Physiothérapie – Leadership et possibilités

Joan M. Cleather

Merci. Bonjour. C'est tout un honneur pour moi d'être ici en tant que lauréate de la Conférence commémorative Enid Graham. Je suis très surprise et j'aimerais remercier les physiothérapeutes qui ont soumis ma candidature pour leur confiance et leur appui. Je suis reconnaissante à de nombreuses personnes qui m'ont aidée à me préparer pour cette journée, en vérifiant certains faits et en dénichant de vieilles photos. J'aimerais spécialement remercier Joan Walker qui a coordonné le diaporama PowerPoint.

Lorsque j'écrivais *Head, Heart and Hands*¹ le titre m'est venu assez facilement, mais lorsqu'on m'a rappelé que j'aurais besoin d'un titre pour cette conférence, il m'a été difficile d'en trouver un au début. De fait, alors que j'écrivais la première ébauche de mon discours. J'étais préoccupée par un projet théâtral à Chester (Nouvelle-Écosse), et le premier titre qui m'est venu est *Head, Heart and Hands – the musical!* Domage que je n'aie pas pu convaincre un de mes amis musiciens de se lever aussi tôt dans la matinée!!!

Bien que je compte parmi les rares physiothérapeutes de cette salle qui aient rencontré Mme Graham, la plupart d'entre vous reconnaîtront cette photo. Il est dommage que nous n'ayons pas toute une série de photographies d'elle aux archives de l'Association canadienne de physiothérapie (ACP). Non seulement elle était un personnage important, mais elle personnifiait manifestement le thème choisi pour le congrès de cette année – *Innovation, Avancement, Leadership!*

La propre carrière de physiothérapeute d'Enid Graham a commencé lorsqu'elle a répondu au besoin de traiter des soldats canadiens blessés lors de la Première Guerre mondiale. D'abord, en tant que membre du Royal Canadian Army Medical Corps, Mme Graham a enseigné des techniques de réadaptation dans le cadre d'un bref cours établi à l'Université McGill en 1916. Elle a ensuite été une participante essentielle à la création de la première école de physiothérapie de Toronto, un programme temporaire institué en 1917

par la Military Hospital Commission, Hart House^{1(p.65)}. En qualité de première chef de notre profession, Mme Graham a exercé à l'origine une influence importante sur l'établissement et sur l'avancement des possibilités d'éducation pour les physiothérapeutes.

Durant la Seconde Guerre mondiale, Mme Graham a bâti sur la réussite antérieure et a obtenu des résultats encore plus grandioses. En qualité de présidente du comité des affaires militaires de l'ACP, elle a aidé à organiser le recrutement des physiothérapeutes, qui s'enrôlaient en nombres records dans le service outremer. Parce qu'elle avait été outrée que lors de la Première Guerre mondiale ses « masseuses » (tel qu'on les désignait) se fussent refuser le grade d'officier (grade qui avait été conféré aux infirmières militaires), lors de la Deuxième Guerre mondiale Mme Graham a réussi à obtenir le statut d'officier pour les physiothérapeutes. Évidemment, le fait qu'elle ait été mariée à un médecin éminent qui était son défenseur le plus ardent n'a pas nui, mais, compte tenu des tendances de l'époque, c'était probablement la seule façon de mener à bien ces initiatives. Les chefs de file savent comment tirer parti des occasions qui se présentent.

Mme Graham incarnait un merveilleux amalgame de charme et de détermination, et elle est demeurée vitalemment intéressée aux travaux et réalisations des chefs de file qui ont pris sa suite. Elle était fière d'être présente aux célébrations du 50^e anniversaire de l'ACP en 1970 (Figure 1). Il y a maintenant près de neuf décennies que Mme Graham et ses collègues ont fondé l'ACP, pourtant son défi pour les physiothérapeutes de l'époque – rechercher l'excellence et promouvoir la profession – est encore valide de nos jours.

INNOVATION ET LEADERSHIP

Il doit être difficile pour les nouveaux diplômés de se rendre compte à quel point la profession a évolué depuis ses débuts, il y a presque 90 ans. De ses origines

Joan M. Cleather, Dip P&OT, BSc (P&OT): Membre à vie de l'Association canadienne de physiothérapie depuis 1991, Joan Cleather a été rédactrice en chef de *Physiothérapie Canada* de 1967 à 1986 et est l'auteur de *Head, Heart, and Hands: The Story of Physiotherapy in Canada* (1995).

Adresse pour correspondance: RR n° 1, Chester Basin, Nouvelle-Écosse B0J 1K0; Tel: 902-275-2413 (téléphone); Fax: 902-275-2211 (téléc.); E-mail: jcleather@eastlink.ca.

DOI:10.3138/physio.60.4.329

Figure 1 Enid Graham était une invitée d'honneur aux célébrations marquant le 50^e anniversaire de l'ACP en 1970

modestes en tant que groupe de gymnastes médicaux (Figure 2), d'infirmières, de masseuses et de diplômés des nouveaux cours de physiothérapie canadienne, l'Association s'est graduellement développée en une organisation dynamique déterminée à promouvoir des normes professionnelles élevées. Sous ses auspices et par l'intermédiaire de ses membres, bon nombre de physiothérapeutes sont apparus en tant que chefs de file, tant à l'échelon national qu'international. Sur la scène nationale, ces thérapeutes ont contribué non seulement en qualité de cliniciens, mais aussi en qualité d'enseignants et, récemment, en qualité de chercheurs.

Comme les bienfaits de la physiothérapie n'étaient pas bien compris lors de la première moitié du XX^e siècle, de nombreux thérapeutes devaient se montrer plutôt innovateurs lorsqu'ils cherchaient un emploi au Canada. Une de ces thérapeutes était Esther Asplet, qui est arrivée à Montréal de l'Angleterre en 1909. Bien qu'elle ait été thérapeute chevronnée et membre qualifiée de la British Chartered Society of Massage and Remedial Gymnastics, elle a eu beaucoup de difficulté à entrer dans le domaine médical au Canada. Un jour, après avoir passé plusieurs heures à l'hôpital général de Montréal afin de tenter sa chance de s'adresser au chirurgien réputé, mais bourru pour lequel elle espérait travailler, elle a finalement réussi à capter son attention. Lorsqu'il lui a demandé ce qu'il pouvait faire pour elle, elle lui a répondu qu'elle était venue voir ce qu'elle pouvait faire pour lui! Par la suite elle a eu une carrière

longue et prospère à Montréal, tant dans la pratique publique que privée.

Eileen Boland, infirmière et physiothérapeute irlandaise arrivée à Halifax en 1921, a été une autre pionnière. Elle a commencé sa carrière au Canada en tant que bénévole, une journée par semaine à la Dalhousie Public Clinic, ses heures de bénévolat compensées par un petit cadeau à Noël. De nombreux autres ont connu des expériences semblables, un contraste marqué avec la pratique contemporaine au sein de laquelle de nombreux physiothérapeutes fonctionnent de façon assez autonome en tant que praticiens « de premier contact ».

Le fait indéniable est qu'à l'origine très peu de postes s'offraient au Canada à un physiothérapeute. C'est seulement lorsqu'une grande quantité de blessés a commencé à revenir de la Première Guerre mondiale que la profession médicale a finalement compris la valeur de la physiothérapie. Toutefois, son intérêt pour la physiothérapie ne s'est pas poursuivi après la guerre et les offres d'emploi demeuraient rares. À un moment donné durant les années 1930, au milieu de la Grande Dépression, six nouveaux diplômés en physiothérapie se disputaient un seul poste vacant dans tout le Canada. Comme Mme Graham l'a exprimé en 1970, « il est vrai de dire que pour très longtemps, peu d'hommes de la profession médicale percevaient le travail d'un physiothérapeute comme un atout précieux au traitement de leurs patients² ». Malheureusement, il a fallu une autre guerre mondiale pour persuader les

Figure 2 La gymnastique médicale formait une importante partie du programme d'études de six mois créé en 1917 à Hart House

autorités de l'importance de la physiothérapie. Si l'on en croit les couvertures médiatiques récentes du personnel blessé revenant du déploiement en Afghanistan, la sensibilisation du public à la physiothérapie est de nouveau à la hausse.

La pénurie initiale de physiothérapeutes canadiens à l'origine a donné lieu au recrutement de nombreux thérapeutes de la Grande-Bretagne. Il s'agissait de thérapeutes formés en milieu hospitalier venus au Canada pour assumer des postes de chefs de département dans les hôpitaux ou comme enseignants à une école universitaire de physiothérapie. En 1929, la première de ces écoles offrait un programme de deux ans menant à un diplôme à l'Université de Toronto (U de T). Avec la demande croissante de physiothérapeutes durant la Seconde Guerre mondiale, en 1943 une deuxième école a été ouverte à l'Université McGill. Le directeur nominal de ces deux écoles était médecin, mais, pour les étudiants, les chefs *de facto* étaient physiothérapeutes : Lilian Pollard et Helen Nicholson Gault. Durant la période de l'après-guerre, la demande de services de physiothérapie au sein de la population civile s'est intensifiée en

raison des épidémies récurrentes de polio (voir la Figure 3), et de nombreuses cliniques spécialisées et programmes de soins de santé qui recrutaient aussi des physiothérapeutes.

Dans les années 1950, il était évident qu'une pénurie marquée de physiothérapeutes qualifiés sévissait au pays et que d'autres écoles étaient requises, ce qui à leur tour, signifiait qu'un plus grand nombre d'éducateurs en physiothérapie était requis. Un cours menant à un certificat d'enseignement a été amorcé à l'U de T et certains de ces nouveaux enseignants ont élaboré de nouveaux programmes d'études universitaires dans d'autres parties du pays. Dans un esprit de collaboration, certains thérapeutes anglophones se sont même rendus au Québec, afin d'y former une partie du personnel d'enseignement initial dans les programmes de langue française. En insistant sur l'importance des niveaux avancés d'éducation et sur le meilleur du professionnalisme, tous ces éducateurs ont exécuté le travail préparatoire pour l'élaboration de normes élevées qui guident la profession de nos jours – en ce qui a trait à l'éducation, la pratique clinique et la recherche.

Figure 3 Selon l'installation médicale, le traitement de la poliomyélite variait de l'immobilisation, à un massage en douceur, à des enveloppements chauds et à une rééducation musculaire, mais de nombreux patients devaient aussi passer de longues périodes dans un « poumon d'acier » qui remplaçait les muscles thoraciques paralysés

CLINICIENS EN TANT QUE CHEFS DE FILE

Bien que nous ayons tendance à être conscients des contributions des universitaires, parce qu'ils sont ceux qui publient la majeure partie de nos dossiers, il est important de se rappeler que les thérapeutes cliniques assurent également le leadership. Les thérapeutes chevronnés deviennent des chefs de file lorsqu'ils agissent en qualité de mentors aux physiothérapeutes débutants ou aux étudiants pendant leur stage. Tout clinicien à la direction d'un département achalandé ou d'une clinique spécialisée doit être un administrateur efficace s'il veut réussir. Même dans les années 1950, lorsque l'évaluation et la demande de traitements demeuraient strictement du ressort des médecins, les physiothérapeutes prenaient la plupart des décisions de traitement et, en tant que chefs de département, ils étaient certes en charge des budgets et des questions relatives au personnel. J'ai observé qu'à cette époque, bon nombre de ces chefs de file avaient perfectionné leurs compétences au travail, souvent sans formation en gestion réelle, mais plutôt par l'expérience acquise durant la direction d'un département et par la participation aux politiques hospitalières.

RÔLES DE LEADERSHIP AU SEIN DE L'ACP

Au fil des ans, de nombreux physiothérapeutes ont été bénévoles pour l'ACP, participant au processus décisionnel et exécutant toute une gamme de rôles de leadership. Depuis sa fondation en 1920 jusqu'à plusieurs années après la Seconde Guerre mondiale, l'Association

naissante était entièrement dirigée par des bénévoles. Toutes les activités – les réunions des Branches, les congrès annuels, voire la publication de la revue – étaient planifiées et exécutées par des physiothérapeutes dans leurs moments de loisirs. La majeure partie de ce travail était accomplie par les thérapeutes qui vivaient à Montréal et Toronto, mais alors que le nombre de membres augmentait et que plus de membres s'installaient loin de ces centres urbains, ces tâches devenaient insurmontables. Afin de composer avec les obligations croissantes de la gestion des affaires de l'Association, un conseil d'administration national a été créé en 1946 et la première employée permanente, Marg Millar, a été embauchée pour diriger le nouveau « bureau national ».

Bien qu'elle n'ait pas été physiothérapeute, Mme Millar a assumé son rôle de secrétaire de direction avec son enthousiasme et son énergie naturels, agrémentés d'un sens de l'humour indéfectible. Elle a été un atout vital et une force stabilisatrice lorsqu'elle a guidé l'Association en difficulté dans son évolution durant les deux prochaines décennies. Maintenant, quarante ans plus tard, une ACP dynamique et assurée établit un contact avec le grand public, durant le Mois national de la physiothérapie, lui prodiguant des conseils sur le maintien d'une bonne santé.

Mme Millar a dirigé le bureau de l'Association toute seule, avec très peu de personnel de bureau. C'est seulement au milieu des années 1960 que l'ACP a commencé à recruter des physiothérapeutes pour les postes de direction. Les connaissances approfondies de la profession, ainsi que les aptitudes en matière de leadership et les aptitudes administratives de Marg ont finalement

donné lieu à la réorganisation de l'ACP dans les années 1970.

La première physiothérapeute embauchée a été Helen Saarinen-Rahikka, dont le rôle de « conseillère professionnelle » était apparenté à la représentation et à la défense de la profession et visait à aider l'ACP dans la réalisation de ses nombreux nouveaux objectifs. Parmi ces objectifs, il faut compter le développement d'offres d'éducation aux physiothérapeutes au niveau des cycles supérieurs, la création d'un plan d'accréditation pour les départements de physiothérapie hospitaliers, ainsi qu'un protocole en vue d'aider les thérapeutes impliqués dans la planification des nouveaux départements de physiothérapie. En 1967, lorsque j'ai été embauchée comme première rédactrice en chef salariée, il y avait quatre membres du personnel à plein temps et un à temps partiel au bureau de Toronto pour s'occuper de moins de 2500 membres au pays. Aujourd'hui, 23 membres du personnel, répartis dans deux bureaux, desservent un nombre de membres croissant de plus de 10 000.

En qualité de rédactrice en chef dans les années 1970 et 1980, j'ai eu la chance d'être aux premières loges alors que l'ACP commençait à se redéfinir en tant qu'association professionnelle moderne et assurée; et la profession même commençait à évoluer. Comme mon amie et collègue Joan Walker me disait récemment « Je ne m'en étais pas rendue compte à l'époque, mais nous étions à un moment crucial du développement adolescent de la profession » (J. Walker, correspondance personnelle, le 7 mai 2008).

Durant les années 1970, l'ACP a entrepris de nombreuses initiatives nées d'un document de planification à longue échéance. Des sujets comme les normes et les lignes directrices de la charge professionnelle pour les spécialités cliniques ont dominé l'ordre du jour. Marion Leslie, nommée directrice principale en 1972, était physiothérapeute avec une formation en psychologie et un sens inné des affaires qui a donné suite à des perfectionnements dans les budgets et la comptabilité. Joan Pape, en qualité de directrice principale adjointe, s'est inspirée de son expérience administrative en tant que chef de département et de ses deux mandats à la présidence de l'ACP pour travailler sur les questions de gouvernance. Lorsque Nancy Christie a accepté le poste de directrice principale, l'Association a opté pour une nouvelle orientation alors qu'elle commençait à publier ses prises de position sur l'éducation et sur la pratique.

Si je suis une promotrice sans réserve de l'ACP, c'est parce que l'Association a été la force dominante à l'origine des nombreuses réalisations qui ont propulsé la profession vers l'avant. Aucun de ces progrès n'est survenu simplement suite à la bonne volonté de la collectivité en général. Les chefs de file de notre propre profession menaient l'évolution.

Parmi ces chefs de file, des professeurs d'université ont relevé le défi de renouveler leurs propres

qualifications pour qu'ils puissent argumenter plus efficacement à leur université afin de rehausser le niveau du programme de premier cycle. Du point de vue clinique, les physiothérapeutes en milieux hospitaliers reconnaissent l'importance de l'accréditation de leurs départements et les praticiens privés ont mené la quête pour une autonomie accrue dans la pratique. Les chefs de file de l'ACP ont veillé à ce que les systèmes de gestion de l'information soient développés et que la Fondation de physiothérapie du Canada devienne une réalité. En forgeant de nouvelles politiques pour guider le développement de la profession et de l'ACP, tous ces bénévoles ont créé davantage d'occasions et exemplifié le slogan: *Innovation, Avancement, Leadership!*

Bien qu'au départ, l'Association ait travaillé surtout en isolement, en 1990 l'ACP avait ouvert un bureau à Ottawa pour améliorer ses relations avec d'autres groupes de soins de santé et ses relations politiques.

À l'aube du nouveau millénaire, l'ACP et ses partenaires au sein du Groupe consultatif national en physiothérapie ont commencé à analyser certaines des questions de plus en plus problématiques auxquelles faisait face la profession. Des documents de travail sur le rôle de la physiothérapie en ce qui a trait aux ressources humaines, à la rentabilité et à plusieurs autres facteurs liés aux soins de santé primaires ont contribué à la création de la « Vision 2020 », un « modèle de pratique de la physiothérapie » qui raffermirait la physiothérapie en tant qu'élément de service essentiel au système canadien de soins de santé³. Au fil des ans, avec son évolution, l'Association a aussi commencé à reconnaître l'importance de mettre en valeur son profil public grâce à de bonnes relations publiques, entre autres les événements associés au Mois de la physiothérapie.

Aujourd'hui, il est clair que l'ACP et la profession sont étroitement enchevêtrées. Il est utile de rappeler à tous vos collègues physiothérapeutes qui ne sont *pas* membres de l'ACP qu'en plus des nombreux services qu'elle offre à ses membres, l'ACP représente *tous* les thérapeutes dans leurs négociations avec le gouvernement et avec d'autres intervenants. Elle a été un agent de changement dans le passé et, en tant que membre du nouveau Réseau canadien pour le leadership en santé (RCLS – Canadian Health Leadership Network), l'ACP aura une autre occasion de participer aux discussions liées à la planification de la prestation de soins de santé au Canada.

LEADERSHIP SUR LA SCÈNE INTERNATIONALE

Bien que les physiothérapeutes canadiens se soient naturellement concentrés surtout sur des questions nationales, ils ont aussi assumé des rôles de leadership sur la scène internationale. Outre les nombreuses occasions où les thérapeutes individuels ont participé à des échanges mondiaux, l'ACP a été active par

l'intermédiaire de la Confédération mondiale pour la thérapie physique (CMTP). L'ACP a souvent siégé au comité exécutif et, de fait, deux Canadiens – Doreen Moore et A.J. Fernando – ont servi des mandats en tant que présidents de la CMTP. Une troisième physiothérapeute canadienne, Brenda Meyers, est présentement directrice principale de la CMTP. Il est significatif que l'Organisation mondiale de la santé ait identifié les années 2000-2010 en tant que Décennie des os et des articulations, dans le but d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies ou de traumatismes musculo-squelettiques⁴. Les physiothérapeutes canadiens devraient jouer un rôle dans le but d'aider à la réalisation de cet objectif. Voilà une autre chance d'*innover, de faire progresser et de diriger*.

PROGRÈS DANS LA PRATIQUE : MON EXPÉRIENCE EN TANT QUE CLINICIENNE

Pendant ma vie, les changements en matière de technologie et de sciences de la santé ont été remarquables. Quand je suis entrée à McGill, seules deux universités au Canada offraient des programmes de physiothérapie, menant seulement à un diplôme. Bien que j'aie été très déçue de ne pas avoir de baccalauréat, j'étais désireuse d'étudier la physiothérapie alors je me suis rendue à Montréal – la première fois que je quittais la province. À cette époque, les choix de carrière pour les femmes n'étaient pas aussi variés qu'ils le sont maintenant. Les options normales étaient limitées aux postes de secrétariat, d'enseignement ou de techniques infirmières. Je n'étais vraiment intéressée à aucun de ces domaines. Par conséquent, à l'école secondaire, j'hésitais entre la physiothérapie, le journalisme et l'éducation physique. En fin de compte, j'ai eu la chance de faire l'expérience de ces deux premières occupations. Peut-être n'était-il pas trop tard pour voir ce que je pourrais faire dans la troisième : l'éducation physique!

Comme McGill offrait un cours combiné de physiothérapie et d'ergothérapie dans les années 1950, j'ai obtenu un diplôme avec les deux qualifications. Ma carrière d'ergothérapeute, cependant, a été brève. En tant que nouvelle diplômée travaillant dans un département de physiothérapie à Halifax, on m'a demandé de transférer au département d'ergothérapie temporairement lorsqu'un des membres du personnel était en congé de maladie. Malheureusement, mes directives à un patient qui exécutait le dernier d'un ensemble de six napperons tissés n'ont pas fonctionné. Parce que nous avions dû enfiler le métier à tisser pour le dernier napperon, nous (ou plutôt moi) avons mal lu les directives complexes et le motif voulu n'est pas apparu dans le tissage. Personne ne pouvait déterminer où nous nous étions trompés et le résultat a été un napperon intéressant et unique qui n'était pas assorti à l'ensemble. Ils ne m'ont jamais demandé de revenir!

Il n'a pas fallu beaucoup de temps cependant pour que je retourne aux études et que j'obtienne ce baccalauréat tant convoité. Pour clarifier que je possède aussi, de fait, des titres de compétences comme physiothérapeute en exercice, je devrais mentionner que j'ai travaillé dans les départements de physiothérapie à plusieurs hôpitaux canadiens, et même à un hôpital britannique. Ce dernier était un très vieil hôpital dans la région de Cockney à Londres, où on m'a assigné le service du «Lord-maire». Cela s'est avéré une expérience merveilleuse. Outre les langages déconcertants (et c'était mutuel – les Cockneys pensaient que j'avais un accent bizarre!), j'ai appris la stricte hiérarchie observée à l'hôpital en ce qui concerne le statut des membres du personnel. Cela ressemblait vraiment à «*Maître et serviteur*». Par exemple, comme tout le monde, je devais sauter immédiatement de mon siège dès que l'infirmière en chef entra dans le salon de thé, mais, d'autre part, en tant que «coloniale», je comptais parmi les rares invités au très exclusif «Tea Party» du lord-maire, un événement annuel. Cet apprentissage londonien était très intrigant, mais je suis finalement revenue au Canada où, après d'autres expériences en milieu hospitalier, on m'a offert l'emploi de rédactrice en chef de la revue scientifique et je l'ai accepté sur une base temporaire, un poste qui a duré 20 ans!

Je devrais maintenant mentionner un progrès minime, mais très à propos pour la profession. Il me semble qu'il serait négligent de ma part d'ignorer le changement de style de l'uniforme professionnel. Même si nous devons nos origines tant au service de gymnastique médicale qu'aux sciences infirmières, notre relation avec nos sœurs des sciences infirmières a déterminé notre uniforme à l'origine. Il est éducatif de se rappeler que, jusqu'en 1954, les deux écoles de physiothérapie canadiennes et tous les départements de physiothérapie en milieu hospitalier étaient considérés comme le domaine exclusif des femmes. De plus, il semblait y avoir une convention générale que toutes les femmes qui travaillaient à l'hôpital devaient porter un uniforme, peut-être selon l'idée qu'une robe blanche amidonnée et des bas blancs conféraient une certaine dignité.

Les physiothérapeutes qui travaillaient auprès du ministère des Anciens Combattants, comme moi, ont donc dû, pendant quelques années, porter un costume qui ne convenait pas à la plupart des aspects du travail que nous accomplissions, comme diriger une classe d'exercices ou se mettre à genoux sur un tapis ou travailler avec des toiles et des ressorts volumineux. Nos uniformes de coton standard étaient tellement amidonnés par le service de buanderie de l'hôpital qu'ils pouvaient presque tenir debout. Les boutons n'étaient pas cousus, mais nous devions les fixer (comme des boutons de manchette) en les introduisant dans des boutonnières pratiquées dans le tissu amidonné et tous les boutons devaient être enlevés de l'uniforme déjà porté et

Figure 4 Tel que c'était la coutume dans les années 1950, un physiothérapeute supervisant les patients durant un « cours sur tapis » est tenu d'ignorer les paquets de cigarettes omniprésents dans la zone de traitement

réintroduits dans un uniforme propre chaque fois que nous nous changions. Un cauchemar à répétition pour de nombreuses physiothérapeutes était la crainte d'arriver à l'hôpital et de ne pas trouver leur boîte de boutons alors qu'elles se préparaient à enfiler leur uniforme! C'est seulement en 1960 que les jupes-culottes ont été introduites comme solution de rechange opportune et elles étaient aussi offertes dans toute une gamme de couleurs! Nous pouvions enfin nous débarrasser des bas blancs, des chaussures blanches « d'infirmières » et des ridicules petits chapeaux qui étaient toujours de travers. Évidemment, aujourd'hui il est difficile de distinguer un thérapeute d'un technicien de laboratoire, d'un médecin et d'un patient. De nos jours, le seul élément « uniforme » que présentent les fournisseurs de soins de santé est qu'ils portent tous une tenue de ville.

Bien que les détails des régimes de traitement aient changé considérablement au fil des ans, je pense que les prémisses sous-jacentes sont restées les mêmes. Lorsque nous étions étudiants, nous avions l'habitude de plaisanter à propos du vieux mantra « chaleur, massage et exercices ». C'était, semble-t-il, une recette universelle pour la plupart des problèmes musculo-squelettiques (Figure 4). Peut-être a-t-il encore sa place dans la clinique moderne, mais durant mes dernières expériences comme patiente d'une clinique de physiothérapie, j'ai aussi reçu bon nombre d'autres types de traitement, dont l'acupuncture. Comme je ne suis plus en exercice depuis bien

longtemps, je me garderai de passer des commentaires sur tous les progrès cliniques sauf sur celui qui a une grande importance pour moi et c'est l'augmentation du nombre de praticiens privés, avec une hausse concomitante dans le niveau des responsabilités assignées au thérapeute. De telles responsabilités relèvent également la barre pour la gestion des risques. Être praticien de première ligne est un concept attrayant; mais, avec l'acceptation de ces responsabilités accrues, les physiothérapeutes doivent être complètement disposés à assumer les conséquences de leurs actions et doivent consciencieusement accepter leurs propres limites. En élevant le niveau de débutant pour la pratique clinique à une maîtrise, la profession signifiait que les thérapeutes auraient les compétences nécessaires pour accepter ces responsabilités. La profession, à son tour, doit ensuite assumer la responsabilité pour l'accréditation afin de s'assurer que tous les physiothérapeutes, s'ils choisissent d'assumer le rôle de praticien de première ligne, sont bien préparés à jouer ce rôle.

PROGRÈS EN MATIÈRE D'ÉDUCATION

L'introduction d'une maîtrise n'est qu'un élément d'une longue liste de changements dans le type d'éducation offert aux physiothérapeutes au fil des ans et, comme tout autre changement, a suscité une controverse. Lorsque le premier baccalauréat pour les

physiothérapeutes a été introduit en 1954, à McGill, le D^r Fisk alors directeur de l'école a provoqué une tempête de feu en déclarant qu'un cours plus long menant à un baccalauréat et incluant «un cours de science très détaillé accompagné d'une formation professionnelle» s'imposait^{1(p.72)}. Le débat subséquent au sein de la revue de l'ACP et aux réunions des Branches était centré sur les préoccupations pour l'avenir de la profession si les physiothérapeutes étaient divisés selon leurs qualifications universitaires et l'anxiété à savoir si le nouveau cours compromettrait les normes de la pratique. Malgré les appréhensions initiales, une fois le grade approuvé par McGill, des programmes semblables ont été introduits progressivement par d'autres universités et ils sont finalement devenus la nouvelle norme. Vous ne serez pas surpris d'apprendre cependant que même si certains programmes universitaires n'offraient qu'un diplôme, Enid Graham assurait la représentation et la défense, dans un éditorial de la revue, d'un grade qui serait la qualification standard².

Depuis cette controverse initiale, non seulement le nombre de programmes canadiens de physiothérapie a augmenté à 14, mais des hommes ont été admis aux programmes et le pourcentage d'étudiants de sexe masculin continue de croître. Tel que je l'ai mentionné plus tôt, un autre changement qui touchait les physiothérapeutes s'est produit lorsque les universités ont commencé à insister pour que les physiothérapeutes qui enseignaient dans les universités perfectionnent leurs propres qualifications universitaires. Ceux qui ne se sont pas pliés à ces nouvelles exigences se sont vite trouvés en quête d'un nouvel emploi. L'élévation des qualifications universitaires du corps professoral est allée de pair avec les offres aux étudiants. Présentement, 11 des 14 programmes de physiothérapie offrent le grade de maîtrise pour le niveau de débutant et 12 offrent un grade doctoral en physiothérapie ou dans un domaine d'étude connexe. Au fil des ans, de nombreux cliniciens qui n'avaient obtenu qu'un diplôme sont aussi retournés aux études afin d'obtenir un grade. Ayant surveillé les qualifications du niveau de débutant s'élever d'un diplôme au baccalauréat, puis à une maîtrise, je suggérerais qu'il y a eu beaucoup «d'innovation, avancement et leadership» dans notre histoire collective.

CRÉATION D'UN « ENSEMBLE DE CONNAISSANCES »

Parmi les changements qui ont joué un rôle dans la création et l'expansion de notre ensemble de connaissances, il faut noter la prolifération de la recherche, alliée à la production de manuels et d'articles dans les revues savantes. Lorsque j'étudiais à McGill dans les années 1950, même si nous avions des tomes éternellement fiables comme *Gray's Anatomy*, les manuels spécialisés dans la description des symptômes et des traitements liés à la physiothérapie étaient très limités.

La plupart de ces manuels étaient rédigés par les physiothérapeutes qui n'avaient aucune formation dans la recherche scientifique et dont les textes étaient basés sur les observations empiriques ou la simple tradition, sans preuves scientifiques réelles pour leurs déclarations sur la meilleure pratique. Le grand nombre de textes maintenant offerts aux étudiants, fondés sur les résultats de recherche réels, ainsi que d'autres sources éducatives comme les téléconférences, l'éducation à distance et l'Internet, fournissent un spectre beaucoup plus large et une compréhension plus approfondie des sujets qui forment le programme d'études moderne. Ce que nous rêvions de créer – notre propre «ensemble de connaissances» – est maintenant en voie de développement et assure le fondement de la pratique fondée sur les preuves scientifiques.

Les progrès dans l'établissement de cet ensemble de connaissances se sont avérés lents et, en qualité de rédactrice en chef de *Physiotherapy Canada*, j'étais bien placée pour observer certains de ces progrès. L'examen d'articles et d'éditoriaux antérieurs de la revue scientifique fournit un ensemble d'indicateurs marquant ces changements.

La première revue scientifique de l'ACP a été publiée en 1923. J'ai un exemplaire d'un numéro de 1924, et l'une des auteurs indiqués sur la couverture n'est nulle autre qu'Enid Gordon Robertson! Veuve en bas âge elle s'est remariée et est devenue la célèbre Enid Graham. Des années 1920 à 1960, chaque numéro du journal arborait une liste complète de Branches de l'ACP et de conseil d'administration dans le bloc générique, accompagnée d'une liste de médecins identifiés en tant que «conseil consultatif médical». Les noms de médecin étaient quatre fois plus nombreux que ceux des membres de notre propre conseil d'administration (ACP), et bon nombre d'articles de fond étaient rédigés par les médecins. Les articles rédigés par les physiothérapeutes avaient tendance à signaler seulement les preuves empiriques, recueillies lors de leurs propres expériences ou à suggérer des variations sur les techniques qui avaient été transmises de façon hiérarchique, dans ce qui a été appelé plus tard une approche «recette». La majeure partie de la revue était consacrée aux actualités et aux mises à jour de l'ACP sur les activités des Branches locales, et même des événements de la vie personnelle des membres.

À partir des années 1960, cependant, à mesure que les thérapeutes évoluaient d'un «diplôme» à un «grade», ils commençaient à remettre en question les méthodes traditionnelles de traitement. Plutôt que d'accepter des «recettes» les yeux fermés, ils voulaient connaître le «motif» du traitement et commençaient à faire pression pour d'autres offres d'éducation, voire la chance d'entreprendre leurs propres recherches dans leur propre domaine.

INNOVATION – UNE ORIENTATION VERS LA RECHERCHE

Dans la revue scientifique, cet intérêt pour la recherche est d'abord apparu en 1963, avec la publication d'un article intitulé «Approche à des recherches cliniques» d'une physiothérapeute canadienne, Phyllis Carleton⁵; et un autre, «Notions élémentaires d'un article scientifique», d'Helen Hislop⁶, éducatrice en physiothérapie étasunienne réputée. Le fait que ces deux articles aient été imprimés en français et en anglais est un indicateur de l'importance que la rédactrice en chef de la revue attachait à ces articles, car la traduction n'était pas pratique courante à l'époque. À la lumière des exigences actuelles d'une maîtrise comme fondement du niveau de débutant pour la pratique, il est déconcertant de se rendre compte qu'en 1963, une information de base comme ces articles était nécessaire. À l'époque, aucune école de physiothérapie canadienne n'incluait des méthodes de recherche dans le cadre du programme d'études et la plupart des thérapeutes qui décidaient d'obtenir un grade supérieur étaient tenus de choisir un domaine connexe comme l'anatomie, l'éducation ou l'épidémiologie pour réaliser leur but.

Lorsque j'ai accepté le poste de rédactrice en chef, le comité de rédaction comprenait six physiothérapeutes cliniciens, des bénévoles qui s'intéressaient à la revue, mais n'avaient aucune expérience en matière de rédaction, ni moi, d'ailleurs. Je me suis vite aperçue que la

pente d'apprentissage imminente était raide. Il m'a fallu un certain temps avant de pouvoir «innover, avancer et mener» (voir la Figure 5). Les réunions du comité de rédaction étaient tenues en soirée, dans ma salle à dîner, jusqu'à ce que nous ayons un bureau. Le premier «bureau» était une petite salle à l'école de physiothérapie et d'ergothérapie, à McGill. Celle-ci nous avait été prêtée sans frais de location et offrait de nombreux autres avantages, dont l'accès aux éducateurs en physiothérapie sur place. Cet accord a duré environ six ans, jusqu'à ce que l'école en évolution réclame l'espace et que nous ayons dû déménager. L'ACP nous a alors fourni un budget pour la location d'un bureau en bonne et due forme dans une autre région de la ville et, dans notre nouvel espace plus vaste, nous avons commencé à augmenter notre propre personnel et nos activités.

Dans les années 1980, après avoir recruté quelques physiothérapeutes armés d'une formation plus solide en science, la revue s'est graduellement réorientée vers son accent traditionnel sur les affaires de l'Association et vers un contenu plus scientifique. J'ai adhéré à deux associations de rédacteurs scientifiques et j'ai obtenu de nombreux conseils de rédaction auprès de professionnels. Je me suis aussi rendue à New York pour rencontrer la rédactrice en chef de la revue de l'American Physical Therapy Association (APTA), et j'ai rapporté de nombreuses idées pour améliorer notre propre revue.

Figure 5 Dans les années 1960, les réunions du comité de la rédaction de la revue de l'ACP se tenaient au foyer de la rédactrice en chef parce que, selon la tradition de ses prédécesseurs, elle n'avait pas de bureau à proprement parler

Nous avons adapté sans vergogne bon nombre de méthodes développées par l'APTA pour la révision des articles et nous avons institué notre propre système de critique par les collègues. Nous avons commencé à publier des articles sur l'aspect « du savoir-faire » de la conduite de la recherche clinique et nous avons encouragé les cliniciens à s'intéresser à l'application des résultats de la recherche. Cette focalisation s'est poursuivie pendant les années 1980, avec un éditorial occasionnel sur le sujet. Afin d'aider à transmettre le message, nous avons aussi organisé des expositions et doté de personnel les stands d'information à de nombreux congrès annuels de l'ACP.

Dès les débuts, nous avons encouragé les nouveaux auteurs à tirer parti des commentaires de leurs critiques et nous avons insisté sur l'importance d'une bonne rédaction claire, dans le but d'aider les physiothérapeutes à améliorer leurs présentations. Bien que les auteurs éventuels se plaignent parfois des restrictions imposées sur leurs articles, le comité de rédaction et ses rédacteurs en chef étaient déterminés à perfectionner la revue pour qu'elle devienne une publication digne du respect de chercheurs et de cliniciens sérieux.

En 1972, le comité de rédaction a innové encore une fois – la revue a reçu un nom bilingue pour correspondre à la nature bilingue de la profession et au fait que bon nombre de nos chercheurs en physiothérapie étaient francophones et préféraient soumettre leurs articles en français. Des résumés dans les deux langues accompagnaient tous les articles principaux et, pour la première fois, nous avons été en mesure de payer des honoraires à nos traducteurs bénévoles. Plus tard, nous avons retenu les services de traducteurs professionnels sur une base contractuelle. Malheureusement, le titre bilingue a dû être relégué aux oubliettes en raison de la difficulté qu'il présentait pour les références.

Malgré une augmentation graduelle du nombre de chercheurs en physiothérapie, il semble y avoir eu un écart dans l'incorporation des nouveaux résultats de recherche dans la pratique clinique, ce que l'on appelle maintenant le « déficit du transfert des connaissances ». Malheureusement, tel que le suggérait l'éditorial d'un numéro récent de *Physiotherapy Canada*, lorsque l'on songe à incorporer de nouveaux renseignements sous forme de publication, il y a encore un gouffre entre les physiothérapeutes cliniques et ceux qui s'adonnent à la recherche⁷.

Dans les années 1970, ce gouffre constituait un autre obstacle pour le comité de rédaction: l'hésitation des physiothérapeutes canadiens à soumettre à leur propre revue scientifique des articles avec une focalisation de recherche. Il est évident qu'à l'époque il y avait encore peu de physiothérapeutes impliqués, non seulement parce que le nombre de thérapeutes ayant des grades de cycles supérieurs était infime, mais aussi parce qu'il leur était difficile de subventionner leur recherche originale.

Il est malheureux que, malgré une légère percée, ce soit un autre domaine dans lequel les choses ne semblent pas avoir évolué. Comme c'était le cas dans les années 1980, je me rends compte que la rédactrice en chef de la revue aujourd'hui demande encore une collaboration accrue de la part des physiothérapeutes qui ont tendance à contourner leur propre revue en faveur de revues spécialisées qui jouissent d'une plus grande crédibilité auprès des organismes subventionnaires. La quête pour l'inclusion dans le projet Index Medicus demeure donc un défi, malgré les critiques de collègues rigoureuses et les normes élevées auxquelles souscrit l'équipe de la rédaction de *Physiotherapy Canada*. Peut-être qu'avec l'arrivée de l'Internet et la disponibilité d'information aussi imposante en ligne, l'acceptation par le projet Index Medicus n'est plus aussi importante qu'elle l'a déjà été, mais elle demeure toujours un objectif valable.

Depuis les années 1980, il y a eu des changements importants dans la production technique de la revue. Lorsque j'ai commencé en qualité de rédactrice en chef, tous les textes, quelle que soit leur envergure, étaient composés sur une machine à écrire manuelle et nous étudions soigneusement les manuscrits et les épreuves en placard avec un œil vigilant pour détecter les erreurs inévitables. Il n'y avait pas de correcteur orthographique. Pour rehausser l'apparence d'un document spécifique, certains membres du personnel avaient été équipés d'une machine à écrire électrique perfectionnée et « moderne ». L'une de ses caractéristiques spéciales était que nous pouvions choisir entre plusieurs styles de police en insérant dans la machine une petite boule d'acier d'environ un pouce de diamètre. La surface de chaque boule était gravée de tous les caractères d'un clavier standard, mais d'un style et d'une grandeur particuliers. Ma prochaine machine était encore plus « sophistiquée »; elle avait une fonctionnalité de mémoire de trois pages!

Dans mes débuts en tant que rédactrice en chef, l'imprimerie utilisait toujours la technologie de la typographie, dans laquelle les linotypistes utilisaient les caractères mobiles en plomb, composés à la main. Cette méthode signifiait que nous devions être très attentifs lorsque nous vérifiions les révisions, parce que la correction d'une erreur à la troisième ligne pouvait entraîner une nouvelle erreur par le linotypiste à la quatrième ligne. Plus tard, longtemps après que l'imprimerie ait passé aux procédés offset et informatisés, nous préparions toujours tout le texte sur les machines à écrire dans le bureau de la rédaction.

Le bureau de la rédaction était aussi chargé de préparer la maquette de disposition pour chaque numéro – une reproduction physique de toutes les pages, de l'éditorial et de la publicité. L'imprimeur nous remettait deux doubles du jeu d'épreuves pour chaque numéro, un pour marquer les corrections et un autre pour la mise en page. Ce deuxième jeu était coupé et collé (littéralement, avec des ciseaux et un pot de colle, pas comme la version

informatisée d'aujourd'hui de «couper et coller») sur des pages de matrices spéciales, puis assignées à des places spécifiques sur les formulaires de 16 pages de l'imprimeur. Pendant les 20 années où j'ai été rédactrice en chef, j'ai appris beaucoup sur l'aspect technique de l'imprimerie!

L'impact des ordinateurs sur l'imprimerie s'est révélé phénoménal. La facilité avec laquelle le texte et les images peuvent être déplacés rend l'ancien procédé médiéval. Ces changements correspondent toutefois aussi au raffermissement progressif de la focalisation scientifique du contenu de la revue. Les articles des dernières années reflètent ces attributs et, sous la direction de la directrice de la rédaction, Susan Harris, la revue se mesure maintenant aux normes reconnues à l'échelon international. Ses éditoriaux lucides et l'édition soignée d'articles scientifiques préparés très consciencieusement ont apporté une contribution précieuse à la profession. Cette focalisation et cet accent sur la pratique fondée sur les preuves scientifiques sembleraient un prolongement du type d'approche qu'Enid Graham encourageait.

POSSIBILITÉS DE LEADERSHIP ACTUELLES

Il ne fait nul doute que Mme Graham serait aux premiers rangs des débats actuels sur les questions comme le rôle des physiothérapeutes dans les soins primaires, le triage, la prescription de rayons X ou le travail aux services d'urgence. De nos jours, avec les politiciens, le personnel médical et le public qui expriment leurs préoccupations à propos d'une thérapie rentable, le champ d'exercice et l'obligation de rendre compte, le système canadien de soins de santé complet se trouve dans un état de perpétuel changement. Les physiothérapeutes doivent s'assurer qu'ils participent au processus décisionnel dans le débat sur la prestation de soins de santé. Ils doivent relever des défis comme l'érosion possible de leur pratique par d'autres groupes professionnels de plus en plus actifs; ils doivent reconnaître le besoin de rendre compte au consommateur; et ils doivent s'adapter à la technologie changeante pour une communication et une tenue de dossier optimales. Ces questions et d'autres présentent des possibilités stimulantes qui requièrent une étude approfondie, des discussions sérieuses et une prise de décision de la part de nos chefs.

ALORS ET MAINTENANT

Lorsque je préparais ce discours, j'ai jeté un coup d'œil à certains des numéros antérieurs de *Physiotherapy Canada*, et je suis tombée sur mon éditorial final. En décembre 1986, j'avais écrit que le comité de rédaction avait fait des progrès vers la réalisation de son objectif de produire une revue dont le contenu serait plus scientifique et où moins d'espace serait consacré aux

affaires de l'ACP. Rien de surprenant, mais ce qui a capté mon attention était une recommandation que j'avais faite il y a longtemps à propos de la nécessité d'un directeur des publications à l'avenir. Bien que l'ACP ait depuis redéfini plusieurs fois les rôles du personnel en ce qui a trait à ses publications, j'étais heureuse de constater qu'elle avait récemment créé le poste de directeur des communications, ce qui indique que la politique de l'Association vise des communications claires, efficaces et uniformes tant à l'interne qu'à l'externe.

J'ai souri à la lecture d'une prédiction plutôt impudente que j'avais faite en 1986 parce qu'elle s'est partiellement réalisée. Dans l'éditorial, je suggérais qu'à l'avenir la revue de l'ACP serait livrée dans des boîtes aux lettres électroniques et que la revue imprimée n'existerait qu'en fragments d'imprimés d'ordinateur. Et cela, bien avant que j'aie un ordinateur et avant la technologie dernier cri appelée l'Internet! Aujourd'hui, bien que mon exemplaire de *Physiothérapie Canada* me soit encore livré par le bureau de poste, la plupart des autres renseignements diffusés par l'ACP sont acheminés par le truchement de son site Web et, de fait, les boîtes aux lettres électroniques sont devenues une fonctionnalité standard dans de nombreux domiciles et lieux de travail au pays.

Donc au risque de faire une autre prédiction, je déclarerai que je vois une mise à jour de *Head, Heart and Hands* dans notre avenir. Notre profession a fait beaucoup de chemin en 88 années et mon livre ne traite que des 75 premières années. Nos réalisations nous permettent d'honorer ceux qui sont venus avant nous et inspirent ceux qui viennent à notre suite. L'ACP envisagera de nombreuses façons de célébrer son 100^e anniversaire en 2020, et je crois que la publication d'un autre volume de l'histoire de la profession serait un excellent début. L'année 2020 peut sembler très lointaine, mais il n'est pas trop tôt pour amorcer ce projet, et peut-être que certains des articles et histoires qui contribueraient au texte pourraient même être disponibles pour le 90^e anniversaire, qui a lieu dans deux ans.

Finalement, comme précisions de mission, j'aimerais ajouter une note personnelle qui selon moi trouverait grâce auprès d'Enid Graham si elle était encore parmi nous aujourd'hui. Enid Graham était engagée à améliorer le sort des patients et des thérapeutes, mais son engagement se serait probablement centré sur la collectivité en général, en temps de paix. Je n'ai aucune preuve de ceci, mais d'après ce que je connais d'elle en tant qu'activiste, j'aimerais penser que c'est vrai. Et la physiothérapie n'était pas son centre d'intérêt unique. J'ai l'impression que de nos jours les physiothérapeutes offrent énormément à la collectivité en général et qu'un plus grand nombre d'entre eux devraient élargir leurs horizons et devenir des participants actifs dans les domaines hors de la profession, comme le monde des arts, les sports ou la société civile.

Les physiothérapeutes reçoivent une éducation qui les prépare à composer avec l'analyse et la résolution de problèmes et leurs aptitudes naturelles comprennent habituellement de bonnes compétences de savoir-faire organisationnelles et interpersonnelles. Ces capacités sont toujours très courues par les nombreuses organisations communautaires qui dépendent de nos bénévoles pour garder les affaires marchent bien. Les bénévoles qui contribuent à la collectivité bénéficient également de l'expérience. Non seulement votre vie a-t-elle une « valeur ajoutée » alors que vous enrichissez votre propre vie, mais lorsque vous vous identifiez en tant que physiothérapeute, vous aidez à rehausser le profil de la profession aux yeux du public. J'encourage tous les physiothérapeutes à tirer parti des nombreuses occasions de leadership au sein de leur collectivité locale, en plus de celles de façonner l'avenir de notre profession.

En conclusion, je vous remercie de l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui. C'était un honneur inattendu et j'ai repris contact avec bon nombre de mes anciens collègues, ce dont je suis reconnaissante. Et maintenant, ayant dit ce que j'avais à dire, je cède une fois de plus la parole à la jeune génération

dynamique et je reprends le cours tranquille de ma vie de retraitée dans la Nouvelle-Écosse rurale.

REMERCIEMENTS

Les illustrations ci-dessus sont tirées des archives de l'Association canadienne de physiothérapie.

RÉFÉRENCES

1. Cleather J. Head, heart and hands: the story of physiotherapy in Canada. Toronto: Association canadienne de physiothérapie; 1995.
2. Graham EF. Reflections and recollections. *Physiother Can.* 1970;22:9.
3. Association canadienne de physiothérapie [page d'accueil sur Internet]. Toronto: L'Association; 2008 [accédé le 12 mai 2008]. National Physiotherapy Advisory Group; [à peu près 2 écrans]. Accessible à: <http://www.physiotherapy.ca>.
4. Bjdonline: Bone and Joint Decade's Musculoskeletal Portal [page d'accueil sur Internet]. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la santé; c2008 [accédé le 13 mars 2008]. Accessible à: <http://www.boneandjointdecade.org>.
5. Carleton P. An approach to clinical studies. *Physiother Can.* 1963;15: 208–11.
6. Hislop HJ. The rudiments of a scientific paper. *Physiother Can.* 1963; 16:91–3.
7. Harris SR. Aponévrosite plantaire: quelles sont les options d'un consommateur averti? *Physiother Can.* 2008;60:3–5.