

PHYSIO Québec

VOL. 45 | N° 1
PRINTEMPS-ÉTÉ 2018

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

Édition
RENOUVELÉE



La téléreadaptation en trois questions

RESTEZ POUR LES GENS

JOIGNEZ-VOUS À NOTRE ÉQUIPE!

Il s'agit d'une excellente occasion pour les physiothérapeutes
qui veulent faire une différence dans nos communautés.

Avantages :

- Salaire selon l'expérience
- Primes d'éloignement et de rétention
- Hébergement fourni sans loyer mensuel
- Frais de déménagement et d'entreposage payés
- Trois ou quatre voyages aller-retour annuels payés pour vous et vos personnes à charge à votre lieu d'embauche d'origine au Québec



Pour de plus amples renseignements, visitez-nous en ligne :

Creehealth.org/fr/professionnels-paramedicaux



ᑦᓴᐱᐢᑎᑦ ᐃᓪᓇᑦᑕᑦᑲᑦ

CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES
CREE BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES OF JAMES BAY

La revue *Physio-Québec* est destinée aux quelque 8 000 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 thérapeutes en réadaptation physique du Québec.

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

Directrice des communications

Emmanuelle Giraud
egiraud@oppq.qc.ca

Coordination

Sandra Chabannel
Conseillère en communication
schabannel@oppq.qc.ca

Marie-Claude Clermont
Conseillère en communication
mcclermont@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.



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec
PREUVE DE COMPÉTENCE

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



22



08

Sommaire

Le mot du président

04 Un tout nouveau conseil d'administration

Le mot du directeur général

06 Vent de nouveautés à l'OPPQ

Chronique déontologique

08 Silence, on tourne

Développement et qualité de l'exercice

- 11 Les commotions cérébrales en 2018 : quelques points de repère en physiothérapie
- 16 1 300 membres se prêteront à une activité de surveillance générale cette année

Chronique du clinicien

- 18 La téléadaptation en trois questions
- 22 L'ère est aux innovations technologiques. Qu'en est-il en réadaptation ?

Chronique du Fonds de recherche clinique

- 25 Faisabilité et plausibilité de l'effet d'un programme de télépréréadaptation supervisé chez des participants en attente d'une arthroplastie totale de la hanche ou du genou
- 28 Mobilisation active des personnes aux soins intensifs : critères de sécurité de la mobilisation en position debout

Chronique étudiante

- 32 Applications cliniques du concept de fragilité : dépistage et interventions chez les aînés

Événements

- 35 Trois grands rendez-vous de formation de l'OPPQ attirent des centaines de professionnels

Communications

- 36 L'OPPQ renouvelle plusieurs outils de communication

Le saviez-vous?

- 38 Nouveaux membres et avis de décès



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

Un tout nouveau conseil d'administration

Avec l'adoption de la loi 11, les ordres professionnels doivent réduire le nombre de membres de leur conseil d'administration (CA) à 15, outre le président. Afin de respecter cette disposition, nos administrateurs ont décidé de mettre fin à leur mandat, permettant ainsi la tenue d'élections ce printemps. Cette décision mettait aussi un terme à mon mandat de président.

Ainsi, depuis le 8 juin 2018, l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) compte sur un tout nouveau CA, prêt à relever les défis que lui impose sa mission de protection du public.

Sur une note plus personnelle, je tiens à vous remercier très sincèrement pour la confiance que vous m'avez témoignée en renouvelant mon mandat à la présidence de l'Ordre. Je suis fier de cette confiance que vous me témoignez et je m'engage à remplir mon rôle avec rigueur, sérieux et passion. Vos nombreux messages de félicitations, d'encouragement et de soutien me motivent à continuer de piloter les nombreux chantiers en cours et à œuvrer sans relâche pour la protection du public et le développement de nos professions.

LA RÉVISION DU PROGRAMME DE TECHNIQUES DE PHYSIOTHÉRAPIE

Le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MÉES) a procédé à une analyse de l'état de la situation en ce qui touche le programme d'études en techniques de physiothérapie. Cette analyse a permis de constater une évolution de la pratique des thérapeutes en réadaptation physique, notamment sur les plans légal, réglementaire et technologique. Sur la base de ces constatations, le MÉES a donc autorisé la planification de travaux d'actualisation qui débiteront à l'automne 2018. La première étape sera un atelier d'analyse de la profession. Il s'agit d'une excellente nouvelle qui permettra d'effectuer une mise à jour en profondeur de ce programme d'études.

LA PRESCRIPTION DE RADIOGRAPHIES PAR LES PHYSIOTHÉRAPEUTES

Le Collège des médecins a fait parvenir le projet de *Règlement modifiant le Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par les membres de l'OPPQ* à l'Office des professions

au mois d'octobre 2017. Ce projet de règlement vise à autoriser les physiothérapeutes à prescrire des examens radiographiques pour des patients à la suite d'un traumatisme aigu. Le processus réglementaire suit son cours et on peut espérer son entrée en vigueur à l'automne 2018. Bien entendu, il se peut que les élections provinciales à venir ralentissent le traitement de ce projet de règlement. Nous ferons tout ce qui est possible pour que le dossier chemine rapidement. Nous vous informerons régulièrement des progrès dans ce dossier.

NOUVELLE OFFRE DE FORMATIONS À VENIR

C'est avec plaisir que nous annonçons qu'à compter de l'automne 2018 de nouvelles formations seront offertes à l'ensemble des membres du réseau collégial offrant le programme de techniques de physiothérapie.

À la suite de l'étude de pertinence réalisée en 2016-2017, des besoins ont été établis dans certains domaines spécifiques, notamment :

- les maladies chroniques ;
- les douleurs chroniques ;
- la prescription d'exercices.

Des modules de formation ont conséquemment été développés sur ces thématiques spécifiques et seront bientôt accessibles à tous les cégeps qui souhaitent les proposer aux thérapeutes en réadaptation physique. Les modalités de diffusion et d'utilisation des contenus seront précisées prochainement. ●

Le président,

A brand new board of directors

With the adoption of Bill 11, professional orders are required to reduce the number of members on their boards of directors to 15, not counting the president. In order to comply with this provision, our directors decided to end their terms so we could hold elections this spring. This decision also ended my term as president.

As of June 8, 2018, the Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) has a brand new board of experienced directors who are ready to meet the challenges of their mission to protect the public.

On a more personal note, I want to thank you sincerely for your vote of confidence in re-electing me president of the Order. I'm proud to have won your trust and I promise to fulfill my duties with rigor, gravitas, and commitment. Your messages of congratulations, encouragement, and support inspire me to push forward with the many projects underway and to work tirelessly to protect the public and develop our professions.

REVIEW OF THE PHYSIOTHERAPY TECHNIQUES PROGRAM

The Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MÉES) conducted an analysis of current practices as they relate to the program in physiotherapy techniques. The analysis revealed that the physical rehabilitation practices used by therapists have evolved, in particular on the legal, regulatory, and technological fronts. Based on these observations, the MÉES has approved a plan to update the program beginning in fall 2018. The first step will be a workshop to analyze the profession. This is great news as it will ensure the study program is thoroughly updated.

X-RAY PRESCRIPTIONS BY PHYSIOTHERAPISTS

The Collège des médecins submitted the draft *Regulation amending the Regulation respecting the professional activities that may be engaged in by members of the Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec* to the Office des professions in October 2017. The purpose of the draft regulation is to allow physiotherapists to prescribe x-rays for patients following acute trauma. The regulatory process is following its course and we hope the new regulation will go into effect in fall 2018. Of course, provincial elections may slow the process down. We will do everything we can to ensure matters move forward quickly and will give you regular updates on our efforts and the progress we're making.

NEW TRAINING OPTIONS ON THE HORIZON

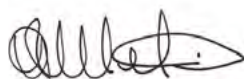
We are pleased to announce the launch of new training courses in fall 2018. They will be offered to all cégeps offering the physiotherapy techniques program.

The study conducted in 2016-2017 identified needs in specific areas, especially:

- Chronic disease
- Chronic pain
- Exercise prescription

Training modules on these specific themes were developed and will soon be accessible to all cégeps that want to offer them to physical rehabilitation therapists. More details on the dissemination and use of this content will be provided soon. ●

President,



SUIVEZ LE PRÉSIDENT DE L'ORDRE SUR LES RÉSEAUX SOCIAUX



Denis Pelletier
@OPPQPRESIDENT

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



Facebook.com/
oppqpresident



@OPPQPRESIDENT



Sous le nom
Denis Pelletier



Claude Laurent,
notaire, F. Adm. A.

Directeur général
et secrétaire de l'OPPQ

Vent de nouveautés à l'OPPQ

Je profite de cette première édition renouvelée de la revue *Physio-Québec* pour vous faire part de plusieurs changements importants survenus à l'OPPQ au cours des derniers mois : un déménagement, un changement de base de données, un nouveau site Web et un conseil d'administration remanié.

DÉMÉNAGEMENT DU SIÈGE SOCIAL

L'Ordre occupait ses locaux depuis dix ans au 10^e étage du 7151, rue Jean-Talon Est. L'espace loué était devenu beaucoup trop grand pour notre équipe en plus de manquer de flexibilité à plusieurs égards. Après deux ans de négociations avec le bailleur, nous avons été en mesure de diminuer de 3 000 pieds carrés environ l'espace occupé et, par le fait même, de diminuer le loyer. Un nouveau bail a donc été signé pour des bureaux entièrement rénovés au 7^e étage du même édifice. Tous s'entendent pour dire que ce projet clés en main, livré dans les temps à la mi-février, nous a fourni un espace très agréable et beaucoup plus fonctionnel.

IMPLANTATION D'UNE NOUVELLE BASE DE DONNÉES

Lors du dernier renouvellement de leur inscription à l'OPPQ, les membres ont pu constater qu'un nouveau portail en ligne avait été implanté pour accéder à leurs informations en ligne et au formulaire de renouvellement. Ce portail est directement lié à notre base de données qui héberge notre Tableau des membres. Comme vous le savez, le Tableau est au cœur de notre organisation, puisqu'il nous donne accès à l'ensemble des renseignements sur les membres. Il est donc primordial pour l'OPPQ de s'équiper d'un système à la fine pointe, qui respecte de hauts standards en matière d'efficacité ainsi que de sécurité, et ce, à moindre coût. D'ailleurs, le nouveau fournisseur sert plusieurs autres ordres professionnels au Québec.

Convivial, plus complet et simple d'utilisation, ce nouvel outil est désormais celui par lequel vous passerez pour :

- mettre à jour vos renseignements personnels et professionnels ;
- procéder à votre renouvellement annuel ;
- effectuer votre déclaration d'exercice en société, s'il y a lieu ;
- vous inscrire à une activité de formation ;
- accéder à vos factures et à vos reçus (cotisation, formation).

De nouvelles fonctionnalités seront développées au fil des prochains mois. Nous vous tiendrons informés à cet égard.

REFONTE DU SITE WEB

La Direction des communications de l'OPPQ a déployé beaucoup d'énergie ces derniers mois afin de mettre en ligne un site Web entièrement revu. Alors que le site de l'Ordre enregistre plus de 70 000 visites par mois, il devenait important d'optimiser la navigation, les contenus et le visuel afin d'offrir à nos utilisateurs une expérience Web encore plus conviviale et performante.¹

Cet outil de communication est essentiel, notamment pour les membres et le grand public, puisqu'il permet de diffuser rapidement de l'information liée à la réglementation, des nouvelles sur les activités de l'Ordre en plus de partager des articles de référence et de permettre aux professionnels de la physiothérapie d'accéder à diverses fonctionnalités.

1 Pour plus de détails, je vous invite à consulter la chronique des communications en page 36.



« Dans une décision courageuse, les administrateurs de l'Ordre ont décidé collectivement de mettre fin à leur mandat dès cette année et de déclencher des élections qui visent à faire passer le CA de 25 administrateurs à 16, comprenant le président. »

UN NOUVEAU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Comme annoncé en juin 2017, d'importantes modifications au *Code des professions* ont été adoptées par le gouvernement du Québec en vue de revoir la gouvernance des ordres professionnels. Une des mesures visait la réduction de la taille du conseil d'administration (CA).

Dans une décision courageuse, les administrateurs de l'Ordre ont décidé collectivement de mettre fin à leur mandat dès cette année et de déclencher des élections qui visent à faire passer le CA de

25 administrateurs à 16, comprenant le président. Nous avons donc désormais un CA plus petit, mais tout aussi représentatif compte tenu du fait qu'il était de l'intention du législateur d'augmenter de 25 % la représentation du public au CA d'un ordre. Il en résultera forcément des économies appréciables.

Il ne fait aucun doute que tous ces changements ont entraîné des répercussions dans le fonctionnement de l'organisation. Heureusement, les employés de l'Ordre ont fait preuve d'agilité et sauront répondre de façon encore plus adéquate aux besoins de nos clientèles. ●

SAVIEZ-VOUS QU'EN TANT QUE PHYSIOTHÉRAPEUTE, THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE ET ADHÉRENT AU STATUT ÉTUDIANT VOUS AVEZ DROIT À DE NOMBREUX RABAIS ?



Tout membre ou adhérent au statut étudiant de l'OPPQ bénéficie de rabais sur certains produits et services offerts par des entreprises œuvrant dans des secteurs aussi variés que les assurances, les services bancaires, les services de télécommunication, le tourisme et les loisirs.

Pour en savoir plus et pour profiter de plusieurs rabais, rendez-vous au oppq.qc.ca/membres/programme-rabais-privileges

Silence, on tourne



Par
Louise Gauthier,
pht, LL. M.
Syndique



En collaboration avec
Marie-France Salvas,
avocate
Directrice des
Services juridiques

PROLOGUE

L'évolution de la technologie dans le domaine médical a amené l'apparition de plusieurs outils modifiant la réalité de nombreuses interventions cliniques au quotidien. Cela soulève des questionnements chez les professionnels de la santé. Qui aurait pensé voir un jour une intervention réalisée à distance par un chirurgien sur un patient se trouvant sur un autre continent ?¹

La pratique de la physiothérapie suit elle aussi la cadence accélérée de ces multiples développements. Elle n'échappe pas aux nouveaux paradigmes s'imposant dans l'exercice de la profession. La téléadaptation n'est qu'un exemple de cette nouvelle façon de faire pour assurer un suivi à une clientèle qui, pour diverses raisons, ne peut se faire traiter en personne. Cette évolution doit être vue comme une innovation majeure dans la prestation de services de physiothérapie.

Pour en savoir plus à ce sujet, nous vous invitons à consulter l'article en [page 18](#).

Dans le quotidien des professionnels de la physiothérapie, l'avènement des technologies de l'information entraîne aussi de nouvelles demandes et de nouveaux comportements chez les clients. De plus en plus fréquemment, ils sont interpellés par les enregistrements sonores ou visuels réalisés par leurs clients. Quelle conduite le professionnel de la santé doit-il adopter lorsqu'il est informé de l'intention de son client d'enregistrer les interventions et les discussions dans le cadre de son traitement ? Comment le professionnel doit-il réagir lorsqu'il apprend que son client enregistre depuis déjà un certain temps les différentes séances, et ce, à son insu ? À contrario, est-ce qu'un professionnel en physiothérapie peut filmer ses interventions auprès de son client ?

1^{ER} ACTE

QU'EN EST-IL DU CONSENTEMENT ?

À l'heure actuelle, dans la législation québécoise, il n'existe aucune interdiction pour le client de procéder à l'enregistrement sonore ou visuel de son rendez-vous avec son professionnel de la santé. L'enregistrement peut être considéré comme légal même si le professionnel n'en a pas connaissance et n'y a pas consenti.

Plusieurs motifs peuvent justifier le désir du client de procéder à l'enregistrement, notamment la possibilité pour lui-même ou pour un membre de la famille d'écouter ou de visualiser à répétition les différents exercices enseignés par le professionnel de la physiothérapie afin d'être en mesure de bien les exécuter.

Il est important de rappeler que le contenu de la rencontre professionnelle appartient d'abord au patient. Contrairement au professionnel de la santé, qui est soumis à ses obligations déontologiques telles que la confidentialité et le secret professionnel, le patient n'est pas tenu à une quelconque réserve sur ce plan.

Dans ce contexte, peut-on invoquer une atteinte au droit à la vie privée ?

Il est aussi pertinent de préciser que le droit à la vie privée qui est protégé par la *Charte québécoise des droits et libertés de la personne*² est un droit qui appartient au client. Lorsque le client décide d'enregistrer ou consent à l'enregistrement de la séance par le professionnel de la physiothérapie, le résultat lui appartient et il peut par la suite en faire ce qu'il désire.

Les professionnels de la santé ne peuvent toutefois invoquer l'intrusion dans leur vie privée pour refuser l'enregistrement, car ce dernier est réalisé dans le cadre de leur travail. L'enregistrement réalisé par le client ne peut donc constituer une violation de la vie privée du professionnel de la santé, et ce, même si l'enregistrement est fait à son insu.

Dans la situation inverse, lorsque le professionnel désire enregistrer certains gestes cliniques dans le cadre de ses traitements, par exemple, photographier ou filmer la posture du client, l'angle

1 « Opération Lindberg », Wikipédia, [en ligne], [https://fr.wikipedia.org/wiki/Opération_Lindberg], (consulté le 12 avril 2018).

2 Article 5.



d'ouverture de la mâchoire ou l'état d'une plaie afin d'en vérifier l'évolution, il doit obtenir le consentement de son client avant de procéder.

Il est important à ce stade de discuter clairement avec le client des moyens utilisés de part et d'autre et ainsi d'en arriver à un consensus des deux parties. Cette démarche est essentielle pour arriver à une bonne relation de confiance et la préserver tout au long des traitements.

2^E ACTE

QU'EN EST-IL DE LA RELATION DE CONFIANCE ?

Même si l'enregistrement peut être réalisé légalement par le client à l'insu du professionnel, il n'en reste pas moins que la relation de confiance est fondamentale dans la relation thérapeutique³. Dans ce contexte, lorsque le professionnel de la physiothérapie en est informé, il est possible qu'il éprouve un sentiment de trahison, la crainte d'une remise en cause ou d'un jugement sur sa pratique professionnelle. Se pose aussi la question des intentions du client, à savoir ce qu'il a fait ou pourrait faire de l'enregistrement en question.

Qu'advient-il de cette confiance lorsqu'un climat de suspicion s'installe entre le professionnel et son client ?

Nous vous rappelons l'article 36 du *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique* qui décrit sommairement la nature ou la qualité de la relation de confiance à établir entre le professionnel et son client. Il est important que le professionnel de la physiothérapie soit en confiance afin de pouvoir assurer la prise en charge du client dans les meilleures conditions. Pour établir et maintenir cette relation de confiance, il est nécessaire de déterminer clairement la finalité des enregistrements réalisés dans le cadre de l'intervention clinique afin que ces derniers ne soient pas utilisés pour d'autres motifs et ne dépassent pas le cadre établi préalablement. L'enregistrement ne doit pas freiner la bonne relation que l'on cherche à établir entre le professionnel et le client.



LE MEMBRE NE PEUT, SAUF POUR UN MOTIF RAISONNABLE, CESSER OU REFUSER DE FOURNIR LES SERVICES PROFESSIONNELS NÉCESSAIRES À UN CLIENT.

Constituent notamment un motif raisonnable :

- 1 la perte de confiance du client envers le membre ;
- 2 l'incompatibilité de caractère entre le membre et le client ;
- 3 l'incitation de la part du client à l'accomplissement d'actes illégaux, injustes ou frauduleux ;
- 4 le fait que le membre soit en situation de conflit d'intérêts ou dans un contexte tel que son indépendance professionnelle pourrait être mise en doute.

Article 37 du *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique*.

Aussi est-il pertinent de rappeler l'article 37 du code de déontologie, qui met en relief certains motifs jugés raisonnables pour refuser ou interrompre les services professionnels à un client.

À la lumière de cet article, le membre peut refuser ou cesser de rendre des services professionnels lorsqu'il y a bris de confiance entre son client et lui-même. Toutefois, le professionnel doit être en mesure de justifier la fin des traitements : cette décision ne peut être prise à la légère et doit être précédée d'une réflexion sérieuse. Advenant le cas où il doit mettre fin au traitement, il a l'obligation déontologique, en vertu de l'article 38 du code de déontologie, d'assurer le suivi du client par un autre professionnel.

En effet, la relation professionnelle établie entre le professionnel de la physiothérapie et le client doit se faire non seulement dans le plus grand respect de chacun, mais aussi dans une complicité fondée sur de nouveaux paramètres de pratique. En d'autres termes, la relation de confiance doit se cristalliser dans une entente mutuelle entre le professionnel et son client, chacun étant à l'aise avec les gestes faits et leur finalité. Sans elle, l'établissement d'une relation de confiance entre le traitant et le traité est voué à l'échec.

3 Pour plus d'information, consultez l'article « *La relation de confiance, une notion toujours à la mode ?* », *Physio-Québec*, 2017, vol. 44, n°1, p. 8-9.

ENTRACTE

QU'EN EST-IL DU DOSSIER CLINIQUE ?

Un enregistrement sonore, visuel ou photographique réalisé par un professionnel de la santé auprès d'un client doit être considéré comme faisant partie intégrante du dossier du client, et ce, dans le respect de toutes les obligations professionnelles liées au code de déontologie et au règlement sur la tenue des dossiers⁴.

Un client qui se prévaut de son droit d'accès à son dossier serait en droit d'obtenir une copie de tout enregistrement déposé dans son dossier physiothérapique.

3^E ACTE

ET LE RESPECT DE LA DIGNITÉ DANS TOUT CE PROCESSUS ?

Le dictionnaire Larousse définit la dignité comme le « respect que mérite quelqu'un ou quelque chose »⁵.

L'article 59.2 du *Code des professions* souligne que « Nul professionnel ne peut poser un acte dérogatoire à l'honneur ou à la dignité de sa profession ou à la discipline des membres de l'Ordre, ni exercer une profession, un métier, une industrie, un commerce, une charge ou une fonction qui est incompatible avec l'honneur, la dignité ou l'exercice de sa profession ».

À la lecture de cet énoncé, on peut ainsi constater que le professionnel de la physiothérapie doit respecter la dignité de son client lorsqu'il intervient auprès de ce dernier dans le cadre de l'exercice de sa profession.

Compte tenu de l'utilisation possible des nouvelles technologies de l'information, il doit se préoccuper davantage de la façon dont il utilise ses outils et de ce qu'il fait du résultat.

Comment doit agir le professionnel avant, pendant et après les enregistrements ?

Le professionnel de la physiothérapie doit planifier ses enregistrements de façon à ce qu'ils soient faits dans le plus grand respect du client tout en gardant une objectivité qui met en valeur le geste exécuté selon la finalité souhaitée. Le client doit être à l'aise en tout temps : le port d'une jaquette pour certains clients est important, la position adoptée ne doit pas avoir le potentiel de rabaisser la personne, la surface photographiée ou filmée doit être circonscrite au problème à traiter, aucun commentaire déplacé ne doit être émis, etc.

Naturellement, il a déjà été dit que tous les enregistrements font partie du dossier et ne doivent en aucun cas être diffusés par le professionnel sur des médias sociaux tels que Facebook ou utilisés pour toute autre forme de publicité. En d'autres mots, un professionnel de la physiothérapie ne peut publier sur Instagram une photo de la plaie d'un client sans son consentement, et ce, même si le client ne peut pas être identifié lors de la publication.

Également, une attention particulière doit être portée à l'utilisation de courriels non sécurisés pour la transmission d'information sensible à d'autres professionnels de la santé.

Qu'en est-il des caméras de surveillance dans les milieux cliniques ?

Il va de soi que l'utilisation d'enregistrements électroniques dans un but de surveillance des allées et venues dans les milieux cliniques n'est pas du même ressort que ce dont il est question plus haut. Cette pratique relève de la gestion administrative de chaque milieu.

Toutefois, il est important de soulever certaines précautions à prendre sur ce plan. Ainsi sont répréhensibles les situations suivantes, par exemple :

- 1 Placer des caméras dans une salle où l'on peut voir un client se déshabiller.
- 2 Filmer des traitements de nature sensible où le client est dans une position vulnérable.

Le respect de la dignité de toute personne s'exprime par les paroles et les gestes d'un professionnel basés sur des principes éthiques élevés qui placent les besoins et la sécurité du client au premier plan.

FINALE

ET L'AVENIR ?

Le droit lié à l'utilisation des diverses technologies est un droit nouveau et plusieurs zones grises subsistent. Au fil des années à venir, nous devons être à l'affût des diverses interprétations que les tribunaux rendront et qui viendront teinter et modifier les comportements à adopter lors de l'utilisation des technologies de l'information et des communications tant chez les clients que chez les professionnels de la santé.

En terminant, il est essentiel de retenir que le respect de chacun repose sur une entente claire établie dès le début de la relation professionnelle. ●

⁴ Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice, les équipements et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec

⁵ Grand dictionnaire encyclopédique Larousse, <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>.

Les commotions cérébrales en 2018 : quelques points de repère en physiothérapie



La commotion cérébrale est un sujet d'actualité qui occupe de nombreuses tribunes. Cette blessure, dont les effets à long terme ont longtemps été sous-estimés, peut avoir des conséquences majeures sur les individus qui en souffrent, sur leur entourage et sur la société en général.

Par

Marjolaine Lajoie,
pht

Chargée de projets

Direction du développement
et de la qualité de l'exercice

Plusieurs acteurs (chercheurs, professionnels de la santé, gouvernements, associations sportives, etc.) concentrent leurs efforts depuis déjà quelques années à mieux comprendre le phénomène dans sa globalité afin de mettre en place des actions pour prévenir et traiter de façon optimale les commotions cérébrales. Que pouvons-nous retenir en physiothérapie de toute cette effervescence ? Cet article résume les plus récents documents de référence concernant les meilleures pratiques en gestion des commotions cérébrales et vous propose quelques éléments à considérer en physiothérapie pour une prise en charge optimale de la clientèle atteinte de commotion.

DES RÉFÉRENCES POUR Y VOIR PLUS CLAIR

Comme professionnels de la physiothérapie, nous sommes concernés par le phénomène des commotions cérébrales qui touchent non seulement la clientèle sportive de tous les niveaux et de tous les âges, mais également la clientèle qui consulte en physiothérapie à la suite d'un accident de la route, d'un accident du travail ou d'une chute, par exemple. Nous devons être vigilants et reconnaître les signes et les symptômes de commotion cérébrale pour en optimiser la prise en charge, diminuer le risque de persistance des symptômes et être en mesure de diriger la clientèle vers les bons professionnels au moment approprié.

Si vous travaillez dans une clinique multidisciplinaire dédiée majoritairement à la clientèle souffrant de commotion cérébrale ou si vous œuvrez sur les terrains sportifs et traitez fréquemment ce type de blessure, la prise en charge et les étapes du suivi peuvent vous sembler évidentes. Vous avez peut-être également autour de vous un réseau de médecins et de professionnels qui vous facilite la tâche. Par contre, si cette problématique ne vous est pas familière et que vos clients n'ont pas accès à des professionnels expérimentés, le choix des interventions et les décisions à prendre peuvent sembler beaucoup plus complexes.

Par ailleurs, la multitude de références traitant de ce sujet et le fait que les connaissances dans le domaine évoluent rapidement peuvent ajouter à la confusion. En effet, il est facile de constater l'effervescence actuelle dans les publications sur le sujet au Québec et ailleurs dans le monde, et ce, uniquement au cours des deux dernières années. Nous vous proposons donc quelques ressources essentielles pour mieux vous y retrouver.

La commotion cérébrale est «une forme de traumatisme crânien qui est provoqué par des forces biomécaniques et qui entraîne des signes et symptômes qui, en règle générale, disparaissent spontanément en 1 à 4 semaines après la blessure.»^[1] Elle peut survenir à la suite d'un coup direct à la tête ou lors d'un impact à toute autre partie du corps qui entraîne un choc du cerveau contre la boîte crânienne.^[2] Bien qu'interchangeable, le terme commotion cérébrale est souvent utilisé quand le traumatisme survient lors d'une activité sportive, alors que le terme traumatisme crânien cérébral léger (TCCL) est davantage utilisé lorsque la blessure survient dans d'autres contextes (par exemple, à la suite d'un accident de la route ou d'une chute).

VOICI UNE LISTE DES PUBLICATIONS LES PLUS RÉCENTES QUI POURRAIENT VOUS AIDER.

Certains de ces documents fournissent des schémas de suivi et divers outils utiles pour le dépistage, l'évaluation, le suivi des signes et symptômes, et les étapes de retour aux activités intellectuelles et sportives. Même si de minimes divergences peuvent être relevées, notamment dans la manière de décrire les étapes de retour aux activités intellectuelles et sportives ou dans les indications de référence à certains professionnels tels que les médecins, l'essence principale du message véhiculé demeure sensiblement la même.

5^E CONSENSUS INTERNATIONAL SUR LES COMMOTIONS CÉRÉBRALES (CC) DANS LE SPORT¹

Déclaration consensuelle émise par un groupe de scientifiques et d'experts en commotions cérébrales dans le sport. À partir de revues systématiques de la littérature portant sur des questions spécifiques, des chercheurs et des cliniciens se réunissent tous les quatre ans depuis 2001 pour réviser les recommandations internationales en fonction des développements et de la recherche dans le domaine. La dernière conférence a eu lieu à Berlin en octobre 2016.

Ce document est rédigé pour les médecins et les professionnels de la santé qui œuvrent auprès d'une clientèle sportive de tous les niveaux (récréatif, élite ou professionnel). Il vise principalement à mettre à jour l'état des connaissances sur le sujet des commotions cérébrales dans le sport et à orienter les interventions. Il présente diverses recommandations en lien notamment avec la prévention, la reconnaissance, le retrait du jeu, l'évaluation, la réadaptation, la récupération et le retour au jeu. Puisque ces recommandations sont issues des données scientifiques les plus récentes et d'un consensus international d'experts, la majorité des documents de référence portant sur les commotions cérébrales s'appuient sur celles-ci.

**Consensus de
Berlin 2016**



LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES SUR LES COMMOTIONS CÉRÉBRALES DANS LE SPORT²

Ces lignes directrices, publiées en 2017, ont été rédigées à l'attention de tous les acteurs qui œuvrent auprès d'une clientèle sportive susceptible de subir des commotions cérébrales (athlètes, parents, entraîneurs, officiels, enseignants, professionnels de la santé). Différents aspects sont abordés à l'intérieur du continuum touchant la prévention, la détection et la gestion des commotions cérébrales.

Il est intéressant de mentionner que ce document parle de l'importance d'appliquer les principes de gestion des commotions cérébrales non seulement aux athlètes, mais également à toute personne ayant subi une commotion cérébrale en dehors de la pratique d'un sport et qui doit réintégrer ses activités habituelles telles que l'école, le travail ou les loisirs, par exemple.

Le document complet fournit des modèles de fiches informatives portant sur la gestion des commotions cérébrales, de lettres à signer par le médecin pour le diagnostic ou pour le retour au sport, ainsi que les formulaires de détection des commotions cérébrales (CRT5) et d'évaluation des commotions cérébrales (SCAT5 et SCAT5 pour enfant).

**Parachute
Canada**

1 En ligne : <http://bjism.bmj.com/content/bjsports/51/11/838.full.pdf>

2 En ligne : <http://www.parachutecanada.org/telechargez/sujetsblessures/Recommandations-Lignes-directrices-canadiennes-sur-les-commotions-cerebrales-dans-le-sport-Parachute.pdf>

PROTOCOLE DE GESTION DES COMMOTIONS CÉRÉBRALES POUR LE MILIEU DE L'ÉDUCATION ET DANS LE CADRE D'ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES ET SPORTIVES³

MÉES

Publié par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MÉES) en 2017, ce protocole fait suite au *Plan d'action du gouvernement du Québec pour la prévention et la gestion des commotions cérébrales liées à la pratique d'activités récréatives et sportives*^[3]. Il prend assise notamment sur les recommandations du groupe de travail sur les commotions cérébrales^[4], sur les fiches de recommandation publiées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)^[5] ainsi que sur des discussions avec des représentants du réseau de la santé. Les mesures de sensibilisation qui seront mises en place par le gouvernement, ainsi que les programmes de formation et les modifications organisationnelles qui seront décidés au Québec découleront de ce protocole.

Partant du principe qu'une « déficience dans la détection, une répétition de commotions dans un court laps de temps ou une mauvaise prise en charge peuvent avoir des incidences sur la santé physique et psychologique de l'individu »^[2], le gouvernement a jugé important de mettre en place des procédures éprouvées pour mieux reconnaître les signes et symptômes, identifier les circonstances pouvant causer une commotion cérébrale et gérer le parcours de récupération d'une personne ayant subi une commotion cérébrale lors d'une activité sportive.

Le protocole s'adresse à tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des commotions cérébrales (athlètes, parents, entraîneurs, enseignants, professionnels de la santé, etc.). Il explique les recommandations du gouvernement du Québec sur les aspects suivants : détection, période d'observation, reprise graduelle des activités, évaluations médicales, communication et concertation. Il comporte un schéma illustrant bien les étapes à suivre du protocole, ainsi que les fiches de suivi à remplir pour documenter l'événement et améliorer la communication entre les différents acteurs impliqués dans la gestion de la commotion.

PROTOCOLE DE GESTION DES COMMOTIONS CÉRÉBRALES⁴

Révisée en 2017, cette deuxième édition du document fait elle aussi état des données les plus actuelles en matière de gestion des commotions cérébrales liées au sport. Le document s'adresse à toute personne intervenant auprès de sportifs, et ce, peu importe leur niveau ou leur âge. Il décrit de manière claire, organisée et systématique les meilleures pratiques recommandées ainsi que les étapes à suivre dans la prise en charge d'une commotion cérébrale. La démarche proposée présente les recommandations en fonction de sept étapes inhérentes aux bonnes pratiques de gestion des commotions cérébrales, soit :

- 1 Le cadre de gestion des commotions cérébrales et le plan de sensibilisation
- 2 Le système de surveillance des commotions cérébrales
- 3 La procédure de retrait de l'activité sportive
- 4 La communication et la concertation
- 5 Le suivi médical
- 6 Le suivi à la maison
- 7 La procédure de retour à l'école et à l'activité sportive

Le protocole fournit une série de règles, de mises en garde, de tableaux de progression et d'outils de suivi et de communication utiles aux différents acteurs.

**Institut des
commotions
cérébrales**

3 En ligne : http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/loisir-sport/Protocole_de_gestion_des_commotions_cerebrales_FR.pdf

4 En ligne : <http://institutcommotions.com/wp-content/uploads/2016/11/Protocole-2e-%C3%A9dition-2016-1.pdf>

CONCUSSION MANAGEMENT : A TOOLKIT FOR PHYSIOTHERAPISTS⁵

Ce document a été développé par le Physiotherapy Alberta College + Association afin d'outiller les professionnels de la physiothérapie qui ne sont pas familiers avec la clientèle ayant eu une commotion cérébrale. Appuyé par les données probantes, il contient plusieurs renseignements et ressources concernant l'évaluation et la prise en charge des clients adultes (18 ans et plus) ayant des symptômes persistants de commotions cérébrales.

Bien qu'il ait été rédigé avant la tenue de la 5^e conférence consensuelle internationale sur les commotions cérébrales dans le sport et que certains outils ont déjà fait l'objet d'une révision depuis sa rédaction (par exemple, l'outil d'évaluation SCAT3 qui se présente maintenant dans une version plus récente, soit le SCAT5), le document est intéressant du fait qu'il s'adresse spécifiquement aux professionnels de la physiothérapie et qu'il contient une tonne d'information encore actuelle et pertinente. Il traite de tous les aspects relatifs à la physiothérapie associés à la prise en charge des commotions cérébrales (liste des signes et symptômes, pronostic, évaluation et suivi).

**Physiotherapy
Alberta College**

TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL LÉGER — RECOMMANDATIONS POUR LA REPRISE GRADUELLE DES ACTIVITÉS INTELLECTUELLES, PHYSIQUES ET SPORTIVES⁶

INESSS



Ce feuillet explicatif sera publié par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) en 2018. Il regroupe des conseils sur la reprise graduelle des activités intellectuelles, physiques et sportives afin d'optimiser la récupération et de favoriser la disparition des symptômes dus à un traumatisme craniocérébral léger (TCCL). Il s'adresse à la population (adultes, adolescents ou enfants d'âge scolaire) ayant subi un TCCL et peut être utilisé une fois le diagnostic émis. Le feuillet s'appuie sur les données probantes récentes et a été conçu à partir de 19 recommandations issues d'une consultation auprès de plus de 35 experts et organismes, dont l'OPPQ. Il constitue la révision des fiches-conseils intitulées *À la suite d'un traumatisme craniocérébral léger (TCCL) — Pour la reprise graduelle des activités intellectuelles et de l'entraînement physique ou sportif*, publiées en 2014.

À CHAQUE CLIENT SA CONDITION

Une commotion cérébrale peut se présenter de multiples façons et sa prise en charge peut différer en fonction, par exemple, des antécédents (ATCD) médicaux du client, des ATCD en matière de commotions cérébrales ou des conditions associées présentes ou non avant l'événement (par exemple, une dépression, un TDAH ou une blessure cervicale). Il faut donc utiliser son jugement professionnel et toujours garder en tête que les documents énumérés précédemment font état de recommandations générales qui doivent être analysées et adaptées en fonction de la condition

de chaque personne. De plus, certaines recommandations concernent des mesures d'adaptation à mettre en place pour le retour aux apprentissages scolaires. Tous les intervenants concernés, incluant les professionnels de la physiothérapie, sont autorisés à mettre en place ces mesures. Il est cependant important de demeurer attentif sur ce plan et de consulter un autre professionnel, tels un médecin ou un neuropsychologue⁷, lorsque les mesures proposées perdurent de manière inhabituelle ou dépassent la durée généralement recommandée (par exemple, demander de ne pas faire d'examen pendant plusieurs mois).

5 En ligne : https://www.physiotherapyalberta.ca/files/concussion_toolkit.pdf

6 Ce document sera mis en ligne sur le Web de l'INESSS au <https://www.inesss.qc.ca/>

7 Vous pouvez trouver un professionnel habilité sur le site de l'Ordre des psychologues du Québec au : <https://www.ordrepsy.qc.ca/trouver-de-aide>



RECONNAÎTRE LES SIGNAUX D'ALERTE

Comme professionnels de la physiothérapie, nous connaissons bien les signaux d'alerte ou « drapeaux rouges » physiques. De la même manière, en présence d'une commotion cérébrale, nous devons être vigilants et porter aussi attention aux signes et symptômes sur le plan neuropsychologique. Nous devons être en mesure de les reconnaître et de déterminer si leur récupération ne suit pas l'évolution attendue. Des discussions avec l'Ordre des psychologues du Québec ont d'ailleurs fait ressortir l'importance de notre rôle sur ce plan, afin d'éviter une aggravation de la condition ou une persistance des signes et symptômes d'ordre neuropsychologique. À cet égard, voici donc une liste de symptômes cognitifs et psychologiques qui pourraient nécessiter de diriger la clientèle vers un médecin ou un neuropsychologue :

- Ralentissement de la pensée
- Problèmes de mémoire
- Difficulté de concentration
- Difficulté d'organisation et de gestion de l'information
- Fatigue mentale
- Émotivité accrue, irritabilité, tristesse, impatience, labilité émotionnelle
- Nervosité ou anxiété
- Idées suicidaires
- Trouble de sommeil

L'IMPORTANCE DE RESTER VIGILANT

Par ailleurs, puisque la commotion cérébrale est une atteinte au cerveau, elle peut affecter la personne sur différents plans, soit physique (ex. : fatigue, nausée, étourdissements), soit psychologique (ex. : anxiété, irritabilité ou émotivité accrue) ou cognitif (ex. : troubles des fonctions exécutives, de la mémoire et de la concentration). Une approche multidisciplinaire est donc favorisée dans la prise en charge de cette condition. Il est essentiel, comme professionnel de la physiothérapie, de demeurer vigilant quant à l'ensemble des signes et symptômes associés à la commotion cérébrale, et ce, même si certains ne sont pas des symptômes que nous traitons de façon spécifique en physiothérapie. Cela est d'autant plus pertinent lorsque la condition du client est suivie uniquement en physiothérapie et qu'elle n'est pas prise en charge dans une clinique multidisciplinaire.

Cela étant dit, il importe d'exercer dans les limites de notre champ d'exercice en physiothérapie et de ne pas effectuer d'activités réservées à d'autres professionnels. Par exemple, même si nous devons porter une attention particulière à l'évolution des signes et symptômes sur les plans psychologique et cognitif, l'évaluation des troubles neuropsychologiques demeure une activité réservée notamment aux neuropsychologues. De même, il est possible de suspecter une commotion cérébrale et de prendre nos décisions cliniques en conséquence. Toutefois, émettre un diagnostic médical de commotion cérébrale est une activité réservée aux médecins.

Dans l'ensemble, les documents de référence présentés dans cet article recommandent une prise en charge multidisciplinaire lorsque les signes et les symptômes de commotion cérébrale persistent et ne montrent pas d'amélioration significative au-delà de deux semaines après l'événement chez l'adulte et au-delà de quatre semaines chez l'enfant. En physiothérapie, cela signifie que lorsque le client ne montre pas d'amélioration significative sur le plan physique, il est important de le diriger vers une clinique multidisciplinaire en commotion cérébrale ou vers un médecin. Cela signifie également que vous devez rester à l'affût de signes et symptômes cognitifs et psychologiques. Il est important d'orienter le client vers un médecin ou un neuropsychologue si vous constatez que les symptômes persistent ou qu'ils ne s'améliorent pas significativement, ou si vous dépistez de nouveaux symptômes sur ce plan.

En tant que professionnel de la physiothérapie, vous êtes appelé à recevoir dans vos différents milieux des clients provenant de tous les horizons. Qu'ils soient sportifs ou non, vous devez être attentif et en mesure de reconnaître les indices dénotant une commotion cérébrale, à partir des mécanismes de blessure, de l'historique médical, des antécédents médicaux, des conditions associées et de l'ensemble des signes et symptômes relevés à l'évaluation. De plus, la littérature récente donne accès à plusieurs documents pouvant guider vos interventions en physiothérapie. Il faut toutefois garder en tête que ceux-ci ne remplacent pas votre jugement professionnel. Ils dressent plutôt les grandes lignes qui vous permettront d'ajuster vos interventions et recommandations en fonction de la condition propre à chaque personne. Enfin, certains aspects des commotions cérébrales ne sont pas encore totalement documentés. Beaucoup de connaissances concernant les meilleures pratiques à adopter en matière de gestion des commotions sont en évolution et de nouvelles études apparaissent constamment sur le sujet. Les recommandations actuelles évolueront peut-être avec le temps... Gardez l'œil ouvert! ●

REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier l'Ordre des psychologues du Québec pour sa contribution à cet article et sa réflexion sur la collaboration interdisciplinaire entre les professionnels issus de nos deux ordres.

RÉFÉRENCES

- 1 McCrory, P., W. Meeuwisse, J. Dvorak et coll. « Énoncé de consensus sur les commotions cérébrales dans le sport – 5^e conférence internationale sur les commotions cérébrales dans le sport », Berlin, octobre 2016. *British Journal of Sports Medicine*, 2017, vol. 51, n°11, p. 838-847. Tiré de : PARACHUTE | Lignes directrices canadiennes sur les commotions cérébrales dans le sport, 56 p. (p. 9).
- 2 Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. *Protocole de gestion des commotions cérébrales pour le milieu de l'éducation et dans le cadre d'activités récréatives et sportives*, 2017, 16 p. (p. 3).
- 3 Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. *Plan d'action pour la prévention et la gestion des commotions cérébrales liées à la pratique d'activités récréatives et sportives*, 2015, 12 p., [en ligne], [http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/loisir-sport/plandaction_commotions.pdf], (consulté en ligne le 20 avril 2018).
- 4 Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. *Rapport du Groupe de travail sur les commotions cérébrales qui surviennent dans le cadre de la pratique d'activités récréatives et sportives*, 2015, Québec, 135 p., [en ligne], [http://www.education.gouv.qc.ca/fileadmin/site_web/documents/loisir-sport/rapportgroupeetravail_commotions.pdf], (consulté en ligne le 20 avril 2018).
- 5 Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. *Conseils à la suite d'un TCCL. Pour la reprise graduelle des activités intellectuelles et de l'entraînement physique ou sportif*, 2014, 2 dépliants : adulte 16 ans et plus; enfants moins de 16 ans.

1 300 membres se prêteront à une activité de surveillance générale cette année



Par

Sandy Sadler,
pht, M.G.P., PMP

Directrice du
développement et de
la qualité de l'exercice

Le 23 mars dernier, le conseil d'administration (CA) a adopté le Programme annuel d'inspection professionnelle 2018-2019, proposé par le comité d'inspection professionnelle. Cette année, le CA a réitéré sa volonté d'inspecter 15 % des membres inscrits au Tableau de l'Ordre, et ce, sans égard à leur type de pratique professionnelle.

Ainsi, ce sont 1 300 membres qui devront se prêter à une activité de surveillance générale entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019, soit, en respect des deux catégories de membres, 900 physiothérapeutes et 400 thérapeutes en réadaptation physique. Plus précisément, les membres visés sont ceux qui ont fait l'objet d'une inspection il y a plus de sept ans et les membres dont le permis d'exercice a été délivré il y a deux ans. Pour en savoir davantage sur le **Programme annuel d'inspection professionnelle 2018-2019**¹,

nous vous invitons à le consulter dans la rubrique « **Membres** » sous « **Inspection** ».

Rappelons que le Programme annuel d'inspection professionnelle 2018-2019 est le moyen par lequel l'Ordre assume son mandat de surveillance, de soutien et de contrôle de la pratique professionnelle des physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique. ●



IMPORTANT

Le devoir de collaboration au processus d'inspection est primordial puisqu'il constitue une obligation déontologique. L'obligation de collaborer signifie que les professionnels de la physiothérapie doivent répondre aux demandes de l'inspection sans réserve ni retard. Le refus d'un membre de collaborer est une infraction sérieuse qui peut mener au dépôt d'une plainte disciplinaire pour entrave. Pour en apprendre davantage sur l'obligation de collaboration, nous vous invitons à consulter l'article publié à ce sujet dans la revue *Physio-Québec*, numéro Printemps-Été 2017 (page 8)².

1 En ligne : <https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/2018/03/PAIP-2018-2019.pdf>

2 En ligne : <https://oppq.qc.ca/physio-quebec>



L'ÉPARGNE POSITIVE

C'EST UN REER+ DE 5 000 \$
POUR 63,27 \$* PAR PAIE



* Exemple basé sur l'année d'imposition 2018, pour une personne avec un revenu annuel imposable de 65 000 \$, ayant un taux d'imposition marginal de 37,1%, recevant 26 paies par année, dont les versements tiennent compte des économies d'impôt immédiates sur la paie. Les montants calculés sont des estimations qui peuvent varier selon votre situation fiscale. Veuillez lire le prospectus avant d'acheter des actions du Fonds de solidarité FTQ. Vous pouvez vous procurer un exemplaire du prospectus sur le site Web.fondstfq.com, auprès d'un responsable local ou aux bureaux du Fonds de solidarité FTQ. Les actions du Fonds de solidarité FTQ ne sont pas garanties, leur valeur fluctue et leur rendement passé n'est pas indicatif de leur rendement dans l'avenir. Les crédits d'impôt accordés aux actionnaires du Fonds de solidarité FTQ sont de 15 % au Québec et de 15 % au fédéral. Ils sont limités à 1500 \$ par année fiscale, ce qui correspond à l'achat d'actions du Fonds de solidarité FTQ d'un montant de 5000 \$.

La téléreadaptation en trois questions

Par
divers cliniciens
et chercheurs
en collaboration
avec la DDQE

Vous n'êtes pas sans savoir que l'avènement et l'essor des technologies de l'information et de la communication (TIC) permettent d'envisager de nouvelles avenues dans la pratique de la physiothérapie. La téléreadaptation, qui se définit comme un mode de prestation de services de réadaptation à distance au moyen des TIC, est l'une de ces avenues et constitue une stratégie innovatrice en réponse aux défis vécus par le système de santé et aux problèmes d'accessibilité aux services.

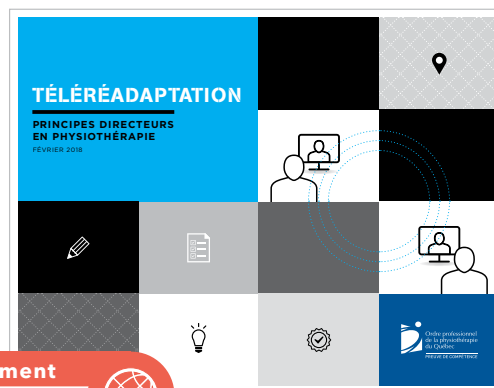
Au cours des dernières années, plusieurs études ont cumulé les avantages de l'utilisation de la téléreadaptation. Elles ont notamment démontré que ce mode de prestation de services :

- permet d'améliorer la condition des clients ;
- procure un taux de satisfaction chez les clients de près de 95 % ;
- est considéré par les patients comme étant de qualité et adapté à leurs besoins ;
- diminue les coûts encourus par les patients et le système de santé.

Offrir des services de santé à l'aide des TIC est d'actualité et il est évident que cela nous incite à inclure la téléreadaptation dans notre offre de services en physiothérapie afin que celle-ci soit plus accessible et adaptée aux besoins de la population, d'autant plus que l'état actuel de la recherche appuie l'utilisation de ce mode de prestation. Cependant, plusieurs questions se posent quand on souhaite, comme professionnel, intégrer ce service dans notre pratique. Quelles sont mes responsabilités et obligations si je traite des clients en téléreadaptation ? Quelles embûches pourrais-je rencontrer ? Quelle plateforme de téléreadaptation devrais-je utiliser ? Dans le cadre de cet article, nous vous présentons des réponses à ces trois questions fréquentes et fort pertinentes.

QUELLES SONT MES RESPONSABILITÉS ET OBLIGATIONS ?

D'entrée de jeu, il est important de savoir qu'un service de physiothérapie, qu'il soit offert à distance ou en présentiel, implique pour vous les mêmes obligations déontologiques et réglementaires. Quelques particularités sont cependant propres au suivi à distance. C'est pourquoi l'OPPQ a jugé pertinent de produire un document pour vous soutenir comme physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique dans une prestation de services de qualité en téléreadaptation. Le document, intitulé *Téléreadaptation – Principes directeurs en physiothérapie*, expose dix principes directeurs, dont plusieurs vous permettront de bien planifier une prestation de services de téléreadaptation. Nous vous invitons fortement à consulter ce document.



Consultez ce document

oppq.qc.ca/wp-content/uploads/2018/03/OPPQ-telereadaptation_VF-1.pdf





LES PRINCIPES DIRECTEURS EN TÉLÉRÉADAPTATION

- 1 Le professionnel de la physiothérapie doit s'assurer de détenir les connaissances et les habiletés nécessaires à l'utilisation de la technologie.
- 2 Le professionnel de la physiothérapie doit obtenir le consentement libre et éclairé de son client.
- 3 Le professionnel de la physiothérapie doit offrir des services de téléadaptation de qualité.
- 4 Le professionnel de la physiothérapie doit déterminer si le client peut bénéficier de services de téléadaptation.
- 5 Le physiothérapeute devrait privilégier une évaluation à portée diagnostique en présentiel avant que débute le suivi en téléadaptation.
- 6 Le T.R.P. doit respecter l'article 4 du *Règlement sur les catégories de permis délivrés par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec* (94m) lorsqu'il prend en charge un client dans le cadre d'un service de téléadaptation.
- 7 Le professionnel de la physiothérapie doit voir le client en présentiel ou référer ce dernier vers un autre professionnel lorsque sa condition le nécessite.
- 8 Le professionnel de la physiothérapie doit s'assurer que sa tenue de dossiers indique que les services ont été rendus en téléadaptation.
- 9 Le professionnel de la physiothérapie est responsable de juger de la pertinence d'avoir recours à une tierce personne pour réaliser une intervention en téléadaptation.
- 10 Le professionnel de la physiothérapie doit respecter la réglementation en vigueur dans une autre province ou un autre pays, s'il y a lieu.

QUELS SONT LES PRINCIPAUX RISQUES ET EMBÛCHES À PRÉVOIR ET COMMENT PUIS-JE LES ÉVITER OU LES CONTOURNER ?

Pour répondre à cette question, nous avons sondé cinq professionnels de la physiothérapie possédant une riche expertise en téléadaptation. Lisez leurs réponses attentivement, elles comportent d'éclairants et judicieux conseils !

DAHLIA KAIRY, pht, Ph. D.

Professeure agrégée au programme de physiothérapie de l'Université de Montréal et chercheuse au CRIR, M^{me} Kairy s'est grandement investie dans l'évaluation d'applications de téléadaptation, notamment avec une clientèle ayant subi un AVC.

IL FAUT PROMOUVOIR LA TÉLÉRÉADAPTATION

L'utilisation de la téléadaptation n'est pas toujours connue par les collègues, donc les possibilités d'application de la téléadaptation sont peu connues. Bien diffuser les expériences de téléadaptation est important au sein d'un établissement ainsi qu'en physiothérapie en général.

IL FAUT CROIRE EN LA TÉLÉRÉADAPTATION

La perception des cliniciens et des gestionnaires par rapport à la pertinence d'utiliser la téléadaptation peut grandement influencer sur son utilisation. Il est donc important d'en tenir compte lorsque la téléadaptation est mise en place dans un milieu clinique.

POUVOIR COMPTER SUR UN SUPPORT CONTINUUEL

Les technologies évoluent rapidement, mais les règlements pour encadrer l'utilisation de la téléadaptation ne suivent pas nécessairement. Ceci est particulièrement pertinent pour les interventions qui ont lieu dans le milieu de vie de la personne, et donc en dehors du réseau de santé. Il est donc important d'avoir un bon support technique et managérial, non seulement lors de l'implantation, mais également par la suite, car l'utilisation de la téléadaptation diminue rapidement quand les expériences sont moins bien réussies.





MÉLANIE BENOIT, T.R.P., B. Sc.

Chargée de projets à l'OPPO, M^{me} Benoit s'implique dans le dossier de la téléadaptation depuis qu'il a vu le jour à l'OPPO.

OPTIMISER LE SON

Parce qu'il est possible que la transmission de l'image et du son ne soit pas toujours optimale, il est important pour le professionnel de s'exprimer clairement, de ne pas mettre sa main sur sa bouche en parlant et d'éviter de manipuler du papier ou d'autres objets à proximité du micro.

L'IMPORTANCE DU REGARD

Afin de favoriser l'alliance thérapeutique et le sentiment de proximité avec le client, le professionnel doit s'assurer de regarder le plus possible la caméra – et non l'écran – lorsqu'il s'adresse à son client.

DES RETARDS ANGOISSANTS

La ponctualité est de mise en tout temps, mais nous savons tous qu'il est possible d'accumuler du retard en clinique. Si un retard est inévitable, il est facile d'en informer les clients assis dans votre salle d'attente. Il faut donc également penser à aviser le client qui attend chez lui sa séance de téléadaptation et qui s'inquiète peut-être à l'idée que le système informatique ne fonctionne pas...

MICHEL TOUSIGNANT, pht, Ph. D.

Professeur titulaire au programme de physiothérapie de l'Université de Sherbrooke, M. Tousignant est chercheur au centre de recherche sur le vieillissement et titulaire de la chaire de recherche en téléadaptation.

IL NE FAUT PAS PENSER QUE C'EST UN SYSTÈME « PRÊT-À-TOURNER »!

Il faut s'assurer d'offrir un soutien efficace à la nouvelle personne qui souhaite faire de la téléadaptation. Généralement, un bon leader local, expérimenté dans le domaine, est le gage d'un bon soutien.

PENSONS AU CLIENT D'ABORD

Évidemment, c'est parfois plus facile et plus efficace de voir des clients en personne, mais il y a des patients qui ne pourront ni venir vous voir ni recevoir des services à domicile. Pourquoi ne pas leur offrir une solution de rechange afin de ne pas les laisser

tomber? Il faut changer la façon de penser du clinicien et penser au client d'abord en lui permettant de bénéficier d'un service de physiothérapie.

« C'EST ESSENTIEL QUE JE LE VOIE EN FACE À FACE... »

Vraiment? Demeurons ouverts à changer notre façon de faire et alternons entre séances en face à face et séances en téléadaptation si des interventions en présentiel sont requises.



NICOLE MARQUIS, pht, Ph. D.

Professeur adjointe à l'école de réadaptation de l'Université de Sherbrooke, M^{me} Marquis s'intéresse à la téléadaptation, particulièrement pour favoriser le maintien des acquis des clients nécessitant des soins pulmonaires.

ATTENTION À LA CONFIDENTIALITÉ!

La confidentialité est un enjeu lorsque vous utilisez une plateforme non sécurisée, mais aussi lorsque vous n'avez pas prévu un endroit privé où ce que vous dites au client peut être entendu sans son consentement par d'autres personnes présentes dans votre clinique.

L'ÉVALUATION EST CRUCIALE À DISTANCE AUSSI

Il est faux de croire que l'on peut s'abstenir d'évaluer son client avant, pendant et après l'intervention parce que le service est prodigué à distance.

UN SUIVI EN TÉLÉADAPTATION N'EST PAS UN SUIVI TÉLÉPHONIQUE!

Éviter d'utiliser cette technologie pour donner de simples conseils qui auraient pu être donnés par téléphone... et ainsi facturer une consultation en physiothérapie qui n'en est pas vraiment une. Une intervention en téléadaptation doit s'apparenter à une vraie intervention en face à face.

PATRICK DOIRON-CADRIN, pht, M. Sc.

Physiothérapeute, courtier en connaissances à l'OPPOQ et professionnel de recherche, M. Doiron-Cadrin a récemment complété une maîtrise portant sur la téléadaptation.



S'ASSURER DE COMPRENDRE LA TECHNOLOGIE

Expert en réadaptation ne veut pas dire expert en informatique. Les applications que vous comptez utiliser cryptent-elles les données de manière sécuritaire? Où ces données sont-elles stockées? À quoi servent les accès que j'autorise sur mon appareil mobile? Il est important de s'attarder à ces questions. En attendant qu'une homologation des technologies de téléadaptation soit un jour instaurée au Canada, un bon réflexe consiste à consulter des sites Internet comme ceux de la *Société internationale de télémédecine et de cybersanté*¹ et de l'*Association canadienne de protection médicale*².

PARER À TOUS LES IMPRÉVUS

Image qui fige, perte de son, connexion impossible... Ces situations sont courantes et peuvent déstabiliser les clients – et le professionnel aux prises avec le problème! En discuter à l'avance et s'assurer de garder un téléphone à portée de main aide à réduire l'anxiété lorsqu'une panne survient. Monitorer la vitesse de la bande passante permet aussi de repérer plus facilement l'origine de la panne.

NE PAS TENTER DE FAIRE TOUT LE SUIVI EN TÉLÉRÉADAPTATION

Certains aspects de l'évaluation en physiothérapie nécessitent un contact physique entre le client et le professionnel. Prévoir ponctuellement des visites en personne au cours du suivi peut être bénéfique.

QUELLE PLATEFORME UTILISER?

Il y a évidemment des avantages et des inconvénients à chacune des plateformes présentement sur le marché. Mais laquelle choisir? Tout dépend de vos besoins et de l'importance que vous accordez à différents critères.

M. Michel Tousignant propose d'évaluer les plateformes de téléadaptation selon 14 critères précis. Il a d'ailleurs fait l'exercice et a comparé, à l'aide de ces critères, quatre plateformes bien connues dans le milieu, soit Skype, Webex, Reacts et Tera+. Son analyse est illustrée dans le tableau qui suit. Vous pouvez analyser d'autres plateformes de téléadaptation qui vous intéressent à l'aide de ces critères. ●

	SKYPE	WEBEX	REACTS	TERA +	
SIMPLICITÉ D'UTILISATION					
CHAMP VISUEL					
COMMANDE À DISTANCE DES PÉRIPHÉRIQUES					
CAPTEURS BIOMÉTRIQUES EN TEMPS RÉEL ET DIFFÉRÉ					
MULTIFLUX (possibilité d'utiliser plusieurs caméras)					
MULTISITES (séances à plusieurs endroits en simultané)					
SUIVI DES SÉANCES					
BANDE PASSANTE					
RETARDS DU SON ET DE L'IMAGE					
LIEN SÉCURISÉ					
ROBUSTESSE					
FACILITÉ D'INSTALLATION					
SOUTIEN À DISTANCE					
COÛT ANNUEL DE LICENCE	0 \$	240 \$	120 \$	VARIABLE	

Légende

EXCELLENT

ADÉQUAT

SANS OBJET

1 En ligne : https://www.isfteh.org/media/category/good_practice_models

2 En ligne : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/membership/protection-for-members/principles-of-assistance/practising-telehealth>

L'ère est aux innovations technologiques. Qu'en est-il en réadaptation ?



Par

Cindy Gauthier,
pht, Ph. D. en sciences
de la réadaptation à
l'Université de Montréal,
Laboratoire de
pathokinésologie,
Centre de recherche
interdisciplinaire en
réadaptation du Montréal
métropolitain (CRIR)

Les technologies font de plus en plus leur apparition en réadaptation. Il n'y a pas si longtemps, elles représentaient le futur. Maintenant, elles nous sont accessibles et les études scientifiques démontrant leurs bienfaits se multiplient. Quelles sont ces technologies et qu'en sont les avantages dans notre pratique clinique ?

Cet article décrit certaines technologies utilisées en réadaptation neurologique et discute de leur utilité ainsi que des données probantes appuyant leur utilisation.

STIMULATION ÉLECTRIQUE NEUROMUSCULAIRE

La stimulation électrique est généralement utilisée afin d'assister les contractions musculaires volontaires ou pour produire des contractions musculaires dans les muscles paralysés. La stimulation électrique est une modalité qui peut être employée pour atteindre plusieurs objectifs thérapeutiques. Cependant, elle est encore peu utilisée en réadaptation neurologique, bien qu'elle entraîne beaucoup de bienfaits.

Voici quelques utilisations bénéfiques de la stimulation électrique en réadaptation.

Amélioration fonctionnelle

Lorsqu'il y a un potentiel d'amélioration, la stimulation électrique fonctionnelle (SEF) peut être utilisée afin d'améliorer la fonction des membres supérieurs ou inférieurs chez les individus ayant une atteinte neurologique telle qu'une lésion médullaire^[1] ou un AVC^[2-4]. Certains appareils peuvent être utilisés à titre d'aide technique, comme c'est le cas des stimulateurs pour le pied tombant (ex. : ODFS®, WalkAid system, My Gait System, Ness L300) ou pour la main. Un interrupteur permet de déclencher la stimulation électrique pour induire une contraction au moment opportun lors du mouvement fonctionnel. Cependant, l'utilisation d'un simple TENS permettrait d'améliorer la capacité à la marche et réduirait la spasticité découlant d'un AVC^[5].

Activité physique et prévention de problèmes de santé

La stimulation électrique peut également être utilisée afin de prévenir des problèmes de santé secondaires à la paralysie, car elle a des effets bénéfiques sur les caractéristiques des muscles, la force, la capacité physique, la densité osseuse^[6] et la capacité cardiorespiratoire chez les individus ayant une lésion de la moelle épinière^[7] ou la sclérose en plaques^[8]. Sur le marché, nous trouvons des vélos, des exercices elliptiques ou des robots de marche équipés de stimulateurs électriques afin de stimuler plusieurs muscles de façon synchronisée suivant le patron de mouvements fonctionnels (ex. : restorative therapies, GEO evolution system, RehaMove FES cycling system). Ces appareils permettent aux personnes à mobilité réduite, dont la force musculaire est diminuée ou ayant une paralysie complète de leurs membres, de s'entraîner à des intensités plus élevées.

Diminution de la spasticité

La stimulation électrique est efficace pour la réduction de la spasticité, un problème fréquent dans les cas d'atteintes neurologiques, et elle permet d'augmenter l'amplitude articulaire^[3,9]. Le TENS peut également être utilisé afin de réduire la spasticité^[10].

ROBOTS D'ENTRAÎNEMENT À LA MARCHÉ

La rééducation à la marche est un objectif important en réadaptation, mais elle comporte un enjeu de sécurité. Pour certaines personnes à haut risque de chute ou ayant peu d'endurance, l'entraînement à la marche au sol sera impossible ou très limité. L'avantage principal des robots d'entraînement à la marche est qu'ils offrent un support de poids total ou partiel et permettent aux usagers, même ceux non ambulatoires, de marcher sur une longue période à haute intensité de façon sécuritaire. Lors d'une



PHOTO : Cath Langlois Photographie
Photo avec la collaboration du CRIR.

séance de 30 minutes, une personne peut faire plus de 1 200 pas, soit parcourir plusieurs centaines de mètres ! De plus, ces appareils permettent de réduire à une seule personne le nombre d'intervenants nécessaires pour la thérapie. Les robots permettent de corriger le patron de marche alors que le thérapeute, ayant les mains libres, peut également faciliter le travail de certains muscles et corriger manuellement la posture.

Les robots d'entraînement à la marche sont soit de type « terminal effecteur » (*end effector*, ex. : G-EO system™) ou de type exosquelette (ex. : Lokomat®). Combinés à des traitements classiques, ils ajoutent d'autres effets positifs à la capacité de marche^[11]. En effet, ils permettent d'augmenter l'endurance^[12,13], l'équilibre^[14] et différents paramètres de marche^[14,15].

Dans certains cas, l'objectif n'est pas de rééduquer une personne à la marche, mais simplement de la mettre en position debout pour les bienfaits qui en découlent (mise en charge, diminution de la spasticité, diminution de la pression sur les fessiers, amélioration du transit intestinal^[16], effets psychologiques positifs^[17]). Il est possible dans ces cas de travailler les membres supérieurs, le tronc et l'équilibre, et ce, en dehors du fauteuil roulant.

LES EXOSQUELETES

Une des technologies les plus novatrices en réadaptation est l'exosquelette, qui permet la marche assistée directement au sol chez des individus ayant une paralysie complète des membres inférieurs. L'objectif d'un entraînement à la marche avec un exosquelette n'est pas nécessairement l'utilisation d'un tel appareil au quotidien. Il présente des avantages similaires aux robots d'entraînement à la marche, car il permet à des personnes qui n'en ont pas la capacité de se mettre en position debout et de mobiliser les membres inférieurs. Cependant, sa grande différence est que la marche se fait directement au sol et que la

personne doit contrôler son équilibre à l'aide d'une aide technique (marchette ou béquilles). Ce type d'entraînement est donc exigeant et permettrait même d'atteindre une intensité d'entraînement allant de modérée à élevée et donc de faire un entraînement cardiorespiratoire^[18]. Finalement, il est apprécié des usagers qui rapportent plusieurs aspects positifs, tels que l'amélioration de leur condition générale et de leur endurance, la diminution de la spasticité^[19], une meilleure qualité de sommeil et du bien-être psychologique^[20].

LA RÉALITÉ VIRTUELLE

La réalité virtuelle et la réalité augmentée font l'objet de plus en plus d'études scientifiques avec des résultats prometteurs^[21]. Elles sont particulièrement intéressantes, car elles permettent de s'entraîner à des mouvements très spécifiques à la tâche et de créer des environnements simulés. Elles permettent de travailler de façon sécuritaire dans un environnement contrôlé certaines situations parfois à risque comme traverser une intersection ou franchir des obstacles. Certains appareils peuvent également donner une rétroaction de la performance et permettre d'évaluer la progression des habiletés.

QUE FAIRE QUAND NOUS N'AVONS PAS ACCÈS À CES TECHNOLOGIES ?

Les nouvelles technologies sont parfois dispendieuses et peu accessibles. Cependant, l'innovation passe également par la créativité et les nouvelles idées. En fait, certains de nos outils de tous les jours peuvent être utilisés pour atteindre les objectifs présentés ci-dessus. Il faut parfois être un peu imaginatif !

Il est possible, par exemple, d'utiliser un simple harnais et un lève-personne pour mettre en position debout une personne qui n'en a pas la capacité. Cela permet de faire de la mise en charge, de travailler les membres supérieurs, les membres inférieurs et le tronc et même la marche en position debout. C'est sécuritaire et rapide ! De plus, comme mentionné plus haut, nos appareils de stimulation électrique classiques permettent d'atteindre certains de nos objectifs tels que la diminution de la spasticité. Finalement, certains jeux vidéo facilement disponibles sur le marché, comme la Kinect et la Wii, peuvent être utilisés pour offrir des thérapies ludiques et stimulantes.

Pour conclure, l'utilisation de la technologie permet de varier les exercices et peut favoriser la motivation de certains usagers. Elle permet de réduire le nombre d'intervenants nécessaires pour une thérapie, d'augmenter l'intensité, le nombre de répétitions et le temps d'exécution d'un exercice. Cependant, l'utilisation exclusive de technologies n'est pas souhaitable non plus. Les technologies ne sont pas appréciées par tous et certains y sont réfractaires. Il faut donc la voir comme une ressource de plus dans notre boîte à outils afin de varier nos approches et de nous adapter aux besoins et aux goûts de nos patients. Certaines précautions et contre-indications sont également à respecter lors de leur utilisation. ●

RÉFÉRENCES

- 1 Patil, S., et coll. "Functional electrical stimulation for the upper limb in tetraplegic spinal cord injury: a systematic review," *J Med Eng Technol*, 2014, vol. 39, n°7, p. 419-423.
- 2 Marquez-Chin, C., et coll. "Functional electrical stimulation therapy for severe hemiplegia: Randomized control trial revisited," *Can J Occup Ther*, 2017, vol. 84, n°2, p. 87-97.
- 3 Hong, Z., et coll. "Effectiveness of Neuromuscular Electrical Stimulation on Lower Limbs of Patients With Hemiplegia After Chronic Stroke: A Systematic Review," *Arch Phys Med Rehabil*, 2018.
- 4 Sharif, F., et coll. "Effectiveness of Functional Electrical Stimulation (FES) versus Conventional Electrical Stimulation in Gait Rehabilitation of Patients with Stroke," *J Coll Physicians Surg Pak*, 2017, vol. 27, n°11, p. 703-706.
- 5 Kwong, P.W., et coll. "Transcutaneous electrical nerve stimulation improves walking capacity and reduces spasticity in stroke survivors: a systematic review and meta-analysis," *Clin Rehabil*, 2017, p. 269215517745349.
- 6 Craven, B.C., et coll. "Evaluating the efficacy of functional electrical stimulation therapy assisted walking after chronic motor incomplete spinal cord injury: effects on bone biomarkers and bone strength," *J Spinal Cord Med*, 2017, vol. 40, n°6, p. 748-758.
- 7 Deley, G., J. Denuziller et N. Babault. "Functional electrical stimulation: cardiorespiratory adaptations and applications for training in paraplegia," *Sports Med*, 2015, vol. 45, n°1, p. 71-82.
- 8 Fornusek, C., et P. Hoang. "Neuromuscular electrical stimulation cycling exercise for persons with advanced multiple sclerosis," *J Rehabil Med*, 2014, vol. 46, n°7, p. 698-702.
- 9 Stein, C., et coll. "Effects of Electrical Stimulation in Spastic Muscles After Stroke: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials," *Stroke*, 2015, vol. 46, n°8, p. 2197-2205.
- 10 Mills, P.B., et F. Dossa. "Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Management of Limb Spasticity: A Systematic Review," *Am J Phys Med Rehabil*, 2016, vol. 95, n°4, p. 309-318.
- 11 Schwartz, I., et Z. Meiner. "Robotic-assisted gait training in neurological patients: who may benefit?" *Ann Biomed Eng*, 2015, vol. 43, n°5, p. 1260-1269.
- 12 Cheung, E.Y.Y., et coll. "Robot-Assisted Training for People With Spinal Cord Injury: A Meta-Analysis," *Arch Phys Med Rehabil*, 2017, vol. 98, n°11, p. 2320-2331, e12.
- 13 Xie, X., et coll. "Do Patients with Multiple Sclerosis Derive More Benefit from Robot-Assisted Gait Training Compared with Conventional Walking Therapy on Motor Function? A Meta-analysis," *Front Neurol*, 2017, vol. 8, p. 260.
- 14 Cho, D.Y., et coll. "Effects of robot-assisted gait training on the balance and gait of chronic stroke patients: focus on dependent ambulators," *J Phys Ther Sci*, 2015, vol. 27, n°10, p. 3053-3057.
- 15 Ochi, M., et coll. "Gait training in subacute non-ambulatory stroke patients using a full weight-bearing gait-assistance robot: A prospective, randomized, open, blinded-endpoint trial," *J Neuro Sci*, 2015, vol. 353, n°1-2, p. 130-136.
- 16 Huang, Q., et coll. "Effects of robot training on bowel function in patients with spinal cord injury," *J Phys Ther Sci*, 2015, vol. 27, n°5, p. 1377-1378.
- 17 Calabro, R.S., et coll. "Robotic neurorehabilitation in patients with chronic stroke: psychological well-being beyond motor improvement," *Int J Rehabil Res*, 2015, vol. 38, n°3, p. 219-225.
- 18 Escalona, M.J., et coll. "Cardiorespiratory demand and rate of perceived exertion during overground walking with a robotic exoskeleton in long-term manual wheelchair users with chronic spinal cord injury: A cross-sectional study," *Ann Phys Rehabil Med*, 2018.
- 19 Stampacchia, G., et coll. "Walking with a powered robotic exoskeleton: Subjective experience, spasticity and pain in spinal cord injured persons," *NeuroRehabilitation*, 2016, vol. 39, n°2, p. 277-283.
- 20 Gagnon, D.H., et coll. "Satisfaction and perceptions of long-term manual wheelchair users with a spinal cord injury upon completion of a locomotor training program with an overground robotic exoskeleton," *Disabil Rehabil Assist Technol*, 2017, p. 1-8.
- 21 Askin, A., et coll. "Effects of Kinect-based virtual reality game training on upper extremity motor recovery in chronic stroke," *Somatosens Mot Res*, 2018, p. 1-8.

Atlas medic^{MD}

PARTENAIRE DE VOTRE RÉUSSITE !



FORMATIONS

Notre programme Médicvox présente plusieurs formations très utiles aux physiothérapeutes. Obtenez vos HFC!

Contrôle musculaire, région abdominale, Dynamic Tape, troubles de l'ATM, parkinson, traumatisme craniocérébral, fascias, neurologie, etc.



SERVICES-CONSEILS

On vous accompagne dans le développement de votre projet d'entreprise. Plan d'affaires, agrandissement, réaménagement, financement crédit-bail, etc.



FOURNITURES ET ÉQUIPEMENTS SPÉCIALISÉS

Nous proposons une vaste gamme de produits et nous sommes distributeur exclusif canadien pour plusieurs lignes d'équipements spécialisés. Dynamomètres, ultrasons, cryothérapie, électrothérapie, etc.



**LA TABLE DE TRAITEMENT
QU'IL VOUS FAUT!**

SIGNATURE3S

CONCEPTION UNIQUE ET ABORDABLE !

Conçue par nous, pour vous et pour un investissement durable !



ENTIÈREMENT
ERGONOMIQUE



CONFORT
EXCEPTIONNEL



STABILITÉ
OPTIMALE



DURABILITÉ
SUPÉRIEURE



MEILLEUR RAPPORT
QUALITÉ/PRIX

Atlas medic^{MD}

1 866 404-4497

f @ in



MAGASINEZ EN LIGNE!
atlasmedic.com/boutique

Faisabilité et plausibilité de l'effet d'un programme de télépréadaptation supervisé chez des participants en attente d'une arthroplastie totale de la hanche ou du genou



Certains projets d'implantation de téléadaptation ont fait face dans le passé à des contraintes technologiques, notamment à la complexité des appareils de visioconférence disponibles. Les téléphones mobiles et les tablettes électroniques munies d'une caméra, d'un microphone et d'une application mobile de visioconférence offrent aujourd'hui une solution simple et peu coûteuse pour assurer ce type d'intervention en réadaptation.

Pour les patients qui souffrent d'arthrose sévère, l'accessibilité à l'arthroplastie de la hanche et du genou est restreinte par de longues listes d'attente. Ces longs délais avant l'intervention chirurgicale entraînent des effets délétères pour ces patients, notamment une augmentation de la douleur, ainsi qu'une diminution des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie⁽¹⁾. L'entraînement avant la chirurgie, aussi appelée préadaptation, compte parmi les solutions pour contrer ces effets délétères.

L'accessibilité aux interventions de préadaptation chez la clientèle souffrant d'arthrose sévère est toutefois limitée par certains facteurs, notamment l'éloignement des points de service, la non-disponibilité de moyens de transport et la précarité financière⁽²⁾. L'utilisation de technologies de visioconférence possède un excellent potentiel pour surmonter ces embûches, mais les obstacles à l'intégration de ces technologies en clinique doivent être établis.

Plusieurs essais cliniques ont démontré que des interventions de téléadaptation étaient aussi efficaces que les soins en personne pour augmenter la fonction après une arthroplastie de la hanche ou du genou^(3,4). Aucune étude n'a toutefois évalué l'effet d'un programme de téléadaptation avant l'opération.

L'objectif principal du projet de recherche était d'évaluer la faisabilité et la plausibilité de l'effet d'un programme de télépréadaptation, réalisé à l'aide d'une application mobile de visioconférence et d'une tablette électronique, auprès de participants en attente d'une arthroplastie totale de la hanche ou du genou, comparativement à un programme en personne ou à un groupe contrôle. Le projet visait entre autres à recueillir des données sur le recrutement, la sécurité, l'observance du programme d'exercices, les défis techniques liés à la technologie et la satisfaction des participants

quant aux services de réadaptation. L'hypothèse principale à l'origine du projet de recherche était qu'un tel programme est faisable et génère une bonne satisfaction chez cette population.

MÉTHODOLOGIE DU PROJET

Trente-quatre patients en attente d'une arthroplastie de la hanche ou du genou ont été recrutés à partir de listes d'attente des hôpitaux Maisonneuve-Rosemont et Santa Cabrini à Montréal. Randomisés par bloc de six en trois groupes, les participants ont reçu des programmes différents.

Groupe 1 – un programme d'exercices de 12 semaines supervisé en personne au centre de recherche (n=12).

Groupe 2 – un programme d'exercices de 12 semaines à faire à domicile et supervisé par un physiothérapeute au moyen d'une application de visioconférence (n=11).

Groupe 3 – aucune intervention (groupe contrôle) (n=11).

Le programme d'exercices supervisé, exécuté par les participants des deux groupes expérimentaux à une fréquence de 2 fois par semaine, contenait des exercices de mobilité, de renforcement et de proprioception du membre inférieur, en plus d'un entraînement cardiovasculaire de 10 minutes au moyen d'un pédalier. Le programme d'exercices était standardisé, mais individualisé selon la progression du participant. Les participants des groupes expérimentaux ont reçu de l'enseignement quant à la gestion de la douleur, ainsi qu'un ajustement de leur aide technique lorsque nécessaire, et ils avaient la consigne d'exécuter le programme d'exercices de manière autonome, à domicile, tous les autres jours de la semaine⁽⁵⁾.

Par

Patrick Doiron-Cadrin, pht, M. Sc.^{a,c}

Sous la supervision de

François Desmeules,
pht, Ph. D.^{a,c}, et

Dahlia Kairy,
pht, Ph. D.^{a,b}

En collaboration avec

Pascal-André Vendittoli,
M.D., M. Sc., FRCS^{c,d},

Véronique Lowry,
pht, M. Sc.^e et

Stéphane Poitras,
pht, Ph. D.^e

Les participants du groupe de téléadaptation ont reçu une première intervention en personne au cours de laquelle ils ont pu se familiariser avec le fonctionnement des équipements et des applications de visioconférence. Les interventions en téléadaptation ont été effectuées à l'aide des applications Reacts Lite®, Facetime® et Skype®. Tous les participants avaient pour directive de poursuivre leurs activités physiques habituelles et de les consigner dans un journal de bord.

Nous avons évalué la faisabilité de l'étude sur les plans du taux de recrutement, de la sécurité et de l'observance au programme d'exercices. Nous avons aussi colligé des informations relatives à la télépréadaptation, comme le nombre de séances, l'état de la connexion et les applications utilisées. La satisfaction des participants à l'égard des services à distance était évaluée par un questionnaire standardisé.

Des données quant à l'efficacité du programme d'exercices ont été collectées en personne au centre de recherche, avant et après le programme d'exercices, à l'aide de ces questionnaires validés de douleur, de fonction et de qualité de vie autorapportés suivants : le *Lower Extremity Functional Scale* (LEFS), le *Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index* (WOMAC), le *Short Form (36) Health Survey* (SF-36) et une mesure de changement global (MCG). Les tests de performance physique validés *Self-Pace Walk* (SPW), *Timed Up and Go* (TUG) et le *Stair Test* (ST) ont aussi été utilisés.

Des analyses de variances (ANOVA) à deux facteurs ont été effectuées pour toutes les mesures de résultats afin de comparer les changements entre les groupes après l'exécution du programme de réadaptation. Des analyses secondaires ont aussi été effectuées en combinant les données des groupes expérimentaux pour les comparer à celles du groupe contrôle.

RÉSULTATS

Au cours du recrutement, 14 patients (13 %) ont refusé de participer parce qu'ils jugeaient l'intensité du programme de préadaptation trop élevée en durée ou en fréquence, 1 patient (<1 %) a décliné parce qu'il n'était pas à l'aise avec la technologie et 37 patients (34 %) ont décliné pour une raison non spécifiée. 54 % des patients contactés ont donc accepté de participer au présent projet pilote.

Certaines modifications au protocole initial ont dû être apportées et consignées : l'utilisation d'une seule application de visioconférence, Reacts Lite®, était initialement prévue, mais des problèmes de connexion et des gels sporadiques de l'image et du son durant les séances de téléadaptation ont forcé l'équipe à utiliser deux autres applications, soit Skype® et Facetime®, pour la phase de collecte de données. Un total de 191 séances de téléadaptation ont été réalisées. Les 11 participants du groupe de téléadaptation ont répondu au questionnaire de satisfaction. Tous les participants (100 %) ont rapporté croire que la téléadaptation était sécuritaire et avoir atteint leurs objectifs de réadaptation. Dix participants (91 %) ont rapporté croire que les services de téléadaptation étaient aussi bons que les services de réadaptation qu'ils

auraient reçus en personne. Seulement quatre participants (36 %) ont trouvé que le son et l'image étaient généralement stables en utilisant l'application Reacts Lite® et que son utilisation était facile.

L'observance moyenne au programme d'exercices était semblable entre les groupes, et se situait entre 73 % et 87 % pour les séances supervisées et autonomes parmi les participants des groupes expérimentaux. Quatre participants du groupe de téléadaptation ont demandé à être réévalués en personne par le physiothérapeute traitant au moins une fois en cours de suivi, en raison d'exacerbation de douleurs connues ou de l'apparition de nouvelles douleurs. Ces données mettent en lumière les limites perçues par les patients de l'évaluation en mode téléadaptation, notamment pour les tests qui requièrent un contact physique, telles la palpation des tissus mous ou la correction de compensations lors du bilan articulaire⁽⁶⁾.

En ce qui concerne les résultats rapportés dans les questionnaires de douleur, de fonction et de qualité de vie et les mesures de performance physique, les ANOVA pour mesures répétées à modèle mixte n'ont montré aucune différence statistiquement significative entre les trois groupes ($p > 0,05$). En ce qui concerne le changement des mesures prises au début et à la fin du projet pilote, une amélioration statistiquement significative n'a été observée qu'au ST pour le groupe de télépréadaptation ($-2,1 \pm 2,7$; 95 % CI [-3,8 à 0,4]; $p = 0,018$), ainsi qu'au SPW pour les groupes en télé-préadaptation ($-5,0 \pm 5,3$; 95 % CI [-8,4 à -1,6]; $p = 0,008$) et en personne ($-4,2 \pm 5,4$; 95 % IC [-7,8 à -0,6]; $p = 0,026$).

DISCUSSION

Les données de faisabilité obtenues au cours de ce projet pilote suggèrent que le protocole de télépréadaptation à l'étude est réalisable au moyen d'une tablette électronique et d'applications mobiles de visioconférence. Tous les participants étaient satisfaits des services de téléadaptation et l'observance au protocole d'exercices était élevée. Les changements notés dans les questionnaires de douleur, de fonction et de qualité de vie par les patients ne montrent aucune différence statistiquement significative entre les groupes. La puissance statistique observée était toutefois inférieure à 0,80. Certaines différences statistiquement significatives dénotant des changements entre les mesures prises au début et à la fin du projet pilote ont été observées au SPW et au ST pour les groupes expérimentaux uniquement.

Ce projet pilote suggère que la préadaptation pourrait améliorer les performances physiques comme la vitesse de marche, ainsi que la montée et la descente des escaliers chez cette clientèle, mais que cette amélioration ne se traduirait pas par une diminution de la douleur ou une augmentation de la fonction perçue par les patients. De telles disparités entre des mesures fonctionnelles objectives et des questionnaires autorapportés ont déjà été observées dans des études publiées précédemment et confirment l'hypothèse que les questionnaires autorapportés intègrent des expériences individuelles, plus subjectives, contrairement aux tests de performance physique⁽⁷⁾.

CONSEILS PRATIQUES POUR FACILITER LES INTERVENTIONS DE TÉLÉRÉADAPTATION EN CLINIQUE, AU MOYEN DE TECHNOLOGIES MOBILES GRAND PUBLIC

- ✓ Utiliser plusieurs applications, si possible : les applications de visioconférence ne gèrent pas toutes les variations de bande passante de la même manière. Il se peut qu'une application fonctionne mieux qu'une autre dans certaines circonstances.
- ✓ Prévoir un mécanisme de contact en cas de panne de réseau : garder un téléphone à portée de main permet de réagir rapidement et d'éviter au client un stress inutile.
- ✓ Prévoir une première séance en personne pour familiariser le client avec la technologie.
- ✓ Monitorer la vitesse de la bande passante : cela peut être utile pour identifier les problèmes de connexions liés au réseau internet en cours de séance.

Les résultats de ce projet pilote doivent toutefois être interprétés avec prudence étant donné la petite taille de l'échantillon, sa faible puissance statistique, ainsi que sa plus grande susceptibilité aux fluctuations purement statistiques.

Ce projet de recherche a évalué plusieurs aspects techniques en lien avec l'utilisation de technologies mobiles pour promulguer des soins de physiothérapie. Des données ont été collectées sur l'expérience-utilisateur et sur la satisfaction des patients concernant l'utilisation de ces technologies. Différents problèmes techniques lors des séances de téléadaptation ont été documentés et des solutions ont été proposées pour y remédier (voir encadré). Soulignons toutefois que l'utilisation d'applications mobiles de visioconférence soulève des questions quant à la confidentialité des échanges entre les patients et leurs professionnels de la réadaptation. Cet aspect demeure complexe en raison de l'évolution constante et rapide des technologies, ainsi que de la législation concernant l'utilisation de ces technologies par les professionnels de la santé.

Les législations québécoises et canadiennes actuellement en vigueur doivent être clarifiées en ce qui concerne la responsabilité des professionnels de la santé et le niveau de sécurité des échanges d'information au cours des interventions de télésanté⁽⁸⁾. Les professionnels qui offrent des services de téléadaptation devraient donc se tenir à jour sur les changements législatifs, ainsi que sur les avis émis par leurs ordres et associations professionnelles. Ils devraient par ailleurs informer leurs clients des enjeux éthiques associés à l'utilisation des technologies de l'information pour recevoir des traitements de téléadaptation afin d'obtenir un consentement éclairé.

Les projets cliniques qui évaluent la faisabilité de technologies en réadaptation, comme celui-ci, sont essentiels afin de favoriser l'adoption des nouvelles technologies dans les milieux cliniques et les établissements de santé. Les résultats des travaux réalisés dans le cadre de ce projet pilote serviront de fondement à l'élaboration d'un essai clinique de téléadaptation de plus grande envergure auprès de la même clientèle. ●

RÉFÉRENCES

- 1 Mair, F.S., C. May, C. O'Donnell, T. Finch, F. Sullivan et E. Murray. "Factors that promote or inhibit the implementation of e-health systems: an explanatory systematic review," *Bulletin of the World Health Organization*, 2012, vol. 90, n° 5, p. 357-364.
- 2 Dinesen, B., B. Nonnecke, D. Lindeman, E. Toft, K. Kidholm, K. Jethwani K et coll. "Personalized Telehealth in the Future: A Global Research Agenda," *J Med Internet Res*, 2016, vol. 18, n° 3, p. e53.
- 3 Sharareh, B., et R. Schwarzkopf. "Effectiveness of telemedical applications in postoperative follow-up after total joint arthroplasty," *The Journal of arthroplasty*, 2014, vol. 29, n° 5, p. 918-922; e1.
- 4 Desmeules, F., C.E. Dionne, E. Belzile, R. Bourbonnais et P. Fremont. "The burden of wait for knee replacement surgery: effects on pain, function and health-related quality of life at the time of surgery," *Rheumatology*, 2010, vol. 49, n° 5, p. 945-954.
- 5 Westby, M.D., et C.L. Backman. "Patient and health professional views on rehabilitation practices and outcomes following total hip and knee arthroplasty for osteoarthritis: a focus group study," *BMC health services research*, 2010, vol. 10, n° 1, p. 119.
- 6 Kramer, J.F., M. Speechley, R. Bourne, C. Rorabeck et M. Vaz. "Comparison of clinic and home-based rehabilitation programs after total knee arthroplasty," *Clinical orthopaedics and related research*, 2003, vol. 410, p. 225-234.
- 7 Doiron-Cadrin, P., D. Kairy, P.-A. Vendittoli, V. Lowry, S. Poitras et F. Desmeules. "Effects of a tele-prehabilitation program or an in-person prehabilitation program in surgical candidates awaiting total hip or knee arthroplasty: Protocol of a pilot single blind randomized controlled trial," *Contemporary Clinical Trials Communications*, 2016, vol. 4, p. 192-198.
- 8 Lade, H., S. McKenzie, L. Steele et T.G. Russell. "Validity and reliability of the assessment and diagnosis of musculoskeletal elbow disorders using telerehabilitation," *Journal of telemedicine and telecare*, 2012, vol. 18, n° 7, p. 413-418.

- a École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal
- b Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain
- c Unité de recherche clinique en orthopédie, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Centre de recherche de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, Université de Montréal
- d Département de chirurgie, Université de Montréal
- e École des sciences de la réadaptation, Université d'Ottawa, Roger-Guindon Hall

Mobilisation active des personnes aux soins intensifs : critères de sécurité de la mobilisation en position debout



Par

Grégoire Marois,
pht^{a,b,c,d}

Rachel Brosseau,
pht, M. Sc.^{a,e}

**Marie-Antoinette
Mhaweji,** pht^a

**Joseph-Omer
Dyer,** pht, Ph. D.^{a,f}

Yoanna Skrobik,
M.D., FRCP(c), M. Sc.^{c,d,g}

Les patients dont le pronostic vital est engagé sont admis aux unités de soins intensifs (SI)⁽¹⁾. Ce séjour laisse des séquelles chez les survivants : faiblesse musculaire, perte d'amplitude articulaire, atteintes neurologiques, douleurs chroniques, anxiété et diminution des facultés cognitives. La mobilisation précoce par des physiothérapeutes peut réduire ces séquelles. Les interventions possibles vont de la mobilisation passive jusqu'à la marche ; elles incluent le transfert du lit au fauteuil, la marche, la marche sur place et le transfert d'assis à debout. Ces programmes de mobilisation sont sécuritaires et bénéfiques lorsqu'ils sont encadrés par des critères à respecter⁽²⁾. Le temps entre l'admission aux SI et la première mobilisation debout prédit une meilleure capacité à marcher de manière autonome à la sortie de l'hôpital⁽³⁾. Cependant, malgré ces bienfaits thérapeutiques, un sondage récent⁽⁴⁾ indique qu'une mobilisation vers la chaise n'était réalisée que dans 45 % des unités de SI sondées. Des enjeux liés à la sécurité sont cités parmi les raisons principales de non-mobilisation^(5,6). De récentes publications concluent qu'une description détaillée des interventions de mobilisation et des critères de sécurité qui s'y rattachent s'impose pour favoriser la mobilisation précoce aux SI^(2,5,6). Notre équipe de recherche a regroupé diverses activités (transfert du lit au fauteuil, marche, marche sur place, transfert d'assis à debout) sous l'appellation « mobilisation debout ». Une synthèse des critères de sécurité à respecter pour établir qu'un patient aux SI peut être mobilisé en position debout faciliterait la pratique de la mobilisation précoce aux SI.

OBJECTIFS

Ce projet vise à combler le manque de connaissances sur les critères de sécurité de la mobilisation debout aux SI. Ses objectifs spécifiques étaient 1) de recenser les critères de sécurité utilisés dans les études mobilisant des patients aux SI en position debout ; et 2) de consulter un panel multidisciplinaire québécois de professionnels expérimentés en SI pour sélectionner les critères de sécurité les plus pertinents et faisables en contexte clinique.

MÉTHODOLOGIE

Les bases de données Medline, PubMed, EMBASE, CINAHL et Cochrane Library ont servi à extraire tous les critères de sécurité utilisés dans des études expérimentales ou observationnelles, révisées par des pairs, en anglais ou en français, où des patients aux SI étaient mobilisés en position debout. Les mots-clés utilisés

étaient : *weight bearing, standing, walking, early ambulation, mobilization, critical illness, intensive care unit, critical care, critical care unit et stroke unit*. Toutes les étapes de la recension ont été faites par le premier auteur avec l'aide d'une documentaliste médicale certifiée pour en maximiser le rendement^(7,8), puis dupliquées par un des membres de l'équipe de recherche. Ces critères comprenaient ceux utilisés pour amorcer ainsi que pour cesser la mobilisation. Trois membres de l'équipe de recherche ont trié ces critères en déterminant, au moyen d'échelles de cotation, leur pertinence et leur faisabilité. Des rencontres subséquentes ont établi la liste de critères à présenter au panel.

Dans le cadre de la consultation du panel professionnel québécois, 13 professionnels (6 physiothérapeutes, 3 infirmières, 2 inhalothérapeutes et 2 médecins intensivistes) ont participé à une consultation Delphi en trois tours au moyen de questionnaires en ligne validés par notre groupe⁽⁹⁾. Aucun ergothérapeute œuvrant aux SI n'a pu être recruté. Les participants comptaient en moyenne 12,7 ans ($\pm 9,1$) d'expérience aux SI et provenaient de 5 centres hospitaliers de la grande région de Montréal et de Québec. En tout, les 24 critères permettant d'amorcer la mobilisation et les 10 critères entraînant l'arrêt jugés les plus faisables et pertinents par l'équipe de recherche ont été présentés au panel au premier tour de consultation Delphi. Pour chaque critère, chaque membre du panel devait établir sa pertinence et sa faisabilité, sur une échelle de Likert de 3 et 5 points respectivement, puis l'utilité de l'ajouter aux autres critères pertinents et faisables. Le consensus sur la pertinence a été évalué avec le ratio de validité de contenu (RVC) de Lawshe⁽¹⁰⁾, qui permet d'ajuster, selon le nombre de participants, le nombre de panélistes requis pour arriver à un consensus. Le consensus sur la faisabilité était basé sur deux conditions :

- 1 Qu'au moins 80 % des panélistes considèrent le critère comme étant très faisable ou faisable.
- 2 Que l'écart semi-interquartile de la dispersion des cotes soit de 0,5 ou moins.

Au deuxième tour de la recension, le panel réévaluait les critères non consensuels reformulés en plus de nouveaux critères proposés lors de la première ronde. Le troisième tour se déroulait comme le premier, mais sans la possibilité de proposer des critères.

RÉSULTATS

Les articles recensés (8 essais cliniques randomisés, 14 études de cohorte, 38 séries de cas et 2 observations cliniques publiés entre 1998 et 2017) présentaient 381 critères distincts, dont 273 d'amorce et 108 d'arrêt de mobilisation debout. Nous avons également groupé ces critères par catégorie : cardiovasculaire (33 %), respiratoire (25 %), neurologique (13 %), musculosquelettique (6 %) et autres (22 %). Toutes les formes de mobilisation debout ainsi que tous les types d'unités de SI étaient représentés dans les articles retenus. La figure 1 présente le diagramme de sélection des 62 articles analysés qualitativement dans la recension.

La consultation Delphi a permis d'arriver à un consensus du panel sur la pertinence de 34 critères (23 critères d'amorce et 11 d'arrêt). Seuls les critères d'amorce « Absence de fuite du liquide céphalorachidien » et « Absence d'augmentation de la pression intracrânienne » ne faisaient pas consensus quant à leur faisabilité (voir le tableau 1). Des 11 critères d'arrêt retenus, seule la faisabilité de « cyanose » ne faisait pas consensus (tableau 2). Toutefois, la faisabilité de ce critère avait suscité le consensus dans sa formulation originale. Parmi les 34 critères consensuels, 29 critères (85 %) provenaient de la liste de critères initiaux proposés par l'équipe de recherche, et cinq autres (15 %) ont été proposés par le panel.

Tableau 1

CRITÈRES D'AMORCE RETENUS À LA SUITE DE LA CONSULTATION DELPHI

CATÉGORIE	CRITÈRE	CONSENSUS	
		PERTINENCE	FAISABILITÉ
CARDIOVASCULAIRE	Absence d'ischémie cardiaque de novo	✓	✓
	Absence d'arythmie maligne ou non contrôlée	✓	✓
	Dose stable de vasopresseurs depuis 2 heures	✓	✓
	Fréquence cardiaque à l'intérieur de valeurs attendues	✓	✓
	Tension artérielle (moyenne >55 ou systolique <180 mm Hg)	✓	✓
	Traitement commencé si thrombose veineuse profonde	✓	✓
	Absence de ballon intra-aortique	✓	✓
	Absence de saignement dans le drain médiastinal actif	✓	✓
RESPIRATOIRE	Capacité à maintenir la ventilation mécanique	✓	✓
	Absence de désaturation (<88 %), ventilation minute (>15 L/min), pression expiratoire positive (augmentée de ≥3 cm H ₂ O depuis 2 heures)	✓	✓
NEUROLOGIQUE	24 heures ou plus après activateur tissulaire du plasminogène, intervention endovasculaire ou accident vasculaire cérébral	✓	✓
	Absence de fuite du liquide céphalorachidien	✓	✗
	Absence d'anévrisme avec risque de saignement	✓	✓
	Absence d'augmentation de la pression intracrânienne	✓	✗
MUSCULOSQUELETTIQUE	Force musculaire aux membres inférieurs permettant le maintien debout	✓	✓
AUTRES	Capacité à consentir	✓	✓
	Absence de cathéter fémoral rigide	✓	✓
	Absence de cathéter limitant la mobilisation debout	✓	✓
	Absence de plaie abdominale avec aponévrose ouverte	✓	✓
	Absence de chute récente de plaquettes sous 20 000 cellules/mm ³	✓	✓
	Plaquettes >10 000 cellules/mm ³ et INR <7,0 (« rapport international normalisé »)	✓	✓
	Disponibilité du personnel	✓	✓
	Absence d'hémodialyse en cours	✓	✓

Tableau 2

CRITÈRES D'ARRÊT RETENUS À LA SUITE DE LA CONSULTATION DELPHI

CATÉGORIE	CRITÈRE	CONSENSUS	
		PERTINENCE	FAISABILITÉ
CARDIOVASCULAIRE	Hypotension orthostatique	✓	✓
	Arythmie maligne de novo	✓	✓
	Tension artérielle moyenne <55 ou >110 mm Hg	✓	✓
	Fréquence cardiaque >165 battements/min persistant après >5 minutes au repos	✓	✓
	Douleur rétrosternale de novo	✓	✓
RESPIRATOIRE	Désaturation <88 % malgré ajustement de FiO ₂ (fraction inspirée en oxygène)	✓	✓
	Besoin d'augmentation de l'aide ventilatoire mécanique (critères variables)	✓	✓
NEUROLOGIQUE	Détérioration de l'état neurologique selon le jugement clinique du clinicien	✓	✓
	Manque de collaboration du patient avec risque de blessure du personnel	✓	✓
AUTRES	Cyanose de novo de cause indéterminée	✓	✗
	Malaise soudain (indéterminé)	✓	✓

DISCUSSION

La recension des écrits a mis en évidence un nombre important d'études témoignant de la mobilisation en position debout aux SI. Ces études montrent une grande variabilité quant aux populations de patients, à la description ou à l'intensité des mobilisations debout (transfert assis vers debout jusqu'à la marche), et aux mesures des bienfaits, risques ou préjudices. De ces études, la recension a permis d'extraire un grand nombre de critères de sécurité de mobilisation debout, sans pour autant permettre de prioriser les critères les plus pertinents ou faisables en clinique.

À l'issue de la consultation du panel de professionnels expérimentés, un consensus a pu être établi sur 85 % des critères de sécurité initialement proposés par l'équipe de recherche selon leur recension des écrits. Cette corroboration suggère que ces critères pourraient être acceptés dans les milieux cliniques. De plus, l'organisation en critères d'amorce et d'arrêt a été jugée acceptable, ce qui suggère le bien-fondé de ce modèle. Les critères d'amorce incluent des résultats de laboratoire et des paramètres physiologiques à respecter avant d'amorcer une mobilisation tandis que les critères d'arrêt incluent surtout des critères d'intolérance. Parce que la mobilisation en position debout étudiée s'intéressait aux personnes aux soins intensifs, la plupart des critères de sécurité concernent les systèmes cardiovasculaire et respiratoire dont la défaillance augmente le risque de décès des patients^(1,11).

Les critères de sécurité faisant consensus n'ont pas été évalués et ne devraient pas faire l'objet d'une utilisation clinique immédiate, mais ils permettent d'orienter la réflexion des intervenants sur

les critères à évaluer avant d'amorcer ou pour cesser la mobilisation debout aux SI. À l'issue de ces consultations, l'ensemble des critères de sécurité qui ont obtenu un consensus à la fois sur la pertinence et la faisabilité pourraient être intégrés à des évaluations systématiques au chevet des patients en SI. De tels outils de transfert de connaissances devront être développés avec les parties prenantes de la mobilisation de ces patients et devront faire l'objet d'études de faisabilité de leur implantation. Ces outils pourraient contribuer à améliorer les capacités physiques des patients aux SI, en plus de leur qualité de vie et de celle de leurs proches.

La limite principale du projet était liée à l'aspect novateur de catégoriser la mobilisation aux SI selon qu'elle est réalisée en position debout ou non. En effet, bien que la mobilisation debout soit souvent utilisée dans des études aux SI, elle est décrite de manière imprécise et peut prendre des formes variables. De plus, aucune des études recensées n'a porté spécifiquement sur l'évaluation de l'impact de critères de sécurité sur la mobilisation debout aux SI. Ainsi, la recension effectuée dans le cadre du projet a permis d'extraire des critères de sécurité jugés pertinents et faisables par l'équipe de recherche, mais dont les impacts sur la mobilisation n'ont pas été étudiés directement. La consultation du panel de professionnels expérimentés, issus de plusieurs professions et de milieux différents, a permis de valider l'utilisation de critères sur la base d'un consensus entre les parties prenantes. D'autres études devront être menées pour évaluer l'impact de l'utilisation de ces critères de sécurité sur la mobilisation debout aux SI.

CONCLUSION

Ce projet a permis de recenser les critères de sécurité de la mobilisation en position debout des patients aux SI et d'établir une liste des critères issus de la littérature et faisant consensus chez des professionnels québécois de SI.

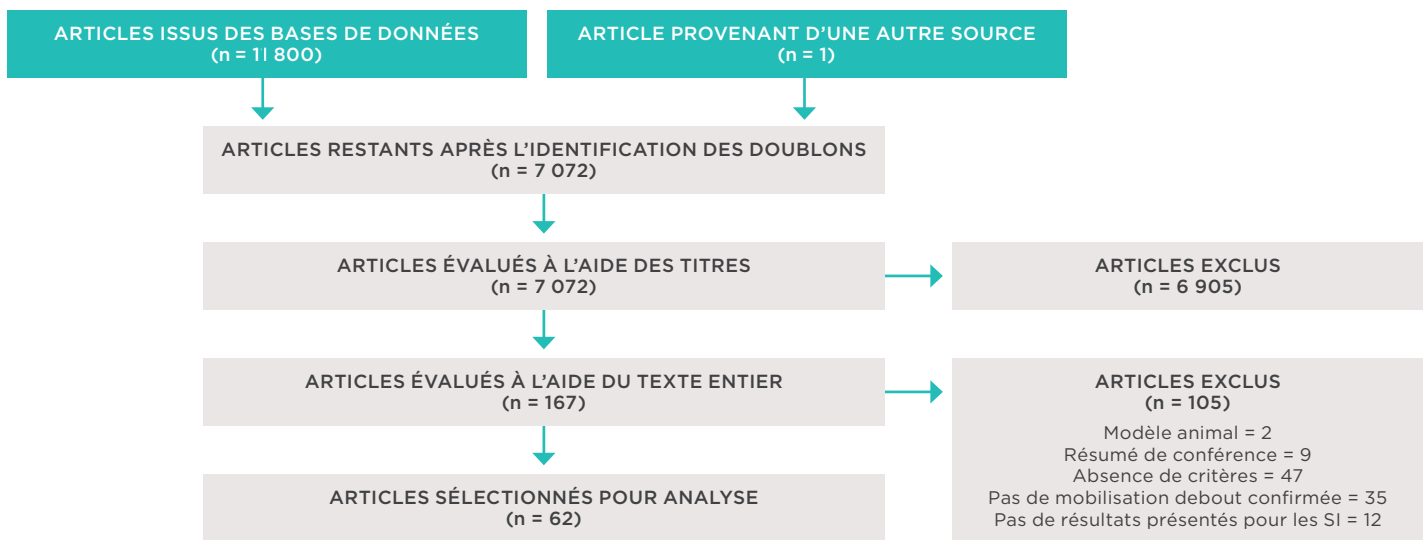
REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche tient à remercier et à souligner la contribution de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec,

du conseil multidisciplinaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, du Regroupement de Soins critiques respiratoires au sein du Réseau de santé Respiratoire, du Canadian Critical Care Trials Group, de M. Stéphane Boutin, technopédagogue, pour son soutien dans l'utilisation de la plateforme de consultation électronique, de M^{me} Odette Hinse, documentaliste, pour son aide dans la recension des écrits, et de M^{me} Célyn Marchand, assistante-chef du service de physiothérapie de l'ICM, pour son travail dans le recrutement des participants. ●

Figure 1

DIAGRAMME DE SÉLECTION DES ARTICLES (FLOW CHART)



BIBLIOGRAPHIE

- Adhikari, N.K.J., R.A. Fowler, S. Bhagwanjee et G.D. Rubenfeld. "Critical care and the global burden of critical illness in adults," *The Lancet*, 2010, vol. 376, n°9749, p. 1339-1346.
- Stiller, K. "Physiotherapy in intensive care: An updated systematic review," *Chest*, 2013, vol. 144, n°3, p. 825-847.
- Patman, S.M., D.M. Dennis et K. Hill. "Exploring the capacity to ambulate after a period of prolonged mechanical ventilation," *Journal of Critical Care*, 2012, vol. 27, n°6, p. 542-548.
- Bakhr, R.N., D.J. Wiebe, D.J. McWilliams, V.J. Spuhler et W.D. Schweickert. "An Environmental Scan for Early Mobilization Practices in U.S. ICUs," *Crit Care Med*, 2015, vol. 43, n°11, p. 2360-2369.
- Koo, K.K., K. Choong, D.J. Cook, M. Herridge, A. Newman, V. Lo et coll. "Early mobilization of critically ill adults: a survey of knowledge, perceptions and practices of Canadian physicians and physiotherapists," *CMAJ open*, 2016, vol. 4, n°3, p. E448-e454, Epub 2016/10/13.
- Nydahl, P., T. Sricharoenchai, S. Chandra, F.S. Kundt, M. Huang, M. Fischill et coll. "Safety of Patient Mobilization and Rehabilitation in the Intensive Care Unit. Systematic Review with Meta-Analysis," *Ann Am Thorac Soc*, 2017, vol. 14, n°5, p. 766-777.
- Koffel, J.B. "Use of recommended search strategies in systematic reviews and the impact of librarian involvement: a cross-sectional survey of recent authors," *PloS one*, 2015, vol. 10, n°5, p. e0125931, Epub 2015/05/06.
- Rethlefsen, M.L., A.M. Farrell, L.C. Osterhaus Trzasko et T.J. Brigham. "Librarian co-authors correlated with higher quality reported search strategies in general internal medicine systematic reviews," *Journal of clinical epidemiology*, 2015, vol. 68, n°6, p. 617-626, Epub 2015/03/15.
- Burns, K.E., M. Duffett, M.E. Kho, M.O. Meade, N.K. Adhikari, T. Sinuff et coll. "A guide for the design and conduct of self-administered surveys of clinicians," *Canadian Medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*, 2008, vol. 179, n°3, p. 245-252, Epub 2008/07/30.
- Lawshe, C.H. "A Quantitative Approach to Content Validity," *Personnel Psychology*, 1975, vol. 28, n°4, p. 563-575.
- Adler, J. et D. Malone. "Early Mobilization in the Intensive Care Unit: A Systematic Review," *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal (American Physical Therapy Association, Cardiopulmonary Section)*, 2012, vol. 23, n°1, p. 5-13.

- a École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal
b Hôpital Maisonneuve-Rosemont
c Regroupement stratégique « Soins critiques respiratoires », Réseau en Santé Respiratoire
d Canadian Critical Care Trials Group

- e Institut de cardiologie de Montréal
f Centre de pédagogie appliquée aux professions de la santé (CPASS), Faculté de médecine, Université de Montréal
g Department of Medicine, McGill University

Applications cliniques du concept de fragilité : dépistage et interventions chez les aînés



Par

Emmanuelle Handfield, pht, M. Sc.,
physiothérapeute,
CIUSSS du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal



François Dubé,
pht, M. Sc.,
professeur adjoint
de clinique,
programme de
physiothérapie,
École de réadaptation,
Université de Montréal,
et physiothérapeute,
CIUSSS du Centre-Sud-
de-l'Île-de-Montréal,
site IUGM

Le dépistage de la fragilité est essentiel à la pratique clinique puisqu'elle est associée à plusieurs conséquences néfastes⁽¹⁻⁴⁾ et qu'il existe des interventions efficaces pour la traiter^(1,5,6). Pour la dépister, des tests cliniques avec des seuils précis comme la vitesse de marche ($< 0,8$ m/s)⁽⁷⁻⁹⁾, le **Timed up and go** (TUG) (> 10 s)^(9,10) et la force de préhension (homme : $< 29-32$ kg; femme : $< 17-21$ kg)⁽¹¹⁾ s'effectuent facilement en physiothérapie.

Avec le vieillissement de la population mondiale, la fragilité pourrait devenir l'un des plus importants problèmes de santé⁽¹²⁾. La fragilité est directement associée à plusieurs conséquences néfastes, dont un risque élevé de chutes, d'hospitalisation, d'incapacité et de mortalité⁽¹⁻⁴⁾. La fragilité est également associée au déclin fonctionnel, à la dépendance et à l'institutionnalisation⁽¹³⁾, infligeant ainsi un important fardeau aux systèmes de santé⁽¹²⁾. Il est estimé que plus d'un million de Canadiens sont fragiles⁽⁵⁾.

La plupart des auteurs s'entendent pour définir la fragilité comme un processus dynamique caractérisé par un état de vulnérabilité dû à la perte de réserves physiologiques, ce qui diminue la capacité de faire face à un événement stressant et de maintenir l'homéostasie^(4,8,12,13). De plus, elle est définie comme étant multidimensionnelle^(8,13), multisystémique^(2,12,14) et évolutive⁽¹⁵⁾. Il est reconnu que la fragilité peut être prévenue ou retardée^(14,16,17). Une revue systématique parue en 2015 rapporte clairement qu'il s'agit d'un processus réversible au moyen d'interventions spécifiques⁽¹⁾. Certains auteurs mentionnent qu'il faudrait l'évaluer dans les soins de première ligne^(15,17). Toutefois, il n'est pas courant de dépister la fragilité et d'intervenir en première ligne⁽¹⁷⁾.

Cet article vise à présenter des connaissances récentes sur les approches d'évaluation et de traitement de la fragilité afin de promouvoir le dépistage de la fragilité auprès des aînés vivant dans la communauté et de prévenir ses effets néfastes.

MÉTHODOLOGIE

Une recherche bibliographique a été faite dans les bases de données PEDro, Medline et Google Scholar au moyen de différents mots-clés (*frail*, *frailty*) pour définir la fragilité. Les références des articles recensés ont été consultées ainsi que des livres de référence.

RÉSULTATS

Plusieurs articles ont été recensés, dont des revues systématiques et un guide de pratique clinique. Deux méthodes courantes d'évaluation de la fragilité facilement applicables en clinique seront présentées ci-dessous. Par la suite, les interventions démontrées efficaces pour améliorer l'état de santé des personnes fragiles seront abordées.

MÉTHODES D'ÉVALUATION DE LA FRAGILITÉ

Le dépistage de la fragilité devrait être simple et rapide d'utilisation et d'interprétation⁽¹⁰⁾. Un consensus d'experts rapporte que le dépistage devrait se faire chez toutes les personnes de 65 ans et plus qui consultent un professionnel de la santé⁽⁹⁾. Selon une revue systématique de 2016, le phénotype de la fragilité de Fried et l'index de fragilité de Rockwood et Mitnitski sont les mesures d'évaluation les plus courantes qui permettent d'identifier la fragilité et d'en prédire les effets néfastes⁽¹²⁾. Ces deux mesures facilement applicables en physiothérapie⁽¹²⁾ sont présentées brièvement ci-après.



Le phénotype de Fried comprend cinq critères représentant des caractéristiques physiques⁽¹²⁾. Une personne est considérée comme « fragile » lorsqu'elle présente trois des cinq critères et « préfragile » lorsqu'elle n'en présente qu'un ou deux⁽¹¹⁾. Ces cinq critères sont :

- Perte de poids involontaire (≥ 10 lb dans la dernière année);
- Ralentissement de la vitesse de marche ($\leq 0,65$ et $0,76$ m/s, selon la taille);
- Présence de fatigue subjective ;
- Faiblesse musculaire (force de préhension $\leq 29-32$ kg pour l'homme et $\leq 17-21$ kg pour la femme); et
- Faible niveau d'activité physique (hommes < 383 kilocalories/semaine; femmes < 270 kilocalories/semaine)⁽¹¹⁾.

Par ailleurs, plusieurs auteurs mentionnent que la vitesse de marche et la force de préhension peuvent être utilisées seules pour dépister la fragilité^(2,12,18-20). Parmi ces critères, la vitesse de marche serait le meilleur indicateur⁽¹²⁾. Une vitesse confortable de $0,8$ m/s est définie comme une valeur seuil pour dépister les personnes fragiles⁽⁷⁻⁹⁾. Également, un résultat de plus de 10 secondes au TUG détecte une personne fragile^(9,10). Néanmoins, le TUG et la vitesse de marche engendrent de nombreux faux positifs en raison de leur spécificité limitée⁽¹⁰⁾. La force de préhension peut aussi être utilisée pour dépister la fragilité. Une étude canadienne rapporte que la combinaison de la vitesse de marche et de la force de préhension en clinique possède la meilleure valeur prédictive positive (87,5 %) que tout autre regroupement des critères de Fried chez une population de 75 ans et plus évaluée en première ligne⁽¹⁸⁾.

L'index de Rockwood et Mitnitski comprend 40 items⁽²¹⁾. Son aspect mathématique et la durée nécessaire au calcul réduisent son utilisation clinique⁽¹²⁾. Cependant, Romero-Ortuno et coll. (2013) ont produit un indice à partir de cinq critères de fragilité facilement mesurables en clinique qui est fortement corrélé à l'index de Rockwood⁽²²⁾. Cet outil qui fournit une mesure précise de la fragilité est téléchargeable gratuitement, en français, sur le site **SHARE Frailty Instrument Calculators**⁽²³⁾¹.

À l'aide de ces deux outils cliniques, l'évaluation en première ligne de la fragilité des aînés permettra aux cliniciens de la dépister et d'intervenir rapidement pour éviter ses effets néfastes.

INTERVENTIONS POUR RÉDUIRE LA FRAGILITÉ

L'American College of Sports Medicine (ACSM) rapporte que l'exercice est plus efficace que toute autre intervention chez les personnes fragiles⁽¹⁴⁾. Les programmes d'exercices multimodaux sont les plus efficaces pour améliorer la santé des personnes âgées fragiles et prévenir les conséquences délétères de la fragilité^(1,5,6). De plus, il est rapporté qu'une surcharge doit être produite par ces programmes pour améliorer la fonction et la force⁽³⁾. Le tableau de la page suivante résume les paramètres d'exercices des programmes multimodaux de plusieurs études ayant démontré leur efficacité auprès d'une population de personnes fragiles sans autre condition associée majeure (ex. : maladie de Parkinson, arthrite rhumatoïde, maladie pulmonaire obstructive chronique).

CONCLUSION

La fragilité est un problème important dans la population et peut être prévenue. Compte tenu de l'existence d'interventions permettant d'inverser le processus de fragilisation, il importe de la dépister en première ligne. Le phénotype de Fried est une mesure courante de la fragilité. Les critères physiques de vitesse de marche, du TUG et de force de préhension sont facilement applicables en physiothérapie. De plus, les programmes d'entraînement multimodaux sont bénéfiques pour prévenir les effets néfastes de la fragilité. Les professionnels de la physiothérapie doivent s'impliquer dans le dépistage et le traitement de la fragilité chez les aînés, particulièrement en première ligne.

Note : ce texte est une version abrégée d'un article diffusé en octobre 2017 sur le site web Impact clinique en physiothérapie gériatrique et sur **Papyrus, dépôt institutionnel de l'Université de Montréal**². ●

1 En ligne : <https://sites.google.com/atcd.ie/share-frailty-instrument-calculators/translated-calculators>

2 En ligne : <http://hdl.handle.net/1866/19013>

Tableau

PARAMÈTRES D'UN PROGRAMME MULTIMODAL D'EXERCICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES FRAGILES

COMPOSANTES	RENFORCEMENT MUSCULAIRE	EXERCICES DE TYPE AÉROBIQUE	EXERCICES D'ÉQUILIBRE
DOSE (5, 6, 24, 25)		2-3 fois par semaine 30-45 minutes par séance - Période de 5 mois ou plus	
INTENSITÉ (5, 24-26)	Progresser de : 55 % à 80 % du 1 RM	Progresser de : 40-60 % (intensité modérée) à 60-90 % (intensité modérée vigoureuse) de la fréquence cardiaque de réserve	- Intensité progressive et personnalisée 3-4/10 à l'échelle de Borg modifiée
DURÉE / VOLUME (3, 5, 24-26)	- Séries : 1 à 3 - Répétitions : 8 à 12 - Durée : 10 min	Progresser de : 5-10 minutes à 15-30 minutes	- Peut-être intégré simultanément aux autres modalités - Durée : 8 min
TYPE D'EXERCICES (3, 5, 25, 26)	- Exercices fonctionnels - Renforcement des membres inférieurs (ischiojambiers, quadriceps, fessiers)	Progresser de : vélo stationnaire (sans mise en charge) à marche, tapis roulant, <i>steps</i>, escaliers (avec mise en charge)	Incluant plusieurs stimuli (tandem, unipodal, tai-chi)

RÉFÉRENCES

- De Labra, C., C. Guimaraes-Pinheiro, A. Maseda, T. Lorenzo et J.C. Millan-Calenti. "Effects of physical exercise interventions in frail older adults: a systematic review of randomized controlled trials," *BMC Geriatrics*, 2015, vol. 15, n°154, p. 1-16.
- Kauffman, T.L., R.W. Scott, J.O. Barr et M.L. Moran. *A comprehensive guide to geriatric rehabilitation*, 3^e éd., Churchill Livingstone : Elsevier, 2014.
- Izquierdo, M., et E.L. Cadore. "Muscle power training in the institutionalized frail: a new approach to counteracting functional declines and very late-life disability," *Current Medical Research & Opinion*, 2014, vol. 30, n°7, p. 1385-1390.
- Hébert, R., et M. Arcand. *Précis pratique de gériatrie*, 3^e éd., Québec : Edisem, 2007.
- Bray, N.W., R.R. Smart, J.M. Jakobi et G.R. Jones. "Exercise prescription to reverse frailty," *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 2016, vol. 41, n°10, p. 1112-1116.
- Freiberger, E., W. Kemmler, M. Siegrist et C. Sieber. "Frailty and exercise interventions," *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2016, vol. 49, n°7, p. 606-611.
- Dodds, R., et A. Sayer. "Sarcopenia, frailty and mortality: the evidence is growing," *Age and Ageing*, 2016, vol. 45, n°5, p. 570-571.
- Lee, L., G. Heckman et F.J. Molnar. "Frailty Identifying elderly patients at high risk of poor outcomes," *Canadian family physician*, 2015, vol. 61, n°3, p. 227-231.
- Turner, G., et A. Clegg. "Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report," *Age and Ageing*, 2014, vol. 43, n°6, p. 744-747.
- Clegg, A., L. Rogers et J. Young. "Diagnostic test accuracy of simple instruments for identifying frailty in community-dwelling older people: a systematic review," *Age and ageing*, 2015, vol. 44, n°1, p. 148-152.
- Fried, L.P., C.M. Tangen, J. Walston, A.B. Newman, C. Hirsch, J. Gottdiener et coll. "Frailty in older adults: evidence for a phenotype," *The journals of gerontology*, 2001, vol. 56, n°3, M 146-156.
- Dent, E., P. Kowal et E.O. Hoogendijk. "Frailty measurement in research and clinical practice: A review," *European Journal of Internal Medicine*, 2016, vol. 31, Supplement C, p. 3-10.
- Borges, L.L., et R.L. Menezes. "Definitions and markers of frailty: a systematic review of literature," *Reviews in Clinical Gerontology*, 2011, vol. 21, n°1, p. 67-77.
- Theou, O., L. Stathokostas, K.P. Roland, J.M. Jakobi, C. Patterson, A.A. Vandervoort et coll. "The effectiveness of exercise interventions for the management of frailty: a systematic review," *Journal of aging research*, 2011, n°d'article 569194, 19 pages.
- Pialoux, T., J. Goyard et B. Lesourd. "Screening tools for frailty in primary health care: a systematic review," *Geriatrics & gerontology international*, 2012, vol. 12, n°2, p. 189-197.
- McNally, S., D. Nunan, A. Dixon, M. Maruthappu, K. Butler et M. Gray. "Focus on physical activity can help avoid unnecessary social care," *BMJ*, 2017, vol. 359, p. 1-4.
- Theou, O., G. Park, A. Garm, X. Song, B. Clarke et K. Rockwood. "Reversing Frailty Levels in Primary Care Using the CARES Model," *Canadian Geriatrics Journal*, 2017, vol. 20, n°3, p. 105-111.
- Syddall, H., C. Cooper, F. Martin, R. Briggs et A. Aihie Sayer. "Is grip strength a useful single marker of frailty?," *Age and Ageing*, 2003, vol. 32, n°6, p. 650-656.
- Van Kan, G.A., Y. Rolland, H. Bergman, J.E. Morley, S.B. Kritchevsky et B. Vellas. "The I.A.N.A. task force on frailty assessment of older people in clinical practice," *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 2008, vol. 12, n°1, p. 29-37.
- Lee, L., T. Patel, A. Costa, E. Bryce, L. Hillier, K. Slonim et coll. "Screening for frailty in primary care: Accuracy of gait speed and hand-grip strength," *Canadian Family Physician*, 2017, vol. 63, n°1, p. e51-e57.
- Mitnitski, A.B., X. Song et K. Rockwood. "The Estimation of Relative Fitness and Frailty in Community-Dwelling Older Adults Using Self-Report Data," *The Journals of Gerontology: Series A*, 2004, vol. 59, n°6, p. 627-632.
- Romero-Ortuno, R. "The Frailty Instrument for primary care of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe predicts mortality similarly to a frailty index based on comprehensive geriatric assessment," *Geriatrics & Gerontology International*, 2013, vol. 13, n°2, p. 497-504.
- Romero-Ortuno, R., et C. Soraghan. "A Frailty Instrument for primary care for those aged 75 years or more: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, a longitudinal population-based cohort study (SHARE-FI75+)," *BMJ Open*, 2014, vol. 4, n°12, p. 1-18.
- Nash, K.C.M. "The effects of exercise on strength and physical performance in frail older people: a systematic review," *Reviews in Clinical Gerontology*, 2012, vol. 22, n°4, p. 274-285.
- Cadore, E.L., L. Rodriguez-Manas, A. Sinclair et M. Izquierdo. "Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability, and balance in physically frail older adults: a systematic review," *Rejuvenation Research*, 2013, vol. 16, n°2, p. 105-114.
- Weening-Dijksterhuis, E., M.H. De Greef, E.J. Scherder, J.P. Slaets et C.P. Van der Schans. "Frail institutionalized older persons: a comprehensive review on physical exercise, physical fitness, activities of daily living, and quality-of-life," *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 2011, vol. 90, n°2, p. 156-168.

Trois grands rendez-vous de formation de l'OPPQ attirent des centaines de professionnels

LE MOIS DU WEBINAIRE : UNE 2^E ÉDITION RÉUSSIE !

Pour une deuxième année consécutive, l'OPPQ a présenté le mois du Webinaire dans la perspective de faciliter l'accès à son programme de formation.

Ainsi, entre les 7 et 28 mars derniers, quelque 300 membres se sont connectés pour assister, de la maison ou du travail, seul ou en groupe, à des webinaires offerts par différents physiothérapeutes, médecins spécialistes et autres professionnels de la santé. Les sujets traitaient notamment de l'imagerie médicale de la hanche, du *locked-in syndrome*, des nouvelles techniques de remplacement articulaire de la hanche et de la physiothérapie pour les douleurs vulvo-vaginales.

VOUS AVEZ MANQUÉ UN WEBINAIRE QUI VOUS AURAIT INTÉRESSÉ ?

Sachez que l'ensemble des quatre webinaires seront prochainement en ligne. Vous pourrez vous inscrire aux webdiffusions dès cet été.

S'inscrire aux webdiffusions

oppq.qc.ca/formation



À LA RESCOURSÉ DES PERSONNES SOUFFRANT DE LOMBALGIES COMPLEXES : DE NOUVELLES PISTES DE SOLUTIONS

L'Ordre est heureux d'avoir eu la chance de collaborer avec M. Yannick Tousignant-Laflamme, physiothérapeute, à la mise en œuvre d'une formation unique portant sur le modèle de gestion des vecteurs de douleur et d'incapacité qu'il a mis au point lors de ses études postdoctorales.

Cette formation théorique, articulée autour de différentes activités d'intégration sous la forme d'études de cas, a permis aux participants, physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique, de s'approprier le modèle afin qu'ils puissent l'intégrer dans leur pratique.

Par souci d'accessibilité, l'OPPQ a proposé cette formation dans cinq villes différentes du Québec. Ainsi, ce sont un peu plus de 200 participants de Sherbrooke, Québec, Gatineau, Montréal et Rimouski qui ont pu apprécier la générosité et l'expertise du formateur qui a présenté plusieurs outils fort intéressants et a répondu aux nombreuses questions soulevées lors des échanges.

Il va sans dire que cette activité de formation a permis aux participants d'être mieux outillés quant à la meilleure stratégie à adopter en présence de clients souffrant de douleurs musculosquelettiques complexes.

LA DOULEUR FACIALE SOUS TOUTES SES FACES : UN SYMPOSIUM RICHE EN APPRENTISSAGES !

Le 12 mai dernier, près de 250 professionnels de la physiothérapie ont assisté, en personne ou virtuellement, à cette journée exceptionnelle de conférences entièrement consacrée à la douleur faciale. Des conférenciers neurologue, dentiste, ORL, physiothérapeutes et ergothérapeute ont partagé avec générosité leurs connaissances afin d'améliorer les compétences des physiothérapeutes dans la prise en charge de clients présentant une douleur orofaciale d'origine neuroméningée et musculosquelettique.

Forts de leur expérience dans ce domaine, les conférenciers ont permis aux participants de démystifier leur rôle quant à l'évaluation et au traitement de ces types de douleurs.

L'ambiance conviviale au salon des exposants, ainsi que les moments d'échange entre pairs et conférenciers ont fait de cette journée un franc succès. ●

L'OPPQ renouvelle plusieurs outils de communication

Au cours des derniers mois, la Direction des communications a orchestré la refonte complète du site Web de l'OPPQ ainsi que celle de sa revue.

PHYSIO-QUÉBEC SE MODERNISE

La facture visuelle de la revue *Physio-Québec* a changé. L'objectif était de la moderniser et de faciliter la navigation dans l'édition électronique. D'ailleurs, celle-ci est accessible en tout temps dans la nouvelle rubrique « Physio-Québec » du site de l'Ordre.

La revue sera enrichie de nouveaux contenus au fil du temps. De ce fait, n'hésitez pas à nous suggérer des sujets ou à manifester votre intérêt à collaborer à la rédaction de contenus.

Nous vous rappelons que les deux publications annuelles sont envoyées par la poste à tous les membres ayant payé les frais d'envoi de 2,75 \$ au moment du renouvellement de leur inscription.

Saviez-vous que votre revue *Physio-Québec* existe depuis près de 50 ans? Publiée dès 1968 sous forme de bulletin par Les physiothérapeutes de la Province Inc., elle prend rapidement la forme d'un magazine officiel lors de la création de la Corporation professionnelle des physiothérapeutes du Québec en 1975.

LE SITE WEB OPTIMISÉ

Dans le but de simplifier la navigation et l'accès à l'information tout en se conformant aux tendances actuelles du Web, l'Ordre a entièrement remodelé son site. Au-delà de l'aspect visuel, des mises à jour majeures dans la catégorisation et dans les différents contenus ont été réalisées. Un travail minutieux a été effectué en collaboration avec les différentes directions afin de proposer des contenus pertinents, vulgarisés et adaptés aux meilleures pratiques numériques.

Réorganisation des sections pour les membres

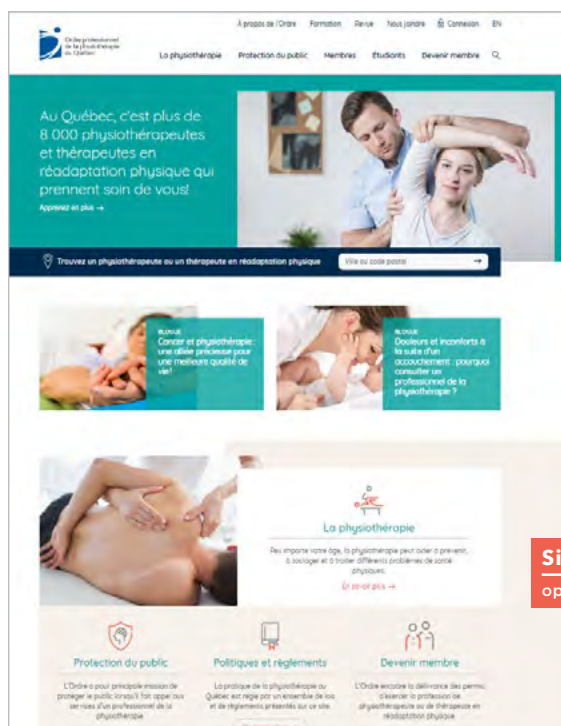
La classification des principales rubriques réservées aux membres a été repensée afin de faciliter la recherche. Dorénavant, vous y trouverez :

- ✓ une navigation plus conviviale et intuitive ;
- ✓ un accès plus facile aux règlements et à certains outils explicatifs ;
- ✓ en un seul clic, le programme de formation continue de l'OPPQ ;
- ✓ d'un coup d'œil, les offres d'emploi affichées par des tiers ;
- ✓ aisément vos renseignements en ligne grâce au nouveau portail (présenté lors du renouvellement de votre inscription au Tableau des membres).

Nouveautés pour le grand public

Les contenus et la disposition des rubriques générales concernant la physiothérapie et la protection du public ont également été revus. Le blogue affiche désormais un style plus actuel et les internautes ont la possibilité de recevoir une infolettre mensuelle les informant de la mise en ligne de tout nouvel article. Il s'agit d'un outil précieux pour le rayonnement de la physiothérapie puisqu'il est consulté par des milliers de lecteurs tous les mois.

D'autres nouveautés sont à prévoir au cours des deux prochaines années. Nous vous en tiendrons informé. N'hésitez pas à parcourir cette nouvelle version du site et à nous faire part de vos commentaires. Bonne navigation ! ●



Site de l'OPPQ

oppq.qc.ca



Le saviez-vous ?

VOS FORMATEURS INVITÉS SONT-ILS EN RÈGLE ?



De plus en plus de formations en physiothérapie sont données au Québec par des formateurs venus de l'extérieur de la province afin de partager leurs connaissances et leur savoir-faire avec des membres de l'OPPQ. Toutefois, il est essentiel de vous assurer, quand vous organisez de telles formations, que vos conférenciers ou formateurs invités sont légalement autorisés à porter leur titre professionnel au Québec et à pratiquer les activités réservées aux membres de l'OPPQ. Peu importe que la personne agisse à titre de consultant, de formateur ou enseignant, dans le cadre d'une activité de formation donnée au Québec, si elle pratique une activité réservée ou s'identifie avec un titre réservé, elle se doit d'être légalement autorisée par l'Ordre à le faire.

Le conseil d'administration peut, par autorisation spéciale, habiliter une personne légalement autorisée à exercer la profession hors du Québec à utiliser un titre réservé aux membres de l'Ordre ou à exercer au Québec des activités professionnelles qui leur sont réservées.

Pour plus de renseignements, rendez-vous en ligne à

oppq.qc.ca/devenir-membre/obtenir-une-autorisation-speciale/



UN DÉMÉNAGEMENT OU UN NOUVEAU TRAVAIL EN VUE ?



L'OPPQ tient à vous rappeler qu'il est important de maintenir à jour l'information inscrite à votre dossier de membre.

Si vous avez, par exemple, récemment déménagé, changé de lieu de travail ou modifié votre adresse électronique, il est de votre responsabilité d'en informer l'Ordre dans les 30 jours suivant le changement.

Si vous souhaitez effectuer un changement d'adresse, de lieu d'exercice ou de courriel ou mettre à jour un numéro de téléphone, rendez-vous dans la rubrique « Mon compte » du site Web de l'OPPQ.

Mes informations

oppq2.ca/Profile/Login.aspx



VOUS SUPERVISEZ UN STAGIAIRE ? LA CONTRE-SIGNATURE DES DOSSIERS PAR LE PHYSIOTHÉRAPEUTE OU LE THÉRAPEUTE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE EST-ELLE REQUISE ?



En janvier 2009, le conseil d'administration de l'OPPQ a « résolu à l'unanimité que la contre-signature du maître de stage est requise dans les notes écrites aux dossiers des patients par les étudiants sous leur supervision ».

Pour accomplir son travail, le maître de stage doit s'assurer des compétences des stagiaires. Une partie de cette vérification est faite par la lecture des notes inscrites au dossier de la clientèle assignée au stagiaire. Cela permet au maître de stage de faire corriger une situation s'il le juge nécessaire. Rappelez-vous que les étudiants sont en apprentissage et que votre rôle est de les aider à devenir des cliniciens compétents. En contresignant les notes des dossiers, vous reconnaissez le travail accompli et vous engagez votre responsabilité face au client tout comme vous avez déjà reconnu votre responsabilité en acceptant de prendre en charge le stagiaire.

Pour tout commentaire et suggestion ou pour participer à la rédaction d'un article :

communications@oppq.qc.ca



INSCRIPTIONS – PHYSIOTHÉRAPEUTES

Aboelyemen, Marian Bekhet
Almagro, Romell
Arsenault, Andrée-Anne
Aubé, Pier-Anne
Baril, Sandy
Beauchamp, France
Beaudoin Godbout, Maude
Beaudry-Bouchard, Justine
Bédard, Camille
Bédard, Marika
Bellavance-Roy, Hubert
Bellerose, Evelynne
Bencherif, Thiziri
Bernard-Rannou, Amélie
Bernstein, Amanda
Bilodeau, Valérie
Blais Tessier, Caroline
Bluteau, Catherine
Bouchard, Anipier
Bouchard, Marianne
Boucher-Allard, Annie
Boulanger-Martel, Anne-Marie
Boulianne, Maryse
Brochu-Doucet, Vincent
Bureau-Morin, Valérie
Bussière-Mongeau, Nancy
Caron, Francis
Caron, Valérie
Cayouette, Laura
Chambi, Dina

Chassé-Bellavance, Cynthia
Côté-Picard, Claudia
Coulombe, Samuel
Couture, Marc-Olivier
Daigle, Michelle
Daloze, Jean-Félix
Deshaies, Nicolas
Dufour Richard, Karen
Dupuis, Marie-Louise
Foster, Mathieu
Fournier-Brassard, Ariane
Fram, Tamara
Frenette Cyr, Loryanne
Gagné, Joanie
Gagnon, Pierre-Olivier
Gagnon, Rose
Gagnon, Sophie
Gallant, Jimmy
Gaudreault, Jérémie
Genest-Richard, Didier
Ghebrial, Justina
Gilbert, Sarah
Girard, Audrey
Goulet, Sébastien
Grenier, Jean-Sébastien
Hamel, Noémie
Hunter, Daphné
Jacques, Marianne
Jean, Anne-Marie
Jean-Pineault, Simon

Jorg, Marylie
Kurani, Franc
Laaouad, Chahinez
Labelle Demers, Christopher
Labelle-Bérard, Amélie
Lacerte, Mireille
Laforce, Florence
Lajeunesse-Langdeau, Mylène
Laliberté, Florence
Langelier, Maxime
Larose, Vincent
Lavoie, Audrey
Leblanc, Gabrièle
Lechasseur, Louis-Michel
Léger, Antoine
Léger, Julien
Lemay, Marie-Pier
Lépine, Sébastien
Lesage, Raphaël
Létourneau-Racine, Pier-Alexandre
Lizarraga Hernandez, Daniela Emilia
Lucilien, Stéphanie
Malenfant, Daniel (Avis décès
Automne-Hiver – vol. 44)
Maltais, Jean-Pierre
Martel, Émilie
Millette, Alexis
Morin, Marika
Morse, Thomas
Ngân, Jean

Normand, Sarah-Anne
Ouellet, Philippe
Paré, Jason
Parent, Camille
Patry, Isabelle-Maude
Picard-Pageau, Olivier
Proulx, Catherine
Proulx, Pierre-Antoine
Provencher, Debby
Riopel, Arianne
Rizk, Vivian Hany
Robitaille, Audrey Noémie
Romanczyk, Zofia
Roos, Marianne
Roy, Anne-Marie
Silva, Megan
Simatos Arsenault, Nicholas
Soliman Fouad, Mina
Sottiau, Bernard
St-Gelais, Mathieu
St-Pierre, Jonathan
Tremblay, Dominique
Tremblay, Marie-Helen
Truchon Miousse, Emily
Villeneuve, Jeanne D.
Yu, Tiansi
Zelenski, Dmitri

INSCRIPTIONS – THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

Arcand, Amélie
Beaulieu, Kevin
Beaupré, Simon
Bekri, Houssine
Bélanger, Mathilde
Bernier, Maude
Blanchette, Sarah
Boivin-Mathieu, Camille
Boukache, Katia
Brema, Etienne
Caron, Sabrina
Cliche, Joanie

Constantin, Valérie
Côté, Marie-Pier
Deguire Grenon, Alexandre
Denine, Wallid
Diamond, Marc-André
Dion, Daphnée
Du Sault, Brenda
Dubreucq, Lucie
Dupont, Pascale
Flamand, Gabriel
Fortin, Mirenda
Glaman, Mihail

Goulet, Catherine
Grenier, Valérie
Hodel, Debora
Hum, Fanny
Jolin, Vicky
Labrie, Valerie
Laliberté, Rebecca
Landrichi, Omar Karim
Larivière, Laure Jaële
Légaré, Katherine
Lévesque, Noémie
Maynard, Jessika

Moore, Marie-Ève
Patry Neron, Charlotte
Pelletier, Gabrielle
Pépin, Guylaine
Pressner, Emma
Sanfaçon, Véronique
Thibert, Audrey
Tsiuck-Carignan, Annabelle
Villeneuve, Camille
Wolfe, Katherine

RÉINSCRIPTIONS

Allard-Laverdure, Janick
Antoniotti Passos, Tereza
Arsenault, Kareen
Ash, Jean-Bastien
Bannon, Karine
Baribeau, Kim
Bekri, Asma
Bérard, Jessica
Bertrand, Martine
Bérubé, Marie-Michèle
Blagrove, Vanessa
Blais, Joséane
Boileau, Valérie
Boissonneault, Geneviève
Bouchard, Julie
Bouchard, Sandrine
Boudreau, Karine
Brustolin, Miriam
Chabot, Catherine
Chabot, Marie-Christine
Chaput, Chantal

Chartier, Marie-Pier
Chénier, Mélodie L.
Coupal, Patricia
Dabic, Natasa
Deniger-Sorel, Karine
Doulger, Helena
Duchesne, Isabelle
Dulude, Maude
Duval, Audrey
Fortin, Benoit
Gagné, Andréanne
Gagné, Virginie
Gaudreau-Pollender, Camille
Genois, Elyse
Gervais, Joly-Ann
Gingras, Mélanie
Girouard-Baril, Viviane
Grandchamp, Vicky
Guarin Franco, Ingrid Viviana
Guertin, Mélissa
Guilbault, Catherine

Guillaume, Valérie
Hale, Janet
Hallé, Jade
Huaman-Flores, Edson
La Dinh (Denise)
Labelle, Annie
Lalancette, Maude
Langelier, Karine
Lanoue, Véronique
Lavoie, Élisabeth
Leduc, Valérie
Lefrançois, Judith
Lemieux, Geneviève
Lima, Marina
Martin, Caroline
Normand, Isabelle
Ouellet-Gagnon, Geneviève
Painchaud, Véronique
Paquette, Johany
Paquin Tremblay, Marie-Christine
Paré, Geneviève

Parent, Martin
Parenteau, Karine
Poulin, Caroline
Pouliot, Mireille
Provencher, Julie
Quirion, Karyne
Racine, Amélie
Roy, Joannie
Sandoval, Kathy
Sauvé, Dominique
Silveira, Daniella
Simard, Julie
St-Germain, Nathali
Tanguay, Marie-Andrée
Tardif, Louise
Tardif, Stéphanie
Tremblay, Anik
Vachon Lasenba, Cindy
Velicogna, Suzanne
Yee, Suet Bing

AVIS DE DÉCÈS

Carolyn J. Oliver, pht

Le 3 février 2018 est décédée M^{me} Oliver, physiothérapeute au Centre montérégien de Réadaptation. Elle était membre de l'OPPO depuis 2007.

France Lussier, pht

Le 6 février 2018 est décédée M^{me} France Lussier, physiothérapeute au CLSC Dorval-Lachine. Estimée de ses pairs et ses patients, elle a marqué par son dynamisme et son engagement tous ceux qui ont eu l'occasion de la côtoyer.



Tarifs de groupe exclusifs. Exclusivement pour vous.

Choisir **La Personnelle** pour vos assurances auto, habitation et entreprise vous permet d'avoir accès à des tarifs de groupe offerts aux **membres** de l'**Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec**.

C'est facile de transférer à La Personnelle!

La majorité de nos nouveaux clients le confirment*.

**Obtenez une soumission
et économisez**
1 888 476-8737
lapersonnelle.com/oppq



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec



laPersonnelle

Assureur de groupe auto, habitation
et entreprise

Tarifs de groupe. Service unique.

La Personnelle désigne La Personnelle, assurances générales inc. Certaines conditions, exclusions et limitations peuvent s'appliquer.

* Basé sur un sondage réalisé entre le 26 juillet et le 7 septembre 2017 auprès de nouveaux clients de La Personnelle ayant transféré leurs assurances auto et habitation entre les mois de mai 2016 et juillet 2017.



montréal18

CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE
PALAIS DES CONGRÈS DE MONTRÉAL
DU 1^{er} AU 3 NOVEMBRE

INSCRIVEZ-VOUS
DÈS MAINTENANT !

Ce congrès exceptionnel réunira des professionnels de la physiothérapie de partout au Canada.

Divers experts provenant du Québec, mais aussi des quatre coins du pays, proposeront des conférences et des ateliers de qualité axés sur la réalité du travail clinique et les pratiques émergentes en physiothérapie.

 MONTREAL18.CA

EVENTS@PHYSIOTHERAPY.CA
[#MONTREAL18](https://twitter.com/MONTREAL18)



Conférence de clôture

Emma Stokes
Présidente, WCPT



Association
canadienne de
physiothérapie



Association
québécoise de la
physiothérapie



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec