



DISCUSSION SUR LE CONSENTEMENT ECLAIRÉ POUR LES MANIPULATIONS VERTÉBRALES - RESSOURCE DU CLINICIEN

Cette ressource a été développée pour soutenir la pratique du consentement éclairé dans le cadre de la manipulation vertébrale. Il sert de référence pour les cliniciens et les instructeurs, ainsi que de guide de préparation pour les candidats qui passent les examens pratiques.

Avant de procéder à une évaluation ou d'offrir un traitement, les physiothérapeutes doivent obtenir la permission du patient pour le faire. C'est ce qu'on appelle le consentement. Le physiothérapeute doit s'assurer que le patient comprend ce qui va se passer avant le début du traitement, en fournissant des informations sur la nature du traitement, ses bienfaits, ses risques/effets secondaires (mineurs et majeurs), les autres options possibles, ainsi que les conséquences éventuelles de l'absence de traitement. Le physiothérapeute doit également répondre à toutes les questions que le patient pourrait poser au sujet du traitement.

LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA DISCUSSION SUR LE CONSENTEMENT ^{1,2}

1. Confirmez la capacité de consentement

Le patient est-il capable de comprendre et d'apprécier la décision?

Y a-t-il des facteurs qui pourraient nuire à sa capacité aujourd'hui?

Si le patient n'est pas en mesure de donner son consentement, le physiothérapeute doit trouver un substitut décisionnel pour le faire.

Les physiothérapeutes ne peuvent pas prendre de décisions au nom d'un patient. La seule exception est une situation d'urgence, lorsqu'il n'y a pas substitut décisionnel disponible pour prendre les décisions.

Si le patient a moins de 18 ans : la capacité de consentir n'est pas uniquement déterminée par l'âge. Un mineur peut fournir un consentement indépendant valide s'il démontre sa capacité à comprendre la nature et l'objectif du traitement proposé et est à même de saisir les conséquences de consentir ou de refuser. Les facteurs à considérer incluent la maturité, les capacités cognitives, la complexité du traitement, la gravité de la condition et les risques associés. En cas de doute sur cette capacité, impliquez un parent ou un tuteur. Documentez votre évaluation.

2. Expliquez la nature du traitement

Décrivez ce qu'est une force rapide et contrôlée appliquée à une articulation vertébrale.

Expliquez la possibilité d'un « pop » audible (cavitation).

Identifiez la région spécifique traitée.

3. Discutez des bénéfices

Réduction de la douleur, amélioration de l'amplitude de mouvement et de la mobilité

Diminution des spasmes musculaires / raideurs

Effets pouvant être à court terme (2-3 jours) et parfois plus durables

Amélioration fonctionnelle – les réponses varient selon les individus

4. Discutez des effets indésirables/risques

Risque important = tout risque qu'un patient raisonnable voudrait connaître, incluant :

- (a) les risques fréquents, peu importe leur gravité
- (b) les risques rares qui sont graves ou changent la vie.

Les deux doivent être divulgués.

Léger (courant) : augmentation localisée des douleurs/raideurs musculaires ou articulaires, augmentation temporaire des symptômes, léger mal de tête ou étourdissement qui durent généralement de 24 à 48 heures

Majeur : veuillez consulter le tableau des événements indésirables/risques pour chaque région de la colonne vertébrale

5. Confirmez le droit de refuser ou de retirer son consentement

Les patients ont le droit de refuser un traitement ou de retirer leur consentement à tout moment.

Le consentement peut raisonnablement demeurer valide si le plan de traitement, les risques et la situation du patient ne changent pas. Un nouveau consentement est requis en cas de changement significatif (nouvelle technique, nouvelle région, intervalle important entre les visites, modification de l'état, implication d'un nouvel intervenant).

6. Obtenir et documenter le consentement

Utilisez la méthode d'enseignement inversé : « Pouvez-vous décrire les principaux risques avec vos propres mots? »

Confirmez que le consentement est volontaire, informé et couvre les risques importants (risques fréquents ou rares mais graves).

La signature d'un formulaire par un patient NE CONSTITUE PAS en soi l'obtention du consentement – ce qui doit être documenté, c'est la conversation.

Documenter : la confirmation de capacité, les sujets abordés incluant les risques importants, les questions répondues, la forme de consentement (oral/écrit) et les intervenants impliqués.

Le consentement peut être verbal, écrit ou implicite (par le comportement). Par exemple, le patient retousse sa manche pour que son bras soit examiné.

Les physiothérapeutes doivent consigner leurs conversations avec les patients concernant le consentement continu à l'évaluation, au traitement et à la participation d'autres professionnels de soins, y compris les assistants et les technologues en physiothérapie.

7. Alternatives à la manipulation

Présentez des options cliniquement pertinentes avant d'obtenir le consentement.

Thérapie manuelle – mobilisations, massage des tissus mous / relâchement myofascial, mobilisation neurale

Actif / Exercice – exercice thérapeutique, contrôle moteur, exercices de préférence directionnelle, rééducation posturale

Autres – acupuncture, poncture à l'aiguille sèche, thérapie par la chaleur/froid, agents électro-thérapeutiques

BÉNÉFICES, ÉFFETS INDÉSIRABLES/RISQUES SELON LA RÉGION DE LA COLONNE VERTÉBRALE

Région	Bénéfices	Effets secondaire / risques mineurs	Effets secondaire / risques majeurs
Cervicale	Réduction des douleurs et maux de tête Meilleure amplitude de mouvement et mobilité Diminution des spasmes/raideurs musculaires Soulagement du mal de tête cervicogénique Fonction améliorée	Douleur ou raideur locale Augmentation temporaire des symptômes Léger mal de tête ou étourdissements transitoires	Dissection de l'artère vertébrale / AVC vertébrobasilaire ³ Dissection de l'artère carotide ³ Lésion de la moelle épinière A.I.T.; Décès (extrêmement rare) ³ Signaux d'alerte : céphalée soudaine et intense, diplopie, ataxie, affaissement du visage, faiblesse des membres → APPELEZ le 911
Thoracique	Douleurs et raideurs au milieu du dos réduites Amélioration de la mobilité thoracique et de la posture Soulagement indirect des symptômes de l'épaule/des côtes Bénéfices pour la douleur mécanique au cou et à l'épaule grâce aux techniques thoraciques Fonction améliorée	Douleur ou raideur locale Inconfort temporaire au niveau des côtes Fatigue légère	Fracture des côtes (risque accru avec l'ostéoporose) ⁵ Pneumothorax (rare) ⁵ : douleur thoracique unilatérale + dyspnée → APPELEZ le 911 Lésion de la moelle épinière ⁵ Hernie discale avec déficit neurologique
Lombaire	Réduction des douleurs lombaires (aiguës et sous-aiguës) Meilleure amplitude lombaire Diminution des spasmes musculaires Réduction de la douleur référée/radiculaire dans la jambe	Douleur ou raideur locale Augmentation temporaire des symptômes à la jambe Fatigue légère	Syndrome de la queue de cheval ⁴ — URGENCE : nouvelle incontinence sphinctérienne, anesthésie en selle, faiblesse bilatérale des jambes → APPELEZ LE 911 Hernie discale centrale ou extrusion ⁴ Fracture facettaire lombaire ⁴ (patients ostéoporotiques) Aggravation de la radiculopathie préexistante

Bassin / articulation SI	Diminution de douleur à l'articulation sacro-iliaque et à la ceinture pelvienne Amélioration de la mobilité pelvienne Amélioration de la mécanique de marche Fonction améliorée	Douleur locale aux fessiers Léger inconfort à la hanche Augmentation temporaire de la référence à la jambe	Irritation du labrum de la hanche/acétabulaire (technique de gap en dorsal) Poussée d'arthrose de la hanche de > 2 semaines Blessure discale lombaire ou fracture des facettes (technique en décubitus latéral) Grossesse : aucun lien de causalité confirmé avec la fausse couche La prudence est requise avec des antécédents obstétricaux à haut risque (GARE)
---------------------------------	--	--	---

References:

¹ College of Physiotherapists of Ontario <https://collegept.org/resource/consent/>

² College of Physiotherapists of Alberta <https://www.cpta.ab.ca/for-physiotherapists/resources/guides-and-guidelines/consent-guide/>

³ Kranenburg HA, Schmitt MA, Puentedura EJ et al. Adverse events associated with the use of cervical spine manipulation or mobilization and patient characteristics: A systematic review. *Musculoskelet Sci Pract.* 2017 Apr;28:32-38. doi: 10.1016/j.msksp.2017.01.008.

⁴ Hebert JJ, Stomski NJ, French SD, Rubinstein SM. Serious Adverse Events and Spinal Manipulative Therapy of the Low Back Region: A Systematic Review of Cases. *J Manipulative Physiol Ther.* 2015 Nov-Dec;38(9):677-691. doi: 10.1016/j.jmpt.2013.05.009. Epub 2013 Jun 17. PMID: 23787298.

⁵ Heneghan NR, Pup C, Koulidis K, Rushton A. Thoracic adverse events following spinal manipulative therapy: a systematic review and narrative synthesis. *J Man Manip Ther.* 2020 Dec;28(5):275-286. doi: 10.1080/10669817.2020.1725277. Epub 2020 Mar 9. PMID: 32148185;