



Ordre professionnel  
de la physiothérapie  
du Québec

**LIGNES DIRECTRICES**  
**POUR LA PRATIQUE DE**  
**LA REEDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE**  
**AU QUÉBEC**

**SEPTEMBRE 2007**

**ORDRE PROFESSIONNEL  
DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC**

**L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec**

7151, rue Jean-Talon Est, bureau 1000

Anjou (Québec) H1M 3N8

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

Télécopieur : 514-351-2658

Courriel : physio@oppq.qc.ca

Site web : www.oppq.qc.ca

**Production**

Direction de l'amélioration de l'exercice

**Collaboration**

Claudia Brown, pht

Chantal Dumoulin, pht, Ph.D.

Suzanne La Rocque, pht

Jeanne D'Arc Mailloux, pht

Martine McMahon, pht

Louise Perrin, pht, M.Sc.A.

---

**Note** : Toute reproduction de ce document, en tout ou en partie, doit en indiquer la source.

Afin d'en alléger le texte, le mot *Ordre* est employé pour signifier : *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec* ».

Dans le présent texte, le générique masculin est utilisé sans discrimination.

## TABLE DES MATIÈRES

Préambule.....	4
1. DÉFINITION DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE .....	5
2. DÉMARCHE CLINIQUE.....	6
2.1. Évaluation .....	6
2.1.1. Questionnaire.....	7
2.1.2. Examen physique.....	10
2.1.3. Examens complémentaires .....	11
2.2. Diagnostic physiothérapique .....	13
2.3. Application et évaluation de l'intervention .....	14
3. RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE .....	20
3.1. Le champ d'exercice de la physiothérapie .....	20
3.2. Information au client.....	21
3.3. Présence d'un témoin pendant la RPP .....	22
3.4. Consentement libre et éclairé .....	22
3.5. Respect du client et confidentialité.....	23
3.6. Gestes à caractère sexuel .....	24
3.7. Prévention des infections .....	25
3.8. Tenue de dossiers.....	25
3.9. Tenue des cabinets de consultation.....	26
3.10. Publicité.....	27
3.11. Vente de matériel .....	27
3.12. Fixation des honoraires.....	28

## PRÉAMBULE

L'élaboration de lignes directrices quant à la rééducation périnéale et pelvienne (RPP) au Québec s'avère essentielle afin de structurer la pratique de cette activité selon les données probantes existantes et les risques de préjudice pour le client. Elles se veulent un outil permettant aux physiothérapeutes de développer une meilleure pratique quant à l'exercice sécuritaire et adéquat de la rééducation périnéale et pelvienne. Ces lignes directrices remplacent le document *Conduites physiothérapeutiques pour la pratique de la rééducation périnéale et pelvienne*, produit en juin 2000.

Les meilleures pratiques reconnaissent l'exercice de la physiothérapie fondée sur les données probantes. Dans leur pratique clinique, les physiothérapeutes intègrent avec empressement les récents résultats des recherches cliniques à leur expertise clinique, aux valeurs de leur client et aux ressources disponibles pour obtenir les meilleurs résultats possibles pour leur client<sup>1</sup>.

Ces lignes directrices ont été élaborées en tenant compte des sept dimensions des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada<sup>2</sup>. Nous vous présenterons d'abord l'aspect clinique de la démarche et ensuite nous préciserons certaines particularités de cette pratique auxquelles le physiothérapeute doit porter une attention particulière en raison de sa responsabilité professionnelle.

Ces lignes directrices permettront aux physiothérapeutes d'adopter une démarche rigoureuse, aux formateurs de structurer leur contenu de cours, au public d'être mieux sensibilisé aux normes actuelles de la RPP et finalement à l'Ordre d'assurer une meilleure protection du public.

---

<sup>1</sup> Association Canadienne de Physiothérapie : **La pratique fondée sur les preuves scientifiques.** [<http://www.physiotherapy.ca/francais/evidencebased.htm>].

<sup>2</sup> Conseil d'accréditation des programmes universitaires canadiens en physiothérapie, Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie, Association canadienne de physiothérapie, *Canadian Universities Physical therapy Academic council* : **Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada.** Juillet 2004.

## 1. DÉFINITION DE LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET PELVIENNE

À la fin des années 40, Arnold Kegel, gynécologue californien, a été le premier à populariser l'idée des exercices de renforcement du plancher pelvien pour pallier les incontinences urinaires et les désordres d'ordre sexuel.

Au Québec, la RPP est un champ particulier de l'exercice de la physiothérapie qui s'est développé vers la fin des années 80 et qui connaît un essor croissant tant au niveau de ses indications cliniques que de sa reconnaissance. En effet, aujourd'hui, la pratique de la rééducation périnéale en physiothérapie fait désormais partie intégrante de guides de pratique approuvés par différentes associations qui reconnaissent cette pratique comme une intervention de première ligne<sup>3,4</sup>.

Le plancher pelvien est composé principalement de muscles (et aussi de ligaments et de fascias). L'urètre, le vagin et le rectum traversent les muscles du plancher pelvien. Parce que ces muscles agissent comme un tout, une dysfonction du plancher pelvien peut occasionner des symptômes qui peuvent être répartis en 5 catégories :

- les symptômes urinaires ;
- les symptômes anorectaux ;
- les symptômes reliés à la descente d'organes pelviens ;
- les symptômes reliés à la fonction sexuelle ;
- les douleurs périnéales et pelviennes<sup>5</sup>.

Différentes conditions peuvent occasionner ces signes et symptômes. La RPP vise à identifier les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées au système neuromusculosquelettique associées ou à l'origine de ces problèmes, à déterminer un plan de traitement et à réaliser des interventions en vue de normaliser les dysfonctions, notamment au niveau du plancher pelvien. La RPP participe donc au traitement de diverses conditions par des interventions dans le domaine de la physiothérapie. La collaboration multidisciplinaire/interdisciplinaire est essentielle afin de répondre aux divers besoins de la personne (aspect médical, psychologique, sexualité, etc.). La prévention et l'éducation font partie intégrante de l'approche du physiothérapeute.

---

<sup>3</sup> Association des urologues du Canada : **Normes actuelles : L'incontinence**. Juin 2005.  
[\[http://www.cua.org/\]](http://www.cua.org/).

<sup>4</sup> Fondation d'aide aux personnes incontinentes du Canada : **Guide des pratiques cliniques chez les adultes**. 2000 [\[http://www.continence-fdn.ca/french/health-profs/clinicalpractice\\_fr.html\]](http://www.continence-fdn.ca/french/health-profs/clinicalpractice_fr.html).

<sup>5</sup> Messelink B et al : **Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction : Report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society**. Neurology and urodynamics 2005, **24**:374-380.

Les différentes problématiques peuvent être regroupées selon 4 tableaux cliniques :

- muscles du plancher pelvien normaux ;
- hyperactivité des muscles du plancher pelvien ;
- hypoactivité des muscles du plancher pelvien ;
- absence de contrôle des muscles du plancher pelvien (pas de contraction ou de relaxation ressenties à la palpation)<sup>6</sup>.

La RPP s'adresse à toute personne, homme ou femme, de l'enfant à la personne âgée.

Les données probantes dans le domaine de la RPP concernent principalement la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme. Cependant, la RPP ne cesse de se développer par la recherche et ce, tant au niveau de ses indications que des modalités d'intervention, ce qui contribuera à l'émergence croissante de nouvelles données probantes.

## 2. DÉMARCHE CLINIQUE

La démarche clinique du physiothérapeute se compose de trois étapes : l'évaluation de l'état du client, le diagnostic physiothérapique (incluant la planification de l'intervention) et finalement, l'application et l'évaluation de l'intervention.

### 2.1. Évaluation

L'évaluation de l'état du client est constituée principalement de l'obtention des renseignements pertinents et comprend la collecte de données, les entrevues, les examens, tests et mesures permettant d'identifier la déficience ou l'incapacité de la fonction physique reliées notamment aux systèmes musculosquelettique et neurologique. Compte tenu qu'une dysfonction du plancher pelvien peut occasionner ou résulter d'une problématique au niveau de divers systèmes, l'évaluation devra porter sur l'ensemble de ces systèmes.

Dans les pages suivantes, nous passerons en revue les éléments qui peuvent être inclus dans l'évaluation. Ces éléments devront faire partie de la démarche du physiothérapeute et être notés au dossier lorsque pertinents.

---

<sup>6</sup> Messelink B et al : **Standardization of terminology of Pelvic Floor Muscle Function and Dysfunction: Report From the Pelvic Floor Clinical Assessment Group of the International Continence society.** *Neurology and Urodynamics* 2005, **24**:374-380.

### 2.1.1. Questionnaire (Anamnèse)

Le questionnaire comprend les renseignements généraux et l'histoire visant la collecte de tous les renseignements pertinents à la problématique évaluée. Un interrogatoire soigné et en profondeur sur les symptômes contribue à orienter le reste de l'évaluation et à formuler un diagnostic physiothérapeutique.

#### 2.1.1.1. Renseignements généraux

Les renseignements généraux doivent être consignés conformément au règlement sur la tenue de dossier<sup>7</sup>.

#### 2.1.1.2. Histoire

L'histoire devrait comprendre différents points qui devront être abordés si pertinents, notamment :

- les motifs de consultation incluant les attentes de la personne ;
- l'apparition des symptômes et leur évolution, incluant les réactions aux traitements antérieurs ;
- les habitudes de vie pertinentes de la personne :
  - tabagisme,
  - alimentation : caféine, alcool, diète, hydratation,
  - activité physique,
  - sexualité,
  - conditions de travail ou du quotidien ;
- les antécédents d'abus sexuels. La clientèle constituée par les survivantes d'abus sexuels nécessite, quant à elle, une attention particulière de la part du physiothérapeute en raison des effets psychologiques résiduels présentés par cette clientèle. *Il est important de souligner que la race, la culture, la classe sociale, l'orientation sexuelle, le stade de rétablissement à la suite d'un traumatisme subi dans l'enfance et d'autres facteurs influent sur la réaction des survivantes auprès d'un professionnel de la santé*<sup>8</sup>. Il n'y a pas de bonne façon de poser des questions à ce sujet. Ces survivantes désirent un environnement sûr, sans critique, et des professionnels de la santé sensibles et informés<sup>9</sup>. L'approche du professionnel de la santé devra être

---

<sup>7</sup>OPPQ : **Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec.** [[http://www.oppq.qc.ca/docs/reglement\\_tenue\\_dossiers.pdf](http://www.oppq.qc.ca/docs/reglement_tenue_dossiers.pdf)].

<sup>8</sup>Schachter C, Stalker C and Teram E : **Manuel de pratique sensible à l'intention des professionnels de la santé: Leçons tirées de survivantes d'abus sexuel dans leur enfance.** Unité de la prévention de la violence familiale, Santé Canada, 2001  
[[http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/html/nfntxsensi\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/html/nfntxsensi_f.html)].

<sup>9</sup>Schachter C, Radomsky N, Stalker C, Teram E : **Womens survivors of child abuse: how can health professionals promote healing?** Can Fam Physician 2004, **50**:405-412.

adaptée selon la condition psychologique de la personne afin de développer une approche sensible<sup>10</sup> ;

- les antécédents obstétricaux, médicaux, et chirurgicaux incluant notamment : nombre de grossesses avec facteurs de risque liés à l'accouchement, présence de fibromes, cycle menstruel/ménopause, cancer de col (ou présence de cellules précancéreuses lors du PAP test), de la prostate, de la vessie ou du colon, hystérectomie, prostatectomie, chirurgie correctrice ou tout autre chirurgie pertinente, infections transmissibles sexuellement (ITS), problème musculosquelettique important ;
- les affections associées pertinentes au problème telles troubles cognitifs et psychiatriques, affections respiratoires, infections actives, maladies métaboliques, maladies neurologiques et allergies ;
- la recherche des facteurs de risque des problèmes anorectaux, pelviens et de l'incontinence urinaire afin de les reconnaître et de les modifier chaque fois que possible<sup>11,12</sup> ;
- la liste des médicaments incluant l'hormonothérapie et la contraception ;
- les rapports d'examens incluant notamment : analyse et culture d'urine ou de selles, cystoscopie, bilan urodynamique, niveau de l'antigène prostatique spécifique (APS), manométrie anorectale, EMG, biopsie et imagerie médicale ;
- la description des changements notés par la personne au niveau :
  - de son périnée: irritation cutanée, coloration, apparence de la vulve ou du pénis et des testicules,
  - d'une béance vulvaire : affaissement du périnée (bruits d'air vaginaux, écoulement d'eau à la sortie du bain),
  - sécheresse vaginale ;
- la description des symptômes reliés au bas appareil urinaire sont divisés en 3 groupes : symptômes de la phase de remplissage, de la phase mictionnelle et de la phase post-mictionnelle. Ils permettent notamment de préciser l'étiologie de l'incontinence : incontinence urinaire à l'effort (IUE), incontinence urinaire d'urgence ou (synonyme) par impériosité (IUU)<sup>13</sup> et incontinence urinaire mixte (IUM). D'autres types d'incontinence urinaire sont aussi décrits<sup>14,15,16</sup>. Des symptômes tels l'urgence mictionnelle et la pollakiurie peuvent être présents sans incontinence urinaire ;

---

<sup>10</sup> Schachter C, Stalker C and Teram E : **Manuel de pratique sensible à l'intention des professionnels de la santé: Leçons tirées de survivantes d'abus sexuel dans leur enfance.** Unité de la prévention de la violence familiale, Santé Canada, 2001  
[\[http://www.phac-aspc.gc.ca/nctv-cnivf/violencefamiliale/html/nfntxsensi\\_f.html\]](http://www.phac-aspc.gc.ca/nctv-cnivf/violencefamiliale/html/nfntxsensi_f.html).

<sup>11</sup> Incontinence, 3rd International Consultation on Incontinence, Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (eds), Edition 2005.

<sup>12</sup> Association des urologues du Canada : **Normes actuelles : L'incontinence.** 2005  
[\[http://www.cua.org/\]](http://www.cua.org/).

<sup>13</sup> *Ibidem.*

<sup>14</sup> Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A : **The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from**

- indication du nombre de mictions par jour, par nuit, besoin ressenti, jet continu/intermittent, vidange, gouttes retardataires, nécessité de pousser, position lors de la miction, possibilité d'arrêter ou de ralentir la miction capacité de se retenir, coloration et odeur de l'urine, sensation de vidange incomplète,
- description des circonstances, de la fréquence et de la sévérité des symptômes,
- indication du type, du nombre, de la fréquence et des circonstances d'utilisation des protections et de leur saturation ;
- la description des symptômes reliés au système anorectal :
  - constipation/difficulté à l'évacuation, indication du nombre de selles par jour/semaine, besoin ressenti, nécessité/intensité/durée de la poussée, position lors de la défécation, vidange complète ou incomplète, assistance mécanique/médicamenteuse/alimentaire, consistance (Bristol stool form scale<sup>17,18</sup>) et coloration des selles, présence de saignements ou de douleur, contrôle des gaz,
  - description des circonstances, de la fréquence et de la sévérité des symptômes,
  - indication du type, du nombre et des circonstances d'utilisation des protections, de la nature et de la quantité des pertes, de la nécessité de changer les sous-vêtements ;
- la description des symptômes reliés à la fonction sexuelle :
  - présence de douleur lors des relations sexuelles, symptômes urinaires et anorectaux associés, fréquence et type des relations, pénétration,
  - troubles du désir, assistance, dysfonction orgasmique (hommes et femmes), dysfonction érectile et éjaculatoire,
  - cycle des menstruations en lien avec les symptômes, utilisation de tampons ;
- la description des symptômes reliés à un prolapsus : les organes du petit bassin notamment sujets à prolapsus ou ptose : utérus (hystérocèle), vessie

---

the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology and Urodynamics* 2002, **21**:167-178.

<sup>15</sup> Farrell SA et al : **Évaluation de l'incontinence d'urine à l'effort en vue d'une intervention chirurgicale primaire.** Directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), no 127, avril 2003 [[http://www.sogc.org/guidelines/pdf/ps127\\_f.pdf](http://www.sogc.org/guidelines/pdf/ps127_f.pdf)].

<sup>16</sup> Haab F, Amarenco G, Coloby P, Grise P, Jacquetin B, Labat JJ, Chartier-Kastler E, Richard François R : **Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society.** *Progrès en Urologie* 2004, **14**:1103-1111

[<http://www.urofrance.org/publist.php?showauteurs=1&hideresume=1&annee=2004&revue=PU&ome=14&volume=6>].

<sup>17</sup> **Bristol stool form scale.** International Foundation for functional Gastrointestinal Disorders [<http://www.aboutconstipation.org/bristol.html>].

<sup>18</sup> **Bristol stool form scale.** Description des selles [<http://www.hopital-riviera.ch/soins-intensifs/Scores/Selles.jpg>].

(cystocèle), urètre (urétrocèle), vessie et urètre (urétrocystocèle), rectum (rectocèle) ;

- sensation de pesanteur et/ou de douleur a/n du périnée, d'évacuation incomplète, de plénitude rectale ;
- la description des symptômes liés à la douleur ou autres symptômes tels inconfort ou paresthésie :
  - description du type de sensation notamment, brûlure, élancement, pression, ballonnement abdominal et crampe abdominale,
  - topographie,
  - intensité selon échelle reconnue,
  - durée, fréquence, horaire, cycle,
  - énumération et description des facteurs responsables de l'apparition ou de l'augmentation de la douleur ou inversement, de leur diminution ou disparition (utilisation de tampon, vélo, etc.) ;
- l'évaluation de la qualité de vie : identification des rôles sociaux ou activités courantes rendus difficiles ou impossibles à réaliser pour le client (sorties à l'extérieur, relations sexuelles, activités sportives ou de loisir, choix vestimentaire limité). On peut utiliser des questionnaires standardisés qui permettent de mieux objectiver la qualité de vie et d'en suivre l'évolution en fonction des traitements reçus (voir section 2.1.3.).

### **2.1.2. Examen physique**

L'examen physique permet de recueillir les signes cliniques par l'examen visuel (inspection), la palpation et des examens complémentaires. Il vise notamment à objectiver la fonction des muscles du plancher pelvien en phase de repos, de contraction ou de relaxation. La position de l'examen doit être notée. L'examen comprend notamment les points suivants :

- observations générales : description du portrait global de la personne lorsqu'elle se présente en consultation, notamment sa capacité à participer à l'évaluation, appréhension/anxiété, compréhension, collaboration, motivation ;
- observations de la morphologie et de la posture : description détaillée de l'attitude posturale statique et dynamique, taille, poids, œdème des extrémités ;
- examen du diaphragme : description de la respiration, mobilité du diaphragme, tension et douleur (palpation) ;
- examen ostéo-articulaire de la région lombo-pelvienne : évaluation de la région lombaire, des articulations sacro-iliaques, sacro-coccygienne, coxo-fémorales et de la symphyse pubienne ;
- souplesse musculaire : évaluation de la souplesse des groupes musculaires concernés (notamment psoas, ischio-jambiers, adducteurs, pyramidaux, obturateurs) ;
- examen de l'abdomen : cicatrices, palpation, points douloureux, évaluation de la diastase des grands droits, bilan spécifique des abdominaux ;

- bilan neurologique : évaluation des dermatomes, myotomes, réflexes et viscérotomes ;
- examen du périnée: hygiène, trophicité vulvaire (apparence, coloration, pilosité) et anale, présence de cicatrice, distance ano-vulvaire, présence d'une béance vulvaire et anale, d'un prolapsus au repos ou à l'effort, visibilité de la contraction du périnée à la commande (ainsi que des compensations par les muscles extra-pelviens associés à l'effort), direction de la poussée, inversion de commande, mouvement du périnée lors de la toux, réflexe bulbo-caverneux ;
- examen génital chez les hommes : présence de pathologie cutanée a/n du pénis et du scrotum ;
- examen vaginal interne (consiste en un toucher à l'intérieur de la cavité vaginale à l'aide de un ou de deux doigts) : description de la position des organes (prolapsus), apparence du méat urinaire, mobilité viscérale, évaluation de la tonicité globale du plancher pelvien, cotation de la force musculaire du plancher pelvien (échelle New P.E.R.F.E.C.T. de Laycock) et description de la qualité des contractions (inversion de commande, syncinésie), identification des points douloureux (anneau de continence de Laycock) et description de la souplesse des tissus (muqueuses, peau, fascias, muscles), sensibilité ;
- examen anal interne (consiste en un toucher à l'intérieur de l'orifice anal à l'aide d'un doigt) : présence d'hémorroïdes et/ou de fissures anales, mesure de l'angle ano-rectal, longueur du canal anal, distance ano-vulvaire, mobilité et position du coccyx, présence ou absence de selles dans le rectum, évaluation de la tonicité du sphincter anal et des muscles du plancher pelvien, description de la qualité des contractions et cotation de la force musculaire du sphincter anal externe, des muscles pubo-rectal, pubo-coccygien, ilio-coccygien, ischio-coccygien et transverse profond, identification des points douloureux, des tensions musculaires, de l'intégrité du mur postérieur vaginal, réflexe anal, sensibilité rectale, proprioception.

### **2.1.3. Examens complémentaires**

Des examens ou tests complémentaires peuvent s'ajouter afin de compléter l'évaluation. Notez que la liste suivante n'est pas exhaustive de tous les examens complémentaires :

- L'examen instrumental de la contractilité de la musculature du plancher pelvien peut être effectué à l'aide d'électrodes de surface ou d'une sonde intra-cavitaire vaginale ou rectale reliée à un appareil EMG ou à pression. Le cône peut également être utilisé pour mesurer la capacité dynamique du plancher pelvien à retenir une charge.

- L'imagerie par ultrason est une méthode non invasive qui deviendra un outil important de la pratique des physiothérapeutes pour évaluer la contraction du plancher pelvien, sa position anatomique et son volume musculaire<sup>19</sup>.
- Le calendrier mictionnel informe de la fréquence, du volume et de l'heure où les liquides sont ingérés et excrétés pendant une période donnée. Il permet également une mesure semi-objective de l'efficacité des traitements pour l'incontinence urinaire. Différents modèles existent<sup>20,21,22</sup> et peuvent être modifiés selon ce que la condition requiert (selles, urgence mictionnelle, etc). Un tel calendrier pour les selles pourrait aussi être utilisé.
- Mesure des pertes d'urine : la mesure de la perte d'urine peut être effectuée à l'aide de deux tests :
  - le « Pad-test » (1 hre/24 hres) permet de quantifier les pertes d'urine à l'effort à partir d'une serviette sanitaire préalablement pesée qui est portée par le client ;
  - le test de la toux permet d'observer directement les pertes d'urine à l'effort. Il peut être effectué en position couchée ou debout<sup>23</sup>.
- Questionnaire sur la qualité de vie : les différentes problématiques vécues par les clients peuvent altérer leurs activités, leurs rapports affectifs et leur estime de soi. Dès lors, la mesure de la qualité de vie devient une dimension importante à évaluer. Pour les cas d'incontinence urinaire, différents questionnaires sont fortement recommandés (grade A)<sup>24</sup>, notamment *l'Urogenital Distress Inventory* et *l'Incontinence Impact Questionnaire*<sup>25</sup> qui ont la particularité d'être traduits en français. Ils permettent d'objectiver la perception des clients de leur condition et de contribuer à la mesure de l'efficacité des traitements.
- Échelle visuelle analogue : l'échelle visuelle analogue permet au client de quantifier la sévérité des symptômes, notamment les pertes d'urine ou de selles, les gaz, la lourdeur et la douleur, sur une échelle de 1 à 10, où la cote 10 représente la situation la plus défavorable.

<sup>19</sup> Bo K and Sherburn M : **Evaluation of female pelvic-floor muscle function and strength.**

Physical Therapy 2005, **85**:269-282

[<http://www.ptjournal.org/PTJournal/Mar2005/v85n3p269.cfm>].

<sup>20</sup> Association des urologues du Canada : **Calendrier mictionnel.** 2005 [<http://www.cua.org/>].

<sup>21</sup> Incontinence, 3rd International Consultation on Incontinence, Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (eds), Edition 2005.

<sup>22</sup> The Chartered Society of physiotherapy: **Clinical guidelines for the physiotherapy management of females aged 16–65 years with stress urinary incontinence.** 2004

[[http://www.csp.org.uk/uploads/documents/csp\\_guideline\\_sui.pdf](http://www.csp.org.uk/uploads/documents/csp_guideline_sui.pdf)].

<sup>23</sup> Farrell SA et al : **Évaluation de l'incontinence d'urine à l'effort en vue d'une intervention chirurgicale primaire.** Directives cliniques de la SOGC, no 127, avril 2003

[[http://www.sogc.org/guidelines/pdf/ps127\\_f.pdf](http://www.sogc.org/guidelines/pdf/ps127_f.pdf)].

<sup>24</sup> Incontinence, 2nd International Consultation on Incontinence, Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A Editors, 2<sup>nd</sup> Edition, 2002, chapter 6,

[[http://www.icsoffice.org/documents/ici\\_pdfs/Menus/main.pdf](http://www.icsoffice.org/documents/ici_pdfs/Menus/main.pdf)].

<sup>25</sup> Beaulieu S, Collet JP, Tu LM, Macrammalla E, Wood-Dauphinee S, Corcos J : **Performance of the Incontinence Impact Questionnaire in Canada.** Can J Urol. 1999, **6(1)**:692-699.

- Clientèle à profil particulier : certaines clientèles nécessiteront une évaluation plus détaillée des fonctions cognitives, de la mobilité, des facteurs sociaux et des barrières environnementales.

## 2.2 Diagnostic physiothérapique

Le physiothérapeute identifie les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées au système neuromusculosquelettique en relation avec les problèmes de la personne. Le diagnostic physiothérapique est le résultat de l'évaluation du physiothérapeute et tient compte des facteurs biopsychosociaux associés. Il est à la base de l'identification des problèmes de la personne et du plan de traitement physiothérapique.

Dans le cadre de la RPP, le diagnostic physiothérapique est une facette d'une problématique souvent multifactorielle. De par son travail en première ligne, le physiothérapeute développe des mécanismes de référence à un autre professionnel de la santé pour les problématiques qui débordent du champ de la physiothérapie (médecin, psychologue, nutritionniste, sexologue, etc). La collaboration multidisciplinaire/interdisciplinaire est primordiale afin de répondre à l'ensemble des besoins de la personne.

Le diagnostic physiothérapique, la liste de problèmes (ou l'orientation de traitement) et le plan d'intervention sont énoncés en des termes inhérents au domaine de la physiothérapie. Le physiothérapeute traite notamment une dysfonction du plancher pelvien qui contribue, en partie ou en tout selon le cas, aux symptômes de la personne. Le plan de traitement pourra inclure différentes modalités physiothérapiques (voir la section suivante) ainsi que les références à d'autres professionnels de la santé au besoin. La prévention et l'éducation de la personne permettront de sensibiliser la personne aux divers aspects qui pourront optimiser les résultats de la physiothérapie.

La prévention et de l'éducation auprès de la personne et sa famille font partie du plan de traitement physiothérapique dans la mesure où ces activités sont reliées au champ de la physiothérapie<sup>26</sup>. *Le souci de bien informer la population fait intrinsèquement partie de la protection du public qui demeure la mission première des ordres professionnels*<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> OPPQ : **Guide d'application de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé**. Janvier 2004, page 8  
[\[http://www.oppq.qc.ca/docs/guide\\_loi\\_90.pdf\]](http://www.oppq.qc.ca/docs/guide_loi_90.pdf).

<sup>27</sup> Office des professions du Québec : **Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé : Cahier explicatif**. 2002, page 31,  
[\[http://www.opq.gouv.qc.ca/\]](http://www.opq.gouv.qc.ca/).

## 2.3 Application et évaluation de l'intervention

La pratique de la rééducation périnéale et pelvienne fait appel à l'éducation et à différentes modalités manuelles, physiques et électriques incluant notamment les exercices actifs, les exercices avec contrainte, les exercices avec rétroaction biologique (biofeedback), les techniques manuelles, l'utilisation d'acomodateur, les techniques de ballonnet, les techniques abdomino-périnéales, le travail satellite, l'électroneurostimulation et la rééducation vésicale. En voici une brève description :

- a) L'éducation :
  - consiste, par l'information (notamment pour les activités physiques à risque, les habitudes alimentaires, mictionnelles et de défécation), à encourager le client à prendre en charge sa condition en le sensibilisant aux facteurs aggravants afin qu'il puisse modifier les activités et habitudes de vie qui influencent ses problématiques pelvi-périnéales.
- b) Les exercices actifs libres du plancher pelvien :
  - consistent à contracter de façon sélective les muscles du plancher pelvien ;
  - ont pour but le recrutement, le renforcement, l'endurance et la coordination des muscles du plancher pelvien pour améliorer la pression de clôture urétrale, faciliter l'inhibition vésicale, supporter les organes pelviens et améliorer la fermeture anale.
- c) Les exercices avec contrainte :
  - consistent à utiliser une contrainte en vue de renforcer les muscles du plancher pelvien (résistance manuelle, cônes vaginaux) ;
  - s'inscrivent dans la progression d'un programme d'exercices actifs du plancher pelvien.
- d) Les exercices avec rétroaction biologique (biofeedback) :
  - permettent la prise de conscience de la musculature du plancher pelvien de façon à améliorer la proprioception ;
  - des électrodes EMG (de surface ou intracavitaires) placées dans la cavité vaginale, la cavité anale, sur le périnée ou sur les abdominaux et fessiers, permettent d'enregistrer l'activité électromyographique des muscles du plancher pelvien et des muscles parasites ;
  - la sonde pression placée dans les cavités vaginale ou anale permet d'enregistrer la pression intracavitaire ;
  - le feedback EMG ou pression est transmis au patient par l'intermédiaire d'un signal auditif et/ou visuel.
- e) Les techniques manuelles :
  - regroupent les techniques de massage, les techniques proprioceptives, les pressions ischémiques, les étirements, les frictions, les mobilisations articulaires et des tissus mous, les techniques myofasciales et d'énergie musculaire;

- peuvent être faites par voie interne vaginale ou anale ou par voie externe sur le périnée ;
  - en RPP, les techniques manuelles visent la facilitation de la contraction musculaire, la mobilisation articulaire et des tissus mous, la normalisation du tonus musculaire et le contrôle de la douleur.
- f) L'utilisation d'un accommodateur :
- consiste à insérer un accommodateur afin d'assouplir et de relâcher les tissus des cavités vaginale ou anale.
- g) L'utilisation de ballonnet :
- permet le réentraînement de la sensibilité et/ou de la compliance rectale.
- h) Les techniques abdomino-périnéales :
- consistent à normaliser la pression intra-abdominale en intégrant le travail abdominal et pelvien dans les activités fonctionnelles ;
  - utilisent les interactions biomécaniques et manométriques entre le diaphragme pelvien, le diaphragme thoracique, le transverse de l'abdomen et la musculature stabilisatrice de la colonne lombaire.
- i) Le travail satellite :
- consiste en la correction de l'attitude posturale, l'amélioration de la force et de la souplesse des chaînes musculaires antérieures et postérieures et la correction des dysfonctions neuromusculosquelettiques du bassin, de la région lombaire et des hanches ayant un impact sur la région pelvi-périnéale ;
  - vise à rétablir, lorsque nécessaire, l'équilibre biomécanique de la région pelvienne.
- j) L'électroneurostimulation:
- consiste à utiliser un courant électrique de basse ou de moyenne fréquence pour produire une contraction des muscles du plancher pelvien, avec l'aide d'une électrode vaginale ou anale, ou d'électrodes périnéales de surface ;
  - vise l'amélioration de la proprioception, l'entraînement musculaire du muscle faible ou atrophié et l'inhibition de l'hyperactivité vésicale.
- k) La rééducation vésicale :
- consiste à supprimer l'envie pressante d'uriner (par des techniques pour distraire la pensée, par la modification des habitudes alimentaires visant réduire l'ingestion d'irritants de la vessie et par des exercices du plancher pelvien) et à améliorer la capacité de rétention de la vessie (par le calendrier mictionnel).

Au cours des dernières années, des efforts ont été déployés pour évaluer de façon plus rigoureuse les interventions en RPP. Les physiothérapeutes en RPP s'appuient sur les récentes données probantes afin d'élaborer leur plan d'intervention et choisir les modalités les plus efficaces en fonction des problèmes du client.

Le Tableau 1 présente les niveaux d'évidence. Il s'appuie sur le niveau d'évidence pour intervention thérapeutique de Oxford, recommandé par l'*International Consultation on Urological Diseases* qui est une organisation non gouvernementale affiliée à l'Organisation mondiale de la santé.

**Tableau1. Niveaux d'évidence.**

**Niveaux d'évidence:**

**Niveau 1** : inclut des méta-analyses d'études randomisées ou des études randomisées de bonne qualité ;

**Niveau 2** : inclut des études randomisées de faible qualité (par exemple étude dans laquelle le suivi est fait sur moins de 80% des patients) ou des méta-analyses d'études de cohorte (sans groupe contrôle) ;

**Niveau 3** : inclut des histoires de cas rétrospectives de bonne qualité;

**Niveau 4** : inclut des opinions d'expert.

Les évidences présentées ont trait aux principaux domaines actuels d'intervention en rééducation périnéale et pelvienne. Elles proviennent de revues de méta-analyses *Cochrane*, d'études randomisées et d'études de cohortes retrouvées sur *Medline* en date de novembre 2006.

**La RPP pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme:**

1. L'entraînement des muscles du plancher pelvien est plus efficace que l'absence de traitement dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort, l'incontinence urinaire d'urgence et l'incontinence urinaire mixte<sup>28</sup>. **(niveau d'évidence 1)** Pour celles qui ont une incontinence urinaire d'urgence ou une incontinence urinaire mixte, il peut être bénéfique d'offrir ce traitement en combinaison avec une rééducation vésicale. Ceci supporte les recommandations que l'on retrouve dans les guides de pratique canadiens<sup>29</sup> qui suggèrent l'utilisation du renforcement des muscles du plancher pelvien comme traitement de première ligne pour les femmes avec l'incontinence urinaire d'effort, l'incontinence urinaire d'urgence et l'incontinence urinaire mixte.

2. L'entraînement des muscles du plancher pelvien pendant la grossesse réduit le risque d'incontinence urinaire post-natale à court terme (3 mois). Cet effet peut persister jusqu'à 4 ans post-accouchement<sup>30</sup>. **(niveau d'évidence 1)**

<sup>28</sup> Hay-Smith EJC, Dumoulin C : **Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women** (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1. Art. No.: CD005654. DOI:10.1002/14651858.CD005654.

<sup>29</sup> Association des urologues du Canada, **Normes actuelles : L'incontinence**. Juin 2005 [<http://www.cua.org/>].

<sup>30</sup> Incontinence, 3rd International Consultation on Incontinence, Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (eds), Edition 2005.

3. Le renforcement musculaire du plancher pelvien après l'accouchement est plus efficace que l'absence de traitement dans le traitement de l'incontinence urinaire post-natale à court et moyen terme. L'effet à long terme de cette intervention reste à être démontré<sup>31</sup>. **(niveau d'évidence 1)**

4. Il est difficile d'identifier la combinaison idéale de modalités de traitement (exercices et leurs paramètres, exercices avec contrainte, électroneurostimulation, exercices avec rétroaction biologique) pour l'incontinence chez la femme, à cause de l'hétérogénéité des études dans le domaine. Le physiothérapeute utilisera ces modalités pour obtenir le meilleur résultat de traitement en fonction de l'évaluation initiale du client et de la formation reçue<sup>32</sup>. **(niveau d'évidence 3)**

5. L'entraînement des muscles du plancher pelvien avec une contrainte (cône vaginal) semble plus efficace que l'absence d'intervention pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort<sup>33</sup> **(niveau d'évidence 2)** et pourrait être aussi efficace que l'électroneurostimulation et les exercices actifs du plancher pelvien<sup>34</sup>. **(niveau d'évidence 2)** Par contre, plusieurs femmes trouvent les cônes désagréables ou difficiles à utiliser. Ils ne conviennent donc pas à toutes les femmes<sup>35</sup>.

6. Il n'existe pas d'évidence suggérant que les femmes âgées ne bénéficient pas autant de la rééducation des muscles du plancher pelvien que les femmes jeunes. Deux études pilotes canadiennes montrent que cette intervention semble efficace chez les femmes âgées et très âgées<sup>36,37</sup>.

### **La RPP pour le traitement des prolapsus chez la femme:**

Jusqu'à tout récemment, il y avait peu d'évidences scientifiques quant à l'utilisation des exercices des muscles du plancher pelvien dans le traitement des prolapsus. Une récente étude pilote<sup>38</sup> montre que les exercices du plancher

---

<sup>31</sup> Ibidem.

<sup>32</sup> Ibidem.

<sup>33</sup> Herbison P, Mantle J, Dean N : **Weighted vaginal cones for urinary incontinence** (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 1. Art. No.: CD002114. DOI:10.1002/14651858.CD002114.

<sup>34</sup> Ibidem.

<sup>35</sup> Ibidem.

<sup>36</sup> Perrin L, Wood-Dauphinee S, Corcos J, Henley J, Kuchel G : **Advanced age is not a barrier to apparent benefit from pelvic floor muscle training with biofeedback and bladder training**. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing* 2005, **32(3)**:186-199.

<sup>37</sup> Martin C, Dumoulin C : **Factors that impact incontinent older women's participation to a pelvic floor muscle exercise class and a home program?** Poster presentation, WCPT Congress, Vancouver 2007.

<sup>38</sup> Hagen S, Stark D, Glazener C, Ramsay I : **A feasibility study for a randomised controlled trial of a pelvic floor muscle training intervention for women with pelvic floor organ prolapse**. Abstract, ICS Congress, Christchurch 2006 [<http://www.icsoffice.org/>]

pelvien réduisent le degré du prolapsus ainsi que les symptômes qui y sont associés. D'autres essais cliniques randomisés sont nécessaires pour confirmer les résultats de cette étude. Le renforcement des muscles du plancher pelvien semble prévenir la détérioration d'un prolapsus antérieur (cystocèle)<sup>39</sup>. **(niveau d'évidence 2)**

Les exercices du plancher pelvien en période pré-opératoire aident à améliorer la qualité de vie et à réduire les symptômes de prolapsus et/ou d'incontinence urinaire<sup>40</sup>. **(niveau d'évidence 2)**

#### **La RPP pour le traitement de l'incontinence urinaire post-prostatectomie :**

Les données sont insuffisantes pour prouver ou nier l'efficacité de la physiothérapie dans le traitement de l'incontinence urinaire post-prostatectomie. Les statistiques montrent que pour la plupart, les clients retrouveront la continence urinaire, avec ou sans physiothérapie, dans l'année suivant une chirurgie de la prostate. Cependant, les études appuient l'efficacité des traitements physiothérapeutiques pour permettre un retour plus précoce à la continence urinaire, et quelques études supportent l'enseignement des exercices du plancher pelvien avant la chirurgie<sup>41,42,43,44,45,46</sup>. **(niveau d'évidence 1)**

#### **La RPP pour le traitement de la dysfonction érectile :**

Les exercices du plancher pelvien, avec ou sans rétroaction biologique ainsi que l'électroneurostimulation, peuvent être utilisés dans le traitement de la dysfonction érectile<sup>47</sup>. En ce moment, les études sur ce sujet sont insuffisantes pour confirmer l'efficacité de ce traitement. **(niveau d'évidence 4)**

---

<sup>39</sup> Incontinence, 3rd International Consultation on Incontinence, Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A (eds), Edition 2005.

<sup>40</sup> Ibidem.

<sup>41</sup> Hunter KF, Moore KN, Cody DJ, Glazener CMA : **Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence** (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 2. Art. No.: CD001843. DOI:10.1002/14651858.CD001843.

<sup>42</sup> Dorey G : **Restoring pelvic floor function in men: review of RCTs**. *British Journal of Nursing* 2005, **14(19)**:1014-1021.

<sup>43</sup> Viola D, Comerci F, Martorana G : **Rehabilitation therapy and urinary incontinence after radical retropubic prostatectomy. A critical review of the literature**. *Urologia Internationalis* 2006, **76(3)**:193-8.

<sup>44</sup> Burgio KL, Goode PS, Urban DA, Umlauf MG, Locher JL, Bueschen A, Redden DT : **Preoperative biofeedback assisted behavioral training to decrease post-prostatectomy incontinence: a randomized, controlled trial**. *Journal of Urology* 2006, **175(1)**:196-201.

<sup>45</sup> Filocamo MT, Li Marzi V, Del Popolo G, Cecconi F, Marzocco M, Tosto A, Nicita G : **Effectiveness of early pelvic floor rehabilitation treatment for post-prostatectomy incontinence**. [Randomized Controlled Trial] *European Urology* 2005, **48(5)**:734-8.

<sup>46</sup> Hoffmann W, Liedke S, Dombó O, Otto U : **Electrostimulation in therapy of postoperative urinary incontinence. Therapeutic value for quality of life**. [Randomized Controlled Trial] *Urologe A*. 2005; **44(1)**:33-40.

<sup>47</sup> Dorey G, Speakman MJ, Feneley RC, Swinkels A, Dunn CD : **Pelvic floor exercises for erectile dysfunction**. [Randomized Controlled Trial] *BJU International* 2005, **96(4)**:595-7.

### **La RPP pour le traitement de l'incontinence anale :**

Les clients souffrant d'incontinence anale peuvent bénéficier d'exercices du plancher pelvien, d'exercices avec rétroaction biologique et/ou de l'électroneurostimulation<sup>48,49,50,51,52</sup>. **(Niveau d'évidence 1)** La combinaison idéale des thérapies (rétroaction biologique, électroneurostimulation, exercices actifs, approche comportementale, etc) n'est pas encore déterminée.

### **La RPP pour le traitement de l'incontinence urinaire chez les clients avec un AVC<sup>53,54</sup>:**

1. La rééducation vésicale est efficace dans le traitement des incontinenances urinaires d'urgence chez les clients ayant subi un AVC. **(niveau d'évidence 3)**

2. La rééducation vésicale en combinaison avec la rééducation du plancher pelvien est efficace dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort, d'urgence et mixte chez les clients ayant subi un AVC. **(niveau d'évidence 2)**

3. La rééducation du plancher pelvien est efficace dans le traitement de l'incontinence d'effort et mixte chez les clients ayant subi un AVC. **(niveau d'évidence 2)**

4. Une approche physiothérapique de rééducation fonctionnelle est efficace dans le traitement de l'incontinence urinaire fonctionnelle chez le client ayant subi un AVC. **(niveau d'évidence 2)**

---

<sup>48</sup> Norton C, Cody JD, Hosker G : **Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults** (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD002111. DOI:10.1002/14651858.CD002111.

<sup>49</sup> Hosker G, Norton C, Brazzelli M : **Electrical stimulation for faecal incontinence in adults** (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 1. Art. No.: CD001310. DOI:10.1002/14651858.CD001310.

<sup>50</sup> Solomon MJ, Pager CK, Rex J, Roberts R, Manning J : **Randomized, controlled trial of biofeedback with anal manometry, transanal ultrasound, or pelvic floor retraining with digital guidance alone in the treatment of mild to moderate fecal incontinence**. *Diseases of the Colon & Rectum* 2003, **46(6)**:703-10.

<sup>51</sup> Ilnyckij A, Fachnie E, Tougas G : **A randomized-controlled trial comparing an educational intervention alone vs education and biofeedback in the management of faecal incontinence in women**. *Neurogastroenterology & Motility* 2005, **17(1)**:58-63.

<sup>52</sup> Norton C, Kamm MA : **Anal sphincter biofeedback and pelvic floor exercises for faecal incontinence in adults--a systematic review**. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 2001, **15(8)**:1147-54.

<sup>53</sup> Tibaek S, Gard G, Jensen R : **Pelvic floor muscle training is effective in women with urinary incontinence after stroke: a randomized, controlled and blinded study**. *Neurourol Urodyn* 2005, **24(4)**:348-57.

<sup>54</sup> Dumoulin C, Korner-Bitensky N, Tannenbaum C : **Urinary incontinence after stroke: Does rehabilitation make a difference? A systematic review of the effectiveness of behavioural therapy**. *Topics in stroke rehabilitation* 2005; **12(3)**:66-76.

### 3. RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Le physiothérapeute doit faire preuve de responsabilité professionnelle et exercer la physiothérapie de façon sûre, déontologique, culturellement sensible, professionnelle et autonome (Compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada, juillet 2004). En outre, le physiothérapeute a l'obligation de respecter les règlements de l'Ordre ainsi que toute autre loi régissant sa pratique professionnelle. Dans cette section, nous présentons certaines particularités de la RPP sous les aspects éthiques, légaux et réglementaires.

#### 3.1. Le champ d'exercice de la physiothérapie

Le champ d'exercice de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec est décrit au paragraphe *n* de l'article 37 du Code des professions :

37. *n*) l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec: évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire, déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal.

La RPP vise à identifier les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées au système neuromusculosquelettique associées ou à l'origine de ces problèmes, de déterminer un plan de traitement et de réaliser des interventions en vue de normaliser les dysfonctions, notamment au niveau du plancher pelvien.

La RPP s'est beaucoup développée depuis les 20 dernières années et ne concerne plus le seul domaine de la rééducation de l'incontinence urinaire à l'effort. Les motifs de consultation en RPP (accès direct ou référence médicale) sont très variés : problème de constipation, dyspareunie, prolapsus, etc.

L'Ordre considère la pratique de la RPP par ses membres comme faisant partie des actes thérapeutiques qui ont pour objet d'obtenir le rendement fonctionnel optimal de la personne, donc un domaine d'intervention qui fait partie du champ de la physiothérapie<sup>55</sup>.

---

<sup>55</sup> OPPQ : **La pratique de la rééducation périnéale et pelvienne par les physiothérapeutes : réalités cliniques, scientifiques et réglementaires.** 2000 [<http://www.oppq.qc.ca/docs/2000-juin-Avis-RPP-FR.pdf>].

La RPP peut se pratiquer dans tous les milieux offrant des services de physiothérapie mais s'exerce principalement en cabinet privé.

De par la nature particulière des problèmes traités, de leur caractère intime et du risque de préjudices physiques ou psychologiques inhérents, le physiothérapeute devra s'assurer qu'il possède les compétences nécessaires à l'exercice de la RPP.

De par la nature des divers problèmes que la clientèle peut présenter et qui peuvent déborder du cadre de l'exercice de la physiothérapie, la collaboration multidisciplinaire/interdisciplinaire fait partie intégrante de l'approche du physiothérapeute en RPP.

De ce fait, l'Ordre recommande fortement que :

**Le physiothérapeute développe des mécanismes de référence vers d'autres professionnels de la santé.**

L'article 4 du Décret d'intégration ne fait aucune mention quant à la rééducation périnéale et pelvienne. De ce fait, le thérapeute en réadaptation physique ne peut intervenir actuellement pour une condition nécessitant une rééducation périnéale et pelvienne.

### **3.2. Information au client**

De par la nature privée et intime de la RPP et du fait que la population connaît peu cette pratique, l'Ordre considère que le client doit bénéficier, dès le premier rendez-vous, d'une information complète afin de mieux comprendre la démarche clinique du physiothérapeute et les gestes qui seront posés. Elle favorisera ainsi l'expression par le client de ses interrogations, de ses craintes et de ses besoins. En facilitant la communication avec le client, le physiothérapeute minimisera les risques de malentendu qui pourraient survenir au long du suivi.

De ce fait, l'Ordre recommande fortement que :

**Le physiothérapeute informe le client (ou son représentant légal) quant à la pratique de la RPP et ses aspects particuliers lors du premier rendez-vous.**

Cette information peut être dispensée sous différentes formes (dépliants, discussion, etc).

### 3.3. Présence d'un témoin pendant la RPP

De par la nature privée et intime de la RPP, l'Ordre fait les recommandations suivantes concernant la présence d'un témoin pendant la RPP :

- a) **Il est raisonnable et acceptable de pratiquer la RPP sans la présence d'un témoin, à moins que le client ou le physiothérapeute n'en fasse la demande.**
- b) **Si le physiothérapeute choisit de demander la présence d'un témoin, il doit en expliquer les raisons au client.**
- c) **Si le client souhaite la présence d'un témoin, ce souhait doit être respecté et le client peut choisir cette personne.**
- d) **Le choix concernant la présence d'un témoin peut être offert verbalement ou par d'autres moyens.**
- e) **Il est possible que le client ne désire pas de témoin pendant la RPP afin de pouvoir parler de questions personnelles ou intimes avec le physiothérapeute en toute confidentialité. Ce dernier doit cependant faire preuve de prudence à tout instant, pour éviter toute possibilité de situations compromettantes.**

### 3.4. Consentement libre et éclairé

Les articles 3, 10, 11 et 14 du *Code civil du Québec* décrivent les aspects pertinents à la protection du consentement libre et éclairé du client :

**3.** Toute personne est titulaire de droits de la personnalité, tel le droit à la vie, à l'inviolabilité et à l'intégrité de sa personne, au respect de son nom, de sa réputation et de sa vie privée.

**10.** Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

**11.** Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit sa nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de tout autre intervention.

**14.** Le consentement aux soins requis par l'état de santé du mineur est donné par le titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur. Le mineur de quatorze ans et plus peut, néanmoins, consentir seul à ces soins. Si son état exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de douze heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur doit être informé de ce fait.

Le *Code civil du Québec* indique que nul ne peut être soumis à des soins sans son consentement. À cette fin, le client a le droit d'être informé de tout renseignement pertinent disponible, de manière à connaître les différentes options qui s'offrent à lui ainsi que les risques et conséquences généralement

associés à chacune de ces options. Le client doit être informé que son consentement peut être révoqué en tout temps.

Le *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique*<sup>56</sup> indique la conduite à tenir relativement à l'information à donner au client en regard de son intervention :

**17.** Le membre doit, avant de rendre des services professionnels, obtenir du client un consentement libre et éclairé. À cette fin, le membre doit, sauf pour des motifs raisonnables, fournir à son client, de façon complète et objective, toutes les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services professionnels qui seront fournis, notamment la nécessité, la nature, les modalités et les risques.

Les informations données au client par le physiothérapeute portent notamment sur la nature, le but, les conséquences et les risques de toute intervention (évaluation ou traitement) qui sera effectuée dans le cadre de la RPP. Il doit fournir ces informations en des termes adaptés à la capacité de comprendre du client afin de s'assurer de sa bonne compréhension qui est nécessaire à son consentement libre et éclairé et à sa participation pleine et entière à la RPP.

Obtenir le consentement du client n'est pas une activité ponctuelle car le client peut retirer son consentement en tout temps. Il est important que le physiothérapeute maintienne une bonne communication avec le client afin de s'assurer de sa collaboration et de son consentement tout au long du traitement.

### **3.5. Respect du client et confidentialité**

Les articles 8 et 36 du *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique* présentent les devoirs et obligations envers le client de façon à ce que le physiothérapeute pratique dans le respect des besoins de son client :

**8.** Le membre doit s'abstenir d'exercer sa profession dans des conditions ou des états susceptibles de compromettre la qualité de ses services et la dignité de la profession.

**36.** Le membre doit chercher à établir une relation de confiance mutuelle entre lui-même et son client.

À cette fin, le membre doit notamment :

- 1° s'abstenir d'exercer sa profession de façon impersonnelle ;
- 2° mener ses entrevues de manière à respecter l'échelle de valeurs et les convictions personnelles de son client, lorsque ce dernier l'en informe.

---

<sup>56</sup> OPPQ : **Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique.** [<http://www.oppq.qc.ca/docs/code-deontologie.pdf>].

De par la nature privée et intime de la RPP, il est essentiel que le physiothérapeute pratique dans le respect de l'échelle de valeurs et les convictions personnelles de son client. *Le physiothérapeute doit faire preuve de sensibilité et de respect pour les droits, la dignité et les caractéristiques uniques du client, incluant le sexe, l'âge, l'origine ethnique, la religion, la culture, la langue, l'orientation du style de vie, la santé, l'état cognitif et le comportement du client. Il s'assure que le client est traité avec respect et l'aide à exprimer ses besoins individuels*<sup>57</sup>.

Ce respect exige aussi une attention plus particulière de la confidentialité relativement aux informations reçues dans l'exercice de ses fonctions et dans l'esprit du secret professionnel qu'il doit observer (art. 29 du *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique*) :

29. Le membre est tenu au secret professionnel et il ne peut divulguer des renseignements à moins qu'il n'y soit autorisé par son client ou par une disposition expresse de la loi. Il est en outre relevé du secret professionnel dans les cas et aux conditions et modalités prévus aux articles 33 à 35.

### 3.6. Gestes à caractère sexuel

La nature intime et privée que revêt l'intervention en RPP, dicte une conduite qui assure un comportement professionnel et respectueux de la dignité du client. Outre l'agression sexuelle proprement dite, les incidents peuvent prendre la forme d'une « inconvenance de nature sexuelle » qui pourrait être attribuable notamment à des compétences médiocres sur le plan clinique, une attitude chauvine, une méconnaissance des valeurs du client ou un abus de pouvoir<sup>58</sup>.

Le *Code des professions* dicte les comportements professionnels à adopter en prévention des actes dérogatoires, plus précisément des gestes à caractère sexuel :

- 59.1 Constitue un acte dérogatoire à la dignité de la profession le fait pour un professionnel, pendant la durée de la relation professionnelle qui s'établit avec la personne à qui il fournit des services d'abuser de cette relation pour avoir avec elle des relations sexuelles, de poser des gestes abusifs à caractère sexuel ou de tenir des propos abusifs à caractère sexuel.

---

<sup>57</sup> Conseil canadien pour l'agrément des programmes universitaires de physiothérapie, Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie, Association canadienne de physiothérapie, *Canadian Universities Physical Therapy Academic Council : Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada*. Juillet 2004.

<sup>58</sup> Société des obstétriciens et gynécologues du Canada : **La profession médicale et l'agression sexuelle**. *J Obstet Gynaecol Can* 2003, **25(10)**:863  
[\[http://www.sogc.org/guidelines/public/134F-PS-October2003.pdf\]](http://www.sogc.org/guidelines/public/134F-PS-October2003.pdf).

L'Ordre fait les recommandations suivantes :

**En tout temps, le physiothérapeute doit informer le client des différentes manœuvres qui seront posées et manifester une écoute active.**

Cette écoute active du client, favorisée par une communication constante avec le client (langages verbal et non verbal), vise à s'assurer de sa compréhension de l'activité à être posée et de son consentement à poursuivre l'intervention. Cela contribuera à éviter tout risque de malentendu quant à l'interprétation des gestes posés.

**Le client doit pouvoir se préparer à l'examen en toute intimité (par exemple, endroit protégé par un rideau opaque sinon le physiothérapeute doit sortir de la salle d'examen).**

### 3.7 Prévention des infections

Les physiothérapeutes doivent appliquer des mesures rigoureuses de prévention des infections. Dans le cadre de la RPP, les physiothérapeutes sont particulièrement susceptibles d'entrer en contact direct avec des liquides organiques tels que le sang, le sperme, les sécrétions vaginales et anales de même qu'avec des liquides organiques visiblement teintés de sang. Ils ont la responsabilité de prendre toutes les mesures de protection appropriées pour prévenir la transmission et le développement d'infections. Dans cette perspective, il est souhaitable que les programmes de formation en RPP incluent les mesures de précaution universelles permettant d'éviter la transmission des infections dans les cliniques de physiothérapie.

L'Ordre recommande que :

**Les physiothérapeutes s'assurent du respect des règles généralement reconnues en prévention des infections lors de leur pratique en rééducation périnéale et pelvienne.**

### 3.8. Tenue des dossiers

L'Ordre considère essentiel que le physiothérapeute s'assure de consigner dans ses dossiers toute information pertinente, conformément aux exigences du *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des membres*<sup>59</sup>.

---

<sup>59</sup> OPPQ : **Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des membres.**  
[\[http://www.oppq.qc.ca/docs/reglement\\_tenue\\_dossiers.pdf\]](http://www.oppq.qc.ca/docs/reglement_tenue_dossiers.pdf).

Dans cette perspective, le Comité d'inspection professionnelle de l'Ordre a élaboré une grille et un guide afin que les physiothérapeutes pratiquant la RPP puissent se conformer aux exigences du *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des membres*.

La tenue de dossier est un indicateur important de la pratique du physiothérapeute. L'utilisation d'une terminologie inhérente à la physiothérapie permet alors de s'assurer que le physiothérapeute intervient à l'intérieur de son champ professionnel.

De plus, l'utilisation d'une terminologie standardisée permet notamment une compréhension uniforme de la démarche clinique du physiothérapeute.

À l'instar d'autres organismes de réglementation :

**Dans le cadre de la RPP, l'Ordre recommande l'usage d'une terminologie standardisée propre à la pratique au Québec.**

Le comité d'harmonisation de l'International Continence Society (ICS) a proposé une terminologie standardisée qui a fait l'objet d'une traduction en français<sup>60</sup>. Dans cette perspective, les programmes de formation en RPP de l'Ordre seront un élément clé pour diffuser la base d'une terminologie standardisée propre à la pratique au Québec.

### **3.9. Tenue des cabinets de consultation**

La nature privée et intime de la RPP dicte une tenue des cabinets de consultation qui assure que les traitements soient prodigués dans un climat respectueux de la dignité du client. En s'appuyant sur les articles 10 du *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des membres* :

**10.** Le membre doit utiliser un cabinet de consultation aménagé de façon à préserver le caractère confidentiel des conversations qu'il a avec les clients qui le consultent.

---

<sup>60</sup> Haab F, Amarenco G, Coloby P, Grise P, Jacquetin B, Labat JJ, Chartier-Kastler E, Richard François R : **Terminologie des troubles fonctionnels du bas appareil urinaire : adaptation française de la terminologie de l'International Continence Society**. Progrès en Urologie 2004, **14**:1103-1111  
[\[http://www.urofrance.org/publist.php?showauteurs=1&hideresume=1&annee=2004&revue=PU&ome=14&volume=6\]](http://www.urofrance.org/publist.php?showauteurs=1&hideresume=1&annee=2004&revue=PU&ome=14&volume=6).

L'Ordre fait la recommandation suivante :

**De par la nature intime et privée de la RPP, le physiothérapeute doit assurer à son client une salle fermée pour effectuer le traitement. S'il n'y a pas de salle fermée disponible, le physiothérapeute devra convenir avec le client du meilleur endroit pour effectuer le traitement ou de reporter le traitement.**

### **3.10. Publicité**

Le membre doit s'identifier comme un physiothérapeute auprès de son client, du public et des autres professionnels<sup>61</sup>.

L'Ordre n'émet actuellement aucun certificat de spécialiste. La RPP est un champ particulier de l'exercice de la physiothérapie. Le physiothérapeute ne peut donc utiliser un titre de spécialiste, ni agir de façon à donner lieu de croire qu'il est spécialiste dans le domaine de la RPP<sup>62</sup>.

Il peut afficher ses titres académiques et ses affiliations professionnelles, ses titres honorifiques ayant rapport avec l'exercice de sa profession et la description de toute approche thérapeutique pour laquelle il est correctement formé et qu'il utilise conformément aux principes actuels généralement reconnus de la physiothérapie<sup>63</sup>.

### **3.11. Vente de matériel**

Dans le cadre de l'exercice de la RPP, le physiothérapeute utilise fréquemment des sondes, des cônes, des dilateurs (accomodateurs), un périnéomètre ou autre matériel. À cette fin, et depuis l'entrée en vigueur du nouveau *Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique* en septembre 2007, il lui est désormais permis de vendre ou autrement fournir du matériel nécessaire à la réadaptation.

---

<sup>61</sup> OPPQ : **Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique**. Article 10 [<http://www.oppq.qc.ca/docs/code-deontologie.pdf>].

<sup>62</sup> Office des professions du Québec : **Code des professions**. Articles 42 et 58 [<http://www.opq.gouv.qc.ca/>].

<sup>63</sup> OPPQ : **Règlement sur la publicité des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique**. Article 2 [<http://www.oppq.qc.ca/docs/reglement-publicite.pdf>].

### 3.12. Fixation des honoraires

De par le temps consacré aux traitements, la difficulté et l'importance des traitements, et la prestation de traitements inhabituels ou exigeant une compétence et une célérité exceptionnelles<sup>64</sup>, l'Ordre considère qu'il est juste et raisonnable que les honoraires fixés dans le cadre de la pratique de la RPP soient plus élevés. La RPP est un champ particulier de l'exercice des physiothérapeutes dont les compétences sont acquises principalement par la formation continue.

Le montant plus élevé exigé pour les traitements en RPP peut faire en sorte que certains clients se sentent pénalisés par la couverture de leur compagnie d'assurance en matière de services de physiothérapie.

L'Ordre rappelle que le membre ne peut procurer ou faire procurer à un client un avantage matériel injustifié, notamment en faussant une déclaration, un rapport ou tout document relatifs à la santé d'un client ou au traitement donné à ce dernier. À cette fin, le physiothérapeute ne peut fractionner un traitement afin de pouvoir augmenter le nombre de facturations.

---

<sup>64</sup> OPPQ : **Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique**, Article 68 [<http://www.oppq.qc.ca/docs/code-deontologie.pdf>].