



Association  
québécoise de la  
physiothérapie

# Ressource pour l'implantation des professionnels de la physiothérapie dans les cliniques multidisciplinaires en première ligne au Québec

*Mise en œuvre dans les groupes de médecine familiale,  
les cliniques d'infirmières praticiennes spécialisées  
et les guichets d'Accès à la première ligne*

## ÉQUIPE DE RECHERCHE

- **Véronique Lowry**, pht, PhD, Stagiaire postdoctorale, Chaire CRMUS sur les pratiques optimales en soins primaires. Faculté de médecine et des sciences de la santé. Université de Sherbrooke.
- **Annie Bélanger**, T.Phys. professionnel de recherche. Unité de recherche clinique en orthopédie. Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CR-HMR) du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
- **Audrey-Anne Cormier**, pht, M.Sc., professionnel de recherche. Unité de recherche clinique en orthopédie. Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CR-HMR) du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
- **François Desmeules**, pht, Ph.D., Fellow de l'OPPQ. École de réadaptation Faculté de médecine Université de Montréal. Chercheur boursier sénior FRQ-S. Unité de recherche clinique en orthopédie Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CR-HMR) du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

## ÉQUIPE DE GESTION CONSULTÉE DU CISSS DE LA MONTÉRÉGIE-EST

- **Geneviève Martin**, infirmière clinicienne, Cheffe de service des groupes de médecine familiale (GMF), Direction de l'accès et de la coordination des partenariats avec la première ligne, CISSSME
- **Isabelle Bonneau**, erg. Adjointe à la direction des services multidisciplinaires, CISSSME
- **Maryse Archambault**, Cheffe de service GAP (Guichet Accès à la Première ligne) RLS PB-RY-PDS Direction de l'accès et de la coordination des partenariats première ligne, CISSSME
- **Mélanie Malenfant**, Directrice de l'accès et de la coordination des partenariats avec la première ligne du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est
- **Sarah Laliberté-Boisvert**, infirmière clinicienne GMF Des Seigneuries

## ÉQUIPE CLINIQUE CONSULTÉE EN GMF AU CISSS DE LA MONTÉRÉGIE- EST

- **Dr Lanoux**, GMF Laframboise
- **Kateryne Pigeon**, pht
- **Marc-Antoine Bouffard**, pht
- **Vicki Maurice**, pht

## ÉQUIPE POUR L'ADAPTATION ET LA RÉVISION

- **Samuel Trottier-Lapointe**, pht, M.Sc., MBA, Président de l'Association québécoise de la physiothérapie, Physiothérapeute au GMF Clinique médicale du Lac
- **Marjorie Gingras**, pht, Fellow de l'OPPQ, D.E.P.A. de physiothérapie avancée en neuro-musculosquelettique, Physiothérapeute au GMF Clinique médicale Azur
- **Thomas Morse**, Morse, pht, M.Sc., Physiothérapeute aux GMF Universitaire du Marigot et GMF Universitaire Laval (Hôpital Cité-de-la-Santé)

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1 RESSOURCE POUR L'IMPLANTATION</b> .....	<b>6</b>
<b>2 AMORCE</b> .....	<b>6</b>
<b>2.1 Contexte actuel de pratique</b> .....	<b>6</b>
2.1.1 Les troubles neuro-musculosquelettiques au Québec .....	6
2.1.2 Enjeux d'accessibilité aux soins et services pour la population souffrant de troubles neuro-musculosquelettiques au Québec .....	6
2.1.3 Impact des délais d'accès en physiothérapie.....	7
<b>2.2 Offre novatrice de services en physiothérapie en première ligne pour les troubles neuro-musculosquelettiques</b> .....	<b>7</b>
2.2.1 Pratique avancée en GMF .....	8
2.2.2 Physiothérapie au GAP et en cliniques publiques IPS .....	8
<b>2.3 Cadre légal et responsabilité professionnelle appuyant la pratique avancée en physiothérapie</b> .....	<b>8</b>
2.3.1 Responsabilité professionnelle .....	8
2.3.2 Prescription d'imagerie .....	9
2.3.3 Référence vers un médecin spécialiste .....	9
<b>3 PLANIFICATION ET ORGANISATION DE L'IMPLANTATION D'UN PHYSIOTHÉRAPEUTE EN GMF</b> .....	<b>9</b>
<b>3.1 Objectifs</b> .....	<b>9</b>
<b>3.2 Implication des parties prenantes</b> .....	<b>10</b>
3.2.1 Physiothérapeute .....	10
3.2.2 Médecins.....	11
3.2.3 Infirmières praticiennes spécialisées (IPS) .....	11
3.2.4 Infirmières cliniciennes .....	11
3.2.5 Gestionnaires.....	11
3.2.6 Équipe de soutien administratif.....	12
<b>3.3 Offre de services de physiothérapie en GMF proposée</b> .....	<b>12</b>
3.3.1 Critères d'inclusion.....	12
3.3.2 Critères d'exclusion.....	12
3.3.3 Trajectoire de services : physiothérapie en premier contact en GMF <b>APPROCHE RECOMMANDÉE PAR L'AQP</b> .....	13
3.3.4 Trajectoire de services : accès en physiothérapie à la suite d'une visite médicale .....	15
3.3.5 Trajectoire de services : physiothérapie en premier contact – accès direct par le guichet d'accès à la première ligne (GAP) <b>APPROCHE RECOMMANDÉE PAR L'AQP</b> .....	17

<b>3.4 Organisation .....</b>	<b>19</b>
3.4.1 Planification de l'horaire du physiothérapeute .....	19
3.4.2 Organisation espace physique clinique .....	19
3.4.3 Matériel de physiothérapie .....	19
3.4.4 Rédaction de dossier et communication .....	20
<b>3.5 Identification des facilitateurs et barrières à une implantation réussie .....</b>	<b>20</b>
3.5.1 Identification des facilitateurs et des stratégies pour optimiser l'implantation.....	20
3.5.1.1 Gouvernance organisationnelle.....	20
3.5.1.2 La collaboration interprofessionnelle .....	20
3.5.1.3 Une approche en physiothérapie centrée sur l'autogestion et l'éducation pour les usagers.....	21
3.5.2 Identification des barrières et des stratégies pour réduire leur impact.....	21
3.5.2.1 Ressources organisationnelles .....	21
3.5.2.2 Demande importante en physiothérapie .....	21
3.5.2.3 Procédures cliniques .....	21
<b>3.6 Ressources pour aider aux suivis .....</b>	<b>22</b>
3.6.1 Triage et aiguillage téléphonique .....	22
3.6.2 Outils de classification.....	24
3.6.2.1 Keele STarT MSK Tool.....	24
3.6.2.2 Keele STarT Back Tool .....	24
3.6.3 Ressources et corridor de soins.....	24
3.6.4 Formation pour les physiothérapeutes .....	25
3.6.4.1 Prescription de radiographie .....	25
3.6.4.2 Micro-programme et D.E.P.A. de physiothérapie avancée en neuro-musculosquelettique à l'Université de Montréal .....	25
3.6.4.3 Modules en ligne : Préparer les Physiothérapeutes aux Soins primaires interprofessionnels ...	25
<b>4 PROCESSUS D'IMPLANTATION .....</b>	<b>26</b>
<b>4.1 Étapes d'implantation selon le modèle PEPPA .....</b>	<b>26</b>
4.1.1 Définir la population cible et décrire l'offre de services actuelle.....	26
4.1.2 Identifier les parties prenantes et les impliquer .....	26
4.1.3 Déterminer les besoins d'une nouvelle offre de services en physiothérapie .....	26
4.1.4 Identifier les problèmes et objectifs prioritaires pour améliorer l'offre de services de soin .....	26
4.1.5 Définir l'offre de services en physiothérapie et les rôles spécifiques du physiothérapeute .....	26
4.1.6 Définir les stratégies d'implantation .....	27
4.1.7 Mettre en œuvre l'implantation .....	27
4.1.8 Évaluer le rôle du physiothérapeute et les impacts de la nouvelle offre de services .....	27
4.1.8.1 Évaluation à court terme.....	27
4.1.8.2 Évaluation à long terme et pérennité .....	28

**CONCLUSIONS .....29**

**5 RÉFÉRENCES .....30**

**6 ANNEXES .....32**

6.1 Annexe 1: Troubles neuro-musculosquelettiques .....32

6.2 Annexe 2: Le Keele start MSK tool-FR .....33

**The Keele StarT MSK® Self-report version.....34**

6.3 Annexe 3 : STaRT Back Tool .....36

6.4 Annexe 4 : Outil synthèse d’implantation .....38

6.5 Tableau 1 : Rôles des parties prenantes .....39

# 1 Ressource pour l'implantation

Cette ressource a été spécifiquement créée pour les cliniciens et gestionnaires qui souhaitent développer des modèles en première ligne de soins intégrant des professionnels de la physiothérapie en groupe de médecine familiale (GMF). Cette ressource s'applique également à l'implantation des physiothérapeutes au guichet d'accès à la première ligne (GAP) et dans les cliniques publiques d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS). Son objectif principal est de fournir une structure claire et de simplifier le processus d'implantation. Les informations présentées dans cette ressource sont basées sur des données issues de la littérature scientifique et ont bénéficié de la collaboration de plusieurs physiothérapeutes et gestionnaires qui exercent actuellement au sein de GMF et de GAP à travers le Québec. La présente ressource est adaptée d'un guide développé en juin 2023 pour le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Est.

## 2 Amorce

L'amorce d'un projet d'implantation est une étape essentielle lors du déploiement d'une nouvelle offre de services pour des soins de santé, car elle permet d'établir les bases du projet en identifiant les problématiques rencontrées, les objectifs, les données de la littérature disponibles, le cadre légal de pratique et l'offre de services en physiothérapie à mettre en place. Cette étape initiale est cruciale afin de poser les fondations solides du projet et s'assurer d'une planification adéquate.<sup>1</sup>

### 2.1 Contexte actuel de pratique

Avant de débiter l'implantation, il est essentiel d'établir le portrait actuel et d'identifier les enjeux liés aux troubles neuro-musculosquelettiques (TNMS). En mettant en lumière les enjeux d'accès et de qualité des soins, les intervenants seront en mesure de proposer des pistes de solutions adaptées et pertinentes pour répondre aux besoins spécifiques de la population concernée desservie par les GMF.

#### 2.1.1 Les troubles neuro-musculosquelettiques au Québec

La prévalence des troubles TNMS en première ligne de soins et dans les GMF au Québec est élevée. Selon une étude de l'Institut national de santé publique du Québec<sup>2,3</sup>, environ un quart des travailleurs québécois rapportent des TNMS incapacitants chaque année ([INSPQ](#)). Les TNMS représentent également une part significative des consultations en soins de première ligne. En 2022, près de 30% des lésions professionnelles acceptées par la Commission des normes de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNEST) étaient des TNMS ([CNEST](#)). Les professions les plus touchées par les TNMS incluent les travailleurs manuels, les employés du secteur de la santé et les métiers de bureau ([INSPQ](#)). Les TNMS représentent entre 30 à 40% des consultations en GMF selon des données du CISSS de la Montérégie-Est.

#### 2.1.2 Enjeux d'accessibilité aux soins et services pour la population souffrant de troubles neuro-musculosquelettiques au Québec

Selon le Code des professions et l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ), le rôle des professionnels de la physiothérapeute consiste en l'évaluation des déficiences et des incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire dans l'objectif de déterminer un plan de traitement et réaliser des interventions pour obtenir un rendement fonctionnel optimal ([Code des professions](#)). Les physiothérapeutes disposent donc des compétences nécessaires afin d'améliorer l'accès aux soins et services de santé pour des TNMS, considérant leurs compétences spécifiques à l'évaluation et au raisonnement clinique menant aux hypothèses diagnostiques en physiothérapie.

Les physiothérapeutes interviennent auprès du patient pour l'éduquer sur sa condition et sur la conduite recommandée et possèdent la capacité d'émettre des recommandations et de l'orienter adéquatement afin de maximiser l'autonomie en utilisant une approche fonctionnelle ainsi qu'en assurant une utilisation pertinente et efficiente des ressources en santé. Les technologues en physiothérapie sont également des professionnels de la physiothérapie qui contribuent à élaborer et appliquer le plan de traitement auprès de l'utilisateur dans l'objectif de maximiser son autonomie. Dans la majorité des cas, ils interviennent lorsque la condition de l'utilisateur a été évaluée par un physiothérapeute ou un médecin de famille ([OPPO](#)).

L'accès à l'expertise en physiothérapie en première ligne peut se faire par l'intermédiaire de deux secteurs : le public et le privé. Dans les cliniques privées, l'accès à l'expertise d'un physiothérapeute est possible, même sans référence du médecin, si les usagers ont les moyens financiers ou bénéficient d'une couverture d'assurance privée. Cependant, cette accessibilité est limitée pour les personnes à plus faible revenu ou celles qui n'ont pas de régime d'assurance privé couvrant ces soins. Dans le secteur public, bien que l'intégration des physiothérapeutes en première ligne soit en augmentation au Québec ces dernières années, leur disponibilité dans les GMF demeure encore limitée.

**Chaque GMF a la flexibilité de choisir et d'organiser son équipe de professionnels de la santé**, incluant des médecins, des infirmières et d'autres professionnels de la santé comme les physiothérapeutes. Cependant, il est important de noter que l'expertise et l'impact positif de la physiothérapie en première ligne ne sont pas encore pleinement reconnus chez les médecins et les gestionnaires, ce qui peut entraîner une tendance à prioriser d'autres professionnels, tels que les infirmières, psychologues ou nutritionnistes. Il est donc essentiel de sensibiliser tous les acteurs et décideurs des GMF sur les avantages et les rôles non traditionnels de la physiothérapie en première ligne, afin de permettre une intégration optimale de ces professionnels dans les équipes de soins de santé primaires.

L'intégration des professionnels de la physiothérapie dans les GMF s'aligne avec l'objectif de ces derniers, qui consiste à améliorer l'accès de la population aux médecins de famille et aux services de première ligne, à réduire l'affluence aux urgences et à favoriser la collaboration avec d'autres professionnels de la santé ([Gouvernement du Québec, 2023](#)).

### 2.1.3 Impact des délais d'accès en physiothérapie

Il a été démontré que des consultations rapides en physiothérapie entraînent une amélioration de la condition physique et psychosociale de la personne, tout en optimisant l'utilisation des ressources du système de santé.<sup>3</sup> En revanche, lorsque la consultation en physiothérapie est retardée, cela peut entraîner une chronicisation des symptômes, une augmentation de la douleur et des incapacités, entraînant ainsi une détérioration de la qualité de vie.<sup>2</sup> De plus, ce retard d'accès et d'implication du professionnel de la physiothérapie peut conduire à une utilisation inappropriée ou excessive d'autres ressources de santé, telles que des consultations médicales inutiles ou répétées et la prescription de médicaments, d'imagerie médicale ou des procédures plus invasives inappropriées. Ces facteurs contribuent à une augmentation des coûts de santé, à une prolongation des listes d'attente et à une accentuation des disparités dans l'accessibilité aux soins.<sup>2,3</sup>

## 2.2 Offre novatrice de services en physiothérapie en première ligne pour les troubles neuro-musculosquelettiques

Depuis 1990, l'accès direct en physiothérapie, c'est-à-dire sans le besoin d'une référence médicale, est établi au Québec. Cette pratique est régulièrement observée dans les cliniques privées. Or, dans le système de santé public au Québec, le physiothérapeute était traditionnellement en deuxième contact à la suite d'une référence du médecin. Le nouveau rôle du physiothérapeute en accès direct a évolué vers de plus grandes responsabilités. Ainsi, une collaboration accrue entre les médecins, IPS, médecins spécialistes et professionnels de la physiothérapie peut être mise de l'avant par la structure du système de santé public.

Le rôle non traditionnel des physiothérapeutes comme intervenant de premier contact dans le système de santé public fait souvent référence à la physiothérapie en pratique avancée. Ce terme utilisé ailleurs au monde n'est pas encore bien reconnu au Québec, mais dans les dernières années, plusieurs projets réalisés étaient basés sur les pratiques avancées en physiothérapie. Plusieurs de ces initiatives ont été mises en place dans des GMF, comme l'introduction de services de physiothérapie sans rendez-vous ou sur rendez-vous sans référence médicale préalable.

## 2.2.1 Pratique avancée en GMF

La pratique avancée vise à fournir des services de première ligne en temps opportun, en exploitant pleinement les compétences de chaque professionnel de la santé, y compris les physiothérapeutes. La pratique avancée en physiothérapie requiert un niveau plus élevé de pratique, impliquant des fonctions, des responsabilités, des activités et des compétences accrues.<sup>4</sup> Son objectif principal est d'améliorer l'accès aux soins et services en permettant aux usagers de consulter plus rapidement un médecin **ou le professionnel le mieux qualifié pour répondre à leurs besoins spécifiques** et d'obtenir de meilleurs résultats et une meilleure expérience pour l'utilisateur.<sup>4-6</sup>

Cette offre de services en physiothérapie a démontré son efficacité à l'international en réduisant de manière significative les délais d'attente pour consulter un médecin de famille en première ligne.<sup>5-8</sup> De plus, il contribue à réduire l'utilisation des services d'urgence et à générer une plus grande satisfaction, tant chez les usagers que chez les professionnels de santé.<sup>6,8</sup> En adoptant des offres de services de pratiques avancées, les GMF ont constaté des avantages tangibles, notamment une amélioration des flux d'usagers, une meilleure gestion des ressources et une augmentation de l'efficacité des services de soins de santé primaires.

Des études ont démontré que l'implantation des physiothérapeutes en première ligne dans ces offres de services était à la fois efficace et sécuritaire.<sup>9</sup> Ils pouvaient prendre en charge de manière autonome les usagers souffrant de TNMS, permettant de soulager la charge de travail des médecins de famille et d'optimiser la priorisation des usagers.<sup>9</sup> D'autres études ont également démontré que les physiothérapeutes étaient capables d'établir des diagnostics et des plans de traitement comparables à ceux des orthopédistes.<sup>10</sup>

Un critère important pour évaluer l'efficacité des soins est le taux de reconsultation pour le même problème. Les taux de reconsultation ont été démontrés comme inférieurs trois mois après une consultation avec un physiothérapeute (entre 12 et 20%) par rapport à la consultation avec un médecin de famille (24%) pour des TNMS.<sup>11,12</sup>

## 2.2.2 Physiothérapie au GAP et en cliniques publiques IPS

Jusqu'à présent, selon nos connaissances, seulement un projet d'intégration de physiothérapeutes au GAP et un projet d'intégration en cliniques publiques IPS ont été mis en œuvre au Québec. Cependant, comme le GAP a été conçu en partie pour combler les lacunes dans l'offre de services des GMF en s'adressant aux personnes sans médecin de famille, il est raisonnable de supposer que les bénéfices observés grâce aux modèles de pratiques avancées en GMF seraient similaires dans le cadre du GAP et des cliniques publiques IPS. De plus, plusieurs physiothérapeutes en GMF reçoivent en clinique des patients provenant du GAP.

## 2.3 Cadre légal et responsabilité professionnelle appuyant la pratique avancée en physiothérapie

L'évolution des pratiques avancées au Québec peut entraîner un certain nombre d'interrogations sur le plan réglementaire et en ce qui concerne les droits de pratique. Il est important de souligner que ces questions sont régies par les normes établies par le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'OPPQ.

### 2.3.1 Responsabilité professionnelle

Le nouveau rôle des physiothérapeutes comme intervenants de premier contact crée de plus grandes responsabilités pour ces derniers. En effet, ils assument la responsabilité du suivi complet de l'utilisateur, ce qui implique de porter la responsabilité professionnelle et de veiller à la sécurité de l'utilisateur tout au long de la prise en charge et du suivi. Le physiothérapeute est soumis au code de déontologie qui inclut ces aspects, et ce, même si un médecin a été préalablement impliqué.



### 2.3.2 Prescription d'imagerie

Depuis 2020, les physiothérapeutes sont autorisés à prescrire des radiographies dans le cadre de critères définis ([OPPO](#)). Tout d'abord, le physiothérapeute doit avoir suivi une formation reconnue par l'OPPQ afin d'obtenir une attestation pour la prescription de radiographie. Ensuite, l'usager doit rapporter avoir subi un traumatisme musculosquelettique dans un délai maximal de 72 heures précédant la demande. Pour le physiothérapeute, il est également essentiel d'établir des corridors de services avec un ou des médecins pour assurer le suivi de l'usager en fonction des résultats des tests d'imagerie. Ainsi, si un suivi médical est nécessaire, il sera fait rapidement. Depuis 2022, cette pratique est couverte par le Régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ). Ces corridors de services sont facilement définissables dans le contexte d'un GMF.

### 2.3.3 Référence vers un médecin spécialiste

Dans leur champ d'expertise et de compétence, les physiothérapeutes peuvent référer directement un usager vers un médecin spécialiste, mais dans de nombreux établissements, une prescription médicale est exigée par le médecin spécialiste afin que sa compensation soit équivalente auprès de la RAMQ.

## 3 Planification et organisation de l'implantation d'un physiothérapeute en GMF

Dans le processus de planification, il est essentiel que chaque établissement réalise une analyse approfondie de ses besoins ainsi que de ceux de sa clientèle. Cette évaluation permettra d'établir de manière plus précise les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe du GMF.

Pour le développement et l'élaboration de ce document, plusieurs rencontres ont été organisées avec des parties prenantes dans le projet d'implantation de physiothérapeutes en GMF au CISSS de la Montérégie-Est et l'équipe de recherche. Ces rencontres ont eu comme objectif de prendre connaissance des différents contextes de soins, de comprendre les enjeux spécifiques au milieu et de recueillir les objectifs de chaque partie impliquée. Ces échanges ont permis de rassembler une vision globale afin d'assurer une planification efficace et adaptée à chaque milieu de soins. Les prochaines sections présentent les différentes étapes dans l'implantation type de physiothérapeutes en GMF et l'ensemble de cette démarche demeure à être contextualisée selon les besoins et les objectifs identifiés par chaque milieu.

### 3.1 Objectifs

Les principaux objectifs guidant l'exercice à réaliser sont les suivants :

1. Améliorer l'accessibilité aux soins et services de première ligne pour la clientèle inscrite auprès d'un médecin de famille ou non ayant un TNMS,
2. Optimiser le continuum et la pertinence des soins et services des usagers,
3. Assurer une prise en charge de qualité, équitable, sécuritaire et pertinente en physiothérapie selon les meilleures pratiques basées sur les données probantes actuelles.

## 3.2 Implication des parties prenantes

Il est essentiel d'établir préalablement une collaboration entre tous les membres de l'équipe afin d'optimiser les interventions auprès des usagers. Une définition claire des compétences et rôles de chacun est cruciale pour garantir le succès de l'intégration d'un nouveau membre dans l'équipe. Des ajustements pourront être apportés régulièrement en fonction de l'évolution des besoins. Il est recommandé de développer des protocoles et procédures cliniques qui définissent le fonctionnement, le rôle et les tâches de chaque membre de l'équipe en fonction des besoins spécifiques des usagers, afin d'assurer une exécution efficace. La communication et la collaboration interprofessionnelle deviennent des éléments clés pour optimiser les interventions auprès des usagers.

### 3.2.1 Physiothérapeute

Le physiothérapeute est un leader actif dans la coordination du projet d'implantation en évaluant les obstacles et les opportunités, en proposant des solutions pour surmonter les barrières, et en assurant la communication entre les parties prenantes. Le physiothérapeute est donc un facilitateur pour encourager la collaboration entre l'équipe clinique et les gestionnaires.

Dans le cadre des interventions auprès des usagers avec TNMS, le physiothérapeute peut assurer les responsabilités et les activités cliniques suivantes :

- Effectuer une rencontre initiale afin d'évaluer le TNMS de l'utilisateur, déterminer si le potentiel de réadaptation, écarter toute urgence médicale (drapeaux rouges) et au besoin orienter vers le bon professionnel ou vers le médecin. Il pourrait également être nécessaire de définir un plan de prise en charge qui nécessiterait une collaboration avec un médecin ou une IPS pour obtenir une prescription d'imagerie, de médicament ou d'un arrêt de travail par exemple, des actes étant à l'extérieur de son champ de pratique réglementaire;<sup>1</sup>
- Programmer, si nécessaire et selon les ressources disponibles, une ou quelques rencontres ultérieures de suivi espacées dans le temps afin de consolider les acquis qui visent une autogestion du TNMS par l'utilisateur; thoracic and cervical
- Favoriser une approche basée sur l'éducation permettant une autogestion par des modalités actives comme les exercices, l'activité physique et l'adaptation des activités fonctionnelles.<sup>13</sup>
- Utiliser des suivis téléphoniques ou en téléconsultation (vidéo) lorsque possible et si pertinent;
- Orienter l'utilisateur vers une trajectoire optimale en fonction des soins et services offerts dans son réseau régional et dans les différents organismes de sa communauté;
- Collaborer étroitement avec les médecins, les IPS et les autres professionnels du GMF pour assurer le bon déroulement des interventions;
- Sensibiliser les professionnels de la clinique à propos des compétences et des connaissances spécifiques des physiothérapeutes, du type de patientèle qui peut bénéficier de l'expertise du physiothérapeute et de l'offre de services en physiothérapie mise en place pour optimiser les références vers ce service.

Les GMF peuvent choisir d'offrir des services de physiothérapie sans rendez-vous et sur rendez-vous, ce qui permet d'intervenir en contexte de TNMS aigus, subaigus ou persistants et d'offrir une gamme de services différenciée. Afin de répondre aux besoins plus urgents, le rôle du physiothérapeute pourrait consister en une évaluation ponctuelle axée principalement sur l'avis diagnostic et l'éducation incluant quelques recommandations initiales.

Une fois l'offre de services en physiothérapie neuro-musculosquelettique établie, il est aussi possible d'envisager une diversification de l'offre de services pour répondre aux besoins de patientèles plus spécifiques, tels que la pédiatrie, les troubles vestibulaires, les commotions cérébrales ou la rééducation périnéale par exemple.

1 Ces actes sont sujets à changement considérant le décloisonnement prochain des pratiques professionnelles.

### 3.2.2 Médecins

Dans l'implantation de physiothérapeutes en GMF, le rôle du médecin demeure relativement inchangé. Il effectue des évaluations, pose des diagnostics et planifie le traitement comme il le fait actuellement pour ses usagers inscrits ou au sans rendez-vous. Cependant, les usagers présentant des TNMS pouvant être pris en charge par le physiothérapeute pourraient être dirigés vers ces derniers plutôt que vers les médecins ou les IPS. Ceux-ci demeurent un soutien, notamment lorsqu'il est nécessaire de prescrire des examens d'imagerie (si plus de 72 heures après un trauma), des médicaments ou des arrêts de travail, ces interventions étant hors du champ de pratique légal des physiothérapeutes.<sup>2</sup>

En ce qui concerne le rôle du médecin au GAP, il n'existe actuellement aucun poste dédié dans la province, selon nos informations. Les usagers sont référés à l'urgence en présence de drapeaux rouges ou vers un GMF selon le besoin de l'utilisateur en fonction de protocoles à établir lors de la mise en place de ces services.

### 3.2.3 Infirmières praticiennes spécialisées (IPS)

Les procédures cliniques déjà établies dans les GMF pour la répartition des usagers entre les médecins et les IPS peuvent être maintenues, à l'exception des usagers présentant des TNMS qui peuvent alors être pris en charge par les physiothérapeutes.

En ce qui concerne le rôle des infirmières au GAP, leur participation à l'algorithme de triage peut demeurer sensiblement la même, sauf pour les usagers présentant des TNMS qui peuvent être pris en charge par les physiothérapeutes. Ces usagers seront dirigés vers les physiothérapeutes pour un triage et une évaluation.

Ainsi, les IPS pourront apporter leur soutien au physiothérapeute dans les tâches qu'il ne peut pas réaliser selon son champ de pratique, telles que la prescription d'imagerie médicale (si plus de 72 heures après un trauma) ou la prescription de médicaments, par exemple.<sup>3</sup>

### 3.2.4 Infirmières cliniciennes

Le rôle de l'infirmière clinicienne au GMF et au GAP reste similaire avec l'ajout d'une collaboration interprofessionnelle avec le physiothérapeute.

De plus, pour ce qui est du GAP, l'algorithme de priorisation et de triage demeure sensiblement le même, sauf pour les usagers présentant des troubles neuro-musculosquelettiques qui peuvent être pris en charge par les physiothérapeutes. Ces usagers seront dirigés vers les physiothérapeutes. Ainsi, à la suite du résumé de l'agente administrative, l'infirmière clinicienne pourra prioriser l'utilisateur et prendre contact avec le physiothérapeute pour l'orienter vers celui-ci en validant les critères d'inclusion au besoin.

### 3.2.5 Gestionnaires

Les gestionnaires jouent un rôle clé dans la mise en place du projet en offrant un soutien continu et en validant les différentes étapes de l'implantation. Ils assument un rôle de leadership en facilitant l'intégration et la communication des différents acteurs impliqués, en fournissant le soutien et les ressources nécessaires, en favorisant aussi une organisation du travail et un horaire qui permet des rencontres de gestions de cas et en assurant un suivi régulier avec les membres de l'équipe.

En tant que leaders, les gestionnaires sont responsables de veiller à ce que les conditions propices à une intégration réussie soient réunies. Cela implique d'identifier et résoudre les difficultés qui peuvent survenir, tout en offrant un soutien continu aux membres de l'équipe. Les gestionnaires travaillent en étroite collaboration avec le personnel afin de trouver des solutions et surmonter les obstacles qui peuvent entraver l'implantation, puis la pérennité du projet.

3 Ces actes sont sujets à changement considérant le décloisonnement prochain des pratiques professionnelles.

### 3.2.6 Équipe de soutien administratif

En GMF, afin de maximiser l'efficacité des rencontres entre les usagers et les professionnels de la santé, il est recommandé que l'équipe administrative gère les horaires de manière stratégique selon le fonctionnement propre au milieu clinique. Cela permettra la collaboration interprofessionnelle en planifiant des moments d'échanges, notamment avec les médecins. En organisant judicieusement les horaires, il est possible d'optimiser le temps de chaque professionnel et de réduire les délais d'attente pour les usagers. De plus, dans certains GMF, les agentes administratives sont formées pour utiliser un algorithme d'aiguillage afin de placer directement les patients dans l'horaire du physiothérapeute, sans qu'une référence médicale soit nécessaire, notamment pour les rendez-vous plus urgents.

L'équipe de soutien administratif au GAP joue un rôle différent de celui des GMF. Lorsqu'un usager qui n'a pas de médecin de famille présente un TNMS, il compose la ligne Info-Santé 811, option #3. Service Québec prend l'appel et, par la suite, il est généralement dirigé vers le plateau d'orientation du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) ou du CISSS de sa région.

Ce plateau d'orientation joue un rôle essentiel en filtrant les appels. C'est à ce moment que le soutien administratif du GAP intervient. Le personnel procède à la mise à jour du dossier et interroge l'utilisateur pour comprendre ses besoins afin de pouvoir attribuer une tâche à l'infirmière clinicienne responsable du triage. Par sa collecte de données, l'infirmière clinicienne peut ainsi prioriser les demandes de consultation.

## 3.3 Offre de services de physiothérapie en GMF proposée

Cette section présentera trois trajectoires de soins et services. La première fait référence à un accès à la physiothérapie en premier contact (pratique avancée) au GMF. La deuxième trajectoire concerne l'accès à la physiothérapie à la suite d'une consultation et référence médicale. Enfin, nous aborderons l'accès en premier contact à la physiothérapie par le biais du GAP.

De par leur prévalence élevée en première ligne et comme les usagers qui souffrent de TNMS représentent la clientèle avec un haut potentiel de prise en charge de façon totalement autonome par le physiothérapeute, voici une liste de critères de consultation recommandés :

### 3.3.1 Critères d'inclusion

- Seront inclus les usagers présentant une condition neuro-musculosquelettique aiguë, subaiguë ou chronique. (Voir Annexe 1 pour une liste des diagnostics possibles)

### 3.3.2 Critères d'exclusion

- Seront exclus les usagers dont la condition neuro-musculosquelettique nécessite des soins urgents médicaux (drapeaux rouges);
- Seront exclus les usagers CNESST, SAAQ, et IVAC (les physiothérapeutes peuvent toutefois donner un avis ponctuel pour ces usagers au besoin);

Il est important de souligner que les conditions vestibulaires, pelvipérinéales et pédiatriques peuvent être aussi incluses dans l'offre de service si les physiothérapeutes engagés ont les compétences nécessaires pour traiter ces clientèles.

### **3.3.3 Trajectoire de services : physiothérapie en premier contact en GMF** *APPROCHE RECOMMANDÉE PAR L'AQP*

En GMF, l'utilisateur qui est inscrit auprès d'un médecin de famille ou d'une IPS peut bénéficier d'une consultation en premier contact avec un physiothérapeute, sans référence médicale préalable. Cette approche facilite l'accès pour l'utilisateur et favorise l'autonomie du physiothérapeute, qui peut souvent assurer une prise en charge autonome en santé physique.

Il peut aussi être pertinent d'offrir des consultations avec et sans rendez-vous avec le physiothérapeute afin de répondre efficacement aux besoins des usagers. La disponibilité des plages horaires sans rendez-vous peut être ajustée en fonction de l'affluence. Cette approche permet une meilleure accessibilité tout en tenant compte des ressources disponibles.

Ainsi, un usager peut contacter le GMF qui le réfère directement au physiothérapeute si l'utilisateur satisfait aux critères d'inclusion de l'offre de services en physiothérapie liée à une problématique neuro-musculosquelettique lors du processus de triage.

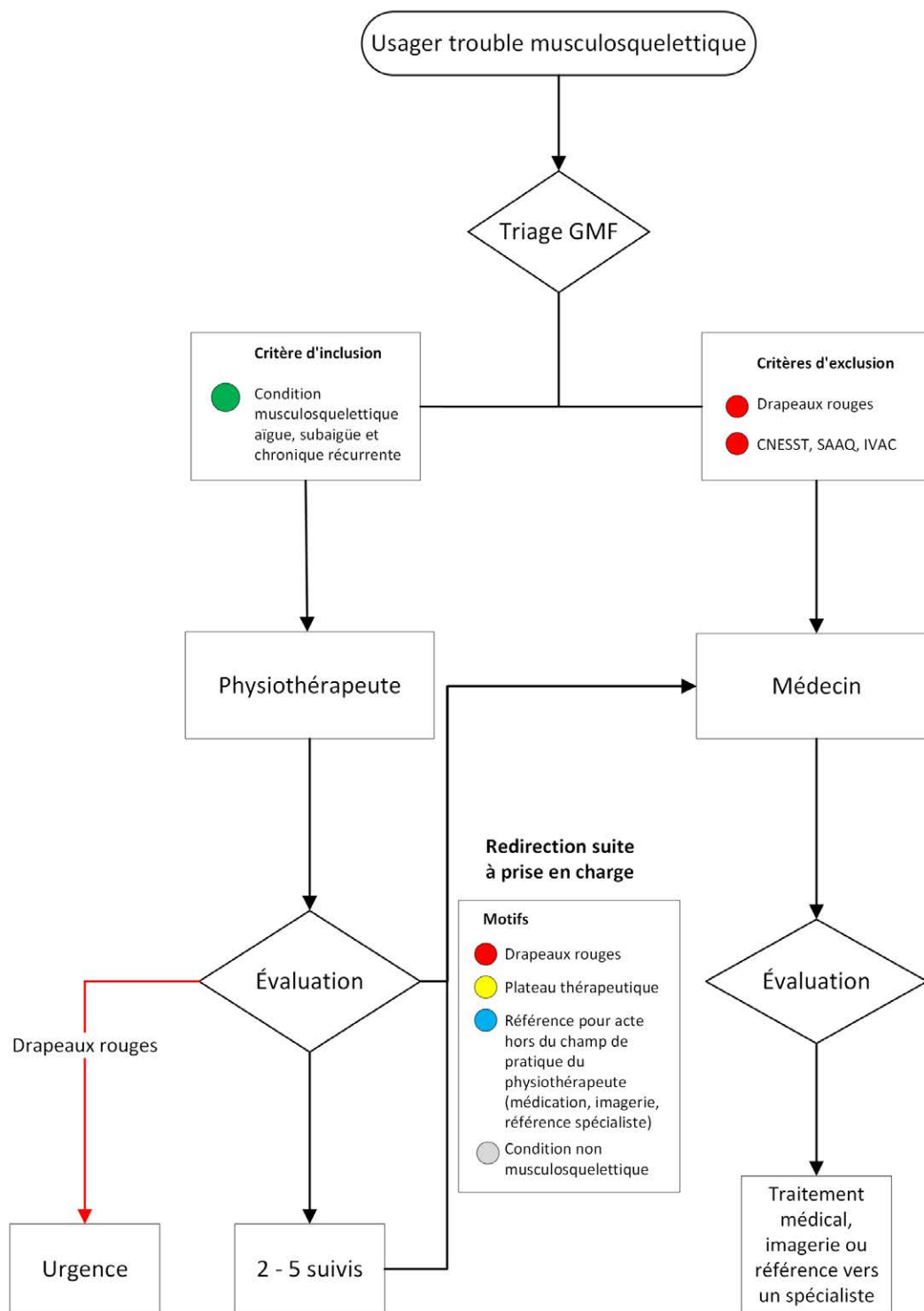
À la suite du triage, le physiothérapeute procède à l'évaluation de l'utilisateur, établit un diagnostic en physiothérapie et planifie une prise en charge adaptée à son champ de pratique et centrée sur l'autonomie de l'utilisateur.

Après avoir évalué l'utilisateur, le physiothérapeute peut consulter le médecin dans les cas suivants :

1. En présence de drapeaux rouges nécessitant une consultation aux urgences ou auprès d'un médecin ou lorsque l'utilisateur présente une condition qui, après évaluation, n'est pas considérée neuro-musculosquelettique ou ne relevant pas du champ de compétences du physiothérapeute;
2. Si la situation nécessite un acte hors du champ de pratique du physiothérapeute.

Selon l'évolution de la condition pendant les suivis, le raisonnement clinique du physiothérapeute le guide à déterminer la pertinence d'inclure le médecin de famille dans le plan de traitement par exemple en cas d'apparition de drapeaux rouges, pour la référence pour des tests d'imagerie ou vers un médecin spécialiste, la prescription de médicaments, la prescription d'un arrêt de travail<sup>4</sup> et l'atteinte d'un plateau thérapeutique. Le physiothérapeute peut aussi travailler en interdisciplinarité avec l'ensemble des professionnels de l'équipe afin de rediriger l'utilisateur vers d'autres soins multidisciplinaires dans le GMF ou en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne de soins, notamment en présence de facteurs psychosociaux (drapeaux jaunes) exerçant une influence négative sur le pronostic.

4 Ces actes sont sujets à changement considérant le décloisonnement prochain des pratiques professionnelles.



Les troubles musculosquelettiques se définissent comme un ensemble de symptômes et de lésions inflammatoires ou dégénératives de l'appareil locomoteur touchant diverses structures, telles que les tendons, les muscles, les ligaments, les gaines synoviales, les articulations, les disques intervertébraux, les nerfs et les vaisseaux sanguins (Vézina et al., 2011).

### 3.3.4 Trajectoire de services : accès en physiothérapie à la suite d'une visite médicale

Le physiothérapeute en GMF effectue des consultations à la suite d'une référence médicale en assurant le suivi des usagers sous sa responsabilité. Dans cette approche, un usager peut contacter son GMF pour une consultation pour un trouble neuro-musculosquelettique ou pour une autre condition et rencontrer un médecin de famille ou une IPS. Ce dernier ou cette dernière peut offrir dans son plan de traitement une référence en physiothérapie auprès du physiothérapeute du GMF.

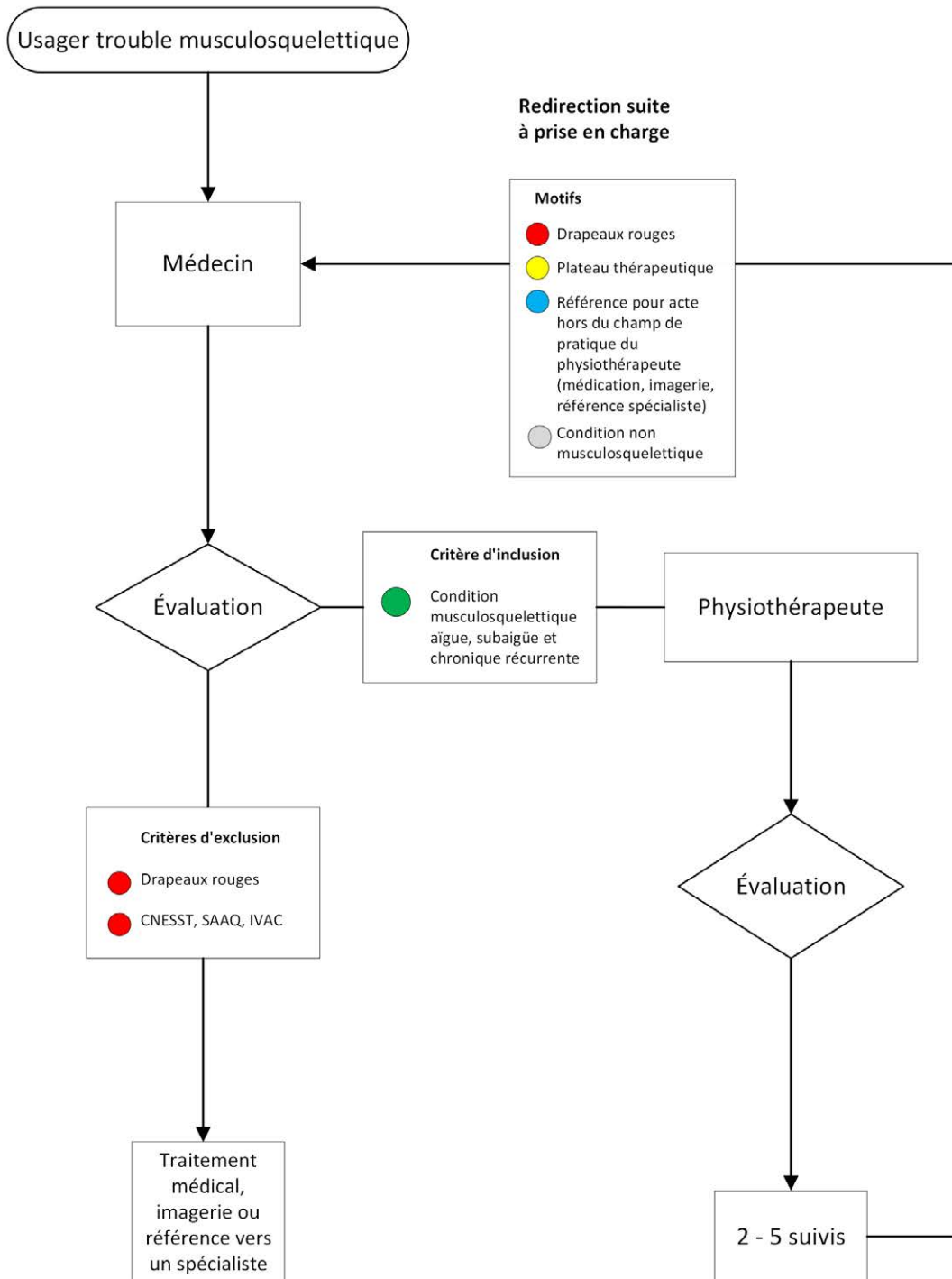
Le physiothérapeute procède à l'évaluation de l'usager, établit un diagnostic en physiothérapie et planifie une prise en charge adaptée à son champ de pratique et centrée sur l'autonomie de l'usager.

Après avoir évalué l'usager, le physiothérapeute peut consulter le médecin dans les cas suivants :

1. En présence de drapeaux rouges nécessitant une consultation aux urgences ou auprès d'un médecin ou l'usager présente une condition qui, après évaluation, n'est pas d'origine neuro-musculosquelettique, ou ne relevant pas du champ de compétences du physiothérapeute;
2. Si la situation nécessite un acte hors du champ de pratique du physiothérapeute.

Selon l'évolution de la condition pendant les suivis, le raisonnement clinique du physiothérapeute le guide à déterminer la pertinence d'inclure le médecin de famille dans le plan de traitement par exemple en cas d'apparition de drapeaux rouges, pour la référence pour des tests d'imagerie ou vers un médecin spécialiste, la prescription de médicaments, la prescription d'un arrêt de travail<sup>5</sup> et l'atteinte d'un plateau thérapeutique. En présence de facteurs psychosociaux (drapeaux jaunes) exerçant une influence négative sur le pronostic, le physiothérapeute peut aussi travailler en interdisciplinarité avec l'ensemble des professionnels de l'équipe afin de rediriger l'usager vers d'autres soins multidisciplinaires dans le GMF ou en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne de soins.

5 Ces actes sont sujets à changement considérant le décloisonnement prochain des pratiques professionnelles.



Les troubles musculosquelettiques se définissent comme un ensemble de symptômes et de lésions inflammatoires ou dégénératives de l'appareil locomoteur touchant diverses structures, telles que les tendons, les muscles, les ligaments, les gaines synoviales, les articulations, les disques intervertébraux, les nerfs et les vaisseaux sanguins (Vézina et al., 2011).



### **3.3.5 Trajectoire de services : physiothérapie en premier contact – accès direct par le guichet d'accès à la première ligne (GAP) *APPROCHE RECOMMANDÉE PAR L'AQP***

Les usagers qui n'ont pas de médecin de famille ou ne sont pas inscrits dans un GMF peuvent consulter directement un physiothérapeute sans avoir besoin d'une prescription médicale préalable, grâce à une demande adressée au GAP.

Lorsqu'un usager prend contact avec le GAP, l'agente administrative prend en note les besoins de l'usager et met à jour son profil. Une infirmière clinicienne prend ensuite la demande en charge et lui accorde un niveau de priorisation. Ensuite, elle informe l'usager du délai pour le rendez-vous initial. Si l'usager répond aux critères d'inclusion pour une évaluation avec le physiothérapeute du GAP, l'infirmière clinicienne pourra l'orienter vers ce dernier. Si l'usager ne remplit pas les critères d'inclusion, il sera dirigé vers une infirmière clinicienne, une IPS ou une clinique médicale affiliée au GAP, conformément à l'algorithme mis en place.

Le physiothérapeute procède à l'évaluation de l'usager, établit un diagnostic en physiothérapie et planifie une prise en charge adaptée à son champ de pratique, et centrée sur l'autonomie de l'usager.

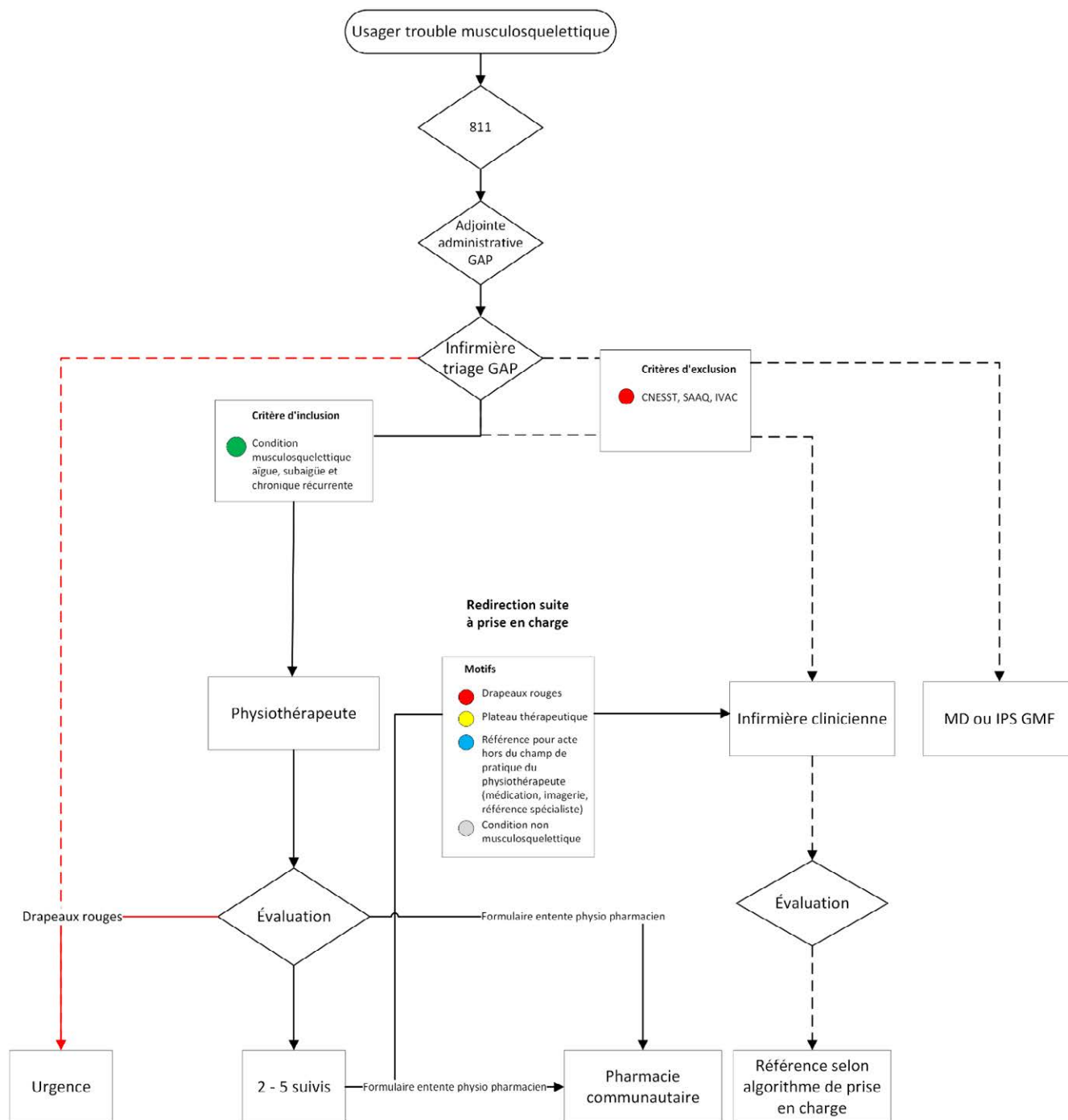
Selon l'évaluation ou l'évolution de la condition, le physiothérapeute peut également référer l'usager à l'infirmière praticienne spécialisée du GAP.

Après avoir évalué l'usager, le physiothérapeute peut consulter l'infirmière clinicienne du GAP qui pourra rediriger l'usager vers un GMF affilié ou une IPS :

1. En présence de drapeaux rouges nécessitant une consultation aux urgences ou auprès d'un médecin ou l'usager présente une condition qui, après évaluation, n'est pas d'origine neuro-musculosquelettique, ou ne relevant pas du champ de compétences du physiothérapeute;
2. Si la situation nécessite un acte hors du champ de pratique du physiothérapeute.

Selon l'évolution de la condition pendant les suivis, le raisonnement clinique du physiothérapeute le guide à déterminer la pertinence d'inclure le médecin de famille dans le plan de traitement par exemple en cas d'apparition de drapeaux rouges, pour la référence pour des tests d'imagerie ou vers un médecin spécialiste, la prescription de médicaments, la prescription d'un arrêt de travail<sup>6</sup> et l'atteinte d'un plateau thérapeutique. En présence de facteurs psychosociaux (drapeaux jaunes) exerçant une influence négative sur le pronostic, le physiothérapeute peut aussi travailler en interdisciplinarité avec l'ensemble des professionnels de l'équipe afin de rediriger l'usager vers d'autres soins multidisciplinaires ou une référence en 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> ligne.

6 Ces actes sont sujets à changement considérant le décloisonnement prochain des pratiques professionnelles.



Les troubles musculosquelettiques se définissent comme un ensemble de symptômes et de lésions inflammatoires ou dégénératives de l'appareil locomoteur touchant diverses structures, telles que les tendons, les muscles, les ligaments, les gaines synoviales, les articulations, les disques intervertébraux, les nerfs et les vaisseaux sanguins (Vézina et al., 2011).

## 3.4 Organisation

Cette section a pour objectif de formaliser l'organisation en documentant l'agencement de l'espace physique clinique, la planification temporelle et les ressources requises pour l'intégration des professionnels de la physiothérapie en GMF.

### 3.4.1 Planification de l'horaire du physiothérapeute

L'organisation des GMF doit déterminer la structure de l'horaire du physiothérapeute. Souvent on pourra penser à une rencontre de 60 minutes pour un nouveau problème et des rencontres de 30 minutes pour un problème connu alors qu'au sans rendez-vous la visite peut durer de 30 à 45 min. Il est important de déterminer si l'horaire de tous les professionnels est géré par un membre de l'équipe du GMF ou si chaque professionnel est autonome dans l'organisation de son horaire. Si les cliniciens sont autonomes, un temps pour cette gestion doit être planifié à l'horaire pour fixer les rendez-vous, faire les suivis et les rappels. Aussi, si le physiothérapeute effectue des consultations sans rendez-vous, une période additionnelle doit être considérée dans l'horaire pour absorber les imprévus. De plus, du temps pour la discussion des cas et la collaboration interprofessionnelle doivent aussi être planifiés à l'horaire de tous. Au total, une période de 60 minutes par jour pourrait être allouée pour la gestion des horaires et la discussion de cas.

Par ailleurs, un emploi du temps chargé avec un nombre élevé de consultations auprès des usagers limite la disponibilité pour répondre aux questions des collègues, pour des consultations spontanées ou pour coordonner les différents aspects de l'implantation.

### 3.4.2 Organisation espace physique clinique

L'organisation de l'espace dédié doit être orientée vers l'efficacité, la facilitation du travail d'équipe et l'optimisation de l'utilisation de l'espace disponible.

Il est important de prévoir un espace adéquat pour que le professionnel de la physiothérapie puisse effectuer ses activités, dont les évaluations, les suivis, la rédaction des dossiers et les tâches de gestion. Cet espace doit être suffisamment grand pour accueillir les équipements requis en physiothérapie et pour permettre l'évaluation fonctionnelle de l'utilisateur. L'espace devrait idéalement être à proximité d'un corridor et d'un escalier pour faciliter l'évaluation de la marche et de montée et descente d'escaliers.

### 3.4.3 Matériel de physiothérapie

Il est recommandé de consulter le professionnel de la physiothérapie arrivant en poste et l'équipe du GMF pour connaître leurs besoins. Cela permettra aux gestionnaires d'anticiper les coûts et de planifier les achats nécessaires. La liste suivante présente certains éléments de base souvent utilisés et suggérés :

- Table de physiothérapie électrique (si possible),
- Outils de mesure: goniomètre, inclinomètre, ruban à mesurer, dynamomètre manuel,
- Marteau réflexe et diapason,
- Bandes élastiques,
- Sangle rigide,
- Taping (restrictif, proprioceptif, etc.),
- Aide technique à la marche (béquille, marchette, canne),
- Oreillers,
- Logiciel d'exercices
- Formulaire adaptés d'évaluation et de suivis.

### 3.4.4 Rédaction de dossier et communication

Il est essentiel que le physiothérapeute dispose des outils nécessaires pour rédiger ses notes. L'utilisation d'un dossier médical électronique (DMÉ) est largement préférable, car il permet l'accès aux notes de consultation des autres membres de l'équipe, favorisant ainsi la communication et la collaboration au sein de l'équipe de soins.

L'utilisation de la téléconsultation et des réunions virtuelles est une stratégie lorsque les espaces physiques peuvent être limités ou encore lorsque l'utilisateur ne peut se déplacer. Cela permet au physiothérapeute de maximiser l'espace dans le GMF en effectuant du travail à distance, notamment pour les tâches administratives, la rédaction des notes évolutives et/ou les suivis par téléphone ou téléconsultation. Cependant, la délocalisation complète du physiothérapeute à l'extérieur du GMF, réduirait substantiellement le niveau de collaboration interprofessionnelle. Cet aspect a été bien démontré dans le cas de l'intégration des IPS au Québec et pourrait réduire l'efficacité des soins et services, la satisfaction des usagers et de l'équipe clinique incluant les physiothérapeutes. (Brault et al., 2014)

Pour faciliter les réunions d'équipe et les rencontres à distance avec les usagers, il est recommandé de disposer d'un ordinateur avec une caméra et des installations adaptées à la téléconsultation (vidéo), en respectant les principes directeurs de l'OPPQ qui autorise et encadre cette pratique ([OPPQ](#)).

- Assurer la confidentialité des données et la sécurité des informations échangées lors des consultations virtuelles;
- S'assurer d'une connexion internet fiable et d'une bonne qualité audio et vidéo pour une communication fluide;
- Utiliser des outils de partage d'écran et de visualisation des exercices ;
- Disposer d'un espace de travail dédié et bien éclairé pour les consultations virtuelles.

## 3.5 Identification des facilitateurs et barrières à une implantation réussie

Dans le cadre du développement de ces offres de services, des réunions ou autres communications efficaces et fréquentes sont à privilégier avant la mise en œuvre. Ces communications visent à faciliter les échanges entre les parties prenantes, à identifier les facteurs facilitateurs, à discuter des enjeux potentiels et à déterminer les besoins spécifiques. L'objectif est de créer un espace de dialogue et de collaboration pour assurer une compréhension commune, favoriser l'alignement des objectifs et permettre une mise en place harmonieuse du projet.

### 3.5.1 Identification des facilitateurs et des stratégies pour optimiser l'implantation

Afin d'assurer le succès de l'implantation, il est important de cibler les éléments qui contribuent à simplifier l'intégration des professionnels de la physiothérapie en GMF. Il faut aussi d'emblée identifier des stratégies qui favorisent l'application des recommandations.

#### 3.5.1.1 Gouvernance organisationnelle

Lors des réunions préparatoires avant la mise en œuvre du projet, il est nécessaire d'échanger sur les facilitateurs, les enjeux et les besoins des parties et les gestionnaires doivent jouer un rôle de leader pour amener toutes les parties prenantes à participer dans la phase de définition du projet.

#### 3.5.1.2 La collaboration interprofessionnelle

Il existe déjà une pratique établie de recommandation du médecin vers le physiothérapeute, ce qui a permis historiquement une communication entre ces professionnels de la santé. Si la collaboration professionnelle est forte dans le milieu, les nouveaux services seront mieux perçus par les différents intervenants.<sup>14</sup>

### 3.5.1.3 Une approche en physiothérapie centrée sur l'autogestion et l'éducation pour les usagers

L'éducation et l'enseignement sont des piliers fondamentaux pour offrir des services de qualité efficaces aux usagers souffrant de TNMS. Des études portant sur les TNMS du membre supérieur, inférieur et du rachis révèlent que des recommandations et de l'enseignement donnés aux usagers s'avèrent efficaces pour améliorer les douleurs et la fonction.<sup>15-18</sup> Ces résultats soulignent l'importance cruciale de fournir aux usagers des informations claires et détaillées sur leur condition, ainsi que des conseils appropriés pour favoriser leur rétablissement ou leur autogestion. Dans le but d'améliorer les interventions délivrées pour des TNMS, une revue systématique basée sur des guides de pratique clinique a formulé onze recommandations.<sup>13</sup> Ces recommandations ont pour objectif d'améliorer la qualité des soins et services en soutenant le raisonnement clinique des praticiens. Les soins et services doivent être centrés sur les besoins de l'utilisateur et en respect de ses choix, tout en tenant compte de son contexte de vie. La progression de l'état de l'utilisateur devrait se baser sur des données objectives. Le plan de prise en charge devrait mettre l'accent sur l'éducation et la promotion de l'activité physique. Enfin, il est important que le plan de prise en charge favorise l'inclusion de l'utilisateur dans son contexte familial et professionnel. Ainsi, les interventions devraient être orientées sur des objectifs fonctionnels et s'intégrer dans le mode de vie quotidien de l'utilisateur.

## 3.5.2 Identification des barrières et des stratégies pour réduire leur impact

Afin de répondre rapidement aux imprévus, il est primordial d'identifier des facteurs qui peuvent nuire ou être perçus négativement dans le processus d'implantation. Ainsi, quelques pistes de solutions sont suggérées.

### 3.5.2.1 Ressources organisationnelles

Ce changement d'offre de services en physiothérapie peut engendrer plusieurs répercussions pour les membres de l'équipe, telles qu'un ajustement dans la charge et le type de pratique des médecins et des IPS, des modifications des lieux de pratique ou de l'accès aux espaces physiques, la répartition budgétaire pour l'achat de matériel, ainsi que des changements d'horaires. Il est essentiel d'établir une communication claire et des mises au point régulières afin de gérer ces enjeux. La tenue de réunions ou de communications régulières entre les membres de l'équipe pour recueillir des rétroactions de toutes les parties impliquées facilitera l'implantation de la nouvelle offre de services en physiothérapie tout en préservant un environnement de travail harmonieux.

### 3.5.2.2 Demande importante en physiothérapie

Afin de fournir un service de première ligne en physiothérapie accessible rapidement, il faut gérer efficacement et ajuster l'offre (heures cliniques, type de prise en charge, patientèles cibles) en fonction de la demande.<sup>6</sup> De plus, une optimisation des différents corridors de services pourrait aussi permettre de réduire les temps d'attente et les délais pour les rendez-vous dans l'ensemble du parcours de soins.

### 3.5.2.3 Procédures cliniques

Un enjeu pour les suivis par les physiothérapeutes réside dans la gestion des prescriptions de médicaments, des prescriptions d'imagerie (à l'exception des physiothérapeutes ayant suivi une formation et reçu une attestation leur permettant la prescription autonome), des références vers des médecins spécialistes et la gestion des arrêts de travail qui ne sont pas autorisés actuellement dans leur champ de pratique.<sup>7</sup> Il est crucial d'établir une collaboration claire entre les membres du GMF pour définir ces corridors de services.

Le manque de connaissance de l'expertise et des rôles du physiothérapeute en tant qu'intervenant autonome de premier contact peut également poser des défis. Des réunions ou communications régulières après la mise en œuvre sont utiles pour clarifier le rôle de chaque professionnel dans l'implantation initiale. Le physiothérapeute assure également un rôle de leader pour promouvoir ses compétences et son expertise au sein de l'équipe et présenter des données probantes qui supportent son rôle en première ligne comme un spécialiste des TNMS.

7 Ces actes sont sujets à changement considérant le décloisonnement prochain des pratiques professionnelles.

## 3.6 Ressources pour aider aux suivis

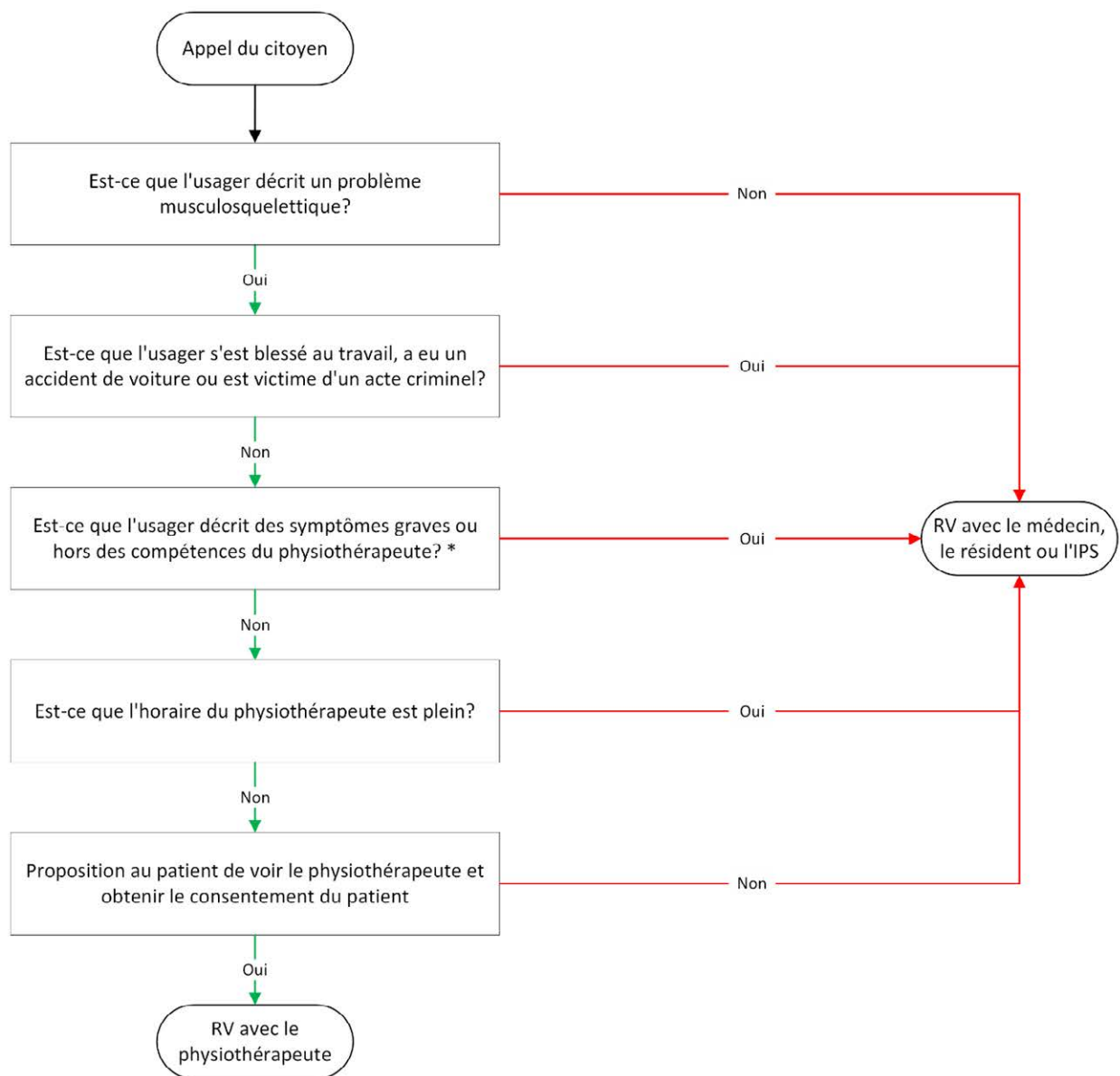
Cette section a pour objectif de fournir un aperçu non exhaustif de solutions ciblées et d'outils développés selon les meilleures pratiques cliniques et les données probantes afin d'optimiser la prise en charge des usagers souffrant de TNMS.

### 3.6.1 Triage et aiguillage téléphonique

Il est important de définir de manière précise ce qu'est un trouble neuro-musculosquelettique afin de faciliter l'octroi du rendez-vous. Des ressources peuvent être mises à la disposition du professionnel ou membre du personnel chargé du triage, en fonction de son niveau de compétence pour évaluer la requête de l'usage et la présence de troubles neuro-musculosquelettiques. Les TNMS font référence aux affections touchant les os, les articulations, les muscles, les tendons, les ligaments, les bourses, etc. Ils peuvent résulter d'une blessure à la suite d'un traumatisme mineur ou d'un changement d'activité ou de routine quotidienne ou encore sans raison précise. Certains troubles de l'équilibre, de la marche ou la présence de déconditionnement physique peuvent également être considérés comme TNMS. Afin d'aider les ressources dédiées à la répartition des rendez-vous, un algorithme décisionnel est proposé.<sup>19</sup>

### Aiguillage téléphonique

Il est possible de proposer une formation à l'équipe administrative afin qu'elle acquière les compétences nécessaires pour l'aiguillage téléphonique



\*Ces symptômes peuvent inclure : symptômes grippaux, fièvre, maux de tête intenses, douleurs au ventre, vertiges, problèmes de vision, vomissements

## 3.6.2 Outils de classification

Les outils de classification permettent d'aider à orienter l'utilisateur et d'évaluer son pronostic clinique. L'utilisation de ce type de questionnaire permet d'orienter les suivis selon différents facteurs pronostiques et peut contribuer à la priorisation des cas et à une gestion plus efficace des listes d'attente. L'intégration de certains questionnaires dans la pratique clinique permet de fournir aux cliniciens des outils concrets et objectifs pour aussi évaluer le pronostic et l'évolution de l'état clinique des usagers.

### 3.6.2.1 Keele STarT MSK Tool

Le STarT MSK tool (Annexe 2) est un outil pronostique validé en français.<sup>20-22</sup> Le Start MSK tool est un questionnaire utilisé dans le domaine de la santé musculosquelettique pour faciliter l'évaluation de la gravité et le pronostic des symptômes musculosquelettique chez les usagers. Il vise à mieux cibler les usagers souffrant de douleurs musculosquelettiques, en les catégorisant dans trois sous-groupes, permettant ainsi d'orienter la conduite.

### 3.6.2.2 Keele STarT Back Tool

Le Keele STarT Back Tool (Annexe 3) est un outil d'évaluation clinique utilisé pour évaluer les usagers atteints de douleurs lombaires.<sup>22</sup> Il est validé en français.<sup>23</sup> Cet outil a comme objectif d'aider les cliniciens à identifier les usagers qui sont les plus susceptibles de développer des problèmes chroniques liés aux douleurs lombaires, afin de leur proposer des interventions adaptées et personnalisées ainsi d'orienter les niveaux de traitements.

## 3.6.3 Ressources et corridor de soins

Plusieurs ressources existent déjà et sont accessibles pour le personnel des CISSS et CIUSSS. Une liste non exhaustive a été mise ici afin d'inspirer et d'orienter les professionnels pour leur suivi.

### *Soins et services | Portail Santé*

Plusieurs CISSS et CIUSSS ont ce type de portail. Ceci permet d'établir des corridors de services sur le territoire et de faciliter le référencement approprié des usagers en ayant une connaissance approfondie de toutes les ressources disponibles : les CLSC, les organismes privés, les ressources communautaires, les cliniques externes, et bien d'autres. Cela permettra d'assurer une orientation adéquate des usagers vers les services les plus adaptés en fonction de leurs besoins spécifiques.

### *Action bénévole-FCABQ*

Permet de retrouver sur le site internet de chaque municipalité les services communautaires et bénévoles offerts à la population québécoise.

Ressource en ligne : [Cliquer ici](#)

### *Douleur chronique*

Plusieurs ressources éducatives sont accessibles sur internet ou peuvent être imprimées et remises aux usagers afin de favoriser leur autonomie, dont :

- Clinique de gestion de la douleur de l'hôpital Pierre-Boucher ([Cliquer ici](#))
- Retrain pain ([Cliquer ici](#))
- CHUM, vivre avec une douleur chronique ([Cliquer ici](#))
- Accueil – Gérer ma douleur ([Cliquer ici](#))
- Guide de la douleur du Dr. Greg Lehman ([Cliquer ici](#))



## Programmes d'exercice

- Différentes plateformes existent pour orienter les usagers vers des ressources pour promouvoir l'activité physique, telles que :
- Le GO pour bouger – Move 50+ ([Cliquer ici](#))
- Programme d'exercices du service d'orthopédie du CIUSSS de l'Est de l'Île de Montréal ([Cliquer ici](#))

### 3.6.4 Formation pour les physiothérapeutes

Selon la clientèle et les besoins du milieu, différentes formations peuvent être pertinentes, en tenant compte du contexte spécifique de chaque milieu et du niveau de connaissances déjà acquis en musculosquelettique. Comme précédemment mentionnées, les thérapies actives qui favorisent l'éducation et l'autonomie de l'utilisateur sont fortement encouragées. Par conséquent, toute formation axée sur la prescription d'exercices, l'éducation et la motivation des usagers (prise de décision partagée et entretien motivationnel) peut être utile aux cliniciens.

Dans le but d'assister les cliniciens dans leur évaluation et leur intervention en première ligne, d'autres formations peuvent être préconisées en fonction de la collaboration au sein de l'équipe. L'objectif est d'améliorer les compétences et les connaissances des professionnels de la santé, en les aidant à offrir des soins de qualité et adaptés aux besoins spécifiques de chaque usager. Un groupe de chercheurs ontariens a mis en lumière que l'intégration des physiothérapeutes en GMF présente des défis et que le niveau de compétence requis peut différer de la pratique traditionnelle même si les clientèles prises en charge sont dans le champ de pratique usuel des physiothérapeutes ([Cliquer ici](#)).

#### 3.6.4.1 Prescription de radiographie

Formation de 15h reconnue par l'OPPQ comme celle de l'AQP ([Prescription de radiographie en physiothérapie](#)), qui permet au physiothérapeute, selon les corridors de services établis, de prescrire une radiographie dans les 72h post-trauma ([OPPQ](#)).

#### 3.6.4.2 Micro-programme et D.E.P.A. de physiothérapie avancée en neuro-musculosquelettique à l'Université de Montréal

Les formations en physiothérapie avancée en neuro-musculosquelettique visent l'acquisition et/ou l'approfondissement de compétences contribuant au développement d'une expertise requise pour exercer avec efficacité ses rôles d'acteur en première ligne et milieux spécialisés auprès de clients avec atteintes neuro-musculosquelettiques. Le développement de ces compétences constitue un rehaussement des jalons du profil de compétences essentielles des physiothérapeutes. Les secteurs d'activité sont les soins de première ligne (urgence, GMF) et les cliniques spécialisées (orthopédie, rhumatologie, physiatrie, etc.). Ces formations hybrides se déroulent habituellement sur une période de 18 à 24 mois à temps partiel ([Université de Montréal](#)).

#### 3.6.4.3 Modules en ligne : Préparer les Physiothérapeutes aux Soins primaires interprofessionnels

Cette formation en ligne gratuite comprend huit modules éducatifs. L'objectif principal de ces modules est de soutenir les physiothérapeutes exerçant ou prévoyant d'exercer dans des soins primaires interprofessionnels, comme les GMF et au GAP au Québec, afin de développer des compétences pour la pratique de la physiothérapie dans des contextes de soins primaires interprofessionnels. Les huit modules permettent d'acquérir des nouvelles connaissances sur les soins primaires interprofessionnels, réfléchir et identifier les besoins d'apprentissage, et découvrir de nouvelles ressources pour répondre aux besoins d'apprentissage. Cette initiative est co-dirigée par le Collège des médecins de famille du Canada, le Réseau Canadien de la main-d'œuvre en santé, en partenariat avec l'Université Queens et l'Association Canadienne de Physiothérapie ([Cliquer ici](#)).

# 4 Processus d'implantation

Le modèle *Participatory, Evidence-Based, Patient-Focused Process for Advanced Practice Nursing (PEPPA)* a été initialement développé pour introduire les pratiques avancées en sciences infirmières dans les systèmes de santé.<sup>24, 25</sup> Son objectif est de structurer les différentes étapes dans l'implantation de nouvelles offres de services de soins, et il peut être utilisé afin que chaque établissement puisse efficacement intégrer les professionnels de la physiothérapie au sein de leur équipe, en fonction de leur réalité et de leurs besoins spécifiques. Un outil synthèse a été créé afin de faciliter la mise en œuvre de l'implantation. (Annexe 4)

## 4.1 ÉTAPES D'IMPLANTATION SELON LE MODÈLE PEPPA

### 4.1.1 Définir la population cible et décrire l'offre de services actuelle

Dans le cadre de ce mandat, la population ciblée est tout usager avec des troubles neuro-musculosquelettiques ne résultant pas d'un accident de la route ou de travail ou victime d'un acte criminel, avec ou sans médecin de famille (voir section 2.1).

### 4.1.2 Identifier les parties prenantes et les impliquer

Les différents acteurs impliqués dans le projet comprennent les médecins, les IPS, les infirmières, les physiothérapeutes, les autres professionnels de la santé, les gestionnaires, les conseillers cadres et le personnel administratif ainsi que les usagers et leurs familles (voir section 3.2).

### 4.1.3 Déterminer les besoins d'une nouvelle offre de services en physiothérapie

Dans ce document, plusieurs enjeux ont été soulevés et incluent le manque d'accès à la physiothérapie en première ligne dans le système de santé public, le vieillissement de la population, les délais d'accès ainsi que la demande élevée de soins médicaux en première ligne (via les GMF/GAP ou les services d'urgence). La création d'une nouvelle offre de services en physiothérapie, soit l'introduction des physiothérapeutes en tant que premier intervenant, offre une solution pour répondre aux besoins identifiés (voir section 2.2).

### 4.1.4 Identifier les problèmes et objectifs prioritaires pour améliorer l'offre de services de soin

Il est essentiel que chaque milieu prenne le temps de reconnaître les problématiques spécifiques en fonction des besoins préétablis, et établisse des objectifs qui serviront de fondement pour le projet en plus des éléments généraux déjà présentés dans ce guide (voir section 3.1).

### 4.1.5 Définir l'offre de services en physiothérapie et les rôles spécifiques du physiothérapeute

Pour définir l'offre de services en physiothérapie et le rôle du physiothérapeute au sein de cette offre, il est important de se référer aux trois trajectoires de soins ainsi qu'aux rôles spécifiques de chaque membre de l'équipe (voir section 3.2 et 3.3).

Pour faciliter la mise en œuvre de l'offre de services en physiothérapie, il est suggéré d'utiliser un aide-mémoire qui résume les principales tâches à accomplir pour chaque partie prenante. Cet outil servira de guide pratique pour assurer une cohérence et une continuité dans les actions menées par l'équipe. (Annexe 4)

## 4.1.6 Définir les stratégies d'implantation

Pour définir les stratégies d'implantation, il est important de prendre en compte les éléments suivants, comme indiqué dans la section 3.4 du document, qui concerne l'organisation physique et les processus :

- Élaboration d'un canevas d'évaluation et de suivi du projet, qui permettra de collecter les informations nécessaires pour évaluer l'efficacité de l'implantation et suivre les progrès.
- Organisation de la liste de matériel et de l'environnement de travail.
- Planification de la formation en fonction des besoins spécifiques du milieu.

Pour garantir une évaluation rigoureuse de l'offre de services, il est nécessaire d'établir un plan d'évaluation et de collecte de données. Cela comprend initialement l'identification des mesures de résultats souhaitées et considérées importantes par l'équipe, la désignation de la personne responsable de la collecte et de l'analyse des données, ainsi que la fréquence de collecte. Une méthodologie cohérente et systématique doit être mise en place pour évaluer de manière objective l'impact de l'implantation comme décrit à la section 4.1.8.

## 4.1.7 Mettre en œuvre l'implantation

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce type de projet, plusieurs étapes clés doivent être suivies.

1. Tout d'abord, il est nécessaire de procéder à la consultation préimplantation afin de valider la compréhension des procédures cliniques et du rôle de chaque acteur impliqué. Cela permettra d'assurer une bonne compréhension de l'ensemble du processus et de garantir une exécution efficace,
2. Une évaluation en cours et post-implantation est souvent réalisée et accompagne des rencontres régulières avec l'équipe. Ces rencontres et évaluations permettent de voir les effets immédiats sur différentes mesures en lien avec les nouveaux services (accès, volume, fluidité, efficacité, efficience et utilisation des ressources ou encore satisfaction des clients et intervenants) et d'apporter d'éventuelles améliorations en cours d'implantations.
3. Enfin, une fois les étapes précédentes achevées, les GMF pourront faire évoluer les nouvelles offres de services en physiothérapie et mesurer à plus long terme les impacts de ces services. Cela impliquera donc une exécution indépendante des éléments clés du projet et son évaluation, pour, à terme, favoriser une meilleure gestion des ressources et une efficacité accrue dans les milieux.

## 4.1.8 Évaluer le rôle du physiothérapeute et les impacts de la nouvelle offre de services

La dernière étape du cadre PEPPA comprend l'évaluation formelle de l'implantation et de son impact sur les processus de soins et services. Le cadre d'évaluation des offres de services pour les affections neuro-musculosquelettiques fournit une liste d'indicateurs pertinents permettant d'évaluer l'implantation et l'offre de services.<sup>26</sup>

### 4.1.8.1 Évaluation à court terme

Il est important de recueillir différentes données afin d'avoir une évaluation pertinente, telles que :

- Indicateurs d'utilisation des services (par exemple, taux de consultation, utilisation des plages horaires avec ou sans rendez-vous, durée des consultations, utilisation des ressources du système de santé, proportion d'usagers pris en charge de façon autonome et trajectoire de soins nécessitant la collaboration entre physiothérapeutes, médecins ou IPS).
- Évaluation de la satisfaction des usagers et de l'équipe (par exemple, évaluation des procédures cliniques, de la collaboration interprofessionnelle, de la charge de travail). Des outils comme le VSQ-9<sup>27</sup>, le MedRisk<sup>28</sup> ou les questionnaires usager/fournisseur peuvent être utilisés.<sup>29, 30</sup>

Il est également nécessaire de planifier des moments d'évaluation à intervalles réguliers suivant l'implantation. Cette approche peut aider à s'adapter aux changements qui surviennent au cours de la première année, amener des modifications à l'offre de services et bonifier l'implantation. Chaque période d'évaluation peut se concentrer sur différents indicateurs, en fonction des ressources disponibles et des objectifs définis par l'équipe de soins.

Le suivi continu de la qualité des services est un aspect essentiel de ce processus. Il est souhaitable de mettre en place des mécanismes permettant de réagir rapidement aux barrières ou enjeux d'implantation identifiés. Des réunions d'équipe peuvent être organisées pour discuter et développer des solutions adaptées.

Exemples d'indicateur de performance pour ces offres de services

- Considérer les indicateurs pertinents pour les usagers afin de suivre l'amélioration de la condition de santé de ceux-ci (expériences des usagers, santé, accès aux soins).
  - o Outils de mesure clinique : questionnaires permettant d'objectiver l'évolution de la condition des usagers ayant des TNMS:
    - *Douleur*: Brief Pain Inventory (BPI), Échelle visuelle analogique (EVA),
    - *Incapacité*: Membre supérieur : QuickDash, membre inférieur : LEFS, région cervicale : NDI, région lombaire : Oswestry, Roland-Morris, Québec pain disability scale.
- Évaluer les procédures cliniques en place et implantées et les rôles de chaque membre de l'équipe.
  - o Est-ce que les rôles implantés pour les professionnels de la physiothérapie sont bien ceux initialement définis ?
  - o Est-ce que les différents corridors de soins et services et l'ensemble des composantes sont implantés ?
  - o Est-ce que tous les acteurs participent aux soins et services comme convenu initialement dans l'offre de services?
- Évaluer des indicateurs relatifs aux coûts et l'efficacité. Ceux-ci peuvent être un défi, car recueillir ces données et les comparer peut nécessiter des ressources, du temps et une expertise précise.
  - o Mesurer les coûts liés au système de santé,
  - o Mesurer les coûts liés à l'utilisateur,
  - o Mesurer les coûts associés à la perte de productivité,

#### 4.1.8.2 Évaluation à long terme et pérennité

Il est important d'intégrer une évaluation à long terme de l'offre de services en physiothérapie, ce qui peut assurer l'adaptation de celle-ci et garantir sa pérennité et son ajustement en fonction des besoins. Cela implique un suivi et une réflexion sur les populations à desservir, le contexte de pratique, les nouvelles technologies et autres facteurs organisationnels.

L'intégration des physiothérapeutes dans les GMF présente des avantages significatifs, notamment dans la gestion des TNMS. Bien que les données montrent des bénéfices majeurs pour les TNMS, l'intégration de physiothérapeutes pour d'autres clientèles reste souhaitable pour offrir des services à d'autres patientèles selon les besoins identifiés par le milieu.

# Conclusions

Cette ressource pour guider l'implantation de nouvelles pratiques représente un outil de référence visant à simplifier la mise en place de nouvelles offres de services en physiothérapie dans les GMF, au GAP et dans les cliniques publiques IPS pour les usagers avec des TNMS au Québec. L'intégration des physiothérapeutes dans les GMF présente des avantages significatifs pour les patientèles souffrant de TNMS. Ces professionnels contribuent à des services complets, à la prévention et à la gestion des maladies chroniques, à la réduction de la douleur et à l'amélioration de la mobilité. Ils aident potentiellement à diminuer la dépendance aux médicaments, à améliorer l'accès aux soins et services et à réduire les coûts de santé. Bien que les données montrent des bénéfices majeurs pour les TNMS, l'intégration de physiothérapeutes pour d'autres types de conditions reste souhaitable pour offrir des soins et services plus holistiques et centrés sur l'utilisateur. Cependant, l'implantation de ces modèles de soins doit être structurée, car il s'agit de nouveaux modèles de pratiques émergents pour le réseau au Québec et pour la profession de physiothérapeute. Ce guide permettra d'orienter les équipes de soins contribuant ainsi, à améliorer l'équité et l'accès aux soins en physiothérapie en offrant aux usagers des services de qualité, adaptés à leurs besoins spécifiques.

# 5 Références

1. Lévesque D, Brière A, Truchon C. Outil de soutien à l'implantation des meilleures pratiques : Plan d'action en transfert des connaissances en traumatologie. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS); 2017.
2. Deslauriers S, Raymond MH, Laliberté M, Lavoie A, Desmeules F, Feldman DE, et al. Variations in demand and provision for publicly funded outpatient musculoskeletal physiotherapy services across Quebec, Canada. *J Eval Clin Pract.* 2017;23(6):1489-97.
3. Desmeules F, Hébert LJ, Hudon A, Perreault K, Toutant M-È, Lauzon P-Y, et al. Livre blanc sur l'accès aux services de physiothérapie au Québec: constats et cibles d'action pour mieux répondre aux besoins de la population. 2019.
4. Tawiah AK, Stokes E, Wieler M, Desmeules F, Finucane L, Lewis J, et al. Developing an international competency and capability framework for advanced practice physiotherapy: a scoping review with narrative synthesis. *Physiotherapy.* 2024;122:3-16.
5. Ahluwalia S, Offredy M. A qualitative study of the impact of the implementation of advanced access in primary healthcare on the working lives of general practice staff. *BMC Fam Pract.* 2005;6:39.
6. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *Jama.* 2003;289(8):1035-40.
7. Dixon S, Sampson FC, O'Cathain A, Pickin M. Advanced access: more than just GP waiting times? *Fam Pract.* 2006;23(2):233-9.
8. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced access scheduling outcomes: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2011;171(13):1150-9.
9. Moffatt F, Goodwin R, Hendrick P. Physiotherapy-as-first-point-of-contact-service for patients with musculoskeletal complaints: understanding the challenges of implementation. *Prim Health Care Res Dev.* 2018;19(2):121-30.
10. Desmeules F, Toliopoulos P, Roy JS, Woodhouse LJ, Lacelle M, Leroux M, et al. Validation of an advanced practice physiotherapy model of care in an orthopaedic outpatient clinic. *BMC Musculoskelet Disord.* 2013;14:162.
11. Ludvigsson ML, Enthoven P. Evaluation of physiotherapists as primary assessors of patients with musculoskeletal disorders seeking primary health care. *Physiotherapy.* 2012;98(2):131-7.
12. Wood L, Bishop A, Goodwin R, Stynes S. Patient satisfaction with the first contact physiotherapy service: Results from the national evaluation survey. *Musculoskeletal Care.* 2022;20(2):363-70.
13. Lin I, Wiles L, Waller R, Goucke R, Nagree Y, Gibberd M, et al. What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med.* 2020;54(2):79-86.
14. Wei H, Corbett RW, Ray J, Wei TL. A culture of caring: the essence of healthcare interprofessional collaboration. *J Interprof Care.* 2020;34(3):324-31.
15. Dubé MO, Desmeules F, Lewis JS, Roy JS. Does the addition of motor control or strengthening exercises to education result in better outcomes for rotator cuff-related shoulder pain? A multiarm randomised controlled trial. *Br J Sports Med.* 2023;57(8):457-63.
16. Esculier JF, Bouyer LJ, Dubois B, Fremont P, Moore L, McFadyen B, et al. Is combining gait retraining or an exercise programme with education better than education alone in treating runners with patellofemoral pain? A randomised clinical trial. *Br J Sports Med.* 2018;52(10):659-66.
17. Lafrance S, Ouellet P, Alaoui R, Roy JS, Lewis J, Christiansen DH, et al. Motor Control Exercises Compared to Strengthening Exercises for Upper- and Lower-Extremity Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review With Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials. *Phys Ther.* 2021;101(7).
18. Ouellet P, Lafrance S, Pizzi A, Roy JS, Lewis J, Christiansen DH, et al. Region-specific Exercises vs General Exercises in the Management of Spinal and Peripheral Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review With Meta-analyses of Randomized Controlled Trials. *Arch Phys Med Rehabil.* 2021;102(11):2201-18.

19. Dion S. Implantation d'un modèle de soins d'accès adapté avec un physiothérapeute en pratique avancée pour la clientèle musculosquelettique au GMF-Universitaire des Faubourgs. Papyrus: Université de Montréal; 2021.
20. Beaudart C, Criscenzo L, Demoulin C, Bornheim S, Van Beveren J, Kaux J-F. French translation and validation of the Keele STarT MSK Tool. *European Rehabilitation Journal*. 2021;1(1):1-7.
21. Dunn KM, Campbell P, Afolabi EK, Lewis M, van der Windt D, Hill JC, et al., editors. Refinement and validation of the keele start msk tool for musculoskeletal pain in primary care. *Rheumatology*; 2017: OXFORD UNIV PRESS GREAT CLARENDON ST, OXFORD OX2 6DP, ENGLAND.
22. Hill J, Garvin S, Chen Y, Cooper V, Wathall S, Saunders B, et al. Stratified primary care versus non-stratified care for musculoskeletal pain: findings from the STarT MSK feasibility and pilot cluster randomized controlled trial. *BMC family practice*. 2020;21:1-18.
23. Bruyère O, Demoulin M, Brereton C, Humblet F, Flynn D, Hill JC, et al. Translation validation of a new back pain screening questionnaire (the STarT Back Screening Tool) in French. *Arch Public Health*. 2012;70(1):12.
24. Bryant-Lukosius D, Dicenso A. A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *J Adv Nurs*. 2004;48(5):530-40.
25. Lecocq D, Mengal Y, Pirson M. Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes? *Santé publique*. 2015;1(HS):105-10.
26. Briggs A, Jordan J, Jennings M, Speerin R, Chua J, Bragge P, et al. A framework to evaluate musculoskeletal models of care. Cornwall, UK: Global Alliance for Musculoskeletal Health of the Bone and Joint Decade. 2016.
27. Ware Jr JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Medical care*. 1988;26(4):393-402.
28. Beattie PF, Pinto MB, Nelson MK, Nelson R. Patient satisfaction with outpatient physical therapy: instrument validation. *Physical therapy*. 2002;82(6):557-65.
29. Kilpatrick K, Paquette L, Bird M, Jabbour M, Carter N, Tchouaket É. Team functioning and beliefs about team effectiveness in inter-professional teams: questionnaire development and validation. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2019:827-39.
30. Kilpatrick K, Tchouaket É, Paquette L, Guillemette C, Jabbour M, Desmeules F, et al. Measuring patient and family perceptions of team processes and outcomes in healthcare teams: questionnaire development and psychometric evaluation. *BMC health services research*. 2019;19:1-16.

# 6 Annexes

## 6.1 ANNEXE 1: TROUBLES NEURO-MUSCULOSQUELETTIQUES

Les TNMS se définissent comme un ensemble de symptômes et de lésions inflammatoires ou dégénératives de l'appareil locomoteur touchant diverses structures, telles que les tendons, les muscles, les ligaments, les gaines synoviales, les articulations, les disques intervertébraux, les nerfs et les vaisseaux sanguins ([Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail](#))

### Liste non exhaustive de pathologies musculosquelettiques

Arthrose	Névralgie
Atteinte musculaire (contusion, tension, spasme)	Périostite
Bursite	Pied plat/Pied creux
Capsulite	Polyneuropathies
Céphalée de tension	Polytraumatisme
Cervicalgie	Radiculopathie
Cervicobrachialgie	Reconstruction du labrum
Coxalgie	Réparation de la coiffe des rotateurs
Contusion	Réparation LCA
Déchirure de la coiffe des rotateurs	ROFI
Déchirure de la longue portion du biceps	Scoliose
Déchirure du labrum	Spondylolisthésis
Discopathie	Spondylolyse
Dorsalgie	Spondylose
Entorse	Sténose
Épicondylite	Subluxation/luxation gléno-humérale
Épine de Lenoir	Syndrome de la bandelette ilio-tibiale
Épitrochléite	Syndrome de la charnière cervico-dorsale
Étirement du plexus brachial	Syndrome de la charnière dorso-lombaire
Fasciite plantaire	Syndrome de la charnière lombo-sacrée
Fracture consolidée	Syndrome du canal tarsien
Hallux valgus	Syndrome du tunnel carpien
Hernie discale avec irradiation	Syndrome du tunnel cubital
Hernie discale sans irradiation	Syndrome facettaire
Lésion méniscale	Syndrome fémoro-patellaire
Lombalgie	Syndrome myofascial
Lombo-sciatalgie	Syndrome sacro-iliaque
Luxation de la rotule	Tendinite, tendinose, tendinopathie
Métatarsalgie	



## 6.2 ANNEXE 2: LE KEELE START MSK TOOL-FR

Nom de l'usager: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

*Pour les questions 1-9, pensez uniquement aux deux dernières semaines :*

### Intensité de la douleur

- 1) En moyenne, quelle a été l'intensité de votre douleur ( en sachant que 0 signifie «Aucune douleur» et que 10 signifie «douleur maximale imaginable») ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*Veillez cocher une case pour chacune des questions ci-dessous*

**OUI**      **NON**

	OUI	NON
2) Vous sentez-vous souvent incertain.e quant à la façon de gérer votre douleur et ses répercussions?		
3) Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été fortement gêné.e par votre douleur?		
4) Avez-vous été capable de marcher uniquement sur de courtes distances à cause de votre douleur?		
5) Avez-vous été gêné.e par des articulations ou des muscles douloureux dans plus d'une partie du corps?		
6) Pensez-vous que votre état va durer longtemps?		
7) Avez-vous d'autres problèmes de santé importants?		
8) La douleur vous a-t-elle causé une baisse de moral ou un état dépressif au cours des deux dernières semaines?		
9) Pensez-vous qu'il soit risqué pour une personne dans votre état d'être physiquement actif.ve?		
10) Souffrez-vous de cette douleur et de ses répercussions depuis 6 mois ou plus?		
<b>Score</b>		

Adapté de Beudart, C., Criscenzo, L., Demoulin, C., Bornheim, S., Beveren, J. van, & Kaux, J.-F. (2021). French translation and validation of the Keele STarT MSK Tool. *European Rehabilitation Journal*, 1(1), Article 1.

## THE KEELE START MSK® SELF-REPORT VERSION

Pour les questions 1-9, pensez uniquement aux deux dernières semaines :

### Intensité de la douleur

1) En moyenne, quelle a été l'intensité de votre douleur ( en sachant que 0 signifie «Aucune douleur» et que 10 signifie «douleur maximale imaginable») ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	3

Veillez cocher une case pour chacune des questions ci-dessous

OUI NON

	OUI	NON
2) Vous sentez-vous souvent incertain.e quant à la façon de gérer votre douleur et ses répercussions?	1	0
3) Au cours des deux dernières semaines, avez-vous été fortement gêné.e par votre douleur?	1	0
4) Avez-vous été capable de marcher uniquement sur de courtes distances à cause de votre douleur?	1	0
5) Avez-vous été gêné.e par des articulations ou des muscles douloureux dans plus d'une partie du corps?	1	0
6) Pensez-vous que votre état va durer longtemps?	1	0
7) Avez-vous d'autres problèmes de santé importants?	1	0
8) La douleur vous a-t-elle causé une baisse de moral ou un état dépressif au cours des deux dernières semaines?	1	0
9) Pensez-vous qu'il soit risqué pour une personne dans votre état d'être physiquement actif.ve?	1	0
10) Souffrez-vous de cette douleur et de ses répercussions depuis 6 mois ou plus?	1	0

Les indications en rouge représentent le code appliqué si la case est cochée.

Score maximal = 12

0-4 = risque faible, 5-8 = risque moyen, 9-12 = risque élevé

Outil version anglaise PDF : [Cliquer ici](#)

## **RISQUE FAIBLE**

Cela signifie qu'il n'y a pas d'obstacles significatifs à la guérison.

- Éducation et conseils MSK verbaux
- Éducation et conseils MSK écrits (documents informatifs)
- Analgésie orale et topique simple, limitée à ceux qui sont disponibles en vente libre
- Conseil de re consultation en cas d'absence d'amélioration

## **RISQUE MODÉRÉ**

En plus des options à RISQUE FAIBLE

- Orientation vers la physiothérapie avec approche psychosociale
- Orientation vers une clinique de gestion de douleur
- Orienter vers un programme d'exercices personnalisés au sein de la communauté.
- Consulter la médecine du travail/évaluation du lieu de travail et conseils.

### **Pour les prescripteurs, prendre en compte**

- Analgésie atypique : amitriptyline, gabapentine, prégabaline opioïdes
- Prendre en compte les comorbidités, la détresse, la fragilité

## **RISQUE ÉLEVÉ**

En plus des options à RISQUE FAIBLE

- Orientation vers la physiothérapie avec approche psychosociale
- Demander un avis chirurgical
- S'adresser à la clinique de gestion de douleur
- Consulter le service de santé au travail/évaluation et conseil sur le lieu de travail
- Orienter vers des groupes de soutien d'utilisateurs et de pairs experts.

### **Pour les prescripteurs, envisager**

- Analgésie atypique : amitriptyline, gabapentine, prégabaline opioïdes
- Prendre en compte les comorbidités, la détresse, la fragilité

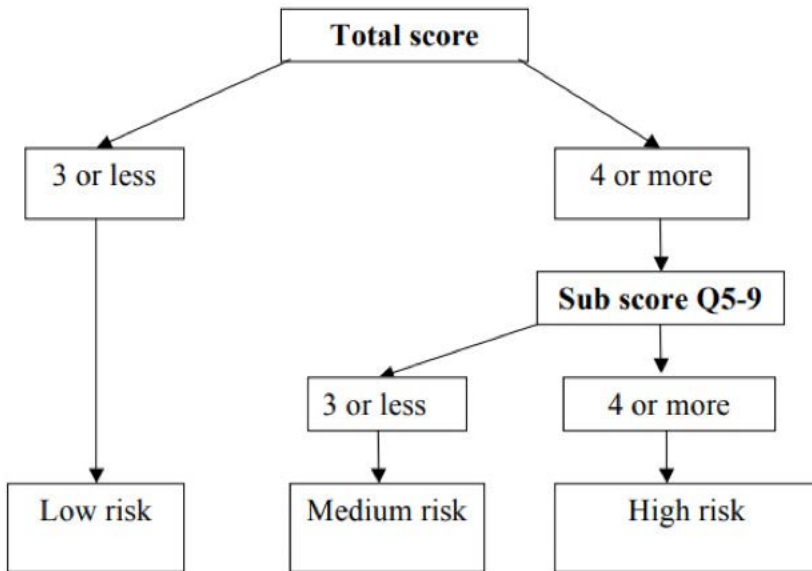
## 6.3 ANNEXE 3 : START BACK TOOL

The Keele STarT Back Screening Tool – Fr				
Nom du patient: _____ Date: _____				
Cochez la case en fonction de votre accord ou désaccord aux affirmations suivantes en vous référant à ces 2 dernières semaines :				
			Pas d'accord 0	D'accord 1
1	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, mon mal de dos s'est propagé dans mon/mes membre(s) inférieur(s).	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2	À un moment donné, au cours des 2 dernières semaines, j'ai eu mal à l'épaule ou au cou.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3	Je n'ai parcouru à pied que de courtes distances à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4	Au cours des 2 dernières semaines, je me suis habillé(e) plus lentement que d'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5	Il n'est pas vraiment prudent pour une personne dans mon état d'être actif sur le plan physique.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6	J'ai souvent été préoccupé(e) par mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7	Je considère que mon mal de dos est épouvantable et j'ai l'impression que cela ne s'améliorera jamais.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8	De manière générale, je n'ai pas apprécié toutes les choses comme j'en avais l'habitude à cause de mon mal de dos.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9	Globalement, à quel point votre mal de dos vous a-t-il gêné(e) au cours des 2 dernières semaines?			
	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	0	0	1
				1
Score total (les 9 items): _____		Sous-Score (Items 5-9): _____		

Outil version française PDF : [Cliquer ici](#)

Outil version anglaise PDF : [Cliquer ici](#)

## The STarT Back Tool Scoring System



© Keele University 01/08/07  
Funded by Arthritis Research UK


**Score faible :** L'utilisateur présente un faible risque de développer des problèmes chroniques de douleur lombaire. Une approche d'autogestion, avec des conseils sur l'activité physique et la gestion de la douleur, peut être recommandée.

**Score modéré :** L'utilisateur présente un risque modéré de développer des problèmes chroniques de douleur lombaire. Une évaluation plus approfondie peut être nécessaire pour mieux comprendre les facteurs psychosociaux associés à la douleur. Des interventions multidisciplinaires, telles que la physiothérapie ou la thérapie cognitivo-comportementale, peuvent être recommandées.

**Score élevé :** L'utilisateur présente un risque élevé de développer des problèmes chroniques de douleur lombaire. Une évaluation plus approfondie est généralement recommandée pour comprendre les facteurs psychosociaux complexes qui peuvent influencer la douleur. Des interventions multidisciplinaires, incluant une équipe spécialisée en douleur, peuvent être nécessaires pour fournir des soins appropriés.

## 6.4 Annexe 4 : Outil synthèse d'implantation

# OUTIL SYTHÈSE IMPLANTATION



- DÉFINIR LA POPULATION CIBLE**
  - Population cible
  - Rôle spécifique de chaque membre de l'équipe de soin actuelle
- IDENTIFIER LES PARTIS PRENANTES**
  - Identification des acteurs impliqués
  - Sollicitation de leurs avis
- DÉTERMINER LES BESOINS ASSOCIÉS AU NOUVEAU MODÈLE DE SOINS**
  - Identification des besoins
- IDENTIFIER LES PROBLÈMES ET OBJECTIFS**
  - Identification de la problématique
  - Identification de l'objectif principal
  - Identification des objectifs secondaires
- IDENTIFIER LE MODÈLE DE SOINS ET LE RÔLE DU PHYSIOTHÉRAPEUTE**
  - Rencontre individuelle avec le physiothérapeute pour discuter de son rôle
  - Rencontre d'équipe pour identifier et définir les rôles
  - Utilisation de l'aide-mémoire (Tableau rôle des partis prenantes)
- DÉFINIR LES STRATÉGIES D'IMPLANTATION**
  - Élaboration d'un canevas d'évaluation et de suivi
  - Organisation de la liste de matériel
  - Organisation de l'environnement de travail
  - Planification de la formation
  - Identification des barrières et facilitateurs
  - Définition des indicateurs
  - Élaboration d'un plan d'évaluation et de collecte de données
- ASSURER LE SUIVI DE LA QUALITÉ DE L'OFFRE DE SERVICE**



## 6.5 Tableau 1 : Rôles des parties prenantes

Rôles et responsabilités	Équipe de soutien	Physiothérapeute	Médecin/IPS	Infirmière	Gestionnaire
<b>Rôles durant l'élaboration du projet</b>					
Réviser la littérature sur les meilleures évidences pour la pratique avancée en physiothérapie en première ligne.	☑				
Élaborer les étapes importantes de l'implantation	☑				
S'assurer que le projet est conforme aux recommandations éthiques du CISSSME	☑				
Informar les gestionnaires sur l'évolution du projet		☑			
Évaluer les principales barrières au projet	☑	☑	☑	☑	☑
Proposer des alternatives pour pallier aux barrières	☑	☑	☑	☑	☑
Définir les rôles de toutes les parties prenantes	☑				
Définir les critères de références au médecin	☑				
Développer un algorithme décisionnel pour le triage téléphonique	☑				
Définir l'horaire du physiothérapeute		☑			☑
Approuver le projet					☑
Organiser des rencontres d'équipe					☑
<b>Rôles des parties prenantes</b>					
Leader clinique du projet		☑			
Pilier de communication entre les différentes parties prenantes		☑			
Utiliser l'algorithme décisionnel pour le triage téléphonique				☑	
Attribuer les patients avec un TMS aux médecins, IPS ou au physiothérapeute				☑	
Gérer les salles d'évaluation		☑	☑	☑	
Prendre en charge les patients avec un TMS		☑	☑		
Évaluer la condition musculosquelettique des patients		☑	☑		
Poser un diagnostic ou un diagnostic en physiothérapie		☑	☑		
Référer les patients aux médecins ou à l'IPS si besoin		☑			
Recommander une prescription, référence ou arrêt de travail		☑			
Effectuer une prescription, référence ou arrêt de travail			☑		