effet d’apprentissage. Dix participants (6 hommes et 4 femmes) avec une LM ont été recrutés pour participer à l’étude, qui a obtenu préalablement le consentement du comité d’éthique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Les participants devaient être âgés de 18 à 65 ans et avoir subi une IRM préalable à l’évaluation afin de confirmer la présence d’au moins une LM sans signe d’arthrose ou de lésion ligamentaire concomitante.

Les participants devaient descendre lentement (en 2,5 à 3,5 secondes pour le cycle complet) une marche haute de 20 cm en s’appuyant sur leur genou atteint. Le *taping* sans tension correspond à une bande d’Hypafix^{MC} de cinq centimètres de largeur appliquée transversalement sans tension au niveau de la patella sur 50 % de la circonférence du genou. Le TP consiste en cette même bande d’Hypafix^{MC} sur laquelle était appliquée une bande de Leukotape^P^{MC} de 3,8 cm de largeur avec une tension sur les tissus mous du côté médial du genou, de manière à créer des replis dans la peau (voir figure 1).

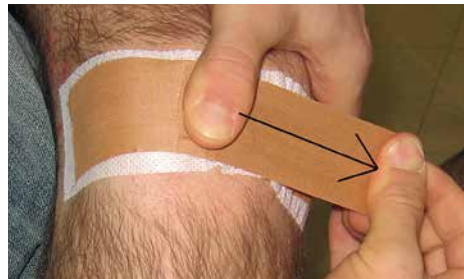
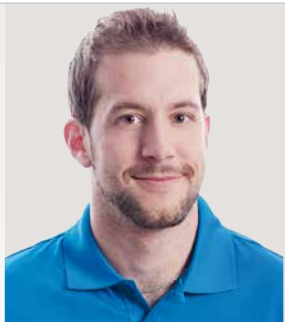


Figure 1 : Installation du taping patellaire avec tension médiale

Cet exercice a été répété cinq fois dans chacune des conditions expérimentales. Les données cinématiques dans les trois plans de mouvement du genou ont été collectées avec un système d’analyse de mouvement de huit caméras VICON^{MC}. Seul le temps de mise en charge complète sur le genou atteint était considéré pour l’analyse des données cinématiques. Les paramètres d’intérêt — soit l’angle maximal, l’angle minimal et l’amplitude de mouvement (du maximum au minimum) — étaient extraits des données brutes à l’aide d’un programme conçu spécifiquement pour ce projet. La douleur a été mesurée à l’aide d’une échelle visuelle analogue. L’analyse statistique a été menée en utilisant une ANOVA à mesure répétée et un test de t apparié post-hoc pour déterminer s’il existe une différence statistiquement significative (p < 0,05) entre les trois conditions pour chacun des paramètres d’intérêt et pour l’intensité de la douleur ressentie pendant la descente de la marche.



Par Nicolas Roy, pht, M. Sc^a

Michel Tousignant, pht, Ph. D. (co-directeur de recherche)^b ; Nathaly Gaudreault, pht, Ph. D. (co-directrice de recherche)^b ; Nicolas Boudreau, étudiant en physiothérapie^b ; François Vézina, M.D., FCRSC^c

Résultats

L’âge, le poids et la taille des participants étaient respectivement de 41,0 ± 15,4 ans, 73,6 ± 15,6 kg et 1,70 ± 0,09 m. La durée moyenne des symptômes des participants au moment de l’évaluation était de 16 ± 10 mois et le score moyen au test fonctionnel KOOS était de 47,0 ± 15,8. La vitesse de la descente n’a présenté aucune différence significative entre les trois conditions (p = 0,4).

Dans le plan sagittal (figure 2), nous avons observé une augmentation significative de l’angle de flexion maximal (p < 0,001) et minimal (p < 0,001) avec le TP comparativement aux deux autres conditions. Une diminution de l’amplitude de mouvement a également été observée lorsque le TP est comparé à la condition sans intervention (p = 0,02).

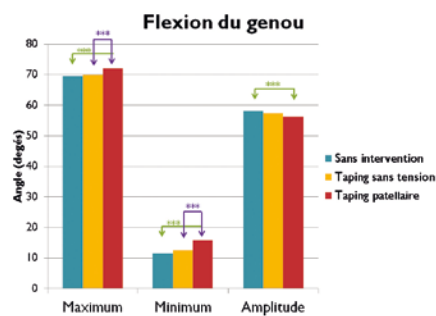


Figure 2 : Comparaison des angles de flexion du genou

Pour le plan frontal (figure 3), les deux conditions de *taping* induisent une réduction de l’angle maximal (p < 0,001) et minimal (p < 0,001) de valgus du genou, l’angle minimal atteignant même des valeurs en varus et l’effet le plus important sur ces variables étant observé avec le TP. D’autre part, seul l’angle maximal présente une différence significative entre les deux types de *taping*,

et seul le *taping* sans tension présente une augmentation significative de l’amplitude de mouvement (p = 0,03).

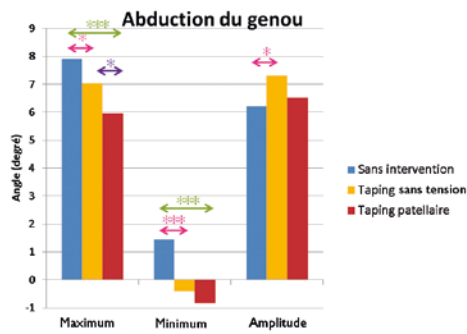


Figure 3 : Comparaison des angles d’abduction du genou

Sur le plan transverse (figure 4), le TP induit une réduction significative de tous les paramètres d’intérêt comparativement aux deux autres conditions (p < 0,001). Le *taping* sans tension n’engendre qu’une réduction de l’amplitude de mouvement de rotation (p = 0,005).

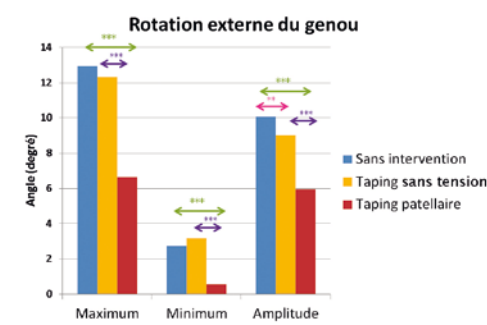


Figure 4 : Comparaison des angles de rotation externe tibiale

Par rapport à l’intensité de la douleur, aucune différence significative n’est observée entre les conditions (p ≥ 0,6), mais les intensités moyennes de douleur rapportées se sont avérées très faibles (EVA/100 : 13,7 mm sans intervention ; 13,3 mm avec *taping* sans tension, 13,0 mm avec TP).

Retombées cliniques

L’étude des données cinématiques du plan sagittal permet d’observer un décalage vers des angles maximums et minimums plus élevés avec le TP, comme si les participants parvenaient à amorcer et à terminer le mouvement en position plus fléchie. Comme il

est déjà connu que le TP peut avoir une influence positive sur la sensation de position du genou^[3] et que la lésion méniscale peut aussi induire une diminution de proprioception^[4], il se peut que le TP ait pu aider les participants à s’appuyer complètement sur leur genou à des angles plus exigeants sur le plan de la mécanique. De plus, l’augmentation de l’angle maximal peut laisser penser que le TP permet aux participants d’éviter de transférer la charge au membre inférieur sain trop rapidement à la fin du mouvement.

Par rapport au plan frontal, nous observons un décalage des angles maximums et minimums vers des valeurs moins en varus avec le TP et le *taping* sans tension. Le TP permettrait donc de corriger une compensation en valgus qui serait observée cliniquement, mais une comparaison à la cinématique observée chez une population saine devra être effectuée afin de confirmer cette hypothèse. Il est d’ailleurs surprenant d’observer un tel effet avec le *taping* sans tension, ce qui laisse croire que la tension appliquée dans le *taping* avait un rôle moins important à jouer dans les modifications observées pour ce plan.

C’est dans le plan transverse que l’on observe les effets relatifs les plus importants du TP, où une réduction importante des trois paramètres d’intérêt est observée. Ces résultats concordent avec les observations faites dans une étude semblable évaluant le TP et une orthèse du genou auprès d’une population saine et ayant un SFP^[1, 5]. Sachant que le TP est également capable d’influer sur le recrutement musculaire^[6] et qu’une diminution de l’activation des muscles médiaux de la cuisse a été observée lors de la descente d’une marche chez des personnes ayant une LM^[7], il se peut que l’effet du TP réside également dans une correction de l’activation neuromusculaire de la cuisse.

Malheureusement, cette étude n’a pu mettre en évidence une amélioration de l’intensité de la douleur ressentie au cours de la tâche, principalement à cause d’une intensité de douleur très faible dans les trois conditions. Pour expliquer ce phénomène, il faut souligner que la durée moyenne depuis le début des symptômes des participants était très longue et qu’ils présentaient très peu de limitations fonctionnelles associées à leur LM.

Conclusion

Cette étude a permis de mettre en évidence que le TP peut causer des modifications de la cinématique du genou dans les trois plans de mouvement et que l’effet de la tension appliquée dans le *taping* joue un rôle majeur dans ces modifications. Afin de mieux

comprendre les mécanismes d’action du TP sur cette population, il serait indiqué de mener une étude électromyographique avec des données cinétiques afin de confirmer certaines hypothèses soulevées lors de cette étude. ■



Références

- ^a Programme de sciences cliniques, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke
- ^b École de réadaptation, Université de Sherbrooke
- ^c Département de chirurgie orthopédique, Université de Sherbrooke
1. Selfe, J., D. Thewlis, S. Hill, J. Whitaker, C. Sutton et J. Richards. « A clinical study of the biomechanics of step descent using different treatment modalities for patellofemoral pain », *Gait & Posture*, 2011, 34(1), p. 92-96.
2. Warden, S.J., R.S. Hinman, M.A. Watson, Jr., K.G. Avin, A.E. Bialocerkowski et K.M. Crossley. « Patellar taping and bracing for the treatment of chronic knee pain: a systematic review and meta-analysis », *Arthritis and Rheumatism*, 2008, 59(1), p. 73-83.
3. Callaghan, M.J., J. Selfe, A. McHenry et J.A. Oldham. « Effects of patellar taping on knee joint proprioception in patients with patellofemoral pain syndrome », *Manual Therapy*, 2008, 13(3), p. 192-199.
4. Malliou, P., A. Gioftsidos, G. Pafis, S. Rokka, N. Kofotolis, S. Mavromoustakos et coll. « Proprioception and functional deficits of partial meniscectomized knees », *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2012, 48(2), p. 231-236.
5. Selfe, J., J. Richards, D. Thewlis et S. Kilmurray. « The biomechanics of step descent under different treatment modalities used in patellofemoral pain », *Gait & Posture*, 2008, 27(2), p. 258-263.
6. Aminaka, N. et P.A. Gribble. « A systematic review of the effects of therapeutic taping on patellofemoral pain syndrome », *Journal of Athletic Training*, 2005, 40(4), p. 341-351.
7. Thorlund, J.B., E.M. Roos et P. Aagaard. « Neuromuscular function during stair descent in meniscectomized patients and controls », *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 2011, 43(7), p. 1272-1279.



Pascal Desrochers ^a



Maude Laliberté ^{a,b,c}



Anne Hudon ^{a,b}

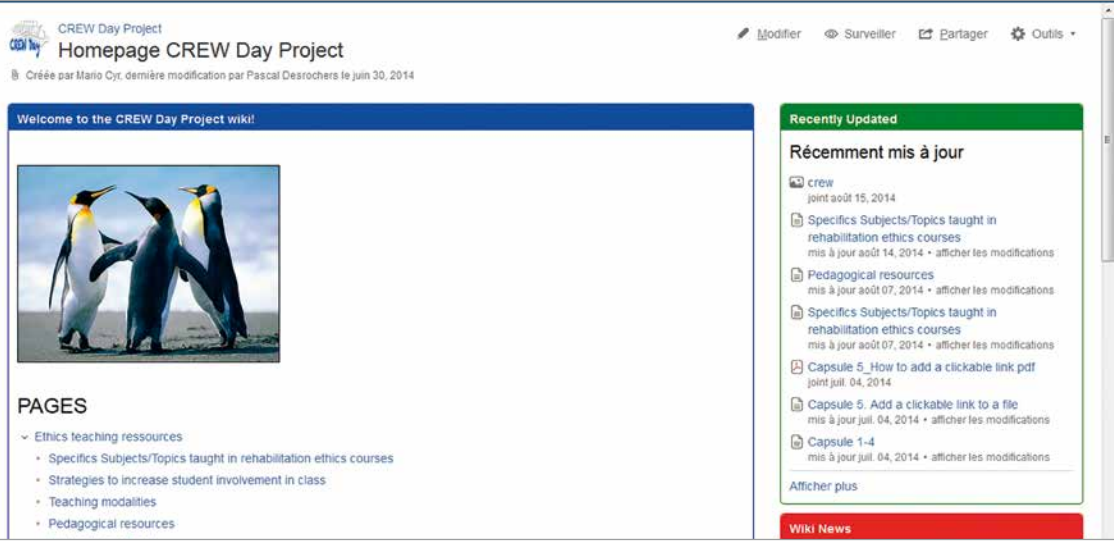
^a École de réadaptation, Département de physiothérapie, Faculté de médecine, Université de Montréal

^b Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain

^c Programme de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique, Université de Montréal

Le Wiki comme soutien à l’échange de connaissances : un exemple d’utilisation pour les professeurs d’éthique en réadaptation

Quel que soit leur milieu de travail, les physiothérapeutes doivent maintenir leurs connaissances à jour dans leur domaine de pratique. Alors que cette tâche est souvent longue et réalisée de façon individuelle, la mise sur pied d’un wiki dans une équipe ayant un intérêt professionnel commun ou partageant un milieu de travail en physiothérapie pourrait permettre de diffuser les meilleures pratiques à partir d’un seul et même espace. Cette chronique présente donc les étapes ayant mené à la création d’un wiki dans le cadre d’un projet d’échange des connaissances qui regroupait des professeurs d’éthique en réadaptation du Canada.



Introduction

Le wiki en soutien à un projet d’échange des connaissances pancanadien.

Au cours de l’hiver 2013, des chercheurs de l’Université de Montréal et de l’Université McGill ont réalisé un sondage auprès de 55 professeurs de réadaptation au Canada enseignant l’éthique. Celui-ci a notamment mis au jour une disparité au sein des divers programmes canadiens pour ce qui est du nombre d’heures d’enseignement consacré à l’éthique ainsi que des méthodes pédagogiques employées par les enseignants^[1]. À la lumière des résultats de ce sondage, le même groupe de recherche a choisi de mettre sur pied un projet d’échange de connaissances ayant pour objectif d’améliorer l’enseignement de l’éthique en réadaptation au Canada. Le projet a ainsi permis de réunir 23 professeurs d’éthique issus de 23 programmes de réadaptation canadiens lors d’une journée d’échange de connaissances. Celle-ci s’est tenue à Montréal en mai 2014 et s’intitulait *Canadian*

Rehabilitation Ethics Teaching Workshop Day (CREW Day). Dans la foulée de cette journée, un wiki a été créé afin de permettre aux enseignants de poursuivre leur collaboration à plus long terme et à distance, assurant ainsi la pérennité des échanges au sein du groupe nouvellement formé.

Qu’est-ce qu’un wiki ?

Un wiki est un site Web permettant à ses utilisateurs de créer avec facilité des pages d’information et d’en modifier fréquemment le contenu, mettant le savoir de chacun d’entre eux à contribution. Favorisant la collaboration, le wiki est de plus en plus utilisé au sein de diverses entreprises^[2-4], de même que dans le domaine de l’éducation^[5-12] et de la santé^[12-15]. Il sert également à soutenir l’échange de connaissances^[4,16-18], comme dans le cas de Physiopedia^[19] qui recense des connaissances diverses en physiothérapie. Très utile aux cliniciens, ce site permet d’acquérir des connaissances sur des sujets récents en physiothérapie.

Tableau 1. Différentes caractéristiques des logiciels de wiki	
CARACTÉRISTIQUES	DESCRIPTION**
Logiciel libre (Open source)	Logiciel dont les utilisateurs sont autorisés à modifier le code source et à le redistribuer comme leur propre matériel, sans devoir créditer les auteurs originaux.
Éditeur WYSIWYG (What You See Is What You Get)	Logiciel d’édition faisant en sorte que la mise en forme est directement appliquée et visible dans le texte, ne nécessitant aucune syntaxe particulière.
Historique de pages	Conserve un historique de chacune des versions antérieures des pages, permettant ainsi de restaurer certaines versions précédentes.
Gestionnaire de conflits	Permet de gérer les conflits lorsque deux utilisateurs modifient simultanément le contenu d’une page.
Hébergé	Se dit d’un wiki installé sur le matériel informatique d’un hôte. Ce dernier fait également la gestion des données et du logiciel.
Téléchargeable	Contrairement à la caractéristique précédente, se dit d’un wiki installé sur le matériel informatique des utilisateurs. Ceux-ci doivent gérer eux-mêmes les données, généralement produites sous forme de fichiers.
Recherche par mots-clés	Possibilité de chercher des mots-clés contenus dans les titres et les textes des articles ou des pièces jointes, comme les documents PDF ou Word qui sont contenus dans le logiciel.
Commentaires	Peut se présenter sous la forme d’un fil de discussion en bas de page ou d’une page de discussion liée à chacune des pages. Certains logiciels n’ont toutefois pas d’emplacement réservé aux commentaires.

**Traduction libre des descriptions issues de HYPERLINK «<http://www.wikimatrix.org>» www.wikimatrix.org

Trois grandes étapes pour la mise sur pied du wiki du crew day

Le choix du logiciel de wiki, l’élaboration du contenu et la mesure de son utilisation ont été effectués sur une période de 21 semaines*.

1 Choisir le logiciel de wiki (12 semaines)

La recherche de logiciel s’est faite principalement grâce à Wikimatrix^[20], un site Web évaluant 142 logiciels de wiki selon diverses caractéristiques (voir tableau 1 pour quelques exemples caractéristiques).

Comme le wiki visait à soutenir l’échange des connaissances chez des enseignants en réadaptation, les trois caractéristiques principales recherchées étaient un logiciel de wiki possédant une page ou un fil de discussion relié à chacune des pages, un éditeur WYSIWYG et un historique des pages. De plus, puisqu’il s’agissait d’un projet de recherche au financement limité, l’équipe

* Le temps qui a été consacré à chacune des étapes est mentionné entre parenthèses au début de chacune des sections.

cherchait un logiciel gratuit et hébergé par un hôte faisant une gestion confidentielle des données. Le choix de l’équipe s’est arrêté sur Confluence^[21]. Bien que ce logiciel ait une visée commerciale et qu’il soit généralement payant, l’Université de Montréal possédait une licence pour son utilisation, ce qui permettait de créer un wiki gratuitement. D’autres logiciels, quoique tous payants, représentaient aussi de belles solutions de rechange; citons notamment PBwiki^[22], Samepage^[23], Wikispaces^[24] et Papyrs^[25].

2 Élaboration du contenu du wiki (4 semaines)

La recherche visant à trouver un format de présentation idéal pour le wiki a été réalisée en visitant et en analysant plusieurs wikis issus de la liste des 50 meilleurs wikis en santé^[26]. L’équipe a ainsi décidé d’opter pour une présentation sous forme de tableau, puisqu’elle permet de présenter une multitude de renseignements, allant de ressources pédagogiques aux diverses stratégies d’enseignement utilisées dans l’enseignement de l’éthique en réadaptation. De plus, cette forme simple facilite la

contribution des participants^[7], une caractéristique que recherchait l’équipe.

3 Lancement du wiki et mesure de l’utilisation (5 semaines)

Le lancement du wiki a été effectué en juin 2014. Comme la formation des utilisateurs favorise l’adoption du wiki^[27], un tutoriel visant à faciliter l’accès, la navigation ainsi que les contributions au wiki a été envoyé à tous les participants. Parce que l’équipe souhaitait que l’ensemble des ajouts provienne des participants ciblés par le projet, son utilisation a été mesurée au moyen de divers indicateurs. Durant les cinq semaines qui ont suivi le lancement du wiki, cinq participants ont activé leur compte. Le délai entre leur activation et l’envoi des codes d’accès a été nul pour quatre participants (zéro jour) et de onze jours pour un participant. Un rappel de connexion a été envoyé par courriel au 27^e jour suivant l’envoi des codes d’accès. Par la suite, aucun participant (n = 18) n’a activé son compte jusqu’à la fin de la collecte des données (28^e jour après le lancement). Aucune contribution n’a été recensée durant les cinq semaines suivant le lancement du wiki.

Retour sur l’expérience et avenues futures

L’équipe de recherche est parvenue à concevoir un wiki visant le partage de connaissances dans un délai satisfaisant, et ce, sans difficulté technique. De plus, le choix du logiciel et la présentation de l’information sous forme de tableau ont satisfait l’ensemble des besoins préalablement identifiés. Par contre, une faible participation a été notée durant les cinq premières semaines suivant le lancement du wiki, malgré le fait que 20 des 23 participants au CREW Day avaient formellement spécifié lors de la journée vouloir continuer les échanges par l’entremise du wiki. Cette faible participation pourrait s’expliquer par divers facteurs, notamment par le fait que le lancement du wiki a eu lieu à la fin du mois de juin, une période correspondant souvent à la saison de vacances des professeurs. Étant donné qu’un intérêt documenté pour le wiki avait été évalué à la suite de la journée, un courriel invitant de nouveau les participants intéressés à contribuer au wiki sera envoyé avant les prochaines rentrées d’automne et d’hiver, périodes où les professeurs mettent à jour le contenu de leurs cours. L’équipe compte donc poursuivre la collecte de données à l’automne 2014 et à l’hiver 2015 afin de mesurer l’utilisation que feront les participants du wiki pendant ces périodes jugées favorables par l’équipe.

Conclusion

Cette expérience démontre que la création d’un wiki est possible pour les physiothérapeutes n’ayant aucune expérience en conception Web, lorsqu’un logiciel simple d’utilisation est employé. L’identification des besoins relatifs au projet est certainement une étape essentielle à ne pas négliger lors du processus décisionnel. L’équipe reste convaincue qu’un wiki pourrait être un outil de collaboration efficace pour les cliniciens, les chercheurs et les professeurs en physiothérapie afin qu’ils partagent sur une plateforme Web leurs connaissances et leurs expertises. L’intégration de chercheurs à un tel wiki pourrait permettre une diffusion rapide des dernières données scientifiques et une mise à jour continue de celles-ci.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier Debbie Feldman et François Dubé pour leurs commentaires sur les versions précédentes de cet article, ainsi que tous les participants du CREW Day et l’équipe de recherche. L’auteur principal, Pascal Desrochers, a réalisé ce projet dans le cadre d’un stage de recherche d’été. Ce projet a été financé par la fondation

Edith Strauss Rehabilitation Research Project in Knowledge Translation, le Conseil canadien des programmes universitaires de physiothérapie, le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain et la Faculté de médecine de l’Université de Montréal. ■

Références

1. Laliberte, M., A. Hudon, B. Mazer, M. Hunt, D. Ehrmann Feldman et B. Williams-Jones. « An in-depth analysis of ethics teaching in Canadian Physiotherapy and Occupational Therapy programs », soumis à *Disability and Rehabilitation*.
2. Bean, L. et D.D. Hott. « Wiki : A speedy new tool to manage projects », *Journal of Corporate Accounting & Finance*, 2005, vol. 16, no 5, p. 3-8.
3. Majchrzak, A., C. Wagner et D. Yates, éditeurs. « Corporate wiki users: results of a survey », *Proceedings of the 2006 international symposium on Wikis*, ACM Press, 2006.
4. Pfaff, C.C. et H. Hasan. « Overcoming organisational resistance to using Wiki technology for Knowledge Management », *PACIS 2006 Proceedings*, 2006, p. 110.
5. Parker, K. et J. Chao. « Wiki as a teaching tool », *Interdisciplinary Journal of e-learning and Learning Objects*, 2007, vol. 3, no 1, p. 57-72.
6. Kardong-Edgren, S.E., M.H. Oermann, Y. Ha, M.N. Tennant, C. Snelson, E. Hallmark et coll. « Using a wiki in nursing education and research », *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2009, vol. 6, no 1.
7. Grassley, J.S. et R. Bartoletti. « Wikis and blogs: tools for online interaction », *Nurse educator*, 2009, vol. 34, no 5, p. 209-213.
8. Wheeler, S., P. Yeomans et D. Wheeler. « The good, the bad and the wiki: Evaluating student-generated content for collaborative learning », *British Journal of Educational Technology*, 2008, vol. 39, no 6, p. 987-995.
9. Hazari, S., A. North et D. Moreland. « Investigating pedagogical value of wiki technology », *Journal of Information Systems Education*, 2009, vol. 20, no 2.
10. Bookstaver, P.B., C.N. Rudisill, A.R. Bickley, C. McAbee, A.D. Miller, C.C. Piro et coll. « An evidence-based medicine elective course to improve student performance in advanced pharmacy practice experiences », *American Journal of Pharmaceutical Education*, 2011, vol. 75, no 1.
11. Varga-Atkins, T., P. Dangerfield et D. Brigden. « Developing professionalism through the use of wikis: A study with first-year undergraduate medical students », *Medical Teacher*, 2010, vol. 32, no 10, p. 824-829.
12. Boulos, M.N., I. Maramba et S. Wheeler. « Wikis, blogs and podcasts : a new generation

of Web-based tools for virtual collaborative clinical practice and education », *BMC Medical Education*, 2006, 6:41.

13. Kamel Boulos, M.N. et S. Wheeler. « The emerging Web 2.0 social software: an enabling suite of sociable technologies in health and health care education », *Health Information & Libraries Journal*, 2007, vol. 24, no 1, p. 2-23.
14. Crespo, R. « Virtual community health promotion », *Preventing Chronic Disease*, 2007, vol. 4, no 3.
15. Barsky, E. et D. Giustini. « Web 2.0 in physical therapy: a practical overview », *Physiotherapy Canada*, 2008, vol. 60, no 3, p. 207-210.
16. Wagner, C. « Wiki : A technology for conversational knowledge management and group collaboration », *The Communications of the Association for Information Systems*, 2004, vol. 13, no 1, p. 265-289.
17. Wagner, C. et N. Bolloju. « Supporting knowledge management in organizations with conversational technologies: Discussion forums, weblogs, and wikis », *Journal of Database Management*, 2004, vol. 16, no 2, p. i-viii.
18. Wagner, C. « Breaking the knowledge acquisition bottleneck through conversational knowledge management », *Information Resources Management Journal (IRMJ)*, 2006, vol. 19, no 1, p. 70-83.
19. *Universal access to physiotherapy and physical therapy knowledge, a collaborative community project to educate and professionally develop... this is our contribution to global health*, [en ligne], [http://www.physio-pedia.com], [22 juillet 2014].
20. Wikimatrix. *Compare them all*, [en ligne], [www.wikimatrix.org], [4 mars 2014].
21. Atlassian. *Confluence*, [en ligne], [www.atlassian.com/Confluence], [17 mars 2014].
22. PBworks. *PBworks*, [en ligne], [www.pbworks.com], [4 mars 2014].
23. Kerio Technologies. *Samepage*, [en ligne], [www.samepage.io], [4 mars 2014].
24. Wikispaces. *Wikispaces*, [en ligne], [www.wikispaces.com], [17 mars 2014].
25. Stunf. *Papyps*, [en ligne], [www.papyps.com], [4 mars 2014].
26. Giustini, D. *Top fifty Medical Wikis You Might (Want to) Know*, [en ligne], [http://hlwiki.slaish.ubc.ca/index.php/Top_Fifty_%2850%29_Medical_Wikis_You_Might_%28Want_to%29_Know], [11 juin 2014].
27. Archambault, P.M., T.H. van de Belt, F.J. Grajales III, M.J. Faber, C.E. Kuziemy, S. Gagnon et coll. « Wikis and Collaborative Writing Applications in Health Care: A Scoping Review », *Journal of Medical Internet Research*, 2013, vol. 15, no 10.

À L'HONNEUR

L’OPPQ adresse ses sincères félicitations aux lauréats 2014 du prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec ainsi que des prix Excellence et du prix Carrière remarquable de l’OPPQ.

Ces prix ont été remis les 24 et 25 octobre derniers au Palais des congrès de Montréal dans le cadre de la 4^e édition de l’événement *Physiothérapie 360°*.



LE PRIX MÉRITE DU CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC (CIQ) 2014 a été décerné à M. Gilbert Litalien, physiothérapeute.

M. Litalien œuvre au sein du système professionnel depuis 36 ans. Son cheminement professionnel se définit non seulement par son engagement profond envers la physiothérapie et sa volonté d’améliorer la santé physique de la population, mais aussi par son dévouement en tant que membre du système professionnel québécois. Membre du conseil d’administration et du comité exécutif de l’OPPQ pendant 30 ans, il s’est révélé un collaborateur d’exception et a pris part à d’importants dossiers liés à la pratique de la physiothérapie. M. Litalien s’est également engagé au sein de diverses institutions et industries tout en participant à de nombreuses activités régionales de prévention, ce qui démontre encore une fois son implication professionnelle et sociale dans le domaine de la physiothérapie.

De gauche à droite : M. Denis Pelletier, pht, M. Sc., M. Gilbert Litalien, physiothérapeute lauréat du prix Mérite du CIQ et Diane Legault, présidente du Conseil interprofessionnel du Québec

Prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)

Rappelons que le prix Mérite du CIQ est décerné au nom du Conseil interprofessionnel du Québec à un professionnel qui s’est distingué au service de sa profession et de son ordre professionnel. Cet hommage souligne et récompense les réalisations de membres ayant une influence sur le développement de leur ordre ou apportant une contribution significative au développement de leur profession dans le respect des valeurs du système professionnel québécois. L’OPPQ félicite M. Litalien, lauréat de cette prestigieuse distinction.



Prix Excellence OPPQ

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



LE PRIX EXCELLENCE — PHYSIOTHÉRAPEUTE a été décerné à M. Alain Godbout.

Au cours des dernières années, M. Godbout a transformé l’approche de traitement et les outils utilisés chez la clientèle ayant un traumatisme cranio-cérébral (TCC). Il a su concevoir des outils performants et a pu améliorer la façon de traiter cette clientèle en intégrant des notions d’apprentissage sur le plan moteur et en ayant une meilleure compréhension de la nature des problèmes de contrôle postural. Également reconnu comme le pionnier en rééducation vestibulaire au Québec, il est le créateur de la première clinique consacrée aux problèmes vestibulaires de la province. Il a d’ailleurs grandement contribué à la formation de la plupart des professionnels exerçant cette spécialité au Québec. De plus, M. Godbout n’hésite pas à transmettre ses connaissances et à diffuser ses résultats de recherche auprès de ses collègues, ainsi qu’auprès des étudiants de l’Université de Montréal où il a enseigné pendant près de 10 ans. Il est aussi conférencier dans de nombreux événements de formation et donne des cours dans le cadre des programmes de formation de l’OPPQ.

M. Alain Godbout, pht, de l’Institut de réadaptation Gingras Lindsay à Montréal

LE PRIX EXCELLENCE — THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE a été décerné à M^{me} Geneviève Beaudoin.

Madame Beaudoin œuvre depuis 13 années au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) où elle se distingue par la qualité de sa supervision et de son enseignement. Malgré son jeune âge, elle a coordonné plus d’une dizaine d’étudiants qui la reconnaissent comme un mentor exceptionnel. Son dynamisme et son dévouement dans la transmission des connaissances lui ont valu le prix d’excellence 2014 du conseil d’administration du CHUS dans la catégorie « mentorat ». De plus, M^{me} Beaudoin s’investit dans de nombreux projets du CHUS. Évaluatrice dans l’équipe d’orthopédie de cet établissement, elle a également contribué à l’implantation du projet PASSAGE (Programme d’apprentissage de stratégies d’autogestion efficace) dans lequel elle joue aujourd’hui le rôle de formatrice et d’enseignante.

M^{me} Geneviève Beaudoin, T.R.P., du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)



Prix Carrière remarquable

À l'occasion du 40^e anniversaire de l'OPPQ, une distinction toute particulière a vu le jour, le prix Carrière remarquable. Cette prestigieuse reconnaissance vise à saluer le parcours exceptionnel d'un professionnel de la physiothérapie qui s'illustre par son engagement profond à faire rayonner la physiothérapie au Québec et ailleurs.



LE TOUT PREMIER PRIX CARRIÈRE REMARQUABLE

a été décerné à M^{me} Carol L. Richards.

Reconnue et respectée par ses pairs au Québec et dans le reste du Canada, M^{me} Richards jouit également d'une grande notoriété à l'échelle internationale. Pionnière du développement de la recherche en adaptation-réadaptation, elle est devenue une précieuse ambassadrice pour le monde de la réadaptation et de l'intégration sociale des personnes souffrant d'incapacités physiques. Aujourd'hui, M^{me} Richards est professeure titulaire au Département de réadaptation de la Faculté de médecine à l'Université Laval. Elle est également titulaire de la Chaire de recherche en paralysie cérébrale de cette même université et s'est investie dans de nombreuses institutions de recherche telles que le Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR) ou encore la Chaire de recherche en réadaptation du Canada. Par ailleurs, elle siège à présent aux conseils d'administration du Centre d'excellence NeuroDevNet ainsi que de l'Ontario Neurotrauma Foundation et a été membre de nombreux comités et conseils d'administration. Enfin, son expertise et sa contribution exceptionnelle dans le domaine de la recherche lui ont valu de nombreuses reconnaissances et de prestigieuses distinctions.

Dès lors, soulignons qu'en 2015 le prix Carrière remarquable deviendra le prix Carol L. Richards en l'honneur de cette première lauréate et de son cheminement d'exception.

De gauche à droite : M^{me} Carol L. Richards, O.C., Ph. D., D.U., pht, F.A.C.S.S. et M. Denis Pelletier, pht, M. Sc.

APPEL DE CANDIDATURES — BOURSES ET SUBVENTIONS DE L'OPPQ

Date limite de soumission : 31 janvier 2015

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

Concours bourses et subventions en recherche clinique

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

- » Bourses d'études de maîtrise de type recherche de 7 500 \$
- » Subventions — Projet de recherche en milieu clinique de 7 500 \$
- » Subventions de stage en recherche clinique de 7 500 \$
- » Subventions en partenariat OPPQ — REPAR de 15 000 \$

Concours bourse d'études universitaires en physiothérapie pour les T.R.P.

Quatre bourses d'études universitaires de 1 250 \$ sont offertes à des thérapeutes en réadaptation physique poursuivant des études universitaires en physiothérapie et s'illustrant par l'excellence de leur dossier académique et par leur leadership auprès de leurs collègues.

Pour connaître la description et les critères d'admissibilité de l'ensemble des bourses et subventions ou encore pour accéder aux formulaires de demande, consultez la rubrique « Prix, Bourses et Subventions » du site Web de l'OPPQ (www.oppq.qc.ca). Les détails de la subvention en cofinancement OPPQ — REPAR sont présentés sur le site Web du REPAR (www.repar.ca).

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec M^{me} Marjolaine Lajoie par courriel à mlajoie@oppq.qc.ca ou par téléphone au 514 351-2770 ou 1 800 361-2001, poste 242.

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

L'OPPQ au congrès annuel de l'OIIQ

Le 3 novembre dernier, dans le cadre du congrès annuel de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ), l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec était invité à présenter, en collaboration avec l'Ordre des ergothérapeutes du Québec et l'OIIQ, le document *Une action concertée pour optimiser le traitement des plaies chroniques et complexes – Cadre de collaboration interprofessionnelle pour les ergothérapeutes, les infirmières et les professionnels de la physiothérapie*. Rappelons que ce document vise à promouvoir l'approche interdisciplinaire dans le traitement des plaies chroniques et complexes et qu'il a été diffusé à l'échelle provinciale dans le réseau de la santé en juin dernier.

Lors de la conférence intitulée *Le traitement des plaies chroniques et complexes : relever le défi de la collaboration interprofessionnelle*, les représentantes des trois ordres ont exposé les étapes qui ont mené à la production du document conjoint et ont partagé leur expérience en regard de ce projet somme toute unique au sein des ordres professionnels.



De gauche à droite, Nathalie Thompson, erg., analyste au développement de l'exercice professionnel à l'OEQ, Louise Bouffard, inf., infirmière-conseil à l'OIIQ, et Sandy Sadler, pht, directrice du développement et du soutien professionnels à l'OPPQ

Physiothérapie 360° : popularité grandissante d'un événement rassembleur

Le 24 et 25 octobre derniers se tenait la quatrième édition de l'événement annuel de développement professionnel de l'Ordre, *Physiothérapie 360°*. Plus de 700 membres ont répondu à l'invitation et se sont réunis au Palais des congrès de Montréal pour ces deux jours de formation.

Fort des éditions précédentes et des commentaires constructifs reçus au fil des ans, l'Ordre a élaboré cette année une programmation au contenu des plus pratiques et pertinents pour cliniciens et chercheurs. La qualité et la diversité des conférences furent relevées par l'ensemble des participants.

Cette année, l'Ordre a profité de *Physiothérapie 360°* pour souligner ses 40 ans d'existence dans le système professionnel. Quelque 300 personnes ont pris part à la soirée organisée pour l'occasion et ont assisté au spectacle de l'humoriste Laurent Paquin en plus de danser au son d'un extraordinaire groupe de musique.

Le lancement du prix Carrière remarquable fut un autre fait marquant de l'édition 2014. L'ovation offerte à la première lauréate du prix, Carol L. Richards, témoigne du profond respect que nous accordons au parcours exceptionnel de cette grande dame de la physiothérapie.

En terminant, nous tenons évidemment à remercier les commanditaires pour leur participation à l'événement et les conférenciers pour leur professionnalisme ainsi que leur généreux partage de connaissances.

Nous vous attendons en grand nombre l'an prochain alors que l'événement annuel de développement professionnel de l'Ordre se tiendra les 13 et 14 novembre 2015 à Québec. Rappelons que *Physiothérapie 360°* vise à rassembler les membres sous un thème commun, soit la physiothérapie, et à permettre à chacun d'y trouver son compte, peu importe son domaine de pratique.

Quelques phrases retenues dans les évaluations

“Les conférences de Physiothérapie 360° sont comme de la nourriture pour moi.”

“De calibre international!”

“Beau succès pour les 40 ans de l'OPPQ”

“Excellente programmation de l'édition 2014”

“Qualité rehaussée d'année en année”



ACTIVITÉS HIVER 2015

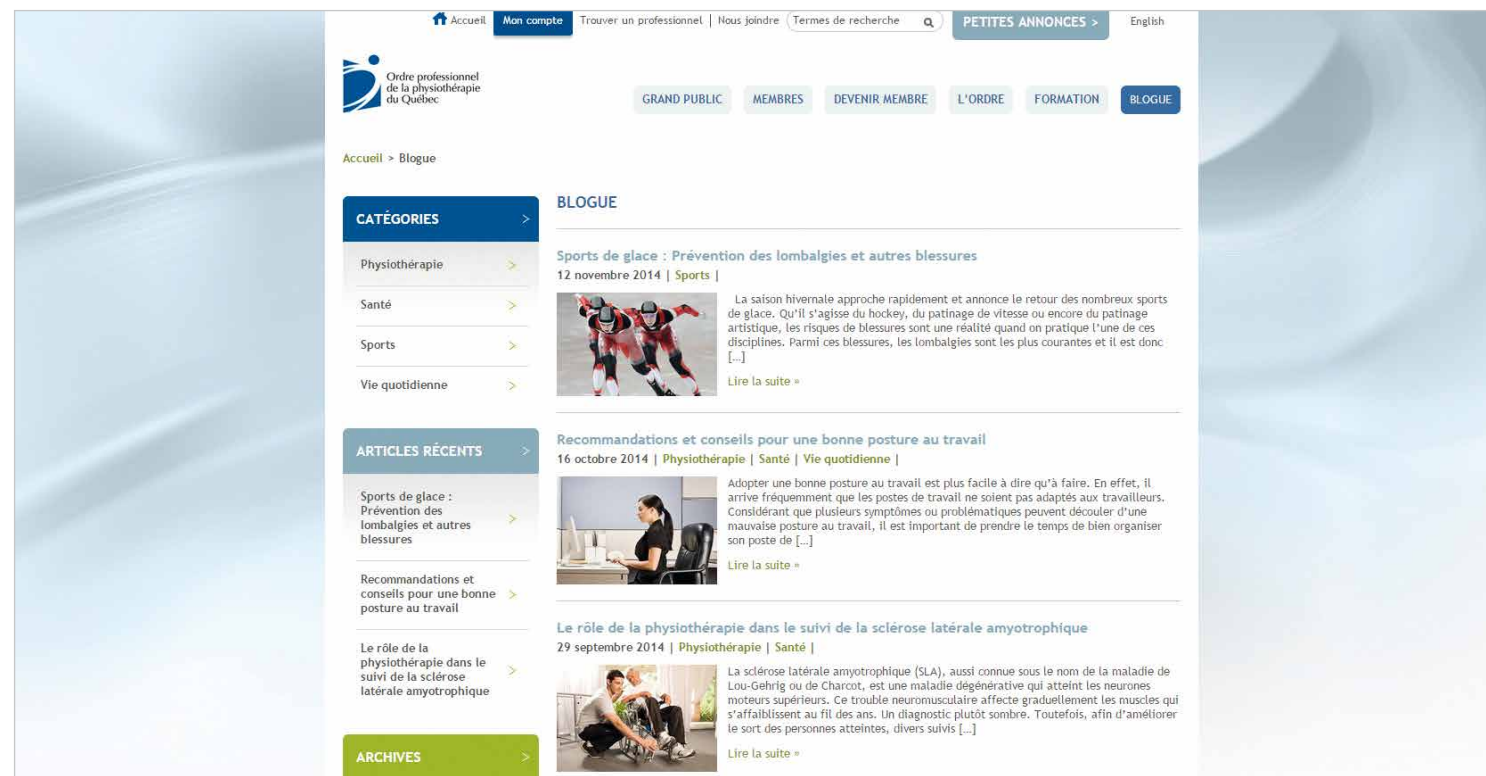
TITRE DE LA FORMATION	FORMATEUR	DATES	LIEU
Activités pour thérapeutes en réadaptation physique			
Capsulite, lésions de la coiffe des rotateurs et fracture de l'épaule : démarche clinique fondée sur des données probantes	Johanne Tardif	10, 11 et 12 avril 2015	Québec
Considérations cardiorespiratoires dans les programmes d'exercices	Célyn Marchand Rachel Brosseau	11 et 12 avril 2015	Montréal
Interventions auprès de la personne âgée présentant des troubles de l'équilibre	Denis Martel	5 et 6 février 2015 7 et 8 mai 2015	Québec
Pathologies discales : principes de traitement en physiothérapie	Yves Plourde	6, 7 et 8 mars 2015	Montréal
Pathologies musculosquelettiques du coude et de l'avant-bras : interventions en physiothérapie fondées sur des données probantes	Denise Ouellet	23 et 24 janvier 2015 17 et 18 avril 2015	Montréal Québec
Pathologies musculosquelettiques du poignet et de la main : interventions en physiothérapie fondées sur des données probantes	Denise Ouellet	13 et 14 mars 2015 1 ^{er} et 2 mai 2015	Montréal Québec
Activités pour physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique			
Arthrose et prothèse d'épaule : démarche clinique en physiothérapie fondée sur des données probantes	Johanne Tardif	24 et 25 avril 2015	Québec
De l'arthrose aux remplacements articulaires membre inférieur et fracture de la hanche : interventions en physiothérapie	Michèle Giguère	30 avril et 1 ^{er} mai 2015	Québec
Démystifier la tendinopathie et la bursopathie calcifiante et les alternatives thérapeutiques	François Cabana	19 janvier-13 février 2015 2 mars-27 mars 2015 13 avril-8 mai 2015 18 mai-12 juin 2015	En ligne
Électrothérapie — Application et dosimétrie pour les ultrasons en mode dynamique et en mode statique, le laser et les champs électromagnétiques pulsés d'extrêmes basses fréquences	Christian Murie	3 avril 2015	Montréal
Électrothérapie — Évaluation et traitement des lésions nerveuses périphériques	Christian Murie	10 avril 2015	Montréal
Facilitation proprioceptive neuromusculaire (PNF) 2 : les ceintures et l'intégration clinique	Michel Danakas	Dates à déterminer (printemps 2015)	Montréal
Managing complex pain in a busy practice: what can I do in 15 minutes?	Timothy Wideman	17 janvier 2015	Montréal
Obstacles biopsychosociaux à la récupération Partie 1 : identification et interventions en physiothérapie	Alain Gaumond	28 février 2015	Québec
Obstacles biopsychosociaux à la récupération Partie 2 : initiation aux habiletés de communication en physiothérapie et au modèle de changement	Alain Gaumond	11 et 12 avril 2015	Québec

ACTIVITÉS HIVER 2015

TITRE DE LA FORMATION	FORMATEUR	DATES	LIEU
Session pratique de taping	Janie Barette Louise Beaumont Brigitte Léger	31 janvier 2015 7 février 2015	Québec Montréal
Vigilance sur la moelle spinale et la queue de cheval : examen et diagnostic différentiel selon l'axe neural	Gaétan Thibault	20 et 21 mars 2015	Québec
Vigilance sur le système nerveux autonome : compréhension et applications cliniques	Gaétan Thibault	17 et 18 avril 2015	Québec
Vigilance sur les nerfs crâniens : examen et implications cliniques	Gaétan Thibault	6 et 7 mars 2015	Québec
Activités pour physiothérapeutes			
Articulation temporo-mandibulaire : évaluation et traitement en physiothérapie/Formation de base (ATM)	Trudy Bédard	18 et 19 avril 2015	Québec
Chute et troubles de l'équilibre chez la personne âgée/Partie 1 : connaissances de base et évaluation	Denis Martel	15 et 16 janvier 2015	Québec
Chute et troubles de l'équilibre chez la personne âgée/ Partie 2 : connaissances avancées, analyse et traitement	Denis Martel	26 et 27 mars 2015 16 et 17 avril 2015	Montréal Québec
Le défilé thoracique : une mystérieuse traversée. Évaluation du syndrome et interventions proposées en physiothérapie	Lynda McCann	8 et 9 mai 2015	Montréal
Le diagnostic émis par le physiothérapeute	Luc J. Hébert Marc Perron	12-25 janvier 2015 2-15 février 2015 9-22 mars 2015 6-19 avril 2015 4-17 mai 2015 1 ^{er} -14 juin 2015	En ligne
Évaluation et traitement de la région cervicale supérieure : thérapie manuelle et exercices	Yves Plourde	10, 11 et 12 avril 2015	Montréal
Instabilité de l'épaule : démarche clinique en physiothérapie basée sur des données probantes	Johanne Tardif	8 mai 2015	Québec
Lésions de la coiffe des rotateurs et pathologies associées. Démarche clinique en physiothérapie basée sur des données probantes	Johanne Tardif	27 et 28 mars 2015	Québec
Pathologies discales : évaluation et traitement en physiothérapie	Yves Plourde	30, 31 janvier et 1 ^{er} février 2015	Montréal
Plaies : débridement des plaies dans l'intervention physiothérapique	Isabelle Girouard	11 et 12 avril 2015	Saint-Hyacinthe et Trois-Rivières
Plaies : les modalités complémentaires de traitement des plaies dans l'intervention physiothérapique	Isabelle Girouard	20, 21 et 22 février 2015	Saint-Hyacinthe et Trois-Rivières
Rééducation vestibulaire : introduction à la rééducation vestibulaire	Alain Godbout	1 ^{er} , 2 et 3 mai 2015	Montréal
Rééducation vestibulaire avancée : vertiges et étourdissements positionnels	Alain Godbout	5, 6 et 7 juin 2015	Montréal

Pour vous inscrire à une activité ou consulter le programme complet, rendez-vous en ligne dans la rubrique « Activités de formation ».

Des nouvelles du blogue de l'OPPQ : un an après sa mise en ligne, le blogue attire un nombre impressionnant de lecteurs



En ligne depuis le 13 novembre 2013, le blogue de l'OPPQ continue d'accueillir de nouveaux visiteurs et de susciter l'intérêt du grand public. En une année, près de 100 000 visites ont été enregistrées. Rédigés en collaboration avec des professionnels de la physiothérapie, les nombreux articles du blogue se révèlent une véritable mise en valeur de leur expertise.

Une vitrine pour faire rayonner la physiothérapie

Publiés périodiquement, les articles du blogue permettent au grand public d'obtenir

des conseils et des renseignements sur les différents contextes de soins ainsi que sur divers maux pouvant être traités par la physiothérapie. Des exercices et des exemples pratiques sont souvent associés à cette information afin de rendre les articles encore plus accessibles et dynamiques.

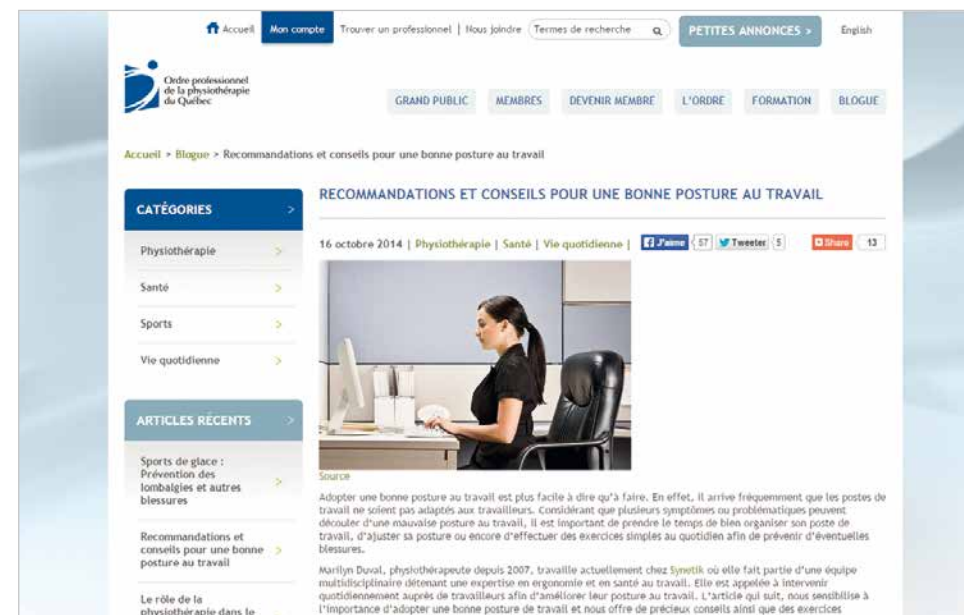
L'augmentation du taux de consultation et les nombreux partages des articles sur les réseaux sociaux sont autant d'indicateurs qui témoignent de la pertinence des sujets traités sur le blogue depuis sa création. Aujourd'hui, le blogue compte une trentaine d'articles et génère plus de 50 % du trafic sur le site Internet de l'OPPQ. L'Ordre souhaite donc maintenir le rythme et la qualité de ces publications qui représentent une vitrine de choix pour faire connaître l'étendue du champ de pratique des professionnels de la physiothérapie.

LE BLOGUE DE L'OPPQ EN QUELQUES CHIFFRES

De novembre 2013 à novembre 2014*

- 32 articles publiés
- 100 000 visiteurs
- Un minimum de 2 minutes 30 secondes de temps de consultation
- Plus de 2000 partages sur les réseaux sociaux

* Données enregistrées par Google Analytics, service d'analyse d'audience Web.



Comment soutenir l'OPPQ dans la création de nouveaux articles ?

En tant que principaux collaborateurs, les professionnels de la physiothérapie ont un rôle indiscutable à jouer dans la conception

des articles publiés sur le blogue. Leur soutien est donc indispensable afin de poursuivre la création de contenus de qualité. Ainsi, en plus d'apporter de la crédibilité à chaque publication, la participation du professionnel fera aussi de lui une référence

et un expert auprès du grand public. C'est pourquoi nous vous invitons à nous écrire à communication@oppq.qc.ca afin de nous faire part de votre intérêt à donner une entrevue et de nous informer de vos domaines d'expertise.

Comment se passe la collaboration entre le professionnel et notre équipe ?

Les contenus publiés en ligne tout au long de l'année sont composés par un rédacteur qui procède préalablement à une entrevue téléphonique d'environ 20 minutes avec un professionnel de la physiothérapie. L'information recueillie nous permet de rédiger l'article, qui est ensuite relu par le professionnel avant sa mise en ligne. La collaboration avec le professionnel se déroule toujours à distance et en fonction des disponibilités de ce dernier. ■

Prenez soin de vos patients.

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

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

Pas étonnant qu'autant de professionnels de la santé l'utilisent.

Inscrivez-vous telussante.com/eclaims

Offerte avec :

Avantage **MAXIMUM**

Cowan

Desjardins
Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

Financière **Sun Life**

Great-West
Assurance Vie • Santé • Retraite

INDUSTRIELLE ALLIANCE
ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

JOHNSON

JOHNSTON GROUP

Manuvie

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DES
CHAMBRES DE COMMERCE

Standard Life

propulsé par **TELUS SANTÉ**

BIENVENUE À TOUTES ET À TOUS

INSCRIPTIONS PHYSIOTHÉRAPEUTES

Addison, Judith
Béliveau, Marie-Annick
Beneva, Korina
Berkovic, Naomi
Bilodeau, Mireille
Bouchard, Karel
Brown, Marie-Hélène
Campeau-Larrivée, Alexandre
Caron, Francis
Castrillon Munera, Laura
Caya, Marjolaine
Charbonneau, Maude
Charbonneau, Vincent
Charbonneau-Corbeil, Léa
Chauvette, Debbie
Circé, Annick
Constantineau, Marjorie
Corredor B., Daniel
Delorme, Émilie
Drouin, Myriam
Dufour, Patrick
Flores, Jennifer
Fradet, Gabrielle
Georgiev, Martin
Gonthier-Fiore, Laurent
Hall, Micheline Nathalie
Hassan, Jessica
Kennedy, Natasha
Lacoursière, Stéphanie
Laframboise, Claudia
Langlois, Valérie
Lanthier, Claudine
Lapointe, Jessy-Ann
Leclerc Allard, Lysandre
Leduc, Benoît
Lepage, Gabrielle
Levesque, Audrey
Lévesque, Vincent
Loiselle, Florence B.
Mac Habée-Séguin, Gabrielle
Maftoon, Sina
Mc Clish, Bruno
Michaud, Claudine
Mireault-Germain, Catherine
Mora Bautista, Gladys
Carmenza

Moreau-Bélanger, Maude
Morse, Lawrence
Ouellet, Jean-Benoît
Paquet, Kevin
Paquin, Anick
Perron-Singh, Sabrina
Poirier, Catherine
Poitras, Thierry
Pronovost, Marie-Andrée
Rodgers, Catherine
Samman, Karim Sami
Sigouin, Vincent
Silveira, Daniella
Sonier, Vickie
Théault, Maël
Thibaut, Julie
Toulouse, Mélanie
Tremblay, Isabelle
Vandal, Antoine
Vazana, Moshe
Vézina, Stéphanie
Woods, Catherine
Yousef, Rouba

THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

Beaudry, Mylène
Bélanger, Mélanie
Benoit, Audrey
Benoit, Marc-Antoine
Breton, Viviane
Caron, Roxane
Chalifoux, Audrée
Chartier, Vanessa
Coté, Karianne
Croteau, Laurence
Dionne, Éliane
Doyon, Lorraine
Dubreuil, Émilie
Gaudreau-Polleder, Camille
Gendron, Catherine
Hubert, Marie-Eve
Jarry, Christina
Kirby, Ariel
Laliberté, Audray
Lépine, Maude
Magny, Marie Joëlle
Martel, Marie-Eve

Mercure, Joanie
Messier-Viau, Maryse
Olsthoorn, Yan
Parent, Clara
Pelletier, Laurie
Perron, Bianca
Pétrosky, Sandra
Potvin, Mélanie
Poulin, Geneviève
Prévost, Annie
Rouleau, Claude
Roussel, Elyse
Ruel, Alexandra
Schoop, Monica-Maria
St-Cyr-Masson, Noémie
St-Martin, Rosalie
Thériault, Katie
Tremblay, Valérie
Velicogna, Suzanne
Vinet, Gabriel
Xavier, Erica
Yap-Chim, Kevin

DE T.R.P. À PHYSIOTHÉRAPEUTES

Bédard, Mélissa
Benoit, Sara
Breton, Mira
David, Geneviève
Ethier, Elise
Gagnon, Stéphanie
Labrecque, Line
Lagrange, Isabelle
Samson, Émilie

RÉINSCRIPTIONS

Alix, Véronique
Arsenault, Christine
Aubé, Isabelle
Bélanger, Annie
Bélisle, Janik
Bergeron, Marie-Josée
Bernard, Josée
Bernard, Mélanie
B.-Evearts, Roxane
Bilodeau, Audrey
Bissonnette, Josiane
Boily-Michaud, Caroline

Bouchard-Cyr, Sarah
Bouchard-Perron, Naomie
Boucher, Michèle
Brulé, Melissa
Charbonneau, Sandra
Charbonneau, Valérie
Chénier, Alain
Combat, Alexandre
Courtemanche, Diane
D'Alessandro, Filomena
Derari, Sif-Eddine
Drouin, Dany
Duckett Duplessis, Chloé
Dufour, Marie-Josée
Fisher, Maura
Fortier, Émilie
Fradette, Stéphanie
Gallant, Josiane
Gilbert, Caroline
Goulet, Francis
Gravel, Marie-Eve
Gravel, Marie-Michèle
Hudon, Julie
Jean, Valérie
Judy, Jennifer
Julien, Anick
Khy, Lina
Lafond, Stéphanie
Lamothe, Cynthia
Leclerc, Mélanie
Malo, Geneviève
Maltais, Véronique
Marcotte, Hélène
Massicotte, Joanie
Millaire, Julie
Parent, Martin
Phillips, Paul
Pigeon, Andréanne
Poirier, Stéphanie
Rouleau, Karine
Sakci, Ayse
Siméon, Geneviève
Thibault, Chantal
Toussaint, Marie-Eve
Tremblay, Sarah
Trudel, Martin
Valois-Desjardins, Adeline
Verville, Dominique
Viau, Anne-Marie

Bien **+** que des tarifs de groupe exclusifs
pour l'assurance de votre **entreprise**
et de votre **véhicule commercial**



laPersonnelle
Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

En tant que membre de l'Ordre, vous pourriez réaliser de
BELLES ÉCONOMIES sur votre assurance entreprise !

Bénéficiez de protections pouvant couvrir, entre autres :

- les documents de valeur et archives (montant de base à 50 000 \$) ;
- la perte de revenus.

De plus, aucune règle proportionnelle ne s'applique.

COMMENCEZ À ÉCONOMISER
1 800 268-3063

lapersonnelle.com/entreprise-oppq

La bonne combinaison.

DESJARDINS, COMPLICE DES AMBITIONS DES PROFESSIONNELS DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC.

Une solide équipe composée de spécialistes est disponible afin d'élaborer pour vous des stratégies novatrices répondant à vos besoins d'affaires.

- Cartes *Affaires*: l'un des taux d'intérêt les plus bas au pays.
- Solutions de paiement: une tarification préférentielle pour l'acceptation des paiements par cartes.
- Solutions en ligne via *AccèsD Affaires*.
- Forfait Solutions Libre-*Affaires*: une marge de crédit accessible sans garantie.*
- Compte *Avantage entreprise*: le compte d'épargne à intérêt élevé.
- Forfaits *SimpliciD* pour réduire vos frais transactionnels.
- Solutions de gestion de la paie et des ressources humaines.

Visitez le desjardins.com/entreprises
514 281-7000 ou 1 866 866-7000 poste 2434

*Sujet à l'approbation du crédit par les Services de cartes Desjardins.

 **Desjardins**
Entreprises

Coopérer pour créer l'avenir