

PHYSIO Québec

VOL. 49 | N° 2
ÉTÉ 2023

LA REVUE DE
L'ORDRE PROFESSIONNEL
DE LA PHYSIOTHÉRAPIE
DU QUÉBEC

De l'urgence
aux soins intensifs :
**la contribution des
technologies
en physiothérapie
en milieu hospitalier**





BTL-6000
Elite Shockwave
avec chariot

L'applicateur
Intelligent *Magnum*
ultraléger

BTL Elite Shockwave

L'appareil à ondes de choc le plus puissant au Canada

Les compagnies OrthoCanada et BTL ont ouvert la voie à l'innovation et au développement. Elles offrent des appareils à ondes de choc radiales les plus performants du marché, dotés d'une intensité pouvant atteindre 6 bars et d'un applicateur Intelligent MAGNUM ultraléger. Le nouvel appareil à ondes de choc de la série BTL-6000 Elite est la solution clinique idéale pour le traitement de toutes les affections musculo-tendineuses subaiguës et chroniques. OrthoCanada est le distributeur exclusif des appareils BTL au Canada.

La revue *Physio-Québec* est destinée aux quelque 9 000 membres 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 technologues en physiothérapie du Québec.

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

Coordination de la production

Pascale Rose Licinio
Responsable de l'édition et de la stratégie numérique
plicio@oppq.qc.ca

Conception graphique et production

Uzin3 | communicateurs graphiques

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 :
N° 40010610

Politique publicitaire

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



7151, rue Jean-Talon Est, bureau 700
Anjou (Québec) H1M 3N8

514 351-2770 ou sans frais 1 800 361-2001

514 351-2658

physio@oppq.qc.ca

oppq.qc.ca

12

28

Sommaire

Mot de la présidente

- 04 Modernisation du système professionnel : l'autre réforme d'envergure

Mot de la directrice générale

- 06 L'accessibilité des soins et des services au cœur du nouveau plan stratégique

Chronique déontologique

- 08 Tour d'horizon des obligations professionnelles en matière de tarification

Admission

- 10 Devenir maître de stage pour les professionnelles et professionnels formés à l'étranger

Développement et soutien professionnels

- 12 De l'urgence aux soins intensifs : la contribution des technologues en physiothérapie en milieu hospitalier

Inspection professionnelle

- 16 Quel dossier client choisir lors de son inspection professionnelle ?

Chronique clinique

- 17 Évaluation de la douleur : comment mesurer l'invisible ?

Chroniques du Fonds de recherche clinique

- 20 La fiabilité interévaluateur de la méthode McKenzie du diagnostic et de la thérapie mécanique pour la classification provisoire des douleurs lombaires chez les adolescents et jeunes adultes
- 24 La douleur lors des relations sexuelles chez les femmes traitées pour un cancer gynécologique : une problématique liée à des dysfonctions des muscles du plancher pelvien

Entretien

- 28 Une physiothérapeute québécoise dans l'Altiplano bolivien

Communications

- 32 Retour sur le mois de la physiothérapie 2023

- 34 Le saviez-vous ?

- 36 Nouveaux membres



Modernisation du système professionnel : l'autre réforme d'envergure

Manon Dufresne,
pht, Adm. A., M. Sc. A.,
M. Sc.

Alors que le Plan Santé¹ constitue un ambitieux virage dans l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux, un autre chantier gouvernemental de grande ampleur a aussi le potentiel de transformer en profondeur l'accès aux soins et aux services et la pratique de la physiothérapie. En effet, la modernisation du système professionnel, plus de 50 ans après sa création, vise autant à renforcer la protection du public qu'à faciliter l'élargissement des pratiques professionnelles.

Annoncé fin mai 2023 par la ministre Sonia LeBel, qui est chargée de l'application du Code des professions et des lois constituant les ordres professionnels, ce chantier repose sur trois volets distincts : l'allègement réglementaire, la modernisation du *Code des professions* et l'élargissement des professions.

À COURT TERME : UNE MODIFICATION DU CODE DES PROFESSIONS TRÈS ATTENDUE

Le gouvernement souhaite revoir la loi qui encadre le système professionnel au Québec, le *Code des professions*, pour réviser plusieurs paramètres d'encadrement des ordres, comme la gouvernance, l'admission ou encore le système disciplinaire. Ce volet de la réforme répond aux souhaits des ordres professionnels de « pouvoir compter sur une ouverture régulière et ponctuelle du *Code des professions* [...] afin d'être capable de périodiquement mettre à jour leurs lois et leurs champs d'exercice². »

Cette modernisation sera l'occasion de traiter d'enjeux transversaux d'actualité tels que l'accessibilité aux soins et services, la pénurie de main-d'œuvre, le vieillissement de la population, le virage numérique et le développement

de l'intelligence artificielle ou encore les répercussions du changement climatique³. D'après la feuille de route de l'Office des professions du Québec, ce volet se concrétisera d'ici l'automne 2024⁴.

À MOYEN TERME : UN ALLÈGEMENT RÉGLEMENTAIRE EN PERSPECTIVE

Associé à d'autres modifications du Code, ce volet devrait se concrétiser d'ici le printemps 2025. Sonia LeBel a indiqué souhaiter permettre aux ordres d'adopter certains règlements dans le respect des lignes directrices de l'Office des professions sans toutefois devoir obtenir son approbation⁵.

La nécessité d'une plus grande souplesse réglementaire, sans toutefois compromettre la protection du public, est bien connue. En 2022, selon le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ), les ordres professionnels considéraient que 30 % des règlements en vigueur dans le système professionnel n'étaient plus à jour. « Il s'agit de 234 règlements qui devraient être mis à jour afin que les ordres puissent s'acquitter adéquatement de leurs obligations⁶. »

1 Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficaces (Projet de loi 15)

2 « La modernisation des lois et des champs d'exercice professionnels », Rapport du Conseil interprofessionnel du Québec, 2022, p. 22, bit.ly/rapport-ci-q-2022

3 Ibid., p. 6 et 7

4 Infolettre de l'Office des professions du Québec, juin 2023, bit.ly/office-juin-2023

5 « Système professionnel : Sonia LeBel lance un vaste chantier de modernisation », communiqué du cabinet de la ministre responsable de l'Administration gouvernementale et présidente du Conseil du trésor, 26 mai 2023. bit.ly/communiqu-e-systeme-professionnel

6 Op. cit., CIQ, p. 19

Mission de protection du public et confiance à l'égard du système professionnel

On peut s'attendre à ce que la mission de protection du public des ordres professionnels soit accentuée à l'occasion de cette réforme. La feuille de route de l'Office indique une réflexion à propos de la notion de « protection du public » et de « membre d'un ordre » tout au long du processus de modernisation, dont la fin est prévue pour le printemps 2026. La ministre LeBel a d'ailleurs déclaré : « [...] les ordres sont là pour protéger le public, ils ne constituent pas des associations qui se vouent à la défense de leurs membres ou défendent leurs intérêts économiques. La confiance doit être renforcée entre la population et les différents ordres, car leur crédibilité s'appuie beaucoup sur la perception qu'en a le public⁷. »

VERS UN ÉLARGISSEMENT DES PROFESSIONS

Ce volet du chantier est ouvertement associé au Plan Santé et vise à permettre aux professionnelles et professionnels de la santé d'offrir davantage de soins et de services à la population en les mettant à contribution à leur plein potentiel. La séquence proposée par le gouvernement donne à penser que plusieurs aspects de l'élargissement des professions pourraient être mis en place d'ici 2025⁸. Plusieurs propositions concernant les professionnelles et professionnels de la physiothérapie pourraient se concrétiser rapidement, notamment :

- La reconnaissance du diagnostic et de l'évaluation en vue d'avoir accès à une couverture de soins, des services et des indemnités (CNESST, SAAQ, RAMQ)
- L'autorisation de la prescription de médication et de tests non invasifs
- L'autorisation de la prescription d'examen ou d'aides concernant la réadaptation physique
- La maximisation de la contribution des technologues en physiothérapie dans des secteurs ciblés

DES CONSULTATIONS À VENIR

En tant que présidente de l'OPPQ, je suivrai avec la plus grande attention les phases du processus. Une consultation des ordres professionnels est annoncée pour l'automne prochain. L'OPPQ y soutiendra plusieurs propositions axées sur la protection du public et l'élargissement des pratiques qui ancreront davantage encore la physiothérapie parmi les soins et services de santé fondamentaux et essentiels à la population. Des consultations visant le grand public sont aussi prévues. L'Ordre veillera à informer les membres au fil des différentes étapes qui ponctueront cette réforme d'envergure. ●

7 Op. cit., communiqué du 26 mai 2023

8 Pour en savoir plus : oppq.qc.ca/vers-elargissement-professions

9 professions-quebec.org/fr/mission

10 Pour une présentation plus exhaustive des pouvoirs et des responsabilités de l'Office, consulter son plan stratégique 2019-2023 : bit.ly/office-plan-2019-2023

Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)

La mission du CIQ est d'agir à titre de voix collective des ordres sur des dossiers d'intérêt commun et d'organisme-conseil auprès de l'autorité publique. Le CIQ, comme regroupement des ordres professionnels, est voué à la promotion et à la valorisation du système professionnel, selon les valeurs qui rassemblent les ordres et en fonction de l'intérêt public⁹.

Office des professions du Québec

L'Office veille à ce que les ordres professionnels assurent la protection du public et à ce que les professions qu'ils régissent s'exercent et se développent en offrant au public des garanties de compétence et d'intégrité. Parmi ses diverses responsabilités :

- Vérifier le fonctionnement des divers mécanismes de protection du public mis en place au sein de chaque ordre professionnel et veiller à leur application efficace.
- S'assurer que les ordres professionnels détiennent et utilisent les moyens nécessaires à l'exécution de leur mandat de protection du public, dont les mesures réglementaires prévues par la loi.
- Conseiller le gouvernement dans différents domaines touchant le système professionnel, entre autres, sur sa gestion et son développement, sur l'opportunité de constituer un ordre professionnel ou d'intégrer un groupe de personnes à un ordre professionnel et à l'égard des modifications aux lois et aux règlements du système¹⁰.

L'Office et le CIQ collaboreront étroitement aux grandes phases du projet de modernisation du système professionnel.



REMERCIEMENTS

Vous avez été près de 500 à suivre le webinaire que j'ai eu le plaisir de donner pendant le mois de la physiothérapie. Je tiens à vous remercier pour vos questions stimulantes. Votre intérêt marqué pour l'élargissement de la pratique et votre volonté de trouver des solutions pour offrir plus de soins et de services à la population font honneur à nos professions.

SUIVEZ LA PRÉSIDENTE DE L'ORDRE SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX



/oppqpresidence



@oppqpresidence



/in/oppqpresidence



L'accessibilité des soins et des services au cœur du nouveau plan stratégique

Marie-France Salvat, avocate

Directrice générale et secrétaire de l'OPPQ

L'année 2023 marque un moment charnière dans la planification stratégique de l'OPPQ avec la conclusion du plan 2020-2023 et l'élaboration des orientations du plan 2023-2026. L'amélioration de l'accès aux soins et aux services de physiothérapie, l'un des piliers du plan qui touche à sa fin, devient le fondement principal du nouveau cycle stratégique.

2020-2023 : UN BILAN TRÈS POSITIF

Placé sous le thème « Réaliser ensemble le plein potentiel de la physiothérapie », le plan stratégique 2020-2023 a soutenu un grand nombre de réalisations au bénéfice de la population et du système de santé. L'Ordre a su se nourrir des orientations établies en 2020 et naviguer parmi les défis bien particuliers de la crise sanitaire pour contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins, asseoir son influence auprès des décideurs et stimuler très concrètement le développement des professions.

Parmi les gains qui participent à l'avancement des professions et une plus grande accessibilité des soins et des services, on notera :

- L'enrichissement du champ d'activité de la physiothérapie grâce à de nouvelles activités comme le prélèvement par écouvillonnage pour une culture de plaie, la vaccination et le dépistage dans le cadre de campagnes de masse ou encore la prescription de radiographies
- La conclusion d'ententes conjointes avec différents ordres professionnels, permettant notamment l'échange d'information entre les physiothérapeutes et les optométristes ainsi que l'autorisation de retour au jeu après un traumatisme craniocérébral
- Le développement et l'encadrement de la téléadaptation
- L'accès autorisé au Dossier santé Québec pour les physiothérapeutes et technologues en physiothérapie

- La couverture par la RAMQ des aides à la mobilité attribuées par les physiothérapeutes de même que les frais des radiographies qu'ils ou elles prescrivent
- Modifications entourant l'article 4 du *Règlement sur les catégories de permis délivrés par l'OPPQ* (94m)
- Des initiatives en vue de favoriser la reconnaissance de la profession de technologue en physiothérapie, dont le changement du titre professionnel, la publication du *Profil des compétences essentielles des technologues en physiothérapie* et l'actualisation du programme de techniques de physiothérapie

L'efficacité de plusieurs processus a permis une plus grande fluidité des activités administratives de l'Ordre, notamment :

- La mise à jour du processus d'octroi direct des attestations pour procéder à des manipulations vertébrales
- La numérisation de plusieurs processus, dont ceux de l'admission de l'Ordre
- L'entrée en vigueur de nouvelles règles en matière de communication électorale

Par ailleurs, l'Ordre a mis en avant la rigueur de ses membres et continué d'étendre son influence par divers moyens :

- La rédaction de plusieurs mémoires, rapports et avis sur les soins et services de santé
- L'élaboration et la publication d'un rapport sur l'attrition dans le secteur de la physiothérapie

- Des activités de représentation auprès des instances gouvernementales, des décideurs publics et des autres ordres professionnels
- La création du titre honorifique Fellow

UN PLAN MOBILISATEUR POUR 2023-2026

La nouvelle planification stratégique inscrit les orientations établies pour la période 2023-2026 dans la continuité de la vision et des valeurs portées par le cycle stratégique 2020-2023 tout en les ancrant dans le contexte actuel. La réorganisation du système de santé, les nombreuses révisions réglementaires et la perspective d'une modernisation du système professionnel guident nos décisions.

Nos réflexions ont également intégré d'autres préoccupations incontournables, telles que la pénurie généralisée de main-d'œuvre, l'accroissement de l'interdisciplinarité au sein du réseau de la santé et des services publics ou encore les questions de l'intelligence artificielle et de la cybersécurité.

Construit sur la volonté de favoriser une plus grande accessibilité aux soins et aux services de physiothérapie, le plan stratégique 2023-2026 se décline en trois grands axes :

- **Les soins et les services de physiothérapie sont indispensables.** Notions déterminantes pour l'évolution des professions, l'élargissement des pratiques, l'adaptation des services aux besoins du public, la priorisation de la qualité, et la collaboration avec les autres disciplines des domaines de la santé et des services sociaux constituent les clés de l'amélioration de l'accès aux soins.
- **L'OPPQ déploie un leadership de nature collaborative.** L'Ordre privilégie la concertation avec les partenaires clés et l'interdisciplinarité pour exercer son influence, tout particulièrement en ce qui concerne les enjeux prioritaires liés à la protection du public et à la santé physique.
- **La gestion de l'organisation se distingue par sa performance et son souci constant d'amélioration continue,** notamment dans la répartition des ressources et la priorisation des enjeux. ●

MÉTHODOLOGIE DE CONSULTATION

L'élaboration du plan stratégique repose sur une vaste consultation des membres de l'Ordre et de plusieurs acteurs clés :

- Sondages auprès des membres (2 330 réponses) et du personnel
- Entretien de groupe avec le conseil d'administration et les différentes directions de l'OPPQ
- Rencontres individuelles avec l'Association québécoise de la physiothérapie, la Fédération des cliniques de physiothérapie ainsi que plusieurs ordres professionnels (Collège des médecins, Ordre des pharmaciens, Ordre des chiropraticiens du Québec, Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec)

Pour consulter les orientations du plan stratégique 2023-2026

oppq.qc.ca/document/plan-strategique-2023-2026



Tour d'horizon des obligations professionnelles en matière de tarification



Par
Judith Brillant,
T. phys.
Syndique



L'Ordre propose un rappel des règles de base à respecter en matière de tarification, notamment en ce qui concerne l'établissement des honoraires, les frais d'annulation ou encore la publicité des tarifs.

TARIFS ET FRAIS D'ANNULATION

Établissement des honoraires

Les membres peuvent demander les honoraires qu'ils jugent appropriés selon la nature du traitement et les interventions réalisées.

Les facteurs suivants peuvent les aider à fixer leurs honoraires :

- Leur expérience
- Le temps consacré au traitement
- La difficulté et l'importance du traitement (complexité du cas et du traitement)
- La prestation d'un service exigeant une compétence ou une autre caractéristique exceptionnelle¹

¹ Article 68 du Code de déontologie : legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26,%20r.%20197/#se:68

FRAIS D'ANNULATION EN CAS D'ABSENCE DE LA CLIENTE OU DU CLIENT

Les professionnelles et professionnels de la physiothérapie peuvent réclamer des frais d'annulation si une cliente ou un client ne se présente pas à son traitement. Ces frais doivent être raisonnables et ne devraient pas dépasser le montant des frais encourus par le milieu en raison de cette absence².

Il n'est pas permis de facturer à la clientèle la totalité des frais relatifs à un traitement de physiothérapie si ce dernier n'a pas été prodigué.

Politique concernant les rendez-vous manqués

Il revient au milieu d'émettre une politique concernant les rendez-vous manqués et les frais d'annulation pouvant être facturés. La clientèle doit connaître la politique en vigueur dans le milieu, y consentir et comprendre les conséquences liées à sa mise en application lors de la prise de son premier rendez-vous.

AFFICHAGE D'UNE LISTE DE PRIX POUR LES SERVICES OFFERTS

Les membres ont l'obligation de fournir à la clientèle les explications nécessaires concernant la nature des frais et les modalités de paiement acceptées³. Ils doivent ainsi l'informer à l'avance des montants à déboursier pour leurs traitements.

Afficher à la vue de la clientèle la tarification en vigueur dans le milieu est fortement recommandé.

Augmentation des tarifs

En cas de modification de la tarification, la clientèle devrait être avisée le plus rapidement possible et être en mesure de bien comprendre la situation afin d'y consentir librement⁴.

Bien qu'aucune réglementation n'indique de délai précis pour annoncer une augmentation des tarifs, pour maintenir une relation de confiance avec la clientèle, il est indiqué de rendre cette information accessible à tous et de prévoir une période permettant de prendre connaissance de l'information. La date d'entrée en vigueur du changement doit également être clairement indiquée.

Services gratuits ou à prix réduit

En tout temps, les membres peuvent prodiguer des services professionnels gratuitement ou convenir avec une cliente ou un client d'un prix différent de celui qui a été publicisé.

PUBLICITÉ RELATIVE AUX HONORAIRES

Les membres qui décident de faire mention de leurs honoraires en physiothérapie dans une publicité doivent respecter certaines exigences⁵.

À moins d'indications contraires dans la publicité, les honoraires doivent demeurer en vigueur pour une période minimale de 90 jours après la dernière diffusion ou publication.

Les membres doivent conserver une copie de la publicité dans leurs dossiers administratifs pendant les cinq ans qui suivent sa dernière diffusion ou publication⁶ afin d'être en mesure de justifier les tarifs annoncés. ●

Ressources

- Foire aux questions sur les obligations déontologiques : oppq.qc.ca/faq/deontologie-discipline
- Formations en ligne sur l'éthique et la déontologie oppq.qc.ca/deontologie

2 Article 72 du Code de déontologie : legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26,%20r.%20197/#se:72

3 Article 69 du Code de déontologie : legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26,%20r.%20197/#se:69

4 Article 17 du Code de déontologie : legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26,%20r.%20197/#se:17

5 Article 84 du Code de déontologie : legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26,%20r.%20197/#se:84

6 Article 87 du Code de déontologie : legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26,%20r.%20197/?langCont=fr#se:87

Devenir maître de stage pour les professionnelles et professionnels formés à l'étranger



Par
Isabelle Dufort, pht
Conseillère à l'admission

Dans le cadre de leur parcours d'équivalence, les professionnelles et professionnels de physiothérapie formés à l'étranger (PFÉ) doivent généralement effectuer des stages d'intégration en milieu clinique sous la supervision de l'OPPQ. Cette chronique présente le fonctionnement de ces stages et le processus que doivent suivre les membres qui désirent devenir maîtres de stage.



et par
Daphné Thériault, avocate
Directrice des services juridiques et de l'admission

LE STAGE, UNE ÉTAPE FONDAMENTALE DU PROCESSUS D'ÉQUIVALENCE

C'est à l'issue d'un processus qui dure plusieurs mois, voire plusieurs années, que les PFÉ doivent effectuer un ou plusieurs stages en milieu professionnel au Québec¹. Après analyse de leur dossier, l'OPPQ exige souvent qu'ils ou elles suivent une formation d'appoint et, le plus fréquemment, deux stages, dont au moins un en milieu public.

Ces stages ont lieu lorsque les PFÉ ont réussi les cours de leur formation d'appoint adaptée et que l'Ordre leur a remis un permis restrictif temporaire (PRT). Ce permis donne le droit aux PFÉ d'utiliser le titre de physiothérapeute ou technologue en physiothérapie dans le cadre de leur stage **uniquement**.

Ils ou elles pourront alors signer de manière autonome leurs dossiers, sans que la personne qui effectue leur supervision ait à les contresigner². Par contre, le PRT ne les autorise pas à utiliser leur titre à l'extérieur du lieu de stage, par exemple lorsqu'ils ou elles travaillent pour une autre organisation.

Une supervision directe

La supervision doit être **directe et se traduire par une présence physique en tout temps sur les lieux du stage lorsque les candidats sont en contact avec la clientèle**. Selon le *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées en physiothérapie*, la personne candidate à la profession qui n'a pas encore rempli les conditions requises pour obtenir une équivalence « peut exercer, parmi les activités professionnelles que peuvent exercer les physiothérapeutes ou technologues en physiothérapie, celles qui sont requises aux fins de

Certains stages sont encadrés par l'OPPQ, d'autres par une maison d'enseignement

- Lorsque les PFÉ doivent effectuer une **formation d'appoint complète** (de 12 à 16 mois) pour obtenir un permis d'exercice au Québec, c'est la maison d'enseignement qui donne cette formation qui encadre les stages. Dans ce cas, l'Ordre ne délivre pas de PRT.
- Lorsque les PFÉ doivent effectuer une **formation d'appoint adaptée** comprenant quelques cours et des stages, c'est l'OPPQ qui encadre les stages. Il délivre alors un PRT.

1 Pour en savoir plus sur le processus d'admission des PFÉ : oppq.qc.ca/devenir-membre/candidats-internationaux

2 Par souci de transparence, les stagiaires sont encouragés à signer de la façon suivante : « pht (PRT 12345) » ou « stagiaire en physiothérapie (PRT 12345) ».

compléter la formation qui lui permettrait de bénéficier d'une équivalence de diplôme ou de formation, à condition qu'elle les exerce sous la supervision d'un professeur ou d'un maître de stage qui est disponible en vue d'une intervention dans un court délai³. »

DEVENIR MAÎTRE DE STAGE

Conditions à remplir

Les membres qui souhaitent agir à titre de maître de stage pour l'Ordre doivent remplir les conditions suivantes :

- Ne pas avoir fait l'objet de sanction du Conseil de discipline ou du Tribunal des professions au cours des cinq années précédant la date à laquelle débute la supervision.
- Ne pas avoir fait l'objet d'une obligation (p. ex., formation ou stage) imposée par le conseil d'administration de l'OPPQ au cours des cinq années précédant la date à laquelle débute la supervision.
- Ne pas avoir fait l'objet d'une décision lui imposant une limitation ou une suspension de son droit d'exercer des activités professionnelles, une radiation, une limitation définitive de son droit d'exercer des activités professionnelles ou une révocation de son permis⁴.
- Remplir les autres critères établis, le cas échéant, par exemple détenir une expérience clinique minimale.

Manifester son intérêt

Pour manifester leur intérêt à devenir maîtres de stage, les membres qui remplissent ces critères peuvent cocher la case indiquant qu'elles ou ils souhaitent être ajoutés à la banque de maîtres de stage de l'OPPQ au moment du renouvellement de leur inscription. Il leur est aussi possible de soumettre leur candidature à tout moment en écrivant à admission@oppq.qc.ca.

Signer la demande d'engagement

Les candidats et les candidates à la profession sollicitent parfois directement les milieux de travail pour trouver un stage. D'autres se font accompagner dans leurs recherches par l'Ordre, qui puise alors des noms dans sa banque de maîtres de stage. Une fois le milieu et la personne trouvés, le candidat ou la candidate doit remplir la demande d'engagement du maître de stage avec l'aide de ce dernier. Ce formulaire permet de préciser les dates de stage, le milieu

dans lequel il aura lieu et la clientèle concernée. Une fois la demande autorisée par l'Ordre, le PFÉ recevra un PRT valide un an, ce qui lui permettra de commencer son stage.

Accompagnement offert par l'OPPQ

L'OPPQ soutient les maîtres de stage tout au long du processus. Dès que le stage est autorisé, le service de l'admission entre en contact avec le ou la maître pour planifier une première rencontre virtuelle, avant le début du stage, et transmettre plusieurs informations. D'autres rencontres sont prévues, l'une au milieu, l'autre à la fin du stage. À ces occasions, le ou la maître de stage devra notamment remplir la grille d'évaluation du rendement clinique du ou de la stagiaire et la faire parvenir à l'Ordre.

UNE EXPÉRIENCE ENRICHISSANTE

Les maîtres de stage qui supervisent régulièrement des PFÉ témoignent d'une expérience particulièrement stimulante. Parmi les défis à relever, on notera l'accompagnement personnalisé de ces stagiaires qui ont besoin de soutien pour bien comprendre le système de santé québécois, qu'ils ou elles connaissent peu, et qui utilisent souvent le français comme deuxième ou troisième langue. Leur supervision exige donc de l'ouverture et un intérêt marqué pour l'enseignement et la transmission des connaissances, notamment en ce qui concerne le raisonnement clinique et la tenue de dossier⁵.

L'accueil de PFÉ a par ailleurs plusieurs avantages, car ces stagiaires ont souvent une expérience professionnelle riche et variée dans leur pays d'origine, ce qui leur donne de l'aisance lors de leurs interventions auprès de la clientèle. En raison de leur parcours personnel et de leur trajectoire d'immigration, ces personnes sont habituées à surmonter les épreuves et font preuve d'une grande motivation. Par ailleurs, comme les stages ont lieu à la fin de leur processus d'équivalence, elles peuvent être disposées à intégrer le marché du travail dans les semaines qui suivent leur second stage. ●

La supervision de stage permet d'obtenir des HFC

Le ou la maître de stage peut inscrire dans son portfolio 1 HFC formelle par semaine de supervision. Un maximum de 5 HFC formelles est autorisé par année⁶.

3 Voir l'article 2 : legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26,%20r.%20193%20/?langCont=fr#se:2

4 Conditions énoncées à l'article 3 du *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées en physiothérapie* : legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26,%20r.%20193%20/?langCont=fr#se:3

5 L'OPPQ propose des ressources pour soutenir l'enseignement de la tenue de dossier : oppq.qc.ca/membres/politiques-et-reglements/tenue-dossier-equipement/

6 Une attestation émise par l'organisme qui encadre le stage ou le mentorat doit être versée au portfolio comme pièce justificative. Pour en savoir plus, consulter la foire aux questions sur les exigences de formation continue : oppq.qc.ca/faq/pacc-formation-continue/#/25804

De l'urgence aux soins intensifs : la contribution des technologues en physiothérapie en milieu hospitalier



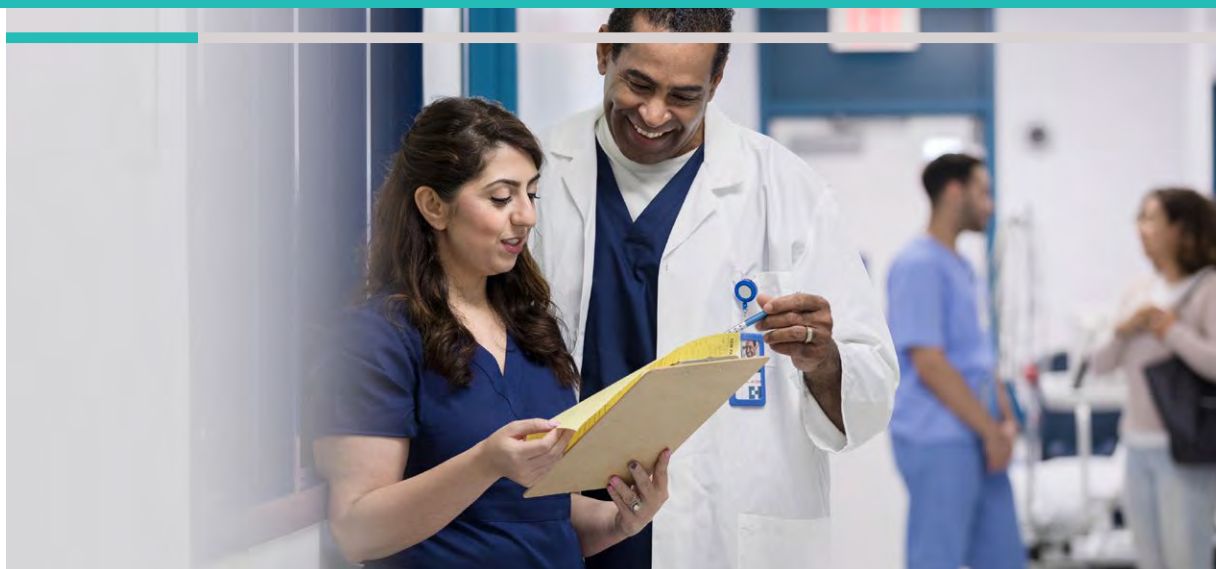
Par

Catherine Provost, T. phys.

Chargée de projets,
Direction du développement et du soutien professionnels

en collaboration avec

**la présidence et
les directions
de l'OPPQ**



Les technologues en physiothérapie (T. phys.) peuvent intervenir de façon autonome dans tous les départements d'un centre hospitalier, qu'il s'agisse des services d'orthopédie et de chirurgie générale, mais aussi de l'urgence, des soins intensifs ou encore des soins palliatifs. Leurs connaissances et compétences leur permettent d'assurer le suivi de la clientèle adulte, pédiatrique et gériatrique. Elles en font des alliés importants de la réadaptation, qui peuvent grandement faciliter l'accès aux soins et services.

PRINCIPES DIRECTEURS

Les interventions des T. phys. sont effectuées dans le respect de l'article 4 du *Règlement sur les catégories de permis délivrés par l'OPPQ (94m)*¹ :

- La catégorie d'atteinte est déterminée par le motif de référence. Elle peut aussi être influencée par la phase de la condition.

- Les T. phys. doivent s'assurer de détenir les préalables avant d'entreprendre le suivi des patientes et patients.

Les T. phys. peuvent également agir **sans préalables** lorsqu'il s'agit d'informer, de faire la promotion de la santé ou la prévention de maladies et d'accidents². Les interventions réalisées dans le cadre de l'article 39.4 du *Code des professions* doivent toutefois être à visée préventive et non thérapeutique.

1 Pour en savoir plus : oppq.qc.ca/membres/politiques-et-reglements/reglement94m/

2 Selon l'article 39.4 du *Code des professions*. Pour en savoir plus : oppq.qc.ca/document/fiche-39-4-code-professions/



Niveau de soins alternatif (NSA)

Dans certains cas, p. ex., celui d'une personne en attente de relocalisation, celle-ci peut continuer d'occuper un lit dans une unité de courte durée ou encore en 2^e ou en 3^e ligne, même si elle ne requiert pas les ressources et les services qui y sont offerts³.

Si sa condition est connue et contrôlée et que le motif de la consultation est une rééducation pour optimiser ou maintenir l'autonomie fonctionnelle, la personne pourrait se trouver en catégorie 1. Le ou la T. phys. peut alors assurer le suivi si l'évaluation du physiothérapeute ou le diagnostic médical lui est disponible⁴. Si la perte d'autonomie fait toujours l'objet d'une investigation, la personne pourrait plutôt se situer en catégorie 3⁵.

URGENCE

Les T. phys. peuvent dresser un portrait des capacités fonctionnelles des patientes et des patients à leur arrivée à l'urgence. Cette activité peut s'effectuer même en l'absence de préalables. Leur contribution peut avoir pour effet de diminuer les risques de déconditionnement et, potentiellement, la durée moyenne de séjour. Ainsi, les T. phys. pourraient vérifier la sécurité aux transferts et déplacements, la capacité à utiliser les escaliers et recommander les équipements appropriés au besoin. Dans ce cas, le portrait fonctionnel serait exclusivement un portrait global des capacités fonctionnelles sans qu'un suivi thérapeutique en découle.

Si le portrait fonctionnel identifie des déficiences et des incapacités

Si une évaluation du risque de chute révèle qu'une rééducation est nécessaire, le ou la T. phys. devra diriger ce cas vers une personne référente (médecin, infirmière praticienne spécialisée ou physiothérapeute) pour obtenir les préalables avant d'entreprendre une intervention thérapeutique.

SOINS INTENSIFS

Les T. phys. peuvent assurer le suivi de patients aux soins intensifs. Ils ou elles doivent alors posséder les préalables et les informations supplémentaires nécessaires. Chaque cas clinique est différent et la catégorie d'atteinte d'une personne hospitalisée aux soins intensifs n'est pas fixe dans le temps. Une personne pourrait changer de catégorie à plusieurs reprises durant l'épisode de soins, ce qui nécessiterait que les T. phys. obtiennent les préalables manquants, s'il y a lieu.

Par ailleurs, la phase de la condition influe sur la catégorie d'atteinte. Ainsi, toutes les personnes hospitalisées aux soins intensifs ne sont pas automatiquement considérées en catégorie 4.

Par exemple, le ou la T. phys. pourrait intervenir dans la réadaptation d'une personne ayant subi une fracture du membre supérieur avant son hospitalisation et qui se trouve aux soins intensifs à la suite d'une intervention cardiaque percutanée. Si le motif de référence est le traitement de l'atteinte orthopédique, il pourrait s'agir d'une catégorie 2. Dans ce cas, la personne référente pourrait décider de préciser les modalités de traitement à appliquer, les contre-indications et précautions si la condition du patient est instable ou complexifiée par d'autres facteurs.

3 Pour plus d'information sur le niveau de soins alternatif, consulter la page Web « Épisode de soins aigus terminé » du ministère de la Santé et des Services sociaux : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-episode-de-soins-aigus-termine/

4 La catégorie 1 cible des clientèles qui présentent des conditions de santé connues et contrôlées. Une condition est considérée comme étant contrôlée si elle est relativement stable ou qu'elle évolue de façon favorable.

5 Toute clientèle présentant une atteinte ou une condition autre que celles prévues aux catégories 1, 2 ou 3 se trouve en catégorie 4. Quelle que soit l'atteinte, un patient peut être placé en catégorie 4 lorsque la personne référente l'estime nécessaire. Pour une présentation des différentes catégories d'atteinte, consulter : oppq.qc.ca/document/cahier-explicatif-reglement-94m/

TÉMOIGNAGES

JADE PICARD, T. phys., service des urgences



Je travaille à l'urgence de l'hôpital de Sainte-Agathe-des-Monts, principalement pour effectuer des portraits fonctionnels de la clientèle admise à l'urgence durant la fin de semaine. Ces portraits fonctionnels permettent de déterminer les capacités physiques de la personne afin de sécuriser ses transferts et déplacements, ou de planifier un retour sécuritaire à son domicile. Mes connaissances me servent aussi à évaluer la pertinence d'un suivi en physiothérapie et de recommander l'utilisation de certains équipements comme les aides techniques.

Je travaille en étroite collaboration avec les médecins de l'urgence, le personnel infirmier ainsi que les travailleuses et travailleurs sociaux pour assurer la sécurité de la clientèle et sa mobilisation précoce. J'effectue la liaison auprès de mes collègues physiothérapeutes à l'hôpital et au soutien à domicile pour les cas nécessitant un suivi. J'apprécie ce travail d'équipe et la reconnaissance que je reçois pour mes interventions. »

Dans ce cas, le référent pourrait suggérer une plage de tension artérielle, de saturation en oxygène ou un nombre maximal de battements par minute à ne pas dépasser pendant la rééducation de l'atteinte orthopédique.

SOINS PALLIATIFS

Les T. phys. peuvent intervenir en tout temps pour sécuriser les transferts et les déplacements d'une personne aux soins palliatifs. Cette activité est permise par l'article 39.4 du *Code des professions*.

Les T. phys. peuvent intervenir sur plusieurs plans, notamment en prévention et en traitement des plaies, en gestion de la douleur ou encore en prévision d'un retour à domicile.

Pour assurer le suivi de ces personnes, les préalables leur sont indispensables. La catégorie d'atteinte varie alors selon la phase de la condition de la personne. Ainsi, on placerait en catégorie 3 une personne toujours sous investigation à la suite d'une chute, qui aurait besoin de rééducation et dont la condition n'est pas contrôlée.

SERVICE DE PRÊT D'ÉQUIPEMENT

Les T. phys. peuvent assurer le service du prêt d'équipement dans leurs établissements.

Si les T. phys. assurent la gestion du prêt d'équipement, les préalables ne sont pas requis. Dans ce contexte, en effet, l'accessoire est attribué dans le respect des critères administratifs de l'établissement et non pas dans le cadre d'un traitement en physiothérapie. Il est tout de même possible aux T. phys. de donner des conseils généraux sur l'utilisation de l'équipement, à titre indicatif⁶.

Lorsqu'ils ou elles possèdent les préalables, les T. phys. peuvent recommander des positionnements spécifiques, de même que divers équipements, p. ex., un système d'avertissement pour la prévention des chutes, des surfaces thérapeutiques, des supports posturaux pour fauteuils roulants, ou encore des aides techniques. ●

6 Selon l'article 39.4 du *Code des professions*.

SANDRA D'ANJOU, T. phys., service d'orthopédie d'un centre hospitalier



Je pratique en orthopédie au Centre hospitalier de Hull. J'exerce auprès d'une clientèle qui a subi une chirurgie de prothèse totale de hanche ou de genou, ou pour une fracture de la hanche. Par la rééducation et l'enseignement, je veille à ce que leur retour à domicile soit sécuritaire. Je planifie aussi leur congé en tenant compte des différents obstacles que leur environnement et leur domicile comportent. Je vérifie que les patients possèdent les bons équipements ainsi qu'un réseau d'aide. Finalement, je les assure d'un suivi en réadaptation qui répond à leurs besoins en les dirigeant vers les services appropriés. Les cas qui présentent des complications postopératoires sont dirigés vers un physiothérapeute.

J'assure le suivi de la majorité de la clientèle grâce à une collaboration étroite avec les médecins orthopédistes, le personnel infirmier et les physiothérapeutes. Ce travail d'équipe permet d'offrir des soins appropriés à des gens en phase aiguë tout en leur facilitant l'accès à la physiothérapie. Au cours des années, j'ai participé à l'élaboration et à l'application d'un protocole de mobilisation rapide des patients en postopératoire. Ces recommandations ont signifié une meilleure récupération ainsi qu'une diminution des complications pour la clientèle. Pour ma part, j'apprécie l'autonomie dont je dispose dans cet environnement extrêmement stimulant qui exige des ajustements rapides et une grande capacité d'adaptation. »

TENUE DES DOSSIERS

Approfondissez vos connaissances sur les aspects réglementaires de la tenue des dossiers.

- Format interactif
- S'adresse aux physiothérapeutes, technologues en physiothérapie, personnel enseignant, gestionnaires
- 2 HFC

Inscrivez-vous au
oppq.qc.ca/formation/tenue-dossiers



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

Quel dossier client choisir lors de son inspection professionnelle ?



Par

**Justine
Couturier-Des
Rochers,**
T. phys.

Directrice de l'inspection
professionnelle

Secrétaire du
comité d'inspection
professionnelle

et par

**la Direction de
l'inspection
professionnelle**

Après la réception de leur avis d'inspection, les membres cliniciens doivent répondre au questionnaire en ligne sur le profil de pratique, mettre à jour leur portfolio Web et fournir plusieurs documents, dont un dossier client. Cet article met en lumière les éléments importants qui guident le choix du dossier client par les membres faisant l'objet d'une inspection.

BIEN CHOISIR LE DOSSIER CLIENT

Le dossier soumis doit avant tout être représentatif de la pratique courante des membres inspectés, notamment en ce qui concerne le type de clientèle traitée et les approches utilisées.

Le dossier choisi doit également être récent. Pour ce faire, la date de la dernière intervention effectuée auprès de la cliente ou du client doit avoir eu lieu durant l'année qui précède la date indiquée sur l'avis d'inspection. Par exemple : si l'avis d'inspection porte la date du 2 mai 2023, la dernière intervention en physiothérapie dispensée doit avoir eu lieu entre le 2 mai 2022 et le 2 mai 2023. Il est fortement recommandé de sélectionner un dossier fermé récemment. Un nouveau dossier pourrait être demandé dans le cas où le dossier soumis ne correspondrait pas à ces critères.

Autres critères pour le choix du dossier

Si le contexte de pratique le permet, le dossier fourni doit contenir un minimum de trois visites. De plus, les membres inspectés doivent avoir effectué l'évaluation initiale ou la collecte de données évaluative, la majorité des notes évolutives ainsi que la note de congé.

Si aucun dossier ne correspond aux critères de sélection

Étant donné la variabilité des situations de pratique en physiothérapie, il se pourrait qu'aucun dossier ne corresponde aux exigences énoncées. Les membres inspectés peuvent alors choisir le dossier client récent et représentatif qui remplit le plus grand nombre de critères, comme un dossier de moins de trois visites, toujours en cours ou dans lequel ils n'ont pas effectué la majorité des notes évolutives.

Dans ce cas, une note expliquant pourquoi le dossier choisi ne satisfait pas tous les critères doit accompagner les documents d'inspection.

SOUMETTRE UNE COPIE INTÉGRALE

Avant de fournir le dossier client, les membres inspectés doivent veiller à ce que la copie soit de bonne qualité et qu'elle contienne l'intégralité des notes et des documents apparaissant au dossier de physiothérapie (p. ex., tant le recto que le verso), notamment :

- Les programmes d'exercice, les communications avec les autres professionnels ou encore les résultats d'imagerie.
- La copie des reçus d'honoraires remis à la cliente ou au client ou les documents de facturation transmis à un organisme payeur. ●

Soutien aux membres

Pour toute question sur le processus d'inspection professionnelle, écrire à :

secretariat_inspection@oppq.qc.ca

Ressources

- Foire aux questions sur le processus d'inspection : oppq.qc.ca/membres/inspection/
- Version abrégée du programme annuel d'inspection professionnelle : oppq.qc.ca/document/paip-abrege/

De 0 à 10, à quel point voulez-vous lire cet article ?

Évaluation de la douleur : **comment mesurer l'invisible ?**



Par

Ariel Desjardins-Charbonneau,
pht, FCAMPT*



L'évaluation de la douleur est omniprésente dans le travail du professionnel de la physiothérapie. Cette évaluation présente toutefois un défi pour tous les professionnels de la santé qui veulent mesurer l'invisible. Pour le relever, il est nécessaire de considérer les différents aspects de la douleur et de savoir comment bien utiliser l'échelle numérique de la douleur (ÉND).

« De 0 à 10, quel est votre niveau de douleur ? » est probablement la phrase la plus utilisée en physiothérapie, parce que c'est simple et rapide. Victime de son succès, cette façon d'évaluer la douleur présente une efficacité limitée et peut même être trompeuse.

Que ce soit dans les cours à l'université, les formations ou les séminaires, tous les conférenciers répètent que la douleur est une expérience multidimensionnelle avec des composantes biologiques, psychologiques et sociales. Cependant, l'échelle numérique de la douleur est conçue pour évaluer

* Déclaration de conflit d'intérêts : Ariel Desjardins-Charbonneau est président des cliniques Physioactif

seulement l'intensité de la douleur, ce qui ne représente qu'une petite portion de l'expérience. Utiliser une échelle numérique pour comprendre la complexité de l'expérience de la douleur n'est donc pas suffisant pour dégager un portrait multidimensionnel.

Pour en illustrer les lacunes, on peut tenter de l'appliquer à d'autres expériences personnelles et subjectives telles que l'amour, le goût d'un aliment et la vue, par exemple :

- De 0 à 10, quel est votre amour pour votre conjoint ?
- De 0 à 10, à quel point cette asperge goûte-t-elle l'asperge ? 0 correspondant à « pas du tout » et 10 à « extrêmement ».
- De 0 à 10, combien bleu est ce bleu ?

On constate rapidement que l'évaluation numérique de ces expériences est largement insuffisante pour apprécier la complexité de ce qu'une personne peut vivre. Comme mentionné, l'ÉND permet seulement de mesurer l'intensité de la douleur, ce qui fait partie de l'aspect sensori-discriminatif. Par contre, même pour cet aspect, l'ÉND s'avère imparfaite puisqu'elle ne prend pas en compte la fréquence, la durée et la facilité de déclenchement des épisodes douloureux.

Pire encore, l'ÉND ne mesure pas l'impact émotionnel de la douleur dans la vie d'une personne (l'aspect motivo-affectif), les répercussions sur les activités de la vie domestique ou quotidienne, les loisirs et le travail (l'aspect comportemental), ni l'impact sur les pensées (l'aspect cognitif).

À titre d'exemple, un patient dont la souffrance principale vient de son inquiétude par rapport à sa condition, ou qui a peu de douleur quotidienne parce qu'il a arrêté toutes ses activités rapportera probablement une douleur faible à l'ÉND, pourtant ce résultat est loin de correspondre à un succès clinique.

À l'opposé, le cas d'un patient qui rapporte une douleur de 8/10, mais qui a réussi à terminer sa compétition de course de 10 km après une blessure au talon, pourrait être considéré comme un succès thérapeutique malgré la douleur élevée.

On comprend bien à la lumière de ces exemples qu'utiliser l'ÉND à chaque début de rencontre comme outil pour mesurer la progression des patients est inadéquat.

QU'EST-CE QUE L'ÉND MESURE VRAIMENT ?

Les patients comprennent souvent l'ÉND différemment des professionnels de la physiothérapie. La question peut en effet être comprise de différentes façons.

Comment les patients interprètent la question de l'ÉND

De 0 à 10, à quel point est-ce que...

- la douleur vous empêche de faire ce que vous aimez ?
- la douleur vous fâche ou vous démoralise ?
- vous souffrez ?
- la douleur occupe sans cesse vos pensées ?
- vous êtes tanné d'avoir mal ?

Si l'ÉND est la seule question du physiothérapeute ou du technologue en physiothérapie pour évaluer la douleur, alors il s'agit de l'unique chance pour le patient d'exprimer comment il se sent. À travers sa réponse, il va essayer de transmettre son expérience, qui est complexe. C'est pour cette raison que certains patients répondent 9/10 avec un air plutôt détendu. Pour le thérapeute, et selon la définition la plus utilisée pour l'ÉND, 9/10 correspond à une douleur extrême où la personne serait à l'agonie et pourtant, le patient qui donne cette réponse peut sembler très fonctionnel.

C'est le même principe pour un patient qui répond 12/10. Cette incohérence vient du fait que le patient répond à une autre question que celle qui lui est posée. Si le patient n'a pas d'autre espace pour exprimer ce qu'il ressent, il va utiliser d'autres moyens à sa disposition pour faire passer son message.

Les patients répondent parfois avec un chiffre qui paraît excessif lorsqu'ils perçoivent que leur douleur n'est pas prise au sérieux et est minimisée ou lorsque leur expérience est invalidée par des membres de la famille, des collègues, des supérieurs ou encore des professionnels de la santé.

Il est tentant de se dire que certains patients exagèrent. Toutefois, si le thérapeute est capable de passer par-dessus la frustration, l'incompréhension ou l'exaspération qui est souvent ressentie face à ces patients, et qu'il s'intéresse à



eux, il va probablement découvrir qu'ils se trouvent dans l'une des deux situations décrites ci-dessus. Ces patients augmentent volontairement ou non leur réponse à l'ÉND dans le but d'être enfin crus, ou la détresse reliée au fait de se sentir incompris et invalidé s'exprime dans leur réponse à l'ÉND. Peu importe la raison, dans tous les cas, l'important est de prendre le temps de s'intéresser à l'expérience du patient.

L'ÉND À LA POUBELLE ?

Pour bien comprendre l'expérience de la douleur que les patients vivent, la plupart des guides de pratique clinique suggèrent d'en évaluer les différentes composantes au moyen d'une batterie de questionnaires validés. Quoiqu'utiles en recherche, ces outils peuvent alourdir la relation patient/professionnel.

Une approche plus moderne, développée par Wideman et coll., propose une évaluation à trois paliers. Le premier et plus important palier est l'histoire racontée par le patient. À première vue, on pourrait croire que c'est trop simple pour être vrai, mais l'histoire telle que racontée par le patient est la meilleure méthode pour comprendre et évaluer son expérience de la douleur. Cette histoire peut inclure la description que la personne fait de la douleur en termes de localisation, d'intensité, de durée et de caractéristiques. Elle peut également comprendre les impacts sur sa vie quotidienne, les émotions vécues et les pensées qui y sont reliées. C'est une excellente nouvelle, puisque cette démarche est déjà bien ancrée dans la pratique en physiothérapie.

En deuxième lieu se retrouvent les comportements physiques que le patient peut présenter, tels que grimacer, se tortiller, éviter des activités, protéger la région douloureuse, etc.

Le dernier palier est représenté par des mesures quantitatives, qui sont obtenues notamment par l'utilisation de l'ÉND, des échelles fonctionnelles ou des questionnaires sur les facteurs psychologiques.

Lorsque le contexte le permet, l'idéal est d'utiliser les trois différents paliers d'évaluation de la douleur afin de bien cerner l'expérience du patient.

Pour sa part, l'ÉND remporte la palme d'or lorsqu'il s'agit d'évaluer l'efficacité d'une intervention à l'intérieur d'un même traitement. Il s'agit d'un outil optimal pour comparer la douleur avant et après l'intervention. C'est d'ailleurs le pilier central de plusieurs modèles basés sur la réponse du patient (*patient response-based model*) tels que ceux élaborés par McKenzie, Maitland, Sahrmann et Mulligan, par exemple, ou encore les règles de prédiction clinique.

Finalement, ce n'est pas l'ÉND qui est fondamentalement inadéquat, c'est plutôt la façon de l'utiliser qui détermine sa pertinence ou non. ●

MESSAGES CLÉS

- L'échelle numérique de la douleur a peu de poids pour évaluer l'expérience de la douleur d'une personne. C'est comme essayer de décrire une musique en parlant simplement du volume.
- L'échelle numérique de la douleur est très utile pour évaluer l'efficacité d'une intervention à quelques minutes d'intervalle, et elle permet de mieux orienter le traitement.

RÉFÉRENCES

- Cook C. *Orthopedic Manual Therapy: An Evidence-Based Approach*. 2^e éd. Upper Saddle River, New Jersey : Pearson Education; 2012.
- Wideman TH, Edwards RR, Walton DM, Martel MO, Hudon A, Seminowicz DA. "The Multimodal Assessment Model of Pain: A Novel Framework for Further Integrating the Subjective Pain Experience Within Research and Practice." *Clin J Pain*. 2019;35(3):212-221. doi:10.1097/AJP.0000000000000670

La fiabilité interévaluateur de la méthode McKenzie du diagnostic et de la thérapie mécanique **pour la classification provisoire des douleurs lombaires chez les adolescents et jeunes adultes**



Par

Monica Chan,
M. Sc. A. (PT), Cred. MDT^a

Michael Dyck,
B. Sc. P.T., Dip. MDT^b

Gloria Thevasagayam,
B. Sc. P.T.^a

Rita Yap, M. Sc.^a

Jean Ouellet, M.D.^c

Shawn M. Robbins,
B. Sc. P.T., Ph. D.^d

^a Département de réadaptation, Hôpitaux Shriners pour enfants du Canada

^b Département de physiothérapie, Clinique de physiothérapie Solution Active

^c Division de chirurgie orthopédique, Hôpitaux Shriners pour enfants du Canada et Centre universitaire de santé McGill

^d Centre pour la recherche interdisciplinaire en réadaptation, Centre de réadaptation Lethbridge-Layton-MacKay et École de physiothérapie et d'ergothérapie, Université McGill

La lombalgie est une condition musculosquelettique commune chez les adolescents, avec une prévalence qui varie entre 16 % et 65,6 %^[1]. L'utilisation d'un système de classification non pathoanatomique pour classer les patients souffrant de lombalgie non spécifique — comme la méthode McKenzie du diagnostic et de la thérapie mécanique (MDT) — est pratiquée auprès de la population adulte pour aider à la prise en charge appropriée et directe^[2]. La méthode MDT est une approche basée sur l'exercice qui encourage la participation active des patients dans le but de s'autotrainer et de prévenir les récurrences. L'évaluation met un accent particulier sur les réponses symptomatiques et mécaniques aux mouvements répétés et aux postures soutenues pour établir le meilleur plan de traitement possible. Ce processus d'évaluation est utilisé pour les problèmes musculosquelettiques, y compris les douleurs au dos, au cou et aux extrémités. Les trois classifications associées à l'approche MDT sont les syndromes de Dérangement, de Dysfonction et Postural^[3], chacun ayant ses propres caractéristiques. Par exemple, le Dérangement est caractérisé par un changement positif et durable en réponse à un mouvement répété ou à une posture soutenue. Si un cas ne correspond à aucun de ces syndromes, il est classé dans Autres, soit dix sous-groupes qui comprennent l'arthropathie inflammatoire et la postchirurgie^[4].

Les études sur la fiabilité de l'approche MDT chez les adultes souffrant de douleurs à la colonne montrent une concordance modérée à excellente ($k = 0,60$ à $1,00$) entre deux évaluateurs formés en MDT^[5-7]. Les résultats des patients âgés de plus de 55 ans présentent toutefois une fiabilité plus faible, possiblement en raison de problèmes tels que la sénilité et des atteintes affectant la performance du patient lors de l'évaluation, comme une maladie cardiaque ou pulmonaire^[5]. Un modèle d'étude avec évaluations successives montrait une concordance inférieure^[7] par rapport aux études utilisant un modèle d'évaluations simultanées^[5-6].

La fiabilité de l'approche MDT n'a jamais été étudiée chez les jeunes. Compte tenu de la forte prévalence de lombalgie dans cette population, il est important d'examiner si l'approche MDT est fiable. Les objectifs de cette étude sont de déterminer la fiabilité interévaluateur du système MDT lors de la classification provisoire de lombalgies chez les adolescents et les jeunes adultes et de comparer cette fiabilité entre les participants plus jeunes (11-15 ans) et plus vieux (16-21 ans). Nous avons donc émis l'hypothèse que la fiabilité interévaluateur chez les adolescents et les jeunes adultes serait similaire à celle chez les adultes ($\kappa > 0,70$),



bien que la fiabilité puisse être plus faible chez les participants plus jeunes puisqu'ils sont moins en mesure de parler de leur douleur et des changements à celle-ci en réaction aux mouvements répétitifs et aux postures statiques.

MÉTHODOLOGIE

Devis et critères de sélection

Pour atteindre ces objectifs, une étude transversale a été mise sur pied. Le protocole de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université McGill avant le début du recrutement. Des participants âgés de 10 à 21 ans avec lombalgie, avec ou sans symptômes aux membres inférieurs, ont été recrutés dans les Hôpitaux Shriners pour enfants du Canada (SHC-Canada). Les critères d'exclusion étaient : incapacité à suivre les instructions, difficulté à communiquer verbalement et présence de conditions neurologiques ou musculosquelettiques modérées à sévères (par exemple : paralysie cérébrale). Les formulaires de consentement signés par les participants et leurs parents, au besoin, ont été recueillis par l'équipe de recherche. Quatre physiothérapeutes titulaires d'un diplôme en MDT (le plus haut niveau de formation en MDT) ont été recrutés comme évaluateurs.

Collecte de données

Avant l'évaluation clinique, des informations ont été recueillies auprès des participants, dont leur sexe, leur âge, la durée des symptômes, l'intensité minimale et maximale de la douleur et l'état fonctionnel.

Chaque participant a été évalué simultanément par trois physiothérapeutes où l'évaluateur principal a effectué l'évaluation pendant que les deux autres physiothérapeutes observaient. À la fin de l'évaluation, chaque évaluateur classait indépendamment les participants dans l'une des trois catégories suivantes : 1) Syndrome de Dérangement, 2) Syndrome de Dysfonction, 3) Syndrome Postural ou Autres. Les formulaires ont ensuite été placés dans une enveloppe scellée avec les données démographiques des participants en attendant l'analyse des données.

Analyse

La fiabilité interévaluateur entre les trois évaluateurs a été calculée en utilisant le kappa de Fleiss avec des intervalles de confiance à 95 %. Les valeurs kappa ont été interprétées en utilisant les seuils suivants : $< 0,40$ = faible, $0,41-0,60$ = modéré, $0,61-0,80$ = bon, $0,81-1,00$ = très bon. L'analyse a été répétée pour les deux groupes d'âge (11-15 ans et 16-21 ans) et pour chaque sexe.

Tableau 1

Moyennes (déviation standard) des données démographiques

VARIABLE		PARTICIPANTS		
		(N = 43, 31 ♀)	11-15 ANS (N = 23, 13 ♀)	16-21 ANS (N = 20, 18 ♀)
Âge (a)		15 (2)	14 (1)	17 (2)
IMC (kg/m ²)		22,9 (4,4)	22,8 (4,6)	22,6 (4,2)
Intensité de la douleur EVA (cm)	Douleur minimale	0 (0,9)	0 (1,1)	0 (0,7)
	Douleur maximale	5 (2,5)	4 (2,4)	6 (2,2)
État fonctionnel	Score ODI modifié (%)	12,8 (9,3)	11,7 (8,4)	14,1 (10,3)

EVA : échelle visuelle analogique, ODI : indice de handicap Oswestry, IMC : indice de masse corporelle
a : année(s)

RÉSULTATS

Quarante-trois participants ont été recrutés (voir tableau 1). Il y avait 100 % de concordance de classification entre les évaluateurs pour 30 des 43 participants. La classification Dérangement revenait le plus souvent (94 fois) et une seule classification de Dysfonction a été faite. La classification Posturale ou Autres était la deuxième plus répandue (34 fois), mais aucun syndrome Postural n'a été observé. Lors de la classification des participants âgés de 11 à 21 ans souffrant de lombalgie, la valeur du kappa de Fleiss était de 0,50. Cela signifie qu'en tenant compte de l'effet du hasard, 50 % des données sont source de désaccord entre les évaluateurs. Il y avait une meilleure fiabilité dans le classement des participants de plus de 16 ans comparativement à celui des participants de moins de 16 ans. De plus, la fiabilité du classement des participants masculins était faible comparativement à la fiabilité du classement des participantes féminines (voir tableau 2).

DISCUSSION

Il s'agit de la première étude sur la fiabilité du système MDT pour la lombalgie chez les adolescents et les jeunes adultes. C'est également la première étude à examiner la fiabilité d'un système de classification dans cette population. La fiabilité interévaluateur de cette étude était inférieure à celle obtenue lors d'études sur les adultes. L'étude actuelle a utilisé des évaluations simultanées entre trois évaluateurs, comparativement aux études d'adultes qui ont utilisé deux évaluateurs. Ainsi, il est difficile de comparer les résultats précédents compte tenu du nombre d'évaluateurs et de l'âge des participants. Un facteur qui peut expliquer la faible fiabilité obtenue par cette étude est la faible prévalence de Dysfonction par rapport à la prévalence des syndromes de Dérangement et Postural ou Autres. Il a été suggéré qu'un groupe dont la prévalence est déséquilibrée puisse fausser la statistique kappa, résultant ainsi en une faible valeur kappa malgré un pourcentage élevé de concordance^[8-9].

Tableau 2

Fiabilité interévaluateur entre les trois évaluateurs (kappa de Fleiss avec des intervalles de confiance [IC] à 95 %)

GROUPES	KAPPA DE FLEISS (95 % IC)
Groupe entier (n = 43)	0,50 (95 % IC 0,45, 0,54)
Participants de 16-21 ans (n = 20)	0,63 (95 % IC 0,57, 0,70)
Participants de 11-15 ans (n = 23)	0,33 (95 % IC 0,27, 0,39)
Participants (n = 12)	0,55 (95 % IC 0,52, 0,57)
Participantes (n = 31)	0,66 (95 % IC 0,63, 0,68)

L'évaluation MDT repose sur la description subjective des symptômes et sur la capacité du thérapeute à obtenir ces informations. L'âge, le sexe biologique des participants et l'expérience limitée en pédiatrie des évaluateurs pourraient aussi expliquer la faible fiabilité obtenue par notre étude, celle-ci étant d'ailleurs plus évidente dans le groupe de 11-15 ans. Les adolescents plus jeunes, particulièrement les garçons, auraient pu ne pas avoir la capacité de transmettre des changements pertinents, mais subtils, des symptômes sans sollicitation claire de la part de l'évaluateur. Les évaluateurs de cette étude traitaient en moyenne 3,2 % de cas pédiatriques. Donc, ils peuvent avoir été moins à l'aise d'adapter leur langage ou de demander des clarifications aux participants plus jeunes.

Le système MDT est basé sur la réponse symptomatique des patients et les classifications peuvent prendre plusieurs séances avant de se confirmer^[10]. Les suivis sont importants pour confirmer ou rejeter une classification provisoire. Dans cette étude, il y avait un nombre élevé de participants présentant une chronicité des symptômes (91 %) par rapport aux études précédentes (34 %-48,9 %)^[5-7]. Chez les patients présentant une durée prolongée des symptômes, les réponses symptomatiques peuvent prendre plus de temps. Par conséquent, les séances suivantes sont importantes pour observer les effets, ce qui limite la possibilité d'obtenir une classification claire lors d'une première visite. Il est donc possible que la fiabilité interévaluateur plus faible soit causée par une prévalence élevée de participants présentant des symptômes chroniques.

Des limites ont donc été notées dans cette étude. La population sélectionnée était uniquement composée de patients du SHC-Canada. Ces patients sont référés pour une consultation orthopédique et peuvent être des cas plus complexes que ceux vus dans d'autres milieux cliniques. Il y avait un nombre inégal de participants masculins et féminins dans les groupes d'âge. Les résultats ne peuvent pas être généralisés pour s'appliquer aux physiothérapeutes ayant moins de formation en MDT ou plus d'expérience en pédiatrie. Finalement, la classification provisoire a été utilisée pour étudier la fiabilité interévaluateur et les résultats pourraient être plus probants si des séances de suivi avaient été envisagées.

CONCLUSION ET IMPLICATIONS CLINIQUES

Cette étude apporte de nouvelles données sur l'utilisation de la méthode MDT pour classer la lombalgie chez les adolescents et les jeunes adultes. Malgré une fiabilité plus faible dans cette population que dans les études sur les adultes, cela ne devrait pas décourager les cliniciens d'utiliser cette approche. Une erreur de classification comporte peu de risques et le traitement permet de reclasser le patient. D'ailleurs, les suivis rapprochés chez cette clientèle seront importants pour confirmer ou modifier une classification rapidement, particulièrement chez les moins de 15 ans. Les études futures examinant la fiabilité interévaluateur pourraient inclure un nombre plus égal de participants masculins et féminins, un groupe équilibré quant aux diverses classifications ou une deuxième séance pour voir si la fiabilité s'améliore.

Remerciements

Les auteurs souhaitent souligner la contribution financière de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, qui a permis de réaliser cette étude. ●

RÉFÉRENCES

- 1 Calvo-Muñoz I, Gómez-Conesa A, Sánchez-Meca J. "Prevalence of low back pain in children and adolescents: a meta-analysis." *BMC Pediatrics*. 2013;13:14.
- 2 Fritz JM, Cleland JA, Childs JD. "Subgrouping patients with low back pain: evolution of a classification approach to physical therapy." *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*. 2007;37(6):290-302.
- 3 McKenzie RA. *The lumbar spine: mechanical diagnosis and therapy*. Waikanae, New Zealand: Spinal Publications; 1981.
- 4 May S, Rosedale R. "An international survey of the comprehensiveness of the McKenzie classification system and the proportions of classifications and directional preferences in patients with spinal pain." *Musculoskeletal Science & Practice*. 2019;39:10-15. doi:10.1016/j.msksp.2018.06.006.
- 5 Razmjou H, Kramer JF, Yamada R. "Intertester reliability of the McKenzie evaluation in assessing patients with mechanical low-back pain." *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*. 2000;30(7):368-83; discussion 384-9.
- 6 Clare HA, Adams R, Maher CG. "Reliability of McKenzie classifications of patients with cervical or lumbar pain." *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*. 2005;28:122-127.
- 7 Kilpikoski S, Airaksinen O, Kankaanpää M, Leminen P, Videman T, Markku A. "Interexaminer Reliability of Low Back Pain Assessment Using the McKenzie Method." *Spine*. 2002;27(8):E207-E214.
- 8 Feinstein AR, Cicchetti DV. "High agreement but low kappa: I. The problems of two paradoxes." *Journal of Clinical Epidemiology*. 1990;43(6):543-9. doi: 10.1016/0895-4356(90)90158-I. PMID: 2348207.
- 9 Byrt T, Bishop J, Carlin JB. "Bias, prevalence and kappa." *Journal of Clinical Epidemiology*. May 1993;46(5):423-9. doi: 10.1016/0895-4356(93)90018-v. PMID: 8501467.
- 10 Helvoirt H, Apeldoorn A, Ostelo R, Knol D, Arts M, Tulder M. "Transforaminal Epidural Steroid Injections Followed by Mechanical Diagnosis and Therapy to Prevent Surgery for Lumbar Disc Herniation." *Pain Medicine*. 2014;15:7. doi: 10.1111/pme.12450.

La douleur lors des relations sexuelles chez les femmes traitées pour un cancer gynécologique : une problématique liée à des dysfonctions des muscles du plancher pelvien



Par

Marie-Pierre Cyr, pht, M. Sc., Ph. D.

Diplômée du microprogramme de 2^e cycle en rééducation périnéale et pelvienne^{a,b}

a École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

b School of Health and Rehabilitation Sciences, Faculty of Health and Behavioural Sciences, The University of Queensland

Les cancers gynécologiques représentent plus de la moitié des cancers chez les femmes^[1]. Dans la population canadienne, il est estimé que plus de 11 650 femmes reçoivent un diagnostic de cancer gynécologique chaque année, dont 7 300 sont des cancers du corps de l'utérus et 1 550, du col de l'utérus^[2]. Les femmes recevant la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie pour traiter ces cancers sont à risque de développer des problématiques urogynécologiques qui affectent grandement leur qualité de vie^[3,4]. Parmi celles-ci, les plus prévalentes sont l'incontinence urinaire (70 %), suivie de la douleur gynécologique (63 %), plus particulièrement la douleur lors de relations sexuelles (dyspareunie), et les dysfonctions sexuelles (61 %).^[5]

Pour ce qui est de la dyspareunie, les traitements oncologiques auraient des conséquences sur les structures pelvi-périnéales, entraînant une sécheresse vaginale, une perte d'élasticité des tissus vaginaux, ainsi qu'un rétrécissement et un raccourcissement du vagin qui contribueraient à la douleur^[6,7]. De plus, des données probantes issues d'une population sans antécédents de cancer et atteinte de vestibulodynie provoquée^[8,9], soit une douleur ressentie à l'entrée vaginale lors d'une tentative de pénétration, portent à croire que des dysfonctions des muscles du plancher pelvien seraient également impliquées dans la dyspareunie chez les survivantes d'un cancer gynécologique. À l'aide de la dynamométrie et de l'échographie, des études ont décelé un tonus supérieur, ainsi qu'une force maximale, une coordination et une endurance inférieures chez les femmes atteintes de vestibulodynie provoquée, lorsque celles-ci sont comparées à un groupe de contrôle composé de femmes n'éprouvant pas de douleur^[8,9]. Néanmoins, la physiothérapie en rééducation

pelvi-périnéale s'est montrée efficace pour réduire la douleur et améliorer la fonction des muscles du plancher pelvien chez les femmes atteintes de vestibulodynie provoquée^[10]. Toutefois, aucune étude n'a évalué la fonction des muscles du plancher pelvien au moyen d'une approche combinant la dynamométrie et l'échographie chez une population de femmes ayant été traitées pour un cancer gynécologique et qui souffrent de dyspareunie. Une telle étude améliorerait notre compréhension quant à cette problématique et permettrait de mieux cibler les interventions.

L'importance clinique attachée à l'évaluation de la fonction des muscles du plancher pelvien chez cette population est substantielle étant donné le nombre grandissant de survivantes qui sont aux prises avec les répercussions du cancer telles que la dyspareunie^[1,11], et l'absence de données probantes concernant la pratique de la physiothérapie auprès d'une population oncologique atteinte de dyspareunie.

OBJECTIF

L'étude avait pour objectif de comparer la fonction des muscles du plancher pelvien entre des survivantes d'un cancer gynécologique souffrant de dyspareunie (groupe cancer avec dyspareunie) et des femmes asymptomatiques, c'est-à-dire sans douleur et sans antécédents de cancer (groupe de contrôle).

MÉTHODOLOGIE

Devis de recherche et critères d'admissibilité

Cette étude transversale s'est déroulée à Sherbrooke et à Montréal (Cyr et collaborateurs [2021]^[12]). Après avoir obtenu les approbations éthiques, des femmes ont été invitées à participer au moyen de lettres, d'affiches, de brochures d'information et d'annonces sur les médias sociaux.

Les femmes du groupe cancer avec dyspareunie étaient incluses si elles avaient reçu un diagnostic de cancer du corps ou du col de l'utérus et avaient complété tous les traitements oncologiques, y compris l'hystérectomie totale, depuis au moins trois mois. Elles devaient également ressentir depuis au moins trois mois une douleur vulvo-vaginale lors de relations sexuelles dans la majorité des tentatives de pénétration vaginale, et ce, à une intensité minimale de 5/10 selon l'échelle verbale numérique. Un examen gynécologique standardisé réalisé par un médecin gynéco-oncologue a été effectué en vue d'exclure d'autres conditions pouvant causer la douleur (p. ex. : vaginite, cystite ou dermatose)^[13]. Les femmes étaient exclues lorsqu'elles présentaient les critères suivants : douleur gynécologique non liée aux relations sexuelles ou antérieure au cancer ; problématiques urogynécologiques importantes (p. ex. : prolapsus pelvien stade ≥ 3 au *Pelvic Organ Prolapse — Quantification* ou POP-Q^[14], infection urinaire ou vaginale active); antécédents de chirurgie pelvienne autre^[15] ; traitements de physiothérapie en rééducation pelvi-périnéale dans la dernière année; changements relatifs à l'hormonothérapie dans les six derniers mois; ou toute autre condition médicale pouvant interférer avec les procédures de l'étude, telle qu'une atrophie ou sténose vaginale importante empêchant l'insertion du spéculum dynamométrique. Hormis avoir reçu une hystérectomie totale pour des raisons bénignes, ne pas avoir d'antécédents de cancer et ne présenter aucune douleur gynécologique, les mêmes critères d'admissibilité des femmes du groupe cancer avec dyspareunie ont été appliqués aux femmes du groupe de contrôle.

Variables à l'étude

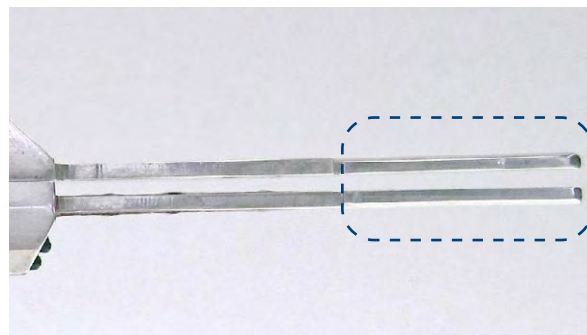
Les femmes incluses ont été invitées à participer à une séance d'évaluation individuelle. Outre les caractéristiques sociodémographiques et médicales collectées lors d'une entrevue dirigée, une physiothérapeute a évalué la fonction des muscles du plancher pelvien à l'aide de la dynamométrie et de l'échographie. Pour cette partie de l'évaluation, les participantes adoptaient une position en décubitus dorsal avec les genoux pliés.

DYNAMOMÉTRIE

D'abord, le spéculum dynamométrique (figure 1) a permis d'étudier le tonus des muscles du plancher pelvien (en newtons : N) à l'ouverture vaginale minimale (branches fermées) ainsi qu'à l'ouverture vaginale maximale (branches ouvertes), laquelle était déterminée par la tolérance à la douleur de la participante, l'ouverture vaginale maximale représentant une mesure de flexibilité. Des cycles d'étirement et de raccourcissement, dans lesquels les branches sont distancées et rapprochées à une vitesse constante, ont été effectués pour évaluer la réponse musculaire à l'étirement dynamique. La force (N) et la raideur passive élastique (c.-à-d. changement de force/changement de l'ouverture vaginale (N/mm)) à l'ouverture vaginale de 15 mm ainsi que l'ouverture vaginale correspondant à une force de 2 N ont été extraites. La force maximale (N), la coordination (nombre de contractions rapides) et l'endurance (% x s), ont été évaluées par des épreuves de contraction. Tous ces paramètres se sont révélés fidèles et valides dans la littérature^[16-18].

Figure 1

Branches du spéculum dynamométrique



Les branches ont été recouvertes d'un doigt de gant en nitrile et de lubrifiant à base d'eau pour ensuite être introduites dans la cavité vaginale. Les pointillés représentent la partie qui était insérée.

ÉCHOGRAPHIE

L'échographie (Voluson E8 Expert de GE Healthcare) avec une sonde (RM6C convexe, 2-6 MHz) appuyée contre l'entrée vaginale a été utilisée pour évaluer la fonction des muscles du plancher pelvien par l'entremise de la morphométrie au repos et à la contraction maximale (figure 2)^[19]. Cette imagerie a permis de mesurer la position du col de la vessie par rapport au pubis (1), l'angle formé par les muscles du plancher pelvien et une ligne de référence horizontale (2), l'angle anorectal formé par l'anus et le rectum (3), en plus des dimensions du hiatus urogénital (4) qui est délimité par le muscle puborectal comprenant l'urètre, le vagin et l'anus. Ces paramètres servent à évaluer, par l'influence des muscles sur les structures, le tonus et la capacité contractile des muscles du plancher pelvien. Cette méthode a été validée dans des études antérieures^[20-22].

Analyses statistiques

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel IBM SPSS, version 25.0 pour Windows. Les caractéristiques socio-démographiques et médicales (p. ex., âge, indice de masse corporelle, nombre d'accouchements, temps depuis les traitements [chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie] et prise d'hormones) des deux groupes ont été comparées. Seulement le temps depuis le traitement a différé significativement entre les groupes. Par conséquent, une analyse de covariance a été réalisée pour comparer la fonction des muscles du plancher pelvien entre les deux groupes en vue de contrôler l'effet du passage du temps depuis les traitements sur les variables dépendantes (seuil de signification $p \leq 0,05$).

RÉSULTATS

Au total, 24 survivantes d'un cancer gynécologique atteintes de dyspareunie et 32 femmes asymptomatiques ont participé à l'étude. En plus de la chirurgie, 50 % des survivantes ont reçu de la curiethérapie, 29 % de la radiothérapie externe et 29 % de la chimiothérapie.

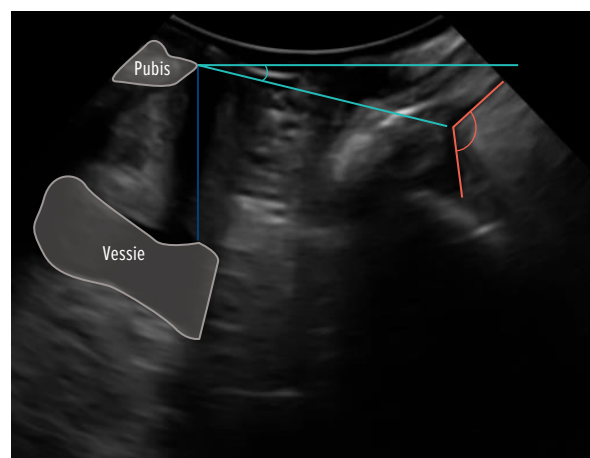
Dynamométrie

Le groupe cancer et dyspareunie a présenté un tonus supérieur à l'ouverture vaginale minimale, une flexibilité altérée, une force et une raideur élastique passive supérieures pour une ouverture vaginale similaire ainsi qu'une ouverture vaginale inférieure pour une force de 2 N ($p \leq 0,004$), comparativement au groupe de contrôle. Les survivantes souffrant de dyspareunie ont montré une coordination et une endurance inférieures par rapport aux femmes asymptomatiques ($p \leq 0,026$). Les groupes n'ont pas différé quant à la force maximale de contraction.

Figure 2

Imagerie par échographie du plancher pelvien

A



B



La surface de la sonde a été enduite d'un gel à ultrason, puis recouverte par un gant en nitrile sur lequel le gel à ultrason a été appliqué à nouveau.

A : plan sagittal ; B : plan transversal.

ÉCHOGRAPHIE

L'échographie au repos a révélé que le groupe cancer et dyspareunie avait des dimensions hiatales moindres et un angle anorectal inférieur ($p \leq 0,047$), suggérant un tonus supérieur par rapport à celui du groupe de contrôle. Bien que cette différence se soit relativement maintenue lors de la contraction maximale, les femmes du groupe de contrôle se sont démarquées par une plus grande différence entre le repos et la contraction maximale en ce qui concerne les dimensions hiatales et l'angle anorectal ($p \leq 0,026$), ce qui évoque une plus grande excursion des muscles du plancher pelvien. Les autres paramètres échographiques ne se sont pas différenciés entre les deux groupes, sauf pour la position du col de la vessie lors de la contraction maximale, qui était plus élevée chez les femmes asymptomatiques que chez les survivantes atteintes de dyspareunie ($p \leq 0,028$).

DISCUSSION ET CONCLUSION

Il s'agit de la première étude qui porte sur la fonction des muscles du plancher pelvien chez les femmes traitées pour un cancer gynécologique et qui souffrent de dyspareunie. L'étude a mis en évidence des dysfonctions des muscles du plancher pelvien qui seraient impliquées dans la dyspareunie chez cette population. Notamment, les survivantes atteintes de dyspareunie ont présenté un tonus supérieur, une flexibilité altérée ainsi qu'une coordination et une endurance inférieures, comparativement aux femmes asymptomatiques sans antécédents de cancer. Ces résultats corroborent ceux d'autres études réalisées auprès de femmes atteintes de vestibulodynie provoquée^[8,9]. La force principale de l'étude est la combinaison de la dynamométrie et de l'échographie pour étudier de façon approfondie la fonction musculaire, tout en augmentant la confiance envers les résultats. La principale limite est la diversité des traitements oncologiques reçus par les survivantes puisque cela empêche l'attribution des dysfonctions détectées à un traitement oncologique spécifique. Somme toute, ces nouvelles connaissances peuvent servir de base dans la conception d'un traitement de physiothérapie en rééducation pelvi-périnéale et marquent le début du processus servant à établir les données probantes sur lesquelles se base la pratique en physiothérapie.

L'intégralité de cette étude a été publiée dans *Physical Therapy*. Pour citer ces travaux, veuillez utiliser la référence n° 12 ci-contre. ●

RÉFÉRENCES

- 1 CANADIAN CANCER SOCIETY. *Canadian Cancer Statistics* 2015. Toronto, ON: Canadian Cancer Society, 2015.
- 2 CANADIAN CANCER STATISTICS ADVISORY COMMITTEE. *Canadian Cancer Statistics* 2018. Toronto, ON, 2018.
- 3 CARTER J, et coll. "The physical consequences of gynecologic cancer surgery and their impact on sexual, emotional, and quality of life issues." *J Sex Med* 2013;10 Suppl 1:21-34.
- 4 NOUT RA, et coll. "Five-year quality of life of endometrial cancer patients treated in the randomised Post Operative Radiation Therapy in Endometrial Cancer (PORTEC-2) trial and comparison with norm data." *Eur J Cancer* 2012;48:1638-48.
- 5 RUTLEDGE TL, et coll. "Pelvic floor disorders and sexual function in gynecologic cancer survivors: a cohort study." *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:514 e1-7.
- 6 STINESSEN KOLLBERG K, et coll. "Reduced vaginal elasticity, reduced lubrication, and deep and superficial dyspareunia in irradiated gynecological cancer survivors." *Acta Oncol* 2015;54:772-9.
- 7 GILBERT E, et coll. "Sexuality after gynaecological cancer: a review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual wellbeing." *Maturitas* 2011;70:42-57.
- 8 MORIN M, et coll. "Morphometry of the pelvic floor muscles in women with and without provoked vestibulodynia using 4D ultrasound." *J Sex Med* 2014;11:776-85.
- 9 MORIN M, et coll. "Heightened pelvic floor muscle tone and altered contractility in women with provoked vestibulodynia." *J Sex Med* 2017;14:592-600.
- 10 MORIN M, et coll. "Multimodal physical therapy versus topical lidocaine for provoked vestibulodynia: a multicenter, randomized trial." *Am J Obstet Gynecol* 2021;224:189.e1-189.e12.
- 11 ABBOTT-ANDERSON K, et coll. "A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors." *Gynecol Oncol* 2012;124:477-89.
- 12 CYR MP, et coll. "Characterizing pelvic floor muscle function and morphometry in survivors of gynecological cancer who have dyspareunia: a comparative cross-sectional study." *Phys Ther* 2021;101:pzab042.
- 13 HEIM LJ. "Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia." *Am Fam Physician* 2001;63:1535-44.
- 14 HAYLEN BT, et coll. "An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP)." *NeuroUrol Urodyn* 2016;35:137-68.
- 15 STEEGE JF, et coll. "Evaluation and treatment of dyspareunia." *Obstet Gynecol* 2009;113:1124-36.
- 16 MORIN M, et coll. "Reliability of speed of contraction and endurance dynamometric measurements of the pelvic floor musculature in stress incontinent parous women." *NeuroUrol Urodyn* 2007;26:397-403;discussion 404.
- 17 MORIN M, et coll. "Reliability of dynamometric passive properties of the pelvic floor muscles in postmenopausal women with stress urinary incontinence." *NeuroUrol Urodyn* 2008;27:819-25.
- 18 DUMOULIN C, et coll. "Reliability of dynamometric measurements of the pelvic floor musculature." *NeuroUrol Urodyn* 2004;23:134-42.
- 19 BØ K, et coll. "Measurement of pelvic floor muscle function and strength, and pelvic organ prolapse." Dans : Bø K, Berghmans B, Morkved S, Kampen MV, eds. *Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor Bridging Science and Clinical Practice*. Toronto, Churchill Livingstone Elsevier, 2015.
- 20 BRAEKKEN IH, et coll. "Test-retest reliability of pelvic floor muscle contraction measured by 4D ultrasound." *NeuroUrol Urodyn* 2009;28:68-73.
- 21 MAJIDA M, et coll. "Interobserver repeatability of three- and four-dimensional transperineal ultrasound assessment of pelvic floor muscle anatomy and function." *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009;33:567-73.
- 22 BRAEKKEN IH, et coll. "Test-retest and intra-observer repeatability of two-, three- and four-dimensional perineal ultrasound of pelvic floor muscle anatomy and function." *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:227-35.

Coopération internationale

Une physiothérapeute québécoise dans l'Altiplano bolivien



Pascale Brouillette



Sophie Daris

À l'automne 2022, la physiothérapeute Pascale Brouillette a passé trois semaines en Bolivie où elle a évalué les besoins en physiothérapie de deux cliniques situées à plus 4 000 mètres d'altitude dans le cadre d'un mandat organisé par Terres Sans Frontières. En compagnie de Sophie Daris, chef de programme Amérique latine et Caraïbes de cet organisme, cette professionnelle de la physiothérapie revient sur une expérience unique.

Comment ce projet dans la région de l'Altiplano bolivien est-il né ?

Sophie Daris, Terres Sans Frontières (S.D.) : L'organisme Terre Sans Frontières était présent en Bolivie depuis 2015 pour établir les toutes premières cliniques d'optométrie de la région de l'Altiplano et pour soutenir le renforcement des compétences en dentisterie. Au terme de ce projet de cinq ans, nous avons souhaité cibler les autres besoins de la population. Les nombreuses discussions avec les municipalités, les diverses professions de la santé ainsi que les patientes et patients ont permis de constater que

la population avait besoin d'un meilleur accès aux soins de physiothérapie. En Bolivie, ces soins existent, mais ne sont généralement pas offerts en clinique. Terre Sans Frontières a décidé de fournir le matériel tandis que les municipalités recrutaient le personnel. Nous avons fait de la publicité pour promouvoir ces nouveaux services. En pleine pandémie, il n'a pas toujours été possible de rejoindre la population, d'autant que la physiothérapie est une discipline à peu près inconnue dans cette région rurale. L'étape suivante était celle du renforcement des compétences des physiothérapeutes embauchés.

Pascale Brouillette (P.B.) : Mon intégration à ce projet de renforcement des compétences s'est faite un peu par hasard. J'avais envie depuis vraiment longtemps de participer à un projet à l'international et un autre physiothérapeute m'a parlé de Terre Sans Frontières. J'ai communiqué avec l'organisme pour faire part de mon intérêt et une rencontre a suivi.

S. D. : Dès qu'on a lu le message de Pascale, on s'est dit : « Les étoiles s'alignent ! » On avait besoin d'une physiothérapeute et elle parlait espagnol. Après notre rencontre, on a tout de suite su que ça allait bien fonctionner entre nous.

Pouvez-vous nous en dire plus, Pascale, sur votre profil de physiothérapeute et votre expertise ?

P.B. : Je pratique en pédiatrie depuis maintenant 20 ans et je me considère comme une généraliste dans le domaine. Mon expertise est assez large, car ma clientèle est âgée de 0 à 18 ans. Je traite des conditions variées, comme les retards de développement, retards globaux, amputations... Mon travail est rempli de défis, mais il est très stimulant en raison de sa diversité. Depuis quelques années, je pratique aussi en secteur privé une fois par semaine, ce qui m'amène à soigner plus de petits bébés. J'ai aussi travaillé dans une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) auprès d'adultes.

Quel était votre mandat dans l'Altiplano ?

P.B. : Mes journées se déroulaient à deux endroits. À la clinique de Pucarani, j'évaluais les compétences des physiothérapeutes. La physiothérapie est présente dans cette ville, contrairement à Palcoco, un petit village où presque tout était à faire. Mon mandat était d'élaborer un plan de renforcement des compétences des physiothérapeutes et un plan d'amélioration des capacités des patientes et patients ainsi que de sensibiliser les communautés à la physiothérapie.

Il s'agissait d'un mandat exploratoire et il n'était pas question d'arriver « avec mes gros sabots » en tentant de reproduire ce qui se fait au Québec. J'étais à l'écoute des physiothérapeutes afin de savoir quels étaient leurs besoins matériels ou encore quelles formations ils aimeraient recevoir. Je rédigeais un rapport quotidien dans lequel je notais mes observations, les problèmes rencontrés, des propositions de solutions, etc. J'ai aussi rencontré en milieu hospitalier des professionnelles et professionnels de la santé qui interagissaient avec les physiothérapeutes pour mieux comprendre la dynamique de l'organisation.



Le côté pratique se faisait surtout autour d'échanges cliniques. Nous avons discuté de tous les types de clientèles, mais le plus grand défi se trouvait en pédiatrie. J'ai vu des cas similaires à ce qu'on voit au Québec, par exemple, des enfants atteints de paralysie cérébrale et de déficience intellectuelle, mais aussi des enfants avec des handicaps plus lourds, associés à des dysphasies de la hanche, des scolioses ou des atteintes neurologiques sans diagnostic encore établi. Comme le service était nouveau, ces cas ont été mis en priorité.

La présence d'une coopérante crée aussi un intérêt qui permet d'ouvrir certaines portes. Je suis formatrice pour les transferts et les déplacements sécuritaires (PDSP) et j'ai pu donner un atelier interprofessionnel sur le sujet réunissant les médecins, les dentistes et les infirmières de l'établissement. Même le directeur y a participé !

Quels sont les principaux défis auxquels vous avez dû faire face ?

P.B. : J'avoue que j'avais peur de travailler en haute altitude. En réalité, mon corps s'est bien adapté et j'ai seulement eu un peu mal à la tête au début. Tous les jours, je devais me déplacer par différents moyens de transport en commun, comme l'autobus et le téléphérique, et je mettais parfois jusqu'à deux heures pour arriver à destination. Ça fait vraiment partie de la réalité.



La barrière de la langue n'a pas été un gros problème. Je parle assez bien espagnol pour me faire comprendre et comprendre tout le monde. Il y a eu quelques moments comiques où j'ai bien fait rire les physiothérapeutes et la clientèle ! Il faut savoir qu'une partie de la population, surtout plus âgée, ne parle qu'aymara, la langue autochtone de la région. Une traductrice était présente dans les cliniques.

Dans le domaine de la physiothérapie, l'un des défis les plus importants, c'est le manque flagrant d'équipement spécialisé en pédiatrie et le fait que la population doive assumer les coûts d'une orthèse, d'un fauteuil ou d'une marchette. Ce sont des coûts immenses pour eux ! C'est un aspect de l'organisation des soins à ne pas négliger dans ce contexte.

Comment pérennise-t-on les initiatives de ce type ?

S. D. : À cette étape-ci, chez Terre Sans Frontières, on réfléchit à la façon de créer plusieurs petits projets sur place. Il ne s'agit pas de bombarder les physiothérapeutes locaux avec de la formation « mur à mur » parce que ça ne fonctionnerait pas. L'objectif est qu'ils intègrent et appliquent une partie des apprentissages déjà réalisés et qu'ils forment d'autres personnes à leur tour.

Nous allons suivre les recommandations de Pascale, qui concernent surtout le volet pédiatrique. Ensuite, on aimerait rejoindre d'autres types de clientèles, comme les agriculteurs qui sont très nombreux et qui travaillent vraiment fort dans des conditions difficiles. On veut varier nos expertises, rassembler les professions présentes localement, comme les pédiatres, les gynécologues, les physiothérapeutes, les médecins ou les infirmières, pour un meilleur arrimage des connaissances.



S'IMPLIQUER AUPRÈS DE TERRE SANS FRONTIÈRES

Les personnes intéressées par la coopération volontaire sont invitées à remplir le formulaire en ligne.

Terre Sans Frontières accepte les candidatures de façon continue. Il n'est pas nécessaire qu'un mandat soit affiché pour manifester votre intérêt.

Pour remplir le formulaire, visitez

terresansfrontieres.ca/cooperation-volontaire/

Pour pérenniser notre initiative, il faut aussi évidemment trouver des perles rares qui sentent l'appel de la coopération internationale, faire la promotion de nos services dans les communautés locales pour attirer plus de patientes et de patients, trouver du matériel spécifique, offrir des formations à distance.

P.B. : Pour moi, c'est important de garder un lien avec la Bolivie. Je suis encore en contact avec les professionnelles et professionnels que j'ai rencontrés sur place.

Quel est l'accompagnement offert aux personnes qui décident de s'engager avec Terre Sans Frontières ?

S. D. : Les coopérantes et coopérants reçoivent plusieurs formations avant leur départ. Dès qu'ils mettent le pied à l'aéroport, ils sont accompagnés dans tous leurs déplacements. De plus, on travaille toujours avec nos contacts sur place, notamment notre directrice terrain et son adjoint, qui s'occupent à temps plein des coopérants. On veut s'assurer que tout le monde est en sécurité. On choisit les logements dans des quartiers sécuritaires, où la nourriture et les transports ne seront pas un problème, où les gens pourront circuler librement le soir, après leur journée de travail.

Au-delà de la sécurité, on fait en sorte que le lieu soit agréable, que les personnes soient bien, car nous sommes conscients qu'elles sont là pour réaliser un mandat, mais aussi pour vivre une expérience enrichissante.

Que diriez-vous à des professionnelles et professionnels qui souhaiteraient s'engager avec Terre Sans Frontières ?

P.B. : Je leur dirais que notre mandat sur place, c'est de fournir notre expertise, mais qu'il est essentiel d'écouter les besoins de la population et d'être sensible à la réalité du pays. Il faut avoir envie de se dépasser professionnellement et humainement, de s'ajuster aux besoins locaux, à ce qui se fait là-bas, et faire preuve de beaucoup d'humilité.

Enfin, je dirais qu'il faut posséder une bonne capacité d'adaptation. Mes journées étaient toutes planifiées, mais je ne peux pas dire qu'elles se sont toutes déroulées comme c'était écrit sur la feuille. Par exemple, sans que ce soit prévu, il m'est arrivé d'être invitée le matin même à une rencontre protocolaire rassemblant les maires des communautés des alentours et de devoir prononcer un petit discours de remerciement ! ●

Retour sur le mois de la physiothérapie 2023

Cette année, l'OPPQ a souligné le mois de la physiothérapie auprès du grand public en mettant en avant la grande variété des milieux où les physiothérapeutes et les technologues en physiothérapie œuvrent au service de la santé de la population. Pour la première fois, l'Ordre a profité du mois de mai pour soutenir les membres dans leur formation continue et faciliter leurs apprentissages.

UNE OCCASION POUR APPRENDRE ET ÉCHANGER

Près de 500 physiothérapeutes et technologues en physiothérapie ont assisté au webinaire offert gratuitement et en direct par la présidente de l'Ordre, Manon Dufresne. Cette dernière a exposé les chantiers actuels de l'Ordre ainsi que les diverses possibilités permettant aux deux professions d'exercer pleinement dans le champ de la physiothérapie. M^{me} Dufresne y a également présenté plusieurs élargissements de la pratique qui font actuellement l'objet de discussions concrètes avec le gouvernement et les autres ordres professionnels. Une période de questions a donné l'occasion aux membres de poser plusieurs questions sur l'avancement des professions, notamment dans le cadre du projet de réforme de la santé PL15.

Par ailleurs, plusieurs centaines de membres ont profité des forfaits thématiques à prix réduit réunissant 12 formations en ligne pour approfondir leurs connaissances.

Forfaits du mois de la physiothérapie 2023

- Santé de la femme
- Rééducation sportive
- Soutenir et préparer le congé hospitalier
- Différentes approches en douleur chronique

PUBLICATIONS SUR LES MÉDIAS SOCIAUX

Dans ses communications destinées au grand public, l'Ordre a mis sous les projecteurs les différents milieux et secteurs dans lesquels exercent les professionnelles et professionnels de la physiothérapie (voir ci-contre).

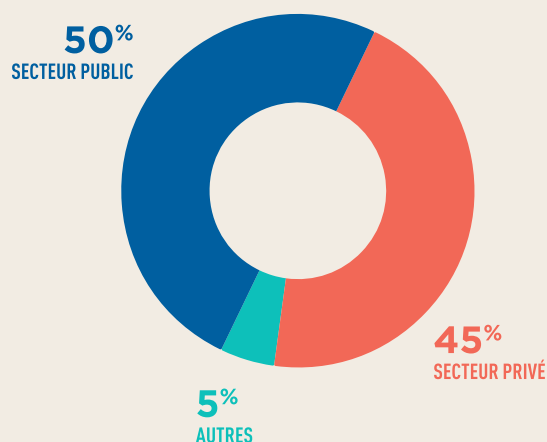
La Journée des technologues en physiothérapie a connu un franc succès. La publication de l'Ordre saluait leur importante contribution au système de santé dans les hôpitaux, les CLSC, les CHSLD, les cliniques, et bien d'autres milieux. Elle a été vue par plus de 20 000 personnes et a suscité près de 1 500 partages et commentaires. ●

Consulter la page Facebook

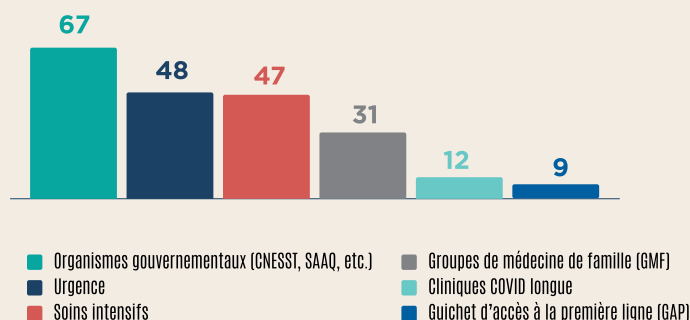
facebook.com/ordre.physiotherapie.quebec



RÉPARTITION DES PHYSIOTHÉRAPEUTES ET TECHNOLOGUES EN PHYSIOTHÉRAPIE

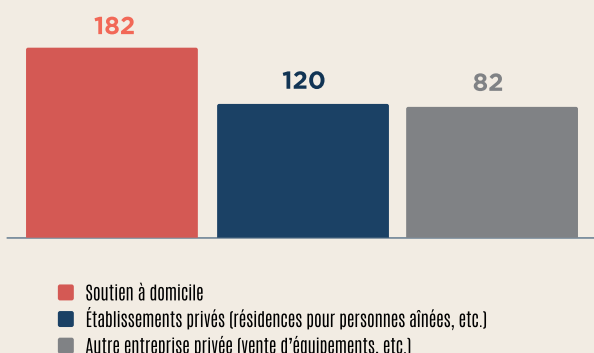


PRATIQUE DANS LE SECTEUR PUBLIC



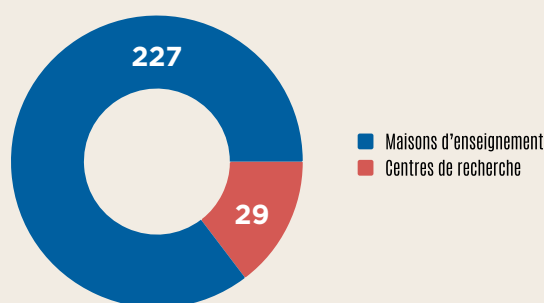
Outre les **4 278** professionnelles et professionnels de la physiothérapie qui exercent dans les établissements publics de santé, plus de **200** travaillent dans divers milieux du secteur public

PRATIQUE DANS LE SECTEUR PRIVÉ



Outre les **3 622** professionnelles et professionnels de la physiothérapie qui exercent en clinique privée, près de **400** travaillent dans différents milieux du secteur privé

ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE



266 professionnelles et professionnels de la physiothérapie exercent dans les milieux de l'enseignement et de la recherche

Le saviez-vous ?



L'AGA EST UN ÉVÉNEMENT IMPORTANT DANS LA VIE DE VOTRE ORDRE

L'assemblée générale annuelle (AGA) est un moment important dans la vie démocratique de l'Ordre et les membres sont invités à y participer en grand nombre. C'est notamment l'occasion de s'exprimer sur plusieurs résolutions importantes pour le fonctionnement de l'Ordre, dont celle sur la cotisation annuelle, et d'adresser des questions à ses instances.

Un quorum de 50 membres doit être atteint pour que cette assemblée ait lieu.

**Date de la prochaine AGA :
1^{er} novembre 2023**



LE RÉPERTOIRE DES MEMBRES PERMET D'AFFICHER VOS NOUVEAUX SERVICES

Les membres qui offrent de nouveaux soins et services peuvent mettre à jour les informations affichées dans le répertoire des membres à tout moment de l'année. Très prisé des clients, cet outil Web est une des sections les plus consultées du site de l'OPPQ.

La mise à jour s'effectue à partir du portail Web de l'Ordre.

Pour connaître la marche à suivre

oppq.qc.ca/repertoire-nouveaux-services



LES MEMBRES PEUVENT SIGNER L'ATTESTATION POUR LES PERSONNES PROCHES AIDANTES

Les physiothérapeutes et les technologues en physiothérapie peuvent signer le formulaire de la CNESSST attestant qu'une personne agit à titre de proche aidant.

Cette attestation permet aux personnes proches aidantes de s'absenter du travail pour des périodes plus ou moins longues pour remplir des obligations liées aux besoins d'une personne de leur entourage à laquelle elles apportent du soutien.

Pour en savoir plus

oppq.qc.ca/attestation-proche-aidant



Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue,
une terre d'opportunités
pour y bâtir vos rêves!

PHYSIOTHÉRAPEUTE OU TECHNOLOGUE EN PHYSIOTHÉRAPIE?

*Amoureux·se des régions?
On est fait pour s'entendre!*



Contacte-nous
pour postuler ou
planifier un séjour
exploratoire
sans frais.



stephanie.allaire@ssss.gouv.qc.ca



www.cisss-at.gouv.qc.ca/emplois-disponibles

INSCRIPTIONS — PHYSIOTHÉRAPEUTES

Abdel Fattah, Nayra
 Abouzakhm, Nathalie
 Antoun, Sarah Massoud
 Assaf, Reem
 Ayoub, Tamami
 Baignée, Jean-Philippe
 Beaulieu, Adélaïde
 Beaupré, Noémie
 Begyn, Maxymme
 Bérubé-Bouchard, Sarah
 Besson, Rosalie
 Bilodeau, Virginie
 Blagdon-Dubreuil, Geneviève
 Blanchette, Geneviève
 Boilard, Marilou
 Boily, Sarah-Eve
 Bou Haidar, Nancy
 Bouchard, Samuel
 Bouchard-Tremblay, Jérôme
 Boudreau-Alexandre, Anne
 Bourdeau-Marcil, Camille
 Bournival, Samuel
 Brais, Florence
 Cavanaugh, Olivia-Rose
 Charron, Noémie
 Chen, Hattie
 Chevarie, Elizabeth
 Childs, Alexandra
 Cloutier, Théodore
 Colbourne, Megan
 Concessa, Clémentine
 Cormier, Catherine
 Cossette, Camille
 Croteau, Pénélope
 Cyr, Alexandra
 Drapeau, Julie-Ann
 Dufour, Ariane
 Dumont, Noémie
 Dumont-Chamberland, Anne-Marie
 Dumouchier, Daphnée
 Dupont, Victoria
 El Kassouf, Matthieu
 English, Allyson
 Evoescu, Cristina Alina
 Gadoury, Camille
 Gagné, Charles-Antoine
 Gagné, Philippe-Olivier
 Gagnon, Mar-Alexandre
 Gamache, Kassandra
 Gan, Amy
 Garneau, Amélie

Ghazzi, Joey
 Giannini, Caterina
 Gilbert-Falardeau, Justine
 Goudreau-Lantin, Marc-Olivier
 Goyer, Rachelle
 Grostern, Jessica
 Guilbert, Kim
 Hamadou, Thaninna
 Harvey, Rose
 Hekkouri, Hafsa
 Héon, Mélissa
 Hidou, Pauline
 Houde, Rachel
 Huerta Castro, Gabriela Andrea
 Irakeza, Iryna
 Jacques, Frédérique
 Jolin, Alison
 Jong, Sylvia
 Kardan, Sina
 Keough, Erin
 Kidjo, Cendra Myriam
 Lajoie, Jasmine
 Landry, Élisabeth
 Langevin, Geneviève
 Lauzon, Jonathan
 Lauzon, Myriam
 Lebeau, Megan
 Leclerc, Gabrielle
 Lemieux, Emma
 Lepage Levesque, Marie-Ève
 Lessard, Justine
 Leung, Sabrina
 Levasseur Ouellet, Marie-Pier
 Levesque, Angie
 Lévesque, Marie-Jeanne
 Lew, Rachel
 Lord-Nadeau, Axelle
 Maatouk, Zeinab
 Marengo, Valérie
 Martel-Brosseau, Gabrielle
 Martell, Marie Pier
 Martin, Florence
 Mathieu, Clémence
 Mei Roy, Sarah
 Michel, Jessica
 Molinares, Isabella
 Molloy, Stéphanie
 Monfette, Gabriel
 Moreau, Marc-André
 Moreault, Mélissa
 Muhlebach, Valéry

Nault-Daigle, Karoll-Ann
 Nguyen, Alexandra
 Nguyen, Léna
 Noel, Florence
 Paquet, Christopher
 Patel, Garvee
 Payeur, William
 Pelletier, Vanessa
 Plamondon, Marianne
 Potvin-Gaudreault, Florence
 Poulin, Maxime
 Privé, Léonie
 Provencher-Marie, Chloé
 Renald, Maryse
 Reny, Laurie-Anne
 Richard, Anne-Sophie D.
 Rollin, Émilie
 Ross, Élise
 Saad, Catherine
 Saadé, Roger
 Salameh, Myriam
 Savard, Gabrielle
 Savoie, Laurianne
 Séguin, Stéphanie
 Sellan, Lishana
 Sévigny, Jade
 Smith-Klooster, Tristan
 Sun, Qi Meng
 Tadros, Maude
 Tapes, Ana Diana
 Théberge, Michael
 Théoret, Mozelle
 Therrien, Marie-Louise
 Thibault-Poirier, Laurianne
 Tito, Noémie
 Tremblay, David
 Tremblay, Maxim
 Tremblay, Noémie
 Trudel, Delphine
 Trudel, Myriam
 Turcotte, William
 Turner, Marie-Pier
 Vanagas, Anike
 Vincelette, Camille
 Wakefield, Kelsie
 Weber, Sebastien
 Yang, Agnès
 Yazbeck, Romiette
 Zhu, Zun

INSCRIPTIONS — TECHNOLOGUES EN PHYSIOTHÉRAPIE

Aissaoui, Yasmina	Daoust, Raphaëlle	Lafleur, Luka	Provost, Kym
Anastacio, Vanessa	De Blois, Joel	Lahmar, Khalil	Racine, Mathilde
Arnaud, Chloé	Demers, David-Alexandre	Lapointe, Alexia	Renaud, Nadine
Arsenault, Megan	Deslauriers, Béatrice	Laporte, Maude	Richard, Mégane
Asselin, Éliane	Desroches, Vincent	Larin, Gabrielle	Rocheffort, Fanie
Bastien, Laurianne	Dessources, Rachel	Lavigne, Marie-Eve	Rouleau Gilbert, Eliott
Beaudry, Mia	Dewyse-Vergados, Kassandra	Le Nguyen, Charly	Roy, Karina
Beaulieu, Pascale	Djeghri, Souad	Leblanc, Camille	Roy, Tyana
Beaulieu, Rosaly	Doyon, Alysso	Leblanc, Laurence	Saavedra, Maria Valentina
Béchar, Marie-Ange	Dufour, Alycia	Leblanc, Sara-Maude	Salazar Peraza, Kevin
Bédard, Jessy	Durocher, Coralie	Leclerc, Kim	Sanders Lussier, Jade
Bégin, Émilie	El Bakir, Leila	Légaré, Agnès	Sanschagrín, Audrey
Bégin, Marilou	Etienne, Vanessa	Levasseur, Clodie	Serrata-Plouffe, Gabriel
Ben Rayana, Iheb	Famulare, Loïka	Levesque Lessard, Nicolas	Simard, Marilou
Bergeron, Kevin	Fauteux, Rosany	Lévesque, Marianne	Simard, Mireille
Beaulieu, Justine	Fauteux-Cayer, Liane	Lévesque, Maxime	Simelus, Tressie-Naica
Bonnot-Parent, Anaïs	Felton, Delphine	Lévy, Sarah Victoria	Simoneau, Élodie
Bouchard, Sandrine	Fillion, Marie-Hélène	Marceau Paquin, Pénélope	Simonneau, Thomas-Adil
Boucher, Émy	Flillion, Maryse	Marquis, Charlotte	St-Denis, Maxime
Boudreau-Carrier, Samuel	Flores Custeau, Rafael	Mayo, Joshua Emmanuel	St-Gelais, Xavier
Boudreault, Kéliane	Fortier, Sarah	Mbou, William	Tanaka Pérez, Karine
Bourgeois, Azalée	Gauthier, Marie-Eve	Ménard-Charette, Justin	Therrien, Anne-Sophie
Bourque, Allyson	Gignac, Victoria	Mercier, Audreyanne	Therrien, Olivier
Boutin, Amélie	Girard, Gaia Salomé	Methe, Carolane	Toupin, Kevin
Boyer, Virginie	Girard, Laurie	Monette-Brousseau, Adam	Toussaint, Karen
Brochu, Marianne	Goyette, Laurianne	Montes, Sebastien	Toussaint, Marie-Lou
Brown, Marie-Pier	Grenier, Félix	Morel, Arianne	Turmel, Léa-Jeanne
Brunette, Magali	Groulx, Myriam	Morin, Megan	Vallée-Gibeau, Camille
Canaff, Alexandre	Guérard, Coralie	Naud, Dominic	Vaudrin Demers, Alex
Caron, Noémie	Guy, Chloé	Normand, Nicolas	Vincelette, Laurie-Eve
Carrier, Vivianne	Haist, Laurie	Obando-Martinez, Sidney	Wibrin, Marc-Antoine
Castonguay, David	Haman, Valerie	Ostiguy, Mathieu	Wolfe, Marie-Élizabeth
Champagne-Guénette, Elena	Henriquez, Benjamin	Paquet, Ariane	
Charron, Naomi	Hernandez Arevalo, Kevin	Paul, Witnyce Sara	
Cishahayo, Kelly-Ann	Horace, Florian Frantz	Perrollaz, Emma	
Clement, Stravencia Suze	Houle, Laurence	Perron, Sarah-Maude	
Colgan, Valéry	Jacques, Raphaëlle	Petit, Anaëlle	
Côté, Amélie	Jordonne, Vaneskie	Petit, Kelliane	
Côté, Florence	Joseph, Thierry	Pierre-Fils, Jo-Annie	
Côté, Jean-Christophe	Kerkeni, Meriam	Pilon, Jérôme	
Côté, Marc-Antoine	Kernizant, Jeffrey-Ernst	Pilotte, Zoé	
Couette, Brenda	Kofi Sarpong, Samuel Junior	Poirier, Elizabeth	
Coulombe, Laurence	Koj, Adnan	Poulin, Alexandra	
Coutu, Sabrina	Labrecque, Mireille	Prémont, Gabriel	
Crossley, Irene	Lachance, Marianne	Proulx, Emily	

INSCRIPTIONS — T. PHYS. À PHYSIOTHÉRAPEUTE

Allain, Marie-Ève
Audy-Servais, Justine
Beaumier, Catherine
Bellemare, Francis
Blatt, Kyrsten
Brouillette, Maylinda
Carrière, Matthieu
Chouinard, Jasmin

Dallaire, Gabrielle
Grégoire, Jennifer
Grostern, Jessica
Kennedy, Sarah
Maltais, Cassandra
Manseau, Samuel
Marois, Laurence
Palimeris, Stephania

Paradis, Mélissa
Pineault, Laurie
Poitras, Rosalie
Quentin, Véronique
Stringer, Maude
Vicente, Joel
Villeneuve, Camille
Wong Ken

RÉINSCRIPTIONS

Adl-Zarabi, Zahra
Allard-Laverdure, Janick
Asselin, Frédéric
Beauregard, Amélie
Bedendi, Marilia
Bélanger, Sylvie
Béraud, Marie
Bernier-Simard, Laurianne
Bertrand, Emmy
Beshoy Ragaie, William Sadek
Blais, Caroline
Bouchard, Christiane
Boucher, Geneviève
Boudreault, Marie-Pier
Boujannah, Mohamed
Boulay, Roxanne
Brunet, Julie
Busque, Sandra
Caissy, Roxanne
Caron, Julie
Casseus, Farahdja
Caza, Marie-Claude
Chabot, Catherine
Clavet, Hélène

Collard, Jean-Mathieu
Cosentino, Felicia
Côté, Amélie
Daoust, Violaine
Delage, Suzanne
Deslières, Louise
Dufour Richard, Karen
Faes Manhaes, Mariana Fonseca
Faucher, Marie-Christine
Fonseca Faes Manhaes, Mariana
Fortier, Lennie
Gauthier, Monique
Généreux, Valérie
Genois, Line
Giguère, Marie-Ève
Hallé, Jade
Huerta Castro, Gabriela Andréa
Hyde, Christine
Kaufer, Rebecca
Kidi, Roméo
Lafortune, Lynda
Lalande, Frédérique
Lamontagne, Anne-Sophie
Lannucci, Tania Lucia

Lapierre, Rosalie
Larose, Lucie
Mainella, Christopher
Mainville, Ariane
Marcogliese, Gabriel
Massé, Fanny
Milot-Lavergne, Gabrielle
Paradis, Catherine
Pichette-Auray, Adèle
Riendeau, Catherine
Rioux, Maude
Robichaud-Pelletier, Olivia
Rochon, Amélie
Sarda-Harvey, Mélanie
Savard, Audréanne
Sulica, Nicholas
Tremblay, Anik
Veilleux, Serge
Verbanac, Nadia
Viel, Julie
Villatoro Yon, Andréa
Wight, Sara
Yi Liu, Jia
Zavadovskaya, Tatyana

DÉCÈS

Supernault, Justin

SAMEDI 11 ET DIMANCHE 12 NOVEMBRE 2023

AU CENTRE DE CONGRÈS DE SAINT-HYACINTHE

**PHYSIO
THÉRAPIE
360°**



- ▶ **Édition virtuelle** accessible après l'événement
- ▶ Une excellente occasion d'**obtenir des HFC**
- ▶ Conférences de **qualité exceptionnelle** et programme diversifié



- ▶ Remise de **prix honorifiques**

PLACES LIMITÉES EN PRÉSENTIEL

INSCRIVEZ-VOUS AU:

physiotherapie360.ca



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec



Sur la route, grâce à La Personnelle!



Courez la chance de gagner
l'un des 4 chèques de 1 000 \$!

Concours exclusif

aux membres des
ordres professionnels
et associations
sélectionnés,
partenaires de
La Personnelle

COMMENT PARTICIPER?

- Obtenez une soumission d'assurance auto ou habitation :

lapersonnelle.com/concursoa
1 888 476-8737



- Vous faites déjà partie de notre clientèle?
Votre inscription au concours est automatique.

Tirages les 19 avril, 17 juillet, 13 septembre
et 11 décembre 2023.

Bonne chance!



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

Tarifs de groupe. Service unique.

Accédez à des tarifs exclusifs pour tous vos besoins en
assurance auto et habitation en choisissant **La Personnelle**.

La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. La marque La Personnelle^{MD} ainsi que les marques de commerce associées sont des marques de commerce de La Personnelle, compagnie d'assurances, employées sous licence. Certaines conditions, exclusions et limitations peuvent s'appliquer. Le concours est exclusif aux membres des ordres professionnels et associations sélectionnés, partenaires de La Personnelle, admissibles au régime d'assurance de dommages souscrit auprès de La Personnelle qui ont obtenu une soumission d'assurance auto ou habitation ou qui détiennent déjà une police d'assurance, du 15 mars jusqu'au 14 avril pour le 1^{er} tirage, 14 juillet pour le 2^e tirage, 8 septembre pour le 3^e tirage et 5 décembre 2023 pour le 4^e tirage. Aucun achat requis. Pour chaque tirage, un chèque de 1 000 \$ CA sera remis à la personne gagnante. Les personnes gagnantes doivent répondre à une question d'habileté mathématique pour recevoir leur prix. Le concours est en vigueur au Québec et prend fin le 5 décembre 2023, 23 h 59 (heure de l'Est). Détails et règlement complet accessibles sur lapersonnelle.com/concursoa