



Association
québécoise de la
physiothérapie

KADIJA PERREULT
SIMON DESLAURIERS
LUC J. HÉBERT
HÉLÈNE MOFFET
ANNE HUDON
PIERRE-YVES LAUZON
MARIE-EVE TOUTANT
CHANTAL CAMDEN
FRANÇOIS DESMEULES
MAUDE LALIBERTÉ
TIMOTHY H. WIDEMAN
DEBBIE E. FELDMAN

LIVRE BLANC

sur l'accès aux services de
physiothérapie au Québec

Constats et cibles d'action pour mieux répondre
aux besoins de la population

Octobre 2019

Auteurs et affiliations

KADIJA PERREAULT, pht, Ph.D., professeure agrégée, Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval; chercheuse, Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale

SIMON DESLAURIERS, pht, M.Sc., candidat au doctorat, Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval; CIRRIS, CIUSSS de la Capitale-Nationale

LUC J. HÉBERT, pht, Ph.D., CD, président sortant de l'Association québécoise de la physiothérapie (AQP); professeur titulaire, Département de réadaptation, et Directeur de la recherche (radiologie et médecine nucléaire), Faculté de médecine, Université Laval; chercheur, CIRRIS, CIUSSS de la Capitale-Nationale

HÉLÈNE MOFFET, pht, Ph.D., trésorière de l'AQP; professeure titulaire, Faculté de médecine, Université Laval; chercheuse, CIRRIS, CIUSSS de la Capitale-Nationale

ANNE HUDON, pht, Ph.D., professeure adjointe, École de Réadaptation, Faculté de Médecine, Université de Montréal

PIERRE-YVES LAUZON, T.R.P., clinicien

MARIE-EVE TOUTANT, pht, M. Read., professeure de clinique, Département de réadaptation Faculté de médecine, Université Laval; physiothérapeute, CIUSSS de la Capitale-Nationale

CHANTAL CAMDEN, pht, Ph.D., professeure agrégée, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke

FRANÇOIS DESMEULES, pht, Ph.D., professeur agrégé, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal; chercheur, Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

MAUDE LALIBERTÉ, pht, Ph.D., professeure adjointe de clinique, École de réadaptation, Université de Montréal; Commissaire, Commissariat aux plaintes et à la qualité des services, CIUSSS du Centre-ouest-de-l'Île de Montréal

TIMOTHY H. WIDEMAN, pht, Ph.D., professeur adjoint, School of Physical & Occupational Therapy, McGill University

DEBBIE E. FELDMAN, pht, Ph.D., professeure titulaire, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

Lecteurs externes

ANDRÉANNE BLANCHETTE, pht, Ph.D., professeure agrégée, Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval; chercheuse, CIRRISS, CIUSSS de la Capitale-Nationale

GENEVIÈVE BOILARD, T.R.P., clinicienne, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec; enseignante, Cégep Garneau

CÉLINE CHARBONNEAU, présidente de l'Association québécoise de la douleur chronique

BENJAMIN LÉGER-ST-JEAN, MD, FRCSC, chirurgien orthopédiste, CIUSSS de L'Est; professeur adjoint de clinique, Département de chirurgie, Université de Montréal

DENIS PELLETIER, pht., M.Sc., président de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec

ANNE MARIE PINARD, MD, FRCPC, M (Ed.), anesthésiologiste en douleur chronique, Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique du Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval (CEGDC RUIS-UL), CHU de Québec-Université Laval; chercheuse associée, CIRRISS, CIUSSS de la Capitale-Nationale

MARIE-ÈVE VEILLEUX, patiente atteinte d'arthrite

TATIANA VUKOBRAT, pht, M. Sc., CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Remerciements

Nous tenons à remercier les nombreuses autres personnes qui ont contribué à la réalisation de ce Livre blanc. Nous soulignons la contribution particulière de Mmes Geneviève Beaudoin, T.R.P. et Rose Gagnon, pht, M.Sc. (candidate) et Pascale Lavoie, responsable des communications à l'AQP.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs de ce document déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts de nature financière. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce document. Le présent document s'appuie sur des valeurs d'équité, de justice sociale, d'accessibilité et de qualité des services.

Dans le présent document, le masculin est utilisé pour désigner toutes les personnes, peu importe leur genre.

Citation suggérée

Perreault K, Deslauriers S, Hébert LJ, Moffet H, Hudon A, Lauzon PY, Toutant ME, Camden C, Desmeules F, Laliberté M, Wideman TH, Feldman DE. (2019) *Livre blanc sur l'accès aux services de physiothérapie au Québec : constats et cibles d'action pour mieux répondre aux besoins de la population*. Association québécoise de la physiothérapie, Québec (QC). 36 p.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| SOMMAIRE EXÉCUTIF | 1 |
| 1. INTRODUCTION | 2 |
| 2. LA PHYSIOTHÉRAPIE POUR AMÉLIORER LA SANTÉ, LA QUALITÉ DE VIE ET LA PARTICIPATION SOCIALE DES QUÉBÉCOIS | 3 |
| 2.1. Contributions de la physiothérapie | 3 |
| 2.2. Qui sont les professionnels de la physiothérapie? | 4 |
| 2.2.1. Physiothérapeutes | 4 |
| 2.2.2. Thérapeutes en réadaptation physique | 4 |
| 2.3. Financement des services de physiothérapie au Québec | 5 |
| 2.4. Les bénéfiques de la physiothérapie | 5 |
| 3. PROBLÉMATIQUE D'ACCÈS AUX SERVICES : DES BESOINS DE SANTÉ NON COMBLÉS POUR PLUSIEURS QUÉBÉCOIS | 8 |
| 3.1. Absence et insuffisance de services | 8 |
| 3.1.1. Centres hospitaliers | 8 |
| 3.1.2. Installations de première ligne | 9 |
| 3.1.3. Autres milieux et contextes | 10 |
| 3.2. De longs temps d'attente avant de recevoir des services | 11 |
| 3.2.1. Temps d'attente pour des services ambulatoires de physiothérapie | 11 |
| 3.2.2. Temps d'attente pour des services pédiatriques | 11 |
| 3.2.3. Conséquences des temps d'attente | 11 |
| 3.3. Iniquités dans l'accès aux services de physiothérapie | 14 |
| 3.3.1. Iniquités selon la couverture d'assurance et la capacité de payer | 15 |
| 3.3.2. Autres exemples de sources d'iniquités | 15 |
| 4. CIBLES D'ACTIONS POUR AMÉLIORER LA SANTÉ DE LA POPULATION | 17 |
| 4.1. Augmenter l'offre de services en physiothérapie dans les établissements du réseau pour les enfants, les adultes et les aînés | 21 |
| 4.2. Augmenter l'offre de services en physiothérapie dans les établissements ou secteurs non ou peu desservis actuellement dans le réseau | 21 |
| 4.2.1. Professionnels de la physiothérapie en première ligne | 21 |
| 4.2.2. La physiothérapie à l'urgence | 22 |
| 4.2.3. Utilisation des technologies de l'information et de la communication | 23 |
| 4.2.4. Rôles des professionnels de la physiothérapie en prévention et en promotion de la santé | 23 |
| 4.3. Utiliser tout le champ de pratique des professionnels de la physiothérapie | 24 |
| 4.3.1. Thérapeutes en réadaptation physique | 24 |
| 4.3.2. Physiothérapeutes | 24 |
| 4.4. Développer un plan d'action visant à améliorer l'accès aux services de physiothérapie assurés au Québec | 25 |
| 4.5. Poursuivre des travaux d'évaluation et de recherche portant sur l'accès aux services de physiothérapie au Québec | 26 |
| 5. FORCES ET LIMITES | 27 |
| 6. CONCLUSION | 28 |
| RÉFÉRENCES | 29 |

Sommaire exécutif

Tous les Québécois sont susceptibles de présenter, à un moment ou à un autre de leur vie, des déficiences et des limitations physiques, que ce soit parce qu'ils sont atteints d'un mal de dos ou d'arthrose au genou, ont subi un accident vasculaire cérébral ou sont en perte d'autonomie à la suite d'une fracture de la hanche, ou encore parce qu'ils vivent avec des troubles de développement moteur, une paralysie cérébrale, une maladie pulmonaire ou des séquelles d'un traumatisme crânien. Ces conditions peuvent entraîner des difficultés à se déplacer, à accomplir ses tâches de la vie quotidienne, ou à pleinement participer à l'école ou au travail.

Dans la majorité de ces situations, les Québécois pourraient bénéficier de physiothérapie pour réduire leur douleur, optimiser ou maintenir leur capacité physique et améliorer leur qualité de vie et leur participation sociale. La physiothérapie peut aussi contribuer à prévenir l'apparition de certaines conditions ou les récives, et diminuer la persistance de déficiences et d'incapacités physiques dans le temps.

Toutefois, plusieurs Québécois ne reçoivent pas actuellement les services dont ils pourraient bénéficier en raison d'une importante problématique d'accès à des services de physiothérapie assurés par l'État. Cette problématique se manifeste entre autres par l'absence ou l'insuffisance de services assurés par l'État pour plusieurs personnes, de très longues listes d'attente ou des iniquités d'accès. Cette problématique peut entraîner des effets néfastes sur la santé des personnes et réduire le potentiel des personnes à contribuer à la société.

Plusieurs actions peuvent être envisagées pour répondre à ces problèmes d'accès aux services de physiothérapie et mieux répondre aux besoins de la population. En plus de réduire les déficiences et limitations physiques et améliorer la qualité de vie et la participation sociale des Québécois, ces actions pourraient notamment réduire les coûts de santé.

Le présent Livre blanc, mandaté par l'Association québécoise de la physiothérapie, rend compte de la situation actuelle de l'accès aux services de physiothérapie assurés par l'État au Québec. Il propose des cibles d'action concrètes qui appellent à une réflexion et des actions concertées entre les diverses parties prenantes dans le but d'améliorer la santé, la qualité de vie et la participation sociale de la population.



Association
québécoise de la
physiothérapie

1. Introduction

Tous les Québécois sont susceptibles de présenter, à un moment ou à un autre de leur vie, des déficiences et des limitations physiques qui peuvent les faire souffrir, nuire à leur fonctionnement, les empêcher de s'accomplir et de participer pleinement à la société.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la santé « est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [1]. Ainsi, pour contribuer à la santé de la population, **les services de santé assurés par l'État doivent couvrir non seulement le traitement des maladies, mais aussi la prévention et la réduction des déficiences (p.ex. douleur, difficulté à bouger) et des limitations physiques qui peuvent en découler,** afin de promouvoir la santé, la qualité de vie et la participation sociale des personnes de tous les âges.

Bien que des évidences scientifiques démontrent les bénéfices de la physiothérapie pour les personnes aux prises avec différents problèmes de santé physique tels que la lombalgie, l'arthrite, la fibromyalgie, les maladies neurodégénératives, les troubles respiratoires, les troubles de développement, la perte d'autonomie, la paralysie cérébrale, la lésion médullaire et l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'accès* à des services assurés par l'État demeure très restreint pour la grande majorité de la population, notamment pour plusieurs personnes en situation de vulnérabilité.

Le présent document a été produit par le Comité du Livre blanc** de l'Association québécoise de la physiothérapie (AQP). S'appuyant sur des données tirées de la littérature grise et scientifique, il vise l'élaboration de stratégies qui permettront d'améliorer l'accès à des services de physiothérapie assurés par l'État afin d'améliorer la santé, la qualité de vie et la participation sociale de la population du Québec.

La première partie du document décrit la physiothérapie et son apport pour les Québécois et la société. Par la suite, la problématique de l'accès aux services de physiothérapie assurés par l'État et ses conséquences sont présentées. Enfin, des cibles d'action concrètes s'alignant sur plusieurs des principaux objectifs du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) [2] sont proposées.

* Ici, le concept d'accès fait référence à l'opportunité de recevoir les services de santé appropriés dans le but de combler ses besoins en santé. Source : Levesque, J.F., M.F. Harris, and G. Russell, *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations*. *Int J Equity Health*, 2013. 12: p. 18.

** Le Comité du Livre blanc de l'Association québécoise de la physiothérapie (AQP), dirigé par Kadija Perreault et Simon Deslauriers, a été mandaté afin de produire un document de référence dressant un portrait de la situation, soulignant les lacunes et proposant des cibles d'action favorisant l'amélioration de l'accès.

2. La physiothérapie pour améliorer la santé, la qualité de vie et la participation sociale des Québécois



2.1. Contributions de la physiothérapie

La physiothérapie est une science de la santé qui vise à permettre aux personnes d'atteindre le maximum de leurs capacités physiques, de réaliser leurs activités quotidiennes et d'atteindre leur plein potentiel au sein de la société (p. ex. travailler, étudier, s'occuper de sa famille et de ses proches) [3].

Les professionnels de la physiothérapie desservent des personnes de tous âges qui présentent des conditions ou sont à risque de présenter des conditions affectant les systèmes neurologique, musculosquelettique, cardiorespiratoire et tégumentaire. Plus spécifiquement, ils évaluent les besoins des personnes et fournissent des interventions appropriées qui incluent, entre autres, de l'éducation, des conseils et recommandations, de l'entraînement cardiorespiratoire et musculaire, des exercices d'entraînement à la marche, d'équilibre ou de mobilité, des ajustements d'aides à la marche, des mobilisations articulaires, des stratégies de changements de comportements et de posture, ou l'utilisation d'agents électrophysiques (p.ex. TENS). Les professionnels de la physiothérapie participent également à la promotion de la santé et à la prévention des maladies et des problèmes de santé physique [4, 5]. À titre d'exemple, ils peuvent prodiguer des conseils au sujet de l'activité physique, du sommeil, du maintien d'un poids santé et de l'autogestion de la maladie [6-8].

Par ailleurs, la pratique de la physiothérapie s'appuie sur les données probantes disponibles, l'expertise professionnelle, les principes éthiques et les valeurs des patients [9, 10]. Les professionnels de la physiothérapie exercent en collaboration avec les autres professionnels de la santé afin de mieux répondre aux besoins de la population. Ils travaillent entre autres avec les médecins de famille, les médecins spécialistes, les infirmières, les ergothérapeutes, les psychologues, les kinésithérapeutes, les pharmaciens et les travailleurs sociaux. À titre d'exemple, un cadre de collaboration a été mis en place au Québec entre les pharmaciens et les physiothérapeutes en première ligne en vue d'optimiser l'échange d'information entre ces deux professionnels et ainsi améliorer les services offerts à la population [11]. Les physiothérapeutes travaillant en première ligne peuvent également référer un client directement à un médecin spécialiste sans passer par le médecin de famille afin de favoriser la continuité des soins et services à la population [12]. Enfin, une réglementation devrait être adoptée sous peu qui permettra aux physiothérapeutes

de prescrire des radiographies pour des personnes présentant un problème musculosquelettique à la suite d'un traumatisme aigu [13]. Cette collaboration interprofessionnelle est au cœur des pratiques en physiothérapie et contribue à améliorer la santé des personnes et la qualité des services fournis.

2.2. Qui sont les professionnels de la physiothérapie ?

Au Québec, deux catégories de professionnels de la santé sont reconnues par le système professionnel pour offrir des services de physiothérapie : les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique^{***}. Leurs pratiques sont encadrées par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) [14]. Ces professionnels se partagent les neuf activités réservées aux membres de l'Ordre [3, 14]. Les physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique peuvent travailler en étroite collaboration, en intradisciplinarité, pour la prise en charge des personnes qui les consultent.

2.2.1. Physiothérapeutes

Le Québec compte plus de 5 400 physiothérapeutes [15], dont près de la moitié est employée au sein du réseau de la santé et des services sociaux [16]. Se basant sur leur évaluation, les physiothérapeutes posent un diagnostic en physiothérapie et établissent un plan de traitement adapté à chaque personne. Depuis 1990, les Québécois peuvent consulter un physiothérapeute en accès direct, c'est-à-dire sans obtenir de prescription médicale préalable [3]. La formation requise actuellement pour devenir physiothérapeute au Québec est une maîtrise professionnelle de 2^e cycle universitaire.

2.2.2. Thérapeutes en réadaptation physique

Le Québec compte plus de 2500 thérapeutes en réadaptation physique [15], dont plus de la moitié œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux [15-17]. Ces professionnels interviennent auprès de personnes ayant été évaluées par un physiothérapeute ou un médecin [18]. Les balises que les thérapeutes en réadaptation physique doivent respecter pour la prise en charge sont précisées dans l'article 4 du Règlement sur les catégories de permis délivrés par l'OPPQ (Règlement 94m) [19]. Les thérapeutes en réadaptation physique peuvent établir ou collaborer à l'élaboration du plan d'interventions et effectuer les choix de modalités de traitement, leur rôle étant modulé selon la nature des atteintes des personnes et le motif de référence. La formation requise pour pratiquer à titre de thérapeute en réadaptation physique est un programme de trois ans de techniques en physiothérapie de niveau collégial.

^{***} Des démarches sont en cours auprès de l'Office des professions pour que le titre de « thérapeute en réadaptation physique » (T.R.P.) soit remplacé par celui de « technologue en physiothérapie » (T. phys).

2.3. Financement des services de physiothérapie au Québec

Au Québec, des services de physiothérapie assurés par l'État sont offerts par les professionnels œuvrant au sein des 34 établissements du réseau [20]. Ces services sont offerts dans des installations telles que les centres hospitaliers, les centres de réadaptation, et les centres locaux de services communautaires (CLSC). Des services de physiothérapie sont aussi offerts dans des cliniques privées de physiothérapie ou des cliniques privées regroupant plusieurs types de professionnels différents. Les services dispensés en clinique privée peuvent principalement être remboursés (en tout ou en partie) par des régimes d'assurances personnelles, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) ou la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ).

2.4. Les bénéfices de la physiothérapie

Le Tableau 1 (voir page suivante) présente certains bénéfices des services de physiothérapie. Ceux-ci peuvent se mesurer à l'échelle des personnes, mais également sur le plan des organisations et/ou des systèmes de santé. Ce tableau, sans être exhaustif, fournit des exemples concrets de conditions pour lesquelles des bénéfices des services de physiothérapie ont été documentés.

Tableau 1. Exemples de bénéfices de la physiothérapie.

| CLIENTÈLES | CONDITIONS | RÉSULTATS |
|--|--|---|
|  <p>Enfants ayant une déficience physique</p> | <p>Paralysie cérébrale Retard de développement Trouble acquis de la coordination</p> | <p>⬆ Fonction motrice [21] ⬆ Capacités physiques [22]</p> |
|  <p>Personnes ayant une atteinte du système musculo-squelettique</p> | <p>Lombalgie Cervicalgie Fibromyalgie Tendinite Douleur chronique Fracture Arthrite / Arthrose Ostéoporose</p> | <p>⬇ Douleur [23, 24] ⬆ Capacités physiques [25-28] ⬆ Qualité de vie [29] ⬆ Participation aux activités de la vie quotidienne [30] ⬇ Consommation d'opioïdes [31-35] ⬇ Consultations à l'urgence [36] ⬇ Examens d'imagerie [36]</p> |
|  <p>Aînés en perte d'autonomie</p> | <p>Déconditionnement Risque de chutes</p> | <p>⬆ Participation aux activités de la vie quotidienne et domestique [37] ⬆ État de santé [37] ⬇ Fréquence / risque de chutes [38-40] ⬇ Taux de mortalité associé aux chutes [38]</p> |
|  <p>Adultes et aînés ayant une atteinte du système neurologique</p> | <p>Accident vasculaire cérébral Lésion de la moelle épinière</p> | <p>⬆ Équilibre / fonction motrice [41] ⬆ Indépendance fonctionnelle [41] ⬆ Vitesse de marche [42] ⬆ Participation aux loisirs [42]</p> |
|  <p>Adultes et aînés ayant une affection cardiorespiratoire</p> | <p>Infarctus Insuffisance cardiaque Maladie pulmonaire obstructive chronique</p> | <p>⬆ Capacité à la marche [43] ⬆ Qualité de vie [43, 44] ⬇ Mortalité associée à un trouble cardiovasculaire [45] ⬇ Durée d'hospitalisation [44, 46]</p> |

Plusieurs autres conditions spécifiques pour lesquelles des bénéfices de la physiothérapie ont été documentés ne sont pas présentées dans le Tableau 1 par souci de synthèse, telles que l'incontinence urinaire [47], le vertige positionnel paroxystique bénin [48], l'amputation [49], certaines conditions nécessitant des soins intensifs [46], etc. De même, la physiothérapie pourrait contribuer à répondre à des besoins sociétaux et améliorer à la fois l'utilisation des ressources en santé et la santé des populations. La crise des opioïdes est un bon exemple (voir l'encadré ci-dessous).

CRISE DES OPIOÏDES : Offrir des services de physiothérapie au bénéfice de la population

La crise des opioïdes représente un exemple probant pour démontrer les bénéfices de la physiothérapie. Parmi les résultats relevés au tableau précédent, offrir des services de physiothérapie serait associé à une plus faible consommation d'opioïdes [36, 50]. Au Québec, le taux de prescription d'opioïdes s'élevait à plus de 500 ordonnances par 1 000 habitants en 2016 [51]. Cette classe de médicament est habituellement prescrite pour soulager la douleur [52], mais elle est associée à de la dépendance et des décès par surdose [53-55]. Selon des statistiques fournies par le Gouvernement du Canada, le nombre de décès apparemment associés à la consommation d'opioïdes au Québec était de 424 en 2018 [56]. Or, des interventions non-pharmacologiques, telles que la physiothérapie, peuvent être très bénéfiques pour les personnes ayant des conditions de douleur aiguë ou chronique (p.ex. lombalgie, fibromyalgie, etc.). Toutefois, les opioïdes sont trop souvent prescrits faute d'accès à d'autres options de traitement, telles que la physiothérapie [57, 58]. Plusieurs études récentes ont montré que les personnes ayant une lombalgie étaient significativement moins à risque de consommer des opioïdes si elles avaient accès rapidement à des services de physiothérapie [31-35].

3. Problématique d'accès aux services : des besoins de santé non comblés pour plusieurs Québécois

Les besoins de la population en matière de services de santé vont augmenter dans les prochaines années, notamment en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques [59, 60]. L'accès aux services de santé appropriés est un objectif clé du MSSS, qui reconnaît l'importance de fournir le bon service, au bon moment, par la bonne personne [61]. Actuellement, des services de physiothérapie sont disponibles dans certaines installations du réseau et pour certaines clientèles seulement. Plusieurs Québécois qui bénéficieraient des services de physiothérapie n'y ont pas accès, ou y ont accès mais avec une intensité insuffisante. Des résultats du Sondage national des médecins 2013 traduisent bien l'ampleur de ce manque d'accès : 77 % des médecins québécois rapportaient un accès insatisfaisant aux services publics de physiothérapie pour leurs patients, soit 85,5 % des médecins de famille et 65,4 % des médecins spécialistes [62]. **Bien que trois médecins sur quatre évoquent un manque d'accès à des services de physiothérapie, aucune action à grande échelle n'a été prise pour augmenter cet accès.**

Les principaux problèmes en matière d'accès aux services de physiothérapie assurés par l'État seront discutés de façon plus détaillée ci-dessous.

3.1. Absence et insuffisance de services

L'absence et l'insuffisance de services offerts en physiothérapie dans le réseau de la santé et des services sociaux nuisent à la santé, à la qualité de vie et à la participation sociale de la population. À travers le Québec, les services de physiothérapie assurés par l'État sont réservés à certaines clientèles seulement et offerts dans certaines installations de santé uniquement, et souvent de façon limitée.

3.1.1. Centres hospitaliers

En centre hospitalier, les services de physiothérapie sont principalement fournis aux personnes hospitalisées pour différentes conditions de santé ou en suivi ambulatoire post-opératoire à la suite de chirurgies orthopédiques [63]. Cela exclut habituellement plusieurs clientèles, dont les nombreuses personnes qui présentent des douleurs musculosquelettiques incapacitantes, mais

qui n'ont pas été opérées. Pourtant, les maux de dos, à titre d'exemple, représentent le problème de santé chronique le plus prévalent au Québec avec 15,9 % des Québécois ayant rapporté une telle condition en 2011-2012 [64]. Il s'agit d'une des conditions de santé les plus incapacitantes [65], étant associée à de la douleur, des limitations fonctionnelles, des arrêts de travail, de la dépression, etc. [66, 67]. Les maux de dos engendrent aussi un lourd fardeau économique [66, 68]. Une analyse de l'offre et de la demande de services en physiothérapie met en évidence un important manque sur le plan de l'offre de services en centres hospitaliers, notamment pour les personnes présentant des troubles musculosquelettiques [69].

En 2015, moins de 30 % des 98 centres hospitaliers québécois sondés offraient des services ambulatoires de physiothérapie pour des troubles cardiorespiratoires [70], malgré la prévalence annuelle élevée de conditions telles que l'hypertension artérielle (15,4 %), l'asthme (8,9 %), les maladies cardiaques (5 %) et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (4,3 %) [64]. Selon une étude publiée en 2015, à l'échelle canadienne, **seulement 0,4 % des personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique avaient accès à des services de réadaptation pulmonaire.** La principale barrière notée était le manque de ressources dédiées à ces services, incluant les physiothérapeutes [71]. Par ailleurs, un autre manque de services majeur affecte les personnes présentant des troubles urogynécologiques, tels que des douleurs génitales ou de l'incontinence urinaire. Cette dernière condition touche près de la moitié des femmes de 45 ans et plus, et est associée à de nombreuses conséquences néfastes sur la santé, entraînant notamment chez les femmes plus âgées des chutes survenant lors d'une envie pressante [72]. En 2015, seulement 12 % des 98 centres hospitaliers québécois sondés offraient des services de réadaptation périnéale; services fortement recommandés pour ces clientèles [70].

Outre ces manques de services importants, il existe une grande variabilité dans les types de services de physiothérapie ambulatoires disponibles entre les établissements du Québec, certains allant même à n'offrir aucun service [70]. Lorsque disponibles, le manque d'intensité des services est relevé. Un manque de ressources financières et humaines lié à l'offre de services en réadaptation post-AVC de même que des délais importants avant de recevoir les services ambulatoires sont souvent rapportés [73, 74]. Ainsi, les personnes qui subissent des AVC ne reçoivent pas l'intensité et la durée des services de réadaptation souhaitées et elles rapportent « avoir dû se battre, en dépit de leurs difficultés cognitives ou de communication, pour obtenir des services. » (p. 58) [73]. Lors du retour à domicile, les ressources professionnelles se font rares et la continuité des soins est difficile, les personnes se sentant presque abandonnées et livrées à elles-mêmes [73].

3.1.2. Installations de première ligne

Dans le contexte actuel, l'offre de services en physiothérapie dans les milieux dits de première ligne est extrêmement limitée, et ce, même si les physiothérapeutes peuvent être consultés en accès direct (sans prescription médicale).

D'abord, si des services de physiothérapie sont accessibles par le biais des services de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) en CLSC (CISSS/CIUSSS), seules certaines personnes ne pouvant pas se déplacer de leur résidence y ont accès, puisque les services offerts ne permettent pas de répondre à l'ensemble des demandes. Certains suivis post-opératoires de prothèses totales de genou et de hanche se font par les professionnels de la physiothérapie en CLSC [75]. Encore

ici, les limites dans l'offre de services de physiothérapie font en sorte que les besoins en matière de services ne sont pas comblés [63], ce qui peut entraver la récupération optimale et mettre les personnes à risque de conserver des problèmes, tels que des douleurs et des limitations physiques.

Par ailleurs, les groupes de médecine de famille (GMF) comptent parmi les modèles de services privilégiés pour favoriser l'accès aux services de première ligne au Québec. L'intégration de professionnels de la physiothérapie dans les équipes de première ligne est considérée comme un modèle de soins optimal [76]. Cependant, l'intégration de physiothérapeutes aux équipes de professionnels dans les GMF a été marginale jusqu'à aujourd'hui au Québec [77], et ce, malgré l'élaboration par le MSSS d'un guide d'intégration des physiothérapeutes dans ces milieux [78] et des résultats positifs publiés sur l'expérience dans un GMF québécois [79]. Ce modèle a fait ses preuves en Ontario, où des physiothérapeutes sont intégrés aux équipes de santé familiale (ÉSF) depuis 2013 [80]. Les bénéfices de l'intégration des physiothérapeutes en ÉSF sont nombreux : amélioration de l'implication du physiothérapeute dans la prise en charge des personnes avec conditions chroniques, amélioration de l'accès, amélioration de la communication entre les membres de l'équipe et de la coordination et de la continuité des services [76, 81-84].

3.1.3. Autres milieux et contextes

L'accessibilité aux services de physiothérapie assurés par l'État est aussi très limitée ailleurs dans le réseau. Par exemple, un manque de professionnels de la physiothérapie a été rapporté en centres de réadaptation [85]. Le manque de professionnels de la physiothérapie serait criant dans les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). L'absence de services de physiothérapie est un des manquements relevés par le Conseil pour la protection des malades dans une demande de recours collectif contre l'État et les CHSLD qui vient d'être autorisée [86]. Or, les personnes vivant dans ces milieux présentent souvent des problèmes de santé complexes.

L'absence ou l'insuffisance de services de physiothérapie et de réadaptation appropriés peut avoir de graves conséquences sur le pronostic, les capacités fonctionnelles et la qualité de vie des personnes [85].

En résumé, les nombreuses personnes qui ne peuvent recevoir des services de physiothérapie assurés par l'État, qui se voient refuser l'accès à ces services ou qui ont un accès insuffisant risquent de ne pas atteindre leur plein potentiel de récupération, de voir leur condition se chroniciser et leur état de santé s'aggraver. En 2005, le gouvernement ontarien a diminué l'offre de services de physiothérapie assurés par l'État en resserrant les critères d'éligibilité. Ces changements ont eu un impact négatif sur l'état de santé de la population : ceux qui avaient toujours accès à une couverture pour obtenir des services de physiothérapie étaient dix fois plus susceptibles de rapporter un état de santé très bon ou excellent que ceux qui n'étaient plus éligibles à ces services [87].

3.2. De longs temps d'attente avant de recevoir des services

Les longues listes d'attente avant de recevoir des services représentent un autre problème d'accès aux services qui touche des milliers de personnes au Québec.

3.2.1. Temps d'attente pour des services ambulatoires de physiothérapie

L'enquête menée en centre hospitalier au Québec en 2015 révèle que le temps d'attente médian avant de recevoir des services ambulatoires de physiothérapie était en moyenne de 7,6 mois et s'élevait jusqu'à plusieurs années dans certains centres [70]. **Plus de 18 000 personnes étaient en attente de services ambulatoires en 2015** [70]. Ces travaux ont aussi mis en évidence des variations régionales du temps d'attente, les régions urbaines de Montréal et de Québec figurant parmi les régions ayant les plus longs temps d'attente [69]. En CLSC, un rapport du Protecteur du citoyen rapporte que les temps d'attente avant de recevoir les services requis peuvent être très longs et ainsi retarder la récupération et engendrer des complications post-opératoires [63], telles qu'une chronicisation de la douleur.

3.2.2. Temps d'attente pour des services pédiatriques

Les temps d'attente avant d'obtenir des services de physiothérapie pédiatrique en centre hospitalier ou en centre de réadaptation ont aussi été décrits comme étant trop longs. Un rapport du Protecteur du citoyen faisait même état de temps d'attente excessifs [88], dépassant largement les délais fixés par le MSSS dans son *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience* [89]. Selon les résultats à publier d'un projet réalisé à l'échelle du Canada, la moyenne des temps d'attente médians était de près de 5 mois dans les centres de réadaptation et en moyenne 35 enfants étaient en attente sur les listes d'attente de physiothérapie [90].

3.2.3. Conséquences des temps d'attente

Les longs délais avant de recevoir les services de physiothérapie peuvent être associés à de sérieuses conséquences sur la santé physique et mentale des personnes et leurs proches (voir Figure 1). La plupart des évidences disponibles à ce sujet concernent des personnes atteintes d'un trouble musculosquelettique (p.ex. lombalgie, cervicalgie, douleur au genou, etc.).

Chaque année au Québec, environ 30 % de la population présente un trouble musculosquelettique (p. ex. lombalgie, douleur au genou, tendinite) [91]. Comme mentionné précédemment, la lombalgie est à elle seule le problème de santé chronique le plus prévalent, avec une prévalence annuelle de près de 16 % [64]. Les résultats de nombreuses études indiquent qu'une prise en charge rapide en physiothérapie est importante pour améliorer la condition physique et psychosociale [25, 26, 92], ainsi que diminuer l'utilisation de services de santé (consultations médicales, chirurgie, imagerie, médication, etc.) pour les personnes qui présentent des troubles musculosquelettiques [25, 31, 32, 93, 94]. **Les personnes recevant des services de physiothérapie après un délai plus long présentent davantage de douleur, de limitations physiques et de symptômes psychologiques (p.ex. anxiété et dépression),** ainsi qu'un niveau de qualité de vie inférieur à l'issue des traitements en comparaison aux personnes ayant reçu des services rapidement (délais de quelques jours à

un mois selon les études) [25, 26, 92, 95-98]. Les délais avant de recevoir des services de réadaptation affecteraient aussi négativement la récupération et la qualité de vie des personnes ayant subi un AVC [73]. Par ailleurs, devoir attendre avant d'obtenir des services peut entraîner de la frustration et de la démotivation chez les usagers et les amener à développer une mauvaise impression des services dès le départ, ce qui risque d'influencer défavorablement les effets des interventions ultimement reçues [99].

Chez les enfants, des délais avant d'obtenir les services peuvent contribuer à la persistance de retards de développement [100] et à l'aggravation de la douleur et des limitations physiques, en plus d'être une source de stress pour la famille. Environ 3,7 % des enfants de moins de 15 ans présentent des déficiences physiques au Canada,



Figure 1. Exemples de conséquences possibles d'un délai avant de recevoir de la physiothérapie

telles qu'un retard de développement ou une paralysie cérébrale [101]. Une intervention précoce est primordiale pour ces enfants notamment en raison des périodes critiques du développement neurologique [102] au-delà desquelles les progrès pourraient être plus difficiles à réaliser [103]. Un accès rapide à des services permet de réduire les complications secondaires et des conséquences à long terme en plus de limiter le recours à d'autres services qui peuvent engendrer des coûts supplémentaires [104, 105]. Le MSSS fait mention de ces conséquences néfastes pour l'autonomie des enfants s'ils ne reçoivent pas des services à des moments stratégiques au cours de leur développement : « Les enfants et les jeunes adultes ayant une déficience physique [...] ont la capacité de développer leur potentiel d'autonomie et de participation sociale, pour ensuite maintenir ces acquis, s'ils ont accès en temps opportun à des services appropriés, en particulier à des services de réadaptation. Néanmoins, le développement de l'autonomie de ces personnes est parfois compromis par des difficultés d'accès aux services dont elles auraient besoin [...]. » [2]. De plus, les résultats d'une autre étude laissent entendre qu'en raison des longs délais, les familles ont perdu, du moins en partie, confiance dans le réseau de la santé et des services sociaux et en sa capacité à répondre aux besoins de leurs enfants [85]. Cela se manifeste lorsque des parents qui se voient offrir des services dans un centre de réadaptation pour leur enfant, souvent après un délai de plusieurs mois dans une période critique de leur développement, mettent en doute l'offre de services proposée, suspectant que ce que leur offre le réseau est insuffisant. Ceux qui le peuvent se tournent donc vers des cliniques privées pour obtenir des services de réadaptation ou vers des thérapies alternatives ou complémentaires (p.ex. acupuncture) pour recevoir des services supplémentaires [106], souvent en dépit d'importants coûts financiers, dans l'espoir d'un plus grand impact pour leur enfant. Quant aux familles n'ayant pas les moyens financiers, qui ne possèdent souvent pas d'assurance personnelle pour couvrir une partie des frais, elles n'ont d'autre option que d'attendre sur les listes d'attente et espérer être rappelées dans un délai qui ne compromettra pas l'état de leur enfant. Il en résulte ainsi un accès inéquitable aux services pour ces enfants et leur famille.

Les longs temps d'attente avant de recevoir des services de physiothérapie peuvent aussi dissuader les médecins de référer leurs patients en physiothérapie [107-109] et les contraindre à opter pour des traitements pharmacologiques, dont la prescription d'opioïdes [57, 110-113]. Une étude réalisée auprès de personnes atteintes d'arthrite identifie le manque d'accès aux services de physiothérapie comme une barrière qui peut décourager les patients et les médecins de considérer cette approche non-pharmacologique [113]. Comme affirmé par Winter Di Cola et al. [113], **« une référence en physiothérapie n'est pas utile à un patient qui ne peut accéder aux services de physiothérapie »** (traduction libre, p. 269).

Les problèmes de temps d'attente pour recevoir des services de physiothérapie ont aussi vraisemblablement des conséquences sur les coûts de santé et l'efficacité du système de santé. Des études indiquent que des délais avant de recevoir des services de physiothérapie engendrent une utilisation accrue de services de santé par la suite [31, 32, 114-117]. Par exemple, dans une étude menée aux États-Unis, les personnes présentant une lombalgie ayant reçu des services de physiothérapie dans un délai de moins de 14 jours étaient moins susceptibles de recevoir une prescription d'opioïdes, une chirurgie lombaire, une injection à la colonne vertébrale et de se voir prescrire des tests d'imagerie, en plus de recourir à des consultations médicales subséquentes, que les personnes ayant reçu des services de physiothérapie plus tardivement [31, 32].

L'utilisation accrue des services de santé en raison des délais pour recevoir des services de physiothérapie se traduit par des coûts directs de santé plus élevés [31, 32, 117]. La Figure 2 (voir page suivante) présente les résultats d'une étude menée aux États-Unis sur l'augmentation des coûts chez des personnes présentant une lombalgie selon le délai de prise en charge [117]. Comme illustré, ces coûts augmentent avec l'augmentation du délai de prise en charge, et ce, de façon importante.

À eux seuls, les troubles musculosquelettiques sont associés à des coûts totalisant 7,2 milliards de dollars par année au Canada, se classant ainsi parmi les cinq conditions de santé ayant les coûts les plus élevés [118]. Les coûts des services de santé pour les personnes présentant une douleur chronique sont équivalents à ceux dédiés aux maladies cardiovasculaires ou au cancer [119]. À l'échelle du Canada, fournir des services adéquats (incluant la physiothérapie) pour les personnes atteintes d'arthrite pourrait engendrer des économies de près de 488 milliards de dollars sur 30 ans, dont 41 milliards en coûts directs, selon un rapport de l'Alliance de l'arthrite du Canada [120].

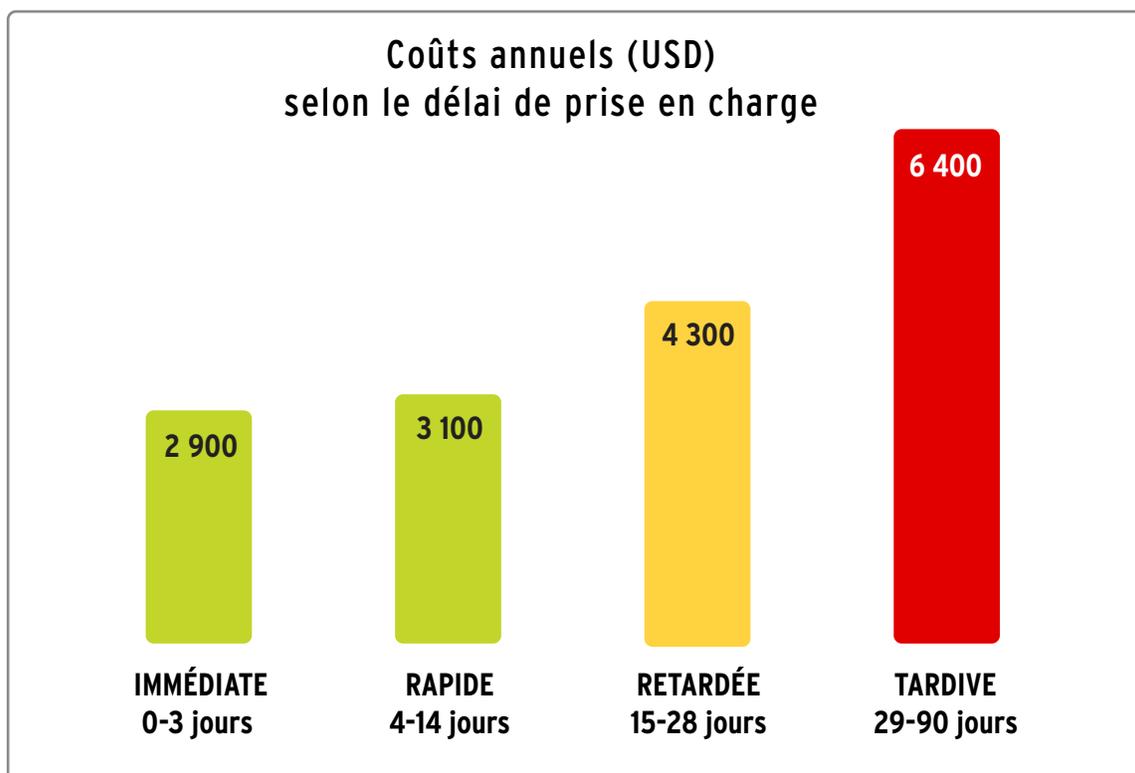


Figure 2. Moyenne des coûts annuels liés à l'utilisation des services de santé pour les personnes ayant une lombalgie selon le délai de prise en charge en physiothérapie

Source de données : Liu et al. [117], *Immediate Physical Therapy Initiation in Patients With Acute Low Back Pain Is Associated With a Reduction in Downstream Health Care Utilization and Costs*. *Phys Ther*, 2018. **98**(5): p. 336-347.

Au-delà des coûts directs associés aux services de santé, les limitations physiques et la douleur vécue par les personnes engendrent des coûts indirects considérables, notamment ceux associés à l'arrêt de travail et la perte de productivité. Les évidences suggèrent que la durée et la fréquence des arrêts de travail peuvent être plus longues pour les personnes ayant reçu des services de physiothérapie plus tardivement, comparativement aux personnes ayant reçu de la physiothérapie rapidement [98, 115, 121, 122].

3.3. Iniquités dans l'accès aux services de physiothérapie

Selon le MSSS, il est essentiel d'assurer un accès équitable aux soins et services de santé, « en fonction des seuls besoins des personnes, sans égard à des caractéristiques personnelles comme le revenu, l'éducation, le lieu de résidence, etc. » (p. 7) [2]. Or, plusieurs situations d'iniquités dans l'accès aux services de physiothérapie peuvent être relevées, certaines ayant déjà été évoquées précédemment.

3.3.1. Iniquités selon la couverture d'assurance et la capacité de payer

Des iniquités dans l'accès à des services de physiothérapie sont présentes selon la couverture d'assurance des personnes [63, 88, 123]. Les personnes ayant subi des blessures principalement neuromusculosquelettiques et qui sont couvertes par la CNESST, la SAAQ ou le programme d'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC), peuvent recevoir des services ambulatoires en clinique privée qui sont remboursés par ces agents payeurs. En contrepartie, les personnes qui se blessent et qui ne sont pas couvertes par ces agents payeurs, ou qui n'ont pas d'assurance personnelle, doivent couvrir eux-mêmes les frais des services de physiothérapie s'ils consultent en clinique privée. Or, plusieurs Québécois n'ont pas de ressources financières suffisantes pour assumer ces frais, et ce, même si certains possèdent des assurances personnelles couvrant la physiothérapie. En effet, les limites de remboursement imposées par certaines compagnies d'assurances représentent aussi des freins à l'obtention de services dans le secteur privé pour plusieurs personnes. Ainsi, les personnes à faible revenu n'ont souvent d'autre choix que d'espérer recevoir des services de physiothérapie dans les établissements du réseau en étant placées sur une liste d'attente. Également, plusieurs compagnies d'assurances ne remboursent pas les traitements de physiothérapie prodigués par un thérapeute en réadaptation physique, une situation dénoncée depuis plusieurs années, mais qui n'a pas encore été corrigée. Comme mentionné précédemment, ces **iniquités d'accès liées à la capacité de payer des personnes suscitent également de vives inquiétudes en ce qui concerne les services aux enfants pour qui les temps d'attente peuvent avoir des conséquences dramatiques sur le développement.**

3.3.2. Autres exemples de sources d'iniquités

En plus des énoncés précédents, les problèmes d'accès aux services touchent particulièrement certains sous-groupes de la population. Parmi ceux-ci, les communautés autochtones du Canada font face à un manque de financement, une rareté de la main-d'œuvre en physiothérapie et des difficultés de recrutement, ce qui se traduit par des manques de services importants, selon un rapport de l'Association canadienne de la physiothérapie [124]. De plus, lorsqu'ils sont offerts, les services de physiothérapie ne seraient pas toujours adaptés culturellement [124]. L'accès aux services de physiothérapie est aussi variable entre les différentes régions du Québec [69]. Tandis que 20,5 % des personnes ayant une incapacité vivent dans une région rurale [125], seulement 8,3 % des physiothérapeutes y travailleraient [17].

Dans ce même ordre d'idées, la situation est aussi particulièrement inquiétante pour les personnes dont les conditions sont chroniques (p. ex. douleur chronique, arthrite, arthrose), qui représentent la majorité des personnes sur les listes d'attente pour des services de physiothérapie en centre hospitalier [126]. Les personnes vivant avec une condition chronique sont souvent les moins priorisées pour obtenir des services [127] bien qu'elles aient d'importants besoins de services et qu'elles soient de grands utilisateurs de services de santé. La douleur chronique est ainsi associée à une plus grande fréquence de consultations médicales et de visites à l'urgence [128]. Les personnes atteintes d'arthrite n'ont souvent pas accès à des services de physiothérapie en temps opportun dans le réseau de la santé [129-131]. Selon une étude publiée en 2013,

les personnes atteintes d'arthrite ou d'arthrose devaient attendre de 6 à 12 mois dans 13 % des milieux (centres hospitaliers, centres de réadaptation, CLSC) et plus de 12 mois dans 24 % des milieux, alors que les demandes étaient systématiquement refusées dans 22 % des milieux [129].

Les aînés semblent aussi particulièrement touchés par l'accès limité aux services de physiothérapie. Au Québec, plus du tiers de la population âgée de 65 ans et plus rapporte une incapacité physique liée à la mobilité ou à l'agilité [125]. Le nombre d'aînés ayant des besoins en physiothérapie risque d'augmenter dans les prochaines décennies en raison du vieillissement de la population et de la prévalence croissante des maladies chroniques [60]. L'accès à la physiothérapie en temps opportun est important pour les aînés afin de prévenir un déclin fonctionnel pouvant notamment compromettre leur autonomie ou mener à une hospitalisation [132]. Un accès rapide à la physiothérapie serait plus efficace pour améliorer la capacité fonctionnelle et la qualité de vie qu'un accès retardé [97]. Cependant, les aînés en perte d'autonomie comptent parmi les groupes les plus touchés par les contraintes d'accès aux services de physiothérapie, notamment dans les CLSC et CHSLD. Le Protecteur du citoyen rapporte de longs délais d'attente avant de recevoir des services de physiothérapie à domicile, ce qui peut mener à des complications [63]. On note même dans plusieurs régions que l'offre de services à domicile est en déclin depuis quelques années [133]. Toutes ces iniquités en termes d'accès à de services de physiothérapie assurés par l'État soulève d'ailleurs des enjeux éthiques importants [134].

4. Cibles d'actions pour améliorer la santé de la population



Force est de constater que plusieurs problèmes d'accès aux services de physiothérapie assurés par l'État ont été relevés au cours des dernières années. Ils se traduisent par l'absence ou l'insuffisance de services dans plusieurs établissements, de longs délais d'attente et des iniquités dans l'accès aux services. Ces problèmes d'accès nuisent à la santé, la qualité de vie et la participation sociale de plusieurs milliers de Québécois, en particulier les personnes en situation de vulnérabilité, telles que les personnes à faible revenu, les enfants et les aînés.

Face à ces constats, il apparaît essentiel de mettre en œuvre des stratégies visant à mieux répondre aux besoins de la population québécoise en matière de santé. À la lumière des évidences actuelles, l'amélioration de l'accès aux services de physiothérapie assurés par l'État pourrait permettre de réduire le recours à d'autres services, lorsque non nécessaires (p.ex. imagerie, consultations médicales), réduire les iniquités d'accès et favoriser une meilleure utilisation des ressources humaines et financières du réseau.

La présente section propose des cibles d'action concrètes qui peuvent servir de point de départ pour guider l'amélioration de l'accès aux services de physiothérapie au Québec, ainsi que des exemples de stratégies contributives. Cette liste ne se veut pas exhaustive et doit servir de base à une réflexion et des actions à poursuivre. Les cibles d'action proposées font écho aux problèmes d'accès identifiés dans le présent document et s'alignent sur plusieurs des objectifs du Plan stratégique du MSSS 2019-2023 [61] dont les suivants :

ORIENTATION 1

Améliorer l'accès aux professionnels et aux services

- + Offrir un accès plus rapide aux services de première ligne
- + Diminuer le temps d'attente à l'urgence
- + Améliorer l'accès aux services spécialisés
- + Améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme
- + Augmenter les services de soutien à domicile
- + Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles

ORIENTATION 2

Favoriser la prévention et les saines habitudes de vie

- + Améliorer les habitudes de vie de la population

Le Tableau 2 présente les cibles d'action proposées ainsi que des exemples de stratégies contributives.

Tableau 2. Cibles d'action proposées pour mieux répondre aux besoins de la population.

| CIBLES D'ACTION | EXEMPLES DE STRATÉGIES CONTRIBUTIVES |
|--|---|
| <p>A Augmenter l'offre de services en physiothérapie dans les établissements du réseau pour les enfants, les adultes et les aînés :</p> <p>1. en ambulatoire (conditions musculosquelettiques, post-opératoires, réadaptation fonctionnelle, etc.)</p> <p>2. à domicile/en CHSLD (post-opératoires, post-chute, perte d'autonomie, musculosquelettiques, etc.)</p> <p>3. hospitalisés (post-prothèses hanche/genou, aux soins intensifs, post-pontage, post-chute, post-accident vasculaire cérébral, etc.)</p> <p>4. admis en centres de réadaptation (troubles de développement, paralysie cérébrale, post-AVC, lésion médullaire, traumatisme crânien, etc.)</p> | <p>Documenter le manque de services dans les établissements du réseau, selon des indicateurs tels que :</p> <ul style="list-style-type: none">+ Listes d'attente+ Clientèles refusées ou non desservies+ Distribution régionale des professionnels de la physiothérapie+ Postes de professionnels de la physiothérapie non comblés <p>Réinstaurer et consolider les services de physiothérapie optimaux dans tous les établissements du réseau, p.ex. par :</p> <ul style="list-style-type: none">+ Maintien ou recrutement de ressources+ Sensibilisation et information sur les services de physiothérapie auprès des acteurs du réseau+ Soutien aux établissements pour la gestion des listes d'attente <p>Permettre à la population d'accéder directement (sans consultation médicale préalable) aux services ambulatoires de physiothérapie, p.ex. par :</p> <ul style="list-style-type: none">+ Information aux gestionnaires sur la possibilité de l'accès direct <p>Promouvoir et bonifier les modèles de pratique en collaboration intradisciplinaire (entre thérapeutes en réadaptation physique et physiothérapeutes)</p> <p>Identifier des stratégies visant à réduire et éliminer les problèmes d'accès aux services de physiothérapie (p.ex. absence de services, temps d'attente) :</p> <ul style="list-style-type: none">+ Révision des modalités d'offres de services (p.ex. format des interventions de groupe vs individuelles)+ Évaluation de la proportion optimale de thérapeutes en réadaptation physique et de physiothérapeutes dans le service |

B

Augmenter l'offre de services en physiothérapie dans les établissements/secteurs non ou peu desservis actuellement dans le réseau, p.ex. :

- + GMF
- + Urgence
- + Cliniques de triage
- + Cliniques spécialisées

Développer, diffuser et implanter des outils destinés aux gestionnaires et décideurs pour guider l'intégration de services de physiothérapie, p. ex. :

- + Promotion et utilisation de sources existantes (p.ex. guide d'intégration des physiothérapeutes en GMF du MSSS [78], outils développés par l'Association canadienne de la physiothérapie, OPPQ)

Faire connaître les modèles de pratiques novateurs déjà mis en place, p.ex. :

- + Développement et implantation d'incitatifs et de mesures en soutien aux gestionnaires (p.ex. pour promouvoir la physiothérapie comme alternative aux opioïdes, lorsque pertinent)
- + Utilisation des technologies de l'information et de la communication pour offrir des services (p.ex. téléadaptation)
- + Développement de trajectoires de services pour la prise en charge de personnes ayant une déficience physique (p.ex. troubles musculosquelettiques)

Intégrer des modèles de pratique et d'organisation des services innovants à l'échelle du réseau, p.ex. :

- + Implantation des services de triage effectués par des physiothérapeutes pour les listes d'attente des médecins spécialistes en rhumatologie, physiatrie et orthopédie
- + Augmentation du nombre de physiothérapeutes en GMF (trriage, sans rendez-vous, consultations cliniques, etc.)
- + Intégration des physiothérapeutes à l'urgence des centres hospitaliers pour contribuer à réduire l'engorgement des urgences

Promouvoir le travail interprofessionnel impliquant les professionnels de la physiothérapie

Soutenir et développer la mise en place de services de prévention et de promotion de la santé auprès de la population, p.ex. :

- + Programmes de prévention des chutes, de la douleur chronique, de stimulation du développement moteur chez l'enfant



Utiliser tout le champ de pratique des professionnels de la physiothérapie

Développer, diffuser et implanter des outils pour mieux faire connaître et mieux utiliser l'expertise unique des professionnels de la physiothérapie pour mieux répondre aux besoins de la population, p.ex. :

- + Utilisation de sources existantes (p.ex. résultats d'études scientifiques, outils développés par l'Association canadienne de la physiothérapie, OPPQ)
- + Valorisation des effets des services de physiothérapie sur la population, les organisations et les systèmes de santé

Consolider et améliorer l'intradisciplinarité en physiothérapie (p.ex. meilleure communication et partage des rôles entre les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique)

Identifier les secteurs où certains actes peuvent être réalisés par des professionnels de la physiothérapie et mettre en place les mesures nécessaires, p.ex. :

- + Évaluation et prise en charge de clientèles pour lesquelles les professionnels de la physiothérapie possèdent l'expertise (p.ex. troubles musculosquelettiques, troubles de développement moteur chez l'enfant, perte d'autonomie chez la personne âgée)
- + Prescription des aides techniques par les professionnels de la physiothérapie
- + Prescription de tests d'imagerie et de certains médicaments
- + Interventions de prévention et de promotion de la santé



Développer un plan d'action visant à améliorer l'accès aux services de physiothérapie assurés par l'État au Québec

Identifier et mobiliser les différents acteurs impliqués dans les services pour les personnes présentant une déficience physique au Québec

Organiser des événements de mobilisation des connaissances portant sur l'accès aux services de physiothérapie au Québec

Promouvoir l'importance d'impliquer des experts de la physiothérapie (p.ex. chercheurs, cliniciens, gestionnaires) dans les comités et tables de travail et de concertation touchant la déficience physique au Québec



Poursuivre des travaux d'évaluation et de recherche portant sur l'accès aux services de physiothérapie au Québec

Soutenir la mise sur pied de projets pilotes visant à évaluer les effets d'un meilleur accès aux services de physiothérapie assurés dans différents secteurs et établissements du réseau

Poursuivre la réalisation de projets évaluant l'efficacité et l'efficience des services de physiothérapie

4.1. Augmenter l'offre de services en physiothérapie dans les établissements du réseau pour les enfants, les adultes et les aînés

Comme mentionné précédemment, l'offre de services assurés en physiothérapie est actuellement insuffisante pour combler les besoins des Québécois. Selon les résultats présentés, l'offre de service en physiothérapie devrait aussi être distribuée plus équitablement, notamment à travers les différentes régions du Québec [69]. **Augmenter l'offre de services actuelle dans les établissements permettrait de mieux répondre aux besoins de la population, notamment en réduisant les temps d'attente.** Plusieurs stratégies contributives ont été suggérées au Tableau 2 en lien avec cette cible. Nous nous permettons quelques ajouts pour l'une d'elles, soit le soutien aux établissements pour améliorer la gestion des listes d'attente, étant donné les très longues listes d'attente recensées dans de nombreux établissements québécois.

Bien que les données probantes démontrant leur efficacité restent limitées, plusieurs moyens sont proposés pour tenter de mieux gérer les listes d'attente et assurer une prise en charge dans un délai raisonnable, incluant l'établissement de balises de temps d'attente maximal, l'intradisciplinarité et la priorisation des références. Effectuer une rencontre d'évaluation en personne afin de prioriser les personnes en attente pour des services de physiothérapie en clinique externe de centre hospitalier est un moyen qui a été associé à un temps d'attente plus court [70]. Le Réseau sur l'éthique professionnelle en réadaptation a aussi développé une boîte à outils décrivant des stratégies de gestion des listes d'attente visant à fournir des pistes de réflexion pour accompagner les gestionnaires des listes d'attente dans les établissements [135]. Certains milieux de pratique, notamment au CIUSSS de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, ont utilisé ces stratégies (p.ex. classe de groupe, modification du processus de priorisation) [136]. De tels moyens peuvent donc être explorés et évalués dans les établissements.

4.2. Augmenter l'offre de services en physiothérapie dans les établissements ou secteurs non ou peu desservis actuellement dans le réseau

La deuxième cible proposée consiste en l'ajout de services de physiothérapie dans les établissements ou secteurs du réseau de la santé et des services sociaux où ils sont traditionnellement peu présents, alors qu'une telle offre de services pourrait être grandement bénéfique pour la population. Certains exemples de stratégies sont évoqués ci-dessous, mais ne sont pas exhaustifs. On pourrait d'ailleurs augmenter l'offre de services dans des milieux de santé publique, dans les écoles, ou dans certains organismes communautaires.

4.2.1. Professionnels de la physiothérapie en première ligne

L'amélioration de l'accès aux services professionnels de première ligne est un objectif clé du Plan stratégique du MSSS [61]. Les professionnels de la physiothérapie peuvent jouer un rôle accru au sein des équipes de première ligne. L'intégration des professionnels de la physiothérapie dans les GMF est un modèle novateur de prestation de services de physiothérapie à une clientèle diversifiée dans un environnement de première ligne qui favorise la collaboration interprofessionnelle.

Pourtant, jusqu'à ce jour, **très peu de GMF ont intégré des professionnels de la physiothérapie à leur équipe de professionnels.** Contrairement à l'Alberta et à l'Ontario, le Québec n'a pas clairement identifié la place de la physiothérapie dans les modèles de soins de première ligne (p. ex. GMF, urgence) [5]. Les professionnels de la physiothérapie peuvent être impliqués dans la prise en charge de nombreux problèmes fréquemment rencontrés en GMF tels que des conditions musculosquelettiques, cardiorespiratoires, des troubles d'équilibre, ou d'incontinence chez l'adulte, une perte d'autonomie chez l'aîné ou des troubles de développement chez l'enfant [78]. L'expertise du physiothérapeute et sa capacité à poser un diagnostic en physiothérapie valide peuvent être mises à profit afin de réduire la charge de travail des médecins et ainsi améliorer l'accès aux services dont la population a besoin.

Depuis 2009, l'intégration d'une physiothérapeute dans un GMF universitaire (lieu de formation des résidents en médecine de famille) dans la région de Québec a permis de répondre en moyenne à plus de 200 demandes de référence et réaliser 300 discussions informelles avec le corps médical par année [79]. La physiothérapeute est aussi impliquée dans la formation des résidents en médecine familiale par des séances d'enseignement pratique et théorique, améliorant ainsi les connaissances des futurs médecins de famille au sujet des conditions musculosquelettiques ainsi que la collaboration interprofessionnelle. Par ailleurs, l'intégration de la physiothérapeute à la clinique sans rendez-vous permet d'accompagner le médecin en formation dans son examen physique et son diagnostic, en plus d'offrir une consultation en physiothérapie rapide à la personne qui a consulté [137]. Bien que l'accès à des locaux et des équipements ait été mentionné comme une barrière à ce modèle de pratique [76], l'expérience dans ce GMF indique que du matériel spécialisé n'est pas nécessaire et qu'un local standard (p.ex. bureau de médecin ou d'infirmière) est bien suffisant pour évaluer et prendre en charge une clientèle diversifiée de 0 à 100 ans.

4.2.2. La physiothérapie à l'urgence

Les délais d'attente à l'urgence sont un des problèmes d'accès reconnus au Québec [2, 61]. La réduction de ces temps d'attente est d'ailleurs un objectif du Plan stratégique du MSSS [61]. L'intégration des physiothérapeutes à l'urgence est une approche recommandée pour améliorer la situation [138], mais elle demeure marginale au Québec jusqu'à maintenant.

Les évidences suggèrent que les personnes qui reçoivent des services de physiothérapie à l'urgence ont une meilleure amélioration de leur douleur et de leurs capacités physiques par rapport aux personnes n'y ayant pas eu accès [96, 139]. Ce modèle de pratique engendrerait aussi une diminution du temps d'attente à l'urgence et de la durée du séjour à l'hôpital, en plus de susciter un niveau de satisfaction élevé de la part des personnes consultant et du personnel [138]. Les physiothérapeutes à l'urgence peuvent aussi aider à diminuer le nombre d'admissions en orientant les patients vers les ressources appropriées et en s'assurant que le patient est en sécurité lorsqu'il quitte l'urgence, particulièrement du point de vue de sa mobilité [140].

Une étude réalisée au Québec a démontré la forte concordance entre les diagnostics et la conduite thérapeutique proposés par les physiothérapeutes et ceux des urgentologues dans deux urgences de la région de Montréal [141]. De même, au CHUL-CHU de Québec, les résultats d'un essai clinique randomisé pilote suggèrent que **la présence du physiothérapeute à l'urgence permet de réduire le nombre de nouvelles consultations à l'urgence pour le même problème, la prescription de médicaments d'ordonnance, et le taux de prescription des tests d'imagerie** [142].

Les tendances observées semblent aller dans le même sens que les résultats positifs d'études complétées au Royaume-Uni et en Australie [143].

4.2.3. Utilisation des technologies de l'information et de la communication

Une plus grande utilisation des technologies de l'information et de la communication représente un autre exemple d'avenue prometteuse pour répondre aux problèmes d'accès à des services de physiothérapie. Deux exemples d'utilisation de telles technologies sont présentés ci-dessous.

La télé-réadaptation est un premier mode de prestation de services de réadaptation qui utilise les technologies d'information et de communication [144, 145]. Par le biais de la télé-réadaptation, un professionnel de la physiothérapie peut intervenir auprès de personnes requérant des services pour évaluer, assurer un suivi, prodiguer des interventions, éduquer ou superviser [144]. La télé-réadaptation permet d'améliorer l'accès aux services de physiothérapie et de combler des manques de services, notamment pour les personnes vivant en régions rurales ou éloignées [146]. La technologie se développe rapidement et les médiums informatiques utilisés pour la télé-réadaptation sont de plus en plus simples et accessibles [147]. La télé-réadaptation a été montrée efficace et comparable à la réadaptation en personne pour diverses clientèles, notamment les enfants [148], les personnes ayant une maladie cardiovasculaire [149], les personnes ayant subi un AVC [150], les personnes atteintes de troubles musculosquelettiques [151], et les personnes ayant subi une arthroplastie du genou [152], notamment en contexte québécois [153, 154]. Auprès des personnes avec une arthroplastie du genou, il a aussi été démontré que la télé-réadaptation permettait une réduction significative des coûts [155] et une satisfaction élevée [156] et équivalente à l'approche en personne.

Par ailleurs, le modèle *PhysioDirect* au Royaume-Uni propose aux personnes inscrites sur une liste d'attente en physiothérapie pour une condition musculosquelettique de contacter un physiothérapeute afin d'obtenir une évaluation et des conseils par téléphone [157]. Après la discussion téléphonique, les personnes reçoivent de la documentation écrite présentant des conseils d'autogestion et des exercices. Ce modèle a été considéré comme sécuritaire et d'efficacité comparable aux services de physiothérapie habituels en plus de réduire le temps d'attente et le nombre de consultations en physiothérapie [157]. *PhysioDirect* est aussi considéré comme une approche potentiellement avantageuse du point de vue coûts-efficacité [158]. Évidemment, ce modèle nécessite d'être adapté au contexte, notamment réglementaire et organisationnel.

4.2.4. Rôles des professionnels de la physiothérapie en prévention et en promotion de la santé

Les mauvaises habitudes de vie (p.ex. tabagisme, sédentarité) sont responsables de la moitié des décès au Canada [159]. Miser sur la promotion de la santé et la prévention des maladies pourrait ainsi contribuer à augmenter l'espérance et la qualité de vie de la population. Un des objectifs du Plan stratégique du MSSS 2019-2023 est d'ailleurs d'améliorer les habitudes de vie de la population [61]. Par leur champ d'expertise, les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique peuvent contribuer à la réorientation des services de santé vers la prévention et la promotion de la santé [4, 160, 161], notamment par leur implication dans des programmes tels que le Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (PIED) pour la prévention

des chutes chez les aînés [162]. Les physiothérapeutes pourraient aussi être des acteurs clés dans le développement de programmes de prévention de la douleur chronique ou de dépistage des troubles de développement chez les enfants.

4.3. Utiliser tout le champ de pratique des professionnels de la physiothérapie

Une autre cible consiste en une meilleure utilisation de tout le champ de pratique des professionnels de la physiothérapie. Mettre à profit les champs d'expertise spécifiques des professionnels de la physiothérapie pourrait aider à alléger les tâches et responsabilités d'autres professionnels, tout en répondant mieux aux besoins de la population. La collaboration intradisciplinaire, entre physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique, doit aussi être améliorée. Une bonne communication, un meilleur partage des rôles et des trajectoires de soins mieux définies entre ces deux professions pourraient améliorer l'accès et la coordination des services en physiothérapie.

4.3.1. Thérapeutes en réadaptation physique

La contribution des thérapeutes en réadaptation physique est essentielle pour augmenter l'offre de services de physiothérapie et ainsi réduire les temps d'attente [132, 163]. L'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie (ACORP), dans son *Énoncé des valeurs de l'ACORP concernant le rôle des assistants-physiothérapeutes / thérapeutes en réadaptation physique dans la prestation des soins de physiothérapie* [163], s'est positionnée en faveur de la contribution des thérapeutes en réadaptation physique dans l'offre de soins en physiothérapie. Selon cet énoncé, la contribution de ces professionnels de la physiothérapie est dans l'intérêt de la population puisqu'elle favorise l'accès aux services : « L'accès en temps opportun est facilité par la prestation appropriée des soins par un éventail de professionnels de la santé bien formés. [...] L'innovation en matière de modèles de prestation des soins est essentielle à une époque où les ressources sont peu abondantes » (p. 2) [163]. Or, dans plusieurs milieux cliniques, il y a peu de thérapeutes en réadaptation physique ou ceux-ci n'œuvrent pas dans l'ensemble de leur champ d'action. Les thérapeutes en réadaptation physique ayant une formation spécifique peuvent par exemple contribuer à la prise en charge de clientèles particulières telles que les enfants avec déficience motrice ou les personnes ayant une maladie cardiorespiratoire. De même, l'organisation du travail dans certains établissements ou l'absence de physiothérapeutes nuisent à la prise en charge de patients par des thérapeutes en réadaptation physique [164]. Une utilisation optimale des thérapeutes en réadaptation physique dans le réseau de la santé pourrait libérer les physiothérapeutes de certaines activités cliniques et leur permettre de se consacrer à des activités propres à leur niveau de compétence.

4.3.2. Physiothérapeutes

En ce qui concerne les physiothérapeutes, ils pourraient notamment être davantage impliqués dans les services de première ligne et dans des rôles de triage. À titre d'exemple, les physiothérapeutes possèdent des connaissances avancées liées à la prise en charge des personnes présentant des troubles musculosquelettiques [165] qui leur permettent de fournir un diagnostic en physiothérapie

valide tout en diminuant le recours aux tests d'imagerie, à la médication et aux consultations à des médecins spécialistes [25, 31, 32, 93, 94, 166]. Ainsi, puisqu'ils peuvent être consultés en accès direct, les physiothérapeutes peuvent effectuer le triage des personnes qui présentent des problèmes d'arthrose de la hanche ou du genou ou encore les personnes qui se présentent à l'urgence pour des problèmes musculosquelettiques. Plusieurs études ont d'ailleurs mis en évidence la concordance diagnostique entre les physiothérapeutes et les médecins dans divers contextes, et pas uniquement à l'urgence [166, 167]. Toutefois, dans la pratique, peu de services sont accessibles dans le réseau en accès direct. Les modèles de services où le physiothérapeute participe au triage et au diagnostic améliorent l'accès aux services (p.ex. diminution du temps d'attente à l'urgence), ont été démontrés sécuritaires et efficaces en plus de susciter un niveau de satisfaction élevé de la part des usagers [138, 168, 169]. Les physiothérapeutes qui font du triage sont aussi en mesure d'orienter les usagers vers d'autres professionnels de la santé lorsque ceci est nécessaire [168]. Un physiothérapeute en amont de la trajectoire de services peut permettre la diminution de consultations médicales subséquentes, de prescriptions de médication et d'arrêt de travail, ce qui peut apporter des économies substantielles [170]. De tels modèles ont d'ailleurs été testés avec succès au Québec, notamment dans une clinique d'orthopédie en centre hospitalier à Montréal [167] et une clinique interdisciplinaire musculosquelettique en orthopédie au Centre de santé et des services sociaux (CSSS) Arthabaska-de-l'Érable [171, 172].

Les physiothérapeutes seraient aussi bien placés pour remplir certains rôles actuellement occupés par des médecins [138], tels que la prescription de tests d'imagerie et de certains médicaments, ainsi que la réalisation d'infiltrations [168], advenant qu'ils reçoivent la formation nécessaire. Comme évoqué précédemment, les résultats de plusieurs études indiquent que ces pratiques par les physiothérapeutes seraient au moins aussi bénéfiques que celles des médecins en termes d'évaluation diagnostique, d'efficacité d'interventions, d'utilisation de ressources, de coûts et de satisfaction des personnes [168]. Ainsi, l'attribution de nouveaux rôles aux professionnels de la physiothérapie, notamment en première ligne, dans les GMF, dans les départements d'orthopédie, de rhumatologie et à l'urgence pourrait permettre d'améliorer l'accès aux services tout en diminuant les temps d'attente et les coûts directs de santé [166, 173].

4.4. Développer un plan d'action visant à améliorer l'accès aux services de physiothérapie assurés au Québec

Cette autre cible concerne la mise en commun de différents acteurs touchés de près ou de loin par les problèmes d'accès aux services de physiothérapie assurés par l'État au Québec en vue d'améliorer cet accès. Le leadership de représentants de la recherche, des milieux cliniques, des instances décisionnelles, des ordres et associations professionnelles, de groupes de patients, entre autres, serait mis à profit pour bonifier l'offre de services assurés à la population et ainsi mieux répondre à leurs besoins. L'exemple des démarches entreprises par différents acteurs pour améliorer les services de psychothérapie a mené en 2017 à l'annonce d'un programme public de psychothérapie [174].

4.5. Poursuivre des travaux d'évaluation et de recherche portant sur l'accès aux services de physiothérapie au Québec

Enfin, la littérature scientifique fournit de nombreuses évidences soutenant la pertinence et la nécessité d'améliorer l'accès aux services de physiothérapie assurés au Québec pour mieux répondre aux besoins de la population. Bonifier cette offre de services permettrait aussi vraisemblablement de réduire des interventions et des coûts inutiles par une meilleure prise en charge de plusieurs sous-groupes de la population. Un certain nombre de travaux réalisés au Québec dans les dernières années ont permis de documenter les problèmes d'accès aux services et de confirmer certains bénéfices attendus associés à l'offre de services de physiothérapie dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il apparaît néanmoins essentiel de poursuivre les efforts de recherche et d'évaluation sur l'accès aux services de physiothérapie au Québec, afin de mettre en évidence les stratégies qui s'avèrent efficaces et efficientes et qui pourraient être étendues dans le contexte québécois. L'exemple des travaux effectués par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux sur l'accès équitable aux services de psychothérapie [175] constitue un exemple de travaux mandatés par le Gouvernement du Québec qui pourraient être mis de l'avant concernant l'accès aux services de physiothérapie assurés.



5. Forces et limites

Le présent document a été mené par une équipe de recherche et de cliniciens dont l'expertise touche directement les services de santé offerts aux personnes ayant une déficience physique, incluant plusieurs membres qui œuvrent directement sur des projets d'accès aux services à la population. Le contenu de ce document repose sur des écrits et des projets scientifiques. Toutefois, il comporte certaines limites. D'abord, il ne découle pas d'une revue systématique des écrits scientifiques ni de la réalisation d'une étude rigoureuse spécifique, bien que des références à plusieurs d'entre elles ponctuent le document. De même, il ne peut prétendre être exhaustif ; certaines réalités au regard de clientèles, catégories d'établissements, particularités régionales ou autres ont pu être écartées ou omises. D'autres travaux impliquant une multitude d'acteurs (p.ex. patients, gestionnaires) sont évidemment nécessaires en contexte québécois. Ce document présente toutefois un premier portrait de la situation actuelle, et constitue un point de départ pour amorcer la discussion sur l'accès aux services en physiothérapie assurés par l'État au Québec et poursuivre des travaux à ce sujet.



6. Conclusion

Près de 20 000 Québécois seraient en attente de services de physiothérapie dans les centres hospitaliers, selon des chiffres publiés en 2017. Cette situation est inquiétante, notamment dans le contexte de la crise des opioïdes qui n'épargne pas le Québec. Ce n'est qu'un exemple de l'ampleur de la problématique d'accès aux services de physiothérapie au Québec et des besoins de santé non comblés au sein de la population québécoise.

Ce Livre blanc dresse un portrait très préoccupant de l'accès aux services de physiothérapie assurés par l'État. Les principaux problèmes d'accès relevés incluent l'absence ou l'insuffisance des services, des délais d'attente importants et des iniquités d'accès entre différents sous-groupes de la population.

Malheureusement, faute d'une offre suffisante de services assurés par l'État, plusieurs Québécois risquent de voir leurs problèmes de santé s'accroître et se chroniciser, une situation qui touche particulièrement certains sous-groupes de la population, tels que les enfants et les aînés.

Accroître l'accès aux services de physiothérapie est donc un élément crucial sur lequel de nombreux acteurs doivent se pencher, notamment les décideurs, les organismes professionnels, les cliniciens, les chercheurs et la population. Des actions concrètes doivent être mises en place pour mieux répondre aux besoins de santé de la population québécoise, ceux-ci étant importants et en pleine croissance. Ces actions doivent reposer sur une reconnaissance de l'apport de la physiothérapie et de la responsabilité de l'État à offrir un accès équitable et en temps opportun à de tels services, afin d'améliorer et maintenir la santé, la qualité de vie et la participation sociale de la population québécoise.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 avril 1948*, [Consultée 5 sept 2018]; <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>.
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020: Mise à jour 2017*. 2017: Québec. p. 1-33.
3. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. 2019 [Consultée 2019 5 juillet]; <https://oppq.qc.ca/la-physiotherapie/>.
4. Dean, E. *Physical therapy in the 21st century (Part I): toward practice informed by epidemiology and the crisis of lifestyle conditions*. *Physiother Theory Pract*, 2009. **25**(5-6): p. 330-53.
5. Martinello, N., et al. *The Role of Physiotherapy in Canada: Contributing to a Stronger Health Care System*. 2017, Conference Board du Canada.
6. Black, B., M. Ingman, and J. Janes. *Physical Therapists' Role in Health Promotion as Perceived by the Patient: Descriptive Survey*. *Phys Ther*, 2016. **96**(10): p. 1588-1596.
7. Siengsukon, C.F., M. Al-Dughmi, and S. Stevens. *Sleep Health Promotion: Practical Information for Physical Therapists*. *Phys Ther*, 2017. **97**(8): p. 826-836.
8. Richardson, J., et al. *Self-management interventions for chronic disease: a systematic scoping review*. *Clinical Rehab*, 2014. **28**(11): p. 1067-1077.
9. Veras, M., D. Kairy, and N. Paquet *What Is Evidence-Based Physiotherapy?* *Physiotherapy Canada*, 2016. **68**(2): p. 95-96.
10. Canadian Physiotherapy Association. *Position Statement: Evidence-Informed Practice in Physiotherapy*. 2012 [Consultée 16 juillet 2018]; <https://physiotherapy.ca/sites/default/files/positionstatements/evidence-informed-practice-position-statement-english.pdf>.
11. Ordre des pharmaciens du Québec and Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. *Cadre de collaboration de première ligne à l'intention des pharmaciens et des physiothérapeutes*. 2015. p. 6.
12. Pelletier, D. and C. Laurent. *La référence du physiothérapeute à un médecin spécialiste*. 2015, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. p. 2.
13. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. *Prescription radiographie*. 2019 [Consultée 20 septembre 2019]; <https://oppq.qc.ca/membres/actualites-et-dossiers/categories/prescription-radiographie/>.
14. Assemblée nationale. *Projet de loi 90: Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. 2002, Québec: Éditeur Officiel du Québec. 21.
15. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. *Rapport annuel 2017-2018*. 2018, OPPQ. p. 76.
16. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Portrait de main-d'œuvre : Réadaptation, M. Direction générale du personnel réseau et ministériel*. 2016, Gouvernement du Québec: Québec. p. 1-95.
17. Canadian Institute for Health Information. *Les physiothérapeutes 2016 : tableaux de données*, in *Les physiothérapeutes au Canada*. 2017, CIHI.
18. Code des professions. *Règlement sur les catégories de permis délivrés par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (chapitre C-26, a. 94, par. m)*. 2018 [Consultée 6 juin 2018]; <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cr/C-26,%20R.%20196.1.pdf>.
19. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. *Article 4 du Règlement sur les catégories de permis délivrés par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec: Cahier explicatif*. 2011, OPPQ: Anjou (Québec). p. 20.
20. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Portrait organisationnel du réseau*. 2019 [Consultée 26 septembre 2019]; <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/portrait-organisationnel/>.
21. Smits-Engelsman, B.C., et al.. *Efficacy of interventions to improve motor performance in children with developmental coordination disorder: a combined systematic review and meta-analysis*. *Dev Med Child Neurol*, 2013. **55**(3): p. 229-37.

22. Martin, L., R. Baker, and A. Harvey. *A systematic review of common physiotherapy interventions in school-aged children with cerebral palsy*. *Phys Occup Ther Pediatr*, 2010. **30**(4): p. 294-312.
23. Ginnerup-Nielsen, E., et al. *Physiotherapy for pain: a meta-epidemiological study of randomised trials*. *Br J Sports Med*, 2016. **50**(16): p. 965-71.
24. Eleswarapu, A.S., et al.. *How Effective is Physical Therapy for Common Low Back Pain Diagnoses?: A Multivariate Analysis of 4597 Patients*. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2016. **41**(16): p. 1325-9.
25. Horn, M.E., et al. *A value proposition for early physical therapist management of neck pain: a retrospective cohort analysis*. *BMC Health Serv Res*, 2016. **16**: p. 253.
26. Nordeman, L., et al. *Early access to physical therapy treatment for subacute low back pain in primary health care: a prospective randomized clinical trial*. *Clin J Pain*, 2006. **22**(6): p. 505-11.
27. Albaladejo, C., et al. *The efficacy of a short education program and a short physiotherapy program for treating low back pain in primary care: a cluster randomized trial*. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2010. **35**(5): p. 483-96.
28. Uthaihpup, S., et al. *Effectiveness of physiotherapy for seniors with recurrent headaches associated with neck pain and dysfunction: a randomized controlled trial*. *Spine J*, 2017. **17**(1): p. 46-55.
29. Critchley, D.J., et al. *Effectiveness and cost-effectiveness of three types of physiotherapy used to reduce chronic low back pain disability: a pragmatic randomized trial with economic evaluation*. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2007. **32**(14): p. 1474-81.
30. Loras, H., et al. *Medical Exercise Therapy for Treating Musculoskeletal Pain: A Narrative Review of Results from Randomized Controlled Trials with a Theoretical Perspective*. *Physiother Res Int*, 2015. **20**(3): p. 182-90.
31. Fritz, J.M., et al. *Primary care referral of patients with low back pain to physical therapy: impact on future health care utilization and costs*. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2012. **37**(25): p. 2114-21.
32. Childs, J.D., et al. *Implications of early and guideline adherent physical therapy for low back pain on utilization and costs*. *BMC Health Serv Res*, 2015. **15**(1): p. 150.
33. Frogner, B.K., et al. *Physical Therapy as the First Point of Care to Treat Low Back Pain: An Instrumental Variables Approach to Estimate Impact on Opioid Prescription, Health Care Utilization, and Costs*. *Health Serv Res*, 2018. **53**(6): p. 4629-4646.
34. Thackeray, A., et al. *Relationship of Opioid Prescriptions to Physical Therapy Referral and Participation for Medicaid Patients with New-Onset Low Back Pain*. *J Am Board Fam Med*, 2017. **30**(6): p. 784-794.
35. Fritz, J.M., J.B. King, and C. McAdams-Marx. *Associations Between Early Care Decisions and the Risk for Long-term Opioid Use for Patients With Low Back Pain With a New Physician Consultation and Initiation of Opioid Therapy*. *Clin J Pain*, 2018. **34**(6): p. 552-558.
36. Frogner, B.K., et al. *Does unrestricted direct access to Physical Therapy Reduce Utilization and Health Spending*. 2017, Health Care Cost Institute, p. 9.
37. Ryburn, B., Y. Wells, and P. Foreman. *Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults*. *Health Soc Care Community*, 2009. **17**(3): p. 225-34.
38. Dionne, F., et al. *The challenge of obtaining information necessary for multi-criteria decision analysis implementation: the case of physiotherapy services in Canada*. *Cost Eff Resour Alloc*, 2013. **11**(1): p. 11.
39. Gillespie, L.D., et al. *Interventions for preventing falls in older people living in the community*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012(9): p. Cd007146.
40. Sherrington, C., et al. *Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis*. *J Am Geriatr Soc*, 2008. **56**(12): p. 2234-43.
41. Pollock, A., et al. *Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(4): p. Cd001920.
42. Veerbeek, J.M., et al. *What Is the Evidence for Physical Therapy Poststroke? A Systematic Review and Meta-Analysis*. *PLoS ONE*, 2014. **9**(2): p. e87987.
43. Richardson, J., et al. *Self-management of Function in Older Adults: The Contribution of Physical Therapy*. *Current Translational Geriatrics and Gerontology Reports*, 2013. **2**(4): p. 215-229.
44. Anderson, L. and R.S. Taylor. *Cardiac rehabilitation for people with heart disease: an overview of Cochrane systematic reviews*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(12): p. Cd011273.
45. Anderson, L., et al. *Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016(1): p. Cd001800.

46. Sommers, J., et al. *Physiotherapy in the intensive care unit: an evidence-based, expert driven, practical statement and rehabilitation recommendations*. Clin Rehabil, 2015. **29**(11): p. 1051-63.
47. Ghaderi, F. and A.E. Oskouei. *Physiotherapy for Women with Stress Urinary Incontinence: A Review Article*. Journal of Physical Therapy Science, 2014. **26**(9): p. 1493-1499.
48. Bressi, F., et al. *Vestibular rehabilitation in benign paroxysmal positional vertigo: Reality or fiction?* Int J Immunopathol Pharmacol, 2017. **30**(2): p. 113-122.
49. Ulger, O., T. Yildirim Sahan, and S.E. Celik. *A systematic literature review of physiotherapy and rehabilitation approaches to lower-limb amputation*. Physiother Theory Pract, 2018: p. 1-14.
50. Sun, E., et al. *Association of Early Physical Therapy With Long-term Opioid Use Among Opioid-Naive Patients With Musculoskeletal Pain*. JAMA network open, 2018. **1**(8): p. e185909.
51. Canadian Institute for Health Information. *Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes, de 2012 à 2016 – tableaux de données*. 2017: Ottawa, ON.
52. Gomes T, et al. *Behind the Prescriptions: A snapshot of opioid use across all Ontarians*. 2017, Ontario Drug Policy Research Network,: Toronto, ON. p. 1-22.
53. Gomes, T., et al. *Opioid dose and drug-related mortality in patients with nonmalignant pain*. Arch Intern Med, 2011. **171**(7): p. 686-91.
54. Dunn, K.M., et al. *Opioid prescriptions for chronic pain and overdose: a cohort study*. Ann Intern Med, 2010. **152**(2): p. 85-92.
55. Martell, B.A., et al. *Systematic review: opioid treatment for chronic back pain: prevalence, efficacy, and association with addiction*. Ann Intern Med, 2007. **146**(2): p. 116-27.
56. Gouvernement du Canada. *Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada*. 2019 [Consultée 26 septembre 2019]; <https://sante-infobase.canada.ca/labo-de-donnees/surveillance-nationale-opioides-mortalite.html>.
57. Finestone, H.M., et al. *Opioid prescribing is a surrogate for inadequate pain management resources*. Canadian Family Physician, 2016. **62**(6): p. 465-468.
58. Hall, A.M., et al. *Physician-reported barriers to using evidence-based recommendations for low back pain in clinical practice: a systematic review and synthesis of qualitative studies using the Theoretical Domains Framework*. Implement Sci, 2019. **14**(1): p. 49.
59. Sutherland, G. *The Market Profile of Physiotherapists in Canada*. 2017, The Conference Board of Canada: Ottawa. p. 1-40.
60. Landry, M.D., et al. *Analysis of factors affecting demand for rehabilitation services in Ontario, Canada: a health-policy perspective*. Disabil Rehabil, 2008. **30**(24): p. 1837-47.
61. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2019-2023*. 2019: Québec. p. 1-24.
62. National Physician Survey. *2013 National Physician Survey (NPS): National Demographics*. 2013, NPS. p. 1-72.
63. Protecteur du citoyen. *Compassion, équité, impartialité, respect: rapport annuel 2006-2007*. 2007, Protecteur du citoyen: Québec. p. 309.
64. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme national de santé publique 2015-2025*. 2015, Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. p. 85.
65. G.B.D. Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015*. Lancet, 2016. **388**(10053): p. 1545-1602.
66. Gore, M., et al. *The burden of chronic low back pain: clinical comorbidities, treatment patterns, and health care costs in usual care settings*. Spine (Phila Pa 1976), 2012. **37**(11): p. E668-77.
67. Balague, F., et al. *Non-specific low back pain*. Lancet, 2012. **379**(9814): p. 482-91.
68. Dagenais, S., J. Caro, and S. Haldeman. *A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally*. Spine J, 2008. **8**(1): p. 8-20.
69. Deslauriers, S., et al. *Variations in demand and provision for publicly funded outpatient musculoskeletal physiotherapy services across Quebec, Canada*. J Eval Clin Pract, 2017. **23**(6): p. 1489-1497.
70. Deslauriers, S., et al. *Access to publicly funded outpatient physiotherapy services in Quebec: waiting lists and management strategies*. Disabil Rehabil, 2017. **39**(26): p. 2648-2656.

71. Camp, P.G., et al. *Pulmonary rehabilitation in Canada: A report from the Canadian Thoracic Society COPD Clinical Assembly*. Can Respir J, 2015. **22**(3): p. 147-52.
72. Swanson, J.G., et al. *Urinary incontinence: common problem among women over 45*. Can Fam Physician, 2005. **51**: p. 84-5.
73. Richards, C.L. et collaborateurs. *Trajectoires de services de réadaptation post-AVC: Un continuum centré sur la personne*. 2013, Comité d'experts sur l'offre de services de réadaptation post-AVC. p. 285.
74. Lamontagne, M.E., et al. *Perspective of patients and caregivers about stroke rehabilitation: the Quebec experience*. Top Stroke Rehabil, 2019. **26**(1): p. 39-48.
75. Canadian Institute for Health Information. *Wait Times for Priority Procedures in Canada, 2013*. 2013, Canadian Institute for Health Information: Ottawa. p. 9.
76. Cott, C.A., S. Mandoda, and M.D. Landry. *Models of integrating physical therapists into family health teams in Ontario, Canada: challenges and opportunities*. Physiother Can, 2011. **63**(3): p. 265-75.
77. Deslauriers, S., et al. *Integrating Physiotherapists into Publicly Funded Primary Care: A Call to Action*. Physiother Can, 2017. **69**(4): p. 275-279.
78. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Guide d'intégration des professionnels en GMF : Physiothérapeute*. 2016 [Consultée 8 janvier 2017]; http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-920-20W_physiotherapeute.pdf.
79. Deslauriers, S., et al. *A physician-physiotherapist collaborative model in a family medicine teaching clinic*. Canadian Medical Education Journal, 2018. **9**(4): p. e120-e122.
80. Ontario Physiotherapy Association. *Physiotherapists in primary health care*. 2015 [Consultée 23 novembre 2016]; <https://opa.on.ca/wp-content/uploads/2015/12/Physiotherapists-Primary-Health-Care.pdf>.
81. McColl, M.A., et al. *Models for integrating rehabilitation and primary care: a scoping study*. Arch Phys Med Rehabil, 2009. **90**(9): p. 1523-31.
82. Dufour, S.P., S.D. Lucy, and J.B. Brown. *Understanding physiotherapists' roles in Ontario primary health care teams*. Physiother Can, 2014. **66**(3): p. 234-42.
83. Dufour, S.P., J. Brown, and S. Deborah Lucy. *Integrating physiotherapists within primary health care teams: perspectives of family physicians and nurse practitioners*. J Interprof Care, 2014. **28**(5): p. 460-5.
84. Gocan, S., Mary Ann Laplante, and K. Woodend. *Interprofessional Collaboration in Ontario's Family Health Teams: A Review of the Literature*. Journal of Research in Interprofessional Practice and Education, 2014. **3.3**.
85. Perreault, K., et al. *Working towards improved access to physiotherapy services for musculoskeletal pain: results of a qualitative study*. International Forum for Back and Neck Pain Research in Primary Care. 2019. Québec.
86. Protégez-vous. *Première victoire contre la maltraitance en CHSLD*. 2019 [Consultée [2019 30 septembre]; <https://www.protegez-vous.ca/nouvelles/sante-et-alimentation/recours-collectif-chsld>.
87. Landry, M.D., et al. *Assessing the consequences of delisting publicly funded community-based physical therapy on self-reported health in Ontario, Canada: a prospective cohort study*. Int J Rehabil Res, 2006. **29**(4): p. 303-7.
88. Protecteur du citoyen. *Rapport annuel d'activités 2010-2011*. 2011, Protecteur du citoyen: Québec. p. 164.
89. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*. 2008, Gouvernement du Québec: Québec. p. 44.
90. Gagnon, R., et al. *Accessibilité aux services de réadaptation pédiatrique au Canada: résultats d'une enquête organisationnelle*. Congrès 2019 de l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé. 2019. Halifax.
91. Camirand, H., et al. *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. 2010, Institut de la statistique du Québec, © Gouvernement du Québec: Montréal, Québec (Canada). p. 205.
92. Wand, B.M., et al. *Early intervention for the management of acute low back pain: a single-blind randomized controlled trial of biopsychosocial education, manual therapy, and exercise*. Spine (Phila Pa 1976), 2004. **29**(21): p. 2350-6.
93. Foster, N.E., J. Hartvigsen, and P.R. Croft. *Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis*. Arthritis Res Ther, 2012. **14**(1): p. 205.

94. Ojha, H.A., et al. *Timing of Physical Therapy Initiation for Nonsurgical Management of Musculoskeletal Disorders and Effects on Patient Outcomes: A Systematic Review*. J Orthop Sports Phys Ther, 2016. **46**(2): p. 56-70.
95. Rosenfeld, M., R. Gunnarsson, and P. Borenstein. *Early intervention in whiplash-associated disorders: a comparison of two treatment protocols*. Spine (Phila Pa 1976), 2000. **25**(14): p. 1782-7.
96. Sohil, P., P.Y. Hao, and L. Mark. *Potential impact of early physiotherapy in the emergency department for non-Traumatic neck and back pain*. World Journal of Emergency Medicine, 2017. **8**(2): p. 110-115.
97. Rundell, S.D., et al. *Clinical outcomes of early and later physical therapist services for older adults with back pain*. Spine J, 2015. **15**(8): p. 1744-55.
98. Deslauriers, S., et al. *Effects of waiting for outpatient physiotherapy services in persons with musculoskeletal disorders: a systematic review*. Disability and Rehabilitation, 2019: p. 1-10.
99. Bradbury, K.J., et al. *Patients' appraisals of public and private healthcare: a qualitative study of physiotherapy and osteopathy*. J Health Psychol, 2013. **18**(10): p. 1307-18.
100. Feldman, D.E., et al. *Is waiting for rehabilitation services associated with changes in function and quality of life in children with physical disabilities?* Phys Occup Ther Pediatr, 2008. **28**(4): p. 291-304; discussion 305-7.
101. Canadian Institute for Child Health. *Section 3- Health Outcomes. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile*. 2012, Canadian Institute for Child Health Ottawa. p. 22.
102. Johnston, M.V. *Plasticity in the developing brain: implications for rehabilitation*. Dev Disabil Res Rev, 2009. **15**(2): p. 94-101.
103. Miller, A.R., et al. *Waiting for child developmental and rehabilitation services: an overview of issues and needs*. Dev Med Child Neurol, 2008. **50**(11): p. 815-21.
104. Majnemer, A., et al. *Early rehabilitation service utilization patterns in young children with developmental delays*. Child Care Health Dev, 2002. **28**(1): p. 29-37.
105. Halfon, N., et al. *Assessing development in the pediatric office*. Pediatrics, 2004. **113**(6 Suppl): p. 1926-33.
106. April, K.T., et al. *Complementary and alternative health care use in young children with physical disabilities waiting for rehabilitation services in Canada*. Disabil Rehabil, 2009. **31**(25): p. 2111-7.
107. Freburger, J.K., G.M. Holmes, and T.S. Carey. *Physician referrals to physical therapy for the treatment of musculoskeletal conditions*. Arch Phys Med Rehabil, 2003. **84**(12): p. 1839-49.
108. Dawes, J., S. Deaton, and N. Greenwood. *Homeless people's access to primary care physiotherapy services: an exploratory, mixed-method investigation using a follow-up qualitative extension to core quantitative research*. BMJ Open, 2017. **7**(6): p. e012957.
109. Li, L. and C. Bombardier. *Utilization of physiotherapy and occupational therapy by Ontario rheumatologists in managing rheumatoid arthritis: a survey*. Physiotherapy Canada, 2003. **55**(1): p. 23-30.
110. Rettino-Parazelli, K. and H. Buzzetti. *La ministre Philpott veut encadrer l'usage des opioïdes, sans les bannir, Le Devoir*. 2016.
111. Omand, G. *Experts say support for non-opioid pain management options is crucial, The Globe and Mail*. 2017, The Canadian Press: Vancouver, B-C.
112. Smolina, K. and K. Rutherford. *Opinion: We can't afford to wait: We need opioid alternatives for pain, The Globe and Mail*. 2017.
113. Winter Di Cola, J., et al. *Patients' perceptions of navigating "the system" for arthritis management: are they able to follow our recommendations?* Physiother Can, 2014. **66**(3): p. 264-71.
114. Gellhorn, A.C., et al. *Management patterns in acute low back pain: the role of physical therapy*. Spine (Phila Pa 1976), 2012. **37**(9): p. 775-82.
115. Zigenfus, G.C., et al. *Effectiveness of early physical therapy in the treatment of acute low back musculoskeletal disorders*. J Occup Environ Med, 2000. **42**(1): p. 35-9.
116. Cameron, B.H., J.C. Langer, and G.S. Cameron. *Success of nonoperative treatment for congenital muscular torticollis is dependent on early therapy*. Pediatric Surgery International, 1994. **9**(5-6): p. 391-393.
117. Liu, X., et al. *Immediate Physical Therapy Initiation in Patients With Acute Low Back Pain Is Associated With a Reduction in Downstream Health Care Utilization and Costs*. Phys Ther, 2018. **98**(5): p. 336-347.

118. Public Health Agency of Canada. *Economic Burden of Illness in Canada, 2005-2008*. 2014, Public Health Agency of Canada: Ottawa (Canada). p. 1-111.
119. Sessle, B. *Unrelieved pain: a crisis*. Pain Res Manag, 2011. **16**(6): p. 416-20.
120. Bombardier, C., G. Hawker, and D. Mosher. *The impact of arthritis in Canada: Today and over the next 30 years*. 2011, Arthritis Alliance of Canada, p. 1-52.
121. Ehrmann-Feldman, D., et al. *Physician referral to physical therapy in a cohort of workers compensated for low back pain*. Phys Ther, 1996. **76**(2): p. 150-6; discussion 156-7.
122. Kucera, K.L., H.J. Lipscomb, and B. Silverstein. *Medical care surrounding work-related back injury claims among Washington State Union Carpenters, 1989-2003*. Work, 2011. **39**(3): p. 321-30.
123. Laliberte, M., et al. *Low Back Pain: Investigation of Biases in Outpatient Canadian Physical Therapy*. Phys Ther, 2017. **97**(10): p. 985-997.
124. Canadian Physiotherapy Association. *Access to Physiotherapy for Aboriginal Peoples in Canada*. 2014.
125. Fournier, C., et al. Chapitre 1 - Prévalence de l'incapacité dans la population québécoise de 15 ans et plus, in Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011: Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité. 2013, Institut de la statistique du Québec: Québec. p. 39-50.
126. Passalent, L.A., M.D. Landry, and C.A. Cott. *Exploring wait list prioritization and management strategies for publicly funded ambulatory rehabilitation services in Ontario, Canada: further evidence of barriers to access for people with chronic disease*. Health Policy, 2010. **5**(4): p. e139-56.
127. Laliberte, M. and D. Ehrmann Feldman. *Patient Prioritization Preferences among Physiotherapy Entry-Level Students: The Importance of Chronic Pain*. Physiother Can, 2013. **65**(4): p. 353-7.
128. Meghani, S.H., et al. *Advancing a National Agenda to Eliminate Disparities in Pain Care: Directions for Health Policy, Education, Practice, and Research*. Pain Med, 2011. **13**(1): p. 5-28.
129. Delaurier, A., et al. *Wait times for physical and occupational therapy in the public system for people with arthritis in Quebec*. Physiother Can, 2013. **65**(3): p. 238-43.
130. Feldman, D.E., et al. *Access and perceived need for physical and occupational therapy in chronic arthritis*. Disabil Rehabil, 2010. **32**(22): p. 1827-32.
131. Shrier, I., et al. *Conservative non-pharmacological treatment options are not frequently used in the management of hip osteoarthritis*. J Sci Med Sport, 2006. **9**(1-2): p. 81-6.
132. Sutherland, G. *Aging Well: Implications of an Aging Population for Canada's Physiotherapists*. 2018, The Conference Board of Canada: Ottawa. p. 1-46.
133. Daoust-Boisvert, A. *Le soutien à domicile diminue au Québec*, Le Devoir. 2017.
134. Hudon, A., et al. *Quality of physiotherapy services for injured workers compensated by workers' compensation in Quebec: a focus group study of physiotherapy professionals*. Health Policy, 2015. **10**(3): p. 32-47.
135. Réseau sur l'éthique professionnelle en réadaptation. *Boîte à outils de gestion des listes d'attente en réadaptation*. 2017 [Consultée Jan 17 2018]; <https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/Boite-outils-strategie-gestion-attente-fr.pdf>.
136. Dubois, M.-E. *Expérience de gestion de la liste d'attente en physiothérapie externe*, in Congrès canadien de physiothérapie Montréal18. 2018: Montréal, Qc.
137. Toutant, M.E. *L'enseignement des troubles musculosquelettiques: La contribution du physiothérapeute lors de la résidence en médecine familiale (Essai synthèse de maîtrise non publié)*. 2019, Université de Sherbrooke: Sherbrooke. p. 143.
138. Taylor, N.F., et al. *Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial*. Physiotherapy, 2011. **97**(2): p. 107-14.
139. Mo-Yee Lau, P., D. Hung-Kay Chow, and M. Henry Pope. *Early physiotherapy intervention in an Accident and Emergency Department reduces pain and improves satisfaction for patients with acute low back pain: a randomised trial*. Australian Journal of Physiotherapy, 2008. **54**(4): p. 243-249.
140. Anaf, S. and L.A. Sheppard. *Describing physiotherapy interventions in an emergency department setting: an observational pilot study*. Accid Emerg Nurs, 2007. **15**(1): p. 34-9.

141. Matifat, E., et al. *Preliminary Evaluation of an Advanced Practice Physiotherapy Model of care for Patients with Musculoskeletal Disorders Presenting to an Emergency Department.* . in *Canadian Physical Therapy Association Congress*. 2018. Montreal: Physiotherapy Canada.
142. Gagnon, R., et al. *Direct access to a physiotherapist in an emergency department as an effective solution to manage MSK disorders : results from a randomized controlled trial.* in *Annual Meeting - North American Primary Care Research Group*. 2019. Toronto.
143. Matifat, E., et al. *Benefits of Musculoskeletal Physical Therapy in Emergency Departments: A Systematic Review.* *Phys Ther*, 2019. **99**(9): p. 1150-1166.
144. Richmond, T., et al. *American Telemedicine Association's Principles for Delivering Telerehabilitation Services.* *Int J Telerehabil*, 2017. **9**(2): p. 63-68.
145. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. *Téléreadaptation: Principes directeurs en physiothérapie*. 2018 [Consultée [2019 12 juillet]; <https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/Telereadaptation-principes-directeurs-2018.pdf>].
146. Cary, M.P., Jr., et al. *Benefits and Challenges of Delivering Tele-rehabilitation Services to Rural Veterans.* *Home Healthc Now*, 2016. **34**(8): p. 440-6.
147. Dicianno, B.E., et al. *Perspectives on the evolution of mobile (mHealth) technologies and application to rehabilitation.* *Phys Ther*, 2015. **95**(3): p. 397-405.
148. dos Santos, M.T., et al. *Telehealth application on the rehabilitation of children and adolescents.* *Rev Paul Pediatr*, 2014. **32**(1): p. 136-43.
149. Frederix, I., et al. *A review of telerehabilitation for cardiac patients.* *J Telemed Telecare*, 2015. **21**(1): p. 45-53.
150. Putrino, D. *Telerehabilitation and emerging virtual reality approaches to stroke rehabilitation.* *Curr Opin Neurol*, 2014. **27**(6): p. 631-6.
151. Cottrell, M.A., et al. *Real-time telerehabilitation for the treatment of musculoskeletal conditions is effective and comparable to standard practice: a systematic review and meta-analysis.* *Clin Rehabil*, 2017. **31**(5): p. 625-638.
152. Shukla, H., S.R. Nair, and D. Thakker. *Role of telerehabilitation in patients following total knee arthroplasty: Evidence from a systematic literature review and meta-analysis.* *J Telemed Telecare*, 2017. **23**(2): p. 339-346.
153. Tousignant, M., et al. *A randomized controlled trial of home telerehabilitation for post-knee arthroplasty.* *J Telemed Telecare*, 2011. **17**(4): p. 195-8.
154. Moffet, H., et al. *In-Home Telerehabilitation Compared with Face-to-Face Rehabilitation After Total Knee Arthroplasty: A Noninferiority Randomized Controlled Trial.* *J Bone Joint Surg Am*, 2015. **97**(14): p. 1129-41.
155. Tousignant, M., et al. *Cost analysis of in-home telerehabilitation for post-knee arthroplasty.* *J Med Internet Res*, 2015. **17**(3): p. e83.
156. Moffet, H., et al. *Patient Satisfaction with In-Home Telerehabilitation After Total Knee Arthroplasty: Results from a Randomized Controlled Trial.* *Telemed J E Health*, 2017. **23**(2): p. 80-87.
157. Salisbury, C., et al. *Effectiveness of PhysioDirect telephone assessment and advice services for patients with musculoskeletal problems: pragmatic randomised controlled trial.* *BMJ*, 2013. **346**: p. f43.
158. Hollinghurst, S., et al. *A pragmatic randomised controlled trial of 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services for patients with musculoskeletal problems: economic evaluation.* *BMJ Open*, 2013. **3**(10): p. e003406.
159. Manuel, D.G., et al. *Measuring Burden of Unhealthy Behaviours Using a Multivariable Predictive Approach: Life Expectancy Lost in Canada Attributable to Smoking, Alcohol, Physical Inactivity, and Diet.* *PLoS Med*, 2016. **13**(8): p. e1002082.
160. Frerichs, W., et al. *Can physical therapists counsel patients with lifestyle-related health conditions effectively? A systematic review and implications.* *Physiother Theory Pract*, 2012. **28**(8): p. 571-87.
161. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. *Activités d'information, de promotion de la santé et de prévention de la maladie et des accidents dans le contexte de la physiothérapie*. 2013 [Consultée 6 août 2019]; https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/Article_39-4_Code_des_professions.pdf.

162. Institut national de santé publique du Québec. *Prévenir les chutes chez les aînés vivant à domicile: Volet communautaire Programme intégré d'équilibre dynamique [PIED]*. 2019 [Consultée 18 juillet 2019]; <https://www.inspq.qc.ca/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/prevention-des-traumatismes-non-intentionnels/dossiers/chutes-chez-les-aines/prevenir-les-chutes-chez-les-aines-vivant-domicile/volet-communautaire>.
163. Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie. *Énoncé des valeurs de l'ACORP concernant le rôle des assistants-physiothérapeutes / thérapeutes en réadaptation physique dans la prestation des soins de physiothérapie*. 2017, ACORP. p. 2.
164. Perreault, K., et al. *Évaluation de l'article 4 du Règlement sur les catégories de permis délivrés par l'OPPQ : Acceptabilité d'une version révisée*. 2018, Rapport présenté à l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. p. 81.
165. Childs, J.D., et al. *A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions*. BMC Musculoskelet Disord, 2005. **6**: p. 32.
166. Décary, S., et al. *Diagnostic validity and triage concordance of a physiotherapist compared to physicians' diagnoses for common knee disorders*. BMC Musculoskeletal Disorders, 2017. **18**(1): p. 445.
167. Desmeules, F., et al. *Validation of an advanced practice physiotherapy model of care in an orthopaedic outpatient clinic*. BMC Musculoskelet Disord, 2013. **14**: p. 162.
168. Desmeules, F., et al. *Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review*. BMC Musculoskelet Disord, 2012. **13**: p. 107.
169. Sheppard, L.A., S. Anaf, and J. Gordon. *Patient satisfaction with physiotherapy in the emergency department*. Int Emerg Nurs, 2010. **18**(4): p. 196-202.
170. Bornhoft, L., M.E. Larsson, and J. Thorn. *Physiotherapy in Primary Care Triage - the effects on utilization of medical services at primary health care clinics by patients and sub-groups of patients with musculoskeletal disorders: a case-control study*. Physiother Theory Pract, 2015. **31**(1): p. 45-52.
171. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. *Évaluation des cliniques interdisciplinaires musculosquelettiques en orthopédie : le modèle du CSSS d'Athabaska-et-de-l'Érable*. 2011, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. p. 119.
172. Hébert, L.J., et al. *Proposition d'une définition conceptuelle du diagnostic émis par le physiothérapeute, rapport du comité d'étude sur le diagnostic en physiothérapie*. 2009, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec: Anjou. p. 151.
173. Desmeules, F. *Les pratiques avancées en physiothérapie: une revue systématique de la littérature*. 2011, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec: Anjou. p. 74.
174. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Santé mentale - Le Gouvernement du Québec annonce la création d'un programme public de psychothérapie*. 2017 [Consultée 2019-09-27]; <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-1448/>.
175. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. *Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie Volet I et II: Fiche synthèse*. 2015, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux: Québec. p. 2.



Association
québécoise de la
physiothérapie

aqp.quebec

info@aqp.quebec

514 318-9579

CP 22131

BP Iberville

Montréal QC H1Y 3K8