

Université de Montréal

**Exploration et analyse éthique des facteurs influençant la
priorisation des patients, ainsi que la fréquence et la durée
des traitements en physiothérapie musculosquelettique**

par

Maude Laliberté

Programme de Sciences biomédicales

Faculté de médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de doctorat (Ph.D.)
en Sciences Biomédicales, option Bioéthique

Mai 2017

© Maude Laliberté, 2017

RÉSUMÉ

Contexte : Dans un contexte de vieillissement de la population où la prévalence de maladies chroniques augmente, les besoins en matière de physiothérapie croissent également. Les professionnels de la physiothérapie sont couramment impliqués dans les décisions concernant l'utilisation des services, car cette demande est couplée à une rareté des ressources. L'allocation des ressources implique les notions de priorisation des patients, ainsi que la fréquence et la durée des traitements. De nombreux facteurs cliniques et non cliniques peuvent influencer les décisions d'allocation des ressources en physiothérapie et ceux-ci ne sont pas tous justifiables. Deux études préliminaires nous aident à mieux appréhender la complexité de la pratique associée aux décisions d'allocation des ressources.

Objectif : Cette thèse propose une exploration et une analyse éthique des facteurs pouvant influencer la priorisation des patients, ainsi que la fréquence et la durée des traitements en physiothérapie musculosquelettique.

Méthode : Ce projet est ancré dans une approche de bioéthique empirique. Le volet empirique de ce projet utilise un devis mixte, soit un sondage pancanadien fait à l'aide de vignettes cliniques et des entrevues semi-structurées. Une analyse conceptuelle permet d'intégrer les résultats quantitatifs et qualitatifs à l'aide de deux cadres d'analyse distincts, soit l'angle de la justice distributive et l'angle de la complexité.

Résultats : Les résultats n'ont pas permis d'identifier de biais en lien avec les caractéristiques personnelles du patient (âge, sexe, statut socioéconomique) lors de l'allocation des ressources pour un patient avec une même affection clinique. Par contre, l'attitude et le comportement des patients ont une influence sur la distribution des services.

Bien que les professionnels de la physiothérapie n'aient pas de biais explicites en lien avec la chronicité de l'affection ou le statut d'assurance de leur patient, ce projet confirme que certaines populations sont défavorisées lors du processus de priorisation en physiothérapie, soit les patients souffrant de douleur chronique et les patients qui ne sont pas couverts par des assurances. De plus, ce projet indique que la distribution des services est étroitement liée à la source de financement associée aux paiements des traitements. En effet, un patient ayant subi

un accident de travail couvert par un agent payeur reçoit une plus grande fréquence de traitements.

Conclusion : Les professionnels de la physiothérapie ne constatent pas les biais qui teintent leurs décisions d'allocation des ressources. Cela conduit à la fois à du surtraitement pour certains groupes et du sous-traitement pour d'autres. Ces iniquités mettent en évidence le besoin de faire des études supplémentaires en vue de l'élaboration de politiques nationales et provinciales permettant d'assurer l'équité dans l'allocation des ressources en physiothérapie. Il est impératif que les facteurs influençant la priorisation des patients, ainsi que la fréquence et la durée des traitements en physiothérapie musculosquelettique, soient minutieusement examinés pour que les modèles décisionnels soient éthiquement justifiés et appliqués de façon transparente, systématique et responsable.

Mots-clés : physiothérapie; bioéthique; principes d'éthique; priorisation; fréquence; durée; allocation des ressources; musculosquelettique

ABSTRACT

Background: In the context of an aging population, physiotherapy needs are growing due to an increased prevalence of chronic disease and disability. Physiotherapy professionals are required to make decisions regarding allocation and use of their services because of this increased need coupled with a scarcity of resources. These decisions involve prioritization of patients, and choices regarding frequency and duration of treatment. Many factors – some justifiable and some not – can influence these decisions, including clinical factors, as well as non-clinical factors. Two preliminary studies help to better comprehend the complexity of decisions associated with resource allocation.

Objective: To explore and ethically analyze factors that can influence the prioritization of patients, as well as the frequency and duration of treatment in musculoskeletal physiotherapy.

Method: This project is anchored in a empirical bioethics approach. The empirical part of the project uses a mixed methods approach: a national survey with clinical vignettes and semi-structured interviews. To integrate the quantitative and qualitative results, a conceptual analysis was conducted using two different analytical frameworks: distributive justice and complexity.

Results: The study did not find bias on the part of physiotherapy professionals in relation to patients' personal characteristics (age, sex, socioeconomic status) when allocating resources for a patient with the same clinical profile, but attitudes and behaviours of patients did have an influence on the distribution of services.

This project confirms that even though physiotherapy professionals do not demonstrate explicit bias regarding patient acuity or insurance status, some populations are still disadvantaged in their access to physiotherapy, notably patients with chronic pain and those who are not covered by insurance. Further, the distribution of services is closely related to the funding source providing payment for treatments. Patients covered by a workers compensation board for a work accident receive a higher frequency of treatment.

Conclusion: Physiotherapy professionals do not acknowledge biases in their resource allocation decisions, although there was bias in the provision of physiotherapy services resulting in overtreatment for some groups and under-treatment for others. These inequalities highlight the need for more research in order to develop national and provincial policies to ensure equity in the allocation of physiotherapy resources. It is imperative that the factors influencing the prioritization of patients, and the frequency and duration of treatment in musculoskeletal physiotherapy, be scrutinized so that the decision models being used are ethically justified and applied in a transparent, systematic and responsible way.

Keywords : physiotherapy; bioethics; ethical principles; prioritization; frequency; duration; resource allocation; musculoskeletal

TABLE DES MATIÈRES

RESUME	I
ABSTRACT.....	III
TABLE DES MATIERES.....	V
LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES FIGURES.....	X
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS	XI
REMERCIEMENTS	XIII
AVANT-PROPOS	XV
INTRODUCTION.....	1
La physiothérapie au Québec	3
Définition et champ de pratique.....	3
Organisation des services.....	5
Encadrement de la pratique.....	6
Des enjeux éthiques dans l'allocation des ressources de physiothérapie.....	8
La structure de la thèse	9
Une thèse par articles	9
Le contenu des chapitres.....	10
CHAPITRE 1. PROBLEMATIQUE : CONSEQUENCES DES DECISIONS D'ALLOCATION DES	
RESSOURCES EN PHYSIOTHERAPIE.....	15
Sous-traitement : Les besoins excèdent les ressources	15
Les besoins s'accroissent sans augmentation des ressources	16
Prioriser pour mieux distribuer les ressources	18
Les listes d'attente	26
Surtraitement : Une allocation de service plus intense pour certains patients	32
Facteurs influençant la multiplication de traitements en physiothérapie : une analyse	
thématique de la jurisprudence québécoise.....	34
Influence des agents payeurs	48
Résumé des conséquences découlant des pratiques actuelles d'allocation des ressources	
en physiothérapie	49
CHAPITRE 2. RECENSION DES ECRITS : LES FACTEURS INFLUENÇANT L'ALLOCATION DES	
RESSOURCES EN PHYSIOTHERAPIE MUSCULOSQUELETTIQUE.....	51
L'allocation des ressources	51
Systèmes de priorisation	52
Décisions cliniques liées au congé.....	54
Facteurs et biais associés à l'allocation des ressources.....	55
Influence des facteurs cliniques (et des biais potentiels).....	57
Influence des facteurs non cliniques (et des biais potentiels).....	59
Synthèse des facteurs influençant les décisions d'allocation des ressources	68

CHAPITRE 3. METHODES.....	70
Objectifs.....	71
La bioéthique empirique	74
Un devis de recherche mixte	79
Méthode quantitative : sondage à l'aide de vignettes cliniques.....	82
Le devis méthodologique	82
L'échantillonnage et le recrutement.....	89
La collecte de données	90
L'analyse des données	91
Les indicateurs de rigueur	92
L'approbation éthique	94
Méthode qualitative : entrevues semi-structurées	95
Le devis méthodologique	95
L'échantillonnage et le recrutement.....	96
La collecte de données	97
L'analyse des données	100
Les indicateurs de rigueur	102
L'approbation éthique	106
Méthodes conceptuelles	107
L'angle de la justice distributive	108
L'angle de la complexité.....	117
Des choix méthodologiques influençant la portée de cette thèse	125
CHAPITRE 4. RESULTATS D'UN SONDRAGE PAR VIGNETTES CLINIQUES.....	127
Low back pain: An investigation of biases in outpatient Canadian physical therapy	128
Abstract	128
Introduction.....	129
Methods.....	131
Results.....	136
Discussion	140
Conclusion	146
CHAPITRE 5. RESULTATS D'ENTREVUES SEMI-STRUCTUREES.....	147
Operationalizing wait lists: strategies and experiences in three hospital outpatient physiotherapy departments in Montreal	148
Abstract	148
Introduction.....	148
Methods.....	150
Results.....	151
Discussion	159
Conclusion	163
Ethical challenges for patient access to physical therapy: Views of staff members from three publicly funded outpatient physical therapy departments	165
Abstract	165

Introduction.....	166
Methods.....	167
Results.....	170
Discussion.....	177
Conclusion.....	182
CHAPITRE 6. ANALYSE.....	184
Un sommaire des résultats.....	184
L'allocation des ressources en physiothérapie sous l'angle de la justice distributive	188
Favoriser l'égalité d'opportunités.....	188
Favoriser le plus atteint.....	192
Maximiser les bénéfices totaux.....	193
Promouvoir et récompenser l'utilité sociale.....	194
Utilité des principes de justice distributive dans l'analyse des décisions d'allocation des ressources.....	195
L'allocation des ressources en physiothérapie sous l'angle de la complexité.....	197
La dialogique.....	198
Le principe de la rétroaction.....	199
Le principe de récursivité.....	200
Le principe d'éco-organisation.....	201
Le principe de l'émergence.....	202
Le principe hologrammatique.....	203
La réintroduction des connaissances dans la connaissance.....	203
Utilité de l'angle de la complexité dans l'analyse des décisions d'allocation des ressources.....	204
Sommaire de l'apport de l'analyse conceptuelle.....	205
DISCUSSION.....	206
Inégalité ou iniquité dans l'allocation des ressources?.....	206
Comment la notion de besoin clinique devrait-elle être définie?.....	206
Les facteurs influençant les décisions d'allocation des ressources sont-ils équitables?.....	207
À qui la responsabilité des décisions d'allocation des ressources?.....	212
Des solutions pour les problèmes d'allocation des ressources en physiothérapie.....	216
Quel serait le système idéal?.....	217
Un consensus est-il possible?.....	225
Des leviers d'action pour l'amélioration des pratiques.....	226
Un contexte social de privatisation des systèmes publics.....	232
Des écueils méthodologiques.....	236
CONCLUSION.....	240
ANNEXES.....	CCLXXXIV
Annexe 1 : Guides d'entrevue.....	cclxxxv
Guide d'entrevue (anglais).....	cclxxxv
Guide d'entrevue (français).....	cclxxxvi

Annexe 2 : Invitation pour le sondage par vignettes cliniques cclxxxvii
Annexe 3 : Sondage par vignettes cliniques et questionnaire cclxxxviii

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Facteurs contribuant à la multiplication de traitements.....	40
Tableau 2. Résumé des objectifs et des méthodes de la thèse	73
Tableau 3. Personnel travaillant dans des cliniques externes de physiothérapie situées dans un centre universitaire de santé.....	96
Table 4. Clinical vignette.....	132
Table 5. Description of the sample (n=846)	136
Table 6. Association of vignette patient characteristics, and service provision variables (wait time, treatment frequency and treatment duration).....	138
Table 7. Association of vignette insurance status, and services provision variables (wait time, treatment frequency and treatment duration) by type of organization (public or private settings)	139
Table 8. Explicit factors influencing service provision variables (wait time, treatment frequency and treatment duration).....	140
Table 9. Association of services provision variables (wait time, treatment frequency and treatment duration) by type of profession (physical therapist vs physical rehabilitation therapists)	145
Table 10. Factors that influence allocation of services	151
Table 11. Wait list management strategies	155
Table 12. Management strategies	158
Table 13. Structure of the interview guide and example questions.....	169
Tableau 14. Ensemble des facteurs influençant les décisions d'allocation des ressources en physiothérapie (basé sur les écrits scientifiques et les données empiriques)	208

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Patient prioritization preferences among entry-level physiotherapy students.	23
Figure 2. Diagramme illustrant les phases de la collecte de données.....	38
Figure 3. Illustration des interrelations entre le délai de prise en charge, la fréquence et la durée des traitements dans l'allocation des ressources basée sur la littérature grise ..	52
Figure 4. Illustration des vignettes cliniques finales.....	83
Figure 5. Illustration des vignettes cliniques, version préliminaire (été 2012).....	86
Figure 6. Étapes du sondage par vignettes cliniques.....	90
Figure 7. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), OMS 2001.....	207
Figure 8. Nombre d'heures dédiées à l'enseignement de l'éthique dans les programmes canadiens de physiothérapie.....	227

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AQP	Association québécoise de physiothérapie
AVC	Accidents vasculaires cérébraux
CIF	Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé
CIHR	Canadian Institutes of Health Research
CLSC	Centre local de services communautaires
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CRIR	Centre de Recherche Interdisciplinaire en Réadaptation de Montréal
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
FPPQ	Fédération des cliniques privées de physiothérapie du Québec
GPS-Health	Guidance on priority setting on health care
IAB	International Association of Bioethics
ICMJE	International Committee of Medical Journal Editors
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
IRSPUM	Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal
IVAC	Indemnisation des victimes d'actes criminels
NHS	National Health Services
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPPQ	Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
PERN	Professional Ethics Research Network
Pht	Physiothérapeute
QALY	Quality Adjusted Life Year
RAMQ	Régie d'assurance maladie du Québec
SAAQ	Société d'assurance automobile du Québec
RI	Ressources intermédiaires
SSE	Statut socioéconomique
SES	Socioeconomic status
TCC	Traumatismes crâniens cérébraux
T.R.P.	Thérapeute en réadaptation physique
Tx	Traitement
WCB	Workers' Compensation Board
WCPT	World Confederation of Physical Therapy

« *Donnez-moi un point d'appui et je soulèverai le monde.* » Archimède de Syracuse

« *Labor omnia vincit improbus* » (*Le travail acharné vient à bout de tout*) Virgile

REMERCIEMENTS

Pour illustrer le phénomène qui permet de soulever un objet lourd avec moins d'effort à l'aide d'un point d'ancrage et d'un levier rigide, Archimède de Syracuse a énoncé la loi du levier : « *Donnez-moi un point d'appui et je soulèverai le monde.* » Pour m'aider à accomplir mon doctorat, j'ai eu comme point d'ancrage mon équipe de recherche. D'abord, Bryn Williams-Jones, mon directeur, a été le chef d'orchestre de ce projet. Bryn qui est toujours enthousiaste, énergique et passionné a su me conseiller judicieusement à maintes reprises. Bryn m'a dit lors d'une de nos premières rencontres : « *Le doctorat, ce n'est pas un sprint, c'est un marathon.* » Cette réflexion m'a aidée à trouver mon équilibre personnel pendant ce parcours. Debbie E. Feldman, ma codirectrice, mais également une merveilleuse collègue, a été une alliée tout au long du parcours. Debbie a été ma « maman » de doctorat, ma mentore, en prenant soin de me guider pour optimiser toutes mes opportunités, en encourageant mes progrès et en guidant ma progression. Matthew Hunt, un précieux collaborateur, m'a dit un jour « *It's good to aim for the stars.* » Cette phrase m'a donné la confiance nécessaire pour faire d'un questionnement clinique une programmation de recherche qui va bien au-delà de cette thèse! Barbara Mazer a également été une merveilleuse collaboratrice. Barbara est calme, posée, pragmatique. Elle m'a aidée à dénouer sereinement certaines impasses méthodologiques. Merci à vous quatre pour ces dernières années. Merci d'avoir été présents, à l'écoute, impliqués et enthousiastes face à cette nouvelle collaboration et à ce nouveau champ de recherche. Votre expertise individuelle a été essentielle pour créer et mener à bien cette recherche! L'esprit d'équipe a favorisé les interactions, une saine communication et une foule de projets innovateurs. Vous avez été d'une disponibilité et d'une diligence plus qu'exemplaires.

En plus de ce point d'ancrage essentiel, j'ai eu plusieurs leviers qui ont marqué mon parcours à un moment ou à un autre dans les dernières années. À vous qui m'avez aidée à garder l'équilibre ou qui m'avez fait profiter du chemin :

- À mes collègues de BioéthiqueOnline, du GHER Lab, de l'École de réadaptation, de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, du Centre universitaire de santé

McGill, du LABioéthique, du PERN et des Programmes de bioéthique de l'Université de Montréal. En particulier, à ma collègue Anne Hudon, ainsi qu'à Tatiana Orozco, Erin Douglas et Catherine Olivier, les précieuses assistantes de recherche qui ont travaillé à mes côtés!

- À toutes les personnes, en plus de mon équipe de direction, qui ont révisé certaines sections de cette thèse : Josée Tessier, Mathieu Vinuesa, Viviane Laliberté, Matthew Hunt, Geneviève Boily, Aliya Affdal, Allison Jacobson, Tatiana Orozco et Anne Hudon.
- À une bibliothécaire efficace et diligente qui m'a sauvée de quelques catastrophes et qui m'a conseillée judicieusement tout au long de mon parcours : Myrian Grondin.
- Aux organismes subventionnaires qui ont cru en moi et en mon projet: Canadian Arthritis Network (CAN), Fond de recherche du Québec - Santé (FRQ-S), Association francophone pour le savoir (ACFAS), Edith Strauss Rehabilitation Foundation, Institut de recherche en santé du Canada (IRSC).
- Aux réseaux de recherche soutenant les chercheurs et leurs étudiants : l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM), le Réseau provincial de recherche en adaptation et réadaptation (REPAR), le Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR), dont Gevorg Chilingaryan, Paule Samson, Anik Nolet.
- À mon jury d'examen de synthèse pour leurs judicieux conseils : Paul Lamarche, Vardit Ravitsky, Bonnie Swaine.
- À ces quelques rencontres importantes : Guy Bourgeault qui m'a aidée à structurer une première version de ce projet; Jean Nicolas pour une magnifique conversation sur l'après-doctorat; Josée Lemoignan pour nos discussions passionnantes sur l'éthique; Bertrand A. Arsenault, mon mentor à la maîtrise, pour son aide ponctuelle tout au long de mon parcours doctoral.
- À mes amis et à ma famille, pour votre soutien inconditionnel!

« On ne reçoit pas la sagesse, il faut la découvrir après un trajet que personne ne peut faire pour nous, ne peut nous épargner, car elle est un point de vue sur les choses. » M. Proust (1)

AVANT-PROPOS

Pour certains, la science est objective : elle vise à analyser un phénomène de façon neutre sans émettre de jugements de valeur. Cette objectivité est souvent perçue comme étant désintéressée, reproductible dans d'autres contextes expérimentaux et donc, valable universellement. Dans ce paradigme de connaissances positivistes, la réalité sociale s'ancre à l'extérieur de la réalité du chercheur. Pour d'autres, la réalité sociale est construite par la subjectivité des individus liés au phénomène à l'étude, dont le chercheur lui-même (2). Bien que je désire tendre vers l'objectivité en utilisant des méthodes reconnues et en les appliquant rigoureusement, cette recherche a été influencée par certaines « préconstructions » liées à mes valeurs et à mes expériences. Cet avant-propos, dont certaines parties ont été publiées dans le blog de l'Agence Science Presse (3), me donne donc l'occasion de vous présenter ma posture disciplinaire et certaine de mes positions idéologiques pour tenter d'explicitier les valeurs qui sous-tendent cette recherche en ce qui a trait au choix des méthodes utilisées et à l'interprétation des résultats. De plus, cet avant-propos vous permettra de constater comment la question de recherche a pu émerger de mes expériences personnelles et professionnelles.

Le plus grand motivateur dans mon parcours est mon désir d'améliorer ma profession de physiothérapeute pour favoriser le bien-être et la qualité de vie des patients. Les valeurs de justice et d'équité me motivent à réfléchir et à me mobiliser pour être un agent de changement. Je suis physiothérapeute depuis 2002 et j'ai travaillé dans divers établissements publics et privés, et auprès d'une clientèle variée. Ce qui m'a d'abord attirée en physiothérapie, c'est la possibilité de permettre aux gens de conserver leur plein potentiel d'autonomie et leur dignité. Tout au long de mon cheminement professionnel, je me suis interrogée sur l'efficacité de nos interventions cliniques et sur les facteurs pouvant les influencer. L'issue du traitement est multifactorielle et la relation établie avec le patient est de la première importance. J'ai été très choquée dans les milieux cliniques de constater que plusieurs de mes patients qui nécessitaient des soins n'étaient pas priorités et ne recevaient pas les mêmes services que les autres. J'ai constaté que certaines clientèles étaient favorisées. Par exemple, les patients couverts par des agents payeurs court-circuitent la file d'attente dans les établissements publics. Ces mêmes

patients ont une fréquence de traitements plus élevée dans les établissements privés, sans égard à leurs besoins cliniques, alors que certains autres groupes de patients semblent perdre dans ce système. Par exemple, les patients et les patientes vivant avec de la douleur chronique et désirant des traitements pour améliorer leur qualité de vie demeurent au bas de la liste d'attente. D'autres clientèles vulnérables semblent également défavorisées. Par exemple, lorsque je travaillais au soutien à domicile, les patients à risque de chutes n'étaient pas priorisés. La prévention était jugée moins prioritaire que d'autres situations. Or, il m'arrivait régulièrement de constater que des nouvelles références prioritaires, comme des patients post-arthroplastie de la hanche étaient déjà sur notre liste d'attente (évidemment, dans le bas de celle-ci) pour un suivi de prévention des chutes. Quel non-sens de prioriser le suivi postopératoire quand une action en amont aurait sûrement pu prévenir la chute et la chirurgie! J'ai ressenti de l'indignation quand j'ai voulu agir pour le bien de ces clientèles vulnérables non priorisées dans un système qui ne me le permettait pas. Dans le cadre de mon doctorat, outre cette thèse, j'ai eu l'occasion d'avoir une réflexion approfondie sur quelques-unes de nos clientèles vulnérables, par exemple les patients aux prises avec une infestation de punaises de lit (4), les aînés vivant dans les ressources intermédiaires (RI)¹ (5, 6) et les patients en soins palliatifs (7, 8). Ces années cliniques m'ont donc conscientisée sur les multiples enjeux éthiques tant au plan clinique qu'institutionnel.

Mon désir de contribuer à l'amélioration de la profession m'a donc poussée à m'impliquer à titre de syndique adjointe du bureau du Syndic de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) (2010-2016). Le bureau du Syndic a pour mandat d'enquêter sur les pratiques des professionnels suite à une plainte ou pour tout autre motif raisonnable dans un objectif ultime de protection du public. Par ce mandat, j'ai eu à intervenir à quelques reprises dans des situations de fraudes ou dans des situations de multiplication de traitements en lien avec la *Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail* (CNESST) (9-13).

De plus, ce désir d'être un agent de changement face à ces injustices a été mon motivateur pour entreprendre des études aux cycles supérieurs et a guidé mes intérêts de recherche. Ainsi, mon projet doctoral porte sur différents facteurs favorisant les inégalités

¹ Une RI est une ressource fournissant des services aux patients en partenariat public-privé.

quant à l'allocation des ressources de physiothérapie. Les écrits scientifiques comportent certaines lacunes en lien avec les enjeux éthiques vécus par les professionnels de la physiothérapie et je souhaite contribuer à améliorer les pratiques professionnelles avec cette thèse.

Cette thèse doctorale en sciences biomédicales (option bioéthique), financée par l'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC) et par la Edith Strauss Rehabilitation Foundation, est réalisée sous la direction de Bryn Williams-Jones et de Debbie E. Feldman. Cette thèse fait partie d'un programme de recherche plus large portant sur l'éthique en réadaptation, mené par une équipe composée de deux chercheurs de l'Université de Montréal (M. Williams-Jones et Mme Feldman), de deux chercheurs de l'Université McGill (M. Hunt et Mme Mazer) et de deux étudiantes au doctorat (Anne Hudon et moi-même). Cette équipe interdisciplinaire a favorisé un dialogue riche et diversifié sur les enjeux éthiques soulevés dans la pratique en réadaptation, ce qui a largement influencé les réflexions dans cette thèse.

Ce désir d'être un agent de changement dans ma profession se manifeste aussi par mon implication dans l'enseignement. J'ai débuté comme chargée de cours en 2006 à l'École de réadaptation de l'Université de Montréal pour partager avec les étudiants mon expérience et ma passion liée à l'éthique, afin de les aider à améliorer les compétences et les connaissances nécessaires pour avoir une pratique clinique réflexive. En 2009, cet engagement a été reconnu par l'octroi d'un poste de professeure adjointe de clinique. J'ai alors ajouté à ma charge d'enseignement plusieurs cours reliés à l'éthique professionnelle et aux normes légales.

En conclusion, cette thèse représente le fruit d'une réflexion ayant pris sa source dans l'ensemble de mon parcours professionnel (comme physiothérapeute, comme enseignante et comme syndique adjointe) et de mes expériences de recherche (projets connexes en lien avec l'éthique en réadaptation qui dépassent le cadre de cette thèse). Mon but serait de pouvoir contribuer à l'amélioration des pratiques en physiothérapie, entre autres, en favorisant l'émergence d'une allocation des ressources basée sur des critères transparents et équitables pour l'ensemble des patients et de la communauté.

INTRODUCTION

L'équité dans l'allocation des ressources en santé (dans le cadre cette thèse, en physiothérapie en particulier) implique que les services de santé nécessaires soient offerts à tous, et ce, sans discrimination injustifiée à l'égard des caractéristiques individuelles ou sociales, ou en fonction de la capacité de payer du patient (14, 15). Le principe d'équité n'implique pas que chacun reçoive le même service, mais plutôt que les services soient distribués en fonction des besoins (15). Des individus ayant des besoins semblables doivent recevoir des traitements semblables, mais un individu ayant des besoins plus importants ou plus urgents doit recevoir un traitement proportionné à ceux-ci. Les critères pouvant justifier une allocation des ressources inégale demeurent les critères liés à la situation clinique (14, 16).

L'équité nécessite à la fois que tous les citoyens aient accès également aux services requis, ainsi qu'à une réponse adéquate à leurs besoins cliniques (17, 18). Ainsi, on constate que le principe d'équité se décline sur deux plans : un lié à l'organisation des services afin que tous les citoyens puissent accéder aux services de santé requis par leur affection (meso) et l'autre lié aux interventions cliniques qui sous-tend que les professionnels répondent de façon adéquate aux besoins cliniques de leurs patients (micro). Cette allocation des ressources aux personnes nécessitant un suivi doit être exempte de discrimination injustifiée, à la fois lors de leur accès, puis de la distribution des services (ex. une fréquence² et une durée³ de traitements qui répondent aux besoins).

L'accès aux soins de santé de base est perçu comme un droit fondamental (23, 24). Cependant, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec* (LSSS chapitre S-4.2) reconnaît cette tension entre l'offre de services axée sur les besoins de chacun, mais également la juste distribution des ressources dans un contexte de pénurie. Effectivement, l'article 5 de la LSSS valide le droit de tous les citoyen *de recevoir des services de santé*

² La fréquence est définie comme le nombre de répétitions d'un phénomène périodique dans une période fixe ou dans une unité de temps (19, 20). Dans le contexte de cette thèse, la fréquence de traitements représente le nombre de fois par semaine à laquelle un patient aura un suivi en physiothérapie. Durant le même traitement, le patient pourrait recevoir différentes modalités de traitement (par exemple électrothérapie et exercices). Ainsi, chaque visite en physiothérapie à une date spécifique est considérée comme un traitement (21).

³ La durée est la période de temps qui s'écoule entre deux dates pendant laquelle a lieu un événement (22). Dans notre contexte, la durée correspond au nombre total de jours qui s'écoulent entre le début et la fin des traitements en physiothérapie, de la prise en charge jusqu'au congé (21). Le début des traitements implique la première rencontre physique suite au processus de priorisation entre le physiothérapeute et son patient. Le congé est la date à laquelle le professionnel de la physiothérapie met fin aux traitements et ferme le dossier de son patient.

adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire. Cependant, la LSSS reconnaît que l'application de ce droit est limitée par les contraintes organisationnelles, alors que l'article 13 mentionne que le droit aux services s'exerce en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières de l'organisation. Dans un contexte de ressources limitées, si chaque professionnel offre des soins idéaux à ses patients, d'autres membres de la population pourraient ne pas pouvoir accéder aux ressources. Une conséquence serait que seuls quelques citoyens privilégiés auraient la chance de recevoir des services, alors qu'une grande partie de la population n'y aurait pas accès.

Les professionnels de la santé vivent des enjeux éthiques⁴ face aux décisions d'allocation de ressources lorsque les ressources sont insuffisantes, et ce, dans divers domaines. Par exemple, en médecine militaire, les professionnels de la santé rapportent des enjeux éthiques liés aux inégalités de soins entre les soldats et les victimes locales (26). Dans le domaine humanitaire, des professionnels vivent de la détresse morale lorsqu'ils doivent gérer la pénurie de médicaments. Certains se perçoivent comme administrateur d'une ressource rare et conçoivent de ne pas traiter certains individus avec un moins bon pronostic pour éviter de gaspiller les ressources utiles à d'autres patients. D'autres perçoivent les médicaments comme une partie de leur interventions et vivent difficilement le fait de ne pas pouvoir les administrer à tous les patients qui en nécessitent (27). Dans le domaine de la transplantation d'organes, les professionnels vivent des dilemmes éthiques⁵ alors que les deux grands objectifs qui sous-tendent leurs préférences dans leurs choix d'allocation d'organes sont en tensions (28). D'un côté, ils souhaitent être égaux en s'assurant que tous les patients puissent avoir une chance égale d'avoir une transplantation, mais ils doivent aussi considérer l'efficacité en maximisant les bénéfices cliniques pour l'ensemble des patients en transplantant les organes aux patients avec un bon pronostic.

À l'instar de ces quelques exemples, l'équité dans l'allocation des ressources en physiothérapie ne peut pas être évaluée uniquement à travers le prisme de la réponse aux besoins de l'individu, mais bien en considérant l'ensemble des ressources disponibles. Cette

⁴ Un enjeu éthique est une situation où une valeur éthique est (ou risque d'être) bafouée (25).

⁵ Un dilemme éthique implique une situation où un individu hésite entre deux valeurs éthiques mutuellement exclusives (25).

thèse se veut donc une contribution à la discussion entourant les défis complexes associés à l'équité dans l'allocation des ressources en physiothérapie. Bien qu'elle ne permette pas directement de sauver des vies, la physiothérapie favorise l'indépendance fonctionnelle⁶ et l'amélioration de la qualité de vie (29, 30). À cet égard, chaque individu devrait pouvoir accéder aux services de physiothérapie requis en fonction de ses besoins. Or, dans un contexte de besoins illimités et de ressources limitées, il est essentiel de s'interroger à propos des personnes qui pourront accéder aux services de physiothérapie, mais également au type de services offerts en termes de fréquence et de durée.

L'objectif général de cette thèse est donc d'explorer les facteurs influençant la priorisation des patients, ainsi que la fréquence et la durée des traitements en physiothérapie qui leur sont alloués. Ainsi, nous ferons une analyse éthique de ces facteurs et des tensions associées aux décisions d'allocation des ressources. Pour atteindre cet objectif, nous avons entrepris un projet avec un devis de recherche mixte. D'abord, un devis quantitatif réalisé au moyen d'un sondage pancanadien élaboré à l'aide de vignettes cliniques fictives permettra l'exploration du concept d'équité dans l'accès et la distribution des services en fonction des besoins, et ce, sans discrimination à l'égard de facteurs tels que les caractéristiques personnelles et sociales du patient ou sa capacité à payer. Ensuite, un devis qualitatif réalisé au moyen d'entrevues semi-structurées permettra d'explorer comment les contraintes organisationnelles teintent l'équité dans l'accès et la distribution des services. Finalement, une analyse conceptuelle réalisée sous l'angle de la justice distributive et sous l'angle de la complexité permettra d'intégrer les résultats quantitatifs et qualitatifs. Le but de cette analyse conceptuelle n'est pas de créer une nouvelle théorie éthique, mais d'offrir des pistes de solutions réalistes pour les professionnels de la physiothérapie et les gestionnaires.

La physiothérapie au Québec

Définition et champ de pratique

La physiothérapie est une discipline de la santé qui offre des soins primaires visant la prévention et la promotion de la santé, ainsi que l'évaluation et le traitement des personnes de

⁶ Le terme « fonction » fait référence à la capacité physique du patient ainsi que sa participation sociale, soit la capacité de vaquer à ses activités de la vie quotidienne et de participer dans sa communauté.

tout âge présentant des problèmes de santé aigus et chroniques⁷ affectant les fonctions des systèmes musculosquelettiques, cardiorespiratoires ou neurologiques (29, 32-36).

L'objectif de l'intervention en physiothérapie est de maintenir, d'améliorer ou de restaurer les capacités fonctionnelles et la qualité de vie des patients (32-36). L'état de santé d'une personne ne peut pas être réduit à un diagnostic médical et doit inclure son fonctionnement dans les tâches de la vie quotidienne. En physiothérapie, l'indépendance fonctionnelle est au cœur de ce que signifie « être en bonne santé » (35). D'ailleurs, *le profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada* souligne que « les physiothérapeutes contribuent à garder les personnes productives durant toute leur vie en maximisant leur fonction et en améliorant leur qualité de vie. » (34). Ainsi, la physiothérapie est efficace pour améliorer la santé des patients, mais également pour réduire les dépenses en santé (ex. éviter ou retarder des hospitalisations ou des chirurgies) (37, 38).

La physiothérapie est une science appliquée (39) qui utilise des agents physiques (par exemple, le froid, le chaud, les radiations lumineuses) et d'autres méthodes comme la thérapie manuelle ou des exercices pour faciliter la réadaptation fonctionnelle des patients (19, 40). Bien que la physiothérapie soit dominée par une approche technique basée sur les données probantes, elle demeure malgré tout centrée sur les besoins du patient (34, 39, 41-45). D'ailleurs la pratique des professionnels de la physiothérapie doit être basée sur l'équilibre entre l'expérience clinique, les données probantes, et les valeurs des patients (34). Une pratique centrée sur les besoins des patients est essentielle à une pratique clinique *éthique* pour que les patients soient traités avec respect et dignité (46). Aussi, bien que les pratiques en physiothérapie tendent à être centrées sur les besoins des patients, il demeure certaines barrières institutionnelles à l'optimisation de cette philosophie de soins (ex. limitations des ressources) (46-48).

Dans le cadre de cette thèse, nous ne discuterons pas directement des interventions en physiothérapie envisagées pour réduire ou corriger les déficiences et les incapacités (49). Nous allons plutôt discuter d'une facette de l'accessibilité aux services de physiothérapie

⁷ Une atteinte chronique est une douleur ou une incapacité qui se prolonge au-delà de la période attendue de guérison, soit plus de trois mois (31).

spécifiquement pour la clientèle musculosquelettique⁸ adulte, soit l'allocation des ressources. Il est important de noter qu'une prémisse à cette thèse est l'utilité de la physiothérapie pour une clientèle musculosquelettique ayant des atteintes aiguës et chroniques (30, 50). Cette prémisse est nécessaire, car bien qu'il y ait des débats sur la façon la plus équitable de distribuer les ressources en physiothérapie, les services ne doivent être offerts que s'ils entraînent des bénéfices fonctionnels pour les patients (51). Effectivement, la physiothérapie est une alternative non pharmacologique pour la gestion de la douleur (30, 50, 52-55) et plusieurs des interventions généralement utilisées (ex. exercices, éducation, thérapie manuelle) se sont montrées efficaces pour améliorer la fonction lors de problèmes à la colonne (30, 56-59) ou d'ostéoarthrose⁹ (30, 58, 60, 61). Bien que peu documentés dans les écrits (51, 62-64), les risques associés à la pratique de la physiothérapie sont faibles¹⁰ puisque les traitements impliquent généralement l'usage d'interventions non médicales et non invasives (67). De plus, pour ce qui est des pathologies musculosquelettiques, les bénéfices sont comparables aux interventions médicales, alors que celles-ci sont plus risquées (68, 69).

Organisation des services

Les services de physiothérapie sont offerts par des physiothérapeutes dans les établissements publics et privés partout au Canada¹¹. Les services de physiothérapie québécois sont également offerts par des thérapeutes en réadaptation physique (T.R.P.)¹². Au Québec, le système de santé public regroupe les institutions et les ressources humaines qui fournissent des services de santé et de réadaptation et dont le financement provient du *régime d'assurance maladie du Québec* (RAMQ). Le système de santé privé regroupe les institutions et les ressources humaines qui fournissent des services de santé et de réadaptation, pour lesquels le

⁸ Les problèmes musculosquelettiques incluent les problèmes aigus ou chroniques aux os, aux articulations, aux ligaments, aux muscles, etc.

⁹ L'ostéoarthrose est une pathologie articulaire dégénérative causée par une perte graduelle et irréversible du cartilage et caractérisée par la douleur et l'altération de la fonction.

¹⁰ Il existe des risques associés aux interventions en physiothérapie en passant des contusions, aux brûlures et aux lacérations jusqu'au problèmes plus sérieux comme les chutes ou les fractures (62, 63, 65, 66).

¹¹ En 2014, il y avait 20 842 professionnels de la physiothérapie au Canada et 4 464 au Québec. Au Canada, les professionnels de la physiothérapie sont principalement des femmes (75,8 %) travaillant à temps plein (62,0 %) à la fois dans les établissements publics (44,6 %) et les établissements privés (44,3 %) (70). Bien que les physiothérapeutes aient l'accès direct, c'est-à-dire la possibilité d'évaluer et traiter un patient sans références médicales, une référence médicale doit être faite selon la LSSS dans le secteur public pour avoir droit aux services de physiothérapie.

¹² Les physiothérapeutes doivent avoir complété une maîtrise en physiothérapie et les thérapeutes en réadaptation physique (T.R.P.) doivent avoir obtenu un diplôme d'études collégiales suite à une technique de réadaptation physique (71).

patient¹³ est responsable de défrayer les coûts soit par ses propres moyens ou par l'entremise d'un régime d'assurance (privé ou agent payeur). Pour les individus ayant subi une blessure ou une lésion reconnue dans un contexte admissible (milieux de travail, accident de la route ou acte criminel), les agents payeurs parapublics défrayent les coûts des services de réadaptation, qu'ils soient offerts dans les établissements publics ou privés, et versent des indemnités.

Les agents payeurs sont des institutions étatiques : il en existe trois au Québec, soit la *Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail* (CNESST) (organisme anciennement appelé la *Commission de la santé et de la sécurité du travail* (CSST) avant janvier 2016), la *Société d'assurance automobile du Québec* (SAAQ) et l'*Indemnisation des victimes d'actes criminels* (IVAC). Par exemple, la CNESST gère la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail en indemnisant les travailleurs souffrant d'une lésion professionnelle. Au Québec, la plupart des patients indemnisés par la CNESST sont suivis dans les cliniques de physiothérapie privées (entre 85 % et 95 %) (72, 73). Les lésions de type troubles musculosquelettiques touchent chaque année plus de 30 000 travailleurs de tout âge dans divers secteurs d'activités. Celles-ci se situent au premier rang des maladies et des accidents pour leur fréquence et pour les coûts d'indemnité de remplacement du revenu (74). Ces troubles musculosquelettiques sont très lourds de conséquences (perte de productivité, diminution de la qualité de vie pour les travailleurs (75)) et ils génèrent plus de 40 % des coûts pour la CNESST (76). Un montant préétabli par une entente est alloué aux départements de physiothérapie dans les établissements publics ou privés pour les services fournis aux patients indemnisés.

Encadrement de la pratique

Les professions reconnues, comme la physiothérapie, jouissent d'un certain nombre de privilèges tels que des activités réservées pour la pratique professionnelle des membres de la profession¹⁴ et une reconnaissance sociale. Ces privilèges sont accompagnés de devoirs professionnels. Initialement, la pratique était contrôlée par la médecine (41, 45, 77) alors que les professionnels de la physiothérapie dépendaient du médecin référant pour leurs décisions

¹³ Le terme « patient » fait référence à un client, à un bénéficiaire ou à son mandataire, le cas échéant (34).

¹⁴ Les activités réservées sont stipulées dans le *Code des professions* (L.R.Q., chapitre c-26) à l'article 37.1. Par exemple, les membres de l'OPPQ peuvent utiliser des formes d'énergies invasives en lien avec leur champ de pratique.

cliniques (77). La pratique est maintenant contrôlée par l'État via une législation déléguée aux ordres professionnels¹⁵ (41). Au Québec, il s'agit de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) qui a pour mandat¹⁶ d'assurer la protection du public par la surveillance de la pratique professionnelle de ses membres (79). Le système professionnel québécois est autorégulé, c'est-à-dire que ce sont aux professionnels de la physiothérapie d'édicter les normes de pratiques¹⁷ – consignées dans des documents normatifs tels que le code de déontologie – pour encadrer la pratique professionnelle de leurs pairs.

Les codes de déontologie explicitent les comportements professionnels attendus en prescrivant les normes de conduite minimales tout en encourageant une conduite idéale (79-81). Un code de déontologie est donc une convention établie entre des professionnels et la société lorsqu'une occupation se formalise en profession. Le code de déontologie consigne les responsabilités fondamentales des professionnels à l'égard de leurs patients, de leurs collègues et de la profession (82). En plus de ces responsabilités, les codes de déontologie en physiothérapie incluent de plus en plus les obligations face à la société (83). Selon Davis (2003), les codes de déontologie ont une particularité exceptionnelle : « *they combine law's ability to provide novel (special) standards with morality's claim on conscience* » (84). Le code de déontologie joue un rôle crucial dans l'adoption des normes professionnelles, car il vise un comportement éthique dans l'articulation d'un cadre qui permet de fournir des orientations aux professionnels (79, 84). En effet, selon Boo et Kho (2001), l'efficacité du code de déontologie serait reliée à son articulation dans les valeurs professionnelles, plutôt qu'à sa simple existence (85). Il revient aux instances disciplinaires, comme le Conseil de discipline de l'OPPQ, de veiller à l'interprétation de ces normes (86).

¹⁵ Pour avoir le droit de pratique au Canada, les professionnels de la physiothérapie, soit les physiothérapeutes et les T.R.P. doivent être membre de leur ordre professionnel provincial ou territorial (78).

¹⁶ Ce mandat lui est conféré par le *Code des professions* (L.R.Q., chapitre c-26).

¹⁷ Ensemble d'attentes officielles ou usuelles reflétant un accord général sur une pratique compétente par les membres d'un ordre professionnel (34).

Des enjeux éthiques dans l'allocation des ressources de physiothérapie

Actuellement, les professionnels de la physiothérapie québécois sont ébranlés par divers enjeux associés à l'allocation des ressources à la fois dans les systèmes de santé publics et privés. Ces enjeux découlent de deux états de faits :

1. certains patients n'ont pas accès aux services de physiothérapie et d'autres patients non priorités dans le réseau public ont un long délai d'attente avant de rencontrer un physiothérapeute (surtout la clientèle avec des affections chroniques, car les patients avec des affections aiguës sont priorités) (87-91);
2. la coexistence de plusieurs types d'assurances a une influence sur l'allocation des ressources à la fois pour l'accès (92) et la distribution des services (93) (la clientèle couverte par des agents payeurs semble être vue plus rapidement et recevoir un plus grand nombre de traitements).

On voit que les structures collectives en physiothérapie tendent à avantager certains sous-groupes de patients (par exemple, les patients ayant des pathologies aiguës ou les patients suivis par des agents payeurs) et que les patients avec des affections chroniques sont les grands « perdants » de ce système. Cela soulève des enjeux éthiques d'équité dans l'allocation des ressources. En effet, l'équité implique que seul les besoins cliniques guident l'accès et la distribution des services. Or, il apparaît que cette distribution des services pourrait être liée à d'autres facteurs que les besoins cliniques, soit la chronicité de l'affection ou la source de financement des traitements (i.e. conditionné par le contexte dans lequel la blessure a eu lieu). Bien que le contexte de rigueur économique des dernières années au Québec contribue probablement à amplifier ces problèmes, il est important de noter que, même avec une augmentation substantielle des ressources humaines et financières, du fait de cette dynamique distributionnelle des ressources, le même sous-groupe populationnel va probablement continuer à être défavorisé ou même exclu des services de physiothérapie.

Il est donc urgent que les professionnels de la physiothérapie ciblent les enjeux éthiques spécifiques à leur profession et en discutent (94). L'identification et l'examen des enjeux éthiques auxquels une profession fait face est une activité importante et une marque de

professionnalisme (94, 95). Il y a peu de cliniciens paramédicaux, en particulier en physiothérapie, impliqués dans la recherche sur la question d'allocation des ressources. Afin de contribuer à ce domaine important de recherche, nous proposons d'explorer les enjeux éthiques liés à la priorisation, la fréquence et la durée des traitements en physiothérapie.

Cette thèse vise donc à contribuer à l'évaluation de l'ampleur de ce problème complexe d'allocation des ressources, dans le but de faire avancer les réflexions d'ordre éthique en physiothérapie et de trouver certaines pistes de solution à ce problème d'éthique professionnelle (ex. quelles sont les responsabilités des professionnels dans l'amélioration des pratiques et la garantie à un accès équitable aux services?). Cette réflexion sur la distribution des ressources en physiothérapie est essentielle non seulement pour que cette allocation des ressources permette de répondre aux besoins de la population de façon optimale et équitable en fonction des ressources disponibles, mais aussi pour maintenir la confiance du public dans le professionnalisme et l'indépendance des professionnels de la physiothérapie.

La structure de la thèse

Une thèse par articles

Cette thèse est faite selon un modèle par articles : les résultats principaux apparaissent sous forme d'articles scientifiques publiés dans des revues scientifiques. Pour tous les articles, conformément au Guide de présentation des mémoires et des thèses de la Faculté des Études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal, je suis l'auteure principale (96). Le travail dans le cadre de cette thèse a été réalisé en collaboration avec une équipe de direction (Bryn Williams-Jones et Debbie E. Feldman), mais également une équipe de recherche (Matthew Hunt et Barbara Mazer). Bryn Williams-Jones est directeur des programmes de bioéthique, professeur titulaire au Département de médecine sociale et préventive de l'École de santé publique de l'Université de Montréal et chercheur associé à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM). Il se spécialise dans les questions relatives aux domaines de l'éthique professionnelle, de l'éthique en lien avec la santé publique et de la conduite responsable en recherche. Debbie E. Feldman est physiothérapeute, épidémiologiste et professeure à l'École de réadaptation, ainsi que directrice des programmes en Sciences de la réadaptation à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et

chercheuse à la Direction de la santé publique de Montréal et à l'IRSPUM. Elle se spécialise dans les questions d'accessibilité aux soins et d'évaluation des services de santé. Matthew Hunt est professeur agrégé et directeur de la recherche à l'École de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill. Il est physiothérapeute et il s'intéresse principalement à l'utilisation des méthodes de recherche qualitative pour aborder des questions en éthique professionnelle et en santé mondiale. Finalement, Barbara Mazer est épidémiologiste et professeure adjointe à l'École de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill et chercheuse associée à l'Hôpital juif de réadaptation. Elle est ergothérapeute de formation et elle s'intéresse à l'utilisation des services de réadaptation et à la participation sociale des personnes avec des incapacités.

Selon l'*International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, pour qu'un chercheur puisse être qualifié d'auteur, il doit répondre à quatre critères : 1) une contribution substantielle à la conception, aux méthodes de la recherche ou à l'acquisition, l'analyse ou l'interprétation des données; 2) une participation à la rédaction préliminaire de l'article ou à sa révision critique impliquant une contribution au contenu intellectuel; 3) une approbation de la version finale de l'article à publier; 4) un engagement à assumer l'imputabilité pour tous les aspects de la recherche (97). L'ensemble des collaborateurs se qualifie comme coauteurs en fonction de ces critères. Leur signature a été obtenue, faisant foi de leur autorisation à partager ceux-ci dans ma thèse. L'ordre des auteurs a été déterminé en fonction de la contribution de chacun, mais il a aussi pu être déterminé par « rotation de l'ordre des auteurs » lorsque la contribution de tous était similaire. L'ordre des auteurs a toujours été discuté entre les coauteurs durant le processus de la recherche (98). Pour faciliter la lecture, les articles ont été inclus dans la thèse sous la même forme que les autres chapitres.

Le contenu des chapitres

Dans le **Chapitre 1. Problématique**, nous présentons plus en détail les problèmes d'équité dans l'allocation des ressources de physiothérapie. Effectivement, dans le réseau public, une demande accrue est couplée à une rareté des ressources. Par conséquent, certains patients sont sous traités et ne reçoivent pas les services requis par leur affection en temps opportun (principalement les patients qui ont de la douleur chronique). De plus, certaines autres clientèles sont surtraitées. Nous documentons ces problèmes grâce à deux analyses

empiriques. Une première étude pilote publiée dans *Physiotherapy Canada* (2013) illustre les enjeux d'allocation des ressources en lien avec les systèmes de priorisation en physiothérapie. Une deuxième étude publiée dans *BioéthiqueOnline* (2017) est une étape exploratoire qui permet d'identifier certains facteurs qui motivent les décisions d'allocation des ressources des professionnels de la physiothérapie. Les résultats de ces deux études fournissent des informations permettant de mieux situer le sujet étudié.

Dans le **Chapitre 2. Recension des écrits**, nous discutons de l'allocation des ressources en physiothérapie à partir de trois concepts-clés, soit le délai d'attente, la fréquence et la durée des traitements. Nous nous intéressons ensuite aux différents facteurs cliniques et non cliniques qui influencent la prise de décision clinique dans l'allocation des ressources en physiothérapie. De plus, nous discutons comment certains biais peuvent venir teinter les choix dans l'allocation des ressources.

Le **Chapitre 3. Méthodes** présente les objectifs généraux et spécifiques de cette thèse et permet de discuter en détail des méthodes empiriques et conceptuelles utilisées pour répondre à ces objectifs. En s'appuyant sur un devis mixte, différentes méthodes sont utilisées pour répondre aux objectifs spécifiques.

Le **Chapitre 4. Résultats d'un sondage par vignettes cliniques** présente les résultats d'un sondage réalisé à l'aide de vignettes cliniques distribué dans toutes les provinces canadiennes pour estimer l'influence de quatre variables (l'âge, le sexe, le statut socioéconomique (SSE) des patients et la source de financement des traitements) sur l'allocation des ressources en physiothérapie et ce, dans les réseaux de santé publics et privés. L'article « Low back pain : An Investigation of Biases in outpatient Canadian physical therapy » a été publié dans *Physical Therapy* (2017). Les résultats indiquent que pour des patients avec une même affection médicale, l'âge, le sexe et le SSE n'ont pas d'influence sur l'offre de service. Toutefois, la source de financement associée aux paiements des traitements influence la fréquence de traitements. Ces inégalités mettent en évidence la nécessité de faire des études supplémentaires visant l'établissement de politiques pour assurer l'équité dans l'allocation des ressources en physiothérapie.

Le **Chapitre 5. Résultat d’entrevues semi-dirigées** présente les résultats des entrevues réalisées auprès de physiothérapeutes, mais également de gestionnaires, de coordonnateurs et d’agents administratifs de trois cliniques externes de physiothérapie. Ces entrevues ont permis de déterminer certains facteurs actuellement utilisés pour distribuer les ressources et d’obtenir la perspective du personnel sur ces problèmes cliniques et éthiques.

D’abord, les facteurs cliniques et non cliniques influençant l’allocation des ressources sont présentés dans l’article « Operationalizing Wait Lists: Strategies and Experiences in Three Hospital Outpatient Physiotherapy Departments in Montreal » publié dans *Physiotherapy Theory and Practice* (2018). Certaines stratégies pour gérer les listes d’attente en physiothérapie ont été discutées par les participants (ex. pré-évaluation des patients avant qu’ils ne soient placés sur la liste d’attente). Il est essentiel d’appréhender le processus de prise de décision menant à l’allocation des ressources en explorant les dynamiques dans les pratiques, ainsi que les influences et les valeurs des différents acteurs impliqués. L’angle de la complexité est utilisé pour explorer les résultats, permettant ainsi d’identifier les opportunités et les obstacles lors de l’utilisation de certaines de ces stratégies. Il est nécessaire d’évaluer le contexte influençant les diverses stratégies de gestion d’allocation des ressources préalablement à l’établissement de normes de pratique.

Ensuite, les résultats concernant les enjeux éthiques sont présentés dans l’article « Ethical Challenges for Access in Physiotherapy : Views of Publicly Funded Outpatient Physiotherapy Departments Staff » publié dans *Narrative Inquiries in Bioethics* (2017). Suite à une analyse inductive, quatre thèmes liés à l’accès aux services de physiothérapie ont été élaborés : 1) la négociation alors qu’une panoplie de mécanismes permettent à certains patients d’avoir un accès privilégié aux services; 2) la navigation dans un système complexe alors que de nombreuses influences extérieures viennent moduler les décisions d’allocation des ressources; 3) la responsabilité de tous envers les patients inscrits sur la liste d’attente; 4) le professionnalisme dans un monde non idéal. Deux tensions émergent de ces thèmes soit la responsabilité des différents acteurs et le pouvoir réel qu’ils ont d’agir dans ce système. Ce sujet est important, compte tenu des ressources limitées, du nombre élevé de patients sur les listes d’attente en physiothérapie et l’augmentation prévisible des besoins dans la population.

Au **Chapitre 6. Analyse**, une synthèse des résultats de cette thèse est présentée en deux volets pour explorer les enjeux éthiques et cliniques associés aux décisions en lien avec la priorisation, la fréquence et la durée des traitements. Dans un premier temps, l'angle de la justice distributive est utilisé. Persad et collègues (2009) utilisent des critères d'allocation pour établir un cadre d'analyse pour appréhender l'allocation des ressources en santé (99). Ce cadre d'analyse a été adapté et utilisé pour analyser les critères d'allocation des ressources en physiothérapie. Un système d'allocation des ressources doit concilier les notions d'efficacité (ex. maximisation des bénéfices cliniques) et d'équité (ex. tous les patients devraient avoir une chance égale de bénéficier d'un suivi sans discrimination avec une priorisation des patients qui ont les besoins cliniques les plus urgents), en tenant compte de l'ensemble des ressources de la communauté. Dans un deuxième temps, le phénomène d'allocation des ressources est appréhendé sous l'angle de la complexité. Les principes de l'angle de la complexité permettent d'analyser les facteurs influençant l'allocation des ressources de façon interdépendante en les mettant en interrelations. Selon l'angle de la complexité, il faut miser sur l'intégration du système, qui favorise la coopération de tous les acteurs vers un projet collectif.

Enfin, le **Chapitre 7. Discussion** met en perspective l'ensemble des résultats. La santé n'est pas un bien de consommation ordinaire, car elle est un bien nécessaire pour que chaque individu puisse atteindre son plein potentiel. L'accès aux services de santé ne devrait pas être déterminé en fonction des caractéristiques du patient ou de sa capacité à payer, mais bien en fonction de ses besoins fonctionnels. En physiothérapie, une partie de la clientèle est surtraitée pendant qu'une autre est laissée-pour-compte, ce qui est contraire aux valeurs promues par la profession. Ainsi, quelques pistes de solutions sont discutées pour favoriser une distribution des services plus équitable en physiothérapie. Par exemple, il serait important de faire plus de place à la prévention et à l'éducation dans une optique de promotion de la santé (groupes d'exercices, enseignement, utilisation des technologies, etc.).

En **Conclusion**, cette thèse propose une réflexion sur les facteurs qui sous-tendent les décisions d'allocation des ressources par les professionnels de la physiothérapie. Le système de santé québécois n'est pas fondé sur des valeurs économiques, mais sur des valeurs humanistes qui visent l'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie de la clientèle. Aussi, il est essentiel que les professionnels de la physiothérapie puissent revoir les

facteurs sur lesquels s'ancrent leurs décisions d'allocation des ressources pour être équitables envers l'ensemble de la population, en réfléchissant à la fois aux personnes qui accéderont aux services, mais également aux types de services offerts en termes de fréquence et de durée.

CHAPITRE 1. PROBLÉMATIQUE : CONSÉQUENCES DES DÉCISIONS D'ALLOCATION DES RESSOURCES EN PHYSIOTHÉRAPIE

Dans ce chapitre, nous allons discuter des problèmes dans l'allocation des ressources de physiothérapie et des enjeux éthiques découlant de ceux-ci. Dans un premier temps, nous allons discuter de l'accessibilité limitée aux ressources en physiothérapie pour certaines clientèles. Nous allons présenter les systèmes de priorisation dominants dans les cliniques externes de physiothérapie. Une conséquence importante du système d'allocation des ressources en physiothérapie est que certains patients ne reçoivent pas les services requis par leur affection en temps opportun, principalement les patients qui ont de la douleur chronique. Un premier article « Patient Prioritization Preferences Among Physiotherapy Entry-Level Students: The Importance of Chronic Pain », publié dans *Physiotherapy Canada* (2013) sera présenté pour illustrer ces enjeux d'allocation des ressources en lien avec les systèmes de priorisation en physiothérapie. Dans un deuxième temps, nous allons aborder le problème du surtraitement où l'on voit des patients recevoir un plus grand nombre de traitements que ce qui serait requis. Un deuxième article « Facteurs influençant la multiplication de traitements en physiothérapie : une analyse thématique de la jurisprudence québécoise », publié dans *BioéthiqueOnline* (2017) sera présenté comme une étape exploratoire pour identifier certains facteurs qui motivent les décisions cliniques des professionnels de la physiothérapie dans les choix d'allocation des ressources, dans les situations de multiplication de traitements.

Sous-traitement : Les besoins excèdent les ressources

Tout d'abord, dans le réseau public, on observe que certains patients n'ont pas accès aux services de physiothérapie (87-91). Suite à des plaintes, le Protecteur du citoyen du Québec, un ombudsman impartial et indépendant veillant au respect des droits des citoyens face aux services publics québécois, a fait des recommandations sur l'accessibilité aux services de physiothérapie (87, 88). Effectivement, dans le réseau public, des personnes ayant besoin de physiothérapie n'y ont pas accès ou doivent attendre pour obtenir des services, car ces derniers sont donnés de façon prioritaire aux patients hospitalisés, aux patients avec des affections aiguës ou ayant subi une chirurgie (87). En effet, les patients sont placés sur des listes d'attente dans les cliniques externes de physiothérapie des établissements publics et les

délais d'attente varient de quelques semaines pour les patients avec des affections aiguës à plusieurs mois pour les patients avec des affections chroniques (87, 88). Bien que les rapports du Protecteur du citoyen du Québec décrivent l'état de la situation en 2005 et 2010 respectivement, des études récentes indiquent que la situation ne s'est pas améliorée. En effet, en 2015, plus de 18 000 patients étaient en attente de services en cliniques externes de physiothérapie dans les centres hospitaliers québécois (100). De plus, la durée médiane d'attente était de 7,8 mois (100). Actuellement, les personnes avec des affections chroniques (ex. douleurs chroniques, arthrite, arthrose, lombalgies) sont en majorité sur les listes d'attente (91).

Le Conference Board du Canada, un groupe de réflexion spécialisé dans l'analyse économique des performances des politiques publiques, a fait un sondage auprès de 4 127 répondants de 55 ans et plus (38). Il apparaît que 29 % des répondants considéraient nécessiter des services de physiothérapie sans pouvoir les obtenir, soit en raison du manque de disponibilité des services ou des coûts associés à ceux-ci. Cette situation a également été documentée aux États-Unis, alors que plus de la moitié des personnes pour lesquelles la réadaptation est considérée comme une composante importante du traitement ont déclaré ne pas recevoir ces services (101, 102).

Les patients qui ne souhaitent pas attendre et qui en ont les moyens peuvent consulter au privé (87). À ce propos, le Protecteur du citoyen du Québec s'interroge alors qu'une citoyenne souffrante et limitée dans ses activités quotidiennes ait dû emprunter de l'argent pour payer ses services de physiothérapie dans une clinique privée afin d'éviter un an d'attente : « Des soins, mais à quel prix ? » (87) De plus, le Protecteur du citoyen du Québec souligne que les citoyens les plus vulnérables qui ne possèdent pas d'assurance privée doivent attendre leurs services sur la liste d'attente, alors qu'un patient ayant eu un accident de la route ou un accident de travail aura un accès privilégié aux services, et ce, sans égard à ses besoins cliniques (87).

Les besoins s'accroissent sans augmentation des ressources

Bien que cette thèse vise à explorer la situation actuelle, il est pertinent de constater que ce problème tendra probablement à s'accroître dans les prochaines années (38, 103, 104).

Le Canada est une société vieillissante et ceci a une influence sur l'accentuation de la demande pour des services de santé (105-107). En effet, alors que la population canadienne est en croissance (celle-ci résultant à la fois des effets de l'immigration, de la natalité et de l'augmentation de l'espérance de vie) on observe une diminution de la population active (108). Alors que la proportion des gens âgés de plus de 65 ans était de 16,6 % en 2013, on projette une augmentation de cette proportion entre 24,3 % et 26,1 % d'ici 2028 (108). Les données du recensement de 2016 nous apprennent qu'en mai 2016, il y avait autant de Canadiens de plus de 65 ans que de jeunes de 15 ans et moins (109). Dans un contexte de vieillissement de la population où la prévalence de maladies chroniques augmente (110-112), les besoins en matière de physiothérapie pour cette population croissent également suivant l'évolution démographique (113).

Les demandes en physiothérapie vont également croître en raison des besoins émergents dans la population (38, 103, 104, 114). Effectivement, les Canadiens consultent de plus en plus les professionnels de la physiothérapie (8,4 % de la population adulte en 2001 comparativement à 11,6 % en 2014) (29). Par exemple, on observe annuellement une augmentation marquée de 8,7 % des demandes de suivi en physiothérapie suite à des chirurgies d'arthroplastie¹⁸ de la hanche et du genou (114). Malgré la pression croissante exercée sur le secteur de la réadaptation en lien avec les continuums de soins inscrits dans les cadres de référence cliniques, les ressources humaines sont rarement accrues pour répondre à ces nouvelles demandes, ce qui entraîne une pression supplémentaire sur des services déjà incapables de répondre à la demande actuelle (87, 117).

Une autre facette est l'amélioration importante de l'espérance de vie grâce aux mesures de santé publiques et d'hygiène de vie, ainsi qu'aux avancées de la science et de la médecine (107). Ainsi, plus de gens survivent à des maladies ou des affections autrefois mortelles, comme les accidents vasculaires cérébraux (AVC) ou les traumatismes crâniens cérébraux (TCC) suite à de graves accidents de la route. Toutefois, cette augmentation de

¹⁸ Une arthroplastie de la hanche ou du genou est communément appelée prothèse totale de la hanche ou prothèse totale du genou, c'est-à-dire une chirurgie de remplacement de l'articulation. Au Québec, il est estimé qu'il y ait 11 208 hospitalisations annuellement pour des arthroplasties de la hanche et 14 804 pour des arthroplasties du genou (37). Cette augmentation de la demande pourrait être liée à l'augmentation de la surcharge pondérale dans la population (115, 116). Celle-ci a été observée non seulement au Canada, mais dans la plupart des 34 pays membres de l'*Organisation de coopération et de développement économiques* (OCDE) (116).

l'espérance de vie n'implique pas une espérance de vie sans incapacité. Au Québec, alors que l'espérance de vie était de 78,2 ans pour les hommes et 83,1 ans pour les femmes en 2005-2007, leur espérance de vie sans incapacité était respectivement de 69,7 ans et 72,6 ans (118). L'espérance de vie sans incapacité n'est pas seulement une mesure du nombre d'années de vie, mais elle inclut le concept de qualité de la vie, soit le nombre d'années de vie en bonne santé (118). Ainsi, ces individus vivent avec des séquelles et des incapacités fonctionnelles comme la douleur, la limitation de leur mobilité dans les activités de la vie quotidienne, etc.

Finalement, selon Landry et collègues (2007), un dernier facteur qui influence l'augmentation de la demande est l'évolution des profils de la clientèle qui consulte en physiothérapie. Le premier sous-groupe est constitué de personnes plus âgées, avec un profil médical plus complexe, soit des patients polymédicamentés avec plusieurs affections associées (117). Le deuxième sous-groupe est formé d'individus plus jeunes, actifs, éduqués, très informés et avec des attentes élevées face à la réadaptation pour optimiser leurs capacités fonctionnelles (117). Ceux-ci exigent généralement des services de réadaptation d'excellente qualité, mais aussi en quantité (114, 117).

Dans le réseau public, alors que la demande face aux services de physiothérapie s'accroît, on observe des limitations de ressources humaines et financières. Cette situation a été documentée en Ontario par Landry et collègues (2009) (119). D'ailleurs, au Québec, une clinique externe a fermé en novembre 2016 en lien avec des coupures budgétaires (120).

Prioriser pour mieux distribuer les ressources

Considérant que les demandes dans le réseau public sont supérieures aux ressources, il est essentiel de gérer efficacement ces services, notamment par un système de priorisation (121-125). Divers systèmes de priorisation sont utilisés en physiothérapie dans le monde (91, 124, 126, 127). Bien que ces systèmes varient beaucoup d'un département à l'autre, il y a un consensus sur la priorisation des patients en fonction de « catégories prioritaires » (telles que Urgent/Non urgent ou P1, P2, P3). En effet, au Québec, 96% des cliniques externes utilisent la priorisation des patients comme stratégie de gestion de la demande (100). Les catégories prioritaires sont établies en fonction de divers critères qui sont abordés dans l'article « Patient Prioritization Preferences Among Physiotherapy Entry-Level

Students: The Importance of Chronic Pain », puis discutées plus en détail au chapitre 2. Généralement, les patients avec des affections aiguës sont considérés comme prioritaires et les patients avec des affections chroniques sont considérés comme non prioritaires (91, 92, 100).

La catégorie prioritaire dans laquelle le patient est classé influence directement le délai d'attente (117). Le délai d'attente implique le temps entre la référence initiale au service de physiothérapie et le début de la prise en charge (117, 127, 128). Les patients jugés prioritaires sont pris en charge rapidement. Inversement, les patients jugés non prioritaires sont pris en charge avec un plus grand délai d'attente, car il est considéré qu'un délai plus long avant une prise en charge aura moins de conséquences pour eux (124). La chronologie de réception des références est également un facteur de priorisation (91). Donc, même si la longueur de la liste et le délai d'attente sont généralement corrélés (129), une longue liste d'attente n'implique pas nécessairement un long délai d'attente pour un patient spécifique.

Une étude pilote a été faite auprès d'étudiants en physiothérapie sans expérience clinique pour comparer leur propre façon de prioriser intuitivement une liste d'attente avec les systèmes de priorisation dominants. Les participants devaient, dans le cadre d'un exercice pédagogique, prioriser des patients fictifs. Bien que les affections concomitantes aient pu influencer les résultats, cette étude pilote illustre certains enjeux associés à la priorisation des patients en physiothérapie. En effet, se pose la question de savoir si les décisions associées à la priorisation des patients sont basées sur des évidences objectives ou sur des préférences subjectives.

Patient Prioritization Preferences Among Physiotherapy Entry-Level Students: The Importance of Chronic Pain

Laliberté, M. et Feldman D.E. *Physiotherapy Canada*. 2013;65(4):353-357.

Abstract

Purpose: The aim of this study was to investigate physiotherapist entry-level students' preferences towards prioritization hierarchy for patients. Specifically, we were interested in preferences regarding patients with chronic pain. *Methods:* After a group discussion, Canadian entry-level physiotherapy students (n=249) completed a questionnaire with 5 distinct scenarios (fictitious patient cases). Respondents were asked to prioritize the patients (Priority 1 to 5; P1 being the highest priority and P5 the lowest priority). *Results:* Physiotherapy students prioritized the patient with chronic pain and the patient who was post-surgery as the highest priority. The elderly patient and the patient with cognitive impairment were given low priority. *Conclusion:* Chronic pain diagnosis is prioritized as the highest level by physiotherapy students. Literature shows that chronic pain is the lowest priority among physiotherapy department triage tools. There may be a shift in preferences towards patients with chronic pain between the prelicensure (student) phase and the postlicensure (clinician) phase.

Introduction

Questions of resource allocation are important concerns in the Canadian healthcare system, including rehabilitation departments. They raise issues related to fairness and are a source of ethical dilemmas for clinicians and stakeholders (122, 130, 131). Physiotherapists are routinely involved in ethically significant decisions, including those regarding service access and utilization that emerge from the scarcity of financial and human resources, heightened demand, and increased public expectations (94, 126, 132, 133). In an aging population where life expectancy and the prevalence of chronic diseases increase, the need for physiotherapy for this population also grows. Faced with limited human and financial resources, Canadian publicly funded physiotherapy outpatient departments need to prioritize patients for care. However, implementation and consequences of these triage strategies are problematic (121, 122). In physiotherapy departments, several factors serve as criteria that influence decisions related to the management of wait lists; however, not all are equally weighted nor justified. Criteria include medical necessity, potential benefit, prognosis without

treatment and increased system efficiencies, as well as non-medical elements such as social, vocational and financial factors, vulnerability, cost-effectiveness and merit (121, 130, 134, 135). Which criteria ought to be used to prioritize general access to care (systemic, physical, financial)? How should patients with chronic conditions be prioritized relative to more acute cases? A range of important ethical issues are associated with these questions. It is important that there be a process by which criteria can be evaluated and implemented in a systematic and accountable fashion to decrease the potential for injustice (134). A method that is frequently employed to prioritize patients in public physiotherapy departments involves the assignment of “priority categories” (such as P1, P2....P5) (91, 124). Usually, patients with acute conditions, such as those who have recently had surgery or those who have had repetitive falls, are considered high priority (P1). Chronic conditions are often considered as the lowest priority (P5) (91, 124). A recent Ontario study revealed that some outpatient public physiotherapy departments categorically refused patients with chronic conditions (91). Ryyanen et al. found a similar prioritization paradigm in Finland with doctors and nurses, where severe diseases such as severe chronic bronchitis and emphysema tended to be prioritized, and persons with comorbid dementia were rated as lower priority (136). Further, Finnish attitudes of who should be prioritized differed between clinicians, administrators, politicians, and the general public (137). Students and newly graduated clinicians had a different attitude towards patients with chronic pain than more experienced clinicians, tending to favour those persons with longstanding problems. These differences between novice and senior physiotherapists are not exclusive to attitude, but also include differences in professional values and patient care practices. There is a transition process throughout the career where physiotherapists acquire skills and knowledge but also shape their values with the reality of their practice and institutional culture (138, 139).

Purpose

The aim of this study was to investigate entry-level physiotherapy students’ preferences when setting wait list priorities for outpatients in a home-care community-service context. Specifically, we were interested in preferences regarding patients with chronic pain.

Methods

The study design was a descriptive survey to investigate participants' preferences regarding prioritization of patients for physiotherapy management. Our sample consisted of 258 second year Canadian physiotherapy students enrolled in a professional entry-level program, who were taking a professional ethics course prior to their first clinical placement in 2009, 2010, and 2011. After a semi-structured small group discussion (average of 8 participants per group) regarding the rationale behind prioritization of patients, students were asked to individually complete a self-administrated questionnaire with 5 distinct scenarios (fictitious patient cases). Respondents were asked to prioritize the following patients according to 5 priorities: Priority 1 to 5; P1 being the highest priority and P5 the lowest priority:

- Patient A is an 87 year old male who has recently undergone a hip arthroplasty and has been discharged home. He is taking care of his wife. (Surgery-helper-A)
- Patient B is a 103 year old female who is at risk of falling. (Elderly-B)
- Patient C is a 57 year old woman with disabling chronic low back pain on a paid work leave. (Chronic-pain-C)
- Patient D is a 65 year old male who requires physiotherapy following a hip arthroplasty. He is active. (Surgery-active-D)
- Patient E is a 78 year old woman with cognitive impairments, at risk of falling. (Cognitive-impairments-E)

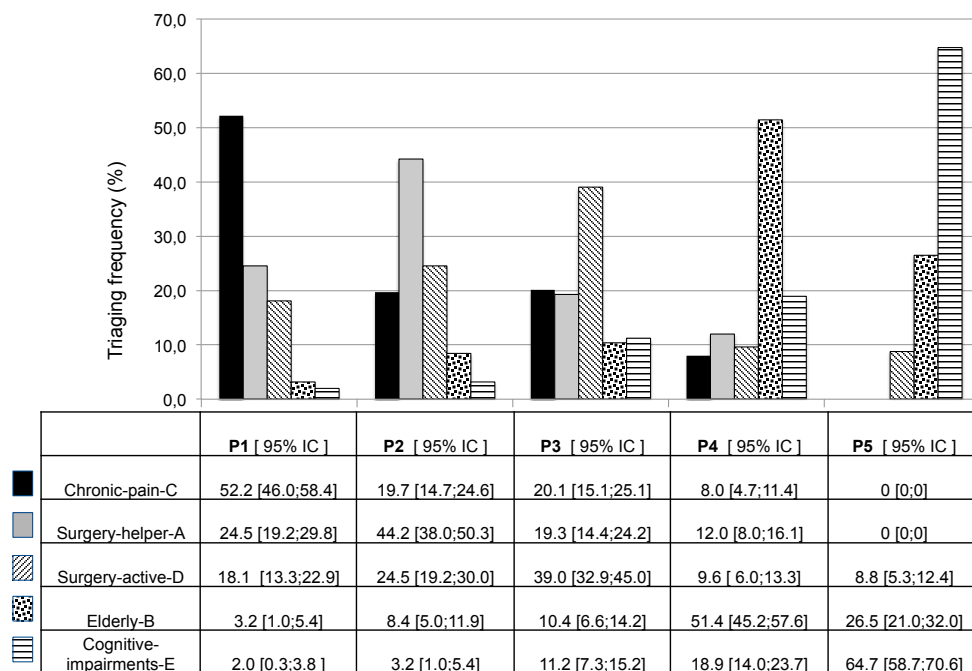
The same researcher gave the scripted instructions through a power point presentation and directed the data collection during the 3 years. This data collection was done prior to any formal teaching on practical justice issues, triaging ethical dilemmas or chronic pain ethical management. The fictitious cases correspond to typical cases seen in outpatient community-care; cases were developed and validated by 2 experienced physiotherapists working in Montreal home-care community-services. The questionnaire contained the clinical scenarios (Patients A to E) and one closed-ended question- « You are the only physiotherapist in your community-care setting and you need to prioritize these 5 patients according to the priority hierarchy P1 to P5; P1 being the highest priority and P5 the lowest priority ».

Data were analyzed using Microsoft Excel. We compared priority preferences for the five patients scenarios using chi-square analysis, with a level of statistical significance pre-set to 0.01. Ethical approval was obtained from the ethics committee of the University de Montréal (CERES).

Results

Altogether, 249 students filled out the questionnaires (response rate of 96.5%). Physiotherapy students prioritized the patient with chronic pain as the highest priority for receiving physiotherapy services 1st (P1) and post-operative patients as the next highest priorities to come off the wait list (P2, P3). For the two patients with hip arthroplasty, they favored the patient who was also a caregiver over an active patient. Lower priority was given to the patients who were elderly (P4) and cognitively impaired (P5). Chi-square analysis revealed a statistically significant difference between the different patient scenarios with respect to their priority category ($\chi^2_{16} = 931.0, p < 0.01$). The results are presented in Figure 1.

Figure 1. Patient prioritization preferences among entry-level physiotherapy students
(Priority 1 to 5; P1 being the highest priority and P5 the lowest priority)



Legend:

Chronic-pain-C	Patient C is a 57 year old woman with disabling chronic low back pain on a paid work leave.
Surgery-helper-A	Patient A is an 87 year old male who has recently undergone a hip arthroplasty and has been discharged home. He is taking care of his wife.
Surgery-active-D	Patient D is a 65 year old male who requires physiotherapy following a hip arthroplasty. He is active.
Elderly-B	Patient B is a 103 year old female who is at risk of falling.
Cognitive- impairments-E	Patient E is a 78 year old woman with cognitive impairments, at risk of falling.

Discussion

A patient with a diagnosis of chronic pain is prioritized by students over all other scenarios which contrasts with the literature that shows that chronic pain is the lowest priority among physiotherapy department triage tools (91, 124). Chronic pain is a complex situation, usually involving bio-psycho-social factors, and hardly attributable solely to structural dysfunction (140). This complexity can negatively bias clinicians against people with chronic pain. Often clinicians seek to treat patients who are easier to manage and those who respond more rapidly to treatment (141). Further, the severity of chronic pain can even sometimes be questioned (141). This bias is inversely proportional to the intensity of pain reported, where it is suggested that a patient with severe suffering will create more diagnostic uncertainty among clinicians (141). Thus, the bias can minimize the clinician's perception of the pain itself and its consequences (141). In a study with physiotherapy and occupational therapy students, pain intensity assessed using nonverbal cues (Facial Action Coding System) was reported more accurately if it was low intensity (141, 142). This tendency to underestimate pain through facial expressions may indicate a gap in the recognition and sensitivity to chronic pain of high intensity. Intuitively, one would think that experienced therapists would show a greater ability to judge the intensity of pain reported by patients. However, studies suggest the opposite: i.e. experience seems to predispose clinicians to discredit the pain of their patients (141) or underestimate its intensity as compared to self-report by the patient (141, 143). Therapists with experience in treating patients with shoulder pain underestimated the level of pain compared to students without experience (144).

There are some limitations in the study methodology, as other characteristics of the patients have not been controlled such as age or gender. This was done to maintain the reality and credibility of the scenario but it may introduce confounding factors. Clinical judgment is vulnerable to various non-clinical biases, including patient characteristics such as socioeconomic status, race, gender (141, 143, 145) or the clinician's work experience (141). Moreover, the rationale behind these prioritization preferences has not been explored through the study design.

Conclusion

A patient with a diagnosis of chronic pain is prioritized at the highest level by physiotherapy students. Many biases can serve to discredit chronic pain, which in turn can affect access to care for these patients. The literature shows that chronic pain is the lowest priority according to physiotherapy department triage tools. This disparity is perpetuated in physiotherapy care triage policies by favoring access for patients with acute diseases and neglecting those with chronic conditions. There may be a shift in preferences towards patients with chronic pain between the theoretical (student) phase and the practical (clinician) phase. This study serves as the basis for future studies in this field, notably exploration of triage preferences among practicing physiotherapists and evaluation of existing triage tools currently in use. Ultimately, triage based on evidence will have a positive impact on patient outcomes, i.e. ensuring that patients are seen in a timely fashion should maximize outcomes and prevent complications. The Canadian Pain Summit recently developed a National Pain Strategy to try to address this problem issuing the statement that “the management of chronic pain is critical for good health and quality of life” and that “it’s time for Canadians to rise up against pain and address the gaps that exist in pain management and to minimize its burden on Canadians living with pain, their families and society” (146). Physiotherapists must take an active role as care providers for Canadians. It is time for physiotherapists to question their triaging paradigm and ensure that these processes are based on evidence and not on bias.

Dans cette étude pilote, il a été possible d'observer une différence entre les choix de priorisation des étudiants (qui priorisent un patient avec de la douleur chronique) et les systèmes de priorisation dominants (qui priorisent les patients avec des affections aiguës). On peut s'interroger sur ce qui explique ces différences. Ainsi, cette étude démontre l'importance d'explorer la perspective des professionnels de la physiothérapie pour mieux comprendre le rationnel qui sous-tend les décisions d'allocation des ressources.

Les listes d'attentes

Dans une vision très mécanique, la liste d'attente est une file de personnes attendant leur tour pour une prise en charge (147). La liste d'attente est une liste constituée des demandes pour l'obtention de services de physiothérapie qui sont parvenues au département alors que toutes les places disponibles étaient déjà occupées. Ainsi, la liste d'attente implique que la demande est supérieure aux ressources disponibles. Cette liste d'attente est souvent la partie visible d'un problème ; elle indique que certains patients ne reçoivent pas en temps opportun les services requis par leurs besoins cliniques (148).

Dans le contexte occidental actuel, que ce soit à Londres ou à Montréal, les patients classés dans la catégorie « non urgent » (soit les patients avec des affections chroniques) attendent plusieurs mois avant d'être pris en charge (114, 125, 149-154). Bien que cette situation n'ait pas été documentée de façon systématique, il apparaît que certaines cliniques externes de physiothérapie dans les centres hospitaliers publics canadiens n'acceptent plus les patients avec des affections chroniques (91, 150). La situation québécoise n'est guère plus reluisante. Delaurier et collègues (2013) ont fait une étude sur la prise en charge des patients souffrant d'arthrite en cliniques externes de physiothérapie et ils ont montré que 24 % des patients ont attendu plus d'un an et que 22 % ont été refusés (150). Une autre étude plus récente de Deslauriers et collègues (2016) confirme un temps d'attente maximum supérieur à 12 mois dans près de 60 % des cliniques externes de physiothérapie québécoises, et ce, peu importe la raison de consultation (100). Dans une étude par vignettes cliniques de Orozco et collègues (2017), le Québec s'est démarqué des autres provinces canadiennes en ayant les temps d'attente les plus élevés et le plus grand pourcentage de gens refusés dans les cliniques externes de physiothérapie (155). Par contre, les patients québécois étaient vus plus longtemps pour leur évaluation et pour leurs traitements que dans les autres provinces (155). La

répercussion de ce système de priorisation est l'absence de services pour une portion significative de la population.

Le livre blanc *Garantir l'accès: un défi d'équité, d'efficience et de qualité* (14), un document de consultation publique préparé par le gouvernement du Québec, discute de diverses propositions dont l'objectif est de garantir aux citoyens un accès aux soins en temps opportun. Selon ce livre blanc, le problème spécifique des listes d'attente est directement lié à une capacité de production insuffisante du système public (14). Doit-on comprendre que les listes d'attente dans les cliniques externes de physiothérapie dans le secteur public seraient liées à une incapacité de production des professionnels de ces établissements? Il est difficile de déterminer à partir d'une seule donnée si le temps d'attente est approprié en fonction du besoin, car cette liste est aussi établie en fonction d'autres facteurs non cliniques (disponibilité du personnel, financement, etc.) (129). Le lien de causalité entre la capacité de production du réseau et la liste d'attente est d'ailleurs contesté par Contandriopoulos et collègues (2006) dans un mémoire déposé à la *Commission des Affaires Sociales* (156). Ils soulignent que la source du problème est complexe. Ces auteurs soulèvent quelques questions : est-ce que les patients sur la liste d'attente en ont tous réellement besoin (critères d'admissibilité et priorisation adéquate), ont-ils changé de portrait clinique depuis qu'ils sont sur cette liste (résolution ou aggravation du problème) ou pourraient-ils davantage bénéficier d'une autre intervention (groupes d'exercices plutôt que traitement individualisé). Harding et collègues (2017) arrivent à la même conclusion suite à des entrevues avec des gestionnaires de cliniques externes de diverses professions. Bien que la demande soit un facteur influençant le délai d'attente, d'autres facteurs comme les processus interne ou encore l'attitude du personnel contribuent à l'accès aux services (157). Aussi, une étude a montré à Terre-Neuve/Labrador que 52 % des patients sur la liste d'attente de huit cliniques externes de physiothérapie ne désiraient pas être suivi en physiothérapie (158). En fait, le problème n'est pas la liste d'attente elle-même, mais plutôt l'obtention des soins requis en temps opportun en fonction des besoins cliniques d'une part et l'inquiétude liée à l'équité dans l'allocation des ressources d'autre part.

Enjeux éthiques : les conséquences des longs délais d'attente pour les patients

Le long délai d'attente – parfois plus d'un an – ou l'impossibilité d'obtenir des services en physiothérapie entraîne des conséquences importantes pour la santé des individus non

priorisés qui ont besoin de physiothérapie pour les aider à gérer leurs douleurs et à maximiser leurs fonctions (91, 126, 159-162). Ces personnes pourraient voir leur affection se chroniciser, ce qui pourrait avoir des conséquences majeures sur leur qualité de vie et sur leur productivité sociale, par exemple en compromettant leur retour au travail (92). Cette perte de productivité, ainsi que les frais directs associés aux suivis médicaux additionnels (nouvelle chirurgie, consultation médicale, médicaments), causent inévitablement des coûts importants pour la société (92). En Ontario, une étude de Landry et collègues (2006) a montré que suite à une réduction de l'accès aux services de physiothérapie, les patients qui avaient pu recevoir des services de physiothérapie avaient 10 fois plus de chances de rapporter une amélioration de leur état de santé, avec une bonne ou une excellente santé, comparativement à ceux qui n'avaient pas reçu de services (163).

Bien qu'anecdotique, une plainte reçue par le Protecteur du citoyen du Québec illustre bien le problème : une citoyenne a subi une arthroplastie au genou et, suite à son retour à domicile, elle a dû attendre durant 19 jours avant d'obtenir un suivi en physiothérapie. Le long délai pour recevoir ses services a eu une incidence sur sa guérison et elle a dû subir une deuxième chirurgie (87).

Les écrits scientifiques mettent en évidence qu'une prise en charge rapide en physiothérapie est associée à une réduction de la douleur et une diminution du risque d'être aux prises avec une douleur chronique (164-166), à un retour au travail plus rapide (167) et à une réduction des coûts d'utilisation d'autres services dans le système de santé (168-171). Les patients ne recevant pas leurs services de physiothérapie en temps opportun connaissent des répercussions importantes sur leur santé physique, mentale et financière (87, 172, 173). À ce propos, plusieurs études ont documenté pour une population avec des douleurs lombaires que recevoir des traitements de physiothérapie rapidement (dans les 15 premiers jours suivant l'épisode) était associé à moins de tests d'imagerie, moins de visites médicales, moins de chirurgies et moins de prise de médicaments pour gérer leur douleur (164, 169, 170, 174).

L'allocation des ressources a aussi une influence sur la satisfaction des patients, un indicateur de la qualité des soins (175). Effectivement, non seulement l'attente peut avoir des conséquences, mais un congé hâtif peut également avoir des conséquences importantes. Le

patient pourrait ne pas atteindre son plein potentiel ou avoir des complications et des incapacités secondaires (176).

Enjeux éthique liés aux décisions d'allocation des ressources chez les professionnels de la santé

La détresse morale

Ces décisions d'allocation des ressources sont complexes et peuvent entraîner de la colère, de la frustration et de l'anxiété chez les professionnels (44, 148). L'allocation des ressources en physiothérapie soulève des préoccupations liées à l'équité et à la justice, et peut être la source d'enjeux éthiques pour les cliniciens et le personnel administratif lors des décisions associées à la priorisation (122, 123, 125, 130, 131, 177-179) et au congé (180-183). Les contraintes provenant de politiques ou de pratiques institutionnelles peuvent empêcher certains professionnels d'agir pour le bien-être de leur patient en cohérence avec leurs valeurs professionnelles ou leur conscience morale (125, 184), ce qui peut engendrer une détresse morale¹⁹ (148, 185-187). Cette détresse morale peut entraîner l'épuisement professionnel ou même la démission de ces professionnels (178, 188-190). Bien qu'anecdotique, ceci est illustré par Glouberman et collègues (2006) alors qu'une physiothérapeute a décidé de prendre une retraite hâtive, incapable de vivre une restructuration limitant le nombre de traitement maximal pour la clientèle (191).

Les pressions externes

Dans un contexte de ressources limitées, il peut arriver que des pressions soient exercées pour que des personnes n'ayant pas de besoins cliniques urgents puissent court-circuiter la liste d'attente dans le but d'obtenir des services plus rapidement (148). Bien que cela n'ait pas été documenté en physiothérapie, plusieurs études dans d'autres domaines comme la médecine, l'ergothérapie ou les soins infirmiers mettent en évidence que la pression des supérieurs (125, 192-194), des cliniciens référents (192, 194-196) et de la famille (192, 195-197), ainsi que la menace de poursuite (192, 194, 195) ou la crainte de sanctions disciplinaires (193) viennent influencer le processus décisionnel.

¹⁹ Cette détresse se présente alors qu'une barrière se dresse empêchant une action qui devrait être réalisée pour agir en cohérence avec une valeur éthique (25).

Manipulation des règles

D'ailleurs, certains professionnels peuvent décider de contourner certaines règles pour agir en cohérence avec leurs valeurs. Une situation vécue par des ergothérapeutes au Royaume-Uni a été discutée dans les écrits par Sackley et Lett (198). Les autorités fournissaient des équipements pour les personnes à mobilité réduite; cependant, il existait des inégalités dans l'accès à ces équipements en fonction de la localisation géographique des patients. Les auteurs l'appellent la « loterie du code postal » alors que certains patients étaient injustement désavantagés en fonction de leur lieu de résidence plutôt qu'en fonction de leurs besoins. Goulet et Drolet (2017) ont également documenté cela alors qu'un ergothérapeute travaillant au privé rapporte « jouer un peu avec la grille » fournie par un tiers payeur pour s'assurer que son patient puisse recevoir l'aide requise à ses besoins réels (199). Ces injustices incitent les cliniciens à manipuler les règles considérées injustes pour répondre aux besoins de leurs patients. D'ailleurs, Morreim (1991) explique que cette manipulation des règles, bien que moralement discutable, est une façon indirecte pour les professionnels de la santé d'exercer leur pouvoir sur des restrictions imposées par des tiers partis entravant leur obligation d'offrir les meilleurs soins possibles à leurs patients (200).

Les conséquences des listes d'attente pour les institutions : un outil pour favoriser une saine gestion?

La gestion d'une liste d'attente en contexte de ressources limitées implique que les professionnels doivent consacrer une partie de leur temps à cette gestion, plutôt qu'aux traitements des patients (148, 158). Malgré cela, il pourrait être souhaitable pour une institution d'avoir une liste d'attente, car cette dernière a diverses fonctions. D'abord, la liste d'attente permet de contenir les coûts associés au système de santé (201, 202). En effet, malgré que le gouvernement parle formellement de l'accès au système de soins, celui-ci a également comme objectif de contenir les coûts (202). Un système bien financé avec de petites listes d'attente et un haut niveau de satisfaction de la clientèle verrait les demandes exploser (203). Alors, même si le système de santé pouvait offrir à chaque patient tous les traitements pouvant lui être bénéfiques, cela ne serait pas désirable, car cette approche siphonnerait les ressources d'autres biens communs tels que l'éducation (204, 205).

La liste d'attente permet d'assurer une bonne productivité du système. Les professionnels de la santé, pour avoir un bon rendement, doivent limiter les temps « morts » lors des périodes où se présentent un plus petit volume de patients (196, 201); la liste d'attente assure qu'ils soient toujours occupés.

Dans un autre ordre d'idée, cette même liste d'attente porte un certain capital symbolique de prestige montrant qu'un professionnel est très en demande. La liste d'attente peut donc servir de moyen de pression lors de négociations avec l'employeur ou le gouvernement en vue d'obtenir plus de ressources (196).

Surtraitement : Une allocation de service plus intense pour certains patients

La coexistence de plusieurs sources de financement (RAMQ, CNESST, etc.) crée une inégalité lors de l'allocation des ressources (92, 93). Cette iniquité concerne non seulement l'accès aux soins (une prise en charge plus rapide), mais également la distribution des services. En effet, une fréquence et une durée plus importantes ont été documentées essentiellement dans la littérature grise. Cette situation a été dénoncée dans un rapport important de l'Association québécoise de physiothérapie (AQP) sur l'état de la situation des services publics de physiothérapie. Ce document a été déposé dans le cadre d'une consultation publique organisée par feu le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) au début de l'année 2016 (92). Le rapport de l'AQP dénonce l'inégalité dans l'accès aux soins, en particulier pour les patients qui ne sont pas bénéficiaires d'un agent payeur ou qui ne possèdent pas d'assurances privées (92). Par exemple, un accidenté du travail aura accès au service d'un physiothérapeute avec peu de délais d'attente, tandis qu'un autre accidenté non couvert par un agent payeur devra attendre plusieurs mois avant d'avoir accès au service, et ce, sans évaluation de leurs besoins cliniques respectifs (92, 93). Dans le secteur public, la CNESST a des ententes avec les départements de physiothérapie qui fournissent des services aux patients couverts par l'indemnisation des travailleurs. Les clauses de ces ententes indiquent les montants des remboursements, mais également les délais d'attente maximaux pour une prise en charge (206). D'ailleurs, Mme Lanthier (1998), une ancienne présidente de l'OPPQ, déplore cette situation (207). La même situation a été documentée en ergothérapie (208) et en médecine alors que les listes d'attentes pour des chirurgies sont court-circuitées par les accidentés du travail (209).

Selon une revue médiatique, les patients couverts par un agent payeur (ex. CNESST) semblent bénéficier d'une fréquence et d'une durée des traitements plus élevées que les autres patients, et ce, sans égard à leurs besoins cliniques (93). Ainsi, si deux patients se présentent en physiothérapie avec le même problème, le nombre de traitements offerts au travailleur couvert par un agent payeur pourrait être supérieur à celui du patient qui se serait blessé à la maison. Effectivement, une revue de presse des articles médiatiques publiés entre les années 1988 et 2013 a permis d'identifier 219 articles traitant de l'interaction entre les professionnels

de la physiothérapie et les agents payeurs québécois (93). Le TVA Nouvelles rapportait une étude du groupe Secor (réalisée à la demande de la CNESST) qui montrait qu'environ 40 % des lésions professionnelles nécessitent moins de 20 traitements, alors que la moyenne oscille plutôt autour de 50 (210). En consultant les décisions disciplinaires de l'OPPQ, on se rend compte que la multiplication de traitements n'est pas rare. Le surtraitement peut diminuer la motivation des patients et les rendre dépendants des traitements en entretenant la croyance que seule la physiothérapie peut les soulager (51).

Bien que ces problèmes de surtraitement soient documentés uniquement dans la littérature grise avec la clientèle indemnisée par les agents payeurs, on peut se demander ce qui sous-tend cette pratique. Est-ce que cette situation est exclusive à la clientèle indemnisée par les agents payeurs? Le professionnel de la physiothérapie prend-il des décisions professionnelles (intérêt du patient) ou des décisions commerciales (intérêts financiers)? Les décisions d'allocation des ressources peuvent être complexes et les professionnels de la santé ont une responsabilité face à celles-ci : ils ont l'obligation de justifier leurs décisions et seront imputables de leurs choix si ceux-ci sont jugés inappropriés (193). Dans ce cas, qu'est-ce qui explique la variation dans les décisions d'allocation des ressources? Comment peut-on distinguer une allocation de ressource appropriée aux besoins du patient d'une multiplication de traitements, soit un nombre de traitement disproportionné? Est-ce que les professionnels de la physiothérapie sont jugés comme seuls responsables ou est-ce que les problèmes institutionnels sont considérés par le conseil de discipline des ordres professionnels?

Pour explorer davantage les facteurs influençant l'allocation des ressources dans les situations de multiplication de traitements, une analyse thématique de la jurisprudence a été réalisée afin de comprendre les normes minimales de la pratique au Québec en lien avec les décisions d'allocation des ressources, telles que déterminées par le conseil de discipline de l'OPPQ.

Facteurs influençant la multiplication de traitements en physiothérapie : une analyse thématique de la jurisprudence québécoise

Laliberté, M. *BioéthiqueOnline*, 2017; 6(3).

Abrégé

La physiothérapie est touchée par un problème de multiplication de traitements; la fréquence des traitements ou leur durée peuvent être inappropriées ou disproportionnées face aux besoins du patient. La multiplication de traitements peut avoir des conséquences financières, physiques, psychologiques et sociales. Pour explorer les facteurs influençant la fréquence et la durée des traitements dans les situations de multiplication de traitements, une analyse thématique de la jurisprudence a été réalisée. Certains facteurs cliniques et non cliniques influençant la fréquence et la durée des traitements ont pu être identifiés par cette analyse thématique de la jurisprudence. Les facteurs cliniques impliquent que l'allocation des ressources soit guidée par la condition et l'évolution du patient. Les facteurs non cliniques peuvent inclure la pression des employeurs, les demandes des autres professionnels de la santé ou les conflits d'intérêts de type financier. Cette analyse thématique de la jurisprudence est une première étape pour comprendre ce qui motive les décisions cliniques d'allocation des ressources des professionnels de la physiothérapie. Cette démarche est essentielle pour mettre en place des politiques et des normes de pratique soucieuses du contexte de pratique et des normes éthiques, déontologiques et légales qui animent la profession.

Introduction

La multiplication de traitements (aussi appelé surtraitement) est un problème qui a été documenté en physiothérapie (211, 212), tout comme dans plusieurs champs de pratique de la médecine (213-216). On parle de multiplication de traitements lorsque le nombre de traitements, soit la fréquence ou la durée des traitements, est inappropriées aux besoins du patient ou disproportionnées par rapport à ce qui est requis pour atteindre l'objectif clinique visé (217). Bien que le nombre moyen de traitement par patient varie entre 5 et 13 dans les cliniques externes de physiothérapie (212, 218-221), on observe qu'ils peut s'élever jusqu'à 330 dans certains cas (218). Selon le bureau du syndic de l'Ordre professionnel de la

physiothérapie du Québec (OPPQ)²⁰, le Québec n'est pas épargné par ce problème (222). Effectivement, selon une revue de presse québécoise, les patients dont le coût des soins est défrayé par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)²¹, semblent avoir une intensité de traitement plus élevée en terme de fréquence et de durée que ceux qui ne bénéficient pas de cette couverture, et ce, sans égard à leurs besoins cliniques (93). Ainsi, deux patients qui se présentent en physiothérapie avec le même problème pourraient recevoir un nombre de traitements différent.

Les conséquences de la multiplication de traitements peuvent être sociales et financières (211, 216, 223, 224). En plus des coûts directs pour les traitements, il s'agit d'un gaspillage de ressources qui pourraient être mieux utilisées ailleurs (223). De plus, il y a potentiellement des conséquences physiques et psychologiques iatrogéniques associées aux modalités de traitements elles-mêmes (211, 216, 222, 223, 225). Par exemple, le bureau du syndicat de l'OPPQ soutient dans un avis envoyé à tous ses membres en 2010, qu'une multiplication de traitements peut entraîner la chronicisation d'une condition physique et que cette pratique pose un risque pour la réputation de la profession (222).

Les décisions d'allocation des ressources en lien avec la fréquence ou de la durée optimale des traitements fluctuent beaucoup et les causes de cette disparité ne sont pas bien documentées. Effectivement, plusieurs facteurs peuvent influencer l'allocation des ressources²² et ainsi, le problème de multiplication de traitements. Par exemple, le processus décisionnel menant au congé d'un patient est complexe et n'est pas basé sur des stratégies prédéfinies applicables à tous les cas en physiothérapie (226, 227). Baldwin (2015) (211) plaide qu'un retour à un seuil fonctionnel et à une bonne qualité de vie pourrait être un critère intéressant pour la pratique en physiothérapie. Cependant, pour des patients avec des conditions similaires, certains professionnels de la physiothérapie vont traiter jusqu'à l'atteinte

²⁰ Au Québec, les professionnels de la physiothérapie, soit les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique (T.R.P.), doivent être membres de l'OPPQ. L'OPPQ a pour mandat d'assurer la protection du public à travers la surveillance et le contrôle de la pratique professionnelle de ses membres. Ce mandat lui est conféré par le Code des professions (L.R.Q., chapitre c-26).

²¹ Organisme anciennement appelé la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

²² Dans cet article, l'allocation des ressources fait référence aux décisions concernant la meilleure façon pour un professionnel de la physiothérapie ou un département de physiothérapie de distribuer les ressources pour un patient ou pour un groupe de patients.

du fonctionnement de base antérieur, d'autres jusqu'à ce qu'à ce que le degré fonctionnel soit adéquat, et certains jusqu'au rétablissement complet (227).

En physiothérapie, il y a une absence de repères spécifiques relatifs à l'allocation des ressources, qui résulterait d'une réflexion collective et exprimerait un consensus ou une norme de pratique reconnue. Les guides de pratique donnent des balises sur les modalités thérapeutiques, mais demeurent lacunaires sur la fréquence ou la durée de traitements qui seraient optimales. Le code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique (L.R.Q., c. C -26, a. 87) énonce à cet effet des normes minimales en ce qui concerne l'allocation des ressources. Par exemple, l'article 6 stipule que « le membre doit exercer sa profession selon les normes généralement reconnues par la science et la pratique de la physiothérapie » et l'article 19 stipule que « le membre doit éviter de poser ou de multiplier sans motif raisonnable des actes professionnels dans l'exercice de sa profession et doit s'abstenir de poser un acte inapproprié ou disproportionné au besoin de son client ». De plus, l'article 20 du code de déontologie oblige à consulter un autre professionnel si l'état du patient l'exige : « Le membre doit reconnaître en tout temps le droit du client de consulter un autre membre, un autre professionnel ou une autre personne compétente. Si l'état du client l'exige, le membre doit consulter un autre membre, un autre professionnel ou une autre personne compétente ou le diriger vers l'une de ces personnes. »

Pour documenter les facteurs influençant la fréquence et la durée des traitements dans les situations de multiplication de traitements, une analyse thématique de la jurisprudence a été réalisée. La jurisprudence est composée de l'ensemble des décisions disciplinaires. Effectivement, chaque ordre professionnel québécois a un conseil de discipline qui a le mandat d'entendre les plaintes formulées contre un professionnel soupçonné d'avoir commis des infractions aux règlements de son ordre professionnel. Les décisions disciplinaires rendues incluent certains éléments de la preuve permettant de déterminer la conformité ou la non-conformité de la pratique du professionnel ainsi que les sanctions imposées, le cas échéant (228, 229). La preuve peut inclure des informations de diverses sources (avis d'experts, littérature scientifique). Ainsi, cette analyse thématique de la jurisprudence a pour but de définir ce qu'est une multiplication de traitements pour le conseil de discipline de l'OPPQ et de quelle façon elle est objectivée. Elle vise également à identifier certains facteurs

contribuant à ce phénomène. Effectivement, bien que chaque décision disciplinaire cible le comportement individuel d'un professionnel dans un contexte particulier, la jurisprudence nous permettra d'observer certains facteurs systémiques au problème de multiplication de traitements. Ce faisant, nous pourrions identifier certaines avenues de solutions pour mieux gérer l'allocation des ressources en physiothérapie.

Méthode

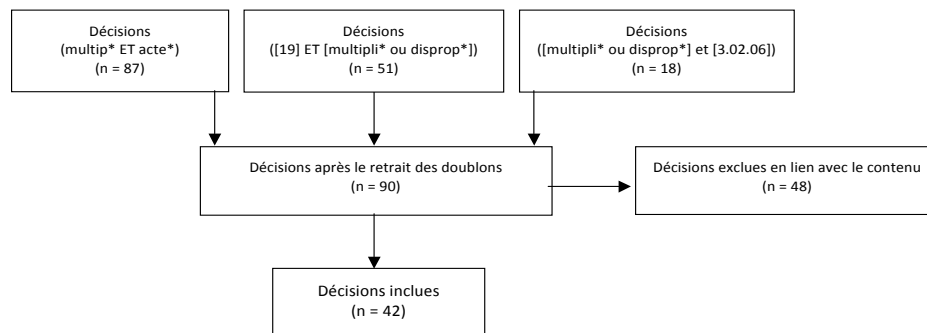
Cette étude a utilisé un devis qualitatif considérant qu'il vise à mieux comprendre un phénomène où plusieurs variables sont encore peu documentées (230, 231). La méthode choisie fut l'analyse thématique descriptive qui permet d'identifier, d'analyser et de rapporter des thèmes qui décrivent un phénomène (232, 233). Cette méthode permet d'organiser les données pour que leur description minutieuse contribue à l'interprétation d'un phénomène (233).

L'analyse de la jurisprudence a été effectuée à la fin février et au début mars 2016, sur le site de l'Institut canadien d'information juridique (CanLii.org) dans la section dédiée au Tribunal administratif du conseil de discipline de l'OPPQ. Le moteur de recherche de CanLii.org répertorie les décisions depuis 2002 pour le Tribunal administratif du conseil de discipline de l'OPPQ.

Une première étape de la collecte de décisions disciplinaires a été faite avec une recherche ciblée par mots-clés (multip* ET acte*). Cette recherche a permis de recueillir 87 décisions disciplinaires. De ces décisions, 2 étaient des doublons et 44 ne concernaient pas la multiplication de traitements. Par la suite, une deuxième étape a été faite avec une recherche par mots-clés avec l'article 19 du code de déontologie ([19] ET [multipli* ou disprop*]) qui a permis d'identifier 51 décisions. De celles-ci, 46 étaient des doublons de notre première étape de collecte, 4 ont été exclues, car elles ne concernaient pas la multiplication de traitements. Une troisième étape a été faite avec une recherche par mots-clés ([multipli* ou disprop*] et [3.02.06]) et celle-ci a permis d'identifier 18 décisions, avec l'article 3.02.06 de l'ancienne version du code de déontologie, mais toutes les décisions disciplinaires identifiées étaient des doublons des recherches précédentes. Ainsi, 42 décisions ont été analysées au total (voir

Figure 2). La stratégie de recherche a été validée auprès d'une bibliothécaire de la bibliothèque de la faculté de Droit de l'Université de Montréal.

Figure 2. Diagramme illustrant les phases de la collecte de données



Les décisions disciplinaires retenues ont été analysées à l'aide d'une grille qui inclut des informations plus descriptives comme le code d'identification, la date des incidents, l'âge et la profession du professionnel de la physiothérapie visé (physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique, T.R.P.). Des informations liées à la faute et la culpabilité, les facteurs aggravants et atténuants identifiés par les différentes parties, la définition donnée au phénomène de la multiplication de traitements ainsi que la méthode visant son objectivisation ont aussi été incluses dans notre analyse. L'extraction a d'abord été faite par une assistante de recherche puis l'ensemble des décisions a été révisé et bonifié par l'auteure. L'analyse thématique a été utilisée pour identifier les relations et les thèmes récurrents parmi les données analysées pour répondre à l'objectif de recherche. Les résultats de l'analyse ont été validés par deux chercheurs de l'Université de Montréal.²³

Résultats

D'abord, une définition sommaire du phénomène de la multiplication de traitements, sous l'angle du conseil de discipline de l'OPPQ (ci-après le Conseil), sera présentée. De plus, les moyens utilisés pour établir la preuve dans les décisions disciplinaires liées à la multiplication de traitements seront décrits. Ensuite, les divers facteurs contribuant à la multiplication de traitements identifiés par l'analyse thématique de la jurisprudence seront exposés.

²³ Bryn Williams-Jones est professeur et directeur des programmes de bioéthique; il est spécialisé dans les questions de conflits d'intérêts. Debbie E. Feldman est professeur à l'École de réadaptation et se spécialise dans les questions d'accès aux services de physiothérapie.

Définition de la multiplication de traitements et moyens utilisés pour établir la preuve

Selon le Conseil, la multiplication de traitements consiste en une plus grande répétition de traitements que ce qui est requis par la condition ou l'évolution clinique du patient. Ainsi, selon le Conseil, ces traitements sont qualifiés d'inappropriés, inutiles et/ou excessifs. Effectivement, dans les décisions analysées, un très grand nombre de traitements a pu être prodigué à certains patients (plusieurs centaines de traitements pour un même patient), dénotant le caractère excessif de cette pratique. Par exemple, certains professionnels de la physiothérapie ont prodigué plus de 250 traitements, parfois même jusqu'à 494 traitements, sur des périodes de temps variant de 13 à 24 mois (234-237).

Dans les décisions analysées, le Conseil a utilisé divers moyens pour déterminer s'il y avait multiplication de traitements ou non. Par exemple, pour pouvoir déterminer les normes de pratiques actuelles, le Conseil a parfois fait appel à l'avis d'un expert (234, 238). Les experts, dans les décisions analysées, étaient des cliniciens reconnus détenant une spécialisation en lien avec les thèmes abordés. Les écrits scientifiques ont aussi été invoqués, à la fois pour préciser les normes de pratiques (238, 239), mais aussi pour soulever le manque ou l'imprécision des données probantes pour baser la pratique clinique (238, 239). Par exemple, les écrits suggèrent que l'ultrason soit utilisé sans interruption un maximum de 15 traitements selon certains auteurs, et pouvant aller jusqu'à 30 selon d'autres (238). Finalement, l'outil le plus régulièrement utilisé est le dossier clinique, où sont consignées les notes du clinicien (234, 236, 238, 240-242). Celles-ci permettent d'explicitier le raisonnement à la base des décisions cliniques d'allocation des ressources des professionnels de la physiothérapie.

Facteurs contribuant à la multiplication de traitements

De façon générale, on constate que les décisions disciplinaires ont impliquées 27 femmes et 15 hommes, 23 T.R.P. et 19 physiothérapeutes dont 36 étaient des cliniciens et 6 étaient des propriétaires ou des gestionnaires de cliniques privées. Le niveau d'expérience des professionnels variait beaucoup et n'était pas consigné de façon constante (5 avaient moins de 3 ans d'expérience; 10 avaient entre 3 et 8 ans d'expérience; 4 avaient plus de 21 ans d'expérience; dans 23 cas, cette information n'était pas disponible). Les décisions concernaient non seulement des cliniciens (physiothérapeutes et T.R.P.) pour leur pratique individuelle de multiplication de traitements, mais également des collègues qui n'ont pas

dénoncé ces pratiques (239, 243) et des employeurs des thérapeutes qui ont encouragé les pratiques ou qui n'ont pas agi pour les empêcher (244, 245), et ce, peu importe s'ils retireraient ou non un avantage personnel (financier ou autre) de ces pratiques.

Tableau 1. Facteurs contribuant à la multiplication de traitements

Niveau	Facteurs
<i>Professionnel (micro)</i>	Type de modalités de traitement (modalités passives) Traitement non-indiqué en fonction de la condition du patient Stabilité de la condition du patient malgré les traitements
<i>Département (méso)</i>	Cliniques privées Comportement de l'employeur (encourage la pratique, pression directe, n'empêche pas la pratique) Comportement des collègues (ne dénonce pas la situation, continue les traitements inutiles) Comportement des médecins traitants qui prescrivent la poursuite des traitements
<i>Institutionnel (macro)</i>	Normes ou politiques des agents payeurs (ex. CNESST)

Certains facteurs influençant la multiplication de traitements sont liés directement aux décisions du professionnel face au traitement clinique de son patient. D'abord, on constate que les multiplications de traitements impliquent généralement des modèles récurrents d'application de modalités passives, administrées en série, comme la chaleur, le massage, l'ultrason, le neurostimulateur électrique transcutané (TENS), le microcourant, le courant interférentiel, le bain-tourbillon et les tractions. En plus de ne pas améliorer la condition du patient, ces traitements multipliés pourraient lui nuire (234, 238-240). Par exemple, il y a des effets potentiellement néfastes à recevoir des traitements inefficaces sur une longue période, dont un risque de chroniciser le problème. Aussi, des ultrasons administrés sans interruption avec un dosage excessif pourraient être nocifs pour un patient (234, 238, 240).

Il est essentiel que les traitements soient indiqués pour la condition du patient. Par exemple, il a été reconnu comme inapproprié d'utiliser une modalité thérapeutique comme un courant électrique de type iontophorèse²⁴ pour réduire les calcifications, soit dissoudre les dépôts de calcium, chez un patient ayant un rapport de radiologie normal sans dépôt de calcium (246).

²⁴ L'iontophorèse est une modalité d'électrothérapie qui consiste en un courant électrique continu et constant qui est utilisé pour traiter des problèmes d'inflammation, de douleur ou de calcification (source : <http://www.electrologie.umontreal.ca>).

Il doit y avoir un effet positif sur la condition du patient avec le traitement (241). Ainsi, lorsque le patient est stable et qu'il n'y a plus d'évolution, c'est-à-dire qu'il ne montre plus de gains réels ou d'amélioration, on considère que le plan de traitement devrait être modifié ou que les traitements devraient cesser (234). D'ailleurs, une décision indique que « les traitements faits [...] auraient dû être suspendus au moment où c'était clair que le patient n'évoluait pas » (240). La stabilisation de la condition du patient est évaluée à partir de différents éléments comme l'évaluation objective, l'état initial du patient et son évolution, la progression des traitements (234). Alors, le comportement attendu du clinicien serait de réévaluer régulièrement l'état de son patient, et ce, en fonction des données objectives telles que les tests cliniques et son jugement clinique, puis documenté au dossier (238). Cette réévaluation permet au professionnel de valider l'efficacité des modalités thérapeutiques et de modifier le plan de traitement, s'il y a lieu. En outre, il peut être indiqué de suspendre les traitements de physiothérapie, de référer le patient à un collègue ayant une expertise plus spécifique ou de suggérer au médecin référent l'arrêt des traitements (235, 238, 247-256). Il faut toutefois préciser que dans certaines situations, la poursuite des traitements en physiothérapie est justifiée même en l'absence d'une évolution positive du patient. Ainsi, un patient pourrait nécessiter une plus longue période de traitement, et ce jusqu'à la consolidation de sa blessure (236).

Deuxièmement, certains facteurs influençant la multiplication de traitements sont liés aux pratiques départementales. Il importe de souligner que la totalité des cas de multiplication de traitements se sont déroulés dans des milieux privés (n=42/42). Certains cliniciens qui remplaçaient des collègues pendant des vacances ont été reconnus coupables de multiplication de traitements même s'ils n'étaient pas responsables de l'ensemble des traitements administrés (247). Ainsi, le Conseil montre qu'il est essentiel de considérer les traitements préalables et d'utiliser le jugement clinique lors de chacun des traitements. Certains propriétaires de clinique ont mis une pression directe ou indirecte sur leurs employés pour prolonger la durée totale et la fréquence des traitements (237, 241, 249, 250, 257). Cependant, le Conseil a statué que le fait qu'un employeur ait demandé de multiplier les traitements ne constituait pas une excuse valable pour justifier le comportement de l'employé (237, 241, 249, 250, 257). Les médecins traitants peuvent également encourager cette pratique en exigeant la

poursuite de traitements en physiothérapie malgré que le professionnel désire les cesser (234, 258). Le Conseil, à travers maintes décisions, lance un message clair : les physiothérapeutes et les T.R.P. sont des professionnels autonomes dans leur champ d'exercice et ils sont responsables de mettre fin au traitement lorsque les objectifs sont atteints ou lorsqu'il y a une stabilisation de la condition du patient. Ils ne peuvent pas, sous aucun prétexte, accepter de continuer des traitements inutilement même si cela est exigé par un tiers qu'il s'agisse d'un employeur (237, 241, 249, 250, 257) ou de tout autre professionnel de la santé tel que le médecin traitant (234, 258).

Troisièmement, certains facteurs institutionnels comme les normes ou les politiques des agents payeurs semblent influencer la multiplication de traitements. Près de 40% des décisions analysées impliquaient des agents payeurs comme la CNESST (n=16/42). Le Conseil rappelle d'ailleurs que les motivations économiques pouvant sous-tendre de façon implicite ou explicite la décision clinique du professionnel de multiplier les traitements (ex. : par désir de rentabiliser une clinique) sont inadmissibles, car elles donnent un aspect de commercialité à la profession (244). La multiplication de traitements entache la confiance du public et ternit la crédibilité et l'image de la profession (248).

Discussion

Cette analyse de la jurisprudence a permis de mettre en lumière certains facteurs qui influencent la fréquence et la durée des traitements dans les situations de multiplication de traitements.

D'abord, des facteurs peuvent être liés aux décisions cliniques du professionnel. Ceux-ci impliquent que l'allocation des ressources, soit la fréquence et la durée des traitements, soit déterminée par la condition ou l'évolution du patient. Ainsi, la condition du patient doit s'améliorer avec les traitements de physiothérapie et ceci doit être documenté au dossier. Or, on peut constater qu'il n'y a pas de « recettes » et qu'il pourrait survenir certains cas où un grand nombre de traitements est utile, voire même souhaitable (ex. : jusqu'à la consolidation d'une blessure (236)). Dans les circonstances où la décision du thérapeute s'écarte des normes professionnelles établies, la justification clinique motivant cette décision doit être établie et rigoureusement consignée dans le dossier du patient.

Cette analyse de la jurisprudence a également permis de mettre en lumière certains facteurs en lien avec le département de physiothérapie ou encore des facteurs institutionnels qui peuvent influencer la fréquence et la durée des traitements dans les situations de multiplication de traitements. Ceci est cohérent avec les écrits alors que les actions non conformes aux standards professionnels peuvent généralement être expliquées à la fois par des raisons individuelles (ex. comportement et tempérament du professionnel) et par des dynamiques sociales (ex. structure organisationnelle) (259). Ainsi, dans la jurisprudence, on peut constater que la pression des employeurs ou les demandes de maintien des traitements par un autre professionnel de la santé (comme le médecin traitant) peuvent avoir une influence sur l'allocation des ressources. De plus, les milieux de soins privés à but lucratif sont directement en cause. Cette rationalité économique peut entrer en conflit avec les valeurs des professionnels; les systèmes de paiement peuvent influencer le comportement des professionnels (260-262) ou des institutions (263, 264). Aussi, la jurisprudence impliquait des agents payeurs comme la CNESST dans près de 40% des cas. Au Québec, les lésions de type musculosquelettique touchent plus de 30 000 travailleurs annuellement et un grand nombre de patients couverts par la CNESST sont suivis en physiothérapie (74). Le rôle complexe des agents payeurs dans les entreprises privées soulève la question des conflits d'intérêts en physiothérapie. Effectivement, les systèmes de paiements peuvent créer des incitatifs et des conflits d'intérêts qui influencent le raisonnement clinique, les décisions organisationnelles et le comportement des professionnels et de leurs gestionnaires en lien avec l'allocation des ressources.

Un conflit d'intérêts dans un contexte professionnel est une situation dans laquelle une personne a un intérêt privé ou personnel, financier ou non financier, qui influence indûment l'exercice objectif de ses fonctions officielles (265, 266). Un conflit d'intérêt peut être apparent, réel ou potentiel. Un conflit d'intérêts représente un ensemble de circonstances qui entraîne un risque qu'un intérêt secondaire interfère avec le jugement ou les actions relatives à un intérêt qui devrait être primaire (267, 268). Un point central de la notion de conflit d'intérêts relative aux professionnels de la santé se retrouve dans la relation fiduciaire, c'est-à-dire le lien de confiance entre le professionnel et son patient, basé sur l'attente que les intérêts du patient soient priorisés par rapport à ceux du professionnel (269). Dans cette relation

thérapeutique inégalitaire, le patient est vulnérable car le professionnel détient une expertise spécifique dont il est dépendant. Il est donc essentiel que le professionnel agisse avec prudence, bonne foi, loyauté et honnêteté dans le meilleur intérêt de son patient et pour honorer ce lien de confiance (270). Ainsi, cette relation de confiance s'avère menacée par un intérêt qui interfère avec l'exercice du jugement du professionnel.

En physiothérapie, il peut y avoir un conflit entre le meilleur intérêt du patient d'accéder et de bénéficier de services professionnels appropriés à sa condition (et la responsabilité du professionnel d'agir dans le meilleur intérêt du patient) et l'intérêt financier de la clinique ou du professionnel. Cette situation est montrée dans les écrits qui indiquent que les patients ayant subi une arthroplastie du genou aux États-Unis ont eu deux fois plus de traitements en moyenne lorsqu'ils étaient traités dans une clinique de physiothérapie où leur chirurgien orthopédiste avait des actions que lorsqu'ils étaient pris en charge dans une clinique indépendante (21). Si ces conflits d'intérêts ne sont pas bien gérés, ils peuvent entraîner des torts significatifs allant au-delà de la rupture du lien de confiance avec le patient en nuisant directement au traitement du patient. Ceux-ci peuvent miner la réputation du physiothérapeute, de l'institution qu'il représente et même celle de la profession en général. De plus, les conflits d'intérêts peuvent mettre en péril les relations professionnelles et donc le bon fonctionnement des équipes de travail (266, 268). À cet égard, le Conseil rappelle que les motivations économiques sont inadmissibles, ternissant l'image de la profession en lui donnant un aspect de lustre et de commercialité. Il devient donc essentiel d'identifier les mesures appropriées pour encadrer les conflits d'intérêts et bien gérer ceux qui ne peuvent pas être évités.

Plusieurs stratégies doivent être mises en place de façon parallèle pour gérer un problème aussi complexe que la multiplication de traitements en physiothérapie. Le but ultime est que chaque acteur modifie sa pratique de façon cohérente avec les valeurs de la profession face à l'allocation des ressources. D'abord, il est essentiel d'éduquer et de sensibiliser les professionnels de la physiothérapie (213). À ce jour, l'OPPQ a mis en place des leviers d'actions distincts, mais intrinsèquement reliés, pour sensibiliser les professionnels de la physiothérapie. Par exemple, le Conseil est à la fois une autorité qui permet de sanctionner le comportement d'un membre ayant dérogé à ses obligations professionnelles, et un incitatif permettant de donner l'exemple pour persuader les membres de se conformer aux normes de

pratique (271). Le bureau du syndic de l'OPPQ a également émis un avis en lien avec la multiplication de traitements à ses membres en 2010 pour rappeler certains principes de vigilance et de responsabilité professionnelle (222). Cette initiative est très importante, car il est montré que les politiques sur les conflits d'intérêts sont plus efficaces et mieux acceptées quand leurs motivations éthiques sont bien comprises, que lorsqu'elles sont perçues comme imposées par un tiers externe (272).

Parallèlement, la formation continue est un levier d'action pour aider les cliniciens à maintenir leur compétence optimale dans l'exercice de leur profession. D'ailleurs, l'OPPQ favorise l'amélioration des compétences des professionnels de la physiothérapie gradués par une politique à cet égard (273). Une pratique basée sur les données probantes nécessite que les professionnels de la physiothérapie s'informent des nouvelles pratiques exemplaires. Cependant, il n'existe aucune formation spécifique relative à la gestion des conflits d'intérêts. Favoriser ses propres intérêts n'est pas foncièrement mauvais et est un instinct généralement inconscient, automatique et viscéral, alors que la reconnaissance de nos obligations envers les autres implique un processus beaucoup plus réflexif (274). Le problème survient si l'intérêt de sa clinique ou ses propres intérêts sont favorisés au détriment de ceux du patient. En physiothérapie, le *College of Physiotherapists of Ontario* innove en offrant des modules d'autoapprentissage en ligne dédiés à l'éthique (275). L'enseignement, la formation, et la diffusion d'informations peuvent aider les professionnels de la physiothérapie à reconnaître les conflits d'intérêts (financiers et non financiers) et à comprendre leur influence sur leur pratique (276). Plus il y aura d'individus outillés pour avoir une pratique réflexive face aux conflits d'intérêts, plus la profession aura une culture éthique (277).

Certaines études de Papadakis et collègues (2004, 2005, 2008) ont fait une corrélation entre des sanctions disciplinaires en médecine et des antécédents d'incidents survenus pendant les études universitaires dénotant du non-professionnalisme (278-280). Notre analyse ne permet pas d'établir le « portrait » d'un professionnel de la physiothérapie qui serait plus enclin à faire de la multiplication de traitements, mais il serait intéressant de se pencher sur cette question.

La multiplication de traitements est un geste non professionnel qui entache la confiance du public. Cependant, la question de l'allocation des ressources est complexe. Les guides de

pratiques demeurent lacunaires au regard de la fréquence et de la durée optimale des traitements. Ces mêmes guides de pratique donnent des balises uniquement pour certaines modalités thérapeutiques. L'analyse de la jurisprudence illustre ces limites puisque les écrits scientifiques sont imprécis pour baser la pratique clinique (238, 239). Il est essentiel de documenter à l'aide de données probantes l'efficacité des modalités thérapeutiques cliniques, mais également leur application optimale pour obtenir des effets bénéfiques (211). Il serait important de déterminer le seuil à partir duquel il y a des risques dans l'application de ces modalités thérapeutiques auprès d'un patient. Effectivement, la multiplication de traitements implique une surestimation des bénéfices cliniques et une sous-estimation des risques à la fois par le professionnel et par le patient (223). Cependant, comme Carter et collègues (2015) le soulignent, il est essentiel de bien considérer la nature de ces risques et pondérer leur importance réelle à la fois pour le patient, pour le clinicien et pour la société (224). Par exemple, certaines contre-indications dans l'application du TENS (ex. : utilisation lors d'un diagnostic cancer) demeurent des risques théoriques qui n'ont pas été montrés par les données probantes (281). Des critères clairs, justes et transparents, soutenus par des données probantes et par d'autres principes pertinents, peuvent fournir des orientations pour la prise de décisions autour de l'allocation des ressources (122, 123, 130, 134, 282, 283), mais ces critères doivent faire l'objet d'un consensus clair dans la profession.

De plus, des incitatifs directs et indirects (attentes, politiques, conventions, pression des agents payeurs, des employeurs ou des collègues) peuvent avoir eu une influence pernicieuse, en créant une nouvelle norme de pratique collective quant à l'allocation des ressources (284, 285), entre autres en physiothérapie en lien avec la CNESST (286). L'impact des diverses politiques devrait être évaluée pour déterminer leur réelle influence sur la pratique (214). Par exemple, le phénomène de multiplication de traitements pourrait prendre racine dans un contexte de sous-financement avec un écart important entre le montant facturé par la clinique de physiothérapie pour un patient suivi par la CNESST qui est moindre que celui que les autres patients doivent déboursier, suivant la norme du marché (93). Ainsi, prolonger la durée du suivi et multiplier le nombre de traitements permet d'augmenter la rentabilité des cliniques. Donc, la question suivante se pose : comment bien répartir les

ressources en physiothérapie avec des soins de qualité pour aider les patients, tout en étant soucieux des attentes de la société et des contraintes financières?

Limites de l'étude

Cette analyse thématique de la jurisprudence ne permet pas d'avoir des données exhaustives sur l'ensemble des facteurs influençant la fréquence et la durée des traitements dans les situations de multiplication de traitements, car l'analyse porte uniquement sur des décisions disciplinaires, soit les cas où un professionnel était soupçonné d'avoir commis des infractions aux règlements de son ordre professionnel. De plus, la décision disciplinaire contient seulement certains éléments de la preuve appuyant l'argumentaire du Conseil pour déterminer la conformité ou la non-conformité de la pratique du professionnel. Ainsi, bien que ces éléments ne puissent pas documenter la pratique idéale, elle permet d'établir les normes minimales associées à la pratique.

Conclusion

Par cette analyse de la jurisprudence, certains facteurs influençant la fréquence et la durée des traitements ont pu être identifiés. Les facteurs liés aux décisions cliniques du professionnel impliquent que l'allocation des ressources soit guidée par l'évolution clinique favorable du patient en lien avec le traitement. Ces facteurs sont évalués par le jugement clinique du professionnel qui se base sur des tests objectifs. D'autres facteurs en lien avec l'organisation du travail incluant la pression des employeurs, les demandes des autres professionnels de la santé, ou l'implication d'agents payeurs ont également un rôle à jouer. Ceci permet de mettre en cause des conflits d'intérêts potentiels dans les décisions d'allocation des ressources. Les conflits d'intérêts peuvent influencer le jugement clinique et porter atteinte à la confiance du public. Il devient donc indispensable de pouvoir les identifier et les gérer adéquatement afin que les patients puissent être traités de façon équitable et en fonction de leurs besoins. Cette analyse de la jurisprudence est une première étape pour comprendre ce qui motive les décisions cliniques des professionnels de la physiothérapie dans l'allocation des ressources en physiothérapie. Cette démarche est essentielle pour mettre en place des politiques et des normes de pratiques soucieuses du contexte de pratique et des normes éthiques, déontologiques et légales qui animent la profession.

Influence des agents payeurs

Cet article présente différents facteurs pouvant influencer les décisions liées aux fréquences et aux durées en physiothérapie, en passant par des facteurs liés au professionnel (ex. type de modalités ou besoins du patient), des facteurs liés au département (ex. comportement des collègues ou des employeurs) ou des facteurs liés à l'institution (ex. politiques des agents payeurs). Les causes de ce phénomène de multiplication de traitements sont complexes et incluent des composantes économiques, sociales et institutionnelles. De plus, les guides de pratiques cliniques en physiothérapie donnent des balises sur certaines modalités thérapeutiques, mais peu de balises existent pour guider les professionnels de la physiothérapie dans l'allocation des ressources hormis quelques politiques d'assurances privées (287), d'agents payeurs (206) et d'établissements (288).

Dans cet article, on observe que 40 % des situations de multiplication de traitements impliquent un agent payeur. Une discussion sur le rôle complexe des agents payeurs est active dans les écrits scientifiques. Par exemple, des dentistes soulèvent des inquiétudes en lien avec une ingérence des agents payeurs dans les modalités de traitements au nom d'une pratique basée sur les données probantes, se substituant ainsi au jugement du clinicien (289). En physiothérapie, les politiques provinciales en lien avec l'allocation des ressources (nombre total de traitements et de la durée des traitements) des agents payeurs canadiens sont très variables, limitant l'autonomie professionnelle des professionnels de la physiothérapie (206, 290). D'ailleurs, le jugement clinique des professionnels de la physiothérapie face au congé entre parfois en conflit avec les recommandations des agents payeurs qui visent (uniquement) un retour au travail rapide et durable (227, 290).

Dans toutes ces situations, il est important d'examiner les divers conflits d'intérêts qui peuvent avoir une influence sur les processus décisionnels. Un physiothérapeute peut avoir des conflits d'intérêts en lien avec divers rôles : chercheur (291), gestionnaire (269), professeur (292) ou clinicien (33). De plus, les conflits d'intérêts peuvent être financiers (incitatifs, pénalités, contrats) ou non financiers (crainte de plaintes, désir d'avancement professionnel, faveurs pour les amis, la famille ou les relations hiérarchiques, etc.) (276, 277, 293, 294). Bien que tous les types de conflits d'intérêts représentent des menaces au jugement du professionnel, les conflits d'intérêts ne sont pas d'emblée non éthiques. Des arrangements

entre les professionnels et des tiers (autres professionnels, industrie) peuvent être bénéfiques s'ils sont bien gérés (272, 295). Actuellement, la physiothérapie jouit d'une excellente crédibilité auprès de la population, qui a un degré de satisfaction élevé par rapport aux soins reçus auprès de professionnels de la physiothérapie (37). Des conflits d'intérêts mal gérés peuvent miner la réputation du physiothérapeute, de l'institution qu'il représente et même celle de la profession en général. Il devient donc essentiel d'identifier les mesures appropriées pour encadrer les conflits d'intérêts et bien gérer ceux qui ne peuvent pas être évités. Un problème dans le contexte québécois a été identifié et il nécessite une analyse approfondie. Une étude pancanadienne (chapitre 4) permettra, d'une part, de déterminer si le problème est national ou uniquement provincial et, d'autre part, de dégager des pistes de solution.

Résumé des conséquences découlant des pratiques actuelles d'allocation des ressources en physiothérapie

Les problèmes d'actualité en lien avec l'allocation des ressources impliquent le sous-traitement de certains groupes de la population (surtout les patients avec des problèmes chroniques dans le réseau public) et le surtraitement d'autres. Est-ce que l'allocation des ressources en physiothérapie est basée sur des facteurs équitables, en fonction de ses besoins cliniques? Est-ce cliniquement approprié que les patients présentant des affections aiguës soient priorisés par rapport aux patients présentant des affections chroniques? Est-ce approprié que les patients suivis par des agents payeurs court-circuitent la file d'attente? Comment peut-on expliquer que certains patients aient une fréquence et une durée de traitements différentes des autres patients?

Ces enjeux éthiques ont été principalement documentés de façon anecdotique dans la littérature grise, soit dans les rapports des associations professionnelles, les journaux ou les décisions disciplinaires de l'OPPQ. Toutefois, ces rapports ne documentent pas de façon empirique l'ampleur de la situation et ne proposent pas de rationnel ou d'explications à ces problèmes. En effet, pour déterminer si une pratique d'allocation des ressources est discriminatoire, nous devons nous interroger sur les motivations qui sous-tendent ces pratiques. En effet, de nombreux facteurs peuvent influencer les décisions liées à l'allocation des ressources et ceux-ci ne sont pas tous justifiables (124). Par exemple, un facteur comme

l'âge, utilisé pour moduler les décisions d'allocation des ressources sans égard aux besoins et sans pertinence par rapport au but du traitement, serait discriminatoire.

Il est essentiel d'explorer les facteurs qui influencent les décisions d'allocation des ressources en physiothérapie et de faire une analyse approfondie de ceux-ci. Quels critères devraient être utilisés pour déterminer l'allocation des ressources en physiothérapie d'une manière équitable? Est-ce que l'ampleur du nombre de patients qui attendent pour des services devrait moduler notre façon de traiter nos patients, et si oui, comment? Cette exploration et cette analyse doivent permettre de documenter empiriquement la situation d'allocation des ressources en physiothérapie, mais également en appréhender la complexité. Les systèmes de santé sont des structures complexes avec plusieurs acteurs en interrelations. La solution ne réside pas dans le fait de couper une partie de la liste d'attente en resserrant les critères d'admissibilité aux services, à l'instar de certaines cliniques externes de physiothérapie dans les centres hospitaliers qui n'acceptent plus les patients chroniques (91, 150), mais plutôt dans l'analyse du cœur du problème (147).

CHAPITRE 2. RECENSION DES ÉCRITS : LES FACTEURS INFLUENÇANT L'ALLOCATION DES RESSOURCES EN PHYSIOTHÉRAPIE MUSCULOSQUELETTIQUE

Les prises de décision entourant l'allocation des ressources requièrent un processus complexe qui intègre plusieurs facteurs pertinents. Le jugement clinique est la pierre angulaire dans les décisions d'allocation des ressources en physiothérapie (134, 296-298), alors que les cliniciens n'ont pas de procédures systématiques sur lesquels baser ces décisions (127, 178, 299-301). Ce jugement clinique permet au clinicien de comprendre la situation personnelle d'un individu et de comparer celle-ci, à l'aide de son expérience, à l'ensemble des cas déjà observés (302). Dans ce chapitre, nous allons d'abord discuter de l'allocation des ressources en physiothérapie, puis examiner les divers facteurs pouvant l'influencer.

L'allocation des ressources

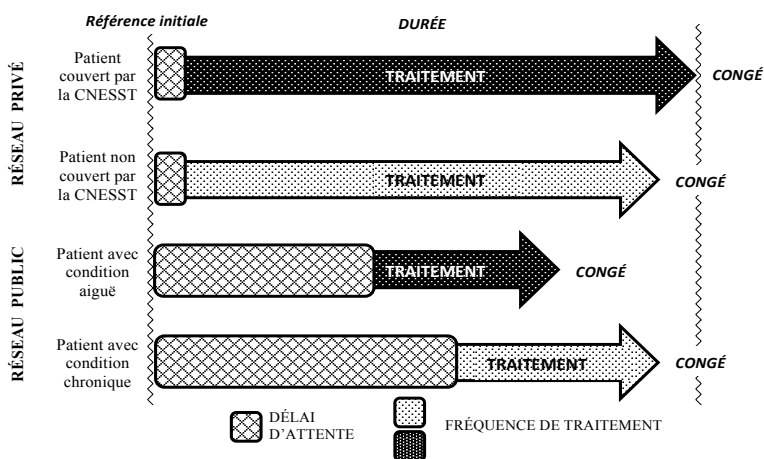
L'allocation des ressources fait référence à un processus de distribution de ressources disponibles entre différents secteurs ou individus qui sont en concurrence les uns avec les autres, et ce, en fonction de critères définis (22, 303). Dans notre contexte, il s'agit de la distribution des traitements en physiothérapie entre les différents patients référés pour obtenir des services.

L'allocation des ressources se produit généralement dans un contexte de rationnement, alors que les ressources totales sont en baisse, mais peut également être invoquée alors que les ressources sont stables ou en augmentation (304). L'allocation des ressources implique une échelle macroscopique, soit la répartition des ressources gouvernementales (ex. régions, établissements). Cependant, comme c'est le cas dans notre situation, l'allocation des ressources peut également impliquer des décisions « méso » (au niveau départemental) et « micro » (au niveau clinique) concernant la meilleure façon d'allouer les ressources au sein d'un groupe de patients (304).

L'allocation des ressources en physiothérapie implique de considérer trois concepts-clés : le délai d'attente, la fréquence et la durée des traitements. Ces concepts ne sont pas neutres ; par exemple, le délai d'attente a souvent une connotation négative. Plusieurs facteurs déterminent ce qui est considéré comme raisonnable ou déraisonnable, par exemple en

fonction du préjudice, du degré de risque ou des coûts. Ces trois concepts sont interreliés. Par exemple, le délai d'attente est une mesure proxy où un long délai avant la prise en charge implique un déséquilibre entre l'offre et la demande (117). Cependant, cela peut être influencé par divers facteurs contextuels comme les ressources humaines et financières du milieu, le nombre de nouveaux patients référés au département, l'intensité des traitements (fréquence et durée) des patients ayant déjà accédé aux services de physiothérapie ou l'évaluation de leur priorité en fonction des systèmes de priorisation (voir Figure 3).

Figure 3. Illustration des interrelations entre le délai de prise en charge, la fréquence et la durée des traitements dans l'allocation des ressources basée sur la littérature grise



Systemes de priorisation

La « priorisation » est le fait de donner une importance préférentielle à une personne plutôt qu'à d'autres (22). On parle de priorisation lorsque l'on place en ordre d'importance ou d'urgence certains patients en fonction de critères définis de manière à déterminer ceux qui doivent passer en premier (20, 22). Ce processus a lieu avant que le traitement ne débute pour s'assurer que les patients avec les conditions les plus graves sont traités en premier (147, 305). Le « triage » est un des mécanismes pour allouer les ressources de manière efficace et équitable en tenant compte des besoins et des ressources disponibles, alors que certaines interventions bénéfiques ne seront pas offertes à tous (20, 204, 305, 306). Bien que le terme triage fasse référence au processus général de priorisation des patients, il fait également référence aux situations spécifiques aux crises humanitaires ou à la guerre (20). Ainsi, dans le cadre de cette thèse, nous allons préférer le terme priorisation.

Les outils de priorisation en physiothérapie ne sont ni validés ni basés sur les données probantes, mais plutôt développés de façon non systématique par la discussion entre les professionnels et les gestionnaires dans les établissements de la santé (127, 178, 299-301). Il y a peu de fidélité interévaluateurs dans le processus de priorisation, soit la capacité d'obtenir le même résultat entre différents évaluateurs, que ce soit dans la détection d'incapacités, la nécessité de faire une référence à d'autres services ou la catégorisation des patients (124, 299). Harding et collègues (2010) ont fait réévaluer par un professionnel indépendant la priorisation déterminée par des cliniciens paramédicaux (physiothérapeutes, ergothérapeutes, infirmiers) d'un centre de santé offrant des soins de réadaptation en clinique externes. Deux cent quatorze références ont été évaluées indépendamment. Il y a eu un accord modéré (k_w 0,60). Ainsi, pour 30 % des patients, il y a un désaccord dans les catégorisations interévaluateurs (124). Cette constatation est préoccupante, car un changement de catégorisation affecte de façon importante le délai de prise en charge. Harding et collègues (2011) ont fait une formation de 1 heure pour les cliniciens responsables de la priorisation, visant à améliorer la constance dans les décisions d'allocation des ressources. Suite à cette formation, 201 références ont été évaluées indépendamment. L'accord est demeuré modéré (k_w 0,50) avec un désaccord interévaluateur pour 30 % des patients (299). Ainsi, la formation n'a pas été efficace pour diminuer les désaccords interévaluateurs lors des décisions associées à la priorisation des patients.

Dans les cliniques externes de physiothérapie, les conditions médicales des patients suivis sont complexes et hétérogènes. De nombreux facteurs cliniques et non cliniques peuvent influencer les décisions liées à l'allocation des ressources. Par exemple, ceux-ci peuvent inclure des considérations pour les besoins cliniques, le potentiel des patients de réellement bénéficier des services de physiothérapie, le pronostic des patients s'ils ne recevaient pas de traitements. De plus, pour assurer une bonne continuité des soins, la fenêtre d'opportunité clinique est assez petite, c'est-à-dire la période pendant laquelle un suivi est possible pour obtenir les résultats escomptés et pour éviter des torts comme une complication subséquente à une trop longue période sans mobilisation (ex. phlébite). Les considérations peuvent également inclure des facteurs non cliniques, tels que des facteurs sociodémographiques, professionnels et financiers et les facteurs de coût-efficacité (130, 135).

Décisions cliniques liées au congé

La décision clinique pour déterminer le congé d'un patient est complexe, car il n'y a pas de fin évidente (227, 307). Un patient pourra souvent bénéficier de quelques séances supplémentaires pour potentialiser ou consolider les gains (307). Cette difficulté est reflétée dans l'étude de Jette (2003) portant sur le raisonnement clinique entourant le processus de congé en centre hospitalier en physiothérapie et en ergothérapie alors que les besoins cliniques du patient sont pondérés par ses désirs, sa motivation et son environnement de vie, ainsi que par les expériences du clinicien, l'opinion de l'équipe multidisciplinaire et les règlements en vigueur (308). Cela a été corroboré par une étude qualitative portant sur la pratique des ergothérapeutes en centre hospitalier alors que les décisions cliniques associées au congé ont été influencées par les contraintes institutionnelles (peu de temps et de ressources, pression pour prendre des décisions rapides) et l'autorité médicale (le médecin traitant est celui qui a le plus d'autorité sur la décision de congé) (309).

De plus, il n'y a pas de stratégie valable dans tous les cas à la fois face aux décisions associées au congé du patient en physiothérapie (226, 227, 290, 310), ni dans d'autres domaines de la santé, tels que la médecine (311-313). La fin des traitements peut être basée sur une norme standardisée, telle qu'un retour aux activités fonctionnelles, un retour à la normale ou même l'atteinte d'un plateau clinique. Cependant, pour des patients avec des conditions similaires, certains professionnels de la physiothérapie vont traiter le patient jusqu'à son retour à son niveau de base antérieur, d'autres jusqu'à ce qu'il ait atteint un niveau fonctionnel, et certains jusqu'au rétablissement complet (227). En ce qui a trait au processus décisionnel, une étude en médecine de Harun et collègues (2015) a documenté que certains cliniciens seront plus agressifs dans leurs processus de congés en donnant rapidement congé aux patients qui ne nécessitent plus de services ou lorsqu'il y a des contraintes institutionnelles (ex. considération des besoins des autres patients sur la liste d'attente), alors que d'autres auront plus de difficultés à donner congé à leurs patients (313). Malgré la pression administrative de donner congé plus rapidement aux patients, plusieurs ne changent pas leur pratique (313).

Une étude qualitative de Freeman et collègues (2009) réalisée auprès d'ergothérapeutes canadiens illustre les tensions importantes entre ce que ces professionnels désirent faire pour

le bien du patient et leur réelle autonomie professionnelle pour atteindre ces objectifs (193). On peut constater que deux ergothérapeutes travaillant dans le même milieu (donc avec les mêmes contraintes) peuvent avoir un jugement clinique différent en fonction de leurs interprétations des attentes de leur ordre professionnel : certains vont traiter les patients jusqu'à leur maximum de potentiel pour être cohérents avec leurs obligations déontologiques et d'autres considèrent les ressources limitées dans leur interprétation plus libérale de leurs obligations déontologiques (193). Dans cette même étude, certains professionnels naviguent à travers les limitations du système alors que d'autres les confrontent et se battent pour offrir ce qu'ils jugent le mieux pour leurs patients (193). Quel est donc le rôle du professionnel? Agir uniquement pour le bien de son patient ou agir de façon proportionnée aux limites de la société, donc en reconnaissant le bien de l'ensemble des patients? Pouvons-nous accepter l'idée d'un traitement sous optimal pour un patient dans le but d'en favoriser un autre?

Pashley et collègues (2010), dans une étude qualitative auprès de physiothérapeutes canadiens, ont constaté que l'expérience clinique du clinicien et la source de financement du patient influencent les décisions entourant le congé dans les cliniques externes de physiothérapie (290). La source de financement, selon ces participants, a une influence sur les décisions associées au nombre de traitements. Certains agents payeurs ou assureurs vont limiter arbitrairement le nombre de traitements en fonction de leurs politiques de remboursement. Les cliniciens doivent donc intégrer ces contraintes dans leurs décisions d'allocation des ressources. La source de financement influence aussi l'engagement des patients dans leurs traitements. Selon les participants, certains patients ont une participation moins active quand un tiers payeur est impliqué.

Facteurs et biais associés à l'allocation des ressources

Nous allons maintenant examiner les facteurs cliniques, non cliniques et les biais influençant les décisions d'allocation des ressources ayant été documentés dans les écrits scientifiques. La distinction principale entre un facteur et un biais, c'est que le facteur est cliniquement justifiable, alors que le biais ne l'est pas (314-317). Ainsi, il est essentiel d'examiner leur fondement clinique. Par exemple, des motivations cliniques pourraient permettre de justifier l'utilisation de facteurs pouvant être discriminants dans les décisions

d'allocation des ressources (ex. moins d'urgence clinique, moins bon pronostic, traitement inefficace).

Un biais est une négligence ou une discrimination systématique d'un groupe d'individus ayant une caractéristique commune en comparaison à d'autres individus (314-317). Le biais peut être explicite, c'est-à-dire qu'il est conscient et exprimé librement et appliqué dans les actions professionnelles (315, 318). Les biais peuvent aussi être implicites. Ceux-là passent souvent inaperçus, car ils sont involontaires et subtils (319-321). Ils sont profondément ancrés dans des processus cognitifs et ne sont pas reconnus consciemment (318-320, 322). Ces biais sont des attitudes ou des préjugés qui sont intégrés socio-historiquement, et ceux-ci régissent nos comportements individuels et collectifs (318, 321). Ainsi, même des cliniciens avec des attitudes très égalitaires peuvent avoir des comportements biaisés (316, 323). Chez l'humain, les processus cognitifs sont interconnectés et incluent un système intuitif et automatique qui est extrêmement rapide et nécessitant peu d'efforts, et un autre délibéré et analytique. Le processus cognitif intuitif permet au clinicien de catégoriser rapidement une situation routinière, alors que le processus délibéré implique une décision clinique inhabituelle qui requiert une réflexion (322, 323). Bien que le processus cognitif intuitif soit plus routinier, il est possible pour le clinicien de faire un effort et d'utiliser le processus délibéré pour éviter d'induire des biais.

Ces biais implicites peuvent affecter les recommandations de traitements émis par les professionnels de la santé (135, 316, 317, 321, 324). Par exemple, un professionnel qui recommande un traitement en se basant sur les caractéristiques sociales d'un patient plutôt que sur ses besoins cliniques a un comportement biaisé (313). Ces biais ont une influence sur l'allocation des ressources, ainsi que sur la qualité des services (315, 317, 320, 325). Selon le *Institute of Medicine* des États-Unis, ces biais ont un rôle dans la genèse des inégalités en santé (325). Effectivement, les biais des professionnels affectent la relation entre le professionnel et son patient, entraînent de moins bons indicateurs de santé et influencent les résultats des traitements (326, 327). Les biais contreviennent au principe d'équité qui préconise un accès pour tous en fonction des besoins cliniques sans discrimination en lien avec des caractéristiques individuelles et sans égard à la capacité de payer.

Nous allons d'abord présenter les facteurs cliniques puis les facteurs non cliniques. Nous allons également présenter, lorsque disponible, le rationnel associé au fondement de l'utilisation de ces facteurs pour identifier si certains biais implicites ou explicites semblent influencer l'allocation des ressources en physiothérapie.

Influence des facteurs cliniques (et des biais potentiels)

Les besoins cliniques sont un facteur central dans l'allocation des ressources et certains auteurs croient qu'ils devraient être le déterminant principal (14, 328-333).

Bien que le contexte de pratique en physiothérapie donne une teinte distincte aux critères de priorisation, l'essence de ceux-ci demeure similaire. En effet, la priorité est donnée aux affections aiguës ou traumatiques dans plusieurs milieux (91, 125, 149, 296, 301, 334, 335). Avec ces critères, les patients atteints d'affections chroniques constituent généralement le plus bas niveau de priorité dans les cliniques externes de physiothérapie (91, 149, 162). Les facteurs cliniques peuvent inclure différentes facettes comme le diagnostic (301, 328, 336-338), l'état clinique du patient (176, 220, 221, 301, 308, 328, 339-345), la fonction (178, 296, 300, 301, 308, 334, 340, 342, 345-347) et la sévérité de l'affection (124, 299, 301, 328, 336, 337, 341, 345, 347). Ainsi, un patient ayant une affection plus sévère sera priorisé. Ils peuvent aussi inclure des notions liées au pronostic comme le potentiel d'amélioration, le potentiel de réadaptation ou la capacité d'apprentissage (124, 134, 178, 296, 297, 299, 300, 334, 346-348) ou encore le risque de détérioration, soit les séquelles associées à un délai dans le traitement (125, 178, 299, 301) ou à un congé (349). Un patient avec un meilleur pronostic sera priorisé par rapport aux autres patients.

La fréquence et la durée des traitements seront également influencées par les besoins cliniques comme le diagnostic ou la sévérité de l'affection (336, 337). Par exemple, une étude Suisse a mis en évidence que les patients avec une condition post-opératoire génèrent le plus grand nombre de traitements (218). La durée des symptômes (212, 338) et le fait d'avoir reçu des traitements de physiothérapie dans le passé (212, 342) sont également liés au nombre de traitements reçus par des patients avec une lombalgie.

Pour déterminer le congé, les facteurs cliniques (ex. fonction, force musculaire, douleur) sont de la première importance (176, 308, 343). La sécurité du patient lors de son

congé est un facteur primordial pour les physiothérapeutes (349), mais également pour d'autres professionnels de la santé (ex. ergothérapeutes) (47, 184, 350, 351). La sécurité du patient pourrait même être priorisée par le professionnel sur les valeurs et les choix du patient, allant ainsi à l'encontre d'une pratique centrée sur les besoins de ce dernier (47, 184, 290, 350, 351). Certains patients pourraient prioriser d'autres besoins comme être capable de sortir librement de leur domicile plutôt que leur sécurité. L'établissement du pronostic, en fonction des capacités fonctionnelles du patient et de sa qualité de vie, sera donc de la première importance avant le congé afin de projeter l'évolution du patient après celui-ci (349).

En conclusion, les facteurs cliniques sont centraux dans les décisions d'allocation des ressources en physiothérapie, de la priorisation au congé. Cependant, tel que proposé dans l'article *Patient Prioritization Preferences Among Physiotherapy Entry-Level Students: The Importance of Chronic Pain* (chapitre 1), certains auteurs considèrent que le facteur lié à la chronicité d'une affection constitue un biais (141, 142, 352). En santé, quand le jugement clinique ne peut pas directement s'appuyer sur de fortes évidences objectives, telles que l'imagerie médicale, celui-ci est plus vulnérable aux biais (141, 143, 145). La douleur chronique est une situation complexe qui implique généralement des facteurs biopsychosociaux et qui est difficilement imputable uniquement à une dysfonction structurelle (140). Cette complexité engendre une incertitude quant au diagnostic. De par ce manque de signes mesurables, les professionnels de la santé portent un biais défavorable envers les gens atteints de douleur chronique (141). Plusieurs études montrent que les patients souffrant de douleurs intenses ou avec des incapacités physiques importantes sont jugés de façon plus péjorative par les professionnels de la santé (141, 143, 353, 354). Une étude faite auprès de physiothérapeutes australiens a révélé que la clientèle lombalgique chronique engendrait de la frustration, du stress et même du désespoir chez ces professionnels (355). Un problème aigu n'est pas nécessairement un problème cliniquement plus « urgent » considérant que la physiothérapie vise l'amélioration de la fonction et de la qualité de vie. Dans les cliniques externes de physiothérapie, la priorité est donnée aux patients aigus aux dépens des patients chroniques, entre autres, selon un désir de prévenir la chronicité (301). Toutefois, si on prend la douleur lombaire comme exemple, la majorité des patients avec une lombalgie vont récupérer et uniquement 10 % des lombalgies aiguës chronicisent (356, 357). Ainsi,

plusieurs patients avec des affections aiguës pourraient s'améliorer avec des conseils ou des exercices. Aussi, ne serait-il pas plus approprié d'identifier les patients qui présentent des facteurs de risque vers la chronicisation afin d'optimiser la distribution des ressources (ex. : douleur sévère, irradiation dans une jambe, dépression) (301)? Est-ce que les professionnels de la physiothérapie font ce choix parce qu'ils sont moins outillés face aux pathologies chroniques ou est-ce parce que les clientèles avec des pathologies aiguës leur amènent plus de satisfaction? (149, 358) Dans les faits, il est essentiel de documenter empiriquement ce qui sous-tend ces choix de facteurs cliniques pour déterminer l'allocation des ressources en physiothérapie.

Influence des facteurs non cliniques (et des biais potentiels)

Des facteurs non cliniques ont aussi une influence sur les décisions d'allocation des ressources en physiothérapie (212, 329, 341). Ces facteurs non cliniques sont liés aux caractéristiques des patients, des professionnels et de leurs institutions.

Facteurs liés aux caractéristiques des patients

Premièrement, plusieurs facteurs liés aux caractéristiques des patients (et de leur réseau de soutien) sont prédominants dans l'allocation des ressources en physiothérapie. Les préférences et les objectifs du patient et de sa famille ont une influence pouvant être positive ou négative sur la priorisation et sur la durée des traitements (227, 296, 308, 334, 346). Aussi, la personnalité des patients (ex. anxieux, agressifs, quérulents) (299, 301), leur collaboration aux traitements (134, 300, 308, 334, 346, 348) ou leur capacité à naviguer dans le système (ex. promptitude à porter plainte, capacité à mieux exprimer ses besoins) (345, 359) ont une influence à la fois sur la priorisation des patients, mais également sur la détermination de la fréquence et la durée de leurs traitements. Cela a également été montré dans d'autres domaines de la santé comme l'ergothérapie (300, 360, 361) et la médecine (311, 313).

Par exemple, une étude de Harun et collègues (2015) portant sur des médecins a montré que certains patients mettent de la pression lors de leur congé en insistant pour que leur suivi soit maintenu (313). Certains cliniciens acquiescent à ces demandes, car ils se sentent menacés (313). Ainsi, un patient quérulent pourrait ne pas recevoir son congé aussi rapidement comparativement à un patient qui acquiesce (313). Il est intéressant de noter

qu'une étude américaine de McClellan et collègues (2012) rapporte que les gens de faible statut socioéconomique (SSE) ont moins tendance à porter plainte ou à poursuivre les équipes médicales (362). Le SSE est un phénomène complexe, soit une construction multidimensionnelle qui comprend divers facteurs de puissance ou de prestige interreliés tels que le niveau d'éducation, les ressources économiques ou le métier (363-365).

De plus, le réseau de soutien est un critère important facilitant le processus de congé (308, 349), car il a une influence sur la capacité du patient à gérer ses problèmes de santé. Le réseau de soutien influence également la priorisation (124, 299), soit positivement ou négativement en fonction de la mission de l'établissement de soin. Pour illustrer cela, prenons l'exemple d'un patient qui a reçu une arthroplastie de la hanche. Lorsque la famille compense les besoins du patient, cela défavorise la priorisation de ce dernier (en centre hospitalier aigu (300) ou en CLSC (124)). Par exemple, si ce patient marche au couloir avec sa famille, il pourrait être moins priorisé par les professionnels de la physiothérapie de l'hôpital. Aussi, si le patient est à domicile et que la famille l'aide à se laver et à s'habiller, il sera moins priorisé dans les CLSC. L'explication est logique : l'aide de la famille diminue l'urgence des besoins cliniques en les compensant; ainsi, le patient est moins à risque et il a moins de limitation fonctionnelle. Cependant, pour que ce même patient soit admis en réadaptation, la présence des proches sera un facteur augmentant sa priorisation, car ceux-ci contribuent à améliorer son potentiel de réadaptation (134, 334, 339, 346). De plus, tout au long du cheminement, les proches auront plus de chances que le patient soit priorisé s'ils insistent auprès des professionnels²⁵ (299, 360).

Peu d'études ont directement porté sur les facteurs non cliniques en physiothérapie et celles-ci sont contradictoires. Certaines caractéristiques des patients sont associées à distribution inégale des ressources soient : l'âge (338, 340, 341, 345, 348), le statut ethnique (340, 345, 348, 366), le sexe (135, 220, 324, 341, 367), le SSE (101, 102, 314, 340, 345, 368) et l'indice de masse corporel (327). Plusieurs études montrent que le jeune âge, soit avoir moins de 65 ans, est associé positivement au fait de recevoir des services de réadaptation (219, 220, 328, 329, 340, 341, 345, 369). L'âge influence la durée des traitements, mais les données sont contradictoires. Certaines études rapportent que les patients

²⁵ Il serait intéressant de se questionner si ce système pourrait être un des facteurs contribuant à l'épuisement des aidants?

plus âgés ont un plus grand nombre de traitements (fréquence et durée) (212, 220, 328). Cependant, Dionne et collègues (1994) n'ont pas trouvé de relations significatives entre l'âge et la durée des traitements chez des patients québécois avec une lombalgie chronique (337).

D'autres études montrent que les femmes qui ont de la douleur chronique ont moins de chances de se faire recommander la physiothérapie que les hommes (370). Similairement, une étude suédoise a montré que les femmes avec peu d'éducation étaient moins susceptibles d'être sélectionnées dans un programme de réadaptation multidisciplinaire pour la gestion de la douleur (314). À l'inverse, d'autres études rapportent que les hommes auront moins de probabilité de recevoir de la physiothérapie pour de diverses affections comme l'ostéoarthrose (369) ou la lombalgie (212). Cela pourrait être cohérent avec le portrait clinique considérant que les femmes et les gens plus âgés souffrent plus de douleurs chroniques que les jeunes hommes. Des études américaines confirment ces observations alors que la majorité des traitements ont été donnés à des femmes (220, 328, 371).

Des facteurs associés positivement à la prestation de traitements de physiothérapie impliquent que le patient ait un haut niveau d'éducation (314, 328, 340-342, 345), ait un bon SSE (220, 340, 369, 372) et provienne d'un milieu de vie urbain (220, 328, 329, 340, 345, 372-374). Plusieurs études montrent que des groupes ethniques minoritaires ont moins de chances de recevoir des traitements de réadaptation (366, 372, 375). Cependant, d'autres n'ont pas observé d'association entre les facteurs ethniques et l'allocation des ressources en physiothérapie (328, 376), et attribuent les inégalités ethniques observées au type de réseau social ou familial (376). Finalement, une étude par vignettes cliniques a montré des biais implicites des physiothérapeutes en lien avec l'obésité de leurs patients (327). Un sondage a également révélé des biais explicites chez les physiothérapeutes canadiens face aux fumeurs atteints de maladies pulmonaires (377).

Bien que les écrits scientifiques notent l'influence de ces facteurs non cliniques, très peu d'études ont été faites auprès d'une population canadienne, particulièrement auprès d'une clientèle musculosquelettique consultant en clinique externe de physiothérapie. De plus, il est difficile avec des études de statistique d'expliquer si les différences observées sont liées à des motivations cliniquement justifiables ou si celles-ci représentent des biais qui menacent l'équité dans l'allocation des ressources.

Ce questionnement est central alors qu'on retrouve des inégalités et des biais importants dans l'accessibilité aux soins de première ligne au plan médical, dont les chirurgies majeures telles que les arthroplasties, les chirurgies cardiaques et les transplantations rénales. Les femmes et les gens ayant un faible SSE auront moins accès à ces ressources que les hommes blancs aisés, d'âge moyen, et ce, sans égard à l'état de santé du patient ou à des facteurs cliniques tels que le pronostic (352, 378-380). Un exemple frappant est celui de l'ostéoarthrose et l'accès aux arthroplasties. De multiples études ont montré des inégalités liées au sexe dans ceux qui reçoivent des chirurgies d'arthroplastie alors que les femmes sont défavorisées (381) malgré que l'ostéoarthrose affecte les femmes de façon prédominante (367). D'ailleurs, dans une étude canadienne portant sur 67 médecins généralistes et orthopédistes de la région de Toronto réalisée avec des patients standardisés²⁶, il a été montré que les médecins recommandent les arthroplasties de genoux trois fois plus souvent aux hommes qu'aux femmes (135). De plus, les femmes qui reçoivent une arthroplastie l'obtiennent à un âge plus avancé et ont plus d'incapacités au moment de la chirurgie (367). Une étude récente a montré que le sexe et le SSE n'affectent pas uniquement la chance d'obtenir une arthroplastie, mais également le fait d'être référé à un orthopédiste (382). Les personnes avec un faible revenu ont autant d'indications cliniques pour une arthroplastie et sont aussi désireuses de considérer la chirurgie que les gens plus aisés (352).

Facteurs liés aux professionnels

Deuxièmement, des facteurs propres aux professionnels, soit leur attitude, leur expérience clinique et leurs valeurs, ont une influence sur les décisions d'allocation des ressources.

D'abord, bien que cela n'ait pas été documenté en physiothérapie, la perception que le professionnel a de son patient peut avoir une influence sur les décisions associées à la priorisation (360) et au congé (313). Par exemple, Carrier et collègues (2010) ont documenté en ergothérapie qu'un patient perçu comme une personne exagérant ses symptômes serait moins priorisé, alors qu'un patient qui a déjà une bonne relation avec le thérapeute pourrait

²⁶ Un patient standardisé est une personne entraînée, à l'instar d'un acteur, pour pouvoir dire et simuler de façon constante et crédible les signes et symptômes associés au portrait clinique typique d'un patient. Ceci permet d'étudier certains aspects de la relation clinique tout en limitant les facteurs confondants associés aux variations entre divers patients présentant la même pathologie.

être priorisé (360). Similairement, une étude de Harun et collègues (2015) a montré que les médecins ont moins tendance à donner congé aux patients qu'ils apprécient (313). Des études chez les médecins montrent que leurs intuitions (311, 313) et leur personnalité (311, 313) auront également une influence sur les décisions d'allocation des ressources.

En physiothérapie, l'expérience du clinicien peut avoir une influence sur les décisions associées à la fréquence (212) et au congé (212, 219, 290, 308, 383). En Irlande, selon une étude par sondage, les physiothérapeutes qui ont traité les patients avec lombalgie en plus de 10 rencontres étaient majoritairement peu expérimentés (219). Cette constatation a également été faite en Hollande alors que les cliniciens expérimentés traitaient les patients lombalgiques avec une moins grande fréquence et une moins grande durée de traitements que les cliniciens peu expérimentés (212). Pashley et collègues (2010) ont fait une des rares études portant sur le processus décisionnel des physiothérapeutes canadiens entourant le congé dans les cliniques externes de physiothérapie (290). Les chercheurs ont pu constater, par des entrevues réalisées auprès de physiothérapeutes de la région métropolitaine de Toronto, que l'expérience clinique a une influence importante sur les décisions associées au congé. L'expérience module la perception des physiothérapeutes de leur rôle dans ces décisions complexes, ainsi que leur façon de négocier les objectifs avec les patients. Par exemple, selon les participants, les discussions avec le patient qui entourent son congé seront plus ardues pour un nouveau diplômé. Cela pourrait être expliqué, par exemple, par la confiance du clinicien en son jugement par rapport à l'évolution attendue de l'affection de son patient (290). Cela pourrait également être lié à la capacité de créer un bon lien thérapeutique. Effectivement, il a été mentionné par certains cliniciens dans l'étude de Harun et collègues (2015) qu'il est plus difficile de donner congé aux patients qui ont été transférés par un collègue que ceux avec lesquels ils ont initié eux-mêmes le suivi, car le congé nécessite la création d'un bon lien thérapeutique avec le patient (313). Harun et collègues ont également émis l'hypothèse que les médecins moins expérimentés pourraient être plus conservateurs, donc suivre les patients plus longtemps (313). Sullivan (1993), pour sa part, a montré que les cliniciens moins expérimentés ont tendance à moins donner congé quand ils n'ont pas de soutien et de conseils de la part d'un mentor (312). Une étude de Goulet et Drolet (2017) mentionne que les ergothérapeutes

novices ont plus de difficulté à résister aux influences externes et aux pressions pour prolonger les traitements au-delà de ce qui était requis en fonction des besoins cliniques (199).

Intuitivement, on pourrait croire que plus les cliniciens ont de l'expérience clinique, plus leur capacité à juger de l'intensité de la douleur rapportée par leur patient se raffinerait. Or, les études tendent à montrer l'inverse puisque l'expérience prédispose les cliniciens à discréditer la douleur de leur patient (141, 144). Plusieurs hypothèses peuvent venir éclairer ces observations. D'abord, les cliniciens expérimentés ont eu une exposition plus fréquente à des patients souffrants. L'exposition fréquente à la souffrance désensibilise les cliniciens, redéfinissant le seuil plafond du « plus haut niveau de douleur possible » (143, 144). L'expérience peut aussi conduire le clinicien à discréditer des informations qui ne concordent pas avec le jugement clinique initial (141), ou même à rechercher sélectivement des informations qui corroborent celui-ci (384). Finalement, une attitude négative peut se créer au contact de patients présentant des douleurs chroniques (385).

Le style de pratique peut également avoir une influence sur les décisions d'allocation des ressources. Dans l'étude qualitative de Harun et collègues auprès de médecins spécialistes, les auteurs ont montré que plusieurs cliniciens sont intuitifs et se fient à leur jugement clinique, se méfiant même des guides de bonne pratique (313). Cependant, une revue de littérature de Woznowski-Vu et collègues (2015) portant sur la réadaptation montre qu'un clinicien avec une pratique clinique basée sur les données probantes aura des traitements plus efficaces donc de moins longue durée (336).

Les individus qui partagent une profession ne partagent pas uniquement la même fonction, ils partagent également les mêmes valeurs²⁷ professionnelles (79, 80, 84, 387, 388), et celles-ci influencent leur pratique quotidienne (28, 386, 389-392). Dans un récent projet de recherche qui vise à mettre en place des codes d'éthique et déontologiques pancanadiens en physiothérapie (393-395), on réfère à plusieurs valeurs telles que l'honnêteté, l'intégrité, le professionnalisme et le bien-être de la collectivité. Le *World Confederation of Physical Therapy* (WCPT) encourage les physiothérapeutes à respecter les droits et la dignité de tous les individus sans égard à leur âge, leur sexe, leur nationalité, leur religion, leur orientation

²⁷ Empruntant la définition de Drolet et Désormeaux-Moreau, une valeur est comprise comme un concept abstrait qui permet d'évaluer l'acceptabilité et la désirabilité d'une attitude ou d'un comportement (386).

sexuelle, leur situation de handicap, etc. Il encourage également les physiothérapeutes à défendre leurs patients pour que ceux-ci aient accès aux services de physiothérapie quand ils pourraient en bénéficier. Le WCPT encourage aussi les physiothérapeutes à exercer leur jugement professionnel dans leur champ de compétence de façon autonome sans déléguer cette tâche à d'autres professionnels de la santé. Finalement, il les encourage à exiger une rémunération juste pour leurs services en s'assurant que les remboursements par les agents payeurs reflètent une bonne pratique, sans permettre que ceux-ci s'immiscent dans les décisions professionnelles (396, 397). Par ce survol des politiques en physiothérapie, il est possible de dégager une tension entre deux systèmes de valeurs qui se rencontrent et doivent se conjuguer lors des décisions d'allocation des ressources. D'abord, l'allocation des ressources vise les besoins de la communauté (les patients actuels et les patients en attente), en désirant aider le plus grand nombre d'individus avec les ressources disponibles. Par contre, les professionnels de la physiothérapie ont des valeurs professionnelles centrées sur la fonction et la qualité de vie de leurs patients actuels. Le point de jonction possible pour faciliter l'arrimage entre ces systèmes de valeurs pourrait être la responsabilité des professionnels de la physiothérapie face à la société.

Actuellement, l'allocation des ressources est influencée par les choix individuels des cliniciens et des gestionnaires qui ne sont pas discutés ouvertement (125, 398). Ainsi, sous l'apparence d'objectivité et de neutralité des choix d'allocation des ressources, l'influence des facteurs non cliniques associés aux cliniciens et aux gestionnaires demeure implicite. Un enjeu important réside donc dans l'identification de ces facteurs (attitudes, valeurs) peu visibles ou même invisibles (125, 392, 399). Ainsi, en analysant ces facteurs, on s'intéresse au processus associé aux décisions, plutôt qu'uniquement à leurs résultats (399).

Facteurs liés au fonctionnement des établissements et aux structures institutionnelles

Troisièmement, des facteurs liés au fonctionnement des établissements de santé et aux structures institutionnelles ont une influence sur l'allocation des ressources en physiothérapie. Les ressources sont allouées en fonction de facteurs internes à l'établissement, ainsi qu'en fonction des structures budgétaires et des normes institutionnelles.

D'abord, la mission d'un établissement a une influence majeure sur l'accès aux services, sur leurs termes et leurs conditions (300, 341, 400). Par exemple, dans les milieux communautaires, un patient sera référé au CLSC plutôt qu'en clinique externe en fonction de sa mobilité et des modes de transport disponibles (346). En plus, de façon cohérente avec leur mission, les établissements auront des pratiques internes différentes (134, 296, 334, 336, 346). Par exemple, dans les centres hospitaliers, l'imminence du congé à domicile est un critère prépondérant d'une prise en charge rapide (178, 300, 347, 348). La priorisation est basée sur la nécessité d'accélérer le roulement des patients en encourageant la mobilité, tout en faisant en sorte que ceux-ci puissent quitter de façon sécuritaire vers le milieu le plus adapté à leurs besoins (346, 349).

Les critères d'admissibilité dans les institutions vont varier selon la disponibilité des ressources (ressources humaines et financières, programmes spécialisés) (125, 134, 296, 334, 346). Effectivement, la durée des traitements en réadaptation externe est influencée par le nombre de professionnels interdisciplinaires impliqués (plus de professionnels implique une durée plus importante) (336). De plus, les limitations de ressources dans les réseaux publics influencent le délai d'attente, la fréquence et la durée des traitements (125, 193, 309, 340, 344, 400-402). Ainsi, la fréquence des traitements de physiothérapie reçus pourrait être sous optimale. Cela a été noté pour la clientèle québécoise nécessitant un suivi suite à une arthroplastie de la hanche ou de genou (92). D'ailleurs, selon une étude réalisée auprès d'ergothérapeutes travaillant en CLSC, les thérapeutes diminuent la fréquence des traitements et le temps consacré aux patients par reconnaissance de la liste d'attente (360, 403). Adams et collègues (2015) considèrent que la dilution (ie. situation où une personne a accès aux services, mais où la fréquence des traitements sera réduite) et l'interruption (ie. situation où les services prennent fin de façon prématurée après une période de temps déterminée) sont des méthodes utilisées en Australie par les départements de physiothérapie pour rationner les services (125). Cette situation n'a pas été documentée au Canada dans les cliniques externes de physiothérapie pour la clientèle musculosquelettique.

Les systèmes de paiements peuvent influencer le comportement des professionnels (260-262) ou des institutions (263, 264) en lien avec leur allocation de services. La présence d'un assureur a été documentée dans les écrits scientifiques américains comme

ayant une influence sur l'allocation de ressources (101, 193, 212, 218, 220, 340, 344, 345, 372, 373, 404-408) puisqu'un patient avec une assurance recevra plus de traitements de physiothérapie et aura un délai d'attente plus court (212, 220, 340) et qu'une personne avec une assurance ayant une franchise moins élevée recevra moins de traitements (218, 345). On constate donc une sous-utilisation des services de physiothérapie par les patients américains avec une moins bonne assurance ou sans assurances.

En physiothérapie, les agents payeurs semblent avoir une influence substantielle sur l'allocation des ressources (134, 290, 328, 335, 342, 344, 346, 401, 407, 409-411). Par exemple, en Hollande, le nombre moyen de traitements est lié au nombre maximum de traitements admissibles pour le remboursement avec l'assurance publique (212). Au Canada, les agents payeurs comme la CNESST ou les assureurs privés ont un rôle de plus en plus important dans les structures financières en physiothérapie (127, 412). Au Québec, les associations professionnelles et les médias dénoncent qu'un patient bénéficiaire de la CNESST soit priorisé sur la liste d'attente, et ce, peu importe l'évaluation de ses besoins cliniques et qu'il ait un nombre de traitements supérieur (93). À l'inverse, les politiques de certains agents payeurs limitent arbitrairement le nombre de traitements offerts aux travailleurs (93, 287). Une étude américaine a montré que la limitation du nombre de séances de traitement de physiothérapie payées par les agents payeurs influence la fréquence des traitements (413). En Ontario, suite à un changement législatif garantissant des traitements en physiothérapie à long terme suite à un accident automobile, on a observé une croissance marquée des coûts sans qu'on puisse noter d'amélioration significative chez les patients (même durée d'invalidité) (414, 415). Dans le contexte des services de réadaptation, une étude américaine a trouvé une corrélation entre l'utilisation et les coûts des services chiropratiques pour les blessures lombaires liées au travail et les politiques d'agents payeurs dans différents états (416). D'ailleurs, Uili et Wood (411) révèlent que les physiothérapeutes ressentent la pression des agents payeurs pour améliorer le rapport coût-efficacité et pour rationaliser.

Les politiques nationales et les variabilités régionales ont également une influence sur l'accès aux services (401, 402). Par exemple, une étude comparant le nombre de traitements reçus en physiothérapie par épisode de soins dans trois pays (États-Unis, Israël, Hollande) a relevé des différences importantes dans le nombre de traitements par épisodes (417). Cela

renforce la nécessité de faire des études empiriques avec les clientèles québécoise et canadienne pour documenter les particularités des pratiques d'allocation des ressources.

Synthèse des facteurs influençant les décisions d'allocation des ressources

En conclusion, il peut être complexe de hiérarchiser et de pondérer l'ensemble des facteurs cliniques et non cliniques lors des décisions d'allocation des ressources. Cette synthèse de la littérature nous permet de constater que peu d'études explorent les facteurs influençant l'allocation des ressources en physiothérapie musculosquelettique externe, et aucune étude québécoise n'a été faite à ce sujet. Les études en physiothérapie qui se sont penchées sur les facteurs entourant l'utilisation des services sont majoritairement américaines (220, 328, 340-342, 345, 371, 372, 375, 376, 406, 407, 418-423) ou européennes (212, 219, 314, 329); alors que seulement deux études canadiennes ont analysé cette question (337, 424). De plus, plusieurs de ces études évaluent les services de réadaptation (donc les services offerts par plusieurs groupes professionnels) (314, 329, 337, 371, 372, 375, 376, 406, 407, 418-423) plutôt qu'uniquement le service de physiothérapie (212, 219, 220, 328, 340-342, 345, 369, 424). Une revue de la littérature publiée en 2015 par Woznowski-Vu et collègues analysant les facteurs influençant la durée des traitements en réadaptation externe conclut que la recherche est limitée et inconstante (336). Swinkels et collègues (2005) soulignent qu'il est essentiel d'investiguer les facteurs influençant la variation de traitements d'un patient à l'autre pour améliorer la transparence des décisions d'allocation des ressources et la qualité des soins (212).

De plus, bien que ces études aient montré des différences dans l'utilisation des services ou dans l'allocation des ressources, celles-ci n'ont pas expliqué les causes de ces différences. Ces différences pourraient être dues aux besoins cliniques spécifiques de certains sous-groupes de patients, à la prévalence de certaines affections ou à leur façon d'utiliser les services de santé. Ces dernières pourraient aussi être dues aux structures institutionnelles du système de santé national (ex. certains groupes pourraient obtenir leurs services dans la communauté plutôt qu'en centres hospitaliers). En effet, il n'y a pas de consensus fort sur les facteurs influençant l'allocation des ressources en physiothérapie, ni sur les biais pouvant teinter ces décisions, probablement parce que ceux-ci sont contextuels et interreliés entre eux.

Par exemple, une femme avec un faible SSE pourrait être moins priorisée qu'un autre patient, car elle présente une douleur chronique et que la douleur chronique a peu de reconnaissance dans les outils de priorisation actuels. Ainsi, il est essentiel d'examiner ces facteurs et ces biais de façon plus ciblée et contextualisée. Cela permettrait de distinguer les facteurs cliniquement acceptables des biais menaçant l'équité dans l'allocation des ressources.

Certains écrits scientifiques d'autres disciplines en santé mettent en évidence des biais en lien avec les caractéristiques des patients. Certains biais sont liés au processus décisionnel du professionnel de la santé (ex. jugement clinique du clinicien), mais certaines structures institutionnelles peuvent aussi créer des biais plus systémiques et collectifs (ex. systèmes de priorisation de l'institution). Aussi, les professionnels qui sont en surcharge cognitive (plusieurs tâches à exécuter ou à traiter en même temps) auront moins de temps pour utiliser un processus cognitif délibéré, et vont donc se fier sur leur système intuitif plus sujet aux biais. Une réflexion dans le cadre d'un processus délibéré doit être faite dans un environnement qui permet au professionnel de prendre le temps de réfléchir (ex. un système avec moins de pression, sans contraintes institutionnelles excessives, peu de distractions) (323, 425, 426). Ceci a également été documenté dans la pratique clinique alors que plus d'erreurs iatrogéniques sont commises dans les environnements complexes et stressants (tels que les hôpitaux) combiné avec une tâche importante de travail, de la fatigue et un manque de personnel (427). De plus, des biais existent au plan organisationnel à cause de politiques en santé ou encore de procédures institutionnelles (428). Il ne suffit pas d'évaluer les biais implicites et explicites directement attribuables aux professionnels de la santé, mais il faut également évaluer l'influence des facteurs liés à l'environnement de travail.

Des critères consensuels doivent être établis au sein de la profession pour guider les décisions d'allocation des ressources (122, 123, 130, 134, 282, 283). Comment bien répartir les ressources? Comment faciliter l'accès aux patients ayant le plus de besoins cliniques? De nombreux enjeux éthiques complexes émergent de ce questionnement et il est nécessaire d'avoir une approche élargie pour pouvoir en faire une analyse nuancée. C'est dans ce contexte que le présent projet propose une exploration des enjeux éthiques liés à l'allocation des ressources en physiothérapie et aux facteurs pouvant influencer les pratiques professionnelles pour ensuite formuler des recommandations normatives pour mieux les gérer.

« ...one cannot do any ethics, especially medical ethics, in the abstract. » Robert Veatch (392)

CHAPITRE 3. MÉTHODES

Un enjeu éthique important émerge des pratiques d'allocation des ressources en physiothérapie alors que des sous-groupes populationnels sont défavorisés ou même exclus des services, et que d'autres sont surtraités. Les raisons qui sous-tendent ces inégalités n'ont pas fait l'objet d'une analyse approfondie dans les écrits scientifiques et pourraient être la résultante des structures collectives, mais également du comportement individuel des professionnels de la physiothérapie. Pour mieux comprendre ce phénomène complexe, il est important de définir les pratiques actuelles en observant les faits pertinents pour avoir une vue d'ensemble sur le contexte et pour évaluer l'ampleur du problème. *Quels facteurs sont utilisés pour guider la prise de décision clinique dans l'allocation des ressources?* Ensuite, pour contribuer à la réflexion éthique en physiothérapie, il faut explorer les différences entre la réalité clinique et les grands principes éthiques. *Quels facteurs devraient être utilisés pour guider la prise de décision clinique dans l'allocation des ressources?* Ceci permettra d'offrir des pistes de solution réalistes et nuancées, en posant un regard critique sur les pratiques actuelles.

Dans ce chapitre, nous allons décrire les objectifs de recherche. Nous allons ensuite présenter l'ensemble des méthodes empiriques utilisées pour répondre à ces objectifs et nous allons discuter de leurs indicateurs de rigueur. Effectivement, les méthodes quantitatives et qualitatives ont des paradigmes de connaissances épistémologiques différents et ne peuvent pas être évaluées par les mêmes indicateurs de rigueur (429). Finalement, nous présenterons les méthodes conceptuelles qui permettront de faire une exploration des enjeux éthiques associés aux facteurs qui sous-tendent les décisions d'allocation des ressources.

Objectifs

L'objectif général est d'explorer et faire une analyse éthique des facteurs influençant la priorisation, ainsi que la fréquence et la durée des traitements en physiothérapie qui sont alloués aux patients ayant des problèmes musculosquelettiques. Les objectifs spécifiques sont :

- 1) Estimer dans quelle mesure **diverses caractéristiques telles que l'âge, le sexe ou le SSE et la source de financement des services en physiothérapie semblent avoir une influence** sur la fréquence et la durée des traitements des patients, ainsi que sur le délai d'attente;

Les **hypothèses** de cet objectif, basés sur les écrits scientifiques et sur l'expérience clinique de l'équipe de recherche, sont les suivantes : i) les personnes plus âgées, les femmes et les gens avec un faible SSE seront vus moins rapidement (principalement dans le réseau public), moins souvent et moins longtemps (principalement dans le réseau privé); ii) les patients suivis par des agents payeurs seront suivis plus rapidement (principalement dans le système public), plus fréquemment et plus longtemps (principalement dans le système privé);

- 2) Obtenir **la perspective des physiothérapeutes et du personnel administratif** (gestionnaires, coordonnateurs, agents administratifs) sur i) les facteurs influençant la priorisation des patients, mais aussi la fréquence et la durée des traitements, ii) la façon dont sont vécues les enjeux éthiques et cliniques associés à ces décisions d'allocation des ressources, y compris lorsque celles-ci relèvent des stratégies institutionnelles mises en place pour gérer la demande;
- 3) Décrire les enjeux éthiques et cliniques associés aux décisions en lien avec la priorisation des patients, ainsi que la fréquence et la durée des traitements en physiothérapie à partir de deux cadres d'analyse soit i) **l'angle de la justice distributive** et ii) **l'angle de la complexité**.

Pour discuter d'un sujet aussi large et complexe que l'allocation des ressources en physiothérapie, plusieurs approches ont été nécessaires. Spécifiquement, ce projet de recherche est ancré dans une approche de bioéthique empirique qui utilise un devis mixte (méthodes quantitatives, qualitatives et conceptuelles) par approche concurrente pour répondre à son objectif général, soit l'exploration des facteurs influençant la priorisation des patients, ainsi que la fréquence et la durée des traitements en physiothérapie musculosquelettique adulte. L'analyse quantitative s'appuie sur des sondages réalisés à l'aide de vignettes cliniques dont le but est d'estimer dans quelle mesure diverses caractéristiques du patient (l'âge, le sexe ou le SSE) et la source de financement des services en physiothérapie semblent avoir une influence sur l'allocation des ressources dans les établissements dans le réseau public et privé (*objectif 1*). L'analyse qualitative se base sur des entrevues semi-structurées dont le but est d'obtenir la perspective du personnel sur les facteurs influençant l'allocation des ressources de physiothérapie dans des cliniques externes de physiothérapie. Ces entrevues visent également de mieux comprendre la façon dont sont vécues les enjeux éthiques et cliniques associés à ces décisions d'allocation des ressources (*objectif 2*). Le projet de recherche comprend finalement une analyse conceptuelle qui utilise deux cadres d'analyses : l'angle de la justice distributive et l'angle de la complexité. Cette analyse conceptuelle a pour objectif d'explorer les enjeux éthiques et cliniques associés aux décisions en lien avec la priorisation, la fréquence et la durée des traitements en intégrant les résultats des méthodes qualitatives et quantitatives (*objectif 3*).

Tableau 2. Résumé des objectifs et des méthodes de la thèse

	1^{er} objectif	2^{ème} objectif	3^e objectif
But	Estimer l'influence de la source de financement et diverses caractéristiques	Obtenir la perspective des physiothérapeutes et du personnel administratif	Décrire les enjeux éthiques et cliniques associés aux décisions cliniques d'allocation des ressources
Variables analysées	Facteurs influençant la priorisation, la fréquence et la durée des traitements soit l'âge, le sexe, le SSE, le financement	Facteurs influençant la priorisation, la fréquence et la durée des traitements Façon dont sont vécues les enjeux éthiques et cliniques associés à ces décisions	Décisions en lien avec la priorisation, la fréquence et la durée des traitements
Méthodes	Approche quantitative, sondage avec vignettes cliniques	Approche qualitative, entrevues semi-dirigées	Approche conceptuelle, deux cadres d'analyse : l'angle de la justice distributive et de l'angle de la complexité
Population à l'étude	Physiothérapeutes et thérapeute en réadaptation physique (T.R.P.) canadiens (cliniciens et gestionnaires)	Physiothérapeutes et personnel administratif de trois cliniques externes de physiothérapie de la région métropolitaine de Montréal	N/A
Réseau des établissements de soins	Réseaux public et privé	Réseau public	Réseaux public et privé

La bioéthique empirique

La bioéthique est un champ de recherche et de pratique née à la fin des années 1960 aux États-Unis. Son essor s'est poursuivi dans les années 1970 en Europe puis en Australie (430). Ce champ a émergé suite à l'insuffisance des normes et des règlements en place pour encadrer les situations découlant de l'avancée des sciences et des technologies dans le domaine médical (94, 430-432). De plus, il peut être associé à l'amélioration de l'éducation dans nos sociétés et au relativisme éthique parallèlement au déclin de certaines convictions religieuses dominantes (ex. le catholicisme au Québec) (430). D'ailleurs, Bourgeault (1990) nous rappelle que

« [...] le développement des technologies de la vie et de la santé faisait appel à une réflexion neuve touchant précisément le sens de la vie et le prix de la santé, les droits des personnes et le respect de leur autonomie, les responsabilités individuelles et professionnelles, les décisions politiques et les grands choix sociaux. » (431)

La bioéthique est un champ de pratique inclusif, qui ne se limite pas à l'éthique médicale (un terme faisant référence aux médecins en relation avec leurs patients et leurs collègues), mais qui inclut également l'éthique des autres professions de la santé ou des problèmes tels que l'allocation équitable des ressources (430). Fox et Swazey (1984) élargissent davantage cette vision de la bioéthique alors qu'elles mentionnent : « *Bioethics deals with nothing less than beliefs, values and norms that are basic to our society, its cultural tradition, and its collective conscience* » (433). L'*International Association of Bioethics* (IAB) reconnaît cette perspective plus inclusive en définissant la bioéthique comme l'étude des enjeux éthiques, sociaux, légaux, philosophiques et autres qui se posent dans le système de la santé et dans les sciences biologiques (434).

Malgré le large spectre de la bioéthique, les objets d'études semblent être dominés par les questions de début et de fin de vie ou les miracles technologiques, au détriment de l'étude de flagrantes injustices sociales et des soins quotidiens au chevet du malade (435, 436). D'ailleurs, la bioéthique s'est mise en oeuvre à partir de la pratique médicale et biotechnologique et offre, par conséquent, très peu de reconnaissance aux problèmes d'éthiques cliniques en physiothérapie (95, 432, 437). Or, les professionnels de la physiothérapie sont quotidiennement impliqués dans des décisions éthiques (432). Les

cliniciens peuvent être confrontés à des patients qui ne peuvent pas communiquer ou qui refusent certains aspects d'un traitement pouvant être douloureux, mais essentiel à la récupération fonctionnelle (133). Le physiothérapeute a un rôle de plus en plus étendu auprès du patient, car il doit collaborer avec d'autres professionnels offrant des services directs aux patients, et parfois les superviser (soit des assistants ou des étudiants). Ce rôle de supervision a une influence sur des questions de qualité des services et de responsabilités professionnelles (133). De plus, les physiothérapeutes ont obtenu l'accès direct dans plusieurs pays comme au Canada, aux États-Unis ou en Grande-Bretagne, ce qui signifie que les patients peuvent les consulter directement sans nécessiter une prescription médicale (438). Cette augmentation de l'autonomie du professionnel engage le clinicien dans des questionnements éthiques croissants (133). Finalement, il y a de plus en plus de professionnels de la physiothérapie qui travaillent dans des cliniques privées (107). L'augmentation des occasions d'affaires soulève des questions face à l'équité dans la facturation, l'autonomie du patient et l'utilisation des services (133). D'ailleurs, depuis les années 1980, les physiothérapeutes identifient certains enjeux éthiques dans leur pratique qui sont abordés dans cette thèse, soit l'allocation des ressources dans un contexte de pénuries, les motifs de cessation des thérapies, ainsi que les devoirs des physiothérapeutes par rapport aux agents payeurs (94, 132, 133).

Les écrits en bioéthique concernant les enjeux éthiques spécifiques à la physiothérapie reflètent cette évolution dans la pratique professionnelle. Avant les années 1970, très peu d'articles scientifiques ont considéré les responsabilités des physiothérapeutes à l'égard de leurs collègues ou de leurs patients. Les articles référaient plutôt au bon comportement professionnel et à l'étiquette plutôt qu'à l'éthique (94). D'ailleurs, les premiers codes d'éthiques en physiothérapie (la *Chartered Society of Physiotherapy of Great Britain* et l'*American Physical Therapy Association* en 1935) énonçaient comment les physiothérapeutes devaient s'habiller et se comporter avec leurs collègues, sans aborder directement la relation entre les physiothérapeutes et leurs patients (94). Un article de Swisher de 2002 permet de retracer l'évolution de la réflexion éthique en physiothérapie en offrant une analyse rétrospective des écrits scientifiques de 1970 à 2000 (133). Alors que 90 publications ont rencontré les critères d'inclusion, on observe que 60 % des auteurs qui ont utilisé une

approche normative ont utilisé le principisme (133). Le principisme, créé par Beauchamp et Childress (332), est un cadre conceptuel éthique important, comprenant quatre principes directeurs. Le premier est le principe d'autonomie, soit de respecter la capacité de chaque individu de penser, de décider et d'agir sans interférer avec sa vie. Ce principe s'incarne, entre autres, par le consentement libre et éclairé (393). La définition du terme « autonomie » peut varier de sens selon les acteurs ; en physiothérapie, ce terme peut être interprété plus restrictivement en se limitant à la mobilité physique ou l'autonomie fonctionnelle. Pour Beauchamp et Childress, l'autonomie est comprise plus largement comme une autonomie avec un contrôle de sa vie personnelle et sociale impliquant une participation active aux processus décisionnels (332). Carette (1999) illustre cette tension alors qu'il affirme qu'

« ... il ne suffit pas de pouvoir nous déplacer et de combler nos besoins primaires ou d'avoir du bon sens et une santé mentale moyenne pour devenir réellement autonomes, c'est-à-dire pour signer à chaque instant de notre propre sceau tous les actes que nous accomplissons. » (439)

L'accès à des soins de santé de base est également une prémisse à l'exercice de l'autonomie d'un individu (23). La bienfaisance, le deuxième principe, prescrit d'agir dans le meilleur intérêt du patient pour améliorer sa vie et sa santé. Le troisième principe est la non-malfaisance, ce qui implique de ne pas nuire au patient ni aggraver sa condition. Le dernier principe est celui de la justice, soit de traiter chacun objectivement et équitablement selon ses besoins cliniques sans discrimination à l'égard, par exemple, de son ethnicité, de sa religion, de sa richesse. Le principe de justice est lié au principe d'autonomie, car le traitement de chacun doit être équitable puisque chaque individu est un agent moral (23). Le principisme est donc une façon d'interpréter les enjeux éthiques cliniques.

Carpenter et Richardson (2008) ont poursuivi l'analyse de Swisher et elles ont identifié 27 autres articles spécifiques à l'éthique en physiothérapie entre les années 2000 et 2007 (440). Cette augmentation des écrits propre à l'éthique en physiothérapie illustre bien le rôle grandissant des physiothérapeutes comme agents moraux. D'ailleurs, Poulis (2007) mentionne que la bioéthique et la physiothérapie sont des disciplines complémentaires, car elles mettent toutes les deux l'autonomie du patient au cœur de leurs décisions (307). Alors que la physiothérapie vise l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle des patients, la

bioéthique utilise l'autonomie décisionnelle comme un des principes central pour analyser les enjeux éthiques.

Effectivement, la pratique de la physiothérapie a évolué dans les dernières années, par exemple, par une pratique autonome avec un accès direct, ou encore grâce à l'élargissement du champ de pratique. Cette évolution tend à accentuer les enjeux éthiques pour les professionnels de la physiothérapie, alors que ceux-ci doivent pondérer leur réponse aux besoins des patients et des autres professionnels tout en jonglant avec les diverses contraintes provenant des structures institutionnelles (45, 77, 177, 440-452). Le professionnalisme des professionnels de la physiothérapie peut avoir une influence, entre autres, sur la qualité des soins, sur la relation thérapeutique et sur la réputation de la profession (453). Ainsi, ces défis exigent que les professionnels acquièrent comme compétence essentielle la capacité d'analyser des situations éthiquement chargées pour prendre des décisions conformes à l'éthique et aux valeurs professionnelles (86, 94, 440, 449, 454). Le code de déontologie peut fournir aux professionnels de grandes orientations sur la conduite à adopter, mais, face à un enjeu éthique, le professionnel doit être en mesure de faire une analyse éthique critique et réflexive (86, 455).

La bioéthique, un domaine interdisciplinaire, nous offre des méthodes d'analyse pour résoudre des problèmes pratiques (456, 457). La méthode traditionnelle en bioéthique consiste en des analyses conceptuelles. En effet, il existe une distinction importante entre les faits (*ce qui est*) et les valeurs (*ce qui devrait être*) (458, 459). La bioéthique réfléchit principalement à la justification éthique des actions; elle est donc traditionnellement centrée sur l'éthique normative (458). Les processus décisionnels éthiques ne reposent pas sur une *vérité*, mais nécessitent de sous-peser les valeurs applicables dans le contexte particulier. Ainsi, l'éthique n'est pas centrée sur l'observation et l'explication des faits, mais porte un jugement critique sur ces faits (460). C'est pourquoi les instruments normatifs (analyse conceptuelle) sont essentiels pour déterminer quelles valeurs et quels principes sont pertinents à l'analyse d'une problématique, pour ensuite déterminer des pistes de solution qui sont à la fois pratiques et réalistes (460).

Cependant, il est possible et souhaitable d'intégrer les données empiriques qualitatives et quantitatives aux analyses conceptuelles en bioéthique (459, 461). D'ailleurs, dans l'étude de Swisher portant sur la bioéthique en physiothérapie, celle-ci note effectivement qu'il y a

deux types d'analyse éthique dans les articles inclus, soit l'analyse normative (*ce qui devrait être*) et l'analyse descriptive (*ce qui est*) (133). L'auteure observe que, globalement, 43 % des articles ont utilisé une approche normative et que 33 % ont utilisé une analyse descriptive (133). Cependant, le pourcentage d'études descriptives a augmenté chaque décennie, puis a atteint la parité avec l'approche normative de 1990 à 2000. Selon l'auteure, cela est peut-être expliqué par certaines incapacités des approches normatives à tenir compte des réalités contextuelles psychosociales, économiques, sociologiques, légales, culturelles, religieuses et institutionnelles. Donc, l'approche descriptive vient pallier ces lacunes (133). Effectivement, les enjeux éthiques en santé sont influencés par le contexte sociopolitique et l'analyse de ces problèmes doit s'ancrer dans cette réalité pratique (82, 392).

Dans le même ordre d'idée, Hurst souligne qu'il y a un virage observé en bioéthique vers l'empirique (462); la réflexion éthique se réalise en différentes étapes et les méthodes empiriques peuvent contribuer à chacune de celles-ci (460). D'abord, dans la description de la question morale, les méthodes quantitatives et qualitatives permettent d'identifier les faits pertinents (*Qui, Quoi, Quand, Comment, Pourquoi, Où*) (460). L'éthique n'existe pas dans un monde parallèle et doit demeurer concrète et appliquée. Ainsi, l'étape réflexive nécessite de décrire le contexte entourant la question morale. Effectivement, les bioéthiciens se basent déjà sur des faits dans le raisonnement normatif. Les analyses de cas sont donc plus riches, car elles se basent sur des situations réelles plutôt que fictives (462). De fait, les méthodes empiriques permettent de focaliser sur l'éthique en action (459, 460). La bioéthique peut aussi utiliser la recherche empirique comme base du raisonnement normatif, mais cela est plus exigeant, car il est difficile de faire un arrimage entre ces méthodes (462). Effectivement, bien que le mariage des méthodes en bioéthique soit une force (459), ce mariage interdisciplinaire nécessite de maîtriser à la fois les méthodes conceptuelles et empiriques, mais également de bien comprendre le contexte clinique. D'ailleurs, Hedgecoe (2004) et Reiter Theil (2004) nous rappellent qu'un bioéthicien qui travaille sur un sous-champ clinique doit également connaître les détails scientifiques associés au contexte de pratique. Si celui-ci ne détient pas cette expertise, il perdra toute crédibilité (458, 459).

Dans le cadre de cette thèse, pour que la bioéthique empirique maintienne un haut degré de rigueur, une analyse conceptuelle sera réalisée pour faire des recommandations

normatives (458). Cette analyse conceptuelle s'appuiera sur des données empiriques à la fois qualitatives et quantitatives.

Un devis de recherche mixte

Cette étude transversale a un devis mixte, utilisant à la fois des méthodes quantitatives, qualitatives et conceptuelles. Cette étude comprend un sondage effectué auprès de professionnels de la physiothérapie au moyen de vignettes cliniques dans le but d'estimer dans quelle mesure diverses caractéristiques telles que l'âge, le sexe, le SSE et la source de financement des services en physiothérapie semblent avoir une influence sur l'allocation des ressources. Selon Kon (2009), ce premier objectif empirique informe la pratique en bioéthique, car il permet d'explorer les différences entre la réalité clinique et les principes éthiques (étape *Ideal versus Reality*) (461). Pour illustrer ce type d'études empiriques, il discute des biais raciaux qui influencent la qualité des soins (réalité clinique), contrevenant au principe éthique d'équité. Cette étude s'appuie également sur des entrevues semi-structurées visant à obtenir la perspective des physiothérapeutes et du personnel administratif sur les facteurs influençant l'allocation des ressources de physiothérapie. Selon Kon (2009), cette étape est essentielle en bioéthique, car elle permet de définir les pratiques actuelles pour avoir une vue d'ensemble sur le contexte (étape *Lay of the Land*) (461).

On observe des différences dans l'épistémologie des méthodes empiriques, soit les postulats ou les inclinaisons théoriques qui sous-tendent la nature et la construction de la connaissance (463-466). La recherche quantitative a un paradigme de connaissances postpositiviste et structurel (463, 464), donc la réalité sociale est objective et elle prend racine à l'extérieur du chercheur (2). La prémisse est que les problèmes peuvent être résolus lorsque suffisamment de connaissances et de faits ont été recueillis sur un phénomène (39). Ainsi, une « vérité » existe indépendamment de nos perceptions. Le courant postpositiviste reconnaît les limites humaines, et donc que certaines observations sont faillibles (464). Bien que l'objectivité absolue ne soit pas possible, un effort sera déployé pour améliorer la validité des théories scientifiques (464). La recherche quantitative vise à quantifier, énumérer ou mesurer des variables (463, 465). L'environnement expérimental est généralement plus artificiel, car il doit être plus contrôlé pour permettre une généralisation (463). Ainsi, la recherche quantitative pose un regard ciblé sur une problématique avec des variables prédéterminées (465).

La recherche qualitative se distingue de la recherche quantitative selon Van der Maren (1996) par trois caractéristiques : les données sont i) non-métriques et ii) obtenues sur le terrain iii) à l'aide d'une démarche inductive (467). La recherche qualitative est liée à l'action et à un paradigme de connaissances constructivistes et interprétatives (463, 464). Dans ce paradigme, la réalité sociale est construite et interprétée par la subjectivité des individus liés au phénomène à l'étude, ce qui prend racine dans un contexte socioculturel et historique qui sera modulé dans le temps (2, 464, 466). Même si un chercheur fait une recherche « objective », les données seront analysées et pondérées par certaines « préconstructions » et certains schèmes de valeurs. La recherche qualitative pose un regard très large sur un problème en cherchant les relations entre des concepts qui n'ont pas nécessairement été prédéterminés préalablement (465). La recherche qualitative est utile pour répondre aux questions complexes liées au comportement humain, car elle cherche à comprendre un phénomène dans un contexte naturel à partir de la perception ou des expériences des gens dans le monde social (429, 463).

Un devis mixte implique d'intégrer les analyses quantitatives et qualitatives de façon complémentaire, soit dans une même étude ou dans une programmation de recherche (464, 468, 469). Dans ce paradigme pragmatique, il n'est pas nécessaire d'avoir une correspondance étroite entre les paradigmes de connaissances épistémologiques et les méthodes (465). L'approche pragmatique s'éloigne du débat philosophique épistémologique du paradigme de connaissances puisqu'elle emploie les méthodes les plus efficaces pour atteindre l'objectif de recherche. En combinant les méthodes, elle permet d'aller plus en profondeur qu'il ne serait possible de le faire avec l'une ou l'autre méthode seulement, en potentialisant leurs forces et en compensant leurs faiblesses respectives (2, 469). Ainsi, les phénomènes à appréhender deviennent dynamiques et axés sur un processus réaliste (39). Dans la recherche en santé, il n'est pas rare que les méthodes soient plus pragmatiques, soit directement guidées par la nature du problème, les questions de recherche et des considérations plus techniques (463, 469). Plusieurs études en physiothérapie utilisent un devis mixte pour répondre à des questions de recherche cliniques (470-472). D'ailleurs, une science appliquée comme la physiothérapie ne devrait pas utiliser un seul paradigme de connaissances, à l'instar de ses évaluations cliniques combinant les données subjectives et les données objectives (39, 473).

Le « devis mixte » peut avoir différentes définitions (474), mais implique la combinaison d'au moins une méthode qualitative et quantitative rigoureuse, avec une intégration de la collecte de données, de l'analyse ou de la présentation des résultats (469). Ces méthodes peuvent être intégrées en une seule analyse ou mener à une analyse complémentaire pour avoir deux perspectives sur le même phénomène (465). Dans cette thèse, les multiples perspectives ont été privilégiées pour mieux comprendre le phénomène (qualitatif) et en mesurer son importance ou ses causes (quantitatif) (469). Le devis mixte par approche séquentielle est idéal, car il implique qu'une collecte de donnée contribue à bonifier la suivante (468). Or, cette recherche a utilisé un devis mixte par approche concurrente. L'approche concurrente est plus pratique, car elle permet de collecter les données qualitatives et quantitatives en parallèle, dans la même période de temps. Un devis mixte favorise le regroupement de chercheurs ayant des perspectives disciplinaires différentes, et même l'utilisation de divers cadres théoriques pour l'analyse de mêmes données (465).

L'utilisation d'un devis mixte est prometteur pour notre projet, car il combine la puissance des histoires et des nombres (469). D'une part, le quantitatif pourra fournir des données brutes, préciser l'ampleur de la situation et vérifier les faits; d'autre part, le qualitatif pourra fournir une interprétation du phénomène. Ainsi, les recherches qualitative et quantitative ne seront pas vues comme étant en tension, mais plutôt en complémentarité (463, 469). Le devis mixte n'est pas d'emblée une méthodologie de recherche supérieure aux méthodes quantitatives ou qualitatives utilisées seules et ce choix doit être en relation avec les objectifs de recherche (465). En adéquation avec les questions de recherche, notre stratégie de recherche est diversifiée pour appréhender une réalité complexe et peu explorée. Bien que la combinaison de ces méthodes constitue un défi, elle offre une valeur ajoutée en permettant d'avoir un regard plus large et plus compréhensif et en reconnaissant la complexité des facteurs qui influencent un phénomène social (2). Barbour (1999) souligne que les études au devis mixte peuvent produire beaucoup plus que la somme de leur partie (475).

Méthode quantitative : sondage à l'aide de vignettes cliniques

Pour le *premier objectif*, un sondage en ligne réalisé à l'aide de vignettes cliniques a permis d'estimer dans quelle mesure diverses caractéristiques des patients telles que l'âge, le sexe, le SSE ou la source de financement des services en physiothérapie semblent avoir une influence sur le délai d'attente, la fréquence et la durée de leurs traitements. Les variables dépendantes sont le délai d'attente, la fréquence et la durée des traitements. Les variables indépendantes sont les facteurs influençant celles-ci (464), soit l'âge, le sexe et le SSE des patients et la source de financement des traitements. Des variables confondantes, telles que les données sociodémographiques et l'expérience clinique des participants, ont également été considérées.

Le devis méthodologique

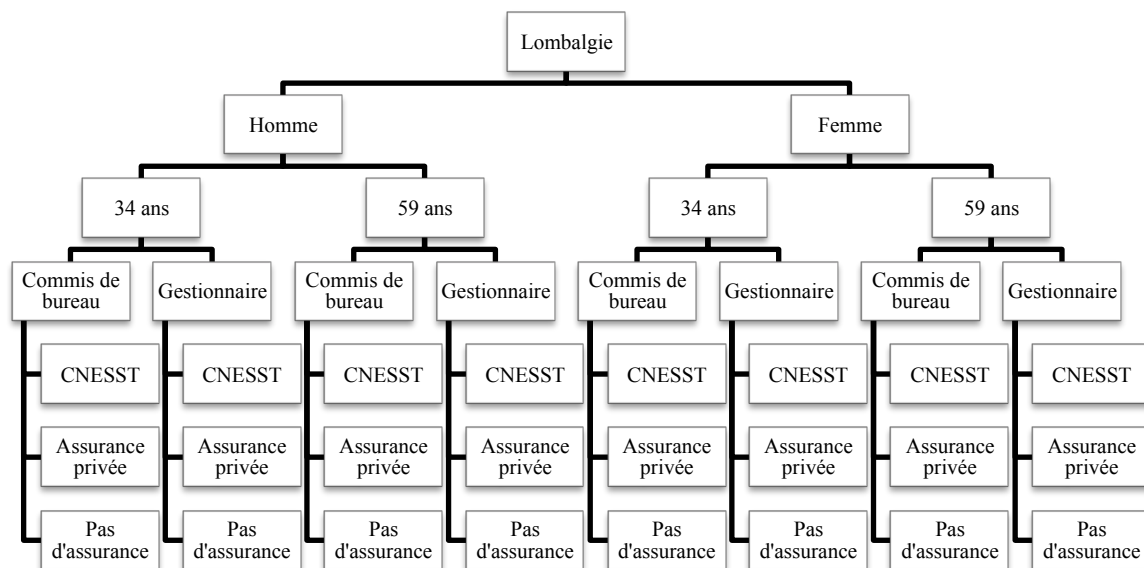
La vignette clinique

La vignette clinique décrit une histoire de cas, soit une situation réelle ou hypothétique (464, 476). La vignette clinique est une méthode de recherche utilisée pour permettre d'évaluer et de documenter des enjeux éthiques (ex. perceptions, attitudes ou valeurs) et cliniques en santé (ex. raisonnement clinique, compétences professionnelles) (312, 477-483). En physiothérapie, des vignettes cliniques ont été utilisées pour évaluer l'adhésion des professionnels aux guides de pratique (484-486), pour évaluer leurs recommandations (487) ou encore pour déterminer leurs biais implicites en lien avec l'obésité de leurs patients (327). La vignette clinique est insérée dans un questionnaire et il est demandé aux participants de donner leurs perspectives ou leurs comportements en lien avec le phénomène à l'étude (464, 476). En général, les vignettes sont élaborées à partir d'une histoire identique dans tous les cas, et de certaines caractéristiques secondaires qui varient (ex. contexte, caractéristiques sociales du patient). D'ailleurs, une revue de littérature récente portant sur les facteurs affectant l'allocation des ressources en réadaptation suggère que les études soient plus ciblées en lien avec un seul diagnostic (ex. lombalgie) pour avoir une population homogène de patients, plutôt qu'une catégorie plus large (ex. clientèle musculosquelettique), car plusieurs facteurs sont interreliés (336). La vignette est donc utile comme mesure indirecte des comportements des professionnels de la santé, mais elle est

également un moyen d'identifier leurs biais implicites qui ne peuvent pas être recensés par des questionnaires directs (315, 464).

Pour répondre à notre objectif, 24 vignettes textuelles ont été créées en lien avec une situation clinique de base commune à toutes. Il s'agissait d'un patient avec une lombalgie chronique non traumatique liée à un problème discal au niveau L4-L5. Le problème du patient décrit dans la vignette avait débuté six ans auparavant, mais sa condition s'était récemment aggravée suite à une chute. Celui-ci était en arrêt de travail depuis quatre semaines et il présentait une douleur incommode irradiant dans la fesse, la cuisse et la jambe gauche, avec une hypoesthésie à la douleur et au toucher dans le dermatome L5. Le patient rapportait une douleur de 3/10 en lombaire et de 5/10 au niveau de la jambe. Pour chacune des 24 vignettes, la situation clinique avait la même description, et ce, pour un homme ou une femme, âgé(e) de 34 ans ou 59 ans, avec un SSE différent exprimé implicitement par un type de métier (commis de bureau/cadre supérieur). De plus, le profil du patient impliquait différentes sources de financements pour les traitements (assurance privée, agent payeur de type CNESST, pas d'assurance) (voir Figure 4). En combinant ces différents facteurs avec la même description clinique, 24 vignettes cliniques décrivant 24 histoires de cas différentes ont été créées.

Figure 4. Illustration des vignettes cliniques finales



Le questionnaire

Le questionnaire, en lien avec la vignette clinique, a été la méthode de collecte de données (464). La section 1 du questionnaire correspondait aux données sociodémographiques des participants (âge, sexe, langue utilisée au travail, niveau d'éducation) et leur pratique professionnelle (clientèle, champ de pratique, années d'expérience, statut d'emploi). La section 2 correspondait à la description de leur vignette clinique (une des 24 vignettes assignées aléatoirement). La section 3 questionnait les participants sur leur comportement projeté en lien avec le patient spécifiquement décrit dans la vignette clinique par rapport au délai d'attente, à la fréquence et à la durée des traitements. La section 4 questionnait les participants sur l'influence générale de différents facteurs (âge, statut d'assurance, chronicité de l'affection) sur leur comportement professionnel par rapport au délai d'attente, à la fréquence et à la durée des traitements. Par exemple, un participant ayant reçu une vignette avec un patient de 59 ans aurait la question suivante : « Si le patient décrit dans la vignette était âgé de 34 ans au lieu de 59 ans, de quelle manière cela changerait votre délai de prise en charge/la fréquence du traitement/la durée des traitements? ».

Le questionnaire a été construit avec une combinaison de réponses ouvertes et de réponses fermées. Les réponses ouvertes ont beaucoup de valeur, et certains la priorisent par rapport aux réponses fermées (488, 489). Cependant, les réponses fermées facilitent le processus d'analyse (488, 489). Il n'était pas obligatoire pour les participants de répondre aux questions ouvertes pour s'assurer de maximiser le nombre de questionnaires complétés. Les choix de réponses aux questions fermées des sections 1, 2 et 3 ont été formulés sous la forme de variables catégoriques nominales (ex. Quel est votre niveau d'éducation? a- Cegep b- Baccalauréat c- Maîtrise d- Doctorat) ou de variables numériques discrètes (ex. Pour combien de temps allez-vous voir ce patient ? a- Moins de 2 semaines, b- Entre 2 et 4 semaines, c- Entre 1 et 2 mois, d- Entre 3 et 6 mois, e- Autre). Les choix de réponses de la section 4 sont sous forme catégorique ordinal soit : « pas de changements/non-pertinent, plus de délais d'attente, moins de délais d'attente » (voir Annexe 3 pour l'invitation, Annexe 4 pour le questionnaire).

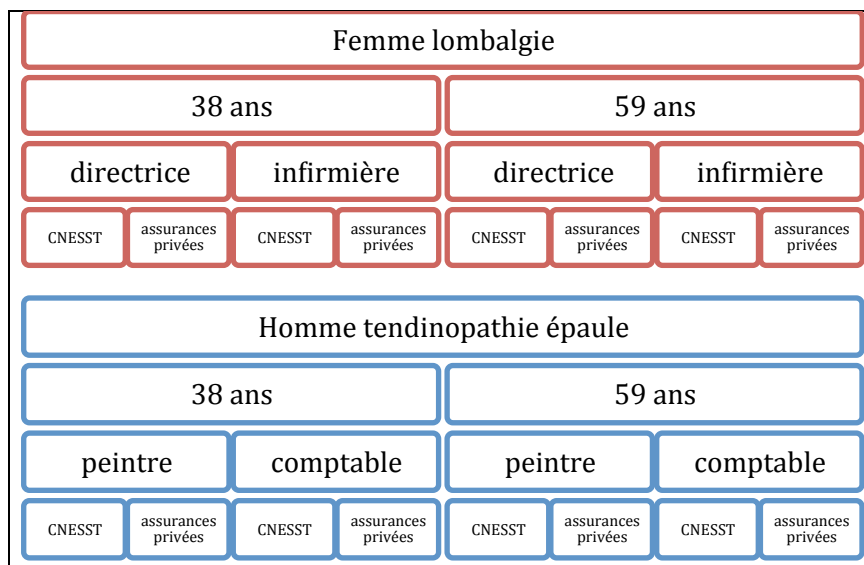
Le création et la validation des vignettes cliniques et du questionnaire

Une attention particulière a été apportée à la création des vignettes cliniques et du questionnaire, suivant les cadres méthodologiques proposés par Cazale et collègues (2006) ainsi que par Flakerud (1979) (490, 491). Dans un premier temps, les vignettes cliniques doivent être construites de façon rigoureuse au plan méthodologique, en concordance avec les écrits scientifiques. De plus, le contenu de l'histoire de cas doit refléter la pratique clinique. Effectivement, pour que l'utilisation de la vignette soit valide, elle doit représenter une situation familière et réaliste (488, 492, 493).

Celles-ci ont été construites de façon séquentielle. À chaque étape, l'équipe de recherche a contribué à bonifier et à raffiner sa construction pour ajouter du réalisme au plan clinique (situation biopsychosociale, mécanisme de blessure, symptômes rapportés par le patient, etc.) Les membres de l'équipe de recherche ont à la fois une expérience clinique (physiothérapie, ergothérapie), une expertise en éthique et une expérience en création de vignettes cliniques (494, 495). Dans un premier temps, une étudiante en physiothérapie²⁸ a débuté la construction de celles-ci en faisant une revue de la littérature. L'ébauche des vignettes incluait deux types de pathologie musculosquelettique qui ont une grande prévalence chez les accidentés du travail, soit la tendinopathie à l'épaule et la lombosciatalgie (496, 497) (voir Figure 5).

²⁸ Vickie Sonier, stage d'été cosupervisé par ML et DF, été 2012

Figure 5. Illustration des vignettes cliniques, version préliminaire (été 2012)



Dans un deuxième temps, une seconde étudiante en physiothérapie²⁹ a poursuivi et finalisé le processus de création et de validation des vignettes cliniques en révisant les écrits scientifiques au plan du cadre méthodologique. Dans un troisième temps, les vignettes cliniques et le questionnaire ont été soumis à cinq experts choisis pour leur expertise à la fois méthodologique et clinique (deux francophones du Québec, un anglophone du Québec et deux anglophones de la Colombie-Britannique, dont l'expérience clinique variait entre 12 et 29 ans). Le but était d'obtenir leurs suggestions et leurs rétroactions au sujet des aspects suivants :

- améliorer le réalisme clinique de la vignette clinique ;
- s'assurer de bien tenir compte des particularités linguistiques et provinciales ;
- améliorer la clarté de la vignette clinique et du questionnaire ;
- s'assurer de la capacité du questionnaire à extraire les informations d'intérêt ;
- améliorer la validité méthodologique des vignettes.

Cette période de validation a aussi inclus un prétest des vignettes cliniques sur la plateforme REDCap (Research Electronic Data Capture) (498) auprès d'un physiothérapeute clinicien bilingue du Québec et par l'équipe de recherche.

Plusieurs réflexions méthodologiques ont été au cœur du processus de validation des vignettes. D'abord, la pertinence des variables indépendantes, soit les caractéristiques des

²⁹ Tatiana Orozco, stage d'été cosupervisé par ML et DF, été 2014

histoires de cas variant d'une vignette à l'autre, a été largement discutée à chaque étape de validation des vignettes. L'objectif était que celles-ci soient en lien avec les données probantes des écrits scientifiques, mais également l'expérience clinique (493). L'âge, le sexe, le SSE et le statut d'assurance ont été jugés pertinents à étudier, car ce sont des facteurs qui semblent influencer la pratique clinique en santé (voir chapitre 2).

Les âges de 34 ans et de 59 ans ont été déterminés pour être discriminants (25 ans d'écart), tout en étant cohérents avec les types de métiers choisis et avec deux groupes d'âge de la population active (un groupe d'âge ayant récemment introduit le marché du travail et l'autre sur le point de faire partie de la population retraitée). Cela évitait d'ajouter la variable confondante de la retraite versus celle du travail actif dans l'influence des variables dépendantes tout en permettant d'étudier deux groupes d'âges distincts. Pour le sexe, une variable dichotomique homme versus femme a été choisie.

Dans nos vignettes, le SSE était exprimé par le type de métier. Les métiers ont été sélectionnés pour que les titres d'emplois puissent être unisexes, limitant ainsi la possibilité de variance d'un métier genré. Les métiers ont aussi été identifiés pour avoir un référent évident au SSE. Le SSE est un phénomène difficile à évaluer (363-365). Les écrits scientifiques n'ont pas encore identifié la composante qui constitue sa meilleure mesure proxy (363-365). Le meilleur proxy du SSE pourrait dépendre de la population à l'étude (364) et l'idéal demeure d'avoir de multiples indicateurs (365). Le choix d'un métier comme proxy au SSE, bien que limitant, a été fait pour minimiser le biais de désirabilité social avec une information trop évidente sur la richesse du patient dans la vignette clinique. Le métier est une mesure fréquemment utilisée (499-501), car il est un indicateur stable du prestige de l'emploi, des responsabilités, de l'environnement et des conditions de travail (ex. niveau d'activité physique, risques) (363, 364). Le métier permet également de faire un lien entre le niveau d'éducation et le salaire (364).

Les sources de financements sélectionnées étaient au nombre de trois, soit une assurance privée, un agent payeur de type CNESST ou aucune assurance. Le montant remboursé pour les assurances privées était de 50 \$ par traitement pour un maximum de 750 \$ par année (502). La SAAQ a été exclue comme agent payeur dans les vignettes cliniques, car

tous les accidentés de la route sont traumatiques, alors que les patients non couverts par la SAAQ peuvent avoir des blessures traumatiques ou non-traumatiques.

Par contre, certaines caractéristiques ont été rejetées, car il était essentiel de ne pas avoir trop de facteurs à analyser pour éviter que le questionnaire soit trop long, ou que trop de participants soient requis pour atteindre la puissance statistique souhaitée. Le nombre de facteurs variables à étudier dans une vignette est habituellement compris entre 5 et 10, mais peut aller jusqu'à 20 (493). Cependant, pour chaque caractéristique additionnelle à analyser, il aurait été nécessaire d'avoir un plus grand nombre de participants (464). Par exemple, il a été jugé peu pertinent de comparer la prise en charge de différentes pathologies, et c'est pourquoi seule la lombalgie a été conservée. Effectivement, les lombalgies sont parmi les problèmes de santé les plus prévalents au Québec (503) et ailleurs dans le monde (504). Une étude américaine montre également que la prévalence des lombalgies tend également à augmenter (505). La lombalgie est une des plaintes fréquente par les patients consultant en physiothérapie (383, 506-510). Une étude québécoise indique que les physiothérapeutes dans les réseaux publics et privés voient en moyenne $3,64 \pm 2,66$ patients avec lombalgie par jour (510). De plus, selon une étude australienne, 25 % à 45 % de la charge de travail d'un physiothérapeute implique le suivi de patients avec des lombalgies (508).

Aussi, certains auteurs recommandent d'avoir une photo accompagnant la vignette pour donner des repères visuels (488, 511). Celle-ci aurait permis d'ajouter le facteur ethnique ou le biais face au poids du patient sans pister de façon trop évidente les participants. Or, les experts ont recommandé d'éviter la photo pour éviter d'introduire un facteur confondant supplémentaire.

Ensuite, pour éviter d'influencer les sondés dans leurs réponses, une grande attention a été portée à l'élaboration du matériel :

- en ayant une vignette « neutre » en évitant un ton sensationnel ou normatif (489);
- en ayant un formulaire de consentement qui ne précisait pas que certaines variables indépendantes allaient être comparées ;
- en mentionnant dans le questionnaire que l'attente était que leur réponse représente leur pratique professionnelle habituelle et non ce qu'ils devraient faire pour diminuer le biais de désirabilité sociale (478, 488).

Les vignettes et le questionnaire étaient disponibles en anglais et en français, dans la langue de préférence des participants. La traduction a été effectuée par l'équipe de chercheurs, dont tous les membres sont bilingues.

L'échantillonnage et le recrutement

Globalement, l'ensemble de notre devis méthodologique quantitatif se concentre sur un échantillon non probabiliste de convenance (464) de notre population cible, soit des professionnels de la physiothérapie canadiens (physiothérapeutes et T.R.P.) travaillant comme cliniciens, gestionnaires ou les deux, auprès d'une clientèle musculosquelettique adulte dans les cliniques externes de physiothérapie dans le réseau privé ou public. Il s'agit d'une population assez homogène pour être capable de généraliser les résultats à l'ensemble des professionnels de la physiothérapie canadiens travaillant auprès d'une clientèle musculosquelettique adulte dans les cliniques externes de physiothérapie dans le réseau privé ou public. Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- être un professionnel de la physiothérapie canadien (physiothérapeute ou T.R.P.);
- travailler à temps plein ou à temps partiel avec une clientèle musculosquelettique.

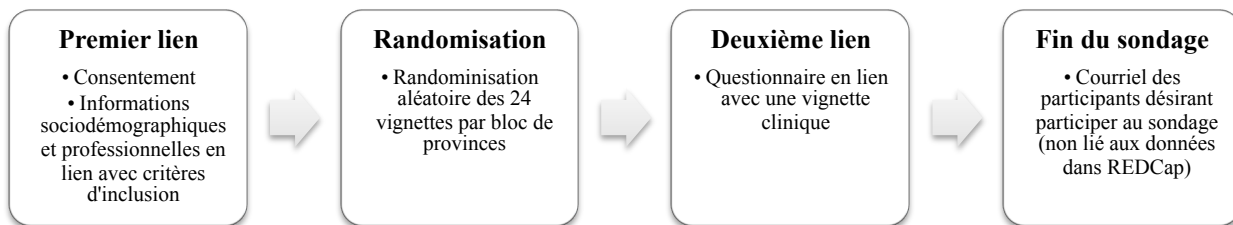
Les T.R.P. ont été inclus car, au Québec, ils traitent des patients musculosquelettiques à la fois dans les réseaux publics et privés, et ils sont autonomes pour prendre les décisions en lien avec la distribution des services (prise en charge, fréquence et durée des traitements) (512).

Les professionnels de la physiothérapie ont été sollicités via les listes de diffusion de diverses associations professionnelles canadiennes³⁰ durant l'été 2014. La plupart des associations ont envoyé notre invitation par un courriel de type « infolettre » à l'ensemble de leurs membres à deux reprises. La seule association n'ayant pas procédé de cette façon est l'OPPQ qui a affiché l'invitation pour le sondage sur son site web dans la rubrique actualité. L'invitation incluait une description du projet et un premier lien électronique vers certaines questions permettant de déterminer le consentement et l'admissibilité au sondage. Seuls les

³⁰ Association canadienne de physiothérapie, Yukon Council, Nova Scotia College of Physiotherapists, Nova Scotia Physiotherapy Association, Atlantic Physiotherapy Association, College of Physiotherapists of New Brunswick, Ontario Physiotherapy Association, Physiotherapy Alberta (College and Association), OPPQ, Fédération des cliniques privées de physiothérapie du Québec, Physiotherapy Association of British Columbia, College of Physiotherapists of British Columbia, Canadian Physiotherapy Association, Private Practice Division of the Canadian Physiotherapy Association

participants admissibles ayant consenti recevaient le deuxième lien vers le sondage (vignette et questionnaire). (voir Figure 6)

Figure 6. Étapes du sondage par vignettes cliniques



La collecte de données

Le sondage a eu lieu entre les mois de juillet et de novembre 2014. Chaque physiothérapeute participant à l'étude recevait une vignette de façon aléatoire. La répartition des différentes vignettes cliniques a été organisée à l'aide d'une procédure de randomisation stratifiée selon la province du participant, par bloc de provinces, pour s'assurer que la distribution aléatoire soit similaire dans l'ensemble des provinces et des territoires canadiens. Ainsi, les 24 vignettes ont été randomisées par bloc de 1 à 24, et par regroupement de provinces et des territoires pour un total de six :

- Maritimes (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Ile du Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador) ;
- Québec ;
- Ontario ;
- Prairies ;
- Colombie-Britannique ;
- Territoires du Nord (Yukon, Nunavut, Territoires du Nord-Ouest).

La randomisation a permis de contrôler la règle de répartition des sujets pour minimiser les variations autres que l'intervention qui pourrait compromettre la validité des conclusions de l'étude (513).

Un statisticien a été impliqué, entre autres, pour déterminer le choix de la plate-forme adéquate pour faire la collecte de données en s'assurant de la confidentialité et de la randomisation par stratification des vignettes. La collecte de données s'est effectuée sur REDCap, une application sécurisée de construction et de gestion de sondages en ligne qui est spécialisée pour recueillir des données de recherche (498). Un consortium international

composé de plusieurs partenaires institutionnels utilise et soutient la plate-forme. La plate-forme REDCap est gérée par la faculté de médecine dentaire à l'Université de Montréal. Cette équipe s'est chargée de la construction de la base de données dans REDCap ; elle a donc créé la clé de randomisation (module de randomisation en bloc), le sondage (module sondage avec lien public), le questionnaire (deux versions : anglaise et française) et l'arborescence (logique arborescente). Elle s'est également chargée de la gestion de la base de données (contrôle de qualité, suivi des participants, sauvegarde des données, détection des anomalies, extraction des données anonymes pour les analyses).

Quelques stratégies ont été mises en place pour s'assurer d'un bon taux de participation. D'abord, un tirage de 10 iPod nano a été fait parmi l'ensemble des participants. Ensuite, des rappels ont été envoyés aux personnes n'ayant pas participé après plus de 10 jours suivant le clic du premier lien. La plate-forme REDCap garde une trace des personnes qui ont répondu au premier lien, ce qui permet à l'utilisateur d'envoyer des rappels par courriel pour les personnes qui n'ont pas participé (terminé le sondage ou cliqué sur le deuxième lien). Par contre, l'anonymat est conservé puisque l'identité du participant n'est pas directement reliée aux données obtenues par les réponses aux questionnaires.

L'analyse des données

Le statisticien a participé aux rencontres d'analyse et a procédé aux analyses statistiques. Les données ont été exportées à partir de la plate-forme REDCap et analysées avec le logiciel statistique SAS® version 9,3. D'abord, une analyse statistique descriptive des variables catégoriques nominales et numériques discrètes à l'étude a été effectuée. Des tests de χ^2 avec la simulation Monte-Carlo (cellules de moins de 5) ont été réalisés pour déterminer si les variables indépendantes catégorielles (âge, sexe, SSE, statut d'assurance) étaient associées aux trois variables dépendantes principales (délai d'attente, fréquence et durée du traitement). Le test de χ^2 est un test inférentiel³¹ non paramétrique³² qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques (464). Un test de χ^2 teste l'hypothèse nulle soit l'absence de relation entre les variables. Ce test reflète

³¹ Test statistique qui permet, à partir d'un échantillon, de tirer des conclusions pour la population de laquelle est tiré cet échantillon.

³² Il n'y a pas d'hypothèse sur la distribution de cet échantillon.

la force de la relation entre deux variables, donc la probabilité d'être incorrecte en affirmant qu'il existe une relation entre ces variables dans la population de laquelle a été tiré l'échantillon (514).

Pour toutes les analyses inférentielles, l'erreur type 1³³ était fixée à un alpha de 0,05. Bien que l'alpha de 0,05 soit le plus standard, certains auteurs propose un alpha plus conservateur (0,025 ou 0,01) pour diminuer le risque de rejeter l'hypothèse nulle lors d'études avec de multiples variables dépendantes (515, 516). D'autres auteurs soulignent les limites de l'utilisation du alpha et, sans nécessairement le bannir, ils proposent des méthodes alternatives pour limiter les erreurs d'interprétations (ex. s'assurer de la signification clinique plutôt qu'uniquement la probabilité statistique plus arbitraire, ajouter l'ampleur moyenne de l'effet, etc.) (517-520). En ce qui concerne de l'analyse des résultats, une attention a été portée à leur signification statistique (pour s'assurer qu'ils n'étaient pas dus à la chance) et leur signification clinique (conséquences sur le plan clinique des résultats, en tenant compte de la validité interne et externe du devis expérimental) (464, 521).

Les indicateurs de rigueur

En recherche quantitative, pour être en mesure de généraliser les résultats, l'environnement expérimental est généralement plus artificiel et contrôlé (463). Ainsi, les vignettes cliniques ont permis d'agir de façon intentionnelle sur des variables indépendantes (âge, sexe, SSE du patient fictif et la source de financement des traitements) pour connaître leurs effets sur des variables dépendantes (délai d'attente, fréquence et durée des traitements).

La validité interne consiste en la certitude que la relation observée entre les variables ne peut être expliquée par d'autres variables non considérées par le devis de recherche. Ainsi, la vignette et le questionnaire doivent permettre d'éliminer toutes les autres influences plausibles sur les variables à l'étude (513). La validité externe est la capacité de généraliser les données à une autre population et à un autre contexte expérimental (513). Par exemple, puisque l'expérimentation empirique est provoquée, est-ce que la situation expérimentale est venue influencer les résultats? Effectivement, avec une vignette clinique, le participant peut

³³ Une erreur de type 1 (alpha) implique de rejeter l'hypothèse nulle alors que celle-ci serait vraie. Dans notre cas, cela impliquerait de trouver une différence dans l'allocation de ressource en physiothérapie en lien avec des caractéristiques du patient fictif sans que ça ne soit représentatif de la réalité clinique.

avoir de la difficulté à se projeter dans une situation clinique typique. D'ailleurs, certaines études indiquent une différence entre les réponses à des vignettes cliniques et les comportements observés avec des patients (487, 522). Si la situation ne représente pas son quotidien clinique, le participant pourrait aussi se sentir incompetent pour répondre aux questions. Le rôle du chercheur est de contrôler ou d'évaluer avec rigueur divers biais menaçant la validité interne et externe pour mesurer les effets de ces biais ou pour éliminer leur influence (513).

En ce qui a trait à la validité interne, des biais auraient pu affecter le sondage. Certains biais de sélection ou d'interactions pourraient être associés aux groupes expérimentaux dont les caractéristiques pourraient différer entre eux (513) et c'est pourquoi des vérifications appropriées ont été faites. La randomisation par bloc a permis que l'ensemble des 24 groupes expérimentaux ait un profil similaire et les caractéristiques confondantes (sociodémographiques et cliniques) ont été considérées dans les analyses statistiques. Pour ce qui est de la validité externe, des biais auraient pu affecter le sondage (513). Il y a un biais associé à la réactivité des sujets à la situation expérimentale. Entre autres, il y a le biais occasionné par le désir des participants de bien paraître (513). Pour minimiser ce biais, la stratégie a été d'expliquer au participant que l'on cherchait à voir leur comportement clinique sans bonne ou mauvaise réponse. De plus, le questionnaire se complétait en ligne donc, sans l'intermédiaire d'un intervieweur. Ensuite, il y a le biais associé à un contrôle imparfait de l'intervention qui implique une interaction entre diverses observations avant le sondage et l'intervention (le sondage). Ce biais peut se produire par exemple lorsqu'on fait passer un questionnaire avant une intervention ce qui sensibilise les participants spécifiquement face à un aspect évalué lors de l'étude (513). À cet égard, la lettre d'information et le formulaire de consentement n'expliquaient pas qu'une vignette d'un patient avec la même affection médicale présentant différentes caractéristiques serait envoyée aux participants. Aussi, pour éviter que les réponses de la section 4 du questionnaire viennent influencer les réponses précédentes, considérant que les participants étaient directement sollicités sur l'influence de certains facteurs sur leur jugement dans les décisions d'allocation des ressources, le logiciel de collecte de données ne permettait pas de modifier les réponses de la section 3 après avoir complété la section 4. Finalement, il y a un biais associé à la sélection des sujets; ce biais est

occasionné par les caractéristiques non représentatives des sujets sur lesquels porte l'étude (513). Effectivement, il est difficile de savoir ce qui est dû au volontariat, car tous nos participants étaient des volontaires et le taux de participation n'est pas suffisamment grand pour ne pas considérer cet aspect limitatif dans la validité externe. Finalement, dans cette situation, bien que le sondage et les vignettes aient été rigoureusement créés pour être parfaitement adaptés aux objectifs de recherche, leurs qualités métrologiques n'ont pas été évaluées (fidélité, validité de contenu, validité pratique, validité de construit). Aussi, bien qu'un effort ait été fait pour assurer la rigueur de la traduction des vignettes et des questionnaires, il n'y a pas eu un processus formel de traduction.

L'approbation éthique

L'approbation du comité d'éthique du Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation de Montréal (CRIR) a été obtenue le 2 juillet 2014 (CRIR-753-0712). Les participants ont signé un formulaire d'information et de consentement électronique.

Méthode qualitative : entretiens semi-structurés

Pour le *deuxième objectif*, des entretiens semi-structurés ont été réalisés en tête-à-tête avec les physiothérapeutes et le personnel administratif (gestionnaires, coordonnateurs, agents administratifs). Leur but était d'obtenir la perspective du personnel sur les facteurs influençant la priorisation des patients, ainsi que la fréquence et la durée des traitements dans des cliniques externes de physiothérapie. Ces entretiens permettaient aussi de mieux comprendre la façon dont sont vécues les enjeux éthiques et cliniques associés à ces décisions d'allocation des ressources.

Le devis méthodologique

L'aspect exploratoire de l'approche qualitative aide à fournir des données riches et détaillées pouvant aider à mieux comprendre un phénomène, alors que les variables pertinentes ne sont pas encore toutes identifiées (230, 231). L'objectif de cette recherche vise effectivement à explorer un phénomène à partir de la perspective des acteurs impliqués.

Passant par des approches plus inductives à plus déductives, il y a plusieurs cadres d'analyse possibles en analyse qualitative (523). Le cadre d'analyse pour cette étude est la description interprétative (524, 525); celle-ci est basée sur un paradigme constructiviste, initialement créé en sciences infirmières comme une approche permettant de résoudre des dilemmes pratiques ou des questions de recherche clinique (525, 526). Ce cadre d'analyse est bien adapté aux objectifs de recherche considérant l'intérêt pour les perspectives des physiothérapeutes et du personnel administratif sur l'organisation pratique de la gestion des listes d'attente et de l'allocation des ressources en physiothérapie. L'objectif de cette étude n'est pas d'inventer une nouvelle théorie du phénomène à l'étude (527)³⁴, mais bien de décrire et d'analyser les données recueillies pour développer des connaissances sur une expérience humaine liée à la santé en identifiant les thèmes communs au phénomène d'allocation des ressources en physiothérapie sans perdre les nuances de l'expérience individuelle (525).

³⁴ En effet, bien que la description interprétative s'inspire des principes d'investigation naturalistes (466) et de théorisation accrée (528), elle n'a pas la même finalité ne visant pas à la création d'une nouvelle théorie.

L'échantillonnage et le recrutement

Les participants ont été recrutés dans tous les sites (n=3) d'un centre universitaire de santé de la région métropolitaine de Montréal offrant de la physiothérapie musculosquelettique adulte dans des cliniques externes de physiothérapie. Les sites sont de tailles différentes : ils ont 79 à 517 lits à l'interne et 4 à 8 physiothérapeutes travaillent dans leur clinique externe. Le bassin de participants potentiel est de 26 (voir Tableau 3 pour les détails).

Tableau 3. Personnel travaillant dans des cliniques externes de physiothérapie situées dans un centre universitaire de santé

Personnel	Site 1	Site 2	Site 3	Total
<i>Physiothérapeute</i>	8	5	4	17
<i>Agent administratif</i>	2	2	1	5
<i>Coordonnateur</i>	1	0	1	2
<i>Gestionnaire</i>	0,5	0,5	1	2

Un échantillon non probabiliste de convenance (464) a été constitué avec des participants originaires des trois sites et qui présentent une variété de rôles professionnels (physiothérapeutes, gestionnaires, coordonnateurs, agents administratifs). Cela avait pour objectif d'avoir une perspective plus globale sur l'allocation des ressources et pour identifier des traits communs et des variations (modes de fonctionnement différents inter-sites et inter-professions) en lien avec le phénomène de l'allocation des ressources en physiothérapie. Les critères d'inclusion sont les suivants :

- être un employé des cliniques externes de physiothérapie d'un des sites ciblés;
- travailler actuellement ou avoir travaillé durant un minimum de six mois cumulatifs dans les cinq dernières années dans un des sites ciblés;
- être impliqué directement ou indirectement dans la gestion de la liste d'attente du département ou dans l'allocation des ressources.

Une rencontre des participants potentiels a eu lieu dans chacun des sites avec la chercheuse principale et une assistante de recherche (qui a également eu le rôle d'intervieweur) pour expliquer le projet aux employés. Pendant cette rencontre, il était clairement expliqué que l'employeur ne serait pas informé de l'identité des personnes participant au projet ni du contenu des entrevues individuelles. Une lettre introductive a été remise aux personnes intéressées qui expliquait les objectifs de l'étude, les attentes envers les

participants et la durée approximative de leur entrevue (529). Cette lettre réitérait également que l'employeur ne serait pas avisé des personnes participant à l'étude et que tout serait mis en place pour maintenir la confidentialité. Il était stipulé, par exemple que les données nominales seraient codifiées dans les transcriptions et dans les communications des résultats, et que d'autres informations pouvant les identifier seraient supprimées. De plus, la transcription des entrevues serait examinée par l'équipe après la codification et les assistantes de recherche procédant aux entretiens n'étaient pas affiliées au centre universitaire de santé. Les personnes intéressées étaient invitées à contacter directement l'assistante de recherche, par téléphone ou par courriel. L'assistante de recherche répondait à toutes les questions concernant l'étude, transmettait le formulaire d'information et de consentement et organisait le rendez-vous dans un local privé dans le milieu de travail ou ailleurs, en fonction des préférences des participants. Une relance a eu lieu environ 1 mois plus tard avec une lettre de rappel déposée au pigeonnier des employés. La collecte a pris fin quand aucun employé supplémentaire n'a signifié son intérêt de participer à l'étude.

La collecte de données

La méthode de collecte des données est l'entrevue semi-structurée; cette méthode de recherche qualitative est très commune en santé (464, 529). L'entrevue permet de recueillir des informations en lien avec un phénomène à l'étude via un entretien oral avec des personnes sélectionnées. Effectivement, l'objectif de l'entrevue semi-structurée est de découvrir et d'explorer la perception des faits et l'interprétation du participant en évitant d'imposer les prémisses du chercheur (529). Ainsi, le chercheur doit être souple et rester ouvert à la possibilité que certains concepts qui émergent soient différents que ce qu'il prédisait (529).

L'entrevue semi-structurée a été privilégiée par rapport au groupe de discussion, une autre méthode qualitative pertinente qui consiste en une collecte de données provenant d'un groupe plutôt qu'un individu (530). D'abord, les entrevues individuelles permettent d'aller plus en profondeur lorsqu'un phénomène est peu exploré. En plus, considérant que plusieurs professions étaient ciblées, les dynamiques sociales auraient pu faire en sorte qu'un groupe s'exprime moins librement.

Les entretiens

Les 13 entretiens ont eu lieu entre juin 2012 et août 2013. Celle-ci ont été réalisées au moment idéal et à l'endroit choisi par le participant (529). Les entretiens ont été enregistrés pour éviter que l'intervieweuse ne doive prendre des notes durant la rencontre avec le participant, ce qui peut interférer avec l'entretien (529). Cet enregistrement (matériel brut) a été transcrit en un verbatim pour produire une base empirique complète et accessible (523). Le verbatim a été produit par des professionnels non liés à l'équipe de recherche. Pour s'assurer de la qualité de cette transcription, nous avons procédé attentivement à la validation de la concordance entre le verbatim et le contenu audio (523, 531). Pour s'assurer que nous ne puissions pas lier le contenu d'une entrevue à un participant en particulier lors de l'analyse, les informations identificatoires ont été retirées de la transcription du verbatim avant l'étape du contrôle de qualité.

La préparation : guide d'entretien et entrevue pilote

Le guide d'entretien a été créé à partir des écrits scientifiques et de l'expérience clinique en réadaptation de l'équipe de recherche. Les thèmes principaux ayant orienté le guide d'entretien étaient : les facteurs influençant l'allocation des ressources, l'influence des agents payeurs et comment sont vécus les enjeux associés aux décisions d'allocation des ressources. Le guide d'entretien a été construit au moyen de questions ouvertes, tout en étant le plus neutres possibles pour éviter d'induire certaines réponses (529). Pour mettre les participants à l'aise, la première question est centrée sur leur expérience professionnelle. Elle est suivie d'une question plus descriptive à propos de la liste d'attente dans leur milieu.

Le guide d'entretien a été créé par la chercheuse principale et révisé par trois membres de l'équipe de recherche. Le processus de révision a permis d'éviter des redondances entre les questions et d'améliorer leur clarté. Le guide d'entretien a ensuite été raffiné au moyen d'une entrevue pilote avec un physiothérapeute qui travaille dans un établissement public qui n'était pas ciblé pour le recrutement dans l'étude. Suite à l'entrevue pilote, des questions ont de nouveau été retirées pour s'assurer que les entretiens puissent être réalisés dans un délai maximum de 60 minutes. La version initiale du guide d'entretien contient 17 questions, alors que la version finale n'en contient que 7 (voir Annexe 1).

L'intervieweur

L'intervieweur a une importance dans les entrevues (529). Il doit être interactif et sensible au propos des participants pour essayer de comprendre ce que ces derniers tentent de dire plutôt que de mettre de l'avant ses propres suppositions (529). Ces données d'entrevue semi-structurées sont donc suscitées, puisqu'elles sont obtenues à la suite d'une interaction entre les participants et l'interviewer qui se laisse guider par les réponses de ceux-ci (467). Le choix d'une entrevue semi-structurée, par réponse ouverte, donne un cadre à l'entrevue, bien que ce cadre demeure flexible pour l'intervieweur qui peut diverger en fonction des réponses du participant (529).

Il ne faut pas minimiser l'influence de l'intervieweur, et de certaines de ses caractéristiques personnelles (sexe, profession, etc.) sur les entrevues (529). Ces dernières ont été faites dans la langue de préférence des participants (anglais ou français) par deux assistantes de recherche. Erin Douglas, une ergothérapeute diplômée de l'Université McGill, a fait les entrevues en anglais; Catherine Olivier, une étudiante en bioéthique de l'Université de Montréal, a fait les entrevues en français. Le choix d'avoir des intervieweuses externes vise à permettre aux participants de s'exprimer librement, sans teinter les entrevues : en effet, la chercheuse principale est physiothérapeute, elle travaille occasionnellement dans un des sites de ce centre universitaire et elle travaille également au bureau du syndic de l'OPPQ. L'avantage de ce choix de confier les entrevues à d'autres personnes est de minimiser les a priori, puisque les intervieweuses exercent une profession différente. Bien que l'interviewer ait une grille d'entretien, l'entrevue semi-dirigée est une conversation et l'interviewer a pu demander des précisions supplémentaires sur certains éléments soulevés par les participants. Ainsi, peut-être que certains thèmes auraient été abordés plus en profondeur par un intervieweur en lien avec le domaine de la physiothérapie comme les participants, car il aurait mieux compris le contexte de l'allocation des ressources spécifique à la physiothérapie. Par contre, les intervieweuses ont assisté à une rencontre préparatoire pour bien les outiller. De plus, au besoin, des rencontres de rétroaction (des discussions téléphoniques, des échanges courriel et des rencontres physiques) ont eu lieu après les entrevues pour permettre aux intervieweuses d'évaluer leur propre performance pendant les entrevues (529). À la suite des entrevues, les intervieweuses ont rédigé un mémo avec leurs impressions et leurs réflexions en

plus d'un résumé des points saillants. Les mémos ont été utilisés subséquemment pour valider les résultats émergents des analyses.

L'analyse des données

L'analyse thématique des entrevues a été la technique utilisée pour identifier les relations et les thèmes récurrents parmi les données analysées, à l'intérieur du cadre d'analyse description interprétative. Les analyses ont été réalisées à partir des verbatim des participants après que l'ensemble des entrevues a été complété. Un élément central du cadre d'analyse description interprétative est l'utilisation des techniques comparatives constantes (532). Cependant, pour des raisons pragmatiques, il a été impossible de débiter les analyses avant la fin des entrevues.

L'analyse thématique est un processus circulaire d'aller-retour entre les données empiriques, soit la perspective des participants, et la représentation du phénomène à l'étude (464). À mesure que l'analyse inductive a progressé, l'échafaudage construit a été testé et raffiné pour instaurer une compréhension plus sophistiquée du phénomène. Dans tout le processus d'analyse, un journal de bord a été conservé pour consigner les impressions, les idées, et les décisions en lien avec l'analyse des données.

Les analyses de données se sont faites en trois étapes subséquentes, en entonnoir. La première étape de « condensation » permet de gérer les données en les décomposant et en les organisant par unité de sens (464, 533). Cette segmentation en éléments plus restreints et malléables permet de trier et d'organiser les données (533). À cette étape, des questions plus larges ont permis de guider l'analyse : *Qu'est-ce qui se passe ici?* et *Qu'est-ce qu'on peut apprendre sur ce phénomène?* Il y a eu une première phase de réduction des données où des sommaires ont été rédigés pour chaque entrevue. Les idées principales émergeant des perspectives des participants ont été notées en concordance avec les aspects contextuels et sociodémographiques (site, rôle en lien avec l'allocation des ressources, expérience professionnelle, etc.).

Ensuite, une codification bilingue a été faite par induction : celle-ci attribue des codes à des sections circonscrites du discours qui ont une teneur sémantique commune (533). Ainsi, 46 codes ont été élaborés par codage ouvert, sans tenter de regrouper les codes en

catégories (523). Ces codes ont été révisés par deux chercheurs pour s'assurer que leur fondation était suffisamment valide pour poursuivre les analyses. Ces révisions ont été faites à la fois par double codage de deux sections d'entrevues et par le recodage d'une même entrevue à deux moments différents. Les unités de sens codées étaient descriptives, soit des phrases courtes, des mots, des paragraphes ou des messages contenant les thèmes identifiés (533). Les définitions des codes ont été raffinées et améliorées pendant le processus de codage des multiples verbatim.

La deuxième étape permet de raffiner et de réduire le nombre de codes en les regroupant en catégories (464, 523, 533). Cette étape met l'emphase sur les relations entre les codes, et permet d'identifier des catégories. Deux chercheurs ont ainsi considéré le contexte, les causes, les conséquences de ces catégorisations pour raffiner les hypothèses et mieux définir les interrelations entre celles-ci. Les questions suivantes ont servi de guide : *Quels seraient les liens et les relations qui émergent de ces codes? Qu'est-ce qui pourrait expliquer ces liens?* Les codes ont été agrégés menant à l'obtention de 15 catégories.

À partir de ces catégories, la troisième étape a permis de repérer et de regrouper des thèmes analytiques (533). La question suivante a guidé ce regroupement : *Quel concept communique le mieux les aspects centraux du phénomène à l'étude?* Ces thèmes inductifs ont été mis en place en analysant les interrelations entre les données et ont été révisés par tous les membres de l'équipe de recherche. Par exemple, en cohérence avec le cadre d'analyse, une attention a été portée pour que les interrelations soient cohérentes entre les analyses transversales (étude comparative des perspectives des participants entre eux) et les analyses en profondeur (participant par participant). Par ce processus d'analyse, les explications alternatives, les cas négatifs ou les données aberrantes ont été explorés. Les concepts et les idées écartées par ces thèmes ont été examinés, permettant de bonifier et de réviser ceux-ci. Finalement, quatre thèmes ont émergé.

En recherche qualitative, le chercheur doit chercher des liens et des relations entre les codes pour construire une explication. Cette construction est un processus difficile qui nécessite de bien comprendre les données et d'être créatif (523). Pour faciliter le regroupement et le classement, nous avons opté pour une analyse manuelle, avec des cartons d'index. Cette méthode est recommandée par Pope (2006), car bien que ce système soit un peu vieille école

et laborieux, le fait de toucher et de gérer manuellement les données permet d'approfondir une connaissance intime des données, ce qui facilite les regroupements et le classement (523).

Considérant que l'objectif de cette étude était d'élaborer une explication et d'obtenir les perspectives des professionnels, une analyse itérative et non linéaire a été faite en plusieurs étapes (513, 523). L'analyse s'est également faite avec plusieurs périodes de consultation. D'abord, dans chacun des sites impliqués dans l'étude, trois ateliers ont été présentés à tous les physiothérapeutes qui travaillent dans les cliniques externes de physiothérapie. Ensuite, les résultats préliminaires ont été exposés lors d'une présentation orale réalisée à l'occasion d'un atelier d'un groupe de recherche académique (Professional Ethics Research Network, PERN) et d'une conférence en réadaptation axée sur le transfert de connaissance (Edith Strauss Interactive Day). Bien que les consultations aient montré un large consensus, les rétroactions obtenues ont permis de peaufiner l'analyse. Par exemple, certains facteurs émergent de l'analyse ont été pondérés et reconnus comme ayant une influence importante (ex. l'influence institutionnelle et systémique sur l'allocation des ressources).

Les indicateurs de rigueur

L'analyse qualitative vise à expliquer un phénomène social (429). Bien qu'elle ne cherche pas à généraliser des données comme la recherche quantitative, elle souffre d'une forme de stigmatisation « *du petit n* » (534). Or, la recherche qualitative nécessite une planification et une analyse des données rigoureuse, réflexive et précautionneuse, avec une haute capacité d'interprétation de la part du chercheur (230, 429, 463). Une étude qualitative doit résoudre un problème pratique (467), être novatrice dans son apport aux connaissances scientifiques (429, 467) ou avoir une pertinence sociale (429). Considérant ces fins différentes de celles de la recherche quantitative, ces indicateurs de rigueur sont également propres à ses objectifs. Par contre, les indicateurs de rigueur varient beaucoup d'un auteur à l'autre dans les écrits scientifiques (535). Alors, sans se vouloir exhaustive, cette section va discuter de différents indicateurs de rigueur en les confrontant aux méthodes utilisées.

D'abord, la **crédibilité du projet** implique que les résultats de la recherche sont une représentation fidèle de l'expérience des participants et du contexte (464, 533, 536). Cette crédibilité nécessite que le chercheur puisse faire abstraction de ses connaissances et de ses a

priori pour mettre de l'avant la réalité des participants (466). Une technique importante pour s'assurer de la crédibilité du projet est le retour des résultats de la recherche aux participants (464, 466, 533). Ce facteur de véracité permet de corréler la réalité telle que perçue par les participants et la réalité telle que construite par le chercheur (466). Dans notre devis, un retour des données aux participants a été fait pour obtenir leur validation et pour avoir leurs réactions face aux analyses. Ces réactions ont été incorporées aux données (429). Cette étape du processus permet de réduire certaines erreurs d'interprétation en s'assurant que les participants trouvent celle-ci plausible (429, 464). De plus, une attention a été portée aux données divergentes tout au long du processus pour que les éléments qui contredisent les hypothèses soient identifiés (429, 464). Effectivement, lorsque des données divergentes sont identifiées, certaines explications exploratoires doivent être mises de l'avant par les chercheurs (429, 533).

D'autres éléments méthodologiques permettent d'augmenter la crédibilité d'un projet. Il peut s'agir par exemple de la triangulation, de l'engagement du chercheur sur le terrain ou encore de vérifications externes par les pairs (464, 466, 533, 537). D'abord, la triangulation permet la comparaison des résultats de recherche avec au moins deux méthodes ou sources de données pour avoir une compréhension plus réflexive (429, 466, 467, 537). Nous n'avons pas fait de triangulation dans ce projet. Toutefois, dans une perspective mixte plus globale, les données complémentaires obtenues lors du sondage pancanadien permettent d'améliorer la validité globale des données (513). Ensuite, l'engagement du chercheur sur le terrain permet d'établir une relation de confiance avec les participants et une compréhension approfondie du contexte (464, 466, 537). Cela nécessite une réflexivité, qui s'inscrit dans une analyse de la façon dont le chercheur et le processus de recherche ont pu influencer les résultats. Un journal de bord permet de consigner ces réflexions, par exemple, sur la façon dont certaines caractéristiques du chercheur, ou sa distance avec les participants ont pu influencer la recherche (429, 537). Or, dans ce projet, nous avons privilégié des interviewers qui n'avaient pas de liens sur le terrain pour s'assurer que les participants allaient pouvoir s'exprimer librement. Par contre, les participants ont rencontré l'intervieweuse dans une rencontre préalable à l'entretien, ce qui a permis de favoriser le lien de confiance et de mettre les participants à l'aise. Le guide d'entrevue a permis de diminuer la variabilité entre les

entrevues, considérant le fait qu'il y avait deux intervieweuses impliquées. Finalement, des vérifications externes par les pairs, via des rencontres d'analyse, permettent d'améliorer la crédibilité (464, 466, 537). Plusieurs étapes de vérification ont eu lieu pendant le codage et l'analyse.

Ensuite, **l'authenticité** implique que les résultats représentent toutes les perspectives des participants, avec une attention diligente portée aux subtiles différences entre les expériences (533, 536). Les données et l'interprétation doivent être vraiment enracinées dans les données provenant des participants impliqués dans l'étude et leur contexte (466). Considérant qu'il existe un grand nombre de perspectives sur un phénomène, la distribution équitable permet de réduire les biais dans la sélection des participants, pour s'assurer d'avoir la perspective de tous les points de vue d'un groupe. Ce regard non partisan du chercheur doit permettre de donner une voix aux opinions divergentes (429, 533). De plus, l'utilisation de citations permet de mettre en lumière les nuances des perspectives. Dans notre contexte, les participants représentaient différents groupes professionnels, avec différents échelons de responsabilité. L'authenticité des données a été bonifiée par un enregistrement audio, une transcription du verbatim et une validation de qualité du processus de transcription. Ainsi, les analyses sont ancrées dans des données les plus neutres possible.

De plus, **l'intégrité et le sens critique** sont des facteurs de rigueur importants qui nécessitent une attention critique dans toutes les étapes du processus. Ce processus est itératif impliquant plusieurs vérifications de la validité des résultats en plus d'une présentation humble de ces derniers (533, 536). Cela permet d'assurer une indépendance de la démarche scientifique quant aux biais subjectifs et techniques (467). Il est attendu que certains changements méthodologiques ont lieu au courant de l'étude de façon itérative (466). Ce processus de rigueur implique que la méthode a été clairement expliquée (cela inclut le cadre d'analyse, la collecte de données et l'analyse de celle-ci ainsi que la codification) pour permettre de déterminer le cadre à partir duquel les conclusions de l'étude ont été tirées (429, 466). Toutes les étapes de ce projet ont été détaillées dans ce chapitre méthodologique, de la collecte de données à l'interprétation en passant par l'analyse. Les codes ont été vérifiés par plus d'un chercheur (vérification interne) et un journal d'analyse a été tenu. Nos données ont également été comparées avec les écrits scientifiques sur le sujet et lors d'une analyse

conceptuelle avec les données provenant d'un sondage pancanadien réalisé à l'aide de vignettes cliniques.

Finalement, **la transférabilité** est l'applicabilité des données à une autre population et un autre contexte (429, 464, 466, 467, 533). La description détaillée du contexte et de l'échantillon permet de pondérer le niveau de transférabilité des données. Notre échantillon est diversifié, car nous avons des participants de tous les sites et de tous les groupes professionnels, variant en expérience. Il est par contre possible que ceux qui ont décidé de participer aient des caractéristiques différentes de ceux qui ne se sont pas montrés intéressés. La congruence de l'étude, soit la cohérence des liens entre les thèmes, est bonne et reliée aux écrits scientifiques sur le sujet, ce qui laisse croire que les résultats pourraient s'appliquer à d'autres contextes que celui à l'étude (536). Cette étude a travaillé sur une seule unité d'analyse et a fait des observations à l'intérieur de ce cas. Dans ce cas, la puissance explicative provient de la cohérence entre la structure des relations entre les thèmes : « La puissance explicative découle donc de la profondeur de l'analyse du cas et non du nombre des unités d'analyse étudiées. » (513) Cependant, les entrevues semi-structurées ont une transférabilité limitée considérant leur contexte local (cliniques externes de physiothérapie situées dans des centres hospitaliers de la région de Montréal du même centre universitaire de santé).

Un indice global de la rigueur d'une analyse qualitative de type description interprétative provient de l'avis réflexif des experts (« *thoughtful clinician test* » de Thorne) (525). Une analyse qualitative passe ce test lorsque des individus ayant une connaissance approfondie du phénomène à l'étude trouvent les conclusions plausibles et éclairantes, tout en confirmant leurs intuitions cliniques (525, 538). Dans notre cas, plusieurs périodes de consultations ont eu lieu auprès de physiothérapeutes travaillant dans les cliniques externes de physiothérapie et auprès de chercheurs liés à l'éthique et à la réadaptation. D'abord, trois ateliers ont été présentés à tous les physiothérapeutes travaillant dans les cliniques externes de physiothérapie situées dans le centre de santé universitaire ciblé pour présenter les résultats, pour discuter de solutions potentielles pertinentes à leurs milieux pour améliorer la gestion de la liste d'attente et l'allocation des ressources, ainsi que pour avoir leurs rétroactions sur l'interprétation des données liées aux entrevues. Ensuite, les résultats préliminaires ont été présentés lors de deux rencontres scientifiques (un atelier du groupe de

recherche Professional Ethics Research Network et au Edith Strauss Interactive Day, une conférence en réadaptation axée sur le transfert de connaissance). Ces consultations ont permis de bonifier nos réflexions et nos analyses en raffinant notre compréhension de ce phénomène complexe qu'est l'allocation des ressources en physiothérapie.

L'approbation éthique

L'approbation des comités d'éthiques de l'Université de Montréal et du centre universitaire de santé McGill a été obtenue respectivement le 18 avril 2012 et le 6 juin 2012. Les participants ont signé un formulaire d'information et de consentement.

Méthodes conceptuelles

La recherche est une démarche intellectuelle qui ne vise pas uniquement à répondre à des questions de recherche, mais également à expliquer, à décrire et à comprendre un phénomène (464). L'analyse conceptuelle est aidante, car elle permet de circonscrire un sujet d'étude en le décomposant pour examiner les interrelations entre certains de ces concepts. Les concepts peuvent être concrets (ex. délai d'attente mesuré en jours) ou abstraits (ex. valeurs associées à la priorisation). Ce processus spéculatif facilite l'analyse et l'interprétation des données en permettant d'organiser les connaissances (464).

Considérant que cette thèse vise l'exploration d'un phénomène encore peu étudié, le choix d'un cadre conceptuel en particulier ne permettrait pas d'appréhender la situation dans sa totalité. Par contre, plusieurs cadres d'analyse complémentaires seront plus en mesure de rendre compte des phénomènes observés. Évidemment, cette vision du phénomène est uniquement un reflet partiel de la réalité. Cela est illustré par Dorothy Emmet (1979) qui compare le jugement moral à une lumière blanche qui devrait illuminer la meilleure action à prendre, mais qui passe par un prisme et qui est décomposée en une multitude de couleurs (539). L'objectif de cette thèse n'est donc pas de créer une nouvelle théorie qui tiendrait compte de tous les aspects empiriques et conceptuels du phénomène analysé, mais bien de procéder à l'application judicieuse de certaines théories qui peuvent aider à appréhender divers angles d'une réalité complexe et ainsi dégager des pistes de solution pratiques pour les professionnels de la physiothérapie, les gestionnaires et les organisations professionnelles. Cette vision est cohérente avec le paradigme pragmatique, qui utilise la stratégie méthodologique la plus efficace et la plus réaliste pour atteindre son objectif (39).

Le 3^e objectif de cette thèse est d'explorer les enjeux éthiques et cliniques associés aux décisions en lien avec la priorisation, la fréquence et la durée des traitements. Pour cela, nous utiliserons l'angle de la justice distributive et l'angle de la complexité pour évaluer les divers facteurs influençant l'allocation des ressources en physiothérapie. Premièrement, le problème des ressources limitées en santé, incluant les services de physiothérapie, c'est le problème de la distribution juste (23, 24). Quels types de pathologies et quels membres de la société doit-on privilégier dans les départements de physiothérapie? L'angle de la justice distributive permettra d'apporter un avis éclairé sur cette question. Deuxièmement, les enjeux éthiques

sont trop souvent considérés de façon décontextualisée, sans égard aux contextes sociopolitiques dans lesquels ils s'inscrivent (23). Or, en bioéthique, il est essentiel d'avoir une compréhension du contexte dans lequel les valeurs et les principes éthiques s'enracinent pour produire une analyse juste de l'enjeu et des recommandations applicables (23, 82, 392, 430). Le cadre de la complexité permettra de procéder à cette analyse contextualisée.

L'angle de la justice distributive

Tensions entre les valeurs qui sous-tendent l'allocation des ressources

Le *droit* étant un ensemble de principes et de règles applicables dans une société donnée pour harmoniser les rapports humains (540), celui-ci est généralement en cohérence avec les valeurs sociales. Par exemple, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec* reconnaît à la fois le droit des individus de recevoir les services de santé appropriés en fonction de leurs besoins (article 5) et la nécessité d'offrir des services en considérant les limitations de ressources (article 13). La loi canadienne sur la santé (1984) est une législation fédérale qui indique les conditions que les provinces doivent remplir pour avoir droit aux transferts d'argent fédéraux. La loi canadienne sur la santé ne s'applique qu'aux services médicalement requis, aux soins reçus dans les hôpitaux ou aux soins offerts par des médecins. Ainsi, les services de physiothérapie offerts à l'extérieur d'un centre hospitalier (dont les services offerts dans les cliniques de physiothérapie privées ou les services de physiothérapie dans les autres structures du réseau de la santé comme les centres locaux de services communautaires (CLSC)) ne sont pas inclus dans les balises de la loi (541). Cependant, la loi canadienne sur la santé permet d'identifier certaines valeurs phares qui sous-tendent le système de santé telles que l'universalité et l'accessibilité lorsqu'elle prévoit à l'article 12 que « la condition d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé: offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services » (542). Les valeurs guidant l'accès aux services de santé au Canada impliquent un accès pour tous en fonction de leur état de santé, sans égard à leur capacité de payer, leur âge, leur sexe ou leur SSE.

Ces valeurs sont confirmées par deux rapports importants publiés au début des années 2000, soit les rapports Romanow et Kirby qui soutiennent que la distribution des services de santé devrait être faite en lien avec les besoins cliniques sans égard aux capacités de payer (543, 544). Ainsi, l'accès aux services médicaux doit être obtenu sans frais supplémentaires et sans discrimination.

L'accès à des soins de santé de base est perçu comme un droit fondamental dans la plupart des sociétés, soit une nécessité à la vie humaine digne (23, 24). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) mentionne dans son préambule que « *The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition* » (OMS, 26^e édition, 1976). D'ailleurs, le principe d'égalité des chances en matière de santé soutient que chaque individu, compte tenu de ses aptitudes personnelles, doit avoir l'opportunité d'atteindre le maximum d'épanouissement possible dans sa vie avec divers moyens (éducation, accès aux soins, condition de logement) (545-547). Or, dans les années 1950, la société a pris conscience que certaines ressources n'étaient pas inépuisables (ex. ressources pétrolières) et qu'il y avait donc une limite à l'essor économique (23). Bien que les besoins humains soient illimités, la société a des ressources limitées. Dans ce contexte, l'allocation des ressources soulève des problèmes de justice distributive (24, 148, 430). Ainsi, on observe une tension entre la possibilité d'offrir des soins optimaux pour un individu lui permettant ainsi d'atteindre un épanouissement personnel maximum et la nécessité d'offrir des soins à tous les citoyens le nécessitant.

Critères d'allocation comme cadre d'analyse

Persad et collègues (2009) utilisent des critères d'allocation pour établir un cadre d'analyse offrant des outils pertinents pour appréhender l'allocation des ressources en santé (*complete lives system*) (99). Cette approche est cohérente avec un paradigme pragmatique, car les divers critères d'allocation seront utilisés comme des outils pour appréhender un problème pratique de justice distributive, soit l'allocation des ressources en physiothérapie. Aucun critère d'allocation de ressources seul n'est suffisant pour incorporer l'ensemble des considérations morales d'une société pluraliste; ceux-ci doivent être combinés dans un cadre d'analyse complexe (99, 548). Selon Persad et collègues, les critères qui sous-tendent les

systèmes d'allocation des ressources en santé sont les suivants : favoriser l'égalité d'opportunités, favoriser le plus atteint, maximiser les bénéfices totaux, promouvoir et récompenser l'utilité sociale (99). Ces critères doivent être considérés dans un ordre de type lexicographique (ie. dans un ordre prédéfini où le premier critère doit être respecté avec le deuxième, etc.)

Le cadre d'analyse de Persad et collègues (2009) ne s'applique pas parfaitement au contexte de la physiothérapie, car celui-ci discute des principes d'allocation dans le contexte d'interventions médicales (par exemple, dans le cas des transplantations d'organes ou pour des soins intensifs). Ces interventions médicales visent à améliorer la longévité de certains patients en leur offrant une intervention avec une ressource qui est rare et indivisible. De plus, Persad et collègues ont créé ce cadre selon une perspective « macro », soit en considérant l'ensemble des années de vie des patients potentiels. La physiothérapie a comme objectif d'améliorer la fonction et la qualité de vie des patients. Cette profession a également une plus grande flexibilité dans la distribution de ses ressources. De plus, dans cette thèse, nous abordons cette problématique dans une perspective plus micro et meso, soit à partir des décisions d'allocation des ressources par les professionnels et les gestionnaires. Ainsi, certains concepts du cadre proposé par Persad et collègues ne sont pas applicables à la physiothérapie, et inversement, certains critères exclus par Persad sont pertinents à la présente analyse. De plus, l'ordre lexicographique des critères ne sera pas considéré ici.

Cependant, bien que la présente analyse de la justice distributive en physiothérapie s'éloigne des recommandations de Persad et collègues, ce cadre d'analyse demeure quand même pertinent. En effet, la structure proposée par Persad et collègues permet de discuter des grands principes éthiques de justice distributive. Dans cette section, nous allons procéder à un survol théorique des critères d'allocation, tels que décrits par Persad et collègues (99). Nous allons également nuancer leur application dans le contexte de la physiothérapie.

Favoriser l'égalité d'opportunités

L'égalité d'opportunités est un principe de justice distributive égalitariste (549). Ce principe a été conçu par John Rawls (550), puis appliqué dans le contexte de la santé notamment par Norman Daniels (551, 552). L'égalitarisme met l'emphase sur le fait que tous

les individus sont dignitaires du même statut moral et, qu'en contrepartie, ils devraient être traités également et avoir la même possibilité d'accéder aux biens, aux services et aux opportunités sociales (430, 549, 553). Dans ce système, aucun individu ne doit être favorisé par rapport à un autre, lorsqu'il présente le même besoin. L'égalité d'opportunités est un principe utile pour toutes les interventions qui ne peuvent être divisées. Par exemple, un organe destiné à la transplantation ne peut pas être partagé entre plusieurs patients. Ainsi, au lieu de faire la promotion d'une distribution égale, on voudra s'assurer d'une chance égale à l'obtention de la ressource (99).

Persad et collègues proposent deux façons pour mettre en pratique le principe d'égalité d'opportunité, soit une *loterie* ou le *premier arrivé, premier servi* (99). Une troisième façon de mettre en pratique l'égalité d'opportunités est de considérer qu'un traitement égalitaire ne signifie pas le même traitement pour tous, mais bien le traitement approprié et proportionné en fonction des besoins de chacun et sans discrimination injustifiée, soit l'*équité* (15, 82).

Tout en étant rapide et résistante à la corruption, la *loterie* assure que de petites différences ne viennent pas affecter de façon disproportionnée les résultats (99, 549). Cependant, la *loterie* semble peu pertinente à la pratique de la physiothérapie, car elle ne permet pas de tenir compte de plusieurs facteurs intuitivement importants dans l'allocation de ressources tels que les besoins cliniques et le pronostic (99, 549). Un patient dont le besoin est moins urgent au plan clinique pourrait être priorisé en très peu de temps, alors qu'un patient attendant depuis très longtemps pourrait être systématiquement défavorisé par la pige.

La méthode du *premier arrivé, premier servi* (99, 549) permet de justifier un choix entre deux patients qui auraient un besoin égal face à l'obtention d'une ressource (204, 390). Cette sélection aléatoire permet que les préférences subjectives et les biais des individus procédant à l'allocation des ressources n'aient pas d'influence disproportionnée sur les personnes recevant ces ressources (554). D'ailleurs, la société thoracique américaine souligne que les ressources dans les unités de soins intensifs doivent être attribuées pour les patients appropriés sur la base du *premier arrivé, premier servi* quand la demande dépasse les capacités de l'institution (555). Cependant, ce principe est plus vulnérable à la corruption (ex. un accès préférentiel à certains patients, échanges de faveurs, etc.) (99, 549). Ce principe est pertinent dans l'analyse en physiothérapie, soit pour les départements ne pouvant pas répondre

à la demande dans un délai raisonnable avec les ressources disponibles, soit pour prioriser un patient ou un autre entre deux personnes qui ont des besoins identiques.

L'équité, une facette importante dans l'allocation des ressources, nécessite deux conditions préalables. D'abord, il y a un critère de justice formelle où chaque individu doit avoir une égalité d'accès aux services de façon impartiale, sans discrimination eut égard à son revenu ou d'autres caractéristiques. Cette règle sera la même pour tous. Ensuite, il y a un critère de justice distributive où les services doivent être liés aux besoins de santé. Ces besoins doivent pouvoir être déterminés à partir de critères formels (556). La justice distributive implique que chacun contribue à la société en fonction de ses capacités (ex. via ses impôts), mais qu'il bénéficie de son soutien en fonction de ses besoins (22). Comme les individus ne sont pas tous nés égaux sur le plan physique, social ou économique, il est important pour les institutions sociales telles que le réseau de la santé de tenir compte des diverses vulnérabilités (ex. biologiques, économiques, sociales ou environnementales) pour tendre à les atténuer (22, 148). Pour obtenir une forme d'égalité d'opportunité qui soit équitable, il est nécessaire de prendre en compte les différences propres à chaque individu afin de leur permettre d'obtenir les services requis et adéquat, dans les délais appropriés (22, 148). D'ailleurs, cet argument est à la base de *l'approche des capacités* popularisée par Martha Nussbaum et Amartya Sen, selon laquelle un accès qui prévoit une valeur plancher pour tous donne une égalité d'opportunité à chacun (545-547, 557, 558). Ainsi, chaque individu sera traité de la même façon, sauf si des différences pertinentes et éthiquement acceptables le distinguent (82). L'équité s'oppose donc à l'uniformisation d'une norme valable pour tous, pour que les individus reçoivent le traitement approprié en relation avec leurs besoins sans que ce traitement soit égal pour tous (15, 22, 430).

En somme, *l'égalité d'opportunité* vise à offrir la même possibilité à tous d'accéder à une ressource limitée en mettant l'emphase sur le fait que tous les individus ont les mêmes droits et la même dignité. Ainsi, ils devraient avoir la même possibilité d'accéder aux services de physiothérapie. Nous allons vérifier empiriquement si tous les citoyens québécois et canadiens ont la même possibilité d'accéder aux services de physiothérapie.

Favoriser le plus atteint

Favoriser le plus atteint est un principe de justice distributive prioritarianiste (549) qui soutient qu'il est essentiel de promouvoir d'abord le bien-être des plus démunis dans la société. Ainsi, ces individus recevront la priorité dans certaines situations où tous ne peuvent accéder à la ressource. Cette justice comparative permet de répondre aux besoins de santé d'une personne après avoir comparé et pondéré ses besoins à ceux des autres individus (430).

Une première façon de favoriser le plus atteint est d'appliquer le *principe du plus urgent en premier* (99). Dans plusieurs pays, tels que le Canada (91), l'Australie (124) et la Nouvelle-Zélande (559), les modes de priorisation en physiothérapie établissent une hiérarchie des patients en se basant sur des facteurs cliniques selon lesquels les cas urgents sont priorisés avant les non urgents. Par contre, un système favorisant les plus atteints néglige les facteurs associés au pronostic du patient selon qu'il bénéficie d'un traitement ou non (99).

Une deuxième façon de favoriser le plus atteint est d'appliquer le très contesté *principe du plus jeune en premier* (99). Ce principe controversé rationne les services pour des individus au-delà d'un certain âge (99, 333, 554). Cette position n'est pas basée sur la valeur intrinsèque de l'individu ou son utilité sociale, mais bien sur la chance de tous d'avoir un cycle de vie normal (82, 549) et sur la présupposition que le traitement pourrait être moins efficace avec un patient plus âgé qu'avec un patient plus jeune (82, 332). Or, le patient âgé pourrait avoir un meilleur pronostic qu'un patient plus jeune (333). De plus, la discrimination en lien avec le critère de l'âge limite les opportunités pour ces patients de participer et de contribuer à leur communauté, alors qu'ils ont financièrement contribué pour les services pendant une longue période (82). Ce principe utilisé par Persad et collègues est considéré comme un facteur discriminant non fondé sur un rationnel clinique en physiothérapie.

Un exemple intéressant pouvant illustrer à la fois les deux façons de favoriser le plus atteint est le système de priorisation des physiothérapeutes du Nunavut. Ces physiothérapeutes font face au défi unique de devoir offrir l'ensemble des services de physiothérapie à la population de tout âge (178). Cette situation est vraiment particulière, car il est très peu habituel de devoir distribuer des services à la fois à une clientèle pédiatrique, adulte et gériatrique dans tous les milieux de soins, soit les hôpitaux et la communauté. Ainsi, les patients hospitalisés de tout âge sont priorisés devant tous les autres patients (*principe du plus*

urgent en premier) avec l'objectif d'assurer la sécurité de la clientèle. Ensuite, les patients pédiatriques présentant des affections chroniques telles que la paralysie cérébrale arrivent immédiatement après les patients hospitalisés (*principe du plus jeune en premier*), car un délai dans le suivi de patients pédiatriques pourrait entraîner des séquelles à long terme. Le reste de la clientèle (soutien à domicile, patient avec des risques de chute, douleurs chroniques chez les adultes, etc.) est jugée comme étant moins urgente (178).

L'étude empirique permettra de déterminer les facteurs utilisés en clinique pour comparer les besoins des individus les uns par rapport aux autres.

Maximiser les bénéfices totaux

Le *principe de maximisation des bénéfices totaux* vient rejoindre la maxime de justice distributive utilitariste de viser le plus grand bien (étant ici la santé) pour le plus grand nombre (99, 549). En étant orienté sur les résultats ou les conséquences des actions, le bien est vu dans la maximisation de l'utilité totale pour la société (82, 549). Persad et collègues considèrent que « le plus grand bien » est le fait de sauver le plus de vie. Ce principe vise l'efficacité en s'assurant d'augmenter les chances de réussite des traitements. Le principe de maximisation des bénéfices totaux est lié à la majorité des outils de priorisation utilisés en médecine, où l'on recherche le traitement le plus approprié en fonction de l'urgence de l'affection, soit pour sauver le plus de vies ou bien le plus grand nombre d'années de vie (99, 555). En physiothérapie, ce principe pourrait être interprété comme étant le fait de maximiser la fonction et la qualité de vie pour un plus grand nombre de personnes.

Plusieurs approches peuvent être utilisées pour quantifier les bénéfices en relation avec les soins de la santé. Le QALY (*Quality Adjusted Life Year*) est une mesure économique populaire qui multiplie le nombre d'années de vie par un facteur tenant compte de la qualité de vie. Cette mesure évalue la valeur d'une intervention selon ses bénéfices en termes de qualité et de quantité de vie (333, 549, 560). Par contre, le QALY est critiqué, car les circonstances de l'évaluation ont une influence majeure sur son calcul. Par exemple, un groupe ayant une moins bonne qualité de vie (ex. patients ayant des douleurs chroniques) aurait tendance à être systématiquement désavantagé par rapport aux autres groupes dans son accès aux interventions médicales (549).

Promouvoir et récompenser l'utilité sociale

Un autre principe de justice distributive instrumentaliste priorise des individus qui feront la promotion de valeurs sociales importantes. Par réciprocité, il permet aussi de récompenser les individus pour leur utilité sociale (549). Cette approche pourrait vouloir encourager les individus à prendre soin de leur santé en favorisant soit les personnes qui acceptent d'améliorer leurs habitudes de vie ou les individus qui ont déjà un comportement jugé souhaitable (99).

L'étude empirique permettra d'explorer si certains facteurs à la base des décisions d'allocation des ressources utilisent ce critère.

Critique et utilité de l'utilisation du cadre de Persad et collègues

L'allocation des ressources soulève des problèmes de justice distributive : qui doit avoir prioritairement accès aux services de physiothérapie? Plusieurs facteurs (cliniques et non cliniques) déterminent l'allocation des ressources en physiothérapie et ceux-ci seront documentés avec des méthodes empiriques. Un modèle d'analyse utilisant plusieurs critères d'allocation des ressources, adapté à partir du modèle de Persad et collègues (99), permet de « traduire » ces divers facteurs en principes éthiques pour faciliter la réflexion sur le phénomène d'allocation des ressources. L'utilisation d'un modèle est particulièrement utile, car aucun principe seul ne peut être suffisant pour incorporer toutes les considérations morales d'une communauté. D'ailleurs, dans les démocraties, le fondement idéologique des institutions en santé repose sur l'équilibre entre l'autonomie (et les libertés individuelles), l'efficacité et l'équité (333, 561). La justice procédurale implique d'établir des critères objectifs, puis de se conformer à ceux-ci (196, 562). Cependant, ces systèmes doivent être combinés, débattus publiquement et explicités, pour incorporer un ensemble de considérations morales selon le contexte de soin.

L'utilisation d'un modèle combinant quatre grands principes de justice distributive (adapté du modèle de Persad) permet de pondérer les différents facteurs influençant l'allocation des ressources selon le contexte clinique (mission de l'institution, type de clientèle, etc.). Un cadre permet de prendre du recul et de faciliter le processus réflexif pour

questionner la motivation sous-jacente aux choix d'allocation des ressources en physiothérapie et évaluer certaines conséquences de ces choix sur la société.

Par exemple, chaque individu a le droit d'obtenir des services appropriés à ses besoins clinique. Cependant, il est essentiel de réfléchir aux perdants et aux gagnants du système d'allocation des ressources. Un système juste doit s'assurer d'offrir la même opportunité à tous les citoyens d'accéder aux services de physiothérapie en fonction de leur besoin, sans discrimination à l'égard de caractéristiques individuelles ou de leur capacité de payer (égalité d'opportunité). Les citoyens ayant des besoins plus urgents devront être priorisés par rapport aux autres (pour favoriser le plus atteint). En plus d'offrir des traitements qui sont efficaces en fonction des données probantes cliniques et scientifiques, il est important de tenir compte de l'ensemble des besoins et des ressources de la communauté. En effet, les soins, particulièrement dans le réseau de santé public, devront être distribués en ayant en considération de favoriser la santé du plus grand nombre d'individus dans la communauté (maximisation des bénéfices totaux).

Pondérer cette tension entre les besoins de chaque individu et les limitations des ressources est un point central. En effet, tel que discuté précédemment, plusieurs auteurs considèrent que le critère du besoin est le seul critère pertinent dans les décisions d'allocation des ressources (14, 328-333, 551). Or, l'incapacité de répondre aux besoins des patients sur la liste d'attente en temps opportun crée une inégalité. Cependant demander aux cliniciens d'avoir une pratique sous optimale et non respectueuse des besoins de leurs patients l'est également. Pour assurer une allocation des ressources qui soit respectueuse des droits des patients tout en tenant compte des ressources disponibles, il est donc essentiel de s'interroger sur les facteurs qui sont à la base des décisions d'allocation des ressources afin de pouvoir identifier de façon plus spécifique les patients ayant des besoins urgents. Il serait également pertinent de réfléchir sur des méthodes innovatrices pour offrir les services de physiothérapie autrement.

L'angle de la complexité

L'étude de la complexité est particulièrement pertinente pour comprendre le fonctionnement et l'organisation des systèmes adaptatifs, tel que les systèmes de santé (191, 563-570). Ces systèmes sont composés de plusieurs éléments diversifiés et interreliés qui ont un ensemble d'interactions et d'interférences entre eux (191, 569-572). Comme ces interactions et ces interférences sont aléatoires et incertaines, le phénomène adaptatif qui émerge de celles-ci est donc imprévisible et incontrôlé (569-571). Mais, les systèmes complexes tendent à s'auto-organiser pour retrouver un équilibre suite à une perturbation (par exemple, les nombreuses réformes du réseau de la santé) (569, 570).

Les systèmes de santé sont des institutions extrêmement complexes avec une multitude d'acteurs qui ont leurs intérêts propres, avec un grand nombre de professionnels qui répondent à des titres différents. Le système est composé de professionnels d'horizons diversifiés qui sont interdépendants les uns des autres, mais également de patients et de gestionnaires. Les patients consultent les professionnels de la santé à différents rythmes selon leur maladie, leurs valeurs et divers facteurs socioéconomiques. Également, les patients ont des portraits cliniques qui s'inscrivent aussi, à eux seuls, dans l'angle de la complexité (569, 571, 573, 574). De plus, le système de santé n'est pas uniquement relié aux besoins réels des patients, mais aussi aux comportements des professionnels, tels que leur rythme de consultation (575). Par exemple, un physiothérapeute peut voir un patient avec une grande intensité (haute fréquence, longue durée) jusqu'au rétablissement optimal ou complet, alors qu'un autre physiothérapeute va voir le même patient de façon moins intense (basse fréquence, courte durée) jusqu'à son retour à des activités fonctionnelles. Devant un patient considéré comme difficile à traiter, des physiothérapeutes du Royaume-Uni ont eu tendance à mettre fin plus rapidement aux traitements, référer le patient à son médecin ou encore multiplier les traitements en espérant observer une amélioration de la condition du patient (576). Les systèmes de santé ont des structures ramifiées en plusieurs départements, avec plusieurs paliers décisionnels, plusieurs sites géographiques, plusieurs sources de financement pour les traitements, etc. Le guide de dénomination d'établissement de santé au Québec illustre bien cette complexité en passant par de nombreuses structures telles que le centre hospitalier universitaire, le centre affilié universitaire, l'institut universitaire, le site, le campus, le pavillon, etc. (577).

Il existe aussi d'autres éléments qui interagissent dans le système de santé tels que les nouvelles technologies ou les luttes de pouvoir des diverses professions (566, 578). Par exemple, au Québec, l'acceptabilité des mesures de réformes du réseau de la santé proposées par les fédérations médicales telles que le type de rémunération ou le lien d'emploi dans les hôpitaux (ce qui modifie l'autonomie professionnelle) a eu une influence importante sur le succès ou l'échec des restructurations (579). La demande pour des services médicaux est également encouragée par l'arrivée de nouvelles interventions médicales, de nouveaux médicaments ou des instruments diagnostics plus performants (203). En physiothérapie, tel que discuté précédemment, les besoins populationnels prennent de l'ampleur du fait de l'augmentation de l'espérance de vie (108, 113), de l'augmentation de la prévalence de maladies chroniques (110-112), des besoins émergents (ex. post-arthroplastie) (114) et de l'évolution des profils de la clientèle (plus âgée avec un profil médical plus complexe ou encore plus jeune, active, informée avec des attentes élevées) (117).

Même s'ils ne constituent qu'une petite parcelle du système de santé, les départements de physiothérapie correspondent également à un système complexe, car ils sont formés de plusieurs éléments qui interagissent entre eux. Plusieurs systèmes de paiements (assurances privées, RAMQ, agents payeurs) se côtoient et plusieurs intervenants, issus d'horizons diversifiés, sont interdépendants les uns des autres. Les professionnels de la physiothérapie sont en interaction avec d'autres professionnels (ex. médecins) et des responsables administratifs (ex. gestionnaires, agent de réadaptation de la CNESST) et du personnel de soutien (ex. agent administratif). Les services de réadaptation ont été analysés comme un système complexe (329, 580, 581) et la réadaptation a même été décrite par Whyte et Hart comme une poupée russe, avec plusieurs couches et plusieurs variables qui ont des influences sur l'impact des services pour les patients (582). Certains auteurs, comme Harbourne et Stergiou (583) ainsi que Vereijken (584) soulignent que la complexité ouvre de nouveaux horizons pour la physiothérapie, à la fois en clinique et en recherche. En effet, il y a une variabilité dans un mouvement fonctionnel et celle-ci ne doit pas être considérée comme une dysfonction, mais bien comme une caractéristique inhérente au fonctionnement optimal et sain.

Selon Lamarche (2012), un système peut être appréhendé selon deux angles (585). Le premier est l'angle traditionnel mécanique, ce qui est déterministe à l'instar des grandes lois de Newton (ex. action-réaction). Avec cet angle d'analyse, l'institution (de la santé) est vue comme une machine où chaque rouage a une influence directe, linéaire et indépendante sur la production de l'institution (ex. plus de gens soignés) (585). Selon Papadopoulos et collègues (2001), le système de santé a traditionnellement été analysé comme un système mécanique où la modification d'une composante aurait une influence directe sur l'ensemble du système (566). D'ailleurs, le gouvernement québécois a utilisé deux stratégies dominantes pour gérer le problème de limitation des ressources en santé : l'injection de fonds sporadiques et la restructuration (148). Par exemple, en fin d'année budgétaire, des fonds supplémentaires peuvent être accordés à un département de physiothérapie. Or, devant être utilisés rapidement, ces fonds vont servir à acheter de l'équipement, par exemple, alors qu'ils auraient pu être utilisés de façon plus judicieuse s'ils avaient été répartis sur l'ensemble de l'année fiscale. L'évolution du réseau de la santé québécois a été marquée par plusieurs vagues rapides et successives de fusions et de restructurations impliquant des changements de mission des établissements (586, 587), qui rendent l'accès aux services de physiothérapie dans le réseau public de plus en plus difficile. Ces deux stratégies, soit l'injection de fonds sporadiques et la restructuration, en accord avec l'angle traditionnel mécanique, n'ont pas eu les résultats escomptés pour améliorer l'accessibilité des services au sein de la population (148, 579). Le premier angle traditionnel mécanique relève d'une pensée simpliste ou réductrice qui ne cherche pas à mettre en évidence les interrelations entre les éléments du système (571).

Le deuxième angle pour appréhender le système est l'angle de la complexité selon la théorie de Morin et LeMoigne (1999) (588). À l'instar des règles de la physique quantique, cet angle est non-linéaire (l'extrait n'est pas proportionnel à l'intrant), probabiliste (empreint d'incertitude) et émergent (où un système dynamique produit des résultats imprévisibles) (572, 585). Par exemple, le monde de l'infiniment petit des atomes présente des dispositifs intriqués; ainsi, une interaction dans une partie du système a une répercussion à d'autres endroits du même système. Un système complexe est caractérisé par plusieurs éléments étroitement reliés desquels émerge un comportement stable (578). Ce système est

composé d'un grand nombre d'acteurs différents, interdépendants, capables de s'adapter et de s'auto-organiser à la suite de leurs interactions (575).

Dans les départements de physiothérapie, de nombreux facteurs influencent les décisions associées à l'allocation des ressources, soit les facteurs liés aux besoins cliniques des patients et tous les autres facteurs non cliniques (comportement du patient, expérience des professionnels, les systèmes de paiements, etc.). Les principes de l'angle de la complexité permettent d'analyser ces facteurs influençant l'allocation des ressources de façon interdépendante en les mettant en interrelations. Selon Morin et LeMoigne (1990), l'angle de la complexité a plusieurs principes, soit la dialogique, la rétroactivité, la récursivité, l'éco-organisation, l'émergence, le principe hologrammatique et la réintroduction des connaissances dans la connaissance (588).

Dialogique

Un des principes phares de l'angle de la complexité est le principe de la *dialogique*, selon lequel deux notions qui semblent antagonistes s'insèrent dans une logique de complémentarité pour comprendre une réalité (588). Porter illustre cette dialogique en discutant des quatre facteurs permettant l'accomplissement de stratégies entrepreneuriales (589). Les finalités internes comprennent les valeurs, les motivations et les besoins des individus clés. Elles comprennent aussi les forces et les faiblesses de l'institution (ex. ressources financières, réputation). Les finalités externes quant à elles comprennent les menaces ou les opportunités qui proviennent de l'industrie, au plan technique ou économique. Elles comprennent également les attentes sociétales. Il serait une erreur d'opposer les affaires (finalité interne) aux demandes sociétales (finalité externe), car elles sont interdépendantes (590).

Rétroaction

Le *principe de la rétroaction* implique qu'un effet agit en retour sur sa cause. Cette boucle causale peut être stabilisatrice (rétroaction de régulation) ou inflationniste (rétroaction positive) (588). Alors que la rétroaction stabilisatrice réduit un phénomène, la rétroaction inflationniste l'amplifie. Un exemple de la rétroaction stabilisatrice a été offert par Smethursh et collègues (2002) qui ont déterminé que le taux de référence en clinique externe

orthopédique diminue (effet) quand la densité de la liste d'attente augmente (cause), et inversement (203). Ainsi, quand les médecins généralistes reçoivent de l'information sur les listes d'attente pour les services spécialisés (par exemple, une attente qui double pour le service d'orthopédie), ils ajustent leur patron de référence en diminuant le nombre de patients référés à ce même service (203). Conséquemment, si plus de ressources humaines ou financières sont ajoutées au service pour réduire la liste d'attente, alors plus de cliniciens pourraient y référer des patients (203, 566, 591), ils pourraient également passer plus de temps avec chaque patient et en voir moins (566) et une demande « invisible » pourrait devenir visible (202). La demande invisible consiste en tous les patients non référés ou référés ailleurs, mais qui ont un besoin (dont le seuil de référence n'est pas atteint selon le médecin généraliste) et qui ne sont pas actuellement comptabilisé dans le calcul de la liste d'attente. La résultante de l'ajout de ressources humaines ou financières serait donc une liste d'attente avec le même nombre de patients (566).

Une étude en physiothérapie a montré le même phénomène alors que les physiothérapeutes avec un plus grand volume de nouveaux patients ont tendance à donner moins de traitements pour chaque patient (218). Cela indique que les physiothérapeutes ont tendance à compenser un plus petit volume de patients par une plus grande intensité de traitements pour ceux-ci. Cela est corroboré par une étude en médecine : les nouvelles technologies permettent de faire un plus grand volume de chirurgie d'une façon efficace alors les remboursements par chirurgie ont diminué de près de 48 %. Ainsi, certains chirurgiens, pour pallier cette réduction de paiement par acte, ont soit augmenté le nombre de chirurgies totales, soit étendu leur champ de pratique avec des services auxiliaires, comme un suivi dans un centre médical avec des services de physiothérapie (592).

Récurtivité

Le *principe de récurtivité* va au-delà de la rétroaction (588). De toutes les interactions d'une institution émerge un comportement collectif qui, à son tour, vient influencer les comportements des individus prenant part au système (572). Ce principe, connu sous le nom de l'effet papillon (selon lequel le battement d'aile d'un papillon en Amérique pourrait influencer la température en Europe), explique qu'un petit changement peut induire une

résultante de plus grande envergure grâce à la rétroaction (une boucle de causes à effets) (566, 572).

Éco-organisation

Le *principe d'éco-organisation* implique que les systèmes complexes tendent à s'organiser pour réduire l'impact des interventions (591); ils sont résistants au changement (566, 572, 591). La gestion d'un système complexe se complique, car un changement apporté à une composante peut être compensé ailleurs dans le système (572, 593). Par exemple, Hobbs et collègues (2000) rapportent diverses solutions mises de l'avant sans succès à l'urgence pour réduire le temps d'attente (201). D'abord, les patients avec des plaintes mineures étaient référés à des ressources alternatives. Or, le succès dépendait de la disponibilité des cliniques externes pour absorber la clientèle. Ensuite, une augmentation du personnel médical a été envisagée, mais aurait nécessité d'augmenter aussi le nombre d'infirmières, de préposés, de personnel de soutien ainsi que le nombre des lits d'admission, des techniciens en radiologie, etc. L'augmentation du personnel aurait augmenté les coûts, mais aurait aussi créé des moments d'inefficacité du système lors des périodes avec peu de volume de patients à l'urgence (201).

Émergence

Le *principe de l'émergence* prône une vue d'ensemble pour bien saisir l'essence d'une institution en s'opposant au réductionnisme. Il y a des qualités émergentes qui naissent de l'organisation dynamique d'un tout et qui peuvent rétroagir sur les parties : le tout surpasse la somme des parties (588, 594). Les interactions entre les composantes sont extrêmement riches en possibilités et elles créent ce même système (594). L'angle de la complexité n'analyse pas seulement la somme de composantes d'un système pour le comprendre, mais l'ensemble de ce système. Par exemple, une restructuration dans un milieu communautaire en physiothérapie a eu des conséquences imprévues et aberrantes (191). Cette restructuration a limité à six le nombre de traitements pour chaque patient au lieu du nombre requis en fonction du jugement clinique du physiothérapeute. Les patients ont perdu confiance en leur thérapeute, ne croyant pas que le traitement était adapté à leur besoin; ainsi, la moitié des traitements était nécessaire pour construire un lien thérapeutique. Cette situation difficile a même poussé certains

cliniciens à quitter la pratique (191). En physiothérapie, il faut donc considérer les liens et les interactions entre toutes les parties du système : les patients, les agents payeurs, les organismes professionnels, les professionnels de la physiothérapie et les autres professionnels.

Hologrammatique

Le *principe hologrammatique* souligne que les systèmes complexes sont également fractals, soit de structure gigogne où la structure se répète à plusieurs paliers de la même institution (566, 591). La dynamique fractale implique que les composantes individuelles d'un système ont des patrons répétés et similaires à d'autres échelles (ex. fougère, brocoli, poumons). En s'adaptant à son propre environnement, le système est différent, mais partage les mêmes caractéristiques. La dynamique fractale prend souvent la forme des lois de la puissance avec une distribution de Pareto (communément appelé la loi 80-20) où la probabilité de l'occurrence est inversement proportionnelle à son amplitude (566, 575). Le sociologue Vilfred Pareto a remarqué que la distribution de la richesse dans une population ne suit pas une courbe normale : peu sont riches, quelques-uns sont dans la classe moyenne et un grand nombre d'individus sont pauvres. Cette courbe est reproductible dans divers pays (572). Ainsi, la loi de la puissance est la distribution d'évènements ou d'objets provenant de systèmes sociaux ou naturels (595).

Papadopoulous et collègues (2001) ont utilisé l'angle de la complexité pour analyser les listes d'attente britanniques du National Health Services (NHS), de 1998 à 2001, en chirurgie générale, en orthopédie et en neurochirurgie (566). Smethurst et collègues (2001) ont également analysé les listes d'attente de quatre spécialités différentes du NHS sur une période de six ans (591). Bien que ces analyses soient contestées par certains auteurs qui réfutent l'allégation d'un système autorégulé qui suit la loi de la puissance (593), les listes d'attente dans ces deux situations n'ont pas été aléatoires. Elles ont plutôt suivi la loi de la puissance, indépendamment de la situation géographique et de la spécialité (566, 591). Les listes d'attente du système de santé privé suivent la même distribution (591). Cela représente leur caractère fractal : peu importe le pays ou la spécialité médicale, la liste d'attente a la même structure. Ainsi, la longueur de la liste d'attente pourrait être une propriété émergente d'un système de santé efficace et éco-organisé (566, 591). Le nombre de consultations médicales par épisode de lombalgies en Nouvelle-Zélande, et pour différentes spécialités en Grande-

Bretagne, correspondent également aux lois de la puissance (575). Comme les listes d'attente correspondent aux lois de la puissance, cela pourrait impliquer qu'elles ne sont pas le fruit du hasard. Les listes d'attente sont peut-être même requises par les institutions de la santé, surtout dans une situation de rareté de la ressource.

Réintroduction du connaissant dans les connaissances

Le dernier principe de l'angle de la complexité de *réintroduction des connaissants dans la connaissance* implique que chaque observation s'imbrique dans un contexte. La subjectivité de l'observateur (posture, croyances, valeurs) a une influence sur le système observé (588, 596). Les acteurs proviennent d'horizons bien diversifiés de part leur formation professionnelle, leur rôle et fonctions, leurs valeurs, etc. Il est important pour les différents acteurs liés aux services de physiothérapie de reconnaître leur propre posture.

Critique et utilité de l'utilisation de l'angle de la complexité

En somme, la complexité n'est pas un angle simple à définir ni à utiliser (571, 597). Bien que la complexité englobe différentes interprétations, l'approche développée par Morin et LeMoigne a été retenue, car elle a réorganisé les différentes théories ayant émergées depuis les années 1940 (597). L'angle de la complexité est un processus exigeant, car il appréhende les nombreux éléments d'un phénomène, ainsi que leurs rapports diversifiés. Une limite de l'utilisation de cet angle est que les phénomènes deviennent plus intangibles, difficiles à saisir et à cerner. L'angle mécanique, bien que plus simpliste, a l'avantage de permettre de circonscrire un phénomène de façon plus cartésienne en le réduisant à l'analyse de certaines composantes (597). Cela permet d'expliquer provisoirement un phénomène. Or, les phénomènes humains sont rarement simples, absolus et objectifs. Bien qu'empreinte d'incertitude, la complexité encourage à appréhender les concepts dans un système de pensée non simpliste (597).

En conclusion, dans une logique cohérente avec l'angle de la complexité, il est essentiel de comprendre le système pour pouvoir le modifier. L'angle de la complexité n'analyse pas la somme des composantes d'un système, mais bien l'ensemble du système pour le comprendre. Il est essentiel de s'attarder également aux acteurs et à leurs interrelations, plutôt qu'uniquement à la structure dans laquelle ils œuvrent. L'angle de la complexité

permettra donc de contextualiser le rôle de divers éléments et de divers acteurs dans les décisions liées à l'allocation des ressources en physiothérapie. Au lieu de considérer les facteurs liés aux patients et les facteurs liés aux professionnels et à leurs institutions comme des notions contradictoires, ceux-ci seront envisagés comme des réalités indissociables afin de concevoir ce phénomène complexe. En considérant que la complexité d'un système est inépuisable, la présente analyse ne pourra pas faire un portrait exhaustif de la situation. Par contre, la complexité aide à identifier des pistes de solution réaliste pour corriger certaines aberrations par des méthodes innovatrices.

Des choix méthodologiques influençant la portée de cette thèse

D'abord, cette thèse se concentre uniquement sur la population adulte ayant des problèmes musculosquelettiques (ex. les lombalgies, les cervicalgies, les tendinites, l'arthrose, l'arthrite, les fractures, les entorses), car ces problèmes sont très prévalents (111, 598-600) et ils affectent la majorité des patients sur la liste d'attente dans les cliniques externes de physiothérapie (127, 163, 541, 601). De plus, la physiothérapie est efficace pour le suivi des patients avec des problèmes musculosquelettiques (168, 602-604). Les enjeux éthiques étant contextuels, il est probable que les problèmes d'allocation des ressources associés à d'autres clientèles du champ de pratique des professionnels de la physiothérapie varient (ex. clientèle pédiatrique, personnes avec problèmes cardio-respiratoires ou neurologiques).

Au plan méthodologique, le devis mixte par approche concurrente avec des objectifs distincts, mais complémentaires a été retenu pour son aspect pratique (468). Effectivement, ce devis permettait de recueillir les données qualitatives et quantitatives de façon simultanée et les résultats ont été intégrés dans la même analyse conceptuelle. Par contre, un devis mixte par approche séquentielle aurait pu permettre d'approfondir davantage la compréhension des résultats quantitatifs avec la méthode qualitative utilisée ou de généraliser les données qualitatives avec une approche quantitative.

Finalement, cette thèse se concentre uniquement sur l'allocation des ressources en physiothérapie dans un contexte de limitation des ressources, bien que cette situation soit en interrelation avec le contexte plus large de la limitation de ressources dans l'ensemble du système de santé québécois. Dans le contexte d'austérité et de rigueur économique actuel, les

ressources financières accordées à la santé diminuent au Québec. Dans un système aussi complexe que la santé, outre le vieillissement de la population, plusieurs variables doivent être prises en compte pour discuter de l'évolution des dépenses en santé et du manque de ressources en résultant : il faudrait également considérer la diminution des transferts financiers fédéraux vers les provinces, les coûts structurels, les avancées technologiques, l'augmentation du prix et de la consommation des médicaments, ou encore le changement des pratiques cliniques induisant une augmentation des tests de dépistages, des traitements préventifs, et parfois même un phénomène de surtraitements et de surdiagnostic combiné à une utilisation grandissante des technologies pour les activités diagnostiques (ex. imagerie médicale) (179, 205, 605). Pour maintenir une gestion efficace avec un budget limité, les institutions doivent inévitablement prioriser certains services ou certaines clientèles au détriment d'autres. Donc, nous n'aborderons pas la question de la proportion de ressources de la société qui doit être dédiée à la santé, et plus spécifiquement à la physiothérapie. Effectivement, la santé n'est pas le seul objectif social et ces dépenses rivalisent avec d'autres secteurs comme l'essor économique ou l'éducation. Par contre, nous allons discuter de l'allocation des ressources au sein des départements de physiothérapie. À l'intérieur de cette enveloppe budgétaire, quelles pathologies et quels membres de la société devraient être privilégiés? (23)

CHAPITRE 4. RÉSULTATS D'UN SONDAGE PAR VIGNETTES CLINIQUES

Le premier objectif de cette thèse est d'estimer dans quelle mesure la source de financement des services en physiothérapie et diverses caractéristiques telles que l'âge, le sexe ou le SSE semblent avoir une influence sur la fréquence et la durée des traitements des patients, ainsi que le délai d'attente dans les établissements publics et privés canadiens. Pour répondre à cet objectif, un sondage par vignettes cliniques a été réalisé auprès des physiothérapeutes et T.R.P. canadiens. Les vignettes cliniques en ligne décrivent la situation clinique de patients fictifs avec des problèmes musculosquelettiques identiques présentant des caractéristiques différentes pour l'âge, le sexe et le SSE, couverts ou non par un agent payeur ou une assurance privée.

Low back pain: An investigation of biases in outpatient Canadian physical therapy

Laliberté M., Mazer B., Orozco T., Chilingaryan G., Williams-Jones B., Hunt M., Feldman DE. *Physical Therapy*, 2017; 97(10); 985-997.

Abstract

Background: Previous research suggests that physical therapy (PT) services can be influenced by patient's characteristics (age, gender, socioeconomic status (SES)) or their insurance status rather than their clinical need. **Objective:** The study aimed to determine whether patient-related factors (age, gender, SES) and the source of reimbursement for PT services (insurance status) influence wait time, frequency and duration of PT treatment for low back pain (LBP). **Design:** This study was an empirical cross-sectional online survey of Canadian PT professionals (defined as including physical therapists and physical rehabilitation therapists). **Methods:** A total of 846 PT professionals received one of 24 different (and randomly selected) clinical vignettes (i.e., patient case scenarios), and completed a 40-item questionnaire about how they would treat the fictional patient in the vignette, as well as details on their professional clinical practice. Each vignette described a patient with LBP but with variations in patient characteristics (age, gender, SES) and insurance status (none, private insurance, workers' compensation board (WCB)). **Results:** The age, gender and SES of the fictional vignette patients did not affect how participants would provide service. However, vignette patients with WCB insurance would be seen more frequently than those with private insurance or no insurance. When asked explicitly, study participants stated that insurance status, age or chronicity of the condition were not factors associated with wait time, treatment frequency or duration. **Limitations:** This study used a standardized vignette patient and may not accurately represent PT professionals' actual clinical practice. **Conclusion:** There appears to be an implicit professional bias in relation to patients' insurance status; the resulting inequity in service provision highlights the need for further research as a basis for national guidelines to promote equity in access to and provision of quality PT services.

Keywords: clinical vignettes, insurance status, accessibility, equity, provision of services, gender, age, socioeconomic status, Canada, low back pain, bias

Introduction

Health professionals' biases can influence access to and quality of healthcare (315, 320). A bias is a systematic neglect or discrimination of members of a social group in comparison to others that cannot be clinically justified (315). Bias can be explicit or implicit (315). Explicit biases are freely expressed and implemented. Implicit biases often go unnoticed as they are unintended, may be deeply embedded in cognitive processes, operate in subtle ways and are not consciously acknowledged (320). Implicit biases can affect healthcare professionals' treatment recommendations, (135, 324) such as recommending surgery based on patient characteristics that are not related to their health condition, or providing more or less information during the informed consent process. While some implicit biases can be directly related to the reasoning processes of individual health professionals, (323) organisational features can also shape these biases and thereby affect provision of care (428). Patient characteristics that have been associated with unequal access to health care services include: age, (141) ethnic status, (141) chronicity of pain, (141) gender (135, 606) and SES (382, 607).

According to the US *Institute of Medicine*, bias has a role in the genesis of health inequities (325). Health inequities can be defined as those inequalities in health service provision (e.g., access, utilization, quality of care) that are avoidable, but not acted upon, and are thus deemed to be unfair (608). The presence of health inequities is linked to the fact that health and ill-health are not distributed equally within populations and are shaped by socio-demographic determinants such as income, social support, education, or gender. Patients seeking physical therapy (PT) services have a health trajectory (being healthy or ill, life span, quality of life) shaped by this complex network of determinants of health (609). PT professionals, as primary health care providers, can help improve health and quality of life and contribute to reducing health inequities in their community (83, 609). One way to do so is by ensuring that PT services are free from bias, and that all patients receive necessary care based on their medical condition and health needs.

In PT, several studies have addressed non-clinical factors associated with service provision. Being younger than 65 years is associated with greater likelihood of receiving rehabilitation services (219, 220, 328, 329, 340, 341, 345, 369). Older patients receive

treatment for a longer overall duration, (212, 220, 328) although Dionne and colleagues did not find an association between age and treatment duration for patients with low back pain (LBP) (337). While women with chronic pain are less likely to be referred for PT services than men, (370) women in general receive PT services more often than men (212, 220, 328, 369, 371). Factors associated with receiving PT services include higher SES (220, 340, 369, 372, 418, 419, 424) and education level (314, 328, 340-342, 345). Ethnicity was negatively associated with the likelihood of receiving PT services in some studies (345, 372, 406, 407, 420, 421) but not in others (328, 376).

Insurance status can also influence service provision. In Canada, PT services are offered both in the public and private sectors. The outpatient PT services in the public sector are mainly offered to patients with acute injuries or post-surgery (91). Provincial insurance schemes cover most medical services offered to the population within the public sector. Third-party payers such as workers compensation boards (WCBs) or private insurance companies play an increasingly important role in funding outpatient PT services in both public and private sectors, (412) creating a range of financial incentives that may influence PT practice. WCB structural requirements – such as highly variable service provision guidelines (e.g., total number of treatments and duration) – can limit PT professional autonomy in treatment decision-making for their patients (413) or influence the patient's response to treatment (290). Further, lower reimbursement rates for PT treatments paid by WCB compared to regular fees for PT treatments may encourage discrepancies in service provision, such as a higher number of treatment sessions for WCB patients (610). Having private insurance may also influence PT services for financial reasons. For example, patients covered by private insurance in the Netherlands (212) received more PT treatment sessions in comparison to patients covered by public health insurance. Similarly, in the US those patients covered by private (220, 340, 344, 345, 372, 406, 407) or WCB (328, 342, 344, 407, 411) insurance received more treatment sessions than those who were not covered.

Little is known regarding the extent of bias and inequities in access to PT services in Canada. Is the decision-making process that shapes access to PT care and service provision based on an objective evaluation of patient needs, or is it biased? And if the latter is the case,

what are the factors that contribute to bias in decisions about treatment and access to care, and how are they inter-related?

The purpose of this study was to determine whether the source of reimbursement for PT services (insurance status) and patient-related factors (age, gender, SES, chronicity of condition) influenced behaviour that could affect wait time (time lapse between referral and initiation of treatment), frequency and duration of PT treatment for patients with LBP in the Canadian context. The following hypotheses were tested: 1) older patients, women and patients with lower SES would have a longer wait time before treatment was initiated (mainly in public sector), and be seen less frequently and for a shorter duration (mainly in private sector) than other patients; 2) patients followed by the WCB would have a shorter wait time before initiating treatment (mainly in public sector), and be seen more frequently and for a longer duration (mainly in private sector) than non-WCB patients.

Methods

Sample

A cross-sectional survey study was conducted with Canadian PT professionals from each of the 10 Canadian provinces and 3 territories working with an adult musculoskeletal clientele at the time of the survey (July-November 2014). PT professionals included physiotherapists and physical rehabilitation therapists. The former are trained at the university level (bachelor's or master's degree) whereas physical rehabilitation therapists are trained at the community college level (post-secondary diploma) and work mainly in the province of Quebec. Physical rehabilitation therapists are not the equivalent of physical therapy assistants in the US. Physical rehabilitation therapists were included as they treat musculoskeletal problems, are licensed by the same professional board as physical therapists, and have the autonomy to make professional decisions regarding wait times, treatment frequency and duration.

Procedures

Implicit biases cannot be measured effectively with self-report survey questionnaires (315) because participants are very often unable to report the reasons underlying the choices they make. However, these biases can be measured using clinical

vignettes, in which participants are provided with a brief description of an event or a situation (real or hypothetical) to which they then have to respond by giving their opinion (476, 493). Clinical vignettes are a relatively simple survey tool that has been widely used in research to elicit information about clinical decision-making; they have been found to be a good methodological choice to assess physician (312, 478) and PT (327, 479) clinical practices, as they standardize a fictional patient situation.

An online survey (in both English and French) was sent to Canadian PT professionals, containing one of 24 different clinical vignettes (randomly assigned to participants) and a 40-item questionnaire. Each vignette described a patient treated in PT with the same musculoskeletal problem (LBP), but with variations in the circumstances of insurance coverage (none, private insurance, WCB) and patient characteristics (age, gender, SES). LBP was chosen as it is a highly prevalent condition and accounts for a high proportion of physiotherapists' clinical caseloads (508, 509). The vignette and its variations are described in Table 4. To measure *implicit bias*, the accompanying questionnaire included questions about the demographic characteristics of participants, their professional clinical practices, and how they would provide care to the fictional patient in the vignette if they were seen in the participant's professional practice setting with respect to: time to access services, treatment frequency and total treatment duration. To measure *explicit bias*, self-report survey questions were used to assess the influence of insurance status, age and chronicity of the condition on patient service provision.

Table 4. Clinical vignette

Identical clinical condition	<p><u>Diagnosis:</u> Discal protrusion at the level of L4-L5 with hypoesthesia to pain and to touch in the L5 dermatome. <u>History:</u> Low back pain which started six years ago. Condition has gotten worse in the last few months, after a fall. <u>Symptoms:</u> Pain radiating down left buttock, left thigh and left leg. Complains of pain 3/10 in the lumbar region and 5/10 in the leg (visual/verbal analogue scale where 0/10 indicates no pain and 10/10 indicate intolerable pain). Flexion of the spine is very painful and the patient cannot endure long hours sitting at work. <u>Function:</u> Off work for the last four weeks.</p>			
Variation in vignette characteristics	<p style="text-align: center;">Insurance status</p> <p>Private insurance (\$50/treatment, limit of \$750/year) Workers' Compensation Board No insurance (out of pocket)</p>	<p style="text-align: center;">Age</p> <p>34 y.o. 59 y.o.</p>	<p style="text-align: center;">Gender</p> <p>Male Female</p>	<p style="text-align: center;">Occupation</p> <p>Senior manager Office clerk</p>

Clinical vignette development and validation

We designed this survey (vignettes and questionnaire) to examine whether factors such as patient characteristics (age, gender, SES) and the source of reimbursement for PT services influence PT professional practices in terms of wait time, frequency and duration of PT treatment. A methodological framework, based on those developed by Flaskerud, (490) and Cazale and colleagues, (491) was used to validate the vignettes. The survey construction process involved multiple validation steps. The factors chosen (age, gender, SES, insurance status) were the focal point in all validation steps to ensure that they were evidence-based and reflected clinical realities (493).

Survey development started with a review of the gray (non-academic, including reports, government documents and policy papers) and academic literatures, and was further refined through an iterative process, first within the research team, and subsequently through solicited feedback from a group of five experts from outside the research group to ensure representativeness of provincial clinical realities and enhance validity of the survey content. Experts were recruited for both their methodological and PT clinical expertise.³⁵ They reviewed and provided feedback on the clinical vignettes, the related questionnaire and the methods. Further, they were asked to produce a written report in relation to the following criteria: the length of the survey, the realism of the clinical presentation of the case vignette, the clarity of the terminology used in the vignette and the questionnaire (both from a linguistic stance and considering provincial particularities), the neutrality of the vignette (avoiding a normative or sensationalist tone), the ease of navigating through the survey platform, and the relation between the study objective and the methods. Both English and French versions of the online survey were pre-tested by one expert, the research team and two research assistants studying or practicing PT.

Following these steps, changes were made to ensure clarity of the final vignettes and the questionnaire. For example, the diagnosis of the fictional patient was changed (from foraminal stenosis to discal protrusion) to improve the clarity of the vignette. To ensure

³⁵ These experts were clinicians with experience working with patients presenting with LBP. Three had an academic position within a university, one was a knowledge broker and one was an expert in advanced practice for LBP. They had between 12 and 29 years of practice; 3 were from Quebec and 2 were from British Columbia; 3 were English speaking and 2 were French speaking.

neutrality, a sentence was added at the beginning of the questionnaire to remind the participants that we were interested in their current clinical practice, rather than their ideal practice: “ *We ask that you answer these questions according to what you really do in your current clinical practice. Please keep in mind that there is no right or wrong answer.* ” Also, considerable discussion took place regarding the type of work to be used as a proxy to represent varying SES for the vignette patients. The job title was selected to reduce the likelihood of a gendered interpretation and to be more readily associated with a higher or lower SES status. Finally, the experts helped focus the questionnaire to inquire about the most relevant factors, since with each additional factor, a higher number of participants would be required (464).

The vignette and questionnaire package included 4 sections. The first section contained participant socio-demographic information (age, gender, education level, type of clientele, years of experience). The second section presented the vignette. The third section contained the main questions following the clinical vignettes: 1) What is the typical wait time for this patient to be seen in your work setting? 2) What will be the frequency of treatment for this patient (how many times per week)? 3) What will be the total duration of treatment for this patient (how many weeks)? The fourth section explored explicit biases by questioning participants on the influence of various factors such as chronicity, age and insurance status. For example, participants who received a vignette with a 59 year-old patient were asked: “All else remaining the same, if the patient described in the vignette was 34 years old instead of 59 years old, how would that change the waiting time prior to the first evaluation/ the frequency of treatment/ the total duration of treatment?”

Recruitment and Survey distribution

Participants were recruited through invitations in association newsletters or via emails sent by 13 Canadian PT associations (provincial and federal) and professional licensing boards³⁶. Invitations contained a brief project description and a link to the presurvey webpage

³⁶ Canadian Physiotherapy Association, Yukon Council, Nova Scotia College of Physiotherapists, Nova Scotia Physiotherapy Association, Atlantic Physiotherapy Association, College of Physiotherapists of New Brunswick, Ontario Physiotherapy Association, Physiotherapy Alberta (College and Association), OPPQ, Fédération des cliniques privées de physiothérapie du Québec, Physiotherapy Association of British Columbia, College of Physiotherapists of British Columbia, Canadian Physiotherapy Association, Private Practice Division of the Canadian Physiotherapy Association

(first weblink). Contact information for the team (email address and phone number) was also provided to participants if they wished to obtain further information. Half of the associations were able to send a second invitation for the survey while the others just sent one invitation to their members (6/13= 1 invitation; 7/13= 2 invitations).

This presurvey webpage contained information about the study procedures, inclusion criteria, informed consent information and a question regarding the province in which they worked. The inclusion criteria were: to be currently working in Canada in PT with adult patients with musculoskeletal problems. The Centre for Research in Rehabilitation of Greater Montreal Research Ethics Board approved the project (CRIR-753-0712) and all study participants signed an electronic informed consent on the survey website before beginning the study.

We used block randomization by province to ensure similar distributions with comparable proportions of vignettes containing: male and female patients; younger (34 years) and older (59 years) patients; different occupations serving as a proxy for SES (manager or clerk); and patients with private insurance, WCB, or no insurance.

We sent a second personalized link with the survey once the participant entered their email address in the presurvey. All participants who responded to the presurvey without completing the survey received one reminder to encourage survey completion. Participants who partially completed the survey received one reminder to finish the survey. There was a draw of ten iPod Shuffles to encourage participation. Participants were unaware that biases were a primary objective of the study, to minimize the inaccurate representation of their current practices. The study had other secondary objectives, which have been published elsewhere (155). Study data were collected and managed using REDCap electronic data capture tools (498).

Statistical analysis

The survey data were exported from the REDCap platform and then analyzed using SAS 9.3 statistical software. Descriptive statistics were used for categorical variables. Chi-Square analyses with the Monte Carlo estimate for the Exact Test (if the cell count was less than 5) were conducted to determine whether independent variables related to the vignettes

(age, gender, SES, insurance status) had an influence on the three main service provision outcome variables: wait time, treatment frequency and treatment duration. For all inferential analyses the probability of type 1 error was a priori fixed at $\alpha = 0.05$.

Results

Participant's demographics information

A total of 1,292 individuals responded to the first link (presurvey) containing the consent and information to determine inclusion; of these, 430 were excluded because they did not complete the full survey, 3 because they did not meet inclusion criteria (i.e., not currently working in PT with adult patients with musculoskeletal problems in Canada), and 13 because they were duplicates (identified by IP or email address, and survey answers). The 846 PT professionals who completed the cross-sectional online survey did not differ from the 430 individuals who did not complete the survey with regards to language (French/English; $p=0.55$), province of work ($p=0.71$), profession (PT/PRT; $p=0.73$), role (clinician/manager; $p=0.66$) or the vignette received ($p=0.53$). In 2014, 20,842 physiotherapists (70) and 2,473 physical rehabilitation therapists were licensed to practice in Canada, (611) 39.8% of whom worked with musculoskeletal patients, (70) giving a response rate of 9.1% of the estimated participant pool of 9,279. The confidence level and interval is $95\% \pm 3.0\%$. The survey completion rate is 65.5%. Most participants were women, and worked in private clinics. The sample is described in Table 5.

Table 5. Description of the sample (n=846)

Variable	N (%)
Province	
Québec	368 (43.5)
Ontario	112 (13.2)
British Columbia	121 (14.3)
Atlantic provinces	173 (20.5)
Prairie provinces	68 (8.0)
Territories	4 (0.5)
Role at work	
Clinician	644 (76.1)
Manager	25 (3.0)
Both clinician and manager	177 (20.9)
Sector of practice	
Private	388 (45.9)
Public	353 (41.7)
Both	105 (12.4)

Training		
Physiotherapist		734 (86.8)
Physical rehabilitation therapist		112 (13.2)
Sex (n=845)		
Women		669 (79.2)
Men		176 (20.8)
Age (n=845)		
18-25 y.o.		62 (7.3)
26-35 y.o.		233 (27.6)
36-45 y.o.		228 (27.0)
46-55 y.o.		205 (24.3)
56-65 y.o.		108 (12.8)
>66 y.o.		9 (1.1)
Highest level of education (n=845)		
College		107 (12.7)
Bachelor's		509 (60.2)
Master's		223 (26.4)
PhD or equivalent		6 (0.7)
Years of experience		
0-5 years		174 (20.6)
6-10 years		115 (13.6)
11-15 years		119 (14.1)
16-20 years		120 (14.2)
21-25 years		100 (11.8)
26-30 years		81 (9.6)
> 30 years		137 (16.2)
Place of work		
Rehabilitation center		84 (9.9)
Long-term care center		95 (11.2)
Hospital		255 (30.1)
Private clinic		462 (54.6)
School		26 (3.1)
Home care services		146 (17.3)
Other		50 (5.9)
Main clientele		
Children and adolescents		128 (15.1)
Adults		769 (90.9)
Older adults		352 (41.6)
Type of clientele		
Cardiorespiratory		107 (12.6)
Musculoskeletal		803 (94.9)
Neurological		243 (28.7)
Other		74 (8.7)
Employment status (n=845)		
Full time		631 (74.7)
Part time		214 (25.3)
Language used at work		
French		319 (37.9)
English		415 (49.3)
Both		108 (12.8)

*Atlantic provinces include Prince Edward Island, Nova Scotia, New Brunswick and Newfoundland et Labrador; Prairie provinces include Alberta, Manitoba, and Saskatchewan; Territories include Yukon, Northwest Territories and Nunavut

**It is important to note that questions about clientele and field of practice were not restricted to one choice, as many clinicians have multiple employers.

Chi-square analysis: Differences in service provision

With respect to vignette patient characteristics, age, gender and SES were not associated with difference in wait time, treatment frequency or total duration of treatment. Insurance status did not influence wait time and treatment duration, but did influence treatment frequency ($p \leq .001$) with a higher proportion of WCB vignette patients being seen 4-5x/week and a higher proportion of vignette patients with no insurance being seen 0.5-1x/week (Table 6).

Table 6. Association of vignette patient characteristics, and service provision variables (wait time, treatment frequency and treatment duration)

	Wait time (%)					Frequency (%)					Duration (%)				
	< 2 weeks	2-4 weeks	1-2 months	> 3 months	Never	0.5-1x	2-3x	4-5x	Vary	Never	< 4 weeks	1-3 months	> 3 months	Never	Vary
Gender															
Male	59.0	14.4	9.0	10.1	7.6	17.6	54.3	15.9	7.0	5.2	13.9	62.1	13.7	3.1	7.3
Female	64.0	13.0	9.6	6.7	6.7	20.6	50.0	17.0	6.0	6.5	17.0	60.0	13.4	3.1	6.5
Chi-square	4.4 (p=0.35)					2.9 (p=0.58)					1.7 (p=0.79)				
df	4					4					4				
Age															
59 y.o.	59.3	15.1	9.2	9.7	6.6	18.8	53.7	15.1	7.1	5.4	16.2	61.0	12.9	3.5	6.3
34 y.o.	63.5	12.3	9.4	7.2	7.7	19.3	50.7	17.9	6.0	6.2	14.6	61.1	14.2	2.6	7.4
Chi-Square	3.6 (p=0.47)					2.0 (p=0.74)					1.5 (p=0.83)				
df	4					4					4				
SES															
Manager	61.3	12.6	10.0	10.0	6.2	18.0	55.8	15.8	5.4	5.0	15.0	63.1	11.9	3.1	6.9
Clerk	61.7	14.8	8.6	6.9	8.1	20.1	48.6	17.1	7.6	6.6	15.9	59.0	15.2	3.1	6.9
Chi-Square	4.6 (p=0.33)					5.3 (p=0.25)					2.3 (p=0.67)				
df	4					4					4				
Insurance status															
Private insurance	61.6	12.3	11.6	6.2	8.3	17.0	55.2	15.9	6.1	5.8	15.9	58.7	12.3	4.0	9.1
WCB insurance	61.3	11.2	10.4	9.7	7.4	17.1	45.0	24.9	7.1	6.0	13.1	62.9	14.6	3.4	6.0
No insurance	61.5	17.2	6.1	9.5	5.7	22.7	55.9	9.4	6.4	5.7	17.1	61.5	13.7	2.0	5.7
Chi-Square	13.5 (p=0.10)					28.3 * (p=0.0004)					7.2 (p=0.52)				
df	8					8					8				

The service provision patterns differed between private and public settings for wait time ($\chi^2_4=347.3$, $p \leq .001$), treatment frequency ($\chi^2_4=53.0$, $p \leq .001$) and treatment duration ($\chi^2_4=31.4$, $p \leq .001$) with private settings having shorter wait times, higher treatment frequency, shorter treatment duration and fewer vignette patients never being seen. Therefore, to further explore which factors could contribute to differences in professional decision-making about service provision, the analyses were stratified by type of organization, i.e., public or private settings. Insurance status influenced wait times and treatment frequency in private but not in public practice settings (Table 7). Insurance status influenced wait time (Monte Carlo Estimate

for the Exact Test, $p=0.002$) but differences between vignettes patients were not clinically significant. Vignette patients whose treatments were covered by a WCB would be seen more frequently ($\chi^2_8= 31.2$, $p\leq.001$) than other vignette patients in private clinics. Total treatment duration was not influenced by the vignette patient's insurance status in either private or public settings, nor did age, sex, or SES influence service provision in either type of organization.

Table 7. Association of vignette insurance status, and services provision variables (wait time, treatment frequency and treatment duration) by type of organization (public or private settings)

	Wait time (%)					Frequency (%)					Duration (%)				
	< 2 weeks	2-4 weeks	1-2 months	> 3 months	Never	0.5-1x	2-3x	4-5x	Vary	Never	< 4 weeks	1-3 months	> 3 months	Never	Vary
Private															
Private insurance	96.7	3.3	0.0	0.0	0.0	17.4	58.7	19.0	5.0	0.0	16.7	65.0	10.0	0.0	8.3
WCB insurance	89.1	3.9	3.9	2.3	1.0	14.1	42.2	35.2	7.8	0.8	10.2	67.7	16.5	0.8	4.7
No insurance	90.5	9.5	0.0	0.0	0.0	26.8	57.3	10.9	4.4	0.7	16.7	69.6	10.1	0.0	3.6
Chi-square	24.0 * (p=0.0019 Monte Carlo)					31.2 * (p=0.0001)					10.4 (p=0.24)				
df	8					8					8				
Public															
Private insurance	28.2	20.2	23.4	12.9	15.3	15.2	55.2	10.4	8.0	11.2	17.6	48.8	16.0	7.2	10.4
WCB insurance	24.5	20.8	17.0	19.8	17.9	18.9	50.9	13.2	3.8	13.2	13.3	60.0	15.2	7.6	3.8
No insurance	23.3	28.3	14.2	22.5	11.7	20.5	54.9	7.4	7.4	9.8	14.8	53.3	19.7	4.1	8.2
Chi-Square	10.5 (p=0.23)					5.5 (p=0.70)					7.5 (p=0.48)				
df	8					8					8				

No explicit bias influencing service provision

In order to analyse the explicit factors influencing service provision, participants were asked how the age of the vignette patient, the chronicity of their condition or their insurance status would influence their practices: the majority stated that these factors would not influence wait time, treatment frequency or duration. The questions were vignette-dependent which underlines a purely descriptive approach to analysis. This allowed us to look at the data from different perspectives (see Table 8).

Table 8. Explicit factors influencing service provision variables (wait time, treatment frequency and treatment duration)

	Wait time			Frequency			Duration		
	No change	Higher wait	Lower wait	No change	Higher frequency	Lower frequency	No change	Longer duration	Shorter duration
Age									
if patient was 59 instead of 34	97.9%	1.0%	1.2%	97.1%	1.2%	1.7%	85.4%	13.1%	1.4%
if patient was 34 instead of 59	96.5%	0.2%	3.3%	96.5%	2.6%	1.0%	87.5%	1.4%	11.1%
Insurance status									
if patient was not covered by WCB (instead of being covered by WCB)	85.8%	10.1%	4.1%	72.0%	3.4%	24.6%	84.7%	4.9%	10.5%
if patient had better insurance coverage (limit of \$1000/year instead of \$750/year)	98.9%	0.4%	0.7%	93.4%	5.8%	0.7%	90.5%	9.5%	0%
If patient had insurance coverage (instead of no insurance coverage)	95.6%	2.4%	2.0%	87.2%	5.7%	7.1%	88.2%	4.0%	7.7%
Chronicity of condition									
If patient had a chronic condition and had been off-work 6 months (instead of subacute condition, off- work 4 weeks)	74.0%	18.1%	7.9%	68.4%	11.8%	19.8%	66.0%	28.6%	5.5%

Discussion

Principal findings

We found no differences in PT service provision with regards to the fictional vignette patient characteristics of age, gender and SES. These results contradicted the first hypothesis that age, gender and SES would influence wait times, treatment frequency and duration. However, the study showed that vignette patients compensated by the WCB would be seen more frequently than others (private insurance or no insurance). The source of reimbursement for PT services (insurance status) did not appear to influence choices about treatment duration. These survey results partially confirmed the second hypothesis that the source of reimbursement influences service provision variables, but the direction of this influence was not expected; the hypothesis had been that WCB would influence wait time in the public sector (shorter wait time), and frequency and duration in the private sector (more frequent and for a longer duration). Yet, while WCB vignette patients would be seen more frequently especially in the private sector, WCB-status (i.e., with or without WCB coverage) did not influence wait time, nor did it affect treatment duration.

Interestingly, when directly asked if a change in insurance status would influence their service provision, a large majority of participants stated that it would not affect wait times (85.8%-98.9%), treatment frequency (72.0%-93.4%) or total treatment duration (84.7%-90.5%). While these results concurred with the literature as the vast majority of healthcare professionals endorse egalitarian attitudes with regards to provision of and access to care, (612) they could also be explained either by the therapist's intention to be consistent with their professional regulation and code of ethics or even by a research desirability bias.

The results of the vignette study revealed a discrepancy regarding patients with different insurance statuses, signifying a possible implicit bias in this regard. It is striking to find that these differences in service provision practices with regard to insurance status were reported by all participants regardless of their professional role (manager, clinician and clinician with managerial task). These findings might be related to organisational features such as institutional arrangements that shape individual behaviour. Specifically, policies or implicit expectations emerging from third-party organizations (WCB or private insurance) may create a norm of practice that favours one group of patients over others (e.g., the expected frequency of treatments) (286). However, part of the inequality with regards to access for patients compensated by the WCB may be attributable to policies that are based on where the injury has occurred (i.e., at work or elsewhere) rather than on need (206).

The prioritization of access for patients compensated by WCB and private insurance, and the increased frequency of treatment for patients compensated by WCB may thus threaten accessibility for other patient groups. Indeed, the overtreatment of a subgroup of the population in PT in an era of restricted healthcare resources can contribute to the undertreatment of other groups. An implicit bias was observed with respect to PT service provision for the fictional patient. While the differences are clinically small, they are significant and not based directly on patient needs. It must be noted that insurance status can be indirectly linked to various determinants of health such as employment status, income, and education level (613, 614). Inequities in service provision between patients based on their insurance status, even in Canada where universal health coverage exists, could potentially exacerbate health inequities in the community rather than reduce them and indicate that the allocation of resources in PT may be biased and distributed unfairly.

Implicit biases are common in health care (315) and can be enacted in many ways, such as negative behaviour, (315, 318, 324) poor communication (315, 318) or body language, (315, 615) but also through values and approaches promoted by institutional policies or structures (428). Further, biases can be enhanced in cognitively charged environments (time pressure, organisational constraints, distraction, stress) where there is less time for reflexive thinking (323, 425, 426). In this survey, we asked participants to state their current practices, so it is not possible to determine whether the inequalities illustrate individual or organisational bias. Distinguishing the source of bias would require a more comprehensive study on the organisation of the healthcare system (health policy analysis, qualitative analysis with the managers and the physical therapists, etc.).

The study findings showed no differences in service provision with regards to patient characteristics such as age, gender and SES, which differs from the current medical literature on bias (135, 141, 314, 315, 320, 324, 325, 382, 424, 606, 607). It should be mentioned that this study surveyed clinicians who might have minimal control over these decisions. It is possible that bias could exist at the meso level (organizational policies) through rationing or a prioritization system. For example, participants did not express explicit bias toward older patients or those with chronic conditions. However, several studies have shown that chronic conditions receive lower priority or are categorically refused in public PT departments (91).

Based on participant responses, SES was not associated with decreased access in the current study, although it has found to be associated with decreased access to PT in some research (314, 424). It is important to note that the study vignettes did not explicitly address SES, as we used occupation as a proxy for SES in order to minimize social desirability bias and this may have attenuated the effect of SES in the study findings.

While we cannot exclude the possibility that some PT professionals might have individual biases, the survey findings demonstrate a collective professional bias for service provision with regard to insurance status: external rules set by third-party insurers, namely WCB and private insurers, appear to influence PT services offered to the Canadian population. This practice norm, with service provision based on insurance status rather than need, runs counter to the public interest and has led PT professionals away from their main professional values (206, 286). Indeed, professional codes of ethics in PT increasingly include social

responsibility rather than solely focussing on the individual relationship between the professional and his or her patients/colleagues (83). For example, the Canadian Physiotherapy Association's code of ethics and rules of conduct state “ *Physiotherapists shall recognize their responsibility to improve standard of health care* ”.

The study also confirmed that most PT professionals are unaware that insurance status leads to discrepancies in access and service provision. If PT professionals wish to advocate for greater equity in service provision to improve standards of healthcare, then they must be aware of these implicit biases. This shows that there is a need to emphasize the development of reflexive capacity within PT training curricula. The ability to take time to reflect and think critically are part of the competencies addressed by Canadian PT ethics courses (616). However, the time devoted to ethics is highly variable across training programs (617, 618) and more studies are needed to see if the actual PT training curricula is effective in contributing to the reduction of bias within professional practice.

Our findings highlight the need for additional health services and policy research to further investigate the reimbursement rates and protocols of third-party payers, providers and the system issues at play, as they might contribute to important inequities. There is also a lack of clinical guidelines on resource allocation. Such guidelines should provide evidence-based benchmarks for service provision to ensure that all persons receive services according to their clinical needs, moving professionals beyond the implicitly biased practices identified in the survey (155). The creation of national guidelines would obviously require consensus among key stakeholders, such as third-party payers, PT associations and government Health Ministry delegates. National guidelines would also need to be enacted within provincial contexts by professional boards and associations, and tangible incentives would likely need to be offered to clinics to ensure compliance. In the meantime, PT professionals need to be educated and made aware of their individual and collective biases with regard to inequitable service provision.

Finally, there is increasing appreciation of the role of psychosocial and socioeconomic factors in the management of LBP. For example, job dissatisfaction, (619) strenuous, (619) and stressful (620) work, distress, (620) anxiety (620) or low education (619) are related to increased risk for LBP and its related disability. So while this study used LBP only as a

representative example of PT practice (as it is highly prevalent (503-505) and one of the most common complaints treated in PT (383, 506-510)), it could also contribute to our understanding of the management of patients with LBP.

Strengths and weaknesses of the study

The vignette methodology was a strength of the study as it permitted participants to react to a standardized patient case (same clinical portrait), but with varying characteristics. However, there are also some weaknesses. For wait time, it was not indicated whether it was the first encounter with the patient (such as for a preliminary evaluation in order to prioritize the patient) or the first clinical evaluation, and this may have influenced the results (621).

The clinical vignette was carefully designed to reflect Canadian clinical realities, but it is possible that this patient case scenario in another national context might have produced different findings, and that real practices differ from the survey answers. Further, this methodology cannot test the embodied and relational aspect of the real world clinical encounter, (511) something that might also influence service provision. It would be interesting to repeat this experiment with an actual standardized patient. Social desirability can also be a bias, (489) even if this was minimized in the survey by various strategies, such as avoiding normative or sensationalist tones (489) and stating explicitly in the instructions that there were no right or wrong answers (488).

An additional limitation is that, even though we used the same recruitment method, there was an underrepresentation of some provinces and regions (i.e., Ontario and the Prairie provinces) and an overrepresentation of others (i.e., Quebec and the Atlantic provinces) (70) that could be due to outside factors (e.g., the research team is well-known in Quebec, competing studies were advertised in the same association newsletters, greater interest in the topic from participants in certain provinces, not all associations sent the information twice). That being said, the intent of this study was not to compare the provinces but to identify biases in professional practice. Also, there was a low response rate (9.1%) compared to other online surveys (around 10–25%), (622) that does present a generalizability challenge for the results.

We were not permitted to contact individual PT professionals – recruitment was only done via professional associations and licensing boards. So we cannot be sure that all PT

professionals actually read the invitation as, associations sent these invitations via their newsletter as opposed to individual personalised emails. Furthermore, the registration to receive online association newsletters is optional and some PT professionals may have opted not to receive it and therefore never saw the invitation to participate in the study. Thus, the actual denominator (i.e., those PT professionals who read the invitation) is unknown and likely considerably smaller than the total number of PT professionals practicing in Canada. As the response rate was higher for three provinces (70% of the sample), the results probably reflect more accurately the views of PT professionals practicing in those provinces, than PT professionals nationally. Also, physical rehabilitation therapists were included even though they have a different educational level and are mainly working in Quebec. However, their responses did not differ significantly from the other participants for wait time ($\chi^2_4= 7.3$, $p=0.12$) and treatment frequency ($\chi^2_4= 4.4$, $p=0.36$). The total treatment duration did differ statistically ($\chi^2_4= 10.5$, $p=0.03$) but not clinically (Table 9). Also, in Quebec, the proportion of physiotherapists to physical rehabilitation therapists is the same as amongst study participants (611).

Table 9. Association of services provision variables (wait time, treatment frequency and treatment duration) by type of profession (physical therapist vs physical rehabilitation therapists)

	Wait time (%)					Frequency (%)					Duration (%)				
	< 2 weeks	2-4 weeks	1-2 months	> 3 months	Never	0.5-1x	2-3x	4-5x	Vary	Never	< 4 weeks	1-3 months	> 3 months	Never	Vary
Physical therapist	63.0	13.4	9.0	8.1	6.4	18.8	52.7	16.6	6.7	5.2	14.8	62.6	12.6	2.7	7.3
Physical rehabilitation therapist	51.4	15.3	10.8	10.8	11.7	20.5	49.1	15.2	5.4	9.8	19.6	50.9	19.6	5.4	4.5
Chi-Square	7.3 (p=0.12)					4.4 (p=0.36)					10.5 * (p=0.03)				
df	4					4					4				

Finally, it was not specified whether the vignette patient was in an acute or a chronic phase, which could lead to differing interpretations among participants, even though the number of weeks since the injury was clearly stated.

Conclusion

Equity and accessibility for all patients, based on need rather than the ability to pay, is a central value in the Canadian healthcare system (623). The study findings provide insight into wait list management and the duration and frequency of PT treatment. Notably, the study shows that patient characteristics such as age, gender and SES are not associated with PT service provision. However, there are some inequalities with respect to access to PT services and in PT service provision, and these depend on the insurance status of patients: third-party payers such as private insurers and WCB have an influence, albeit implicit, on the provision of healthcare services by PT professionals. These biases may contribute to unequal service provision based on factors other than clinical need, exacerbating health inequities within the community. The study findings highlight the need for further research in order to establish new national guidelines and raise awareness among PT professionals to mitigate implicit bias and promote equity in access to and provision of PT services.

CHAPITRE 5. RÉSULTATS D'ENTREVUES SEMI-STRUCTURÉES

Le deuxième objectif de cette thèse est d'obtenir la perspective du personnel (physiothérapeutes, gestionnaires, coordonnateurs, agents administratifs) sur 1) les facteurs influençant la priorisation des patients, mais aussi la fréquence et la durée des traitements dans des cliniques externes de physiothérapie, 2) la façon dont sont vécues les enjeux éthiques et cliniques associés à ces décisions, y compris lorsque celles-ci relèvent des stratégies institutionnelles mises en place pour gérer la demande. Pour répondre à cet objectif, des entrevues semi-dirigées ont été réalisées auprès de physiothérapeutes, mais également d'agents administratifs, de coordonnateurs, et de gestionnaires de trois cliniques externes de physiothérapie dans la région métropolitaine de Montréal. Les résultats de ces entrevues, présentés en deux articles, ont permis de déterminer certains facteurs actuellement utilisés pour distribuer les ressources, et d'obtenir la perspective du personnel sur ces problèmes cliniques et éthiques.

Operationalizing wait lists: strategies and experiences in three hospital outpatient physiotherapy departments in Montreal

Laliberté M., Feldman DE., Williams-Jones B., Hunt M., *Physiotherapy Theory and Practice*, Février 2018.

Abstract

In Canada, limited resources and increasing demand place pressure on the public healthcare system, something that is likely to increase. In this context, wait lists in outpatient physiotherapy departments (OPD) will get longer, system inefficiencies will arise, and frustrations and ethical concerns will be experienced by patients and staff. To better understand the perceptions of OPD staff regarding priority setting, treatment frequency, treatment duration, and wait list management strategies, we conducted an Interpretive Description study involving semi-structured interviews in three OPDs in Montreal. Participants discussed factors that influenced their decision-making about who was prioritized to receive care, strategies that were used to respond to an imbalance between needs and resources in the OPDs and procedures to manage wait lists to help improve access to care. While clinical needs are central in approaches to prioritization, other non-clinical factors relating to the patient, the physiotherapist and the institution also influence decisions. We examine these findings through the lens of complexity theory, providing insight into opportunities and obstacles for the implementation of management strategies in OPDs. These strategies will need to be carefully evaluated in order to create evidence-based guidelines for wait list management in other settings.

Keywords: resource allocation, priority setting, wait list management, treatment frequency, treatment duration, physiotherapy, complexity theory, Canada

Introduction

Physiotherapists are frequently involved in the evaluation and treatment of persons with musculoskeletal injuries (34). In Canada, some patients – especially those with chronic conditions or injuries not requiring surgery – face long delays before receiving services in publicly funded outpatient physiotherapy departments (OPD) (91, 100). Long wait lists are obviously a concern for patients who seek timely care, but they are also a concern for OPD staff (physiotherapists, managers and administrative assistants) because they contribute to

ethical challenges (94, 133), such as compounding disadvantages for patients with chronic conditions, and raising barriers to implementing equitable priority setting. Wait lists also create significant inefficiencies: patient needs may change over time and potential benefits may be lost due to delays in initiating treatment (126).

Faced with long wait lists, OPDs have enacted eligibility and prioritization policies. Factors that influence wait list management decisions include clinical need, (149, 345, 346) as well as non-clinical factors related to the patient (e.g., level of collaboration) (345, 346) and institution (e.g., available resources) (300, 346, 400).

Frequency and duration of treatment also influence wait times. Decisions about treatment frequency – how often each patient is seen by their physiotherapist – have been associated with the clinician’s professional experience (212) and the resources available within the organisation (92). Treatment duration, the period between the first treatment and the patient’s discharge, may also be linked to non-clinical factors such as patient preferences and behaviour (227), the personality or experience of the clinician (212, 290), and internal rules of the organisation (92). There is, however, a lack of widely accepted evidence upon which to make decisions about treatment duration and frequency (227). For example, decisions related to the duration of treatment could be guided by the patient’s goals or by a standard norm such as return to a former functional status, or when the patient reaches a clinical plateau (227).

In addition to prioritization methods (91, 124), other strategies are used to manage wait lists in physiotherapy, including telephone interventions (126, 624), pre-evaluation of patients before they are placed on the wait list (100), and reducing the duration of each treatment (625). Some novel strategies have been implemented, including reserving time in physiotherapists’ schedules to see less-urgent cases, or not using a wait list but instead booking day-by-day or week-by-week depending on personnel availability (158, 626). Given this diversity of strategies, it is important to consider which forms of procedural management are more efficient and more just, and in what contexts.

The aims of our study were to explore 1) the perceptions of staff from three OPDs in Montreal, Quebec, regarding the factors that influence priority setting, treatment frequency,

treatment duration, and choice of procedural management strategies, and 2) their experiences with wait list management.

Methods

We used a qualitative approach for this exploratory study to document the perspectives of the key actors involved and thus better understand the phenomenon of wait list management (230, 231). Interpretive description was used as the methodological framework for the study (524, 525) to systematically describe and analyze this phenomenon. We used a convenience sampling strategy to recruit 13 participants (nine physiotherapists, two coordinators, one administrative assistant and one manager) from three OPDs within an academic hospital network in Montreal who had a minimum of 6 months work experience in the OPDs in the past 5 years. Between 3 and 5 participants were recruited from each OPD. The project was approved by research ethics boards at the McGill University Health Centre and the Université de Montréal. All participants signed an informed consent form prior to participating.

Semi-structured interviews were conducted in the work setting (June 2012 to February 2013) by two interviewers not associated with the hospitals, and who were not physiotherapists. Interviews lasted between 30 and 60 minutes, followed an interview guide, were conducted in English or French (based on participant preference), audio-recorded and transcribed verbatim. One of the team members (ML) conducted line-by-line coding of the transcripts once all of the interviews were transcribed while asking the question: *What is this about?* Bilingual codes were developed based on the response to this question. A second team member (MH) independently coded sections of three transcripts, and then the coding structure was revised for a final list of 46 codes. The second stage of analysis focused on inter-code relationships, asking: *What linkages exist in the data and what explains these patterns?* We developed themes around participant experiences of procedural and organisational strategies. Provisional results were presented to professional audiences, and at each of the three OPDs. Following these steps, the thematic analysis was refined.

Selected verbatim quotations are presented below to illustrate aspects of the analysis. Quotations that were originally in French have been translated into English.

Results

At the time of the interviews (2012-2013), 200 patients were on a wait list in one OPD, and 900 patients in the other two OPDs, which shared a common wait list. The length of the wait lists had increased over the last few years, a situation that participants suggested was the result of increasing referrals, reduced resources, and more patients with complex clinical presentations or psychosocial issues and who did not have private insurance. Participants discussed a range of factors influencing wait list prioritization, as well as strategies used to address the imbalance between growing demand and limited resources. The following sections present the clinical and non-clinical factors guiding prioritization, frequency and duration, and then the strategies used to manage wait lists, as well as potential means of improving access.

How clinical and non-clinical factors are integrated in the allocation of services

Table 10. Factors that influence allocation of services

	Prioritization <i>(will be seen faster)</i>	Treatment frequency <i>(will be seen less frequently)</i>	Duration <i>(will be discharged earlier)</i>
Clinical factors	<ul style="list-style-type: none"> • More severe symptoms and objective clinical needs (that can be measured rather than based on subjective complaint) • Safety issues • Acute condition • Higher functional limitation • Good prognosis • Higher risk of complication with delay 	<ul style="list-style-type: none"> • Clinical condition improved (e.g., less acute, better functional status) • Clinical goals (e.g., facilitate discharge process or promote self-management) 	<ul style="list-style-type: none"> • Full functional recovery • Physiotherapy no longer indicated • Patient satisfaction with the outcome • Clinical goals reached • Therapeutic plateau
Non-clinical factors	<ul style="list-style-type: none"> • Assertiveness and ability to navigate the system • To promote continuity of care • Valued role in society (e.g., employed) • To improve institutional efficiency (e.g., priority to inpatients) 	<ul style="list-style-type: none"> • To mitigate for institutional resources limitations (e.g., number of patients waiting) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ability to self manage • Less assertiveness • Either less cooperation (e.g. late, do not engage with treatments) or more cooperation (e.g. can self-manage) • To comply with institutional resources limitations (e.g., staffing)

Clinical factors

Participants noted that clinical factors predominate in guiding wait list management decisions (see Table 10). Patients are typically prioritized for physiotherapy based on the acuity of the condition, severity of symptoms and risk of complications. Acute conditions, postoperative and post-fracture patients were considered urgent and therefore prioritized. These patients were easily identified because “...it’s evident that the person needs help.” (P11) At the opposite end of the prioritization spectrum, non-urgent patients were those with conditions such as chronic low back pain and who had “...problems for six months or so, or three months, and it’s ongoing and not changing and their condition is stable.” (P4)

Clinical factors also guided decisions on the frequency and duration of treatment. For example, frequency of treatment can be diminished progressively to empower the patient to manage his/her own condition and ease the discharge process. The discharge can be guided by factors such as patient satisfaction, whether clinical goals are reached, full recuperation of impairments, or a therapeutic plateau. Participants had differing views about what constituted a therapeutic plateau, such as no clinical evolution or benefits over a set period, which could be defined in terms of treatments (e.g., 3 visits) or time (e.g., months or years). These diverse views illustrate that how this concept is understood has an important impact on when the patient will be discharged.

Participants also described different service provision approaches. As patients with acute problems were seen as having better prognoses, they would be discharged when they reached their highest potential. In contrast, patients with chronic conditions often have episodic periods of exacerbation and remission, and would be discharged when they could self-manage. A participant described the challenge of providing care to patients with chronic conditions: “We want to see the patient for as long as they don’t plateau, as long as we think we could help them. But then a lot of chronic patients, you can help them for the rest of their lives or you can give them some relief. So when does it end?” (P6) It is also harder to predict the potential for recuperation of patients with chronic conditions, so some participants offered a fixed number of treatments as a trial, especially if the patient had been treated previously for the same problem.

Non-clinical factors

Participants discussed non-clinical factors that could influence service provision, the foremost being patient characteristics or behaviour; but they also identified factors linked to the physiotherapist and the institution (see Table 10).

Perceptions about a patient's level of cooperation were sometimes factored into estimates of the likelihood of benefiting from physiotherapy: *"I mean if you have a patient who is chronically late, is not participating, who never seems to show that they're even at all doing their exercises on their own, um, without a doubt you definitely look at those patients and say 'why am I wasting my time?'"* (P3) Another important characteristic mentioned was the ability of patients to navigate the system. Patients who were insistent and persistent might receive more treatment as a result. Some patients asked the administrative assistant repeatedly for an appointment, faxed their prescriptions to multiple hospitals to obtain quicker access, asked their doctor for a new referral when discharged from physiotherapy, or lodged a complaint with the hospital's ombudsman. In these situations, the physiotherapist may try to avoid a confrontation in order to preserve their reputation: *"...knowing that the patient will be upset, when we discharge them, so then it's natural to then avoid that..."* (P7) Participants felt that some patients did not accept limitations to the care they received and tried any means to delay discharge, working on the principle that *"The squeaky wheel does tend to get the oil."* (P1) A participant reported that *"Some [patients] are very accommodating and some are very forceful. And sometimes they won't get equal treatment just because of that. Some will be very understanding that, you know the resources are limited and they'll know, they'll be like doing all the right exercises and be seen less often."* (P6) Thus, both the degree of cooperation during the treatment (participation, self-management) and the assertiveness of a patient were factors that could influence the allocation of and access to services.

Another non-clinical characteristic was the patient's role within society. Patients were more likely to be prioritized to receive services if they were off-work because of their condition. Since being off-work is very costly for society, some participants felt that injured workers ought to be seen quickly: *"They may not be getting a full pay check when they're off of work and I mean it's important for them to get back to work. And for the system also I guess, for the workforce and everything."* (P11) In this sense, priority was given to "socially

productive” patients with a traditional occupation (work), rather than to those patients who were involved in volunteer work, or were students or stay-at-home parents. A participant expressed that *“As soon as they do not have a paid work, even voluntary services, it does not count.”* (P10)

Participants also reported concern that lower priority patients often had diagnoses that had a higher prevalence with older age: *“...they are the chronic back pains, right? So they tend to be elderly, so, but we know that somebody with pain and decreased function, the impact is higher, right, ‘cause that was the question, you know, maybe a young guy with a fracture, yes it’s acute and so we’re prioritizing but maybe their functional impact is less than seventy or eighty years old with a chronic [injury] of the low back.”* (P7) Since older patients were less likely to be working and more likely to have low priority conditions, they were likely to wait longer. A participant commented on this inequity: *“retired people, they worked all their lives, and now, they are not allowed to benefit from the system.”* (P10)

Institutional factors also influenced wait list decisions. As the three OPDs are situated in hospitals, priority was given to in-patient departments: *“whenever we miss a physio on the floors, the youngest physio of the OPD is sent on the floors and this impacts on our waiting list.”* (P1) When a physiotherapist was on vacation or needed to replace an in-patient physiotherapist, this could also precipitate earlier discharge of out-patients. Further, within OPDs, high priority is often given to hospitalised patients to ensure continuity of care; those ready for discharge from an in-patient facility could be discharged rapidly if appropriate follow-up (including physiotherapy) is ensured, thus freeing up in-patient beds. Also, in recognition of the long wait list, other strategies were implemented, including reducing treatment frequency for some patients or reducing access for people who had previously received physiotherapy for the same condition.

How are wait lists managed?

Many procedural strategies were used to address the high volume of patients referred to the three OPDs – e.g., pre-evaluation, prioritization, separate wait lists for specific categories of patients, patient redirection, and internal rules – and each was perceived as having advantages and disadvantages (see Table 11).

Table 11. Wait list management strategies

	Advantages	Disadvantages
Pre-evaluation <ul style="list-style-type: none"> • Screening by a physiotherapist before the wait list and advice given 	<ul style="list-style-type: none"> • Fair for all patients • Easier to implement if small volume of patients • Helps patient self-management 	<ul style="list-style-type: none"> • Time-consuming • Stressful for staff if high volume of patients
Prioritization <ul style="list-style-type: none"> • Pre-evaluation or patient-filled questionnaire + medical diagnosis • “First come, first served” within the priority category 	<ul style="list-style-type: none"> • Based on clinical and non-clinical factors • Helps to allocate resources efficiently and fairly 	<ul style="list-style-type: none"> • Criteria are not evidence-based, are vague and rely on individual judgments • Long wait list due to lack of resources and competing interests • Long wait increases patient expectations • Long wait has greater impact on vulnerable populations
Separate wait list <ul style="list-style-type: none"> • OPD internal procedures for specific conditions 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficiency and continuity of care within the institution • Respect contractual agreements 	<ul style="list-style-type: none"> • Overall injustice with respect to other patients
Redirection of patients <ul style="list-style-type: none"> • Referral to other resources 	<ul style="list-style-type: none"> • Resource optimization 	<ul style="list-style-type: none"> • May lead to increased privatisation
OPD internal rules <ul style="list-style-type: none"> • New referral after 6 months, cancellation policy 	<ul style="list-style-type: none"> • Efficiency of the department 	<ul style="list-style-type: none"> • Difficult to apply systematically

Pre-evaluation

Pre-evaluations were done in one department for all patients referred to the OPD. Patients were screened, received advice about exercises and pain management and then could either be discharged, seen in a follow-up consultation or placed on the wait list with a higher or lower priority. The other two OPDs had stopped the pre-evaluation process because it was perceived as disruptive, stressful and time-consuming.

Prioritization

All three OPDs used prioritization strategies. One OPD classified patients based on the pre-evaluation that was conducted with each new referral. The other two OPDs used a prioritization system based on a patient-completed questionnaire along with information from

the medical referral, and then patients were placed on the wait list. Participants reported that these approaches were not based on evidence, but rather on the opinions of the OPD staff, with some informal consultation with other OPDs. In all three sites, within each category on the wait list (e.g., high or low priority), patients were seen on a first come first served basis. Even when there were explicit criteria in use, participants noted that these were often vague and that it would be helpful if guidance was more explicit and objective: *“it relies too much like on our individual judgement, not on black and white criteria.”* (P6)

Participants also noted that the wait list system itself led to increased expectations when patients had a long wait to access services: *“I’ve been waiting for you a year, you better cure me now.”* (P1) Such expectations may be unrealistic, especially with a delayed onset of care. Some participants perceived that patients, in the context of the public system, felt that as taxpayers they were entitled to services. Also, long wait times could lead to more conflict between the patient and therapist, with patients being more upset when they were discharged: *“there’s some convincing and education you have to do and some accept, some don’t.”* (P3) But when the therapeutic relationship was strong, there was a greater likelihood for understanding and cooperation.

Separate wait list

There were also internal OPD procedures that led to certain patients being seen earlier than if they were on the main wait list. Some of the OPDs had separate priority lists for patients with specific diagnoses or who were referred from specified sources, such as patients from the pain clinic or who had an acute sprain and were referred from the Emergency Department. Hospital staff were another group of patients considered separately from the regular wait list in two of the hospitals. This practice was viewed by some participants as having the potential to increase overall efficiency, as staff can quickly fill the gaps in physiotherapists’ schedules if there is a cancellation. At the same time, others saw this process as unjust as staff have private insurance and could obtain services in the private sector.

Contractual agreements between the hospitals and private health insurers, such as the provincial workers’ compensation scheme (CNESST), also influenced when patients would be seen. *“[These patients] are just put in because there are rules by the CNESST as well as to*

how long before you should see a patient and frequencies and visits and things like that, they have their own requirements.” (P4) Even though they are prioritized for non-clinical reasons, CNESST patients are often off-work, and they fit the high urgency criteria in wait list prioritization as they generally have important functional limitations. These patients also bring outside funding to the hospital and the OPDs. While this raised mixed feelings for participants, the situation was not viewed as being overly problematic as there were currently fewer CNESST patients being treated in the OPDs than before, because these patients were increasingly being seen in private clinics.

Redirection of patients

To optimize resources, participants noted that some patients on the wait list were advised to seek services from other resources such as private clinics. Participants noted the social impact of long wait times: those who could afford private care or who had insurance were directed to the private sector. Participants noted that while politicians pleaded for better care to help the elderly to remain independent, the government was nonetheless cutting the budget for OPD services: *“maybe the government wants to, would love to eliminate [OPDs] and just push the private.”* (P4) These cuts were seen by several participants as a subtle form of privatisation, where the wait lists became an incentive for patients with insurance to seek care in the private sector.

Internal rules

There were also rules instituted to help improve OPD efficiency (e.g., a cancellation policy or a letter sent to patients after 6 months on the wait list to request a new medical referral to validate clinical need). Even with these internal policies, many patients miss their appointments and these policies were not applied systematically. This limitation emerged both from lack of staffing to ensure the application of policies, but also because they were perceived by some staff to be unfair and so were not followed consistently.

What strategies can help improve wait list management?

Participants had many ideas about strategies to improve wait list management, for professionals, the department and the institution (see Table 12).

Table 12. Management strategies

Level	Strategy
<i>Professional</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Revise caseload regularly • Facilitate self-management by patients with chronic conditions • Advocacy to defend the necessity of OPDs to the management of the institution and to the government
<i>Departmental</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Restrict OPD access to accept only patients referred by in-house physicians • Refuse non-urgent patients • Transparency regarding wait times • Help patients find alternate resources • Monitor patients on wait list and re-evaluate their needs • Apply cancellation policy rigorously • Set limit for the number of treatment sessions
<i>Institutional</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Value preventive as well as curative approaches • Document the impact of early physiotherapy intervention

Professional level

For physiotherapists, it may be possible to review their caseloads to help create timeslots for new patients. However, participants noted that their work rhythm had become increasingly busy, making it hard to engage in reflective practice unless there were facilitating structures: *“it’s hard to take a step back and to look at what could be done. What I feel I can do is go over my caseload and see if there is anyone that I am keeping that I should not be keeping. Cause sometimes you may get into your routine and you may have had two or three treatments that are not required.”* (P1) Participants coped by learning to do what they could; but most felt that the wait list “was crazy”, contributing to undue pressure and stress.

Some practices were proposed for patients with chronic conditions who were triaged to the non-urgent category. To provide care and help patients learn to cope with their conditions, participants expressed that emphasis should be place on self-management classes, such as online courses or exercise groups (supervised and managed by a therapist) rather than traditional one-on-one treatments, or by having a dedicated physiotherapist responsible for non-urgent patients: *“ Basically booking [lowest priority] patients in one time or two or three time maximum kind of thing where you bring them in and assess them, set up their home program, set up a follow up to make sure it’s going okay and discharge them to continue at home. Yes, top end is fine in reality, it’s really [those at] the bottom end that probably suffers the most.”* (P3)

Departmental level

Questions were raised regarding procedural criteria. Some participants thought it could be appropriate to limit access to OPDs to only patients referred by a physician from their hospital (sectorisation), while others thought OPDs should accept all patients, regardless of where they were being followed medically. Another strategy would be to refuse all non-urgent patients instead of creating false hope for care that they might never receive. Participants felt that it would be better to be honest with patients about their real wait time and help them find alternate resources. They could also call patients on the wait list to re-adjust the prioritization when needed. But then, as one participant noted, *“if I call a patient to ask if he still needs treatment and he says yes, but what do I do?....It makes no sense! So we don't call them.”* (P13) Other participants felt that the cancellation policy should be applied consistently to optimize therapists' time. Another possibility would be to limit the number of treatments to ensure that more patients can access PT services. While most participants were opposed to having pre-established treatment limits and perceived this practice to be unethical, others felt that it was not ethical to let patients wait indefinitely.

Institutional level

Beyond specific strategies to manage the wait list, some participants felt that the mission of a tertiary care hospital was not to offer OPD services. But as a participant noted: *“So if those chronic people that don't quite meet the mandate, if they're not appropriate for here, where would they go?... it's much more expensive for an Emergency visit than maybe having a physiotherapy evaluation, right?”* (P7). Participants noted the potential to address some of the current problems with wait list management in OPDs by investing in health promotion efforts instead of continuing to focus on providing interventions to a limited number of patients.

Discussion

The findings of this study reveal a complex set of factors influencing access to physiotherapy services, and highlights how wait list management and service provision in OPDs are based on a range of influences that can be in tension or at times even contradictory.

To better understand wait list management and service provision (588), complexity theory can be used as a framework, as it has already proved helpful in the analysis of health care systems in general (191, 569, 570), including rehabilitation services (329, 580-582). Complex systems are characterized by multiple interrelated elements that self-organize through their interactions (191, 569-571, 588). These interactions are probabilistic (i.e., uncertain), and the outcome is a dynamic system that produces unpredictable results (569-571, 588). OPDs have the characteristics of a complex system, with several closely interrelated elements (e.g., several payment systems) and actors (physiotherapists, managers, administrative agents) interacting with other actors outside the OPDs (patients, referring doctors, ombudsman).

The dialogic principle is a key feature of the complexity theory approach, where notions that seem in tension are organized in a complementary logic (588). For example, the acuteness of a patient's condition has an impact at multiple points, from prioritization through to discharge; patients with chronic pain could wait for longer periods and be followed-up for a shorter duration, based on the objective of optimizing their self-management rather than achieving their personal goals. So, the acuteness of the condition could be seen as a feature explaining quasi-mechanically the service provision within OPDs. However, the acuteness of a patient's condition is a factor in interaction with many other aspects of the OPD's organisation.

Indeed, participants noted that their clinical objectives would be lower for a patient with a chronic condition even though patient expectations were higher. Participants also explained that waiting longer created conflicts between patients and therapists. This echoes the findings of a focus group study in England where patients with acute conditions had low expectations of physiotherapy and so viewed their discharge positively, whereas patients with chronic conditions were more likely to have unrealistic hopes for full recovery and were thus less likely to be satisfied. These divergent perceptions were a source of frustration for both patients and physiotherapists (627). Another study found discrepancies between healthcare professionals' goals and what could be unrealistic rehabilitation goals of patients with chronic pain (628).

Instead of simply seeing patients with acute injury as being more realistic or credible and patients with chronic injury as more demanding, it is helpful to examine the organisational features and relational interactions that generate these patterns. Participants in our study reported that wait time can be a factor that generates conflict, and that those patients who are more persistent, who complain, or who resist being discharged quickly receive more treatments. So, while the system favours more assertive patients and increased wait time led to increased expectations, it is not surprising that the patient with the chronic condition that succeeds in being seen in physiotherapy tends to have more conflict with the physiotherapist.

In complex organisations such as OPDs situated in acute care hospitals, there are many influences on wait list management. As participants noted, while wait lists were getting longer, their clientele was also becoming more vulnerable (older, lower socioeconomic status, complex health conditions). Furthermore, participants raised systemic issues such as elderly patients on the wait list were more likely to be in the lower priority level, but were the ones for whom waiting had the greatest negative impact (e.g., decreased mobility and autonomy). Also, organisational and political pressures were increasing. Some participants even predicted the disappearance of Quebec OPDs in acute care hospitals due to budget constraints and the shifting of patients to the private sector. In this context, the broader socio-political and institutional contexts need to be considered when discussing possible solutions for wait list management.

Across Canada, rehabilitation services are shifting toward the private sector (163). A concern with this trend is that some patients cannot access needed services in private clinics due to their lack of insurance or inability to pay the fees. In Ontario, following drastic restrictions in access to physiotherapy services, patients who could still access services (e.g., had private insurance) were ten times more likely to evaluate their health as good or excellent compared to the 17.7% of Ontarians who could no longer access any services (163). A year after the 2005 Ontario reforms, 12.5% of the population still needed physiotherapy services that they could not access (629). Vulnerable patients were disadvantaged in OPDs, and the socio-political context tended to accentuate their vulnerability (163, 629). These findings echo the perspectives of study participants who noted that patients with chronic health problems had much less access to OPD services in Montreal, and that this situation was likely to worsen.

Some procedural strategies were implemented by participants at the three OPDs in our study. Insights from these experiences may be relevant to other OPDs that are assessing their practices in order to improve access to care. A pre-evaluation was found to be a good strategy to ensure that all patients were seen at least once. This is in line with a recent survey of public-sector OPDs in Quebec, where the use of initial evaluation that included an intervention (such as education) was associated with shorter wait times (100). However, while one OPD (with the smaller annual volume of patients per physiotherapist) in our study used this strategy with success, the other two had stopped using this approach. It may be that this strategy can only work if there is a balance between supply and demand, e.g., a threshold in new referrals that an OPD can receive so that pre-evaluations do not disrupt ongoing caseload management. Another proposed method is to reserve a timeslot for pre-evaluations in the physiotherapists' schedules rather than on a "walk-in" basis (630).

Participants noted that current wait list management strategies were not applied consistently, were not evidence-based and so were not necessarily efficient (91). There is thus a pressing need to develop evidence-based strategies that are grounded in research evaluating the overall impact on the system. This would include the consequences for patients prioritized as high-priority or low-priority (e.g., function, pain level, socioeconomic impact), for professionals (e.g., job satisfaction, ethical distress) and for the overall system (e.g., cost-effectiveness, implications for other professional groups and institutions).

Prioritization systems were implemented in the three OPDs to ensure that urgent cases were seen rapidly. However, the result was that it became nearly impossible for patients with chronic conditions to be seen. It is thus questionable whether this system is actually effective at reducing wait times for the whole patient population; acute patients will be seen in a timely fashion, but chronic patients may wait years or never receive care (631-633). Not surprisingly, in this context of extreme rationing, parallel systems exist with separate wait lists and some patients (based on OPD internal rules and/or contractual agreements) jumped the queue (634-636). Such approaches can be a way for the system to adapt and so maintain a form of equilibrium (e.g., pressure on one factor leads to changes on another, but without any important changes in the overall functioning). The complex system that is an OPD, involving

interaction between a diversity of different elements, needs to be acknowledged in order to better understand their organisation.

More studies are needed to identify best practices for the management of wait lists in Canadian OPDs, including the evaluation of the quality of life and socioeconomic impact for patients who are not prioritized, as well as the most cost-effective and equitable ways to deal with the growing needs of the Canadian population. Future research using other methods – such as large scale studies to survey provincial OPD representatives, or all physiotherapists working with musculoskeletal clientele – will be important for developing the evidence-base needed to address this pressing issue.

Limitations

The results do not necessarily reflect the views of all OPD staff, but rather those of 13 respondents who may have been more interested in the topic. Nonetheless, these insights are corroborated by other national and international studies, and also contribute to an emerging discussion of innovative solutions to the problems of wait list management.

Data collection was conducted in 2012-2013, and there have since been important changes in the socio-political context in Quebec, including major reforms to the health care system begun in 2015. The context of OPD service provision and system factors has continued to evolve, but access to public OPDs is still limited and remains an important concern for professionals (100).

The study aimed to incorporate the views of administrative workers in the sample. However, only one was recruited, in part because of the small pool of administrative workers that corresponded to the inclusion criteria. It would be interesting to pursue this line of inquiry and investigate the perspectives of administrative workers in OPDs, as well as explore patient perspectives.

Conclusion

This study, grounded in an analysis of the perspectives of staff from three Quebec OPDs, identified a range of procedural management strategies used for prioritization, provided insight into factors guiding decisions about access, and illuminated staff experiences with wait

list management. Wait list management is complex and very much dependent on the interactions between the many actors in the system. But it is also shaped by contextual factors such as the socio-political context, internal OPD rules and contractual agreements, government and third party funding, the types of clientele, and the mission of the institution. Many procedural strategies were used in the three OPDs, including pre-evaluation of all new referrals, prioritization strategies for the wait list, separate wait lists for some categories of patients, redirecting patients to other resources and having internal rules, such as policies for cancelled appointments. These and other strategies need to be carefully evaluated to create better evidence-based guidelines for OPDs. This is especially important in a context of increasing demand and limited resources, and where there is likely to be further migration of services towards private physiotherapy clinics in Quebec and other jurisdictions, resulting in more limited access to public OPD services and the disadvantaging of patients who lack private insurance or the ability to pay out of pocket.

Ethical challenges for patient access to physical therapy: Views of staff members from three publicly funded outpatient physical therapy departments

Laliberté M., Williams-Jones B., Feldman DE., Hunt M.. *Narrative Inquiries in Bioethics*, 2017; 7(2): 157-169.

Abstract

Demographic change and changing population needs are important drivers of increased demand for rehabilitation. These developments place significant stress on access to physical therapy services, as current resources are insufficient to meet the growing demand. This situation presents ethical challenges for physical therapists and others involved in managing wait lists and prioritizing access to services. The purpose of this study is to explore how outpatient physical therapy department staff experience ethical issues relating to access to physical therapy services.

We conducted semi-structured interviews with 13 participants who were staff at three publicly-funded outpatient physical therapy departments in Montreal, Canada. Using *Interpretive Description* methodology, we developed four themes related to access to physical therapy services: 1) *negotiating access* to physical therapy services; 2) *navigating a complex system* with outside influences and constraints, such as professional regulation and third party payers; 3) *managing wait lists responsibly*; and 4) *striving to be a good professional in a non-ideal world*. Across the four themes, two main sources of tension that influence the staff were identified in relation to the experience of wait list management: *responsibility* and *power*. This study highlights how difficult it is for outpatient department staff to balance competing interests and values, and to respond to outside influences, when making resource allocation decisions. Until resource limitations are addressed, wait lists may be an unavoidable feature of many physical therapy outpatient departments in the Canadian public healthcare system. Improving fairness in the access to and distribution of services is thus important to ensuring that professionals are able to treat patients based on their clinical needs, and in a timely fashion.

Keywords: ethics, resource allocation, wait list management, physiotherapy, Canada

Introduction

Demographic change is an important driver of increasing demand for healthcare services in Canada (105) and other high-income nations (637, 638). In addition to increased demand linked to population growth and an aging population, demand for physical therapy (PT) services is also increasing due to changing rehabilitation needs within the Canadian healthcare system (114). For example, with advances in the management of acute conditions, more people survive events such as stroke or serious car accidents. These individuals often live with chronic disability and require rehabilitation to improve and maintain their function, wellbeing and mobility (114). In general, there are also high public expectations for increased quantity and quality of rehabilitation services (114). Yet, while the demand for PT services is high and likely to keep increasing, available resources are already overstretched and insufficient to meet current levels of demand in the Canadian public healthcare system (119).

Given these realities, effective management of rehabilitation resources in the public health sector is crucial. A variety of strategies can be used to advance this objective, including rationing (e.g., reduced quantity of treatment sessions for individual patients), prudent stewardship (e.g., efficient use of staff) and prioritization based on wait lists (125). However, each of these approaches – along with the underlying lack of resources – raises important questions about fair access to services. Resource allocation in rehabilitation services can be a source of ethical uncertainty and pose dilemmas for physical therapists and managers (122, 123, 130, 131, 177). PT professionals in Quebec are members of a professional licensing board (Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec) and must comply with current norms of practice, including a code of ethics (639). However, institutional policies or practices may limit professionals' ability to act in a manner consistent with their professional duties or personal moral values. For example, some patients may not receive the care they need in a timely fashion due to institutional eligibility criteria or prioritization processes.

In this context of imbalance between needs and resources, many criteria can be used to guide resource allocation decisions, and the best way to make such choices remains contested (94, 105, 122, 123, 126, 130-133). There is limited research on the factors that influence resource allocation decisions in PT Outpatient Departments (OPD). A study in Toronto, Canada focused on physical therapists' perspectives regarding the discharge

process (290). They found that experience affected how physical therapists understood their roles in discharge decisions, and enabled them to be more efficient when negotiating goals with patients within a patient-centred approach aiming to promote self-management (290). A second study, conducted in Australia, explored OPD managers' perceptions of factors contributing to wait times for PT and other services. The authors identified multiple factors that can influence wait time for patients, ranging from inefficient intake, service disruption, high service demand but also acceptance of wait lists by staff (157). Little is known, however, about how different OPDs address resource allocation, and how these approaches are experienced by staff. Our objective was to investigate how PT OPD staff from three hospitals experienced and responded to ethical issues regarding access to services in order to help guide improvements in the equitable provision of quality care.

Methods

We conducted a qualitative study using *Interpretive Description* methodology (524, 525). Interpretive description was originally developed in nursing science as an approach to answer clinically relevant and practice-oriented research questions (525, 526). It is oriented by a constructivist approach to inquiry and consists of describing and analysing data to develop knowledge about human experience related to health. This methodology extends qualitative description into the interpretive domain to identify common thematic patterns of a phenomenon while accounting for individual variation (525). Given the focus on the experiences of OPD staff and concern for how organizational structures shape practice, this methodology was an appropriate means for attaining our objectives.

Recruitment

Participants were recruited from three PT OPDs within a university hospital network in Montreal (Quebec). The departments were all located in adult hospitals that varied in size between approximately 100 and 500 beds. To be included in the study, individuals had to have worked for a minimum of 6 months in the OPD. A total of 25 OPD staff members met the inclusion criteria (3 physical therapists with full time or part time managerial responsibilities, 17 physical therapists with only clinical responsibilities, and 5 administrative assistants). A convenience sampling strategy was used. A member of the research team presented the project

at departmental staff meetings in each hospital, then invited anyone interested in participating to contact the team's research assistant. A reminder notice was placed in each staff members' work mailboxes immediately after the staff meeting presentation and again one month later. The research assistant responded to any questions raised by potential participants.

Participants

Thirteen (13) individuals participated in the study: 12 physical therapists and one administrative assistant. Amongst the physical therapists, one had a full time manager position, two were OPD coordinators (with both clinical and management responsibilities), and 9 had only clinical responsibilities (of these 9, 4 had previously worked as an OPD coordinator within the same OPD). The number of participants from each hospital ranged from 3 to 5. In total, three participants had between 2 and 8 years of experience in a PT OPD, and 9 had between 15 and 35 years of experience. The data collection ended when no additional staff members from the three selected OPDs agreed to participate. Given the diversity of the participants, we did not reach saturation with this analysis. However, we judged the analytic structure around the main themes to be robust.

Interviews

Semi-structured interviews were conducted at a time that was convenient for the participant and in a quiet location in the work setting. Interviews were conducted by one of two interviewers (research assistants CO and ED) who were not associated with the hospitals, nor members of the PT profession. They followed an interview guide (Table 13) that was developed based on a review of the literature and the research team's experience related to rehabilitation ethics and health services management. A pilot interview was conducted (by ML) with a physiotherapist working in a different work setting and led to further revisions to the interview guide to improve flow and clarity. Prior to conducting their first interview, the research assistants each conducted a mock interview with a member of the research team (ML) and received feedback on the interview process.

Interviews lasted between 30 to 60 minutes and took place between June 2012 and February 2013. They were conducted in English or French depending on the participants' preferences. Interviews were audio-recorded and transcribed verbatim. The interviewer wrote

a memo following each interview to document impressions and reflections. A member of the research team (ML) reviewed each transcript while listening to the audio recording to ensure accuracy.

Table 13. Structure of the interview guide and example questions

Professional background	<ul style="list-style-type: none"> • Can you give an overview of your clinical work? (probe for: years of practice, institutions, duties, clientele)
Prioritization	<ul style="list-style-type: none"> • What system of prioritization is used [in your OPD]? (Probe for: how are patients prioritized? based on which criteria? who is in charge? how many patients are on the wait list?) • What are your impressions of the wait list? (Probe for: impressions of process and criteria used, consequences of the wait list) • If you could propose improvements to the management of the wait list, what would they be?
Treatment duration (for physical therapists)	<ul style="list-style-type: none"> • How do you decide when to end a patient’s treatment? • Do you try to align the duration of treatment [for your patients] with the practices of your colleagues?
Ethical issues	<ul style="list-style-type: none"> • How does the source of payment influence resource allocation? • Do you experience a tension between the quality of care offered to current patients and the desire to help those on the wait list? • Do you ever have conflict/pressure about service provision with the administration, colleagues, family or patient expectations?

Analysis

Data analysis involved three sequential steps. The transcripts were kept in the language of the interview (French or English) and the coding structure was bilingual. This was possible as all members of the research team are bilingual. Two coders were involved (ML and MH). In the first step, one of the team members (ML) coded the transcripts while asking *What is happening here? What am I learning about the ethical challenges of resource allocation?* Codes were developed based on responses to these questions, and subsequent segments of text were compared to previous sections and the codes that they were assigned. A cross-validation was done by a second team member (MH) who independently reviewed line-by-line sections of coded data from three transcripts, and through discussion, the coding structure was revised to ensure a reliable foundation for further analysis. A codebook was developed, and additional codes were added when needed. Through this process, we generated 46 codes. The second stage of analysis focused on relationships between codes. Categories were developed that answered the questions: *What patterns/linkages emerge from the coding thus far? What explains these patterns?* Following aggregation and refinement, we developed 15 categories. The final stage of analysis involved the development of inductive themes in response to the

question: *What ideas or concepts capture/communicate core aspects of the ethical challenges of resource allocation?* Through this process we generated a set of four provisional themes. We then reviewed this structure by asking: *What is missing, hidden, or unaccounted for in this analytic structure?* Provisional themes were also presented to two additional members of the research team (DF and BWJ) in order to solicit a general impression of the analytic structure that had been developed. We also presented the provisional results to two professional audiences and to each of the three OPDs to seek feedback. Following these steps, the research team worked collaboratively to revise and finalize the thematic analysis.

Additional information about how the OPDs manage their wait lists, and the criteria used to guide priority setting, treatment frequency and duration, are reported in a separate article (640).

Ethical Considerations

The project was reviewed and approved by research ethics boards at the McGill University Health Center and the Université de Montréal. All participants signed a consent form prior to participating.

Results

Context of wait list management at the three OPDs

Wait list management was a pressing concern for all participants. At the time of the study, participants reported that there were 200 patients on the wait list in one OPD, and 900 patients on a combined wait list shared by the two other OPDs. Even though a range of approaches for prioritizing patients had been implemented in the OPDs with the goal of better managing wait lists, participants described how the length of the wait lists for PT had continued to expand over the previous few years. Here we present a short summary of how wait lists are managed at the three OPDs (see (640) for more details).

At one site, a physical therapist does a pre-evaluation screening of all patients referred to the OPD, and suggests exercises or provides other advice. Following this screening, the patient is either discharged, seen for a scheduled follow-up or placed on the wait list with a higher or lower priority depending on their score on an evaluation grid. In the other two OPDs,

a prioritization system is used in which patients complete a written questionnaire. Patients are then placed on the wait list with a designation of high, medium or low priority based on their diagnosis, and other clinical and non-clinical considerations. High priority patients are generally those who had acute conditions and low priority patients are typically individuals with more chronic conditions. Patients with chronic conditions generally have a very long waiting time (likely more than 1 year), whereas high priority patients are typically seen rapidly within 2 weeks or less.

Through inductive analysis, we developed four themes related to ethical challenges and access to PT services in these settings: 1) *negotiating access*, 2) *navigating a complex system*, 3) *acting responsibly toward wait list*, and 4) *striving to be a good professional in a non-ideal world*. In addition to the four themes, two main sources of tension were identified that cut across all four themes: *responsibility* and *power*. Selected verbatim quotations are presented below to illustrate aspects of the analysis; French verbatim quotations have been translated into English.

Negotiating access

Participants discussed a range of avenues to access PT services in their OPD, and ways in which access needed to be negotiated by patients and clinicians alike. One feature described by several participants who currently had managerial responsibility, or who had had a managerial role in the past, was the way in which the established prioritization approach was adapted in light of pressures or requests from different sources. For example, a participant reported that they received requests for special consideration: *“I don’t think favours will ever disappear. There are favours amongst staff of the hospital, there are favours amongst docs, there are favours amongst therapists and family members.”* (P3) In some cases, doctors asked physical therapists to see certain patients in a priority manner, and these requests were generally accommodated in two of the three OPDs (the two OPDs without pre-evaluation screening). Participants from these OPDs reported that in such cases, arrangements were often made so that accepting “priority” patients would not limit access for other patients; for example, they might be seen outside regular OPD working hours. Several participants stated that it was something they just had to do: *“I myself try to work around them. I usually try to squeeze them in rather than taking the place of a patient they shouldn’t take the place of. They*

kind of get double-booked. And little less attention [is given to them], but it doesn't get in the way of the waiting list as much, at least it is my intent." (P3) One participant pointed out an advantage of this system, in terms of reciprocal benefits: *"I think I'm okay with it because I learned that you just have to do that. Cause when you want also a favour in return or whatever, they're also good to you. So I'm okay with it."* (P4).

Participants without managerial responsibilities also described ways in which access was negotiated by other healthcare professionals or by their personal entourage. For example, certain "key words" are used in order to gain rapid access: *"So if the doctor writes on the referral 'urgent', well we may consider it and then we may realize it wasn't so urgent finally."* (P1) Family members and friends of physical therapists working within the OPD sometimes also received priority access: *"So they often come to me because the wait is so long and they'll be like 'Oh can you see this patient faster or can you see my mother-in-law?'"* (P2) Many participants were quite comfortable with this negotiation of access. Others participants, however, were frustrated and uncomfortable as they felt they were not treating everyone on the same clinical and objective basis; in such cases, one participant noted that *"I always refer them to my boss. I do not want to deal with that, I have enough to do with my own job!"* (P10) Though these forms of negotiated access seemed inevitable to many participants, they also sought to minimize negative effects for others who were on the wait list.

The way patients present themselves was also described as influencing access to services. A participant with managerial responsibilities described how patients who complained or who repeatedly asked for services might get quicker access, such as in situations when the *"...receptionist gets phone calls continuously asking 'where am I on the list?', 'how come it's taking so long?', 'why can't I be seen quicker?'"* There's a constant pressure." (P3) The administrative assistant who was interviewed reported often accommodating requests that were made in this way. Participants at all three OPDs described assertive patients as being more likely to be seen sooner than patients who were less insistent or did not complain about the wait time. Some participants who only had clinical responsibilities even reported sharing this information with some of their patients to help reduce their wait times: *"For some patients, I tell them 'call regularly to see where you are on the list, and tell them how you feel, if you have more pain. Well, we might see you faster but,*

that, I am not supposed to tell you'." (P10) This participant felt that the provision of such information was an acceptable way to empower patients to better navigate the health system.

While all participants recognized that access to PT can be negotiated, the role of the staff members, whether clinical, managerial or administrative, led to different levels of involvement in this process. Participants who were physical therapists with managerial responsibilities reported that they received more direct requests to bend the rules by patients, friends or other healthcare professionals. Administrative assistants are also in a first line position when it comes to wait list management. The administrative assistant participant described receiving phone calls from patients, booking appointments, and sometimes receiving complaints from individuals who were frustrated with the wait to be seen in PT. Participants with clinical responsibilities reported that they rarely experienced pressure to negotiate access. When he did feel such pressure, a participant explicitly mentioned redirecting such requests to managers.

Navigating a complex system

OPD staff members work in a complex system with many outside influences. One important external influence for physical therapists with clinical or managerial responsibilities was professional regulation. Many participants mentioned that their code of ethics, their professional licensing board, or the ombudsman of the hospital were there to ensure that the rights and interests of patients were protected.

Physical therapist participants reported that their primary focus was always the best interest of their patients. Some therapists invoked these professional obligations to justify their responsibility to provide the best treatment to patients who were part of their current caseload, and not to allow the presence of the wait list to alter how they provided care to their patients. *"If your question is do you discharge to take someone, discharge someone sooner? No I don't."* (P1) These participants were focused on ensuring quality treatment for their actual patients: *"Like I can't think about the people that are waiting cause then the people that are there won't get good treatment, nobody gets good treatment."* (P2) However, some others considered the wait list while providing care for current patients. *"[I] try to make room for other people."* *"[I pay more attention to how to] discharge the others."* (P4) Therefore, the

scope of who was included as “patients” appeared to vary among participants. Several physical therapists who were not involved in managing the wait list only considered individuals on their current caseload to be patients. Other participants, especially those with current or previous managerial responsibilities, described both the patients on the wait list and those currently receiving treatment as the departments’ patients.

A majority of participants emphasized the importance of discharging patients who were no longer progressing and were unlikely to make further gains from their treatment as being part of their professional obligation. However, many participants also recounted stories about complaints that patients directed to the hospital’s ombudsman or to the PT professional licensing board when they disagreed with being discharged from the OPD. A participant with managerial responsibility reported that the physical therapist may try to avoid a confrontation, and in order to maintain their reputation will delay the patient’s discharge since: “...*nobody wants to be faced with an angry patient who’s then going to complain... it doesn’t look good for me.*” (P7) Several participants reported that even the possibility of a patient complaining had an effect on their service provision. As a preventive measure, they were less likely to discharge patients they thought would be likely to complain.

Managing wait lists responsibly

Participants raised questions about who is ultimately in charge of the wait list. They discussed how many people can influence the wait list, including managers, coordinators/team leaders, administrative assistants, or even physicians. Generally, the participants reported that the manager or the coordinator decide on the prioritization process and conduct case-by-case assessments. These individuals were described as usually having more experience than the other physical therapists and as being able to be more objective in their decisions since they were less closely involved in patient care. In this sense, the manager or coordinator were often seen as knowing the wait list best. Participants with clinical responsibilities reported that they did not have control over the wait list: “*Honestly, I... we do not have much control... It is the manager who deals with the wait list and assigns the next patient.*” (P8). Participants with managerial responsibilities, however, viewed this differently. They reported that while their role was to ensure overall efficiency, clinicians play an important role in the decisions they make in managing their own caseload in order to ensure turnover. Managers were too busy to

be able to closely monitor individual physical therapist service provision choices. In reference to these dynamics, a participant with managerial experience asked “...*is it the manager’s wait list or everyone’s wait list?*” (P5)

All participants, regardless of their professional role, reported that physical therapists were responsible for determining the treatment frequency and duration for individual patients; they were also responsible for managing their caseload, and ensuring their own productivity. One physical therapist with clinical responsibilities noted: “*Everybody is doing [discharge] their way; some keep their patients longer and some for a shorter duration... It is everyone’s professional autonomy, and also, if I did not evaluate the patient, how would I know?*” (P10) A participant mentioned that even if the manager tried to sensitise the physical therapists to issues regarding wait list management, it was ultimately each physical therapist who decided when their patients would be discharged.

The participants who were involved in the management of the wait list described it as a fair process, being based on criteria such as need and urgency, rather than personal preferences. As described by the participants, managers and coordinators had the greatest influence on the wait list. However, participants also described how the choices that physical therapists made in treating their patients influenced how quickly new spaces would open up in their schedules, and therefore how quickly new patients would move off the wait list and receive treatment. Participants’ views differed regarding whether and how physical therapists should take resource limitations into account in their treatment decisions. Depending on their sense of responsibility, some physical therapists believed they and their colleagues should modify their service provision pattern in recognition of the overall resources, while others felt a strong individual responsibility to their current patients and that they should not take into consideration the number of people on the wait list when making clinical decisions.

Striving to be a good professional in a non-ideal world

All participants were committed to providing high quality care for patients receiving OPD PT services, and they sought to achieve this goal despite the presence of wait lists. Participants experienced tensions as they sought to do their best for their patients with the limited resources available: “*There’s a constant pressure and uh it’s always difficult. I mean*

we're all working as hard as we can work but you can only see so many people in a day." (P3) Participants felt a tension between what they thought they should be doing for their patient and their actual ability to provide such care.

Even though participants described the resource allocation process as being fair overall, some expressed that they felt there was a need to re-balance the system since they could not always accommodate the needs of all their patients. For example, if a patient with chronic and disabling pain had been waiting for a long time and did not have the necessary financial resources to pay for private therapy, the physical therapist might bend the rules so that the patient would be seen more quickly. One participant, an administrative assistant, expressed dismay that the pain experienced by many low priority patients was not factored into prioritization decisions: *"Sometimes I just take that person and I book them. Because I see that the person is in pain I do it sometimes. I don't know for the others, but I do it. I do it for when I have people I think are really suffering and when I do it some of the time I do inform my supervisor."*

A participant with managerial responsibilities said that the physical therapist's role was to advocate for their patient, especially when a patient was falling through cracks in the system. This role was seen as increasingly important for patients who were older, had more complex needs, and were more vulnerable: *"The population is aging, so all the people that are retired and worked all their life, well, now, they do not have the right to access the system. That's it. And the chronic case too...of course it would help a lot their quality of life. But...that's like that. Our system does not allow it. They go through the crack.... I am more elastic. I try always, as much as I can, to make them enter the system.... I do not do it all the time but there are some people, you know, they are more vulnerable, they do not have many resources."* (P10)

Participants with clinical responsibilities felt that patients should be informed in a transparent manner, if they would wait for a long period due to being categorized as low priority: *"I think it's just wrong to have people wait for two years. I think that they should be told off the bat that they'll never be seen. Or at least, you know, given other resources. It's like setting an expectation that's not realistic otherwise."* (P6) The non-ideal context, such as the limitation of resources and the resulting wait time before gaining access to care, was

experienced as a source of ethical challenges and an obstacle to the establishment of a positive relationship between the patient and the OPD staff.

Discussion

To our knowledge, this is the first study on resource allocation that includes perspectives of PT OPD staff involved (including physical therapists both with managerial or clinical responsibilities, and an administrative assistant). Including these different perspectives enabled us to develop a more comprehensive understanding of how OPD staff experience and understand resource allocation decisions within PT OPDs. This study highlights how difficult it is for OPD staff to balance competing interests and values, and to respond to outside influences, when making resource allocation decisions. Two physical therapists working in the same context with patients having similar clinical histories could have different approaches to resource allocation decision-making. In this complex system, professional obligations require the provision of the best possible treatment to patients: while some considered only the needs of their current caseload, others also considered the needs of those on the wait list.

Through inductive analysis, we identified two sources of tension in relation to the experience of wait list management: *responsibility* and *power*. In this sense, individuals feeling greater responsibility may not always have the ability to influence the wait list. These tensions often occur in opposition to each other: responsibility (to the current patient, to all patients including those on the wait list) and who has the influence or power (manager, physical therapist, administrative assistant, physician, patient) over the wait list. These forces influence the OPD staff as they work with patients and manage the wait list.

Participants had different levels of influence on the wait list and for resource allocation decisions. Several questions are relevant in this context and reflect some of the struggles experienced by our participants: What actual power and influence on service allocation do OPD staff in different roles have? Are they in a position where they can fully enact their professional autonomy or do they have to obey someone else's decision? Some OPD staff members had less power than others (due to professional status, responsibilities, experience, etc.), which limited their ability to act. Consequently, some tried to compromise. For example, while having to respond to requests by physicians for quicker access, managers could accept

such requests but still try to avoid negatively influencing access to care for other patients. Some participants reconciled this tension by considering the reciprocal benefits of acting upon these requests, such as having quicker access to a doctor when their own patients were in need. However, some felt these requests were more adversarial, either by feeling forced to comply due to fear of a complaint from an assertive patient or even by categorically avoiding privileged access requests and deflecting these to their managers.

The way that participants approached decisions was also influenced by how they perceived their responsibility for the wait list, and whether they felt they had a responsibility toward their current patients only, or also to those on the OPD wait list. The more that physical therapists were closely involved with the wait list management (either currently or in the past), the more they also felt responsible for patients who were waiting to receive PT. Several explanations for this finding are possible. Perhaps it is easier for clinicians to focus exclusively on their current patients when the wait list is more of an abstract concept (e.g., a wait list of 900 patients), but harder to do so when they have information about individual patients and know something of their histories (e.g., mister X is on the wait list, he is suffering and cannot lift his granddaughter).

Physical therapists also differed in what they understood as the end point of treatment. Some physical therapists provided treatment to each patient with the goal of helping them attain their maximum potential. They saw this objective as consistent with their professional obligations. Other physical therapists understood their obligations in a context of limited resources as requiring them to make adjustments to how they provided treatment to their current patients so that more patients could be seen in PT. Various structures that existed to protect patient rights were invoked or interpreted either to support the professional's rationale in a discharge process (e.g., honouring professional values by ceasing treatment for a patient who was no longer benefiting from PT services) or to maintain treatments for a patient (e.g., to avoid a complaint being lodged by an especially assertive patient). These competing professional orientations were also identified in a Canadian study of occupational therapists by Freeman and colleagues. They reported that professionals working in the same work context interpreted their professional obligations differently, with some therapists treating their patients until they reached their maximum potential while others considered the overall

resources and chose to restrict the amount of treatment provided to current patients (193). Similar findings have been reported in PT. The endpoint of treatment selected by physical therapists is not only related to patient need, but also to their understanding of professional obligations and their clinical objectives (313, 575, 576). For example, some physical therapists treat patients until they attain a baseline level of functioning (even if it is not their previous baseline), and some others until patients are fully recovered (227).

Interestingly, Harun and colleagues reported similar findings to our study in their research with dermatologists. They report that some dermatologists went along with their manager's request to discharge patients more quickly in consideration of the limited resources, but others did not change their practice (313). Indeed, most codes of ethics direct professionals to focus on duties toward the profession and to their current patients (82). This emphasis supports the interpretation of some participants who felt their responsibility was to provide the best treatment to those patients who were part of their current caseload, and not to take into account those patients who were on the wait list. However, it has been noted that there is a general shift in health professionals' codes of ethics internationally. Increasingly, duties toward society are addressed in these codes, alongside duties to patients and the profession (83). An understanding of professional obligations that include broader societal considerations is consistent with OPD staff responding to the broader needs of the community (such as patients who are on the wait list and in need of services). These professional obligations also relate to considerations of fairness or justice.

Fairness, a principle of distributive justice, requires that citizens have equal opportunities to access a required resource, and that an adequate response to their clinical needs is available. It entails that access to care be offered based on needs and without other distinctions (430). This translates into each individual who is eligible for a particular service being prioritized based on their clinical needs (likely by a manager, i.e., meso-level decisions), and having the appropriate service provision corresponding to what they require (by a clinician, i.e. micro-level decisions). The prioritization system is not based on a *first come first service* principle. From this perspective, a patient with more urgent needs, or greater functional limitations, should be prioritized to receive care (82).

There are also considerations of procedural justice in the OPD where all patients are treated on the same basis. This echoes the perspectives of some participants who described the current wait list system as fair, since objective and formal criteria were used to guide access (196, 556, 562). However, adaptations that are made based on the attitude or comportment of patients (e.g. assertiveness or possibility of a complaint) seem to create inequality in access. Participants were also concerned when patients whom they viewed as more vulnerable (in pain, given a low priority, older, having complex needs, with fewer financial resources, etc.) could not access needed services. This was a greater concern for study participants working in the two OPDs without a pre-evaluation system in place. While not without its problems, the pre-evaluation at least allowed all patients to be seen quickly by a physical therapist and to receive some education if needed. Harding and colleagues (2017) found that staff attitudes toward the wait list was another barrier to access to care. The OPD managers whom they interviewed did not identify the long wait times as raising justice concerns, as they were comparable to other OPDs and most of the patients who were waiting had chronic conditions. For Harding and colleagues, this attitude minimized the importance of actual physical, financial and psychosocial impact of delays in care for patients. They argue that acknowledging the problem that these long wait lists primarily consist of patients with chronic conditions is a first step toward finding a solution that is more based on patient need (157).

Though only one administrative assistant participated in our study, some interesting insights can be gleaned about the important role played this type of OPD staff member. This person served as a gatekeeper for patients who were more assertive, but also as a system equilibrator, “squeezing in patients” that were in pain and not prioritized by the system. This is the first time such a role has been documented in PT practice although it has been noted in medicine. Administrative assistants can have responsibility for: assessing the urgency of a situation (641-643), acting as a gatekeeper (641, 642, 644), facilitating and shaping access to health professionals (642, 644, 645), helping and protecting vulnerable patients (644, 646), giving health advice (643), managing patient complaints (persistence, assertiveness, threats, persuasion, playing the system) (644, 647), and accommodating individual requests by adding patients in between appointments or helping to get a telephone consultation (642, 643). The

administrative assistant's role is complex, having to negotiate patient expectations, availabilities and healthcare professional requests (645, 647), but with very few objective guidelines or training (644, 646, 648).

Many public healthcare systems struggle with chronic resource limitations. Lengthy wait lists delay access to care for patients in need, and even preclude care for some patients. Physical therapy offers improvement in quality of life and function for patients, which is a basic requirement for a fulfilling life. Yet, PT is chronically underfunded in many jurisdictions and physical therapists must do the best they can for current patients, future patients, and the broader community. Tensions and ethical challenges arise due to the increasing gap between the competence and ability of professionals to improve patient quality of life, and the impossibility of optimally using this competence due to a lack of resources (392). Physical therapists, managers and administrative assistants should receive training and support to respond to the difficult ethical dilemmas caused by a lack of resources, including more ethics education through enhanced PT curricula. Improved training should also be coupled with research on evidence-based resource allocation practices in order to document current weaknesses (and injustices), and to identify wait list management procedures that can make resource allocation decisions more just, equitable and transparent.

Limitations

The results of this study can help illuminate the complex realities of managing wait lists in PT OPDs. The findings are based on the views of the 13 participants and so they might not reflect the perspectives of other OPD staff in these departments. The transferability of the findings to other settings is also limited by the fact that the three OPDs are based in a large metropolitan city, Montreal, in the province of Quebec, Canada, and the findings are likely influenced by the particular institutional and political context of this setting. There might also be a selection bias as those who accepted to participate may have been those individuals who were most interested or aware of the topic. The interviews were done in both French and in English to respect the linguistic preferences of participants. However, as transcripts were not translated, analytic codes were bilingual and this could have introduced subtle linguistic discrepancies. Also, a desirability bias cannot be excluded, even though the interviewer was not related to the profession nor the OPD. Finally, the analysis was led by ML who is a

physical therapist. Her professional background facilitated her understanding the substantive issues, but she nonetheless sought to avoid imposing her preconceptions on the analysis. ML did not conduct the interviews so some non-verbal information could have been missed in the analysis.

While the study aimed to incorporate the views of all PT OPD staff, only one administrative assistant agreed to participate. This could be related to multiple reasons, such as a smaller pool of participants, a lack of interest in the issue, or recruitment methods that were not well adapted to this group. This single participant provided an important point of view that added to the richness of the perspectives and enhanced our understanding of the phenomena of wait list management and access to PT OPD. We were nonetheless cautious in how we interpreted this single viewpoint in our analysis. It would be interesting to further investigate the perspective of administrative assistants in future research on PT OPDs.

Conclusion

The decision-making process around resource allocation in the PT OPD is very complex, and is influenced by the dynamics of responsibility and power of all individuals within these organisations. The three OPDs where our research was conducted had some similarities but also divergent practice patterns that could be explained by some of the individual variations observed regarding access to OPD. This study highlights that to understand practice dynamics around resource allocation it is necessary to examine multiple characteristics in these institutions. First, organisational cultures and the specific roles of members of the staff (manager/coordinator, physical therapist, administrative assistant) can influence resource allocation. In addition, relationships between various stakeholders (e.g., patients with diverse characteristics and abilities to navigate the system, other healthcare professionals, and administrative assistants with their values and attitudes) can influence the power dynamic, influencing the wait time and treatment duration for a particular patient (e.g., longer treatment or faster access). Resource limitations, and efforts to steward available resources in these settings, have important implications for the relationships between patients and clinicians, and particularly with regards to the level of expectations and the assertiveness of patients or other healthcare professionals and staff in advocating for patients' needs. Until resource limitations are addressed, wait lists may be an unavoidable feature of many PT OPDs

in public healthcare systems. Improving fairness in access to and distribution of services is therefore important to ensure that patients are seen within a reasonable timeframe and they are prioritized in an equitable manner based on their clinical needs.

« *L'important n'est pas le tout, ni les parties, c'est les relations entre le tout et les parties.* »

(Edgar Morin, Tweet, 1^{er} mai 2016)

CHAPITRE 6. ANALYSE

Dans cette section, les résultats obtenus grâce aux phases quantitative et qualitative du devis mixte concurrent sont confrontés dans une analyse conceptuelle. Pour cela, deux cadres d'analyse conceptuels sont utilisés afin d'analyser les décisions d'allocation des ressources en physiothérapie sous l'angle de la justice distributive et sous l'angle de la complexité. Cette analyse conceptuelle va permettre de décrire les enjeux éthiques et cliniques associés aux décisions en lien avec la priorisation, la fréquence et la durée des traitements (*objectif 3*). Aussi, en plus d'analyser les concordances et les divergences entre les données, cette étape permettra d'explorer l'utilité de ces cadres d'analyses pour apporter un éclairage conceptuel face à la question d'allocation des ressources en physiothérapie.

Un sommaire des résultats

Cette étude visait à explorer et à analyser, d'un point de vue éthique, les facteurs influençant l'allocation des ressources aux patients ayant des problèmes musculosquelettiques en physiothérapie. La trame de fond était l'analyse de l'équité dans l'allocation des ressources; à la fois au plan systémique par les critères de priorisation (délai d'attente) et au plan de la répartition des services (fréquence et durée) au sein de la population admissible. Les devis méthodologiques sont complémentaires puisque le devis qualitatif a permis d'explorer les problèmes d'allocation des ressources pour l'ensemble des patients référés dans un centre universitaire de santé public québécois, tandis que le devis quantitatif a ciblé une seule pathologie, soit la lombalgie, mais dans l'ensemble des services de physiothérapie canadiens.

Le *premier objectif* visait à estimer dans quelle mesure l'âge, le sexe ou le SSE des patients et la source de financement de leurs services en physiothérapie avait une influence sur le délai d'attente, la fréquence et la durée des traitements. Les hypothèses étaient les suivantes : i) l'âge, le sexe et le SSE auront une influence sur le délai d'attente, sur la fréquence et sur la durée des traitements dans les établissements publics et privés dans la mesure où les personnes plus âgées, les femmes et les gens avec un faible SSE seront vus moins rapidement (principalement dans le réseau public), moins souvent et moins longtemps

(principalement dans le réseau privé); ii) la source de financement aura une influence sur le délai d'attente (principalement dans le réseau public) et sur la fréquence et la durée des traitements (principalement dans le réseau privé) dans la mesure où les patients suivis par des agents payeurs seront suivis plus rapidement, plus fréquemment et plus longtemps.

Les résultats ont permis d'infirmer notre première hypothèse en mettant en évidence que, pour une même affection clinique, l'âge, le sexe et le SSE du patient n'ont pas d'influence sur le délai d'attente, la fréquence ou la durée des traitements en physiothérapie, ni dans le réseau public, ni dans le réseau privé. Ces données sont pertinentes, car elles permettent de contribuer à l'explication des écrits scientifiques. Nous avons vu au chapitre 2 que l'âge (338, 340, 341, 345, 348), le sexe (135, 220, 324, 341, 367) et le SSE (101, 102, 314, 340, 345, 368) étaient associés à une distribution inégale des ressources en physiothérapie. Or, il était impossible de déterminer les causes de ces différences. En effet, ces dernières pouvaient être associées aux besoins cliniques de certains sous-groupes de patients, à leur façon d'utiliser les services de santé ou encore à la prévalence de certaines affections cliniques. Par exemple, les aînés pourraient avoir des affections cliniques combinées à certaines comorbidités qui teintent l'évaluation de leurs besoins cliniques ou leur pronostic, et conséquemment leur accès aux services de physiothérapie. La force de ce devis méthodologique était de permettre d'isoler certaines caractéristiques des patients pour en faire l'analyse. En effet, considérant que le portrait clinique est identique pour tous les patients fictifs, il est possible de conclure que l'âge, le sexe et le SSE du patient ne sont pas associés à des biais dans l'allocation des ressources en physiothérapie, mais qu'il s'agit bien d'une inégalité qui pourrait être associée à l'évaluation des besoins cliniques de cette clientèle.

Nos données infirment partiellement la deuxième hypothèse de recherche. D'abord, la source de financement n'influence pas le délai d'attente dans le réseau public. Celle-ci influence le délai d'attente dans le réseau privé (simulation Monte Carlo de $p=0,002$) ; cependant, l'effet n'est pas cliniquement significatif. Le délai d'attente fluctue peu d'une catégorie à l'autre (*Assurances privées* : 96,7 % en < 2 semaines et 3,3 % entre 2 et 4 semaines ; *Agents payeurs* : 89,1 % en < 2 semaines, 3,9 % entre 2 et 4 semaines et 6,2 % en > 4 semaines ; *Sans assurance* : 90,5 % en < 2 semaines, 9,5 % entre 2 et 4 semaines).

Ensuite, la durée des traitements n'est pas influencée par la source de financement, ni dans le réseau public, ni dans le réseau privé.

Conformément à l'hypothèse de recherche, les données montrent que la source de financement a une influence sur la fréquence des traitements, alors qu'un patient ayant subi un accident de travail couvert par un agent payeur reçoit une plus grande fréquence de traitements ($\chi^2_8 = 28,3$, $p \leq 0,001$). Un résultat statistiquement significatif n'est pas nécessairement associé à un résultat ayant une importance au niveau clinique. Bien qu'elle soit petite, la différence de fréquence des traitements est cliniquement significative alors que 24,9 % des patients fictifs dont les traitements sont couverts par un agent payeur a une fréquence de 4-5x par semaine comparativement à 15,9 % et 9,4 % des patients fictifs dont les traitements sont respectivement couverts par des assurances privés ou qui n'ont pas d'assurances. Il est important de nuancer la portée de ces résultats bien qu'ils soient statistiquement et cliniquement significatifs, car l'ampleur moyenne de l'effet³⁷ calculée avec le V de Cramer est petite ($v = 0,1295$) pour ce qui est de l'influence entre la source de financement et la fréquence des traitements pour un patient couvert par un agent payeur. Lorsque ces mêmes analyses sont réalisées par milieux de pratique (public versus privé), il est possible de constater une meilleure ampleur moyenne de l'effet quand un patient ayant subi un accident de travail couvert par un agent payeur reçoit ses traitements dans les milieux privés ($\chi^2_8 = 31,2$, $p \leq 0,001$, $v = 0,20$). La différence est cliniquement significative alors que 35,2 % des patients fictifs dont les traitements sont couverts par un agent payeur a une fréquence de 4-5x par semaine comparativement à 19,0 % des patients fictifs dont les traitements sont couverts par des assurances privés et 10,9 % des patients sans assurances.

Finalement, les participants de ce sondage n'ont pas exprimés avoir de biais explicites en lien avec des facteurs comme le statut d'assurance, l'âge ou la chronicité de l'affection dans leurs prises de décisions entourant l'allocation des ressources.

Ces données sont intéressantes, car elles confirment les informations rapportées dans la littérature grise : les patients couverts par des agents payeurs semblent effectivement recevoir une plus grande fréquence de traitement. Cependant, notre sondage indique que la durée des

³⁷ L'ampleur moyenne de l'effet désigne le degré de présence d'un phénomène dans la population (515). Plus l'ampleur moyenne de l'effet est grand, plus il est justifié de rejeter l'hypothèse nulle.

traitements serait la même peu importe la source de financement. De plus, bien que les résultats doivent s'interpréter avec précaution, il semble y avoir une iniquité dans l'allocation des ressources en lien avec la source de financement. En effet, les mêmes règles ne semblent pas s'appliquer à tous. Il pourrait être possible d'argumenter que les patients couverts par un agent payeur ont des besoins plus aigus ou des limitations fonctionnelles plus importantes justifiant cette différence dans l'allocation des ressources. Or, dans ce sondage, les besoins cliniques étaient les mêmes pour tous les patients fictifs. En plus, les participants ont rapporté ne pas être influencés par le statut d'assurance des patients. Cela semble montrer un biais implicite qui pourrait être lié aux professionnels ou aux structures organisationnelles. Ces résultats indiquent l'importance de faire des études plus approfondies sur l'influence de la source de financement des traitements en physiothérapie.

Le *deuxième objectif* visait à obtenir la perspective du personnel (physiothérapeutes, gestionnaires, coordonnateurs, agents administratifs) sur les facteurs influençant les décisions d'allocation des ressources, et sur la façon dont sont vécues les enjeux éthiques et cliniques associés à ces décisions.

Les entrevues ont permis d'identifier certaines populations défavorisées lors du processus de priorisation en physiothérapie, soit les patients souffrant de douleur chronique et les patients qui ne sont pas couverts par des assurances. Certaines stratégies pour gérer les listes d'attente en physiothérapie ont été discutées par les participants (ex. priorisation ou préévaluation des patients avant qu'ils ne soient placés sur la liste d'attente). Les entrevues ont mis en évidence la grande complexité associée au processus de prise de décision autour de l'allocation des ressources dans les cliniques externes de physiothérapie. Il est essentiel d'appréhender cette réalité complexe en explorant les dynamiques dans les pratiques, ainsi que les influences et les valeurs des différents acteurs impliqués. Alors que les besoins cliniques jouent un rôle central dans l'allocation des ressources, d'autres facteurs non cliniques en lien avec le patient, le physiothérapeute ou l'institution influencent également ces décisions. Les participants ont souligné qu'il est très difficile de naviguer dans un système aussi complexe avec de nombreuses influences et contraintes. Les entrevues ont également permis d'identifier une panoplie de mécanismes par lesquels certains patients ont un accès privilégié. L'attitude et le comportement des patients ont une influence sur la distribution des services. Cela pourrait

menacer l'équité dans l'allocation des ressources en introduisant une influence qui n'est pas justifiée par les besoins cliniques. Le contexte sociopolitique ne doit pas être négligé; la clientèle est de plus en plus vulnérable avec un portrait clinique très complexe, et les limitations des ressources sont telles que la survie des cliniques externes dans le réseau public est menacée. Dans ce contexte, est-il possible pour les cliniques externes en physiothérapie d'assurer la prise en charge de l'ensemble de la clientèle de façon équitable et efficace dans un délai raisonnable ?

Bien que tous les physiothérapeutes aient une responsabilité face à la liste d'attente, et ce, peu importe leur rôle dans le département, leur interprétation de cette responsabilité est variable. Certains sentent qu'ils ont une responsabilité face à la communauté, soit l'ensemble des patients qui attendent des services, alors que d'autres ont une interprétation plus restrictive et se sentent responsables uniquement de leurs patients. Finalement, les participants se sentent déchirés, car ils tentent d'agir en professionnels, mais leur pouvoir et leur autonomie professionnelle sont limités dans ce système aux ressources limitées.

L'allocation des ressources en physiothérapie sous l'angle de la justice distributive

Nous allons discuter de l'application de quatre critères d'allocation des ressources inspirés du cadre d'analyse de Persad et collègues (99) dans le contexte de la physiothérapie. Le défi est donc de déterminer quels critères appliquer selon le contexte clinique. Qui doit avoir prioritairement accès aux ressources?

Favoriser l'égalité d'opportunités

L'égalité d'opportunités est un principe de justice distributive égalitariste (549) où aucun individu ne doit être favorisé par rapport à un autre. Les données empiriques permettent de documenter comment certaines décisions d'allocation des ressources en physiothérapie favorisent l'égalité d'opportunité.

D'abord, dans les cliniques externes d'où provenaient les participants dans les entrevues semi-structurées, une façon de favoriser l'égalité d'opportunités consiste en l'utilisation de la méthode du *premier arrivé, premier servi* (99, 549). En effet, les participants ont dit utiliser le principe du *premier arrivé, premier servi* pour justifier la prise en charge des

patients à l'intérieur d'une catégorie prioritaire du système de priorisation (ex. choisir entre deux patients dans la catégorie « urgent »). Effectivement, ce principe est égalitaire considérant que les besoins des patients sont similaires étant dans la même catégorie prioritaire (649, 650).

De plus, la pratique du prétriage réalisée dans un des départements de physiothérapie est une pratique favorisant l'égalité des chances puisque toutes les personnes, peu importe leur affection, pourront rencontrer au moins une fois un physiothérapeute pour obtenir des conseils professionnels.

Aussi, les entrevues ont permis de mettre en lumière qu'un des critères favorisant la priorisation est de ne pas avoir antérieurement reçu de traitement de physiothérapie pour le même problème (650). Cela favorise donc une meilleure chance pour tous d'accéder aux services de physiothérapie.

Finalement, on peut constater qu'il n'y a pas d'inégalité dans l'allocation des ressources en fonction des caractéristiques personnelles propres aux patients comme leur âge, leur sexe ou leur SSE. Effectivement, dans l'étude réalisée à l'aide de vignettes cliniques, pour une affection médicale donnée, ces caractéristiques personnelles n'ont pas eu d'influence sur l'allocation des ressources en physiothérapie. Ainsi, les professionnels de la physiothérapie n'ont pas de biais dans leur processus décisionnel en lien avec ces caractéristiques.

Cependant, les résultats ont permis de mettre en lumière certaines inégalités dans l'allocation des ressources en physiothérapie, puisque tous les citoyens québécois et canadiens n'ont pas la même possibilité d'accéder aux services de physiothérapie. Il a été possible de documenter **une inégalité en fonction de la chronicité de l'affection, de l'attitude et du comportement des patients.**

Premièrement, les pathologies aiguës sont favorisées dans le système de priorisation, et les pathologies chroniques sont défavorisées. Dans les décisions liées au congé, les participants ont mentionné avoir des objectifs de récupération plus modestes pour leurs patients avec des pathologies chroniques que pour les patients avec des problèmes de santé aigus. Cela est contradictoire avec le sondage alors que 66 à 74 % des participants ont dit que la chronicité de l'affection de leur patient n'allait pas influencer le délai de prise en charge, la

fréquence ou la durée des traitements. Cela pourrait indiquer que les patients avec des affections chroniques ont un moins bon potentiel de récupération. Cela pourrait également indiquer que les participants ont des biais implicites individuels ou structurels, plutôt que des biais explicites. Ces hypothèses n'ont pas été validées empiriquement.

Deuxièmement, on a pu constater que les individus qui naviguent mieux dans le système ont plus de chances d'avoir un accès privilégié aux ressources. Ainsi, un patient qui harcèle l'agent administratif en appelant de façon persistante, qui insiste auprès de son médecin référent pour avoir une nouvelle prescription, qui verbalise mieux ses incapacités fonctionnelles ou qui porte plainte à l'ombudsman, aura plus de chance d'être priorisé par rapport aux autres patients et aura également un congé plus tardif. Or, ces individus qui naviguent mieux dans le système ont tendance à être plus scolarisés, à avoir un meilleur réseau de relation et à avoir un meilleur SSE (345, 359, 362).

Troisièmement, on a pu constater que la *fonction* est une valeur prépondérante en physiothérapie. Ainsi, un individu ayant des limitations fonctionnelles sera considéré comme ayant de plus grands besoins cliniques que les autres individus. Or, les limitations fonctionnelles semblent souvent interprétées comme étant une incapacité au travail. Un participant rapporte « *As soon as they do not have a paid work, even voluntary services, it does not count.* » (P10), alors qu'un autre mentionne « *It is important for people to go back to work... they may not be getting a full pay check... And for the system also I guess, for the workforce and everything.* » (P11). En ciblant les travailleurs, on favorise donc les gens entre 18 et 65 ans qui auraient potentiellement un meilleur SSE et plus régulièrement des assurances privées.

On peut constater qu'il y a également **une inégalité dans l'allocation des ressources en fonction du statut d'assurance des patients**. Dans l'étude quantitative, une vignette décrivant un patient ayant subi un accident de travail couvert par un agent payeur était associé à une plus grande fréquence de traitements. Ces résultats illustrent un biais implicite qui favorise le surtraitement des patients dont les traitements sont couverts par un agent payeur.

Lors des entrevues, les participants ont mentionné que les patients couverts par un agent payeur sont automatiquement priorisés, et ce, peu importe l'évaluation de leurs besoins

cliniques. Par contre, les patients ayant eu un accident de travail ont généralement une limitation fonctionnelle en lien avec le travail et une blessure aiguë qui justifient ce haut niveau de priorisation. Cette différence dans le délai d'attente n'a pas été notée dans l'analyse du sondage par vignette clinique, probablement parce que l'affection du patient fictif était jugée prioritaire par les participants (affection subaiguë avec arrêt de travail).

Bien que nos résultats empiriques montrent une inégalité en lien avec le statut d'assurance, cette inégalité touche différents aspects de l'allocation des ressources (la priorisation lors des entrevues et la fréquence de traitements lors du sondage). Le sondage a montré qu'une plus grande fréquence de traitements des patients couverts par un agent payeur était plus accentuée dans les milieux privés que dans les milieux publics. Cela peut donc expliquer pourquoi le statut d'assurance n'a pas été mentionné comme un facteur influençant la fréquence de traitements lors des entrevues dans le réseau public. Ce qui est surprenant, c'est que les participants au sondage n'ont pas conscience de ces inégalités, car, quand la question leur est directement posée, le statut d'assurance n'est pas un facteur qui, selon eux, influence leur jugement clinique dans les prises de décisions entourant l'allocation des ressources. Or, si le statut d'assurance était un facteur facilitant ou faisant obstacle à une allocation de traitements optimale, les participants auraient identifié ce facteur comme ayant une influence déterminante dans les décisions d'allocation de ressources. Ceci peut laisser supposer que les politiques des agents payeurs ont teinté insidieusement les normes de pratiques et ont créé un biais structurel qui est intégré comme étant la nouvelle norme de pratique (286). Cette hypothèse devrait être documentée empiriquement.

Finalement, il a été surprenant de constater une égalité d'opportunité face à la durée du traitement. Effectivement, le devis quantitatif a permis de montrer que **la durée des traitements est la même pour tous les patients (lorsque le portrait clinique est le même) sans égard à leurs caractéristiques ou à leur statut d'assurance**. Dans l'analyse de la jurisprudence en lien avec le phénomène de multiplication de traitements, la durée et la fréquence étaient deux concepts-clés ciblés, alors que les traitements pouvaient être d'une fréquence et d'une durée disproportionnée aux besoins du client. Or, notre sondage semble indiquer que la fréquence de traitements est un élément central à considérer, alors que la durée

est similaire pour tous. Il serait intéressant de cibler ce paramètre spécifique dans des études subséquentes.

En conclusion, l'égalitarisme vise à offrir la même opportunité à tous d'accéder à une ressource limitée. Un partage non égalitaire dans la distribution des services de la santé doit être proportionnel aux besoins cliniques. On a pu constater qu'il ne semble pas y avoir d'influence directe de caractéristiques, telles que l'âge, le sexe ou le SSE. De plus, certains aspects de l'allocation des ressources visent à offrir les services de façon égalitaire. Or, on a également pu constater certaines inégalités dans l'allocation des ressources en physiothérapie. La fréquence de traitement est influencée par le statut d'assurance des patients. Certains patients avec des douleurs chroniques sont défavorisés par le système de priorisation. Cette inégalité est encore plus tragique dans le réseau public puisque certains patients ne sont jamais pris en charge, ce qui est à l'encontre du principe de justice égalitariste où tous devraient avoir droit à la même possibilité d'accéder aux services. Le réseau de santé public devrait être un rempart de solidarité sociale pour permettre à tous les citoyens d'avoir l'opportunité d'accéder à des services de physiothérapie, car ceux-ci peuvent avoir une influence important sur leur fonction et leur qualité de vie. La négation de l'opportunité d'accéder aux services de physiothérapie tend à accentuer les vulnérabilités plutôt que d'offrir l'opportunité de les atténuer. Ainsi, l'ensemble des patients devrait avoir la certitude d'une prise en charge dans un délai raisonnable.

Favoriser le plus atteint

Ce principe de justice distributive prioritariste (549) soutient qu'il est essentiel de promouvoir le bien-être des plus malade et des plus démunis dans la société. Pour cela, il est essentiel de comparer et de pondérer les besoins de chacun d'entre eux (430). Le mode de priorisation en physiothérapie établit la hiérarchie des patients en se basant sur divers facteurs cliniques et non cliniques selon lesquels les individus avec des besoins urgents seront priorisés par rapport aux patients avec des besoins non urgents. Cela permet de créer des catégories prioritaires qui influencent le délai d'attente. Cela a été documenté lors des entrevues et corroboré par les écrits scientifiques (91, 124, 559). En physiothérapie, l'urgence est souvent liée aux limitations fonctionnelles, ou aux conséquences associées à un délai de traitement.

Le principe du plus jeune en premier n'a pas été documenté grâce à nos données empiriques. Par contre, nous avons ciblé des établissements travaillant uniquement avec la clientèle adulte. De plus, nos vignettes cliniques comparaient des patients de 34 et 59 ans et n'ont pas permis de relever des différences dans leur prise en charge. Par contre, ces deux groupes d'âge demeurent dans la population active. D'après les entrevues, les aînés ne sont pas directement défavorisés dans l'allocation des ressources. Ils sont toutefois indirectement défavorisés, car les limitations fonctionnelles en lien avec le travail sont priorisées. Ainsi, ce n'est pas une application du principe du plus jeune en premier qui prévaut, mais bien une pondération de l'utilité et du mérite social d'un travailleur.

Maximiser les bénéfices totaux

Le principe de maximisation des bénéfices totaux vient rejoindre la maxime de justice distributive utilitariste visant le plus grand bien (en physiothérapie, le plus grand bien est la qualité de vie et la fonction) pour le plus grand nombre (99, 549). En physiothérapie, ce principe vise à avoir l'impact le plus important possible sur la fonction et la qualité de vie du plus grand nombre de personnes avec le moins d'interventions possibles.

Ce principe nécessite d'offrir les ressources à ceux qui ont le plus de chances d'en bénéficier. Dans divers milieux cliniques, les patients avec des affections plus complexes sont non prioritaires, car une prise en charge impliquera beaucoup de temps pour les thérapeutes. Ainsi, seuls les besoins urgents ou répondant à l'épisode de soins seront gérés (347, 360, 403).

En physiothérapie, le principe de maximisation des bénéfices totaux est sous-jacent à plusieurs décisions d'allocation des ressources. Par exemple, dans l'évaluation des besoins cliniques, il y a la notion de pronostic du patient avec ou sans traitement pour s'assurer que les soins soient donnés aux patients qui ont le plus de chances d'en tirer un bénéfice. La défavorisation de la clientèle chronique est peut-être d'ailleurs causée par cette évaluation. Le pronostic d'une clientèle avec un problème chronique en physiothérapie est plus incertain, car ceux-ci risquent de ne pas « guérir » et de ne pas retrouver toutes leurs fonctions antérieures. Par contre, grâce à un traitement adéquat, ils auront plus d'outils pour gérer leurs douleurs dans leur quotidien, ce qui leur permettra potentiellement de reprendre certaines activités fonctionnelles et d'améliorer leur qualité de vie. La prise en charge de ces clientèles plus

complexes est exigeante, elle demande plus de temps et nécessite préférablement une approche multidisciplinaire³⁸ (651-655). Peut-être que les structures de soins actuelles dans les cliniques externes de physiothérapie ne favorisent pas la prise en charge efficace de cette clientèle, car la norme de pratique est axée sur la prise en charge individuelle et sur les soins curatifs. Or, une optique préventive avec des approches en groupe aurait beaucoup plus de bénéfices totaux pour la communauté. Ces approches discutées par les participants lors des entrevues, permettraient d'avoir l'impact le plus important sur la fonction du plus grand nombre de personnes avec le moins d'interventions possible.

Promouvoir et récompenser l'utilité sociale

La justice distributive instrumentaliste permet de prioriser des individus qui font la promotion de valeurs sociales importantes. Les traitements de physiothérapie impliquent que le patient soit engagé activement dans ces traitements (307), car cet engagement personnel (ex. faire ses exercices) est essentiel pour que les traitements permettent d'atteindre les objectifs établis. La motivation et l'implication des patients dans leurs traitements en physiothérapie sont récompensées, selon les participants aux entrevues, car il s'agit d'un facteur pouvant influencer l'allocation des ressources (656). Un patient motivé aura plus de traitements, alors qu'un patient qui semble moins engagé dans sa thérapie aura un congé prématuré. Cependant, la motivation peut également influencer le pronostic face au traitement proposé.

Le principe visant à promouvoir et à récompenser l'utilité sociale favorise les individus faisant la promotion de valeurs sociales reconnues, comme travailler et avoir des bonnes habitudes de vie. Ce principe justifie pour quelles raisons les travailleurs sont favorisés dans l'allocation des ressources. Considérant que les travailleurs sont utiles pour la société, il est important de leur permettre rapidement de reprendre leur fonction. Il est par contre problématique de favoriser le travail par rapport à d'autres activités fonctionnelles également utiles à la société (bénévolat, proches-aidant, parent à la maison, etc.).

³⁸ Dans les approches multidisciplinaires, il y a une relation entre la dose et le contenu alors que le moment de l'évaluation, le nombre de disciplines impliquées, le type d'interventions et la durée des interventions ont une influence (651). Cependant, il manque d'information pour déterminer l'intensité de traitement optimale en termes de nombre d'heure, de fréquence et de durée pour obtenir les meilleurs résultats (651). Une multianalyse a déterminé que les approches multidisciplinaires de plus de 100 heures sont supérieures au traitement monodisciplinaire, alors que les approches multidisciplinaires de moins de 30 heures ne le seraient pas (652).

Le rang social (passant par des notions comme le mérite, le statut d'assurance, la pression, l'éducation) est un facteur qui n'est pas approprié au niveau éthique, car il est élitiste et non égalitaire (82, 657). D'abord, bien qu'il soit lié à la contribution d'un individu à la société, ce n'est pas tout le monde qui a eu la même opportunité d'y contribuer (82). De plus, le mérite ne peut pas se définir objectivement et sera nécessairement biaisé par la perception sociale du clinicien (82). Ainsi, les patients qui ont des caractéristiques sociales qui ressemblent aux caractéristiques des cliniciens pourraient être plus facilement priorisés (323, 392, 554).

Utilité des principes de justice distributive dans l'analyse des décisions d'allocation des ressources

En fonction des quatre critères d'allocation des ressources émergents de différentes théories de justice distributive, quel pourrait être le système de priorisation idéal en physiothérapie? D'abord, il est essentiel de rejeter certaines considérations qui ne devraient pas influencer l'accessibilité aux services, car elles ne sont pas pertinentes et n'assurent pas l'équité entre les patients (306, 658). Par exemple, des discriminations basées sur le sexe, l'âge ou le SSE qui influencent insidieusement l'accès ne sont pas des critères acceptables.

Ensuite, bien que les services en physiothérapie se composent traditionnellement d'une série de traitements individuels, est-ce que la profession pourrait innover en distribuant autrement ses services? Effectivement, le principe d'*égalité d'opportunité* discute de la façon d'offrir la même possibilité à tous d'accéder à une ressource limitée et qui ne peut pas être divisée (ressource indivisible). Cependant, bien que le physiothérapeute n'ait pas le don d'ubiquité, il peut travailler autrement (ressource divisible) (650). Par exemple, des classes d'exercices ou des préévaluations avant le processus de priorisation offrant des conseils permettraient à un plus grand nombre d'individus d'accéder à l'expertise d'un physiothérapeute. Ces préévaluations, qui répondent au *principe d'égalité des chances* devraient être offertes sur un modèle de *premier arrivé, premier servi*. Idéalement, ces rendez-vous seraient prédéterminés par téléphone avec un agent administratif ou par un système de réservation Internet et offerts sur plusieurs plages horaires pour améliorer l'accessibilité. Cela serait cohérent avec ce qui est proposé par Harding et collègues (2013), qui proposent de prendre un rendez-vous pour les préévaluations plutôt que de fonctionner sur un modèle sans

rendez-vous (630). Aussi, il serait idéal d'avoir seulement deux catégories prioritaires dans le système de priorisation : les catégories « urgents » et les « autres ». Cela permettrait de se rapprocher d'un modèle favorisant l'égalité d'opportunité en évitant qu'un sous-groupe de la population ne soit indument défavorisé par divers biais. Les cas « urgents » comprendraient une portion très restreinte des patients actuels classés dans la catégorie prioritaire « urgents », soit les cas faisant l'objet d'un large consensus basé sur les besoins cliniques et le pronostic. Au lieu de donner la priorité à tous les patients aigus (dans le but de prévenir la chronicité) comme ce qui est fait dans la pratique contemporaine, il serait plus approprié de cibler les patients présentant des facteurs de risque de chronicisation (301). Cette catégorie « urgente » serait basée sur le principe *favoriser le plus atteint (le plus urgent)*. La catégorie « autre » comprendrait tous les autres patients. La préévaluation aurait permis de s'assurer de la pertinence des références en physiothérapie (*principe de maximisation des bénéfices*). Ensuite, la prise en charge par catégorie se ferait sur la base du *premier arrivé, premier servi* afin de minimiser les biais et les barrières à l'accès.

Les critères d'allocation des ressources sont des outils pertinents pour appréhender ce problème pratique complexe. L'allocation des ressources doit concilier diverses notions d'efficacité (maximisation des bénéfices cliniques, bon pronostic, participation aux traitements) et d'équité (tous les patients devraient avoir une chance égale de bénéficier d'un suivi en physiothérapie en fonction de leurs besoins tout en priorisant les patients les plus urgents) (332). Actuellement, il semble y avoir un déséquilibre puisque le principe visant à *promouvoir et récompenser l'utilité sociale* occupe une place disproportionnée par rapport aux autres principes, ayant même teinté de façon insidieuse les facteurs permettant de distribuer les ressources. Le principe visant à *promouvoir et récompenser l'utilité sociale* ne doit pas être privilégié comme critère d'allocation des ressources, car il introduit des biais dans le processus décisionnel. Par exemple, un professionnel de la santé recevant un vaccin de façon privilégié répond au principe visant à *promouvoir et récompenser l'utilité sociale* tout en s'assurant de *maximiser les bénéfices totaux*. En effet, cela permet d'assurer, par exemple, le maintien du service de santé à la population pendant une période de pandémie. En quoi la valorisation des personnes plus fortunées, des travailleurs et de la classe dominante de notre société permettrait une distribution équitable des services de physiothérapie? L'accès au système de santé est un

droit pour tous les citoyens, et non pas un système de récompenses pour les plus riches ou les plus favorisés de la société.

Il est difficile de trouver le point d'équilibre entre ces critères d'allocation des ressources, et le défi est de pondérer ces principes en fonction du contexte clinique. Par contre, ce cadre permet de constater le déséquilibre qui vulnérabilise encore plus les perdants de ce système, soit les patients sans assurances et ceux avec des affections chroniques. Le cadre d'analyse de Persad et collègues (2009) a servi d'inspiration pour structurer une analyse permettant de prendre du recul face aux facteurs influençant les décisions d'allocation des ressources en physiothérapie en les « traduisant » en critères basés sur des principes de justice distributive. Cela a facilité le processus réflexif en questionnant la motivation sous-jacente aux choix d'allocation des ressources. Un système équitable doit s'assurer d'offrir la même opportunité à tous les citoyens d'accéder aux services de physiothérapie en fonction de l'urgence de leurs besoins, sans discrimination à l'égard de caractéristiques individuelles ou de leur capacité de payer. Lorsque les ressources sont limitées, il existe une tension bien réelle entre le devoir du professionnel d'offrir les traitements appropriés aux besoins de son patient et la responsabilité de répondre aux besoins de l'ensemble de la communauté. Dans certains cas particuliers, des individus pourraient être favorisés uniquement pour récompenser leur utilité sociale et cette pratique est inappropriée.

L'allocation des ressources en physiothérapie sous l'angle de la complexité

Selon Morin et LeMoigne (1999), l'angle de la complexité comprend plusieurs principes, soit la dialogique, la rétroactivité, la récursivité, l'éco-organisation, l'émergence, le principe hologrammatique et la réintroduction des connaissants dans la connaissance (588). Nous allons utiliser ces principes pour analyser les enjeux d'allocation des ressources en physiothérapie, ainsi que les résultats qualitatifs et quantitatifs obtenus lors de la phase empirique de notre projet. Il semble important d'analyser plus en profondeur la notion de biais (soit les facteurs cliniques et non cliniques qui ne seraient pas justifiables) dans le jugement clinique lors du processus de décision entourant l'allocation des ressources. Dans le devis empirique quantitatif, on a constaté que pour une affection médicale donnée, les participants n'ont pas de biais face à l'âge, le sexe ou le SSE du patient dans leurs décisions d'allocation

des ressources. Cependant, on observe un biais puisque les patients avec des affections chroniques ont moins rapidement accès dans le réseau public et que les patients couverts par un agent payeur ont une plus grande fréquence de traitements.

La dialogique

Le principe de la *dialogique*, implique que deux notions qui semblent antagonistes s'insèrent dans une logique de complémentarité pour appréhender un phénomène (588).

Par exemple, les participants dans les entrevues ont souligné que la pression des collègues, des cliniciens référents, ainsi que la menace de plaintes influencent leur processus décisionnel. Des faveurs sont accordées pour les médecins, le personnel de l'hôpital et pour la famille des collègues immédiats. À première vue, on voit une contradiction dans ce système de priorisation axée sur les besoins, mais perméable aux influences externes. Cependant, bien que certains participants aient rapporté trouver ce système injuste et se sentir obligés d'y participer (surtout si la pression provient de quelqu'un en position hiérarchique), d'autres y voient une opportunité d'économie de partage. Ainsi, ils pourront à leur tour demander une faveur pour un patient qui aurait besoin, par exemple, d'être vu de façon urgente par un médecin. Alors, ces négociations sont peut-être une façon informelle de rééquilibrer le système. De la même façon, les patients qui se plaignent ou qui appellent à répétition ont un accès privilégié au système et cette stratégie est même mise de l'avant par certains cliniciens pour aider leurs patients qui ne seraient pas priorisés par le système actuel.

Sans rendre ces pratiques légitimes dans tous les cas, cette analyse permet de mieux identifier ces enjeux. En effet, l'application de la même procédure pour tous crée une forme de justice procédurale³⁹ respectant la dignité inhérente à chaque individu. Cependant, en cohérence avec le principe de la dialogique, ces réalités doivent donc être conciliées de façon complémentaire pour bien comprendre une situation.

D'abord, bien qu'un système basé sur la pondération des besoins cliniques ne puisse pas normaliser ce genre d'influences, il demeure important que les gestionnaires et les

³⁹ Daniels et Sabins ont développé la théorie de responsabilité pour la raisonabilité (*accountability for reasonableness*) (658, 659). Celle-ci cible la procédure pour déterminer les critères d'allocation des ressources. Dans cette théorie, les critères qui sous-tendent les décisions sont publics, basés sur un consensus (scientifique et consultation des groupes d'intérêt) et il doit être possible de demander une révision des décisions.

cliniciens puissent avoir une certaine marge discrétionnaire pour rééquilibrer le système dans certains cas particuliers. En effet, même un système basé sur des critères équitables prudemment sélectionnés en fonction des normes de pratique éthique et clinique ne peut pas être complètement rigide et doit pouvoir avoir une certaine marge de flexibilité pour accommoder des situations exceptionnelles.

Ensuite, il est essentiel de s'interroger sur ce qui engendre ces influences externes. Est-ce que celles-ci sont plus importantes lorsque les systèmes de priorisation sont jugés moins équitables ou lorsqu'il y a un plus grand volume de personnes ayant des besoins par rapport aux ressources disponibles? Si c'est le cas, cela indique la nécessité de réévaluer les systèmes d'allocation des ressources. Adams et collègues (2015) proposent une approche compatible avec la théorie de la complexité (125). Premièrement, ces auteurs suggèrent d'évaluer les diverses influences micro, meso et macro sur les services de physiothérapie (ex. politiques de santé, démographie, ressources disponibles, etc.) en questionnant l'efficacité et la pertinence des services offerts pour répondre aux attentes et aux besoins de la population. Deuxièmement, ils proposent d'évaluer la réelle capacité du service de physiothérapie de répondre aux demandes (ex. nombre de postes, expérience des cliniciens, anticipation d'absences maladie). Finalement, si, après avoir fait une réflexion sur les façons d'optimiser les services, la demande excède les ressources, il est nécessaire de rationner (priorisation, diminution des fréquences de traitements, nombre de traitement maximum, redirection de la clientèle vers d'autres services, resserrer les critères d'admissibilité).

Cette analyse plus holistique permet de mieux situer ces influences externes sur les décisions d'allocation des ressources pour entrevoir des solutions contextuellement appropriées.

Le principe de la rétroaction

Le principe de la rétroaction implique une boucle causale où un effet agit en retour sur la cause (588). Effectivement, on a pu constater que les personnes plus impliquées dans la gestion de la liste d'attente ont eu un comportement différent, en la considérant plus dans leur processus décisionnel que ceux qui en étaient plus loin. Par exemple, un physiothérapeute gérant la liste d'attente aura donc tendance à donner plus rapidement congé à un patient en

reconnaissance de celle-ci. Un autre exemple serait celui de l'agent administratif qui est sensible à la réalité particulière des patients souffrant, et rééquilibre le système en priorisant des patients considérés non urgents pour les physiothérapeutes.

Le principe de récursivité

Le *principe de récursivité* va au-delà de la rétroaction (588). Un exemple du principe de récursivité est le fait que des incitatifs (attentes, politiques, mode de fonctionnement, pression des agents payeurs, des employeurs ou des collègues) peuvent contribuer à créer une nouvelle norme de pratique collective quant à l'allocation des ressources (284-286).

Par exemple, les biais ont été classés dans les écrits scientifiques comme étant des biais individuels ou des biais collectifs. Or, ces biais sont probablement interreliés et peuvent difficilement être distingués. Par exemple, le statut d'assurance semble influencer le jugement clinique du professionnel de la physiothérapie selon la phase empirique quantitative de notre projet, car l'analyse des vignettes montre que les patients couverts par un agent payeur de type CNESST seront vus à une fréquence plus grande. Cependant, lorsque questionnée directement sur ce facteur, la vaste majorité des répondants a affirmé ne pas être influencée par le statut d'assurance des patients.

Est-il possible qu'une nouvelle norme de pratique ait été internalisée par les professionnels de la physiothérapie sans qu'ils en aient conscience? Une prise en charge rapide avec une fréquence intense de traitements a été implicitement encouragée par la CNESST pour réactiver le travailleur blessé. En effet, la physiothérapie est perçue comme une motivation quotidienne permettant aux travailleurs de ne pas se déconditionner. Par contre, le tarif offert par la CNESST pour les traitements est sous les normes du marché. La mission des cliniques privées est en partie de faire du profit en plus de répondre aux besoins de la population. On peut donc s'attendre à ce que les cliniques minimisent le manque à gagner dû au tarif des traitements en modifiant la distribution des ressources (ex. traitements plus fréquents). Cela contribue donc à créer une nouvelle norme de traitements. La différence entre des traitements optimaux et une multiplication de traitements n'est pas encore clairement établie. Cependant, des professionnels de la physiothérapie ont été « individuellement » reconnus coupables de multiplication de traitement. Par contre, l'analyse de la jurisprudence

lors de multiplication de traitements implique uniquement des cliniciens travaillant dans les cliniques privées. Un agent payeur était impliqué dans 40 % des cas. On peut donc assumer que certains facteurs ou incitatifs viennent influencer le comportement et le jugement du professionnel. Donc, les politiques des agents payeurs ou des incitatifs de gestionnaires désirant optimiser leurs profits pourraient avoir insidieusement influencé la pratique de certains professionnels. Selon le principe de récursivité, c'est à partir des interactions d'une institution qu'émerge un comportement collectif qui, à son tour, vient influencer les comportements des individus prenant part au système.

Le principe d'éco-organisation

Le *principe d'éco-organisation* implique que les systèmes s'organisent pour résister aux changements (566, 572, 591). Un exemple du principe d'éco-organisation peut être illustré par une situation discutée préalablement. Un facteur non clinique influençant l'allocation des ressources en physiothérapie est la limitation de ressources. Lors des entrevues, tous les participants reconnaissent que les physiothérapeutes doivent prendre les décisions en lien avec la fréquence et la durée des traitements pour leurs patients en fonction de leur jugement clinique. Ces décisions ont une influence directe sur la productivité du département et sur la gestion de la liste d'attente. Les participants qui ont un rôle de gestion (gestionnaires ou coordinateur) mentionnent être trop occupés pour surveiller ou encadrer les décisions d'allocation des ressources des professionnels de la physiothérapie. Cependant, ils tentent de faire de la sensibilisation, car tout le monde a une influence pour faciliter l'accès à la clientèle : « *...is it the manager's wait list or everyone's wait list?* » (P5).

Certains professionnels sont sensibles à ce discours et modifient leur pratique pour l'adapter à la réalité des ressources limitées : « *[I pay more attention to how to] discharge the others.* » (P4). D'autres n'acceptent pas l'idée d'offrir un traitement sous optimal à leur patient dans le but d'en favoriser d'autres : « *Like I can't think about the people that are waiting cause then the people that are there won't get good treatment, nobody gets good treatment.* » (P2) Par conséquent, ces professionnels résistent à la pression administrative provenant des demandes de leurs gestionnaires. Cette réalité avait également été notée en médecine (313) et en ergothérapie (193).

Un autre exemple de l'*éco-organisation* serait lié à la plus grande fréquence de traitement des patients dont les services sont défrayés par un agent payeur. La limitation du tarif des traitements de physiothérapie remboursé par la CNESST a peu d'impact sur les coûts de réadaptation totaux, car le système s'est ajusté pour minimiser les répercussions de ces mesures avec un plus grand volume de patients. Ainsi, les patients sont vus à une fréquence de traitement plus importante. Les cliniques privées requièrent un seuil de revenu pour rentabiliser leurs services. Si les tarifs par traitements diminuent ou stagnent, le volume de traitements augmente proportionnellement pour maintenir la rentabilité de l'entreprise.

Le principe de l'émergence

Le *principe de l'émergence* prône une vue d'ensemble pour bien saisir l'essence d'une institution. En effet, certaines caractéristiques émergent de l'organisation dynamique d'un tout et qui peuvent rétroagir sur les parties (588, 594). L'angle de la complexité analyse l'ensemble du système pour le comprendre, car c'est de ces interactions qu'émerge le système.

On a pu constater dans les entrevues que les participants ne semblent pas vivre la même réalité en fonction de leur milieu de travail. Pourtant, les trois cliniques externes de physiothérapie étaient régies par les mêmes politiques internes, puisqu'elles faisaient toutes parties du même centre universitaire de santé. En plus, les trois cliniques externes de physiothérapie étaient toutes de la région métropolitaine de Montréal. En effet, les participants du plus petit département (moins grand volume de patient) ont pu mettre en place la préévaluation comme une stratégie de gestion de la liste d'attente. Plusieurs participants ont exprimé qu'ils trouvaient le système plus « juste », car ils pouvaient au moins voir les patients une fois, et ceux-ci exprimaient moins d'expériences négatives en lien avec la négociation d'un accès privilégié par des patients ou par des collègues. En plus d'avoir un moins grand volume de patients, cette clinique externe de physiothérapie avait un type de gestion différent; la gestion de la liste d'attente était plus rigide, avec une grille aux critères plus standardisés pour définir les catégories prioritaires. Les responsables de la liste d'attente se montraient également moins flexibles pour les cas particuliers. Bien que cela ait pu occasionner certaines injustices pour des cas particuliers, ce type de gestion a été ressenti comme équitable pour l'ensemble des patients.

Le principe hologrammatique

Le *principe hologrammatique* souligne que les systèmes complexes sont fractals, en partageant des caractéristiques communes (566, 591). D'ailleurs, bien que plusieurs éléments distinguent les trois cliniques externes de physiothérapie, celles-ci partagent les mêmes caractéristiques puisque les mêmes facteurs cliniques et non cliniques ont été décrits par les participants.

À cet égard, il est intéressant de noter que d'autres provinces canadiennes (660) et d'autres pays comme la Nouvelle-Zélande (661-663) vivent des situations similaires à celles du Québec où la profession de physiothérapeute est ébranlée par des cas de surtraitements en lien avec les agents payeurs.

La réintroduction des connaissances dans la connaissance

Le dernier principe est la *réintroduction des connaissances dans la connaissance*. Ce principe implique que chaque observation est teintée par les perspectives des différents acteurs et s'imbrique dans un contexte.

Les professionnels de la physiothérapie – tout comme d'autres professionnels de la santé (193) – désirent accompagner leurs patients à leur plein potentiel. Ils font également partie de regroupements et partagent des codes moraux avec leurs collègues. De plus, ils ont leur propre rythme de travail en fonction de leurs valeurs. Certains vont interpréter ces obligations professionnelles comme étant d'offrir à chaque patient des soins jusqu'à l'atteinte de leur plein potentiel, alors que d'autres vont tenir compte des ressources limitées.

Les agents payeurs désirent retourner les travailleurs le plus rapidement possible au travail, tout en contraignant les dépenses (74). Les politiques restrictives des agents payeurs (imposition d'un paiement inférieur aux normes du marché, obligation de prise en charge rapide sans considération des besoins populationnels et système médicolégal) (206), bien qu'elles soient rationnelles et cohérentes avec leurs valeurs, contribuent à attribuer une plus grande proportion des ressources à leurs membres, aux dépens du reste de la communauté.

Les patients et les professionnels font partie de réseaux sociaux qui ont une influence importante sur leurs valeurs, leurs attitudes et leurs comportements (392). Par exemple, les patients peuvent consulter en physiothérapie avec des rythmes différents en fonction de leurs

objectifs, de leur problème de santé, de leurs valeurs ou de facteurs socioéconomiques et démographiques. Les patients appartiennent à des familles et à des groupes sociaux. Ainsi, les patients plus scolarisés, plus informés ou avec un meilleur SSE vont mieux naviguer au sein du système, mieux verbaliser leurs besoins et réussiront à obtenir des services privilégiés par rapport au reste de la population (345, 359, 362). Les valeurs des acteurs teinteront leur vision du système et il est important d'identifier celles-ci.

Pour pouvoir réfléchir à la complexité, il faut adopter une vision relationnelle du système où chaque élément doit être contextualisé (594). De plus, l'angle de la complexité oblige à l'humilité, car chaque situation est une nouvelle occasion d'apprendre (594).

Utilité de l'angle de la complexité dans l'analyse des décisions d'allocation des ressources

L'angle de la complexité est un cadre d'analyse qui permet d'appréhender le phénomène d'allocation des ressources sous une nouvelle perspective. Tel que discuté précédemment, les listes d'attente sont essentielles aux institutions, à la fois pour maintenir des services efficaces et pour contenir les coûts. Les efforts pour réduire la liste d'attente ne sont peut-être pas bien orientés.

Ce qui heurte les valeurs démocratiques dans la liste d'attente, c'est le manque d'équité dans l'accès aux ressources jugées essentielles. Il est alors nécessaire d'assurer une distribution des ressources en physiothérapie qui soit équitable et sans discrimination. Il est impératif pour les professionnels de la physiothérapie de réaliser l'impact de leur mode de priorisation et de corriger certaines injustices par des méthodes créatives et innovatrices cohérentes avec l'angle de la complexité. La récursivité est un principe qui peut aider à améliorer les soins offerts aux patients et à la communauté : si chaque département de physiothérapie cible un changement modeste ayant une influence favorable pour sa clientèle, les bénéfiques pourraient faire une grande différence pour l'ensemble de la communauté.

Selon l'angle de la complexité, il faut miser sur l'intégration du système, car cela favorise la coopération de tous les acteurs vers un projet collectif. L'articulation de ce dialogue permet d'harmoniser le meilleur de chacun. Cette vision collective sur les soins offerts en physiothérapie doit être alimentée et partagée par tous les acteurs dans un processus

délibératif. Suivant l'angle de la complexité, une table de concertation avec tous les acteurs impliqués (associations et ordre professionnels, représentant du public, agents payeurs, etc.) serait un excellent point de départ pour définir une vision collective. Le suivi optimal de la clientèle est au cœur des valeurs de tous les acteurs : faisons de lui le point de convergence.

Dans une logique cohérente avec l'angle de la complexité, il est essentiel de comprendre le système de façon holistique pour pouvoir le modifier. Ainsi, il est essentiel de s'attarder également aux acteurs et à leurs interrelations. Au lieu d'opposer les facteurs liés aux patients et les facteurs liés aux professionnels et à leurs institutions, cette analyse a permis de les appréhender comme une réalité indissociable. Par contre, l'angle de la complexité permet aussi de constater, avec humilité, à quel point les interactions sont nombreuses dans l'analyse d'un phénomène complexe comme l'allocation des ressources en physiothérapie.

Sommaire de l'apport de l'analyse conceptuelle

En conclusion, les analyses conceptuelles réalisées à l'aide de l'angle de la justice distributive et de l'angle de la complexité ont facilité l'exploration des tensions associées aux prises de décision d'allocation des ressources en physiothérapie. Les données empiriques ont permis d'identifier certains aspects du problème associés à la distribution des services en physiothérapie. Ces analyses conceptuelles ont aidé à mettre les données en perspectives en les situant dans un contexte normatif et sociopolitique. Cette étape conceptuelle a permis de décomposer les données empiriques pour aider à expliquer, décrire et comprendre le phénomène à l'étude. Bien que l'analyse ait permis de mieux appréhender la question de l'allocation des ressources, celle-ci nous laisse également entrevoir la richesse complexe des interrelations et des interactions entourant ce phénomène. Ainsi, cette vision du phénomène d'allocation des ressources ne constitue qu'un reflet partiel de la réalité et devra être étoffée par d'autres études et d'autres perspectives analytiques.

« Es ist nicht genug, zu wissen, man muß auch anwenden; es ist nicht genug, zu wollen, man muß auch tun. » (Il ne suffit pas de savoir, il faut appliquer; il ne suffit pas de vouloir, il faut agir.) Johann Wolfgang von Goethe (1789)

DISCUSSION

Nos résultats permettent de questionner l'équité dans l'allocation des ressources en physiothérapie, un principe d'éthique fondamental en santé. Dans ce chapitre, nous allons d'abord examiner comment il est possible d'évaluer si les facteurs influençant l'allocation des ressources en physiothérapie sont équitables ou non. Ensuite, nous allons examiner les solutions potentielles pour contribuer à une distribution plus équitable des services de physiothérapie.

Inégalité ou iniquité dans l'allocation des ressources?

Un déterminant central au principe d'équité dans les décisions d'allocation des ressources est l'obtention des services basés sur l'évaluation des besoins (14, 328-333). Ainsi, nous allons proposer une définition de la notion de besoins cliniques pour faciliter l'analyse du caractère équitable des facteurs qui sous-tendent les décisions d'allocation des ressources. Il peut être très complexe de gérer ces décisions d'allocation dans un contexte de ressources limitées. Nous allons donc également examiner le degré d'autonomie professionnelle des acteurs impliqués dans ces décisions d'allocation des ressources pour pouvoir déterminer leurs responsabilités respectives.

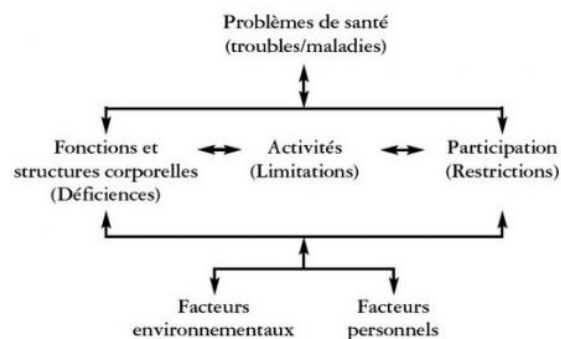
Comment la notion de besoin clinique devrait-elle être définie?

La physiothérapie est une profession qui vise l'indépendance fonctionnelle et l'amélioration de la qualité de vie des individus (32-36) en s'ancrant dans une approche centrée sur les besoins des patients (34, 39, 41-45). Par conséquent, les besoins cliniques d'une personne ne peuvent pas se réduire à un diagnostic, ou au caractère aigu ou chronique d'une affection. L'évaluation des besoins en physiothérapie doit inclure le fonctionnement de cet individu dans les tâches de la vie quotidienne et sa participation sociale. Ce fonctionnement est possiblement influencé par divers facteurs cliniques ou non cliniques.

Dans les dernières années, on a observé une évolution dans la conception de la participation sociale en passant d'un modèle biomédical où les parties du corps devaient être

« réparées », car elles étaient seules responsables des situations de handicap, vers un modèle bio-psycho-social (665-669). La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) est un cadre conceptuel qui se situe dans ce courant qui a été adopté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2001 (670). La CIF, un modèle régulièrement utilisé en physiothérapie (671-677), s'oriente vers une perspective globale du fonctionnement humain, en tenant compte des conséquences de la maladie. Le focus principal de ce modèle est la participation fonctionnelle; celle-ci étant la résultante de l'interaction entre le portrait clinique d'une personne et son contexte social. En effet, la CIF considère différents domaines comme les problèmes de santé, mais également les activités et la participation d'un individu dans son milieu habituel. Dans ce modèle, des facteurs environnementaux et personnels peuvent affecter le niveau de participation fonctionnelle (voir Figure 7).

Figure 7. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), OMS 2001



À l'instar de Baldwin (2015), nous argumentons donc que le niveau de fonction d'un individu devrait être le repère permettant d'évaluer le besoin clinique guidant les décisions d'allocation des ressources en physiothérapie, et ce, de la prise en charge d'une personne jusqu'à son congé (211). D'ailleurs, une étude qualitative de Armstrong et collègues (2016) portant sur l'allocation des ressources en réadaptation au soutien à domicile en Ontario mentionne prioriser la clientèle en fonction des besoins fonctionnels des patients et non leur diagnostic (678).

Les facteurs influençant les décisions d'allocation des ressources sont-ils équitables?

Une panoplie de facteurs influence les décisions d'allocation des ressources en physiothérapie (voir Tableau 14). Certains facteurs sont acceptables, tandis que d'autres créent

des iniquités (biais) alors qu'ils teintent les décisions d'allocation des ressources sans être associées aux besoins cliniques d'un individu.

Tableau 14. Ensemble des facteurs influençant les décisions d'allocation des ressources en physiothérapie (basé sur les écrits scientifiques et les données empiriques)

Critères	Facteurs	Priorisation	Fréquence	Durée
Facteurs cliniques	Affection	Diagnostic/état clinique Urgence Affection aiguë ou traumatique Besoin objectivable	Évolution de l'affection Type d'affection (aiguë /chronique)	Plateau clinique Retour à la normale/guérison Essai thérapeutique (chronique) Détérioration de l'état
	Degré de risque	Risque pour la sécurité Délai entraînerait séquelles		Congé sécuritaire Pas de risque de détérioration
	Fonction	Limitations fonctionnelles (travail)	Favoriser l'autogestion	Retour aux activités fonctionnelles / activités de la vie quotidienne Capacité d'autogestion
	Pronostic	Bon potentiel d'amélioration Bon niveau de fonction antérieur Capacité d'apprentissage		Bon pronostic au congé
Facteurs liés aux patients	Collaboration	Capacité de participer Capacité à naviguer le système Attitude du patient (anxiété, menace de porter plainte) Objectifs du patient/famille		Mauvaise collaboration (non-ponctualité, ne fait pas exercices) Capacité à naviguer le système Attitude du patient (agressivité/insistant, menace de porter plainte)
	Réseau de soutien	Insistance du référent Besoins non-compensés		Objectifs du patient/famille Besoins compensés
Facteurs liés aux professionnels	Attitude et valeurs	Perception positive du patient Responsabilité face au patient Peur des représailles	Responsabilité face à la communauté	Perception négative du patient Responsabilité face à la communauté Peur des représailles
	Expérience	Plus d'expérience Jugement clinique	Jugement clinique	Plus d'expérience Jugement clinique
	Type de pratique		Type de modalité de traitement	Type de modalité de traitement
Facteurs liés aux institutions	Fonctionnement interne	Mission de l'établissement Pas de limitation des ressources Politiques nationales Continuité des soins Stratégies de gestion (ex. outils de priorisation, préévaluation)	Limitation des ressources Comportement des employeur/ collègue/ référent	Limitation des ressources Comportement des employeur/ collègue/ référent
	Facteurs financiers	Source de financement Politiques agents payeurs Système privé	Source de financement Politiques agents payeurs Système public	Source de financement Politiques agents payeurs Système public

En premier lieu, d'un point de vue systémique, on peut dire que les systèmes de priorisation en vigueur défavorisent certaines populations, soit les patients souffrant de douleur chronique et les patients qui ne sont pas couverts par des assurances. Il était déjà documenté dans les écrits scientifiques que les structures collectives en physiothérapie désavantageaient ou excluaient les patients avec des affections chroniques et les patients

n'étant pas couverts par une assurance (87, 88, 91, 92, 150). En effet, notre projet confirme, via les entrevues semi-structurées, que le système de priorisation actuellement en vigueur dans les établissements publics en physiothérapie donne un accès rapide aux services aux patients ayant des affections aiguës ou à ceux qui sont couverts par des agents payeurs (ex. CNESST). En contrepartie, il offre une prise en charge avec un long délai d'attente aux patients présentant des affections chroniques. Dans l'étude de Harding et collègues (2017), un questionnaire d'une clinique externe mentionne « *The triage system works OK for our Priority 1s and 2s but it doesn't work terribly well for our 3s and 4s, so we end up with the 1s and 2s getting all the appointments and the 3s and 4s just sitting there getting more chronically unwell.* » (157).

Les professionnels de la santé ne constatent pas nécessairement l'influence de ces facteurs liés à des systèmes de priorisation inéquitables. D'ailleurs, les professionnels de la physiothérapie n'ont pas de biais explicites en lien avec le statut d'assurance ou la chronicité de l'affection de leur patient. Considérant cela, serait-il possible que le statut d'assurance et la chronicité d'une affection puissent être des proxys des besoins cliniques. Par exemple, les patients couverts par un agent payeur pourraient plus régulièrement avoir des affections cliniques limitant de façon significative leur fonction et leur qualité de vie (ex. arrêt de travail). Aussi, bien qu'ils soient régulièrement référés en physiothérapie (679), les patients avec des affections chroniques pourraient avoir un moins bon pronostic que d'autres clientèles avec les traitements de physiothérapie.

Pour que les services soient distribués équitablement, il est important de faire une analyse individualisée de chaque cas pour s'assurer des réels besoins cliniques des personnes nécessitant des services. Une évaluation de leurs besoins en termes de fonction et de qualité de vie (plutôt que restrictivement en lien avec le caractère aigu ou chronique, ou leur statut d'assurance) devrait permettre de rééquilibrer le système en le rendant plus équitable pour tous. La douleur chronique est une affection très répandue, alors qu'une personne sur cinq en souffre (680). Il est documenté que ces personnes ont plus d'absentéisme au travail et consultent 10 fois plus régulièrement leur médecin que le reste de la population (681). Il est donc surprenant que les systèmes de priorisation en physiothérapie tendent à désavantager

systématiquement ces individus en repoussant leur accès aux services, considérant que la physiothérapie est efficace pour diminuer leur douleur et leurs incapacités (682-686).

En second lieu, en ce qui concerne l'allocation des ressources en physiothérapie (fréquence et durée) au sein de la population admissible, au privé et au public, on constate certaines inégalités conduisant à la fois à du surtraitement pour certains groupes et du sous-traitement pour d'autres. Par exemple, la fréquence des traitements est liée à la source de financement associée aux paiements des traitements. On a pu constater qu'un patient ayant subi un accident de travail couvert par un agent payeur reçoit une plus grande fréquence de traitements qu'un patient non couvert par un agent payeur. Bien que cette situation ne soit pas en soi surprenante, elle n'avait jamais été révélée empiriquement au Canada. Il faut par contre se demander si la fréquence de traitements est directement liée aux besoins cliniques de cette clientèle, ou si elle est plutôt associée à des intérêts financiers ou à des habitudes de pratique.

Certains auteurs émettent l'hypothèse que la fréquence et la durée des traitements requises pourraient être influencées par la chronicité d'une affection. Selon Rand et collègues (2007), les patients avec des affections aiguës devraient être suivis avec une plus grande fréquence sur une plus courte période, alors que les patients avec des affections chroniques devraient bénéficier de traitements moins fréquents, mais sur une plus longue période (687). Cette hypothèse devrait être validée empiriquement pour guider les cliniciens dans leurs décisions d'allocation des ressources.

Aussi, le volet empirique de notre recherche a permis de mieux comprendre l'influence d'autres facteurs. En effet, bien que l'étude par vignettes n'ait pas identifié de biais en lien avec les caractéristiques personnelles du patient (âge, sexe, SSE) lorsqu'un patient est pris en charge en physiothérapie, les entrevues ont permis d'identifier que l'attitude et le comportement des patients, ainsi que d'autres facteurs liés aux dynamiques de pouvoir et aux interrelations entre les individus ont une influence sur la distribution des services. De plus, l'analyse de la jurisprudence dans les situations de multiplication de traitements a permis d'identifier l'influence potentielle de l'intérêt financier. Cela a également été identifié dans une étude de Goulet et Drolet (2017) portant sur des ergothérapeutes travaillant au privé (199). Ces influences ne sont pas liées aux besoins cliniques des patients et menacent l'équité dans l'allocation des services de physiothérapie.

La pertinence d'un facteur non clinique ne fait pas l'unanimité chez nos participants : Est-ce que la limitation des ressources devrait être considérée ou non dans les décisions d'allocation des ressources? Il peut être difficile de gérer la tension entre le devoir social face à la communauté et le devoir face au patient lors des décisions d'allocation des ressources. En effet, certaines valeurs éthiques sont écartées, comme la loyauté face au patient et le respect de son autonomie (562, 688). La question sous-jacente est la suivante : est-ce que les professionnels de la physiothérapie ont une responsabilité face à la communauté ou uniquement face à leurs patients?

D'abord, pour avoir une pratique réellement centrée sur les besoins du patient, la pratique de la physiothérapie doit respecter l'autonomie et l'individualité des patients (34, 39, 41-46). Les normes de pratique impliquent que le physiothérapeute traite chaque patient avec respect en lui offrant des traitements de qualité répondant à ses besoins. Chaque individu a droit de recevoir des services de santé appropriés à ses besoins et s'attend à obtenir des services avec un haut standard de qualité (117). La limitation de ressource est, de fait, une barrière institutionnelle à cette pratique centrée sur les besoins du patient (46-48).

Or, il est essentiel de considérer les limitations des ressources, sinon certains patients privilégiés recevront un traitement idéal (ou même un surtraitement) pendant que d'autres seront pratiquement exclus. Ces personnes sous traitées ou exclues ont, elles aussi, le droit de recevoir des services en fonction de leurs besoins en cohérence avec cette même pratique centrée sur les besoins du patient (157, 689, 690).

Selon *le profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada*, les physiothérapeutes doivent utiliser « leur savoir et leur expertise de façon responsable pour promouvoir la santé et le bien-être de leurs clients individuels, des collectivités, de la population en général et de la profession. » (34). Le physiothérapeute doit donc être au service des préoccupations de la collectivité (et non uniquement d'un patient individuel) en favorisant un accès opportun aux services en fonction des besoins. De plus, agir avec professionnalisme implique que les physiothérapeutes « s'engagent à agir dans le meilleur intérêt du client et de la société par des pratiques conformes à la déontologie, par le respect de la réglementation encadrant la profession et par des normes comportementales personnelles élevées. » (34). Dans la définition de professionnalisme, on retrouve implicitement l'obligation de servir la

communauté par l'implication communautaire, l'activisme social et politique et l'*advocacy* (45, 691, 692). Les professionnels doivent aider les patients vulnérables à naviguer dans ce système complexe (693).

Il est vrai que, traditionnellement, les codes de déontologie ont orienté les cliniciens à respecter leurs obligations vis-à-vis de la clientèle qui est déjà sous leurs soins, ce qui met donc l'accent sur leurs devoirs vis-à-vis de leurs patients plutôt que leurs obligations face à la société (332, 392). Bien que certains codes de déontologie en physiothérapie aient récemment mis l'emphase sur les injustices sociales et les inégalités en santé (83, 387, 393), ce n'est pas le cas de tous (dont le code de déontologie québécois en physiothérapie). Le code de déontologie a une fonction d'encadrement de la pratique en établissant les devoirs de la profession et les normes de pratique. Une réforme serait donc souhaitable pour intégrer explicitement ces obligations sociales dans le code de déontologie afin d'encourager les professionnels de la physiothérapie à considérer leurs devoirs face à la communauté dans leurs décisions d'allocation des ressources.

À qui la responsabilité des décisions d'allocation des ressources?

Quelle est la responsabilité des professionnels de la physiothérapie face aux décisions d'allocation des ressources? En effet, pour être imputable des problèmes d'équité dans l'allocation des ressources, il est important que le professionnel puisse avoir un certain contrôle discrétionnaire sur les décisions.

Dans l'analyse de la jurisprudence, il apparaît clairement que selon l'OPPQ, la responsabilité des décisions d'allocation des ressources appartient au professionnel de la physiothérapie, et ce, peu importe son rôle dans le suivi du patient (qu'il soit gestionnaire, clinicien ou même un collègue qui poursuit un traitement). L'association mondiale de physiothérapie, le WCPT, encourage également les physiothérapeutes à exercer leur jugement professionnel dans leur champ de compétence de façon autonome sans déléguer cette tâche à d'autres professionnels de la santé (396, 397). Ainsi, selon ces organismes professionnels, les professionnels ont une responsabilité face à leurs décisions d'allocation des ressources; ils doivent pouvoir justifier le rationnel de leur décisions et seront imputables de ces choix s'ils sont jugés inappropriés (193).

Or, lors des entrevues, on a pu constater que certains professionnels sentent avoir un pouvoir et une autonomie professionnelle limités face à ces décisions d'allocation des ressources. Ils vivent des pressions des médecins référents, des familles et des patients. Il y a également des attentes départementales et des normes institutionnelles qui exercent une influence sur la pratique des professionnels. Dans certaines circonstances, des professionnels de la physiothérapie peuvent être en situation de conflits éthiques dans l'allocation des ressources, et ce, sans avoir de réelle autonomie décisionnelle (694).

Par exemple, les agents payeurs ont une influence importante via leurs politiques. Celles-ci sont basées sur l'attente que leurs bénéficiaires aient une prise en charge rapide, un suivi d'une haute qualité, mais avec des coûts limités (74). Il est vrai que le WCPT encourage les professionnels à être diligents pour que les agents payeurs ne s'immiscent pas dans les décisions professionnelles (396, 397). Or, les relations sont complexes entre les professionnels de la physiothérapie et les agents payeurs. Le rapport Camiré (produit par un groupe de travail en 2010, commandé par la CNESST) est un rapport contemporain qui a eu une influence dans la relation tendue entre les professionnels de la physiothérapie et la CNESST (73). Ce groupe de travail devait analyser les pratiques de la CNESST et faire des recommandations.

Pour mettre fin à la multiplication de traitements, une limitation arbitraire de ces derniers a été recommandée. Ainsi, après 30 traitements de physiothérapie, une réévaluation médicale doit être faite pour autoriser la poursuite des traitements. Cette décision politique est basée sur des recommandations des fédérations médicales plutôt que sur des données probantes. Dans le rapport, on peut lire : « *Les fédérations médicales avaient affirmé qu'il n'y a aucune évidence médicale à prolonger des traitements de physiothérapie en dehors de délais dits raisonnables. Cette limite se situe à 8 semaines ou 30 traitements.* » (73). Or, dans les entrevues, plusieurs participants ont émis des réticences très claires à avoir une limitation de leur autonomie professionnelle avec un nombre de traitements préétabli pour la clientèle. En ce sens, la détermination des fréquences et du congé semble être le dernier rempart de l'autonomie professionnelle.

Le fait de baser une recommandation limitant l'autonomie professionnelle des professionnels de la physiothérapie sur la seule opinion des fédérations médicales, sans appui sur des données probantes, rend la politique d'autant plus difficile à légitimer. Rappelons

qu'en 1990, l'accès direct aux physiothérapeutes avait été permis, c'est-à-dire qu'il était devenu possible de les consulter sans avoir vu un médecin au préalable. Les physiothérapeutes n'étaient plus subordonnés aux médecins, mais devenaient plutôt des collaborateurs. Or, dans les interactions entre les physiothérapeutes et la CNESST, le physiothérapeute est de nouveau encadré par les médecins dans sa pratique professionnelle. Cela pourrait expliquer en partie les dérives de multiplication de traitements où le professionnel de la physiothérapie, désengagé, ne se sent pas responsable ou imputable du cheminement de son patient et où il doit s'en remettre à un professionnel extérieur à sa discipline pour décider de la poursuite des traitements. En plus, selon les écrits scientifiques, une limitation de traitements n'est pas une politique efficace pour limiter la multiplication de traitements, encourageant même les thérapeutes à offrir le nombre maximal de traitements à tous les patients, même à ceux en nécessitant une plus petite quantité (417). De plus, lorsque les règles sont rigides et que le professionnel n'a pas suffisamment de pouvoir discrétionnaire, certains voient une justification morale à la manipulation des règles. Des études en ergothérapie ont révélé que les professionnels préoccupés par des injustices engendrées par des politiques gouvernementales croient avoir la légitimité de manipuler les règles pour répondre aux besoins de leurs patients (198, 695).

Comment un professionnel de la physiothérapie peut-il être responsable alors que des restrictions lui sont imposées par un tiers? À cet égard, la réflexion de Morreim (2001) est intéressante (696). Les politiques des tiers ou des institutions ont généralement une visée utilitariste en visant la maximisation de la santé du plus grand nombre. Or, même les meilleurs politiques peuvent brimer les droits d'un patient particulier qui ne doivent pas être subordonnés au bien commun (696). Le devoir des professionnels est celui de l'expertise; ils doivent pouvoir utiliser leur jugement clinique pour adapter la norme professionnelle aux besoins de leurs patients. Considérant que la physiothérapie n'est pas une science exacte, il est important que le professionnel continue d'avoir un certain niveau de discrétion et de flexibilité pour adapter les normes professionnelles aux besoins de son patient, qui pourrait être atypique ou ne pas correspondre aux normes « moyennes » (696).

Les professionnels de la physiothérapie semblent avoir un moins grand contrôle sur les politiques de priorisation qui se situent à un niveau départemental (meso). Or, leur

responsabilité dans ce cas serait de faire des suggestions ou des critiques pour tendre à améliorer le système (696). Ils ont également la responsabilité d'outiller leurs patients pour faciliter leur navigation dans ce système. Par exemple, une participante a mentionné encourager ses patients à appeler régulièrement l'agente administrative pour les aider à diminuer leur temps d'attente : *“For some patients, I tell them ‘call regularly to see where you are on the list, and tell them how you feel, if you have more pain. Well, we might see you faster but, that, I am not supposed to tell you.”* (P10).

Par contre, les professionnels de la physiothérapie ont davantage de contrôle direct sur les décisions associées à la fréquence de traitements et au congé. Il est donc de leur responsabilité de réévaluer régulièrement l'évolution de leur patient pour s'assurer que l'allocation des ressources correspond bien à leurs besoins cliniques.

Ainsi, le professionnel de la physiothérapie a la responsabilité d'avoir une pratique de qualité, tout en étant raisonnable et prudente (696). Il doit prendre des décisions basées sur les besoins de son patient en subordonnant ses propres intérêts. Le clinicien doit également être en mesure de justifier le rationnel de ses décisions d'allocation des ressources. Cela a été renforcé dans l'analyse de la jurisprudence qui indiquait que les notes du clinicien devaient expliciter son raisonnement clinique pour justifier ses décisions.

Par ailleurs, les institutions et les associations professionnelles ont la responsabilité de baliser la pratique afin de donner des repères au professionnel (696). Ces balises doivent encourager un changement de pratique dont le but serait d'atteindre le même résultat clinique, mais en optimisant la pratique avec des traitements plus efficaces. D'ailleurs, les ordres professionnels comme l'OPPQ favorisent cette adhésion aux normes de pratique en faisant la surveillance de l'exercice.

Pragmatiquement, il est important d'adapter la pratique clinique d'une façon créative tout en continuant de permettre au professionnel d'exercer son jugement clinique. Cependant, certaines balises doivent guider ce jugement clinique, car celui-ci peut être subjectif (306, 555, 697, 698). D'abord, il faut remettre au cœur de la pratique le but ultime de la profession : favoriser la qualité de vie et l'indépendance fonctionnelle (29, 30). Ce critère devrait guider l'ensemble des décisions d'allocation des ressources. Ensuite, il doit y avoir une certaine

flexibilité permettant aux professionnels d'adapter les services aux besoins particuliers des patients lorsque nécessaire. Finalement, certaines interventions ne sont pas valables en fonction des normes de pratiques et entraînent un gaspillage des ressources (ex. modalités de traitements inappropriées, distribution des services disproportionnée à l'objectif fonctionnel). Un professionnel qui a le choix entre deux modalités de traitements efficaces devrait privilégier la moins coûteuse et la plus efficace. Ces propositions sont discutées dans la section suivante. En conclusion, bien que les professionnels de la physiothérapie soient considérés comme responsables de leur propre décision d'allocation des ressources, ils peuvent difficilement être directement imputables de l'ensemble du système qui est influencé par une multitude d'acteurs dans une structure de soins complexe.

Des solutions pour les problèmes d'allocation des ressources en physiothérapie

Nous allons examiner certaines solutions en lien avec les problèmes d'équité dans l'allocation des ressources en physiothérapie à la fois dans les situations de sous-traitements et de surtraitements de certaines clientèles. Ces deux situations sont également problématiques, et la qualité des soins n'est pas assurée dans un contexte de manque ou d'excès de traitements.

Quelles sont donc les pistes de solution à ce problème d'éthique professionnelle et institutionnelle pour améliorer les pratiques d'allocation des ressources? Humblement, malgré cette réflexion étoffée par des recherches empiriques, il nous est impossible de conclure avec une seule solution « magique » qui viendrait résoudre ce problème complexe. Cependant, certaines pistes de solution émergent de ce questionnement réflexif. Il faut considérer dans ce problème complexe que certains patients peuvent être exigeants en étant conscients de leurs droits et des bienfaits potentiels de la physiothérapie sur leur fonction et leur qualité de vie (699, 700). Le professionnel, pour sa part, est animé d'une volonté de bienfaisance à la hauteur de ses compétences et de ses aptitudes (700), mais il peut également être influencé par des intérêts interférant avec le meilleur intérêt de son patient. De plus, cette relation patient-thérapeute se concrétise dans un contexte de restriction budgétaire. Dans cette dynamique, la bioéthique qui est à la fois une science pratique (visant à résoudre des problèmes concrets) et une science conceptuelle (permettant une réflexion en profondeur sur des enjeux de société) invite à la réflexivité plutôt qu'à l'instantanéité (457, 699). Cette approche permet d'analyser

et de gérer avec lucidité les limites réalistes des pratiques professionnelles soucieuses de faire le bien et respectueuses du libre choix des patients (700). Ainsi, nous allons discuter des pistes de solution possibles en lien avec ces facteurs.

Quel serait le système idéal?

Des pistes de solution pour améliorer la priorisation

En termes d'allocation des ressources, entre autres au sujet des critères de priorisation, les systèmes de santé publics ont l'obligation d'avoir un processus constant, transparent et ouvert (122, 123, 306, 390, 551, 658, 701). L'honnêteté et la transparence sont requises pour maintenir la confiance des patients (204). De plus, les décideurs doivent être imputables de leurs décisions (398). Finalement, il doit y avoir une possibilité de réviser les décisions *a posteriori* (306). Un processus d'appel doit être mis en place pour contester les décisions conflictuelles (122, 123, 306, 398, 551, 658, 701). Comme tout le monde partage la même ressource publique, le processus de priorisation doit s'appliquer pour tous dans les mêmes affections (390). Ainsi, le processus de priorisation doit être évalué régulièrement pour s'assurer qu'il est suivi de tous (122, 123, 390, 551, 658). Cette évaluation permet de faire la promotion de l'équité, du respect des règles pour les professionnels et tend à éliminer les faveurs pour d'autres professionnels.

Dans d'autres domaines de la santé, à l'urgence ou aux soins intensifs, les meilleures pratiques de priorisation seraient liées aux éléments suivants : l'utilisation d'une échelle standardisée, un système de priorisation associé à une possibilité d'entreprendre les traitements sur-le-champ (i.e. similaire à la préévaluation en physiothérapie), des systèmes électroniques qui aident le processus décisionnel et un processus d'éducation du personnel au système de priorisation (702). Ce processus d'éducation au système de priorisation est important, car les valeurs et le jugement clinique des individus responsables peuvent avoir une influence majeure dans les décisions. Il est donc essentiel pour les individus responsables de la priorisation de pouvoir reconnaître leurs croyances et leurs valeurs, car celles-ci ont une influence sur leurs décisions d'allocation des ressources. Par contre, une formation de 1 heure n'a pas eu d'effet sur la catégorisation interévaluateur pour des patients en réadaptation (299). De plus, le mécanisme de priorisation doit pouvoir être révisé en fonction du contexte ou des

nouvelles données probantes documentant, par exemple, l'efficacité des traitements de physiothérapie avec certaines clientèles ou encore les délais d'attente maximum pour éviter des complications (390).

Divers auteurs soulignent que le processus de priorisation devrait être fait par un clinicien expérimenté (390, 562), idéalement exempt d'obligations cliniques (390). La priorisation doit être faite en s'éloignant du chevet du patient, selon des politiques claires pour éviter toute forme de favoritisme envers un patient connu par le clinicien et avec lequel il a développé une loyauté et créé un lien thérapeutique (204). Cependant, la personne qui s'occupe de l'allocation des ressources ne doit pas être trop loin du patient, car chaque règle doit être interprétée en fonction du contexte clinique de ce dernier (204). En effet, le rationnement des services en fonction des ressources ou des coûts est extrêmement difficile pour un clinicien qui devrait être guidé par le devoir et la loyauté face à ses patients (552). En plus d'avoir de l'expérience, une étude précise que ce clinicien faisant la priorisation doit avoir un bon jugement clinique et un bon leadership. Il doit avoir un sens de l'humour, être reconnu par ses pairs, être calme sous la pression, bien connaître les ressources et être créatif dans ses prises de décisions (562). Aucun questionnaire validé n'est présenté dans cette étude pour objectiver ces traits de caractères subjectifs.

Les décisions d'allocation des ressources ne doivent pas être liées à des choix individuels, mais à des critères d'allocation (390). L'allocation des ressources doit être basée sur des critères publics et pertinents (398), soit les besoins cliniques : les personnes avec plus de besoins devraient recevoir plus de services que les autres (392, 657). Or, les critères d'allocation des ressources ne sont pas absolus et sont plutôt des repères qui s'ancrent dans les situations concrètes. Selon les situations, le clinicien devra déterminer les critères prioritaires par arbitrage ou par conciliation. Pour que ces recommandations soient pertinentes, il est urgent de faire des études pour évaluer les principes qui devraient sous-tendre la création des outils de priorisation en physiothérapie. Ces principes se baseraient sur des grands principes éthiques (ex. accessibilité sans égard aux caractéristiques des patients ou de leur capacité à payer), tout en minimisant l'impact des biais dans le jugement clinique. Considérant l'angle de la complexité, un outil unique n'est pas une solution valable pour tous les milieux, tous les contextes ou toutes les clientèles. Ainsi, les normes de pratique devront être adaptées dans

chaque milieu, de façon transparente, à partir d'une discussion entre les professionnels, les gestionnaires et les patients.

Tout système d'allocation des ressources aura toujours des perdants, mais l'essentiel est que le fardeau soit partagé équitablement. L'allocation des ressources est d'autant plus complexe dans un contexte de limitation importante alors que certains patients n'auront pas accès aux services de physiothérapie dans un délai raisonnable. Il faut donc que la recherche se penche sur ces sous-groupes d'individus pour déterminer l'ensemble des conséquences sociales, économiques et humaines des choix d'allocation des ressources en physiothérapie. Pendant que certaines clientèles ne reçoivent pas les soins appropriés en physiothérapie, on a pu observer que d'autres clientèles sont surtraitées. Le juste milieu aristotélicien est un repère moral intéressant alors que la vertu se situe entre l'excès et le manque, en fonction du contexte spécifique (302). Nous allons aborder des pistes de solution en relation au problème du sous-traitement et du surtraitement en physiothérapie.

Des pistes de solution relatives au problème du sous-traitement

On constate que les systèmes de priorisation actuels permettent à un petit nombre de patients de recevoir des services aux dépens d'un grand nombre de « perdants », généralement des individus qui présentent des douleurs chroniques. Cela entraîne une défavorisation indirecte par rapport à l'âge et au sexe, car la prévalence de la douleur chronique affecte de façon disproportionnée les femmes et les aînés (367, 703). Ces biais contreviennent aux valeurs fondatrices du réseau de santé canadien et aux valeurs des professionnels de la physiothérapie qui reconnaissent un droit à la santé qui soit égal pour tous sans discrimination.

Les déterminants sociaux de la santé, dont le sexe et le SSE, sont définis comme des facteurs qui déterminent l'état de santé des individus et des populations (704). Ces inégalités créent des disparités fractales qui affectent plusieurs facettes de la vie citoyenne (opportunités d'emploi, le niveau d'éducation, la qualité de l'environnement et du logement, etc.) (321, 705). Les besoins de ces patients (souvent des femmes avec faible SSE) sont distincts et spécifiques. Des facteurs complexes associés à leur statut tels que leur scolarité, leur type d'emploi et leur réseau de soutien font en sorte que leur capacité d'autogestion de leurs symptômes est réduite (706). De plus, les femmes ont des emplois plus précaires, elles ont des

revenus inférieurs, elles occupent le rôle social d'aidant pour les enfants et les aînés et elles ont moins de pouvoir (707). Ces désavantages engendrent une moins bonne santé physique et psychologique.

Le système de santé actuel (dont le système de priorisation en physiothérapie) influence, affecte et renforce ces disparités (205). Pour illustrer cela, nous allons examiner l'exemple des biais face au sexe dans le contexte des chirurgies d'arthroplastie. Il a été expliqué précédemment que les médecins recommandaient moins d'arthroplastie aux femmes (381), malgré qu'elles aient une plus grande prévalence d'ostéoarthrose (367). Les patients atteints d'affections aiguës, tels que des individus post-arthroplastie sont considérés comme prioritaires dans le système de priorisation en physiothérapie. Les autres patients reçoivent des traitements conservateurs pour le traitement de l'ostéoarthrose (comprenant la physiothérapie). Ainsi, le mode de priorisation qui favorise les pathologies aiguës tend donc à entretenir un biais discriminatoire. Les déterminants sociaux de la santé doivent être considérés dans l'évaluation des besoins cliniques, car ils ont une influence sur l'indépendance fonctionnelle et la qualité de vie. La CIF permet de considérer les déterminants sociaux de la santé en considérant le fonctionnement humain dans une perspective globale. D'ailleurs, ces facteurs sont considérés dans le GPS-Health (*Guidance on priority setting in health care*) créé par l'OMS (708).

Pour réfléchir aux solutions potentielles à apporter au problème d'allocation des ressources en physiothérapie, il est essentiel de considérer la situation économique morose et l'avenir sombre du système de santé public québécois dans une ère néolibérale. Aussi, peut-être par cynisme face à ce contexte de limitations des ressources et face au nombre important de biais influençant négativement les décisions d'allocation des ressources, il est pertinent de se questionner sur les conditions nécessaires au maintien d'une allocation des ressources basée sur les besoins cliniques. Childress (1970) propose une sélection en deux temps : d'abord un tri des patients à partir des besoins cliniques les plus urgents suivi d'un tirage au sort ou d'un principe *premier arrivé, premier servi* (709). Cette idée est également partagée par Raymond et collègues qui proposent de fusionner les derniers échelons de priorité (priorité basse et modérée) dans la gestion de la liste d'attente en ergothérapie en CLSC pour éviter que les patients non urgents soient systématiquement dépassés (351, 361). Cela implique

nécessairement que les patients classés dans les catégories urgentes risquent d'avoir une attente un peu plus importante. Une autre possibilité serait d'avoir un mécanisme en place pour que les patients non urgents puissent éventuellement être vus dans un temps d'attente maximum garanti (205, 351, 361, 710). À l'instar de l'idée de Childress, en physiothérapie, il pourrait être pertinent de déterminer les patients « urgents » à partir des facteurs cliniques⁴⁰, et ce, de la façon la plus stricte et restrictive possible; il n'y aurait donc qu'un petit nombre de catégories de patients qu'il faudrait absolument voir dans un délai très court (ex. patient avec un portrait clinique complexe, avec des facteurs de risques cliniques tels qu'un haut risque de complication postopératoire sans mobilisation rapide). Tous les autres patients admissibles pourraient figurer sur une liste d'attente commune gérée selon le principe *premier arrivé, premier servi*. Cela éviterait de systématiquement désavantager les patients avec des affections chroniques.

Finalement, plusieurs informations sont lacunaires pour déterminer ce qui est raisonnable ou déraisonnable quant à l'allocation des ressources en physiothérapie, et ce, à la fois du point de vue de la clientèle, mais aussi du point de vue clinique. Il est donc essentiel d'avoir plus d'information sur les préjudices réels vécus par les patients en lien avec les modes d'allocation des ressources actuels. Ceci permettra de déterminer avec plus de certitude quelles pathologies et quels membres de la société doivent être privilégiés dans la priorisation des services de physiothérapie. En plus du manque de données probantes sur l'impact de l'attente pour la clientèle, peu de données sont disponibles sur la fréquence et la durée optimales des traitements afin d'étayer le raisonnement clinique des professionnels de la physiothérapie.

Alors que la physiothérapie est généralement orientée vers les traitements des patients en aval, une plus grande partie des ressources devrait être consacrée à la prévention en amont (712, 713). Selon Daniels (1982), bien que les mesures préventives aient des visées bien différentes des soins, celles-ci sont essentielles, car elles permettent d'assurer une égalité d'opportunité à tous les citoyens (552). La prestation de services de réadaptation préventifs à toute la population répond au rôle social de promoteur de la santé attribué aux cliniciens et

⁴⁰ Par exemple, l'article de Boissonneault et collègues discute de divers facteurs pouvant contribuer à la prédiction de l'évolution clinique des patients présentant une lombalgie (711).

permet de maximiser la santé de la communauté. Les professionnels de la physiothérapie pourraient être des agents de changement et contribuer à des politiques en santé, à des actions cliniques concertées et à des environnements favorisant de saines habitudes de vie. Il serait d'ailleurs intéressant de pouvoir évaluer l'impact et l'efficacité différenciés d'un professionnel de la physiothérapie faisant une pratique préventive (ex. une clinique de recommandation et d'ajustement d'aides à la marche dans des résidences pour personnes âgées) versus une pratique curative (ex. un suivi individualisé pour les patients ayant une fracture à la suite d'une chute due à une mauvaise utilisation d'une aide à la marche) (712). Ainsi, une étude longitudinale qui compare divers indicateurs (ex. nombre d'hospitalisation, indicateurs de santé subjectifs, etc.) pourrait comparer ces deux types d'interventions en physiothérapie. Une autre stratégie préventive importante est d'offrir de l'assistance afin de promouvoir une meilleure autogestion des maladies chroniques (714, 715). Cela peut se faire grâce à la création et l'appui de groupes de pairs, par des groupes d'exercices, des séances d'information, la diffusion de certaines notions clés dans les médias sociaux ou via les organismes communautaires.

Des pistes de solution relatives au problème du surtraitement

Actuellement, la clientèle qui présente des pathologies aiguës reçoit la plus grande part de la distribution des ressources. D'abord, il est possible que cette clientèle reçoive un plus grand nombre de traitements que nécessaire et donc qu'elle puisse bien évoluer avec moins de traitements. D'ailleurs, une étude de DeCarlo et Sell montre qu'à la suite d'une chirurgie de reconstruction du ligament croisé antérieur au genou, les patients recevant sept ou vingt traitements de physiothérapie durant les six premiers mois postopératoires ont les mêmes gains fonctionnels en ce qui concerne la force, l'amplitude ou les données subjectives rapportées par le patient (ex. niveau de douleur) (716). De plus, plusieurs études suggèrent qu'une majorité d'affections aiguës non chirurgicales pourraient recevoir un moins grand nombre de traitements et que six à dix traitements seraient suffisants (218, 417, 509, 717). Ces patients avec des pathologies aiguës pourraient ne pas avoir autant besoin d'un suivi en physiothérapie que d'autres clientèles.

Une autre clientèle recevant un grand nombre de traitements est la clientèle suivie par un agent payeur. Le grand nombre de traitements peut conduire à la chronicisation de

l'affection du patient, et ce grand nombre de traitements pourrait être une façon de compenser des soins de moins grande qualité (moins de temps avec le patient, plus grand nombre de patients à la fois, etc.). En effet, la qualité des services a été questionnée (226). De plus, lorsque plusieurs payeurs sont en compétition pour les mêmes services (ex. RAMQ et CNESST), les règles propres à chacun s'entrechoquent et créent des inégalités. Dans une analyse pancanadienne de ces politiques, il a été mis en lumière que les normes proposées par les agents payeurs, telles qu'un court délai de prise en charge en physiothérapie pour le travailleur blessé, ne sont pas justifiées explicitement et l'impact populationnel n'est pas discuté (718). Ces mêmes politiques sont lacunaires en ce qui a trait aux objectifs de la réadaptation et aux critères qui permettent d'établir le congé (718).

D'abord, il est essentiel d'examiner s'il est possible d'optimiser la pratique. Par exemple, la pratique en physiothérapie opte généralement pour des traitements individuels curatifs après l'apparition d'un problème de santé; or, les patients pourraient bénéficier de groupes d'exercices avec des rencontres éducatives (91, 149, 470, 719-723) ou même d'une visite préopératoire (724). D'autres approches innovatrices doivent aussi être explorées pour faciliter l'accès à un plus grand nombre (comme la téléadaptation) (725), des suivis téléphoniques (726), des programmes en ligne d'auto-gestion des maladies chroniques (727) ou même des initiatives de prévention via les médias sociaux (728)). En médecine, *Choosing Wisely* est un mouvement qui vise à réduire le surtraitement et le surdiagnostic en faisant du transfert de connaissance en lien avec les données probantes (729). On observe un changement de paradigme puisque les interventions doivent maintenant être soutenues par les évidences; « less is more » (696). Un mouvement à l'instar de la campagne *Choosing Wisely* serait-il utile en physiothérapie? Par contre, il faut faire attention à ne pas limiter arbitrairement le nombre de traitements. En effet, le professionnel doit utiliser son jugement clinique en fonction de l'évolution de son patient pour lui offrir des traitements qui sont appropriés et proportionnés à ses besoins cliniques.

Ensuite, bien que les politiques en santé (ex. politiques des agents payeurs) semblent objectives et techniques, celles-ci sont teintées par des valeurs implicites (391, 730-732) et elles ont une influence importante sur la pratique (732). Il est crucial dans nos sociétés pluralistes que les valeurs qui sous-tendent les politiques soient explicitées, car elles ont une

influence majeure dans la distribution des ressources limitées (198, 732). Des recherches empiriques doivent mieux documenter l'impact des politiques des agents payeurs sur l'équité des services dans le réseau public, lorsqu'elles court-circuitent la liste d'attente, par exemple (733).

Finalement, il est essentiel d'amorcer une réflexion sur ce qui doit guider les décisions face au congé d'un patient, tout en respectant l'essence de la profession, soit promouvoir la meilleure qualité de vie et le plus haut niveau fonctionnel des patients. Plusieurs auteurs ont mentionnés que l'expérience était un facteur qui facilitait le processus décisionnel quant au congé en physiothérapie (290) et dans d'autres domaines de la santé (312, 313). Cela n'est pas surprenant considérant qu'il y a peu de balises pour guider les professionnels. Ainsi, ils doivent s'appuyer sur leur jugement clinique qui leur permet de comparer les besoins et l'évolution d'un patient avec l'ensemble des patients déjà traités (302). Alors, il serait intéressant que chaque département établisse une norme générale ou des politiques plus claires pour faciliter et guider les prises de décision (ex. la fin de traitements implique que le patient est de retour à ses activités antérieures ou a atteint un plateau clinique) (288, 312). Aussi, un mentorat pourrait être offert pour les nouveaux diplômés (312), ou encore ces questions pourraient être discutées régulièrement lors des réunions d'équipe pour uniformiser les pratiques à l'intérieur d'un département (290).

Une étude en médecine a identifié qu'il était plus difficile pour les cliniciens de donner congé aux patients transférés par des collègues que lorsqu'ils avaient eux-mêmes fait l'évaluation initiale (313). Il serait intéressant de se pencher sur cet aspect dans de futures études en physiothérapie. La jurisprudence en physiothérapie montre que le professionnel de la physiothérapie demeure responsable des décisions d'allocation des ressources même s'il n'est pas le thérapeute primaire et qu'il fait le suivi pour un collègue. Les modèles de pratiques en physiothérapie devraient être examinés, car il n'est pas rare que de nombreux professionnels soient impliqués dans le suivi d'un patient, dans le réseau public et dans le réseau privé. Il pourrait être plus difficile d'avoir un jugement critique de l'évolution du patient si le clinicien n'a pas lui-même fait l'évaluation initiale.

Un consensus est-il possible?

Dans un contexte d'austérité économique, quels soins la société québécoise est-elle prête à payer, avec quelles ressources et pour quelle clientèle? Ces débats sociaux sont à la base d'un exercice démocratique et cette conversation devrait avoir lieu de façon transparente sur des plateformes publiques.

L'allocation des ressources est liée à des jugements de valeur. Ainsi, le consensus communautaire sur les facteurs cliniques et non cliniques est difficile à obtenir. Une étude finlandaise a montré une différence entre l'opinion des cliniciens, des administrateurs, des politiciens et du grand public sur les choix de priorisation en santé (137). Plusieurs études illustrent que les choix associés à l'allocation des ressources (priorisation ou fin de traitements) diffèrent entre les patients (et leur famille) et les professionnels de la santé (122, 123, 331, 351, 390, 551, 650, 658, 701, 734-738). De plus, quand ce consensus communautaire est obtenu, il n'est pas nécessairement facile à mettre en pratique. Par exemple, en 1987, dans l'État américain de l'Oregon, il y a eu un consensus sur certaines valeurs permettant de prioriser les soins en santé soit le « Oregon Health Plan experiment ». Une liste objective des services couverts par le programme d'assurance maladie (Medicare) a été élaborée pour faire un rationnement explicite de type QALY. Les affections de santé étaient classées en fonction de l'efficacité du traitement disponible. Ce classement était alors validé par des consultations publiques pour obtenir à la fois l'opinion publique et celle des professionnels de la santé. Il a été observé que les hommes blancs éduqués et riches de la communauté ont été plus en mesure de s'approprier le processus délibératif à leur propre avantage (23). Aussi, les membres de la communauté n'avaient pas de connaissances particulières sur l'impact réel des pathologies pour les patients (23). De plus, dans la pratique, les gestionnaires et les administrateurs de la santé utilisaient leur jugement et leurs valeurs plutôt que l'application stricte de la liste de critères (739). Une étude de Dolan et collègues (1999) met en évidence que l'opinion citoyenne sur la priorisation en santé évolue et s'enrichit avec la discussion (740). Cela réitère l'importance d'un débat ou d'une discussion assortie de période d'éducation citoyenne, plutôt qu'un sondage d'opinion.

Cependant, bien que cette discussion soit exigeante, l'opinion citoyenne est très riche et porteuse de pistes de solution. Par exemple, lors d'une étude de la Nouvelle-Zélande auprès

de patients inscrits sur une liste d'attente de tests d'imagerie à portée diagnostique, ceux-ci ont souligné qu'un problème important est l'incertitude (741). Ces patients vivent de l'incertitude à la fois face à leur problème de santé, mais également face au délai d'attente estimé pour obtenir les services requis. Bien que les patients sachent dans quelle catégorie prioritaire ils sont classés, ils ne savent pas quel est le temps d'attente moyen associé à cette catégorie. Ces participants se sont dits dépendants d'un système dépersonnalisé qui génère de la frustration pour certains ou une impuissance résignée chez d'autres. Ils sentent que le système leur laisse deux options : attendre en devenant plus malade sans savoir à quel moment ils recevront des services ou bien aller consulter dans le réseau privé (741). Ainsi, on constate que le manque de transparence est très lourd de conséquences pour les patients, et que leur donner plus d'information leur permettrait de faire des choix éclairés. Il serait possible (et facile) de dire aux patients leur position dans la liste d'attente en physiothérapie selon leur catégorie prioritaire (urgent ou non urgent) et le temps approximatif liés à cette catégorie. Un appel, un courriel ou une lettre de suivi pourrait être fait périodiquement pour faire un suivi de leur position sur la liste. Cela permettrait également indirectement de faire une surveillance et une mise à jour de la liste d'attente, en demandant à ces patients de contacter le département pour les aviser de tout changement.

Aussi, les patients qui quittent les urgences sans avoir obtenu de soins ont identifié des éléments qui auraient pu leur permettre de patienter davantage. Ils auraient apprécié avoir des suivis plus fréquents sur leur temps d'attente et avoir accès à des traitements temporaires immédiats pour un aspect urgent de la consultation (742). Par exemple, quelqu'un se présentant avec une entorse pourrait recevoir un sac de glace en attendant la rencontre avec le médecin. Cette suggestion simple est facilement transposable au contexte en physiothérapie : un patient pourrait apprécier avoir une rencontre de préévaluation lors du processus de priorisation qui permettrait de faire de l'enseignement personnalisé aux patients en attente de soins pour répondre à leurs besoins urgents (offrir des conseils, des exercices, une référence à un autre service, etc.).

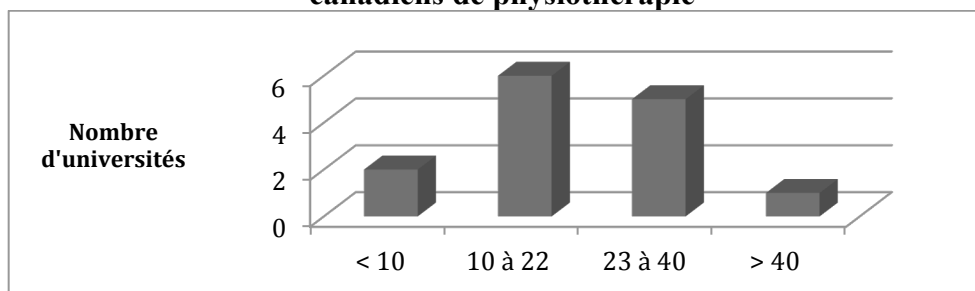
Des leviers d'action pour l'amélioration des pratiques

Les stratégies d'action passent par cinq leviers distincts, mais intrinsèquement reliés : la formation, les normes, les incitatifs, le symbole et l'autorité (743). Plusieurs stratégies

doivent être mises en place de façon parallèle pour tenir compte de la variété des motivations des individus. Le but ultime de ces stratégies est que chaque acteur modifie sa pratique de façon cohérente avec les valeurs de la profession en ce qui a trait à l'allocation des ressources et les valeurs du système de santé. C'est la diversification de stratégies en parallèle qui pourra contribuer à modifier les pratiques.

Premièrement, la formation est essentielle, car il faut continuer d'outiller les étudiants et les professionnels de la physiothérapie face aux grands enjeux éthiques auxquels ils sont confrontés afin de leur permettre de les reconnaître, de les comprendre et de mieux les gérer. Dans une étude portant sur l'enseignement de l'éthique dans les départements de physiothérapie canadiens réalisée à l'aide d'une évaluation des plans de cours, seulement 6,5 % (SD=4,8) des cours de physiothérapie incluent des notions d'éthique ou de professionnalisme (617). De plus, seulement 4 programmes de physiothérapie sur 14 ont un cours entièrement dédié à l'éthique (617). Un sondage a permis de préciser l'importance accordée à l'éthique au sein de ces curriculums universitaires (744). La figure 8 représente la distribution du nombre d'heures dédiées exclusivement à l'enseignement de l'éthique durant l'ensemble de la formation universitaire, la médiane se situant entre 10 et 22 heures (744). Ce nombre d'heures est modeste si l'on considère la durée des formations académiques professionnelles qui varie de deux à quatre ans. De plus, ce sondage a permis de mettre en lumière de nombreux obstacles pouvant avoir une influence sur la qualité de l'enseignement offert en éthique. Par exemple, les participants ont souligné un manque d'heures dédiées à l'enseignement de l'éthique, des groupes très nombreux et le manque d'outils pédagogiques spécifiques à la discipline.

Figure 8. Nombre d'heures dédiées à l'enseignement de l'éthique dans les programmes canadiens de physiothérapie



L'amélioration continue des compétences des professionnels de la physiothérapie gradués est essentielle. Une pratique basée sur les données probantes nécessite que les professionnels de la physiothérapie s'informent des nouvelles pratiques exemplaires. L'OPPQ a d'ailleurs une politique d'amélioration continue de la compétence où chaque professionnel doit suivre 45 heures de formation continue par période de 3 ans (273). Le choix des formations incombe au professionnel, qui choisira celles-ci en fonction de ses objectifs d'amélioration de compétences dans l'ensemble des rôles qu'il doit accomplir (par exemple, l'expert, le communicateur, le collaborateur, le praticien professionnel) (745). La formation post-graduée apporte des bénéfices importants pour la compétence du professionnel de la physiothérapie, la réputation de la profession, mais également pour la protection du public. Actuellement, les professionnels de la physiothérapie canadiens ont très peu d'options s'ils désirent maintenir ou améliorer leur compétence en éthique.

Une première étape pour lutter contre les biais passe par leur reconnaissance, et donc par un processus de formation (316, 426, 746-753). Favoriser ses propres intérêts est un instinct généralement inconscient, automatique et viscéral, alors que la reconnaissance de nos obligations envers les autres implique un processus beaucoup plus réflexif (274). À l'instar des vertus aristotéliennes, il est essentiel d'outiller les professionnels pour adopter des comportements par un choix rationnel et par habitude (ou par l'éducation) allant à l'encontre des penchants spontanés (les biais, ou le favoritisme) (302). Par exemple, la formation pourrait avoir une influence modeste, mais positive, sur le jugement clinique et les attitudes des cliniciens (141, 142).

Le public et les professionnels doivent donc être formés sur les facteurs cliniques et non cliniques qui guident l'allocation des ressources (398). Certains outils commencent à être mis en place. Par exemple, il existe des échelles de sensibilisation aux biais cliniques qui peuvent être utilisées pour faciliter le processus réflexif individuel ou encore pour faire un contrôle de qualité dans les départements cliniques (426, 754, 755). Il ne suffit pas d'essayer d'être neutre face aux différences pour éviter les biais. Il faut que les professionnels aient une pratique réflexive pour identifier les biais individuels et ceux qui sont ancrés dans les structures sociales. Cette reconnaissance leur permettra de constater l'impact pernicieux des biais et d'adapter leur pratique professionnelle pour les atténuer (426, 756, 757). La

reconnaissance de l'influence des biais sur la pratique ne peut pas être enseignée en une seule séance, mais doit être intégrée de façon longitudinale tout au long du curriculum (426, 758). De plus, il est important de sensibiliser tout le corps professoral dans les universités face aux enjeux éthiques, dont les biais dans l'allocation des ressources en santé (759).

Bien que l'éducation formelle ait une influence importante sur le jugement moral, de la sensibilité éthique et d'une pratique réflexive (760-763), aucune étude ne permet à ce jour d'évaluer si les cours d'éthique en physiothérapie lors de la formation universitaire canadienne permettent de produire des professionnels de la physiothérapie sensibles aux problèmes liés à l'allocation des ressources. La recherche pourra permettre de créer des données probantes pour soutenir l'enseignement de l'éthique (pour limiter les biais), ainsi que la création et l'implantation de politiques d'allocation des ressources (293). Par exemple, l'enseignement aide les professionnels de la physiothérapie à instaurer une relation thérapeutique avec les patients qui ont des douleurs chroniques (355). En ce sens, les chercheurs doivent assister les professeurs d'éthique pour que ceux-ci raffinent leurs outils pédagogiques et qu'ils élaborent une spécialisation propre à la réalité clinique en réadaptation afin de mieux guider les étudiants vers une pratique réflexive.

De plus, l'impact de la formation devra être évalué. Il serait intéressant de corréler les résultats d'évaluation aux cours d'éthique, ainsi que d'autres indices du professionnalisme des étudiants (ex. plagiat) avec les comportements non professionnels observés chez les professionnels de la physiothérapie (basés sur les sanctions disciplinaires liées à la multiplication de traitements par exemple). D'ailleurs, une étude de Harderman et collègues (2015) montre que les attitudes des étudiants en médecine face au paradigme de soins centrés sur les patients sont influencées par leur propre âge, leur sexe et leur SSE : les femmes avec un plus faible SSE ont une attitude plus favorable aux soins centrés sur les patients (764). Si cette corrélation était établie, une réflexion pourrait s'avérer nécessaire sur les normes « éthiques » d'entrée dans les programmes de formation en physiothérapie. Finalement, ces données probantes pourront soutenir les professionnels de la physiothérapie dans leur rôle de promoteur de la santé. En conclusion, l'enseignement, la formation et la diffusion d'information peuvent aider les professionnels de la physiothérapie à reconnaître les enjeux

éthiques associés à l'allocation des ressources (276). Plus il y aura d'individus outillés pour avoir une pratique réflexive, plus la profession instaurera une culture éthique (277).

Deuxièmement, les normes sont un guide important. Ainsi, il est essentiel que les ordres professionnels provinciaux et les diverses associations professionnelles mettent en place des politiques et des guides de pratique en lien avec l'allocation des ressources propre à la réalité de leurs milieux (privé ou public, type de clientèle, etc.) Bien que les guides de pratique donnent des balises sur les modalités thérapeutiques en physiothérapie (par exemple, l'utilisation de l'électrothérapie), ils demeurent lacunaires sur les normes de pratique clinique en lien avec l'allocation optimale des ressources (par exemple, la fréquence des traitements). Considérant qu'à ce jour, peu d'information est disponible pour établir des normes de pratique sur les délais de prise en charge ou la fréquence des traitements en fonction des affections de la clientèle (outre des politiques d'assurances privées (287) ou d'agents payeurs (206), ou des politiques internes d'établissement (288)), des recherches ciblées pour créer des guides de pratique permettraient de mieux encadrer la pratique des professionnels de la physiothérapie en limitant l'influence des biais dans l'allocation des ressources. Se fier uniquement au jugement du professionnel de la physiothérapie pour éviter les situations de biais dans l'allocation des ressources serait insuffisant, car les influences sont complexes et persuasives.

Troisièmement, les incitatifs encouragent des actions spécifiques en lien avec des comportements voulus, qu'ils soient positifs (pour encourager à bien agir) ou négatifs (pour viser la dissuasion) (271, 694). Bien que l'éthique ait comme pierre angulaire l'éducation, les sanctions légalistes en cas d'inobservance des règles ont également une valeur éducative. Hobbes disait d'ailleurs dans le *Leviathan* que les conventions sans les glaives ne sont que du vent (765). Les professionnels de la physiothérapie peuvent avoir le comportement désiré en lien avec l'allocation des ressources de façon volontaire, mais ils peuvent également y être contraints (694). Actuellement, les codes de déontologie en physiothérapie, au Canada, sont à l'évidence insuffisants pour gérer adéquatement ces questions. Cela a été montré par l'analyse de la jurisprudence alors que les normes minimales sont encore très contextuelles. L'effet lié aux pairs n'est pas à négliger; si la mauvaise gestion d'un enjeu éthique comme l'allocation des ressources est vue comme étant socialement inacceptable, cela aura une influence limitant d'emblée les écarts (694). Le code de déontologie, cet outil normatif, pourrait être

accompagné d'un outil éthique permettant d'articuler pleinement les idéaux et les valeurs professionnelles. Les professionnels de la physiothérapie fautifs (ex. fraude face aux agents payeurs) doivent être punis sévèrement pour que les sanctions aient une portée exemplaire, et qu'elles lancent un message clair à l'ensemble de la profession (276).

Quatrièmement, on doit mettre en place un symbole positif et fort afin de favoriser une pratique équitable d'allocation des ressources. Par exemple, un prix de l'innovation pour des pratiques locales d'allocation des ressources se distinguant serait un levier symbolique efficace (277). Les individus ont des motivations intrinsèques et ils décident consciemment s'ils désirent respecter les politiques. Cette décision se base sur les liens entre leurs propres croyances et valeurs, et celles promues par la politique (743). Il faut donc que les professionnels de la physiothérapie et le public cible sachent par une diffusion appropriée que les politiques sont cohérentes avec leurs propres valeurs. La publicité positive est donc un levier symbolique efficace (743). Les leviers symboliques favorisent l'émergence d'idées novatrices pouvant avoir une influence sur l'ensemble de la profession. Cela encourage également une utilisation et une appropriation des politiques, avec une teinte locale (743). Ce type de persuasion positive permet au professionnel de la physiothérapie de s'informer et de décider lui-même s'il adhère ou non aux principes promus (766). Effectivement, il est essentiel d'accompagner la reconnaissance individuelle des biais, obtenue grâce à l'éducation, par des changements institutionnels, pour que la structure collective adopte des changements concertés et durables (746). Et pour accompagner les changements dans les pratiques, les professionnels de la physiothérapie et leurs institutions professionnelles doivent être les alliés de ces patients vivant des injustices, afin de promouvoir une culture des soins en physiothérapie qui soit réellement équitable pour tous (321).

Finalement, une autorité reconnue, que ce soit une autorité hiérarchique légitime dans l'organigramme d'une clinique, ou une autorité professionnelle comme l'OPPQ, doit pouvoir sévir (743). Par exemple, la multiplication de traitements ne semble pas s'autoréguler dans les cliniques privées. Bien que la régulation interne soit préférable (268), cette situation crée la nécessité d'imposer des régulations externes efficaces (restrictions ou régulations) pour encadrer la pratique. Ces régulations externes peuvent être gérées par les agents payeurs, les associations professionnelles ou par les ordres professionnels. Par contre, cela entraînera

inévitablement des répercussions sur l'autonomie des professionnels de la physiothérapie. Il serait d'autant plus intéressant qu'un processus d'accréditation géré par les pairs (par exemple, via la FPPPQ ou l'AQP) soit mis sur pied pour encadrer la pratique. D'ailleurs, la mission de la FPPPQ est que ses membres dispensent des services de qualité, à la fois au plan clinique et au plan de la gestion de leurs cliniques (37). Un suivi régulier incluant des inspections de cliniques, dans une optique de bonification de la pratique, permettra de consolider les éléments des politiques d'allocation des ressources (694).

Un contexte social de privatisation des systèmes publics

Il y a une relation étroite entre ces parallèles que sont le système public et le système privé. En physiothérapie, on observe une réduction de services offerts dans les cliniques externes de physiothérapie du réseau public avec une redirection de la clientèle vers les cliniques privées (89). La privatisation est effectivement la réponse gouvernementale dominante face à un réseau de la santé public qui peine à répondre à la demande (205, 767-769). La privatisation implique que le gouvernement délaisse certaines activités traditionnellement financées et gérées par le système public en diminuant ses prestations, en transférant ces activités vers des partenaires privés (767, 769). L'idéologie sous-jacente à la privatisation est le néolibéralisme économique. Cette logique présume que le réseau privé pourra mieux contenir les dépenses et pourra être plus efficace grâce à une série de mécanismes (concurrence, moins de contraintes bureaucratiques, surveillance des actionnaires). Cependant, la privatisation est basée sur les principes du marché, dont l'objectif premier demeure le profit (205, 767, 769). La marchandisation s'opère aussi à l'intérieur des départements de physiothérapie par certains critères d'allocation des ressources, ciblés sur les gens de la population active (priorisation des travailleurs en lien avec leur incapacité au travail, mais la non-priorisation d'étudiants ou d'aînés dans un contexte de limitations fonctionnelles similaires), dans le but de mettre l'emphase sur la force de travail.

Cette quête de profit peut avoir des répercussions sur la distribution et sur la qualité des services. Bien que cette causalité entre la recherche du profit et la diminution de la qualité des soins ne soit pas démontrée empiriquement dans le contexte des services de physiothérapie, être suivi dans une clinique privée est un facteur associé au surtraitement lors de l'analyse de la jurisprudence associée à la multiplication de traitement. De plus, la clientèle d'un agent

payeur comme la CNESST semble être suivie plus souvent selon les données obtenue par le sondage pancanadien. Certaines évidences semblent indiquer une moins grande qualité des soins pour cette clientèle (ex. traitements plus courts, personnel moins qualifié, etc.) (226). Ainsi, cette rationalité économique peut avoir une influence sur la qualité et la distribution équitable des services (768). Ironiquement, les agents payeurs ont été un facilitateur pour cette tendance vers la privatisation (770), en combinaison avec les compressions financières accentuant les délais de prise en charge dans le réseau public (107).

Les citoyens canadiens sont mitigés face à la création d'un système de santé à deux vitesses, craignant l'appauvrissement du système public (771, 772). La privatisation implique une structure sociale moins égalitaire qu'un système d'accès universel (148, 773). Ce système à deux vitesses implique deux classes de citoyens : ceux qui ont les contacts ou les ressources, et les autres. Cette présence du secteur privé en santé crée une plus grande inégalité entre les citoyens, alors que ce sont généralement les patients les plus défavorisés qui ont le plus de besoins, mais aussi le moins de moyens d'accéder aux ressources (773). D'ailleurs, une étude de Mou (2013) dans 13 pays de l'OCDE observe davantage d'inégalité lorsqu'une plus grande proportion des dépenses en santé est utilisée par des systèmes privés (774).

Or, la santé n'est pas un bien de consommation ordinaire, mais bien un outil de protection sociale. Les règles du libre marché, seules, sont inappropriées pour répondre aux valeurs et aux idéaux animant la population en matière de répartition de ce bien premier (773). La santé est la base nécessaire pour que chaque individu, porteur d'une dignité, soit en mesure d'atteindre son plein potentiel. Ainsi, les services de physiothérapie ne doivent pas être perçus comme un luxe réservé aux plus riches, ou aux personnes ayant eu « la chance » de se blesser au travail ou sur la route plutôt qu'à la maison! Nos données confirment que les patients qui peuvent avoir accès aux cliniques privées de physiothérapie auront moins d'attente et une plus grande fréquence de traitements par rapport aux patients suivis dans le réseau public. En plus, des patients sans assurances refusés dans le réseau public n'ont pas la possibilité d'obtenir des soins dans le réseau privé.

Sommes-nous près du point de rupture sociale (en santé, mais également dans d'autres sphères de la vie publique), ce point de déséquilibre où les écarts sont trop importants entre les riches et les pauvres, entre les gens qui ont accès aux biens premiers et ceux pour qui ils sont

exclus? En situation de rareté très importante, les principes de justice distributive pourraient plus difficilement prévaloir, chacun agissant par intérêt personnel et par nécessité (657). En physiothérapie, certaines clientèles sont surtraitées pendant que d'autres sont délaissées. Cette situation ne correspond pas aux idéaux et aux valeurs de la profession.

Cette thèse se veut un appel à l'action pour lutter contre la marchandisation et la privatisation de nos systèmes publics. En concordance avec l'angle de la complexité, les solutions aux problèmes d'accès aux services de physiothérapie et à l'allocation des ressources (et plus largement aux services de santé) doivent être diversifiées et émergentes. Il faut éviter de se résigner face à ces changements et il faut se mobiliser individuellement et collectivement contre « cette dictature des marchés, cet économisme exclusif qui réduit le champ des activités humaines au seul travail producteur de valeur monétaire » (439). Tous les acteurs prenant part au système peuvent aider à le modifier : les patients, leur famille, les citoyens, les professionnels de la physiothérapie, les gestionnaires, etc.

Les stratégies utilisées peuvent être très diversifiées : engagement politique ou social, lettres d'opinion dans les journaux, représentations auprès des agents payeurs et des gouvernements, pétitions, discussions lors d'une assemblée syndicale ou d'une rencontre départementale au sein d'un établissement pour modifier une pratique jugée inéquitable, guider et encourager un patient qui désire porter une plainte, s'impliquer en recherche, s'informer et discuter avec les associations de patients ou de professionnels, créer des normes de pratique plus cohérente avec les valeurs de la profession, faire une vidéo de sensibilisation, etc.

Il existe d'étroites connexions entre le système public et le système privé en physiothérapie. Cependant, la fermeture des cliniques externes de physiothérapie du réseau public n'implique pas nécessairement une hausse de clientèle dans le réseau privé; par contre, elles impliquent nécessairement des laissés-pour-compte et une population moins en santé. Cette mise en garde est également faite par Adams et collègues (2015) alors qu'ils rappellent aux gestionnaires australiens qu'il serait hasardeux de présumer que les lacunes du réseau public vont nécessairement être compensées par le réseau privé (125). Le réseau privé en physiothérapie a également des limitations d'espace, d'expertise, mais surtout de rentabilité (125). Tel que précisé lors des entrevues, la clientèle suivie dans les cliniques

externes du réseau public est plus hypothéquée, avec un portrait clinique plus complexe et des besoins plus importants. Économiquement parlant, cette clientèle sera moins « rentable » pour les cliniques privées que leur clientèle actuelle plus jeune et mieux nantie. Cette nouvelle clientèle nécessitera des installations plus coûteuses et plus de temps lors des traitements. De plus, les inégalités grandissantes dans la société sont très inquiétantes pour la santé de la population. Ces inégalités qui limitent la pleine contribution sociale et économique des groupes marginalisés ont inévitablement des conséquences face à la cohésion sociale (428). Les valeurs des professionnels de la physiothérapie, qu'ils travaillent dans le public ou dans le privé, demeurent la fonction et la qualité de vie de la population. D'ailleurs, un rapport économique commandé par la FPPPQ recommande aux professionnels d'« œuvrer en faveur d'un meilleur accès à la physiothérapie en première ligne » (37). Considérant les interrelations étroites entre les systèmes publics et privés, cette lutte devrait également être menée par les propriétaires de cliniques privées et les professionnels de la physiothérapie travaillant au privé. Il faut trouver un point d'équilibre dans l'offre de services en physiothérapie dans le réseau public et privé, où les soins seraient équitablement distribués pour la population avec un haut standard de qualité. Tous les professionnels de la physiothérapie, les gestionnaires et les citoyens doivent être interpellés et indignés face à ces injustices et par la souffrance de leurs semblables. La solution passe certainement par l'échange des points de vue.

Aussi, nos institutions (privées et publiques) et nos professions sont à risque de subir de la corruption (775). La physiothérapie a déjà connu quelques avertissements avec des situations irrégulières de multiplication de traitements. De plus, dans le réseau public, les entrevues ont révélé que certains patients privilégiés court-circuitent la liste d'attente. Il est donc essentiel pour la profession de faire une réflexion sur la façon de distribuer les ressources. Ces processus doivent être appliqués de façon honnête et transparente. Des méthodes de vérification et des mécanismes de surveillance doivent être mis en place et il devra y avoir des sanctions significatives prévues contre les quelques institutions contournant les règles, car ceux-ci ternissent l'image de la profession.

L'espoir passe par la formation. Il est nécessaire de former à la fois les citoyens pour qu'ils s'orientent mieux dans le système (776), qu'ils améliorent leur littératie médicale (777-779), mais aussi pour qu'ils autogèrent mieux leurs affections de santé (780). Plusieurs

éléments tendent à mettre en évidence que les patients plus éduqués sont plus en mesure d'obtenir les soins dont ils ont besoin. Il est aussi essentiel de former les professionnels de la physiothérapie. Cette formation doit porter sur les grands principes éthiques, mais également sur les valeurs qui animent la profession, sur les biais dans l'allocation des ressources et sur leur devoir de défendre leurs patients et leurs institutions. Il est essentiel de lutter contre la morosité et le statu quo (24, 781). L'engagement dans un activisme moral est primordial pour faire la promotion de la santé pour nos patients et pour nos communautés. Finalement, il est important de se rappeler que le système de santé n'est pas fondé sur des valeurs économiques (ex. équilibre budgétaire ou recherche de profit), mais bien des valeurs humanistes visant l'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie de la clientèle.

Des écueils méthodologiques

Ce projet de recherche rencontre certaines limites qu'il faut souligner. Premièrement, considérant que la thèse traite exclusivement de la population adulte ayant des problèmes musculosquelettiques, les résultats ne s'appliquent pas d'emblée à d'autres clientèles. Pour avoir une vision plus globale de la situation québécoise, une prochaine étude devrait comparer ces résultats avec d'autres types de populations traitées en physiothérapie (ex. clientèle pédiatrique ou neurologique).

Deuxièmement, seuls certains facteurs influençant l'accessibilité ont été considérés, soit l'allocation des ressources de physiothérapie (incluant la priorisation des patients, ainsi que la fréquence et la durée de leurs traitements). Effectivement, plusieurs autres facteurs déterminent l'accessibilité des ressources en santé (le type de services de santé, la disponibilité des ressources ou la démographie de la population ciblée). De plus, la nature des interventions en physiothérapie n'a pas été considérée (modalités comme l'électrothérapie ou les exercices) bien que celles-ci puissent influencer l'efficacité et l'efficience des traitements en ayant un impact à la fois sur l'accessibilité, sur l'amélioration de la santé et sur la satisfaction des patients. En effet, on a documenté dans l'étude *Facteurs influençant la multiplication de traitements en physiothérapie : une analyse thématique de la jurisprudence québécoise* que le type de modalité de traitement, soit les modalités passives, semble être un facteur pouvant contribuer au problème de surtraitement. De plus, le délai d'attente a été défini comme le premier contact avec un physiothérapeute. Or, la signification de ce premier contact peut

varier dans certains milieux. Effectivement, il arrive qu'un physiothérapeute voit un patient rapidement puis le remette sur une liste d'attente (ex. préévaluation lors du processus de priorisation) : il ne s'agit pas alors d'une réelle prise en charge. Nos données obtenues via le sondage pancanadien ne permettent pas de distinguer la réelle prise en charge du premier contact. Camden et collègues (2013) suggèrent que cette mesure reflétant l'accessibilité soit un processus continu (621). Une prochaine recherche pourrait procéder à des études de cas longitudinales qui compareraient les données de différentes provinces canadiennes pour certaines clientèles types afin d'observer les obstacles et les facilitateurs dans l'accès réel continu aux ressources en physiothérapie. Ces études longitudinales pourraient inclure comme variables les facteurs liés aux ressources en physiothérapie (réseau privé ou public, limitations des ressources, délai d'attente, fréquence et durée des traitements en lien avec l'affection clinique), les facteurs liés à la capacité du patient d'accéder à ces ressources (statut d'assurance, mobilité du patient [ex. : type d'aides à la marche utilisées, etc.], heures d'ouverture de la clinique, etc.), les facteurs cliniques (types de modalités utilisées pendant le traitement) et les facteurs contextuels (politiques des agents payeurs, structure du système de santé, politiques de santé, etc.)

Troisièmement, cette thèse a ciblé la situation en physiothérapie face à l'allocation des ressources sans évaluer le contexte plus large des limitations de ressources dans l'ensemble du système de santé québécois. Il serait intéressant de faire une analyse des politiques et du financement public pour évaluer le pourcentage de ressources relatives et absolues dédiées à la physiothérapie dans le réseau public. Cela pourrait être mis en parallèle avec des indicateurs de santé, de qualité de vie ou de satisfaction de la population québécoise et pourrait être comparé avec la croissance des cliniques privées au Québec. Dans un système aussi complexe que la santé, outre le vieillissement de la population, plusieurs variables confondantes devraient être prises en compte pour discuter de l'évolution des dépenses en santé et du manque de ressources qui en résulte (ex. transferts financiers fédéraux vers les provinces, coûts structurels, avancées technologiques, changement des pratiques cliniques, etc.). De plus, malgré l'engagement de la plupart des professionnels de la physiothérapie d'assurer un accès équitable aux services, les attentes et les pressions exercées par les agents payeurs par des ententes contractuelles peuvent indûment influencer les décisions professionnelles, ce qui

affecte l'équité dans l'allocation des ressources. Effectivement, dans le secteur public, la CNESST rembourse les départements de physiothérapie pour les services fournis aux patients couverts par l'indemnisation des travailleurs. Les clauses de ces ententes ne sont pas facilement accessibles et indiquent les délais d'attente maximaux pour une prise en charge et les montants des remboursements (206). Il serait intéressant de pouvoir obtenir l'accès à l'ensemble de ces ententes — via la Commission de l'accès à l'information — pour évaluer leur teneur et leur impact sur l'allocation des ressources en physiothérapie.

Finalement, cette thèse a utilisé des mesures indirectes (entrevues et sondage par vignettes cliniques) pour dresser un portrait de la situation actuelle. Ce devis n'a pas la même force qu'une étude observationnelle, car il y a toujours un écart entre la perception des gens et ce qu'ils font en réalité. D'ailleurs, Britten (2006) nous rappelle : « *What people say they do is not always the same as what they can be observed doing.* » (529). Pour répondre à l'objectif de recherche, il aurait été plus efficace de collecter des données sur les pratiques actuelles et d'en faire une analyse statistique. Malheureusement, à l'heure actuelle, les données publiques sont difficilement accessibles pour les chercheurs canadiens (782, 783). Une stratégie efficace pour répondre à notre objectif de recherche aurait pu être une analyse statistique des données des agents payeurs et une analyse détaillée des statistiques des départements de physiothérapie dans le réseau public (temps d'attente, nombre de patients sur la liste d'attente, caractéristiques des patients qui attendent et de ceux pris en charge, etc.) Toutefois, il a été impossible d'obtenir ces données auprès de la CNESST bien que les cliniques privées dispensent entre 85 % et 95 % de l'ensemble des traitements de physiothérapie couverts par la CNESST (72, 73). De plus, le milieu privé n'est pas tenu de garder des statistiques de ce type. Une analyse économique récente faite pour la FPPPQ révèle que les statistiques sont trop incomplètes en ce qui concerne le suivi des clientèles avec des problèmes musculosquelettiques et des problèmes chroniques pour pouvoir tirer des conclusions (37). Le réseau public conserve des statistiques, mais ces statistiques sont difficilement accessibles, inconstantes d'un milieu à l'autre et peu détaillées. Ainsi, l'utilisation de leurs statistiques ne nous permettait pas de faire un état de la situation ni de généraliser nos résultats. Aussi, dans le réseau public, il n'y a pas de système centralisé des temps d'attente de la clientèle en physiothérapie. En outre, ni les indicateurs ni les méthodes de collecte de ces informations ne

sont standardisés. À cet égard, il serait essentiel d'avoir des outils de gestions standardisés, informatisés et centralisés pour mieux évaluer la performance des cliniques externes de physiothérapie et l'impact de l'attente chez la clientèle (784). De plus, si les institutions professionnelles ont à cœur d'avoir une pratique équitable, sans biais, il est essentiel d'avoir des indicateurs ou des mécanismes standardisés pour faire le suivi des caractéristiques individuelles et des statuts d'assurance des patients. D'ailleurs, Jaffe et Jimenez (2015) nous rappellent que : « That which is valued is that which is measured; that which is unmeasured will not be improved. » (321) Un sondage récent de Deslauriers et collègues (2016) a été fait auprès des gestionnaires de liste d'attente dans les établissements publics québécois (100) et cette initiative pourrait être la première étape en vue d'une standardisation des pratiques et des indicateurs du temps d'attente dans les cliniques externes de physiothérapie. Un accès libre et gratuit aux données publiques générées par les organismes gouvernementaux et paragouvernementaux serait un moyen simple pour améliorer la qualité de la recherche afin de mieux informer les décideurs des politiques publiques (782).

CONCLUSION

Cette étude transversale à devis mixte a permis une exploration des facteurs influençant la priorisation des patients, ainsi que la fréquence et la durée des traitements en physiothérapie musculosquelettique. Elle a aussi permis de dresser un portrait plus complet et plus nuancé des problèmes associés à l'allocation des ressources en physiothérapie en appréhendant l'ampleur et la complexité de ces problèmes. Les besoins de la population sont nettement supérieurs aux ressources actuelles, donc les professionnels de la physiothérapie doivent décider qui pourra accéder ou non à ces services. La tragédie provient de cet écart toujours plus important entre la compétence grandissante des professionnels pour améliorer la qualité de vie des patients et l'impossibilité d'utiliser cette compétence de façon optimale à cause d'un manque de ressources (392).

Les décisions d'allocation des ressources en physiothérapie doivent être équitables, c'est-à-dire basées sur les besoins cliniques des patients. Ces besoins liés à la fonction et à la qualité de vie doivent guider les décisions de la prise en charge jusqu'au congé. Bien que les décisions ne soient pas biaisées par l'âge, le sexe et le SSE du patient, d'autres influences créent des iniquités dans l'allocation des ressources en physiothérapie. En effet, la chronicité d'une affection, le statut d'assurance, l'attitude et le comportement des patients teintent les décisions d'allocation des ressources conduisant à la fois au surtraitement pour certaines clientèles et au sous-traitement pour d'autres. Les facteurs cliniques et non cliniques influençant l'allocation des ressources en physiothérapie doivent être minutieusement examinés pour que les modèles décisionnels soient éthiquement justifiés et appliqués de façon transparente, systématique et responsable. Ces iniquités renforcent le besoin de procéder à des études supplémentaires pour l'établissement de politiques nationales et provinciales permettant de guider le jugement clinique et, ainsi, assurant l'équité dans l'allocation des ressources en physiothérapie.

Bibliographie

1. Proust M. À la recherche du temps perdu. Tome I. Du côté de chez Swann, rédacteur: Éditions de la Nouvelle revue française; 1919.
2. O’Cathain A, Thomas K. Combining qualitative and quantitative methods. Dans: Pope C, Mays N, rédacteurs. *Qualitative Research in Health Care*. 3e éd: Blackwell Publishing Ltd; 2006. p. 102-11.
3. Laliberté M. Parcours d'une indignée. Dans: Agence Science Presse, rédacteur. *Blogue ta science!* <http://www.sciencepresse.qc.ca/blogue/2015/07/23/parcours-dune-indignee2015>.
4. Laliberté M, Hunt M, Williams-Jones B, Feldman DE. Health care professionals and bedbugs: an ethical analysis of a resurgent scourge. *HEC forum*. 2013;25(3):245-55.
5. Laliberté M. Magie de Noël à la résidence intermédiaire: un conte urbain. *BioéthiqueOnline*. 2013;2(11).
6. Laliberté M. L’autre maison: what living environment are we preparing for our elderly? *Journal of Ethics in Mental Health*. 2013;1(8).
7. Kwan JL, Maltais C, Laliberté M. Physiotherapy in community settings: should the precautionary principle guide metastatic bone cancer treatment? *Journal of Palliative Care*. 2015;31(1):51-6.
8. Grégoire S, Maltais C, Laliberté M. Physiothérapie oncologique en soins palliatifs : comment le principisme peut-il guider la prise en charge *BioéthiqueOnline*. 2013;2(6).
9. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Mockrani 31-13-022: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2015).
10. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Anli 31-13-023: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2015).
11. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Cyr 31-12-002: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2012).
12. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Chaput 31-12-011: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2012).
13. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Boucher 31-12-003: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2012).
14. Gouvernement du Québec. *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficience et de qualité* 2006.
15. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003;57(4):254-8.
16. Santé Canada/ Health Canada. *Certaines circonstances. Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées*. Dans: Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, rédacteur. 2001.
17. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*. 2013;12(1):18.
18. Canadian Medical Association. *Assurer un accès équitable aux soins de santé: stratégies pour les gouvernements, les planificateurs de systèmes de santé et les médecins*. 2014.
19. Garnier M, Delamare V, Delamare J, Delamare T, Delamare J, Delamare F, et al. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 30e éd. Paris: Maloine; 2009.

20. Glanze WD, Anderson K, Anderson LE. *Mosby's medical, nursing, and allied health dictionary*. 6e éd: Mosby/Elsevier; 2002. 2140 p.
21. Mitchell JM, Reschovsky JD, Reicherter EA. Use of physical therapy following total knee replacement surgery: implications of orthopedic surgeons' ownership of physical therapy services. *Health Services Research*. 2016;Early Online(23 Février 2016).
22. Gouvernement du Québec. *Grand dictionnaire terminologique de l'Office québécois de la langue française* [En ligne]. <http://www.granddictionnaire.com2012> [cité le January 5 2016].
23. Charlesworth M. *Bioethics in a liberal society*. Australia: Cambridge University Press; 1993.
24. Johnstone M-J. *Bioethics: a nursing perspective*. 5e éd. Churchill Livingstone, rédacteur. Victoria, Australia: Elsevier Health Sciences; 2009.
25. Swisher LLD, Arslanian LE, Davis CM. The realm-individual process-situation (RIPS) model of ethical decision-making. *Technology*. 2005;305:284-4535.
26. Rochon C. *La bioéthique et les conflits armés: la réflexion éthique des médecins militaires*. Papyrus: Université de Montréal; 2015.
27. Sinding C, Schwartz L, Hunt M, Redwood-Campbell L, Elit L, Ranford J. 'Playing god because you have to': health professionals' narratives of rationing care in humanitarian and development work. *Public Health Ethics*. 2010;3(2):147-56.
28. Tong A, Jan S, Wong G, Craig JC, Irving M, Chadban S, et al. Rationing scarce organs for transplantation: healthcare provider perspectives on wait-listing and organ allocation. *Clinical Transplantation*. 2013;27(1):60-71.
29. Sutherland G. *The market profile of physiotherapists in Canada*. Ottawa: The Conference Board of Canada, 2017.
30. Mitton C, Dionne F. *Valuation of physiotherapy services in Canada*. Canadian Physiotherapy Association, 2012.
31. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosenberg C, Centre BH, Bromölla. Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class and pain localization. *Clinical Journal of Pain*. 1993;9(3):174-82.
32. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) / Canadian Institute for Health Information (CIHI). *Les physiothérapeutes au Canada en 2009*. 2010.
33. Higgs KR, Elizabeth Ellis, Joy. Portrait of the physiotherapy profession. *Journal of Interprofessional Care*. 2001;15(1):79-89.
34. Groupe consultatif national en physiothérapie (GCNP). *Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada* Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie 2009.
35. World Confereration for Physical Therapy (WCPT). *Policy statement: description of physical therapy*. London, UK: WCPT, 2011.
36. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ). *Site web de l'OPPQ* [En ligne]. 2016. Disponible: <http://https://oppq.qc.ca>
37. Boucher P, Langlois PÉ. *Les marchés émergents pour les cliniques privées de physiothérapie*. L'observatoire des services professionnels/Fédération des cliniques privées de physiothérapie du Québec (FPPPQ), 2014.
38. Martinello N, Bhandari A, Santos J, Dinh T. *The role of physiotherapy in Canada: contributing to a stronger health care system*. Ottawa: The Conference Board of Canada, 2017.

39. Noronen L, Wikstrom-Grotell C. Towards a paradigm-oriented approach in physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*. 1999;15(3):175-84.
40. Kernbaum S, Costa J-M, Delatour F, Faurisson F, Girod C, Kamoun P, et al. *Dictionnaire de médecine*. 7e éd. Serge Kernbaum, rédacteur. Paris: Flammarion; 2001.
41. Kell C, Owen G. Physiotherapy as a profession: Where are we now? *International Journal of Therapy et Rehabilitation*. 2008;15(4).
42. American Physical Therapy Association. Of course we practice 'patient-centered care!' So what does that mean? [En ligne]. American Physical Therapy Association. ; 2016 [cité le 18 march 2016]. Disponible: <http://www.apta.org/ProfessionInTransformation/Professional/PatientCenteredCare/>
43. Physiotherapy Alberta College + Association. Good Practice: applying autonomy and patient-centered care to daily practice [En ligne]. Physiotherapy Alberta College + Association; 2014 [cité le 18 march 2016]. Disponible: https://http://www.physiotherapyalberta.ca/physiotherapists/news/good_practice_applying_autonomy_and_patient_centered_care_to_daily_practice
44. Beckett K. Professional wellbeing and caring: exploring a complex relationship. *British Journal of Nursing*. 2013;22(19):1118-24.
45. Gersh MR. Servant-leadership: a philosophical foundation for professionalism in physical therapy. *Journal of Physical Therapy Education*. 2006;20(2):12.
46. Cott CA. Client-centred rehabilitation: what is it and how do we measure it? *Physiotherapy*. 2008;94(2):89-90.
47. Durocher E, Kinsella EA, Ells C, Hunt M. Contradictions in client-centred discharge planning: through the lens of relational autonomy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2015;22(4):293-301.
48. Bright FA, Boland P, Rutherford SJ, Kayes NM, McPherson KM. Implementing a client-centred approach in rehabilitation: An autoethnography. *Disabil Rehabil*. 2012;34(12):997-1004.
49. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ). Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice, les équipements et la cessation d'exercice des membres de l'OPPQ. Cahier explicatif. Montréal 2015.
50. Lorås H, Østerås B, Torstensen T, Østerås H. Medical exercise therapy for treating musculoskeletal pain: a narrative review of results from randomized controlled trials with a theoretical perspective. *Physiotherapy Research International*. 2015;20(3):182-90.
51. Wade D. Adverse effects of rehabilitation - an opportunity to increase quality and effectiveness of rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*. 2009;23(5):387.
52. Dionne F, Mitton C, MacDonald T, Miller C, Brennan M. The challenge of obtaining information necessary for multi-criteria decision analysis implementation: the case of physiotherapy services in Canada. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;11(1):1.
53. Childs JD, Whitman JM, Sizer PS, Pugia ML, Flynn TW, Delitto A. A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2005;6(1):1.
54. Cuesta-Vargas AI, González-Sánchez M, Casuso-Holgado MJ. Effect on health-related quality of life of a multimodal physiotherapy program in patients with chronic musculoskeletal disorders. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2013;11(1):1.

55. Richardson J, Loyola-Sanchez A, Sinclair S, Harris J, Letts L, MacIntyre NJ, et al. Self-management interventions for chronic disease: a systematic scoping review. *Clinical Rehabilitation*. 2014;28(11):1067-77.
56. Gross A, Paquin J, Dupont G, Blanchette S, Lalonde P, Cristie T, et al. Exercises for mechanical neck disorders: a Cochrane review update. *Manual Therapy*. 2016;24:25-45.
57. Searle A, Spink M, Ho A, Chuter V. Exercise interventions for the treatment of chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Rehabilitation*. 2015;29(12):1155-67.
58. Daenen L, Varkey E, Kellmann M, Nijs J. Exercise, not to exercise, or how to exercise in patients with chronic pain? Applying science to practice. *Clinical Journal of Pain*. 2015;31(2):108-14.
59. Cuesta-Vargas AI, González-Sánchez M. Changes in disability, physical/mental health states and quality of life during an 8-week multimodal physiotherapy programme in patients with chronic non-specific neck pain: a prospective cohort study. *PloS one*. 2015;10(2):e0118395.
60. Fransen M, McConnell S, Harmer AR, Van der Esch M, Simic M, Bennell KL. Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;1.
61. Hurley M, Walsh N, Mitchell H, Pimm T, Patel A, Williamson E, et al. Clinical effectiveness of a rehabilitation program integrating exercise, self-management, and active coping strategies for chronic knee pain: A cluster randomized trial. *Arthritis Care et Research*. 2007;57(7):1211-9.
62. Cochran TM, Mu K, Lohman H, Scheirton LS. Physical therapists' perspectives on practice errors in geriatric, neurologic, or orthopedic clinical settings. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2009;25(1):1-13.
63. Scheirton LS, Mu K, Lohman H, Cochran T. Error and patient safety: ethical analysis of cases in occupational and physical therapy practice. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2007;10(3):301-11.
64. Zorzela L, Golder S, Liu Y, Pilkington K, Hartling L, Joffe A, et al. Quality of reporting in systematic reviews of adverse events: systematic review. 2014.
65. Deusinger SS. Analyzing errors in practice: a vehicle for assessing and enhancing the quality of care. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1992;8(01):62-75.
66. Hahne AJ, Ford JJ, Hinman RS, Taylor NF, Surkitt LD, Walters AG, et al. Outcomes and adverse events from physiotherapy functional restoration for lumbar disc herniation with associated radiculopathy. *Disabil Rehabil*. 2011;33(17-18):1537-47.
67. Deyle GD. Direct access physical therapy and diagnostic responsibility: the risk-to-benefit ratio. *Journal of Orthopaedic et Sports Physical Therapy*. 2006;36(9):632-4.
68. Deyle GD, Allison SC, Matekel RL, Ryder MG, Stang JM, Gohdes DD, et al. Physical therapy treatment effectiveness for osteoarthritis of the knee: a randomized comparison of supervised clinical exercise and manual therapy procedures versus a home exercise program. *Physical Therapy*. 2005;85(12):1301-17.
69. Brox JI, Gjengedal E, Uppheim G, Bøhmer AS, Brevik JI, Ljunggren AE, et al. Arthroscopic surgery versus supervised exercises in patients with rotator cuff disease (stage II impingement syndrome): a prospective, randomized, controlled study in 125 patients with a 212-year follow-up. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*. 1999;8(2):102-11.

70. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) / Canadian Institute for Health Information (CIHI). Les physiothérapeutes au Canada en 2014. 2015.
71. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ). Les deux professions de la physiothérapie [En ligne]. <https://oppq.qc.ca/grand-public/les-deux-professions-de-la-physiotherapie/>; MXO agence totale; 2016 [cité le 8 janvier 2016].
72. FPPPQ. Fédération des cliniques privées de physiothérapie du Québec. <http://www.physioquebec.com/fr/newsphp?id=44>. (Feb 13, 2011).
73. Camiré V. Groupe de travail: chargé de faire des recommandations concernant le régime québécois de santé et de sécurité du travail 2010.
74. CSST. Bâtir l'assurance d'une prévention durable. Plan Stratégique 2010-2014. 2010;Commission de la santé et de la sécurité du travail:1-36.
75. Lebeau M, Duguay P. Les coûts des lésions professionnelles: une revue de littérature. Projets spéciaux: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST). 2011;Rapport R-676.
76. IRSST. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail <http://www.irsstqc.ca/fr/intro-tmshtml>. (Feb 13, 2011).
77. Delany CM, Edwards I, Jensen GM, Skinner E. Closing the gap between ethics knowledge and practice through active engagement: an applied model of physical therapy ethics. *Physical Therapy*. 2010;90(7):1068-78.
78. Association canadienne de physiothérapie (ACP). La physiothérapie: travailler au Canada [En ligne]. <https://http://www.physiotherapy.ca/About-Physiotherapy/Working-in-Canada>; Canadian Physiotherapy Association; 2012 [cité le 8 janvier 2016].
79. Davis M. Thinking like an engineer: the place of a code of ethics in the practice of a profession. *Philosophy et Public Affairs*. 1991;20(2):150-67.
80. Banks S. Codes of ethics and ethical conduct: a view from the caring professions. *Public Money and Management*. 1998;18(1):27-30.
81. Raiborn CA, Payne D. Corporate codes of conduct: a collective conscience and continuum. *Journal of Business Ethics*. 1990;9(11):879-89.
82. Kluge E-H. *Ethics in health care: a Canadian focus*; Pearson Education Canada; 2012.
83. Edwards I, Delany CM, Townsend AF, Swisher LL. New perspectives on the theory of justice: implications for physical therapy ethics and clinical practice. *Physical Therapy*. 2011;91(11):1642-52.
84. Davis M. What can we learn by looking for the first code of professional ethics? *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2003;24(5):433-54.
85. Boo EHY, Koh HC. The influence of organizational and code-supporting variables on the effectiveness of a code of ethics. *Teaching Business Ethics*. 2001;5(4):357-73.
86. Drolet M-J, Carrier A, Hunt M, Lemoignan J, Dubeau M-C. L'importance de l'éthique dans la pratique des ergothérapeutes. *Ergothérapie Express- Le bulletin de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec*. 2015;26(3):9.
87. Le Protecteur du citoyen du Québec. Compassion, équité, impartialité, respect: rapport annuel 2006-2007. https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_annuels/2006-07/RA_0607_37.pdf; 2007.
88. Le Protecteur du citoyen du Québec. Rapport annuel d'activité 2010-2011. Gouvernement du Québec, 2011.

89. Briand A-S, Isabel M, Leblanc I, Livernoche F, Pelletier K, Bois G, et al. Pour une collaboration publique: portrait de l'accès aux professionnels de la santé en première ligne au Québec. Médecins québécois pour le régime public (MQPR), 2016.
90. Deslauriers S. L'accessibilité aux services de physiothérapie en clinique externe dans les centres hospitaliers du Québec: Université Laval; 2016.
91. Passalent LA, Landry MD, Cott CA. 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. *Healthcare Policy*. 2010;5(4):139-56.
92. Perreault K, Hébert LJ, Desmeules F, Deslauriers S, Martineau J, Perron M, et al. Les services de physiothérapie dans le système de santé public québécois : état de la situation et cibles d'action. Association québécoise de la physiothérapie (AQP), 2016.
93. Laliberté M, Hudon A. La difficile interaction entre les physiothérapeutes et les agents payeurs québécois: une analyse éthique médiatique. *Éthique et Santé*. 2014;11(2):91-9.
94. Triesenberg HL. The identification of ethical issues in physical therapy practice. *Physical Therapy*. 1996;76(10):1097-107.
95. Eales S. Where have all the ethics gone? *South African Journal of Physiotherapy*. 2001;57(1):2.
96. Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal. Guide de présentation des mémoires et des thèses de l'Université de Montréal 2015.
97. International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Recommendations for the conduct, reporting, editing and publication of scholarly work in medical journals. February 4, 2016 2015.
98. Smith E, Williams-Jones B. Authorship and responsibility in health sciences research: a review of procedures for fairly allocating authorship in multi-author studies. *Science and Engineering Ethics*. 2012;18(2):199-212.
99. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical intervention. *The Lancet*. 2009;373(9661):423-31.
100. Deslauriers S, Raymond M-H, Laliberté M, Desmeules F, Feldman DE, Perreault K. Access to publicly funded outpatient physiotherapy services in Quebec: waiting lists and management strategies. *Disabil Rehabil*. 2016;Online:1-9.
101. Elrod CS, DeJong G. Determinants of utilization of physical rehabilitation services for persons with chronic and disabling conditions: an exploratory study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2008;89:114-20.
102. Beatty PW, Hagglund KJ, Neri MT, Dhont KR, Clark MJ, Hilton SA. Access to health care services among people with chronic or disabling conditions: patterns and predictors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2003;84(10):1417-25.
103. Canada S. Physiotherapists [En ligne]. http://www.servicecanada.gc.ca/eng/qc/job_futures/statistics/3142.shtml; 2010 [cité le April 15 2017].
104. Bureau of Labor Statistics. Physical therapists [En ligne]. Washington (DC)2015. Disponible: <http://www.bls.gov/ooh/healthcare/physical-therapists.htm>
105. Murray G, Gilbert J, Wong J. Managing the demand for healthcare in Canada. *Hospital Quarterly*. 2002;6(1):55.

106. Lecocq A, Joanis M. Au-delà des certitudes: pouvoir gris, obésité et autres dimensions incertaines de l'impact budgétaire du vieillissement. Cahier de Recherche/Working Paper. 2013;13:08.
107. Gouvernement du Canada. Physiothérapeutes [En ligne]. 2015 [cité le 26 juillet 2016]. Disponible: http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/emploi_avenir/statistiques/3142.shtml
108. Statistics Canada. Population Projections for Canada (2013 to 2063), Provinces and Territories (2013 to 2038) [En ligne]. Ottawa [<http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/91-520-x2014001-eng.htm%5D>]; Statistics Canada; 2015 [cité le January 12 2016].
109. Statistics Canada. Profil du recensement de 2016 [En ligne]. 2017 [cité le 7 mai 2017]. Disponible: <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>
110. Leroux I, Dionne CE, Bourbonnais R, Brisson C. Prevalence of musculoskeletal activity limitation and associated factors among adults in the general population in the 1998 Quebec Health Survey. The Journal of Rheumatology. 2005;32(9):1794-804. Epub 2005/09/06.
111. Palazzo C, Ravaud JF, Papelard A, Ravaud P, Poiraud S. The burden of musculoskeletal conditions. PLoS one. 2014;9(3):e90633.
112. Yokota RT, Van der Heyden J, Nusselder WJ, Robine JM, Tafforeau J, Deboosere P, et al. Impact of chronic conditions and multimorbidity on the disability burden in the older population in Belgium. The Journal of Gerontology Biological sciences and medical sciences. 2016. Epub 2016/01/17.
113. Roy DJ, William JR, Dickens BM, Baudouin J. La bioéthique: ses fondements et ses controverses. Montréal: ERPI; 1995. 548 p.
114. Landry MD, Jaglal S, Wodchis WP, Raman J, Cott CA. Analysis of factors affecting demand for rehabilitation services in Ontario, Canada: a health-policy perspective. Disabil Rehabil. 2008;30(24):1837-47.
115. Derman PB, Fabricant PD, David G. The role of overweight and obesity in relation to the more rapid growth of total knee arthroplasty volume compared with total hip arthroplasty volume. The Journal of Bone et Joint Surgery. 2014;96(11):922-8.
116. Pabinger C, Lothaller H, Geissler A. Utilization rates of knee-arthroplasty in OECD countries. Osteoarthritis and Cartilage. 2015;23(10):1664-73.
117. Landry MD, Jaglal SB, Wodchis WP, Cooper NS, Cott CA. Rehabilitation services after total joint replacement in Ontario, Canada: can 'prehabilitation' programs mediate an increasing demand? International Journal of Rehabilitation Research. 2007;30(4):297-303.
118. Statistique Canada. Espérance de vie en fonction de la santé selon le sexe [En ligne]. 2012 [cité le 18 février 2016]. Disponible: <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/hlth67-fra.htm>
119. Landry MD, Tepper J, Verrier MC. Moving from "muddling through" to careful planning: physical therapy human resources in Canada. Physiotherapy Canada. 2009;61(2):60-2.
120. Lacoursière A. L'hôpital Marie-Clarac ferme une clinique externe. La Presse. 21 novembre 2016;Sect. Santé.
121. Rosner F. Allocation or Misallocation of Limited Medical Resources. Cancer Investigation. 2004;22(5):810-2.
122. Gibson JL, Martin DK, Singer PA. Evidence, economics and ethics. Resource allocation in health services organizations. Healthcare Quarterly. 2005;8(2):50-9.

123. Gibson JL, Martin DK, Singer PA. Setting priorities in health care organization: criteria, processes, and parameters of success. *BMC Health Services Research*. 2004;4(25).
124. Harding KE, Taylor NF, Leggat SG, Wise VL. Prioritizing patients for Community Rehabilitation Services: do clinicians agree on triage decisions? *Clinical Rehabilitation*. 2010;24:928-34.
125. Adams R, Jones A, Lefmann S, Sheppard L. Rationing is a reality in rural physiotherapy: a qualitative exploration of service level decision-making. *BMC Health Services Research*. 2015;15(121):12.
126. Foster NE, Williams B, Grove S, Gamlin J, Salisbury C. The evidence for and against 'PhysioDirect' telephone assessment and advice services. *Physiotherapy*. 2011;97:78-82.
127. Cook L, Landry M, Cott CA, Sheridan K, MacKay C. Wait lists and wait times for community-based adult rehabilitation in Ontario. Toronto (ON): Arthritis Community Research et Evaluation Unit (ACREU), University Health Network 2006.
128. National Audit Office Wales. NHS waiting times in Wales. Cardiff: Auditor General for Wales, 2005.
129. Godden S, Pollock A. Waiting list and waiting time statistics in Britain: a critical review. *Public Health*. 2009;123(1):47-51.
130. McKneally MF, Dickens BM, Meslin EM, Singer PA. Bioethics for clinicians: resource allocation. *Canadian Medical Association Journal*. 1997;157(2):163-7.
131. Martin D, Singer P. A strategy to improve priority setting in health care institutions. *Health Care Analysis*. 2003;11(1):59-68.
132. Davis CM. Patient practitioner interaction: an experiential manual for developing the art of health care. 4e éd. Thorofare, NJ: Slack Incorporated; 2006.
133. Swisher LL. A retrospective analysis of ethics knowledge in physical therapy (1970-2000). *Physical Therapy*. 2002;82(7):692-706.
134. Hass JF. Admission to rehabilitation centers: selection of patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1988;69:329-33.
135. Borkhoff CM, Hawker GA, Kreder HJ, Glazier RH, Mahomed NN, Wright JG. The effect of patients' sex on physicians' recommendations for total knee arthroplasty. *Canadian Medical Association Journal*. 2008;178(6):681-7.
136. Ryyänen OP, Myllykangas M, Kinnunen J, Halonen P, Takala J. Prioritization attitudes among doctors and nurses examined by a scenario method. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2000;16(01):92-9.
137. Ryyänen OP, Myllykangas M, Kinnunen J, Takala J. Attitudes to health care prioritisation methods and criteria among nurses, doctors, politicians and the general public. *Social Science et Medicine*. 1999;49(11):1529-39.
138. Solomon P, Miller P. Qualitative study of novice physical therapists' experiences in private practice. *Physiotherapy Canada*. 2005;57(3):190-8.
139. Solomon P, Ohman A, Miller P. Follow-up study of career choice and professional socialization of physiotherapists. *Physiotherapy Canada*. 2004;56:102-10.
140. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*. 2007;133(4):581.
141. Tait RC, Chibnall JT, Kalauokalani D. Provider judgments of patients in pain: Seeking symptom certainty. *Pain Medicine*. 2009;10(1):11-34.

142. Solomon PE, Prkachin KM, Farewell V. Enhancing sensitivity to facial expression of pain. *Pain*. 1997;71(3):279-84.
143. Marquie L, Raufaste E, Lauque D, Marine C, Ecoiffier M, Sorum P. Pain rating by patients and physicians: evidence of systematic pain miscalibration. *Pain*. 2003;102(3):289-96.
144. Prkachin KM, Solomon P, Hwang T, Mercer SR. Does experience influence judgments of pain behaviour? Evidence from relatives of pain patients and therapists. *Pain Research and Management*. 2001;6(2):105-12.
145. Tait RC, Chibnall JT, Andresen EM, Hadler NM. Disability determination: validity with occupational low back pain. *The Journal of Pain*. 2006;7(12):951-7.
146. Canadian Pain Summit. National pain strategy: the management of pain is critical for good health and quality of life [En ligne]. Toronto 2011 [cité le June 29 2012]. Disponible: <http://www.canadianpainsummit2012.ca/en/home.aspx>
147. Hall RW. *Queueing methods for services and manufacturing*: Pearson College Division; 2013.
148. Saint-Arnaud J. La justice sociale et les limites des ressources en santé. Dans: Saint-Arnaud J, Godard B, Bélisle Pilon J-C, rédacteurs. *Les enjeux éthiques de la limite des ressources en santé*. Gatineau, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal (PUM); 2016. p. 17-32.
149. Rastall M, Fashanu B. Hospital physiotherapy outpatient department waiting lists: A survey. *Physiotherapy*. 2001;87(11):563-72.
150. Delaurier A, Bernatsky S, Raymond M-H, Feldman DE. Wait times for physical and occupational therapy in the public system for people with arthritis in Quebec. *Physiotherapy Canada*. 2013;65(3):238-43.
151. Passalent LA, Borsy E, Cott CA. Ontario community rehabilitation: a profile of demand and provision. Arthritis Community Research et Evaluation Unit (ACREU) University Health Network, 2007.
152. Raymond MH, Demers L, Feldman DE. Waiting list management practices for home-care occupational therapy in the province of Quebec, Canada. *Health Social Care Community*. 2015;24(2):154-64.
153. Hagglund KJ, Clark MJ, Hilton SA, Hewett JE. Access to healthcare services among persons with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *American Journal of Physical Medicine et Rehabilitation*. 2005;84(9):702-11. Epub 2005/09/06.
154. Cott CA, Devitt R, Falter L, et al. Adult rehabilitation and primary health care in Ontario. Arthritis Community Research et Evaluation Unit, University Health Network. 2004.
155. Orozco T, Feldman D, Chilingaryan G, Mazer B, Hunt M, Williams-Jones B, et al. Low back pain: current practice patterns for Canadian physiotherapy services. *Physiotherapy Canada*. 2017;69(1).
156. Contandriopoulos D, Blais R, Pomey M-P. De la difficulté à remplir une baignoire qui fuit. Commentaire sur le document: Garantir l'accès: un défi d'équité d'efficience et de qualité, mémoire déposé à la commission des affaires sociales; 2006.
157. Harding KE, Robertson N, Snowdon DA, Watts JJ, Karimi L, O'Reilly M, et al. Are wait lists inevitable in subacute ambulatory and community health services? A qualitative analysis. *Australian Health Review*. 2017.
158. Hoyles C. Using your waitlist to measure demand for your service? Think again: remove it! ShoPTalk: Canadian Physiotherapy Association; 2016.

159. Mazer B, Feldman DE, Majnemer A, Gosselin J, Kehayia E. Rehabilitation services for children: therapists' perceptions. *Developmental Neurorehabilitation*. 2006;9(4):340-50.
160. Hirvonen J, Blom M, Tuominen U, Seitsalo S, Lehto M, Paavolainen P, et al. Is longer wait time associated with health and social services utilization before treatment? A randomized study. *Journal of Health Services Research and Policy*. 2007;12(4):209-14.
161. CAOT. Canadian Association of Occupational Therapists position statement: access to occupational therapy. *OT Now*. 2008;11:20-3.
162. Passalent LA, Landry MD, Cott CA. Wait times for publicly funded outpatient and community physiotherapy and occupational therapy services: implications for the increasing number of persons with chronic conditions in Ontario, Canada. *Physiotherapy Canada*. 2009;61(1):5-14.
163. Landry MD, Deber RB, Jaglal S, Laporte A, Holyoke P, Devitt R, et al. Assessing the consequences of delisting publicly funded community-based physical therapy on self-reported health in Ontario, Canada: a prospective cohort study. *Journal of Rehabilitation Research*. 2006;29(4):303-7.
164. Nordeman L, Nilsson B, Moller M, Gunnarsson R. Early access to physical therapy treatment for subacute low back pain in primary health care: a prospective randomized clinical trial. *Clinical Journal of Pain*. 2006;22(6):505-11.
165. Wand BM, Bird C, McAuley JH, Dore CJ, MacDowell M, De Souza LH. Early intervention for the management of acute low back pain: a single-blind randomized controlled trial of biopsychosocial education, manual therapy, and exercise. *Spine* 2004;29(21):2350-6.
166. Foster NE, Hartvigsen J, Croft PR. Taking responsibility for the early assessment and treatment of patients with musculoskeletal pain: a review and critical analysis. *Arthritis research and therapy*. 2012;14(1):205.
167. Feldman DE, Rossignol M, Abenham L, Gobeille D. Physician referral to physical therapy in a cohort of workers compensated for low back pain. *Physical Therapy*. 1996;76(2):150-6.
168. Gellhorn AC, Chan L, Martin B, Friedly J. Management patterns in acute low back pain: the role of physical therapy. *Spine*. 2012;37(9):775.
169. Fritz JM, Childs JD, Wainner RS, Flynn TW. Primary care referral of patients with low back pain to physical therapy: impact on future health care utilization and costs. *Spine*. 2012;37(25):2114-21.
170. Childs JD, Fritz JM, Wu SS, Flynn TW, Wainner RS, Robertson EK, et al. Implications of early and guideline adherent physical therapy for low back pain on utilization and costs. *BMC Health Services Research*. 2015;15(1):1.
171. Bornhöft L, Larsson ME, Thorn J. 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. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2015;31(1):45-52.
172. Guerriere DN, Choinière M, Dion D, Peng P, Stafford-Coyte E, Zagorski B, et al. The Canadian STOP-PAIN project—Part 2: what is the cost of pain for patients on waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Journal of Anesthesia*. 2010;57(6):549-58.
173. Wait Time Alliance (WTA). Time to close the gap: report card on wait times in Canada. Ottawa, ON, Canada: 2014.

174. Pinnington MA, Miller J, Stanley I. An evaluation of prompt access to physiotherapy in the management of low back pain in primary care. *Family Practice*. 2004;21(4):372-80. Epub 2004/07/14.
175. Hush JM, Cameron K, Mackey M. Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review. *Physical Therapy*. 2011;91(1):25-36.
176. Wong S, Wong J. A discharge scoring system for patients with total hip replacement. *Leadership in Health Services*. 1997;10(6):1-5.
177. Kornblau BL, Burkhardt A. *Ethics in rehabilitation: a clinical perspective*. 2e éd. Thorofane (NJ): SLACK inc; 2012.
178. Miller Mifflin T, Bzdell M, Mifflin TM. Development of a physiotherapy prioritization tool in the Baffin Region of Nunavut: a remote, under-serviced area in the Canadian Arctic. *Rural and Remote Health*. 2010;10(2).
179. Saint-Arnaud J, Godard B, Bélisle Pipon J-C. *Les enjeux éthiques de la limite des ressources en santé*. Gatineau, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal (PUM); 2016.
180. Atwal A, Caldwell K. Ethics, occupational therapy and discharge planning: four broken principles. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2003;50(4):244-51.
181. Hersh D. I can't sleep at night with discharging this lady: the personal impact of ending therapy on speech-language pathologists. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 2010;12(4):283-91.
182. Durocher E, Gibson BE. Navigating ethical discharge planning: a case study in older adult rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2010;57(1):2-7.
183. Clemens EL. Multiple perceptions of discharge planning in one urban hospital. *Health et Social Work*. 1995;20(4):254-61.
184. Carrier A, Freeman A, Levasseur M, Desrosiers J. Standardized referral form: restricting client-centered practice? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2015;22(4):283-92.
185. Lützn K, Cronqvist A, Magnusson A, Andersson L. Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*. 2003;10(3):312-22.
186. Carpenter C. Moral distress in physical therapy practice. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2010;26(2):69-78.
187. Redman BK, Fry ST. Ethical conflicts reported by certified registered rehabilitation nurses. *Rehabilitation Nursing*. 1998;23(4):179-84.
188. Davis S, Schrader V, Belcheir MJ. Influencers of ethical beliefs and the impact on moral distress and conscientious objection. *Nursing Ethics*. 2012;19(6):738-49.
189. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*. 2002;9(6):636-50.
190. Gustafsson G, Eriksson S, Strandberg G, Norberg A. Burnout and perceptions of conscience among health care personnel: a pilot study. *Nursing Ethics*. 2010;17(1):23-38.
191. Glouberman S, Enkin M, Groff P, Jadad A, Stern A. Entrenched health care practices and complex systems. *Australian Health Review*. 2006;30(1):7-11.
192. Giannini A, Consonni D. Physicians' perceptions and attitudes regarding inappropriate admissions and resource allocation in the intensive care setting. *British Journal of Anaesthesia*. 2006;96(1):57-62.
193. Freeman AR, McWilliam CL, MacKinnon JR, DeLuca S, Rappolt SG. Health professionals' enactment of their accountability obligations: doing the best they can. *Social Science et Medicine*. 2009;69(7):1063-71.

194. Harries P, Gilhooly K. Identifying occupational therapists' referral priorities in community health. *Occupational Therapy International*. 2003;10(2):150-64.
195. Osborne ML. Physician decisions regarding life support in the intensive care unit. *Chest Journal*. 1992;101(1):217-24.
196. Meiland FJ, Danse JA, Hoos AM, Wendte JF, Gunning-Schepers LJ. The use of the waiting list in a fair selection of patients for nursing home care. *Health Policy*. 1996;38(1):1-11.
197. Escher M, Perneger TV, Heidegger CP, Chevrolet J-C. Admission of incompetent patients to intensive care: doctors' responsiveness to family wishes. *Critical Care Medicine*. 2009;37(2):528-32.
198. Sackley C, Lett K. How fair is fair access to care services? A survey of occupational therapy teams. *International Journal of Therapy et Rehabilitation*. 2007;14(8).
199. Goulet M, Drolet M-J. Les enjeux éthiques de la pratique privée de l'ergothérapie: perceptions d'ergothérapeutes. *BioéthiqueOnline*. 2017;6(6):1-14.
200. Morreim EH. Gaming the system: dodging the rules, ruling the dodgers. *Archives of Internal Medicine*. 1991;151(3):443-7.
201. Hobbs D, Kunzman SC, Tandberg D, Sklar D. Hospital factors associated with emergency center patients leaving without being seen. *The American Journal of Emergency Medicine*. 2000;18(7):767-72.
202. Kenis P. Waiting lists in Dutch health care: an analysis from an organization theoretical perspective. *Journal of Health Organization and Management*. 2006;20(4):294-308.
203. Smethurst DP, Williams HC. Self-regulation in hospital waiting lists. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2002;95(6):287-9.
204. Truog RD, Brock DW, Cook DJ, Danis M, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Rationing in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*. 2006;34(4):958-63.
205. Béland F, Contandriopoulos A-P. *Le privé dans la santé: les discours et les faits*: Les Presses de l'Université de Montréal; 2008.
206. Laliberté M, Douglas E, Hunt M. Ethical analysis of policies for workers compensation board payment of physiotherapy services in Canada: a two-tiered system? Unpublished.
207. Lacroix L. Cinq mois d'attente en physio malgré les risques. *La Presse*. 6 mars 1998;Sect. Nouvelles générales.
208. Drolet M-J, Maclure J. Les enjeux éthiques de la pratique de l'ergothérapie: perceptions d'ergothérapeutes. *Approches Inductives*. 2016;3(2):166-96.
209. Blackwell T. Preferential treatment: injured workers getting fast-tracked surgery, sometimes within 10 days. *National Post*. september 21 2016.
210. Nouvelles TVA. CSST: la physiothérapie coûte cher. *TVA nouvelles*, Agence QMI. 7 octobre 2010;Sect. Affaires.
211. Baldwin J, McKay M, Hiller C, Nightingale E, Moloney N, Vanicek N, et al. Defining health and disease: setting the boundaries for physiotherapy. Are we undertreating or overtreating? How can we tell? : BMJ Publishing Group Ltd and British Association of Sport and Exercise Medicine; 2015.
212. Swinkels IC, Wimmers RH, Groenewegen PP, Bosch WJ, Dekker J, Ende CH. What factors explain the number of physical therapy treatment sessions in patients referred with low back pain; a multilevel analysis. *BMC Health Services Research*. 2005;5(1):1-10.
213. Bhatt JR, Klotz L. *Overtreatment in cancer – is it a problem?* : Taylor et Francis; 2016.

214. Esserman LJ, Thompson IM, Reid B, Nelson P, Ransohoff DF, Welch HG, et al. Addressing overdiagnosis and overtreatment in cancer: a prescription for change. *The Lancet Oncology*. 2014;15(6):e234-e42.
215. Loeb S, Bjurlin MA, Nicholson J, Tammela TL, Penson DF, Carter HB, et al. Overdiagnosis and overtreatment of prostate cancer. *European Urology*. 2014;65(6):1046-55.
216. Karavidas NS. Bracing for adolescent idiopathic scoliosis (AIS) and sheuermann kyphosis: the issue of overtreatment in Greece. *Scoliosis and Spinal Disorders*. 2016;11(2):30.
217. Taylor PJ. Commentary: Overstating overtreatment? *British Medical Journal*. 1994;308(6941):1413-4.
218. Halfon P, Egli Y, Morel Y, Taffé P. The effect of patient, provider and financing regulations on the intensity of ambulatory physical therapy episodes: a multilevel analysis based on routinely available data. *BMC Health Services Research*. 2015;15(1):1.
219. Gracey JH, McDonough SM, Baxter GD. Physiotherapy management of low back pain: a survey of current practice in Northern Ireland. *Spine*. 2002;27(4):406-11.
220. Machlin SR, Chevan J, William WY, Zodet MW. Determinants of utilization and expenditures for episodes of ambulatory physical therapy among adults. *Physical Therapy*. 2011;91(7):1018-29.
221. Davis MA. Where the United States spends its spine dollars: expenditures on different ambulatory services for the management of back and neck conditions. *Spine*. 2012;37(19):1693.
222. Gauthier L. La multiplication des traitements en physiothérapie: soyons proactifs! *Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec*. 2010:1-2.
223. Gunatilake S. Overdiagnosis–overtreatment. *Ceylon Medical Journal*. 2014;59(3).
224. Carter S, Rogers W, Heath I, Degeling C, Doust J, Barratt A. The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *British Medical Journal*. 2015;350.
225. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gatekeeping revisited—protecting patients from overtreatment. *Mass Medical Soc*; 1992.
226. Hudon A, Laliberté M, Hunt M, Feldman D. Quality of Physiotherapy Services for Injured Workers Compensated by Workers' Compensation in Quebec: A Focus Group Study of Physiotherapy Professionals. *Healthcare policy*. 2015;10(3):32-47.
227. Poulis I. The end of physiotherapy. *Australian Journal of Physiotherapy*. 2007;53:71-3.
228. Salvat M-F. Le conseil de discipline: la justice par les pairs [En ligne]. <https://oppq.qc.ca/membres/publications/physioquebec/le-conseil-de-discipline-la-justice-par-les-pairs/>: Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ); [cité le 19 janvier 2017].
229. Fortier C. La pierre angulaire du système de justice par les pairs. Dans: *Ordre des ergothérapeutes du Québec*, rédacteur.
230. Morse JM. A review committee's guide for evaluating qualitative proposals. *Qualitative Health Research*. 2003;13(6):833-51.
231. Marshall C, Rossman G. *Designing qualitative research*. 6e éd. Newbury Park: Sage Publication; 2014.
232. Fereday J, Muir-Cochrane E. Demonstrating rigor using thematic analysis: a hybrid approach of inductive and deductive coding and theme development. *International Journal of Qualitative Methods*. 2006;5(1):80-92.
233. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101.

234. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Abdel Rahman 31-07-008: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2008).
235. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Mailhot 31-10-002: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2011).
236. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Bilodeau-Desrochers 31-14-014: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2015).
237. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Jeannot 31-11-019: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2012).
238. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Cloutier 31-05-003 Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2006).
239. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Amouzegar, 31-08-012 Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2009).
240. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Dalencourt 31-08-009: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2009).
241. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Carignan 31-14-004: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2014).
242. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Bednarczyk 31-14-006: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2015).
243. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Alwan 31-10-003: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2011).
244. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Alwan 31-10-004: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2011).
245. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Ippersiel 31-11-033: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2012).
246. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Nguon 31-05-009: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2006).
247. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Larouche 31-08-003: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2008).
248. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Tobon 31-05-002: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2005).
249. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Robillard 31-11-026: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2012).
250. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Crépeau 31-11-027: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2012).
251. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Kuete 31-10-001: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2011).
252. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Ménard 31-11-030: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2012).
253. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Samson 31-08-010: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2009).
254. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Brien 31-11-029: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2012).
255. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Bilodeau 31-08-004: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2008).

256. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Boyer 31-11-034: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2012).
257. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Labelle 31-14-005: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2014).
258. Physiothérapie (Ordre professionnel de la) c Warten 31-13-002: Audience devant le Conseil de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec(2013).
259. Martin MW. Explaining wrongdoing in professions. *Journal of Social Philosophy*. 1999;30(2):236-50.
260. Brody H. Professional medical organizations and commercial conflicts of interest: ethical issues. *Annals of Family Medicine*. 2010;8(4):354-8.
261. Latham SR. Ethics in the marketing of medical services. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 2004;71(4):243-50.
262. Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal for Quality in Health Care*. 2000;12(2):133-42.
263. Rothman DJ. Academic medical centers and financial conflicts of interest. *The Journal of the American Medical Association*. 2008;299(6):695-7.
264. McGreevey S. More attention needed to conflicts presented by institutional relationships. *Massachusetts General Hospital Public Affairs*. 2008.
265. MacDonald C, MacDonald M, Norman W. Charitable conflicts of interest. *Journal of Business Ethics*. 2002;39(1-2):67-74.
266. Davis M, Stark A. *Conflict of Interest in the Professions*. New York, USA: Oxford University Press; 2001.
267. Institute Of Medicine. *Conflict of interest in medical research education and practice 2009*.
268. Bernat JL. Disclosure of conflicts of interest: is transparency clear enough? *Neurology Today*. 2009.
269. Rodwin M. Conflicts in managed care. *New England Journal of Medicine*. 1995;332:604.
270. Azer L. Tolérance zéro en matière d'inconduite sexuelle chez les professionnels de la santé: utopie ou réalité? : Université de Sherbrooke; 2013.
271. Grant RW. *Strings attached: untangling the ethics of incentives*: Princeton University Press; 2011. 200 p.
272. Lo B. Conflict of interest policies: an opportunity for the medical profession to take the lead. *Academic Medicine*. 2010;85(1):9-11.
273. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ). *Politiques d'amélioration continue de la compétence (PACC)*. Montréal: Document adopté au Conseil d'administration du 19 mars 2010 (Mise à jour le 28 février 2013), 2010.
274. Moore DA, Loewenstein G. Self-Interest, automaticity and the psychology of conflict of interest. *Social Justice Research*. 2004;17(2):189-202.
275. College of physiotherapists of Ontario. *Ethics e-learning module*. 2014.
276. Bion J. Financial and intellectual conflicts of interest: confusion and clarity. *Current Opinion in Critical Care*. 2009;15(6):583-90.
277. Steinbrook R. Controlling conflict of interest - proposals from the Institute of Medicine. *New England Journal of Medicine*. 2009;360(21):2160-3.

278. Papadakis MA, Teherani A, Banach MA, Knettlar TR, Rattner SL, Stern DT, et al. Disciplinary action by medical boards and prior behavior in medical school. *New England Journal of Medicine*. 2005;353(25):2673-82.
279. Papadakis MA, Hodgson CS, Teherani A, Kohatsu ND. Unprofessional behavior in medical school is associated with subsequent disciplinary action by a state medical board. *Academic Medicine*. 2004;79(3):244-9.
280. Papadakis MA, Arnold GK, Blank LL, Holmboe ES, Lipner RS. Performance during internal medicine residency training and subsequent disciplinary action by state licensing boards. *Annals of Internal Medicine*. 2008;148(11):869-76.
281. Laliberté M, Dyer J-O. L'utilisation du TENS en physiothérapie : la situation particulière des soins palliatifs oncologiques. *BioéthiqueOnline*. 2012;1(20).
282. Nunes R. Evidence-based medicine: a new tool for resource allocation? *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2003;6:297-301.
283. Raymond MH, Feldman DE, Prud'homme M-P, Demers L. Who's next? Referral prioritisation criteria for home care occupational therapy. *International Journal of Therapy et Rehabilitation*. 2013;20(12):580-6.
284. Pearsall MJ, Ellis APJ. Thick as thieves: the effects of ethical orientation and psychological safety on unethical team behavior. *American Psychological Association*. 2010;96(2):401-11.
285. Kish-Gephart JJ, Harrison DA, Trevino LK. Bad apples, bad cases and bad barrels: meta-analytic evidence about sources of unethical decisions at work. *American Psychological Association*. 2010;95(1):1-31.
286. Laliberté M, Hudon A. Do conflicts of interest create a new professional norm? Physical therapists and workers's compensation. *The American Journal of Bioethics*. 2013;13(10):26-8.
287. Sandstrom RW, Lehman J, Hahn L, Ballard A. Structure of the physical therapy benefit in a typical blue cross blue shield preferred provider organization plan available in the individual insurance market in 2011. *Physical Therapy*. 2013;93(10):1342-50.
288. Hanson H, Harrington AT, Nixon-Cave K. Implementing treatment frequency and duration guidelines in a hospital-based pediatric outpatient setting: administrative case report. *Physical Therapy*. 2015;95(4):678-84.
289. Lantz MS. Perspective, ethical moment. *The Journal of the American Dental Association*. 2010;141:1025-6.
290. Pashley E, Powers A, McNamee N, Buivids R, Piccinin J, Gibson BE. Discharge from outpatient orthopaedic physiotherapy: a qualitative descriptive study of physiotherapists' practices. *Physiotherapy Canada*. 2010;62(3):224-34.
291. Resnik DB. Conflicts of interest in science. *Perspectives on Science*. 1998;6(4):381-408.
292. Resnik DB, Shamoo AE. Conflict of interest and the university. *Accountability in Research*. 2002;9(1):45-64.
293. Barbour V, Clark J, Peiperl L, Veitch E, Wong M, Yamey G. Making sense of non-financial competing interests. *PLoS Medicine*. 2008;5(9):e199.
294. Saver RS. Is it really all about the money? reconsidering non-financial interests in medical research. *The Journal of Law, Medicine et Ethics*. 2012;40(3):467-81.
295. Lévesque L. What's unethical about interprofessional collaboration? 2015.

296. Poulos CJ, Eagar K. Determining appropriateness for rehabilitation or other subacute care: is there a role for utilisation review? *Australia and New Zealand Health Policy*. 2007;4(1):3.
297. Cunningham C, Horgan F, O'Neill D. Clinical assessment of rehabilitation potential of the older patient: a pilot study. *Clinical Rehabilitation*. 2000;14(2):205-7.
298. Foster M, Tilse C. Referral to rehabilitation following traumatic brain injury: a model for understanding inequities in access. *Social Science et Medicine*. 2003;56(10):2201-10.
299. Harding KE, Taylor NF, Leggat SG, Wise VL. A training programme did not increase agreement between allied health clinicians prioritizing patients for community rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*. 2011;25(7):599-606.
300. Hobbs JA, Boysen JF, McGarry KA, Thompson JM, Nordrum JT. Development of a unique triage system for acute care physical therapy and occupational therapy services: an administrative case report. *Physical Therapy*. 2010;90(10):1519-29.
301. Brown AMC, Pirotta M. Determining priority of access to physiotherapy at Victorian community health services. *Australian Health Review*. 2011;35(2):178-84.
302. Voyer G. Qu'est-ce que l'éthique clinique?: essai philosophique sur l'éthique clinique conçue comme réactualisation de l'éthique aristotélicienne: Les Editions Fides; 1996.
303. Gladstone WJ. Dictionnaire anglais-français des sciences médicales et paramédicales. 5e éd: Maloine; 2002.
304. Singer PA, Mapa J. Ethics of Resource Allocation. *Hospital Quarterly*. 1998;1(4):29.
305. Iserson KV, Moskop JC. Triage in medicine, part I: concept, history, and types. *Annals of Emergency Medicine*. 2007;49(3):275-81.
306. Hurst SA, Danis M. A framework for rationing by clinical judgment. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 2007;17(3):247-66.
307. Poulis I. Bioethics and physiotherapy. *Journal of Medical Ethics*. 2007;33(8):435-6.
308. Jette DU, Grover L, Keck CP. A qualitative study of clinical decision making in recommending discharge placement from the acute care setting. *Physical Therapy*. 2003;83(3):224-36.
309. Moats G. Discharge decision-making with older people: the influence of the institutional environment. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2006;53(2):107-16.
310. Fleet L, Blandford AE. Requirements of time management tools for outpatient physiotherapy practice. *Health Informatics Journal*. 2005;11(3):179-99.
311. Harun NA, Salek S, Piguet V, Finlay AY. The dermatology outpatient discharge decision: understanding a critical but neglected process. *British Journal of Dermatology*. 2014;170(5):1029-38.
312. Sullivan F. How do clinicians decide to discharge someone from their out-patient clinic? *Journal of Management in Medicine*. 1993;7(4):24-8.
313. Harun N, Finlay A, Salek M, Piguet V. Appropriate and inappropriate influences on outpatient discharge decision making in dermatology: a prospective qualitative study. *British Journal of Dermatology*. 2015;173(3):720-30.
314. Hammarstrom A, Haukenes I, Wiklund AF, Lehti A, Wiklund M, Evengard B, et al. Low-educated women with chronic Pain were less often selected to multidisciplinary rehabilitation programs. *PloS one*. 2014;9(5):e97134.
315. Blair IV, Steiner JF, Havranek EP. Unconscious (implicit) bias and health disparities: where do we go from here? *The Permanente Journal*. 2011;15(2):71.

316. Dovidio JF, Fiske ST. Under the radar: how unexamined biases in decision-making processes in clinical interactions can contribute to health care disparities. *American Journal of Public Health*. 2012;102(5):945-52.
317. FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Medical Ethics*. 2017;18(1):19.
318. Dovidio JF, Kawakami K, Johnson C, Johnson B, Howard A. On the nature of prejudice: automatic and controlled processes. *Journal of Experimental Social Psychology*. 1997;33(5):510-40.
319. Dovidio JF, Kawakami K, Gaertner SL. Implicit and explicit prejudice and interracial interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002;82(1):62.
320. White AA, Chanoff D. *Seeing patients: unconscious bias in health care*. Cambridge (Massachusetts)/ London (England): Harvard University Press; 2011. 335 p.
321. Jaffe KM, Jimenez N. Disparity in rehabilitation: another inconvenient truth. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2015;96(8):1371.
322. Blair IV, Banaji MR. Automatic and controlled processes in stereotype priming. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996;70(6):1142.
323. Burgess DJ, Fu SS, Van Ryn M. Why do providers contribute to disparities and what can be done about it? *Journal of General Internal Medicine*. 2004;19(11):1154-9.
324. Borkhoff CM, Hawker GA, Kreder HJ, Glazier RH, Mahomed NN, Wright JG. Influence of patients' gender on informed decision making regarding total knee arthroplasty. *Arthritis Care et Research*. 2013;65(8):1281-90.
325. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR. *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*: National Academies Press; 2003.
326. Setchell J, Watson B, Jones L, Gard M. Weight stigma in physiotherapy practice: patient perceptions of interactions with physiotherapists. *Manual Therapy*. 2015;20(6):835-41.
327. Setchell J, Watson B, Jones L, Gard M, Briffa K. Physiotherapists demonstrate weight stigma: a cross-sectional survey of Australian physiotherapists. *Journal of Physiotherapy*. 2014;60(3):157-62.
328. Freburger JK, Carey TS, Holmes GM. Management of back and neck pain: who seeks care from physical therapists? *Physical Therapy*. 2005;85(9):872-86.
329. Pulkki JM, Rissanen P, Raitanen JA, Viitanen EA. Use and distribution of rehabilitation services: a register linkage study in one hospital district area in Finland. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2011;34(2):160-6.
330. Noseworthy T, McGurran J, Hadorn D. Waiting for scheduled services in Canada: development of priority-setting scoring systems. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2003;9(1):23-31.
331. Hador DC. Setting priorities for waiting lists: defining our terms. *Canadian Medical Association Journal*. 2000;163(7):857-60.
332. Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. 6e éd. New York: Oxford University Press; 2009.
333. Boitte P. *Ethique, justice et santé: allocation des ressources en soins dans une population vieillissante*: Les Editions Fides; 1995.
334. New PW. The assessment and selection of potential rehabilitation patients in acute hospitals: a literature review and commentary. *Open Rehabilitation Journal*. 2009;2(11):24-34.

335. de la Plata CM, Hewlitt M, de Oliveira A, Hudak A, Harper C, Shafi S, et al. Ethnic differences in rehabilitation placement and outcome after TBI. *The Journal of head trauma rehabilitation*. 2007;22(2):113-21.
336. Woznowski-Vu A, Da Costa C, Turgeon-Provost F, Dagenais K, Roy-Mathie B, Aggban M, et al. Factors affecting length of stay in adult outpatient physical rehabilitation: a scoping review of the literature. *Physiotherapy Canada*. 2015;67(4):329-40.
337. Dionne C, Turcotte F, Tennina S. Length of stay in a comprehensive rehabilitation programme for chronic low-back pain and residual disability five years after discharge. *International Journal of Rehabilitation Research*. 1994;17(1):87.
338. Mitchell JM, de Lissovoy G. A comparison of resource use and cost in direct access versus physician referral episodes of physical therapy. *Physical Therapy*. 1997;77(1):10-8.
339. Unsworth CA, Osberg JS, Graham A. Admitting paediatric trauma patients to rehabilitation following acute care: decision making practices in the USA and Australia. *Pediatric Rehabilitation*. 1997;1(4):207-18.
340. Freburger JK, Holmes GM. Physical therapy use by community-based older people. *Physical Therapy*. 2005;85(1):19-33.
341. Freburger JK, Carey TS, Holmes GM. Physician referrals to physical therapists for the treatment of spine disorders. *Spine*. 2005;5(5):530-41.
342. Mielenz TJ, Carey TS, Dyrek DA, Harris BA, Garrett JM, Darter JD. Physical therapy utilization by patients with acute low back pain. *Physical Therapy*. 1997;77(10):1040-51.
343. Unsworth CA. Selection for rehabilitation: acute care discharge patterns for stroke and orthopaedic patients. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2001;24(2):103-14.
344. Freburger JK, Carey TS, Holmes GM. Physical therapy for chronic low back pain in North Carolina: overuse, underuse, or misuse? *Physical Therapy*. 2011;91(4):484-95.
345. Carter SK, Rizzo JA. Use of outpatient physical therapy services by people with musculoskeletal conditions. *Physical Therapy*. 2007;87(5):497-512.
346. Criss M, Takacs S. Rehabilitation of hip fractures across the continuum of care. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 2013;29(4):281-93.
347. Lowe D, Barber L. Implementing a priority and waiting list system in an acute hospital setting. *International Journal of Therapy et Rehabilitation*. 2005;12(7):294-8.
348. Hoenig H, Rubenstein L, Kahn K. Rehabilitation after hip fracture-equal opportunity for all? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 1996;77(1):58-63.
349. Matmari L, Uyeno J, Heck CS. Physiotherapists' perceptions of and experiences with the discharge planning process in acute-care general internal medicine units in Ontario. *Physiotherapy Canada*. 2014;66(3):254-63.
350. Moats G. Discharge decision-making, enabling occupations, and client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2007;74(2):91-101.
351. Raymond M-H, Feldman DE, Demers L. Résumé de recherche: la priorisation des demandes en ergothérapie à domicile [En ligne]. 2016 [cité le 29 juillet 2016]. Disponible: <https://dl.dropboxusercontent.com/u/15333056/R%C3%A9sum%C3%A9%20priorisation%20ergoth%C3%A9rapie%20%C3%A0%20domicile.pdf>
352. Dieppe PA. Inequalities in the provision of surgical interventions: whose responsibility? *The Journal of Rheumatology*. 2011;38(3):401-2.
353. Jackson JL, Kroenke K. Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Archives of Internal Medicine*. 1999;159(10):1069-75.

354. Serour M, Al Othman H, Al Khalifah G. Difficult patients or difficult doctors: an analysis of problematic consultations. 2010.
355. Barlow S, Stevens J. Australian physiotherapists and their engagement with people with chronic pain: do their emotional responses affect practice? *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2014;7:231.
356. Lötters F, Meerding W-J, Burdorf A. Reduced productivity after sickness absence due to musculoskeletal disorders and its relation to health outcomes. *Scandinavian Journal of Work, Environment et Health*. 2005:367-74.
357. Skargren EI, Carlsson PG, Öberg BE. One-Year Follow-up Comparison of the Cost and Effectiveness of Chiropractic and Physiotherapy as Primary Management for Back Pain: Subgroup Analysis, Recurrence, and Additional Health Care Utilization. *Spine*. 1998;23(17):1875-83.
358. Laliberté M, Feldman DE. Patient prioritization preferences among physiotherapy entry-level students: the importance of chronic pain. *Physiotherapy Canada*. 2013:1-5.
359. Feldman DE, Champagne F, Korner-Bitensky N, Meshefedjian G. Waiting time for rehabilitation services for children with physical disabilities. *Child: Care, Health and Development*. 2002;28(5):351-8.
360. Carrier A, Levasseur M, Mullins G. Accessibility of occupational therapy community services: a legal, ethical and clinical analysis. *Occupational Therapy in Health Care*. 2010;24(4):360-76.
361. Raymond MH, Feldman DE, Demers L. Waiting list prioritization: avoiding the pitfalls. *Rehabilitation et Community Care*. 2014;23(2):8-10.
362. McClellan FM, White III AA, Jimenez RL, Fahmy S. Do poor people sue doctors more frequently? Confronting unconscious bias and the role of cultural competency. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2012;470(5):1393-7.
363. Winkleby MA, Jatulis DE, Frank E, Fortmann SP. Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*. 1992;82(6):816-20.
364. Shavers VL. Measurement of socioeconomic status in health disparities research. *The Journal of the National Medical Association*. 2007;99(9):1013.
365. Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, Chideya S, Marchi KS, Metzler M, et al. Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. *The Journal of the American Medical Association*. 2005;294(22):2879-88.
366. Keeney T, Jette AM, Freedman VA, Cabral H. Racial Differences in Patterns of Use of Rehabilitation Services for Adults Aged 65 and Older. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2017:1-6.
367. Parsley BS, Bertolusso R, Harrington M, Brekke A, Noble PC. Influence of gender on age of treatment with TKA and functional outcome. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2010;468(7):1759-64.
368. Laudicella M, Siciliani L, Cookson R. Waiting times and socioeconomic status: evidence from England. *Social Science et Medicine*. 2012;74(9):1331-41.
369. Yeh H-J, Chou Y-J, Yang N-P, Huang N. Receipt of physical therapy among osteoarthritis patients and its influencing factors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2015;96(6):1021-7.
370. Stålnacke B-M, Haukenes I, Lehti A, Wiklund AF, Wiklund M, Hammarström A. Is there a gender bias in recommendations for further rehabilitation in primary care of patients

with chronic pain after an interdisciplinary team assessment? *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2015;47(4):365-71.

371. Liu X, Hanney WJ, Masaracchio M, Kolber MJ. Utilization and payments of office-based physical rehabilitation services among individuals with commercial insurance in New York state. *Physical Therapy*. 2015.

372. Freburger JK, Holmes GM, Ku LJE, Cutchin MP, Heatwole-Shank K, Edwards LJ. Disparities in post-acute rehabilitation care for joint replacement. *Arthritis Care et Research*. 2011;63(7):1020-30.

373. Freburger JK, Holmes GM, Ku LJE. Postacute rehabilitation care for hip fracture: who gets the most care? *The Journal of the American Geriatrics Society*. 2012;60(10):1929-35.

374. Goode AP, Freburger JK, Carey TS. The influence of rural versus urban residence on utilization and receipt of care for chronic low back pain. *The Journal of Rural Health*. 2013;29(2):205-14.

375. Nguyen-Oghalai TU, Ottenbacher KJ, Kuo Y-f, Wu H, Grecula M, Eschbach K, et al. Disparities in utilization of outpatient rehabilitative care following hip fracture hospitalization with respect to race and ethnicity. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2009;90(4):560-3.

376. Ottenbacher KJ, Smith PM, Illig SB, Linn RT, Gonzales VA, Ostir GV, et al. Disparity in health services and outcomes for persons with hip fracture and lower extremity joint replacement. *Medical Care*. 2003;41(2):232-41.

377. Bass B, Lake E, Elvy C, Fodemesi S, Iacoe M, Mazik E, et al. Smoking-related stigma expressed by physiotherapists toward individuals with lung disease. *Physiotherapy Canada*. 2017:1-7.

378. Kweon C, Gagnier JJ, Robbins CB, Bedi A, Carpenter JE, Miller BS. Surgical versus nonsurgical management of rotator cuff tears predictors of treatment allocation. *The American Journal of Sports Medicine*. 2015.

379. Feldman DE, Frenette M, Michel C, Sheppard R, Deslauriers J, Behioui H, et al. Patient follow-up post-emergency visit for heart failure: is there gender bias in referral to specialized clinics? *Congrès Canadien Cardiovasculaire*. 2010;Montréal(octobre).

380. Feldman DE, Huynh T, Des Lauriers J, Giannetti N, Frenette M, Grondin F, et al. Gender and other disparities in referral to specialized heart failure clinics following emergency department visits. *Journal of Women's Health*. 2013;22(6):526-31.

381. Harrison T. Burden of restraint, disablement, and ethnic identity: a case study of total joint replacement for osteoarthritis. *Health Care for Women International*. 2011;32(8):669-85.

382. Rahman MM, Kopec JA, Sayre EC, Greidanus NV, Aghajanian J, Anis AH, et al. Effect of sociodemographic factors on surgical consultations and hip or knee replacements among patients with osteoarthritis in British Columbia, Canada. *The Journal of Rheumatology*. 2011;38(3):503-9.

383. Odebisi D, Aweto H, Igbari T, Tella B. Factors influencing number of physiotherapy treatment sessions for patients with low back pain. *African Journal of Physiotherapy and Rehabilitation Sciences*. 2012;4(1-2):23-8.

384. Kahneman D. A perspective on judgment and choice: mapping bounded rationality. *American Psychological Association*. 2003;58(9):697.

385. Prkachin KM, Mass H, Mercer SR. Effects of exposure on perception of pain expression. *Pain*. 2004;111(1):8-12.

386. Drolet M-J, Désormeaux-Moreau M. Les valeurs des ergothérapeutes: résultats quantitatifs d'une étude exploratoire. *BioéthiqueOnline*. 2014;3(21).
387. Swisher LL, Hiller P. The revised APTA code of ethics for the physical therapist and standards of ethical conduct for the physical therapist assistant: theory, purpose, process, and significance. *Physical Therapy*. 2010;90(5):803-24.
388. Greenfield B, Jensen GM. Beyond a code of ethics: phenomenological ethics for everyday practice. *Physiotherapy Research International*. 2010;15(2):88-95.
389. Drolet M-J. The axiological ontology of occupational therapy: a philosophical analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2014;21(1):2-10.
390. Devereaux AV, Dichter JR, Christian MD, Dubler NN, Sandrock CE, Hick JL, et al. Definitive care for the critically ill during a disaster: a framework for allocation of scarce resources in mass critical care from a task force for mass critical care summit meeting, January 26-27, 2007, Chicago, IL. *Chest Journal*. 2008;133(5_suppl):51S-66S.
391. Donabedian A. Specifying requirements for health care: social values. Dans: Harvard University Press, rédacteur. *Aspects of Medical Care Administration*. Cambridge (Mass.)1973. p. 1-30.
392. Veatch RM. *Case studies in medical ethics*: Harvard University Press; 1977.
393. Pivotal Research. *Core code of ethics for physiotherapists in Canada*. Edmonton (AB), Canada: 2016.
394. Pivotal Research. *Validation of core standards of practice and code of ethics for physiotherapists in Canada – final report (quantitative and qualitative components)*. Edmonton (AB), Canada: 2016.
395. Pivotal Research. *Core standards of practice for physiotherapists in Canada*. Edmonton (AB), Canada: 2016.
396. World Confederation for Physical Therapy (WCPT). *Policy statement: ethical responsibilities of physical therapists and WCPT members*. London UK: WCPT, 2011.
397. World Confederation for Physical Therapy (WCPT). *WCPT ethical principles*. London UK: WCPT, 2011.
398. Hawryluck L. Ethics review: position papers and policies- are they really helpful to front-line ICU teams? *Critical Care Medicine*. 2006;10(6):242.
399. Fulford KB. Ten principles of values-based medicine *Philosophy and Psychiatry*. 2004;50-80.
400. Landry MD, Williams AP, Verrier MC, Zakus D, Deber RB. Shifting the public-private mix: a policy analysis of physical therapy funding in Ontario. *Physiotherapy Canada*. 2007;59(4):255-65.
401. Weinrich M, Stuart M. Coverage policy for neurorehabilitation: an international perspective. *Neurorehabilitation et Neural Repair*. 2011;25(6):531-9.
402. Rapport MJK. Laws that shape therapy services in educational environments. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*. 1995;15(2):5-32.
403. Carrier A, Levasseur M, Freeman A, Desrosiers J. Reddition de compte et optimisation de la performance: impacts sur le choix des interventions ergothérapeutiques. *Santé Publique*. 2016;28(6):769-80.
404. Hogg-Johnson S, Cole DC, Lee H, Beaton DE, Kennedy C, Subrata P, et al. Changes in physiotherapy utilization in one workforce: implications for accessibility among Canadian working-Age adults. *Healthcare Policy*. 2011;6(3):e93.

405. Compton-Griffith KN, Cicirello NA, Turner A. Physical therapists' perceptions of providing services to adults with childhood-onset neuromotor disabilities. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*. 2011;31(1):19-30.
406. Asemota AO, George BP, Cumpsty-Fowler CJ, Haider AH, Schneider EB. Race and insurance disparities in discharge to rehabilitation for patients with traumatic brain injury. *Journal of Neurotrauma*. 2013;30(24):2057-65.
407. Nirula R, Nirula G, Gentilello LM. Inequity of rehabilitation services after traumatic injury. *The Journal of Trauma*. 2009;66(255-59).
408. Dolot J, Viola D, Shi Q, Hyland M. Impact of out-of-pocket expenditure on PT utilization for non-specific low back pain: secondary analysis of the medical expenditure panel survey data. *Physical Therapy*. 2015.
409. Hewitt M, Maxwell S, Vargo MM. Policy issues related to the rehabilitation of the surgical cancer patient. *Journal of Surgical Oncology*. 2007;95(5):370-85.
410. Osberg JS, Unsworth CA. Trauma-rehabilitation connections: discharge and admission decisions for children. *Developmental Neurorehabilitation*. 1997;1(3):131-46.
411. Uili RM, Wood R. The effect of third-party payers on the clinical decision making of physical therapist. *Social Science et Medicine*. 1995;40(7):873-9.
412. Perreault K, Dionne CE, Rossignol M, Poitras S, Morin D. Physiotherapy practice in the private sector: organizational characteristics and models. *BMC Health Services Research*. 2014;14(1):1.
413. Collins TL. The therapy threshold: within the medicare prospective payment system. *Home Healthcare Nurse*. 2006;24(9):581-9.
414. Waldman M. Conflict of interest, physicians and physiotherapy. *Canadian Medical Association Journal*. 1996;154(11):1737-9.
415. Saporta A, Gibson S. Ethics of self-referral for profit: case example of a physician-owned physiotherapy clinic. *Physiotherapy Canada*. 2007;59(4).
416. Wasiak R, McNeely E. Utilization and costs of chiropractic care for work-related low back injuries: Do payment policies make a difference? *Spine*. 2006;6:146-53.
417. Swinkels IC, Hart DL, Deutscher D, Bosch WJ, Dekker J, Bakker DH, et al. Comparing patient characteristics and treatment processes in patients receiving physical therapy in the United States, Israel and the Netherlands: cross sectional analyses of data from three clinical databases. *BMC Health Services Research*. 2008;8(1):1.
418. Chan L, Wang H, Terdiman J, Hoffman J, Ciol MA, Lattimore BF, et al. Disparities in outpatient and home health service utilization following stroke: results of a 9-year cohort study in Northern California. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2009;1(11):997-1003.
419. Sandel ME, Wang H, Terdiman J, Hoffman JM, Ciol MA, Sidney S, et al. Disparities in stroke rehabilitation: results of a study in an integrated health system in northern California. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2009;1(1):29-40.
420. Ottenbacher KJ, Campbell J, Kuo Y-F, Deutsch A, Ostir GV, Granger CV. Racial and ethnic differences in postacute rehabilitation outcomes after stroke in the United States. *Stroke*. 2008;39(5):1514-9.
421. Meagher AD, Beadles CA, Doorey J, Charles AG. Racial and ethnic disparities in discharge to rehabilitation following traumatic brain injury. *Journal of Neurosurgery*. 2015;122(3):595-601.

422. Lad SP, Umeano OA, Karikari IO, Somasundaram A, Bagley CA, Gottfried ON, et al. Racial disparities in outcomes after spinal cord injury. *Journal of Neurotrauma*. 2013;30(6):492-7.
423. Shafi S, de la Plata CM, Diaz-Arrastia R, Bransky A, Frankel H, Elliott AC, et al. Ethnic disparities exist in trauma care. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*. 2007;63(5):1138-42.
424. Kapral MK, Wang H, Mamdani M, Tu JV. Effect of socioeconomic status on treatment and mortality after stroke. *Stroke*. 2002;33(1):268-75.
425. Burgess DJ. Are providers more likely to contribute to healthcare disparities under high levels of cognitive load? How features of the healthcare setting may lead to biases in medical decision making. *Medical Decision Making*. 2009.
426. Byrne A, Tanesini A. Instilling new habits: addressing implicit bias in healthcare professionals. *Advances in Health Sciences Education*. 2015;20(5):1255-62.
427. Canadian Health Services Research Foundation. We can eliminate errors in health care by getting rid of the "bad apples". *Journal of Health Services Research et Policy*. 2006;11(1):63-4.
428. Smedley BD, Myers HF. Conceptual and methodological challenges for health disparities research and their policy implications. *Journal of Social Issues*. 2014;70(2):382-91.
429. Mays N, Pope C. Chapter 8. Quality in qualitative health research. Dans: Pope C, Mays N, rédacteurs. *Qualitative Research in Health Care*. 3e éd: Blackwell Publishing Ltd; 2006. p. 82-101.
430. Lewins F. *Bioethics for health professionals: an introduction and critical approach*: Macmillan Education AU; 1996.
431. Bourgeault G. *L'éthique et le droit: face aux nouvelles technologies biomédicales*. Les presses de l'Université de Montréal, éditeur. Montréal: Les presses de l'Université de Montréal; 1990. 253 p.
432. Elkin S, Anderson L. Ethics and physiotherapy: an introduction. *New Zealand Journal of Physiotherapy*. 1998;26(3):9-12.
433. Fox RC, Swazey JP. Medical morality is not bioethics—medical ethics in China and the United States. *Perspectives in Biology and Medicine*. 1984;27(3):336-60.
434. International Association of Bioethics (IAB). Our objectives [En ligne]. <http://bioethics-international.org/index.php?show=objectives2013> [cité le January 4th 2016].
435. Müller D. Perplexités sur la bioéthique officielle. *Éthique et Santé*. 2007;4:19-23.
436. Prialux N. On biotechnology, bioethics, and its beneficiaries. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2011;20:174-84.
437. Geddes EL, Finch E, Larin H. *Ethical issues relevant to physical therapy*. Hamilton, Ontario: School of rehabilitation science, McMaster University; 1999. 118 p.
438. World Confederation for Physical Therapy (WCPT). Direct access and patient self-referral [En ligne]. 2013 [cité le 26 juillet 2016]. Disponible: <http://www.wcpt.org/node/34062>
439. Carrette J. *L'âge dort?: pour une retraite citoyenne*: Boréal; 1999.
440. Carpenter C, Richardson B. Ethics knowledge in physical therapy: a narrative review of the literature since 2000. *Physical Therapy Reviews*. 2008;13(5):366-74.
441. Robarts S, Kennedy D, MacLeod AM, Findlay H, Gollish J. A framework for the development and implementation of an advanced practice role for physiotherapists that improves access and quality of care for patients. *Healthcare Quarterly*. 2008;11(2):67.

442. Desmeules F, Roy JS, MacDermid JC, Champagne F, Hinse O, Woodhouse LJ. Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2012;13(1):107.
443. Anaf S, Sheppard LA. Physiotherapy as a clinical service in emergency departments: a narrative review. *Physiotherapy*. 2007;93(4):243-52.
444. McClellan C, Cramp F, Powell J, Bengler J. Extended scope physiotherapists in the emergency department: a literature review. *Physical Therapy Reviews*. 2010;15(2):106-11.
445. Kersten P, McPherson K, Lattimer V, George S, Breton A, Ellis B. Physiotherapy extended scope of practice—who is doing what and why? *Physiotherapy*. 2007;93(4):235-42.
446. Ellis B, Kersten P. The developing role of hand therapists within the hand surgery and medicine services: an exploration of doctors' views. *Hand Therapy*. 2002;7(4):119-23.
447. McPherson K, Kersten P, George S, Lattimer V, Breton A, Ellis B, et al. A systematic review of evidence about extended roles for allied health professionals. *Journal of Health Services Research et Policy*. 2006;11(4):240-7.
448. Veillette N, Demers L, Dutil E. Description de la pratique des ergothérapeutes du Québec en salle d'urgence. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2007;74(4):348-58.
449. Brockett M. Ethics, moral reasoning and professional virtue in occupational therapy education. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1996;63(3):197-205.
450. Barnitt R. Ethical dilemmas in occupational therapy and physical therapy: a survey of practitioners in the UK National Health Service. *Journal of Medical Ethics*. 1998;24(3):193-9.
451. Kulju K, Suhonen R, Leino-Kilpi H. Ethical problems and moral sensitivity in physiotherapy A descriptive study. *Nursing Ethics*. 2013;20(5):568-77.
452. Praestegaard J. Ethical Issues Related to the Physiotherapist Patient Relationship during the First Session-The Perceptions of Danish Physiotherapists. *Journal of Clinical Research et Bioethics*. 2015.
453. Cohen JJ. Professionalism in medical education, an american perspective: from evidence to accountability. *Med Educ*. 2006;40(7):607-17.
454. Grossman J. Continuing competence in the health professions. *The American Journal of Occupational Therapy*. 1998;52(9):709-15.
455. Swisher LL, Kessel Gv, Jones M, Beckstead J, Edwards I. Evaluating moral reasoning outcomes in physical therapy ethics education: stage, schema, phase, and type. *Physical Therapy Reviews*. 2012;17(3):167-75.
456. Macklin R. The death of bioethics (as we once knew it). *Bioethics*. 2010;24(5):211-7.
457. Durand G. Misères et grandeurs de la bioéthique. *Théologiques*. 1999;7(1):51-73.
458. Hedgecoe AM. Critical bioethics: beyond the social science critiques of applied ethics. *Bioethics*. 2004;18(2).
459. Reiter-Theil S. Does empirical research make bioethics more relevant? "The embedded researcher" as a methodological approach. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2004;7:17-29.
460. Borry P, Schotsmans P, Dierickx K. What is the role of empirical research in bioethical reflection and decision-making? An ethical analysis. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2004;7:41-53.
461. Kon AA. The role of empirical research in bioethics. *The American Journal of Bioethics*. 2009;9(6-7):59-65.
462. Hurst S. What « empirical turn in bioethics »? *Bioethics*. 2010;24:439-44.

463. Pope C, Mays N. Chapter 1. Qualitative methods in health research. Dans: Pope C, Mays N, rédacteurs. *Qualitative Research in Health Care*. 3e éd: Blackwell Publishing Ltd; 2006. p. 1-11.
464. Fortin M-F, Gagnon J. *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. 2e éd. Montréal: Chenelière éducation; 2010.
465. Brannen J. *Mixing methods: qualitative and quantitative research*. Aldershot, England: Avebury; 1992.
466. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage; 1985.
467. Van der Maren J-M. *Méthodes de recherche pour l'éducation*. 2e éd. *Méthodes en sciences humaines*, rédacteur. Belgique: De Boeck et Larcier; 1996.
468. Creswell JW, Fetters MD, Ivankova NV. Designing a mixed methods study in primary care. *Annals of Family Medicine*. 2004;2(1):7-12.
469. Pluye P, Hong QN. Combining the power of stories and the power of numbers: mixed methods research and mixed studies reviews. *Public Health*. 2014;35(1):29.
470. Dufour SP, Graham S, Friesen J, Rosenblat M, Rous C, Richardson J. Physiotherapists supporting self-management through health coaching: a mixed methods program evaluation. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2015;31(1):29-38.
471. Duncan C, Hudson M, Heck C. The impact of increased weekend physiotherapy service provision in critical care: a mixed methods study. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2015;31(8):547-55.
472. Wiart L, Rosychuk RJ, Wright FV. Evaluation of the effectiveness of robotic gait training and gait-focused physical therapy programs for children and youth with cerebral palsy: a mixed methods RCT. *BMC Neurology*. 2016;16(1):1.
473. Shaw JA, Connelly DM, Zecevic AA. Pragmatism in practice: mixed methods research for physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2010;26(8):510-8.
474. Bryman A. The research question in social research: what is its role? *International Journal of Social Research Methodology*. 2007;10(1):5-20.
475. Barbour RS. The case for combining qualitative and quantitative approaches in health services research. *Journal of Health Services Research et Policy*. 1999;4(1):39-43.
476. Côté J, Filion F, Fortin F. *Fondements et étapes du processus de recherche*: Montréal: Chenelière Education; 2005.
477. Hébert P, Meslin EM, Dunn EV, Byrne N, Reid RS. Evaluating ethical sensitivity in medical students: using vignettes as an instrument. *Journal of Medical Ethics*. 1990;16:141-5.
478. Veloski J, Tai S, Evans AS, Nash DB. Clinical vignette-based surveys: a tool for assessing physician practice variation. *The American Journal of Medical Quality*. 2005;20(3):151-7.
479. Learman K, Ellis AR, Goode AP, Showalter C, Cook CE. Physical therapists' clinical knowledge of multidisciplinary low back pain treatment guidelines. *Physical Therapy*. 2014;94(7):934-46.
480. Tait RC, Chibnall JT, Luebbert A, Sutter C. Effect of treatment success and empathy on surgeon attributions for back surgery outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*. 2005;28(4):301-12.
481. Schmidt H, van Gog T, Schuit SC, Van den Berge K, Van Daele PL, Bueving H, et al. Do patients' disruptive behaviours influence the accuracy of a doctor's diagnosis? A randomised experiment. *BMJ Quality et Safety*. 2016.

482. Grunfeld E, Ramirez A, Maher E, Peach D, Young T, Albery I, et al. Chemotherapy for advanced breast cancer: what influences oncologists' decision-making? *British Journal of Cancer*. 2001;84(9):1172.
483. Schulman KA, Berlin JA, Harless W, Kerner JF, Sistrunk S, Gersh BJ, et al. The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. *New England Journal of Medicine*. 1999;340(8):618-26.
484. Collinge WR, Gross DP, Bostick GP, Cutforth GS, Rutten GM, Maroun C, et al. Evaluating physical therapy students' knowledge of and adherence to the Ambassador low back pain guideline. *Physiotherapy Canada*. 2013;65(4):384-95.
485. Rutten GM, Harting J, Rutten ST, Bekkering GE, Kremers SP. Measuring physiotherapists' guideline adherence by means of clinical vignettes: a validation study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2006;12(5):491-500.
486. Bishop A, Foster NE, Thomas E, Hay EM. How does the self-reported clinical management of patients with low back pain relate to the attitudes and beliefs of health care practitioners? A survey of UK general practitioners and physiotherapists. *Pain*. 2008;135(1):187-95.
487. Brunner E, Probst M, Meichtry A, Luomajoki H, Dankaerts W. Comparison of clinical vignettes and standardized patients as measures of physiotherapists' activity and work recommendations in patients with non-specific low back pain. *Clinical Rehabilitation*. 2016;30(1).
488. Hughes R, Huby M. The construction and interpretation of vignettes in social research. *Social Work and Social Sciences Review*. 2004;11(1):36-51.
489. Peabody JW, Luck J, Glassman P, Dresselhaus TR, Lee M. Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: a prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *The Journal of the American Medical Association*. 2000;283(13):1715-22.
490. Flaskerud JH. Use of vignettes to elicit responses toward broad concepts. *Nursing Research*. 1979;28(4):210-1.
491. Cazale L, Tremblay D, Roberge D, Touati N, Denis J-L, Pineault R. Développement et application d'une vignette clinique pour apprécier la qualité des soins en oncologie. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2006;54(5):407-20.
492. Finch J. The vignette technique in survey research. *Sociology*. 1987;21(1):105-14.
493. Taylor BJ. Factorial surveys: using vignettes to study professional judgement. *British Journal of Social Work*. 2006;36:1187-207.
494. Bernatsky S, Feldman DE, Shrier I, Toupin K, Haggerty J, Tousignant P, et al. Care pathways in early rheumatoid arthritis. *Canadian Family Physician*. 2006;52(11):1444-5.
495. Mazer B, Shrier I, Feldman DE, Swaine B, Majnemer A, Kennedy E, et al. Clinical management of musculoskeletal injuries in active children and youth. *Clinical Journal of Sport Medicine*. 2010;20(4):249-55.
496. Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec. *Statistiques sur les affections vertébrales 2007-2010*. 2011.
497. Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec. *Statistiques sur les lésions en « ite » du système musculo-squelettique 2007-2010*. 2011.
498. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)—a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics*. 2009;42(2):377-81.

499. Kunst AE, Leon DA, Groenhof F, Mackenbach JP. Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies Commentary: Unequal inequalities across Europe. *British Medical Journal*. 1998;316(7145):1636-42.
500. Marmot MG, Bosma H, Hemingway H, Brunner E, Stansfeld S. Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence. *The Lancet*. 1997;350(9073):235-9.
501. Griffin JM, Fuhrer R, Stansfeld SA, Marmot M. The importance of low control at work and home on depression and anxiety: do these effects vary by gender and social class? *Social Science et Medicine*. 2002;54(5):783-98.
502. Association étudiantes du Québec (ASEQ). Soins de santé: physiothérapeutes [En ligne]. 2014 [cité le 03/07/2014]. Disponible: http://www.aseq.ca/rte/fr/wwwsanteetudiantecom_HECMontr%C3%A9al_Sant%C3%A9_Coouverturesant%C3%A9_Professionnelsdelasant%C3%A9_Physioth%C3%A9rapeutes
503. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2015-2025. Gouvernement du Québec, 2015.
504. IJzelenberg W. Prevention of work-related musculoskeletal complaints. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2006.
505. Freburger JK, Holmes GM, Agans RP, Jackman AM, Darter JD, Wallace AS, et al. The rising prevalence of chronic low back pain. *Archives of Internal Medicine*. 2009;169(3):251-8.
506. Akpala C, Curran A, Simpson J. Physiotherapy in general practice: patterns of utilisation. *Public Health*. 1988;102(3):263-8.
507. Hackett G, Hudson M, Wylie J, Jackson A, Small K, Harrison P, et al. Evaluation of the efficacy and acceptability to patients of a physiotherapist working in a health centre. *British Medical Journal*. 1987;294(6563):24-6.
508. Kent PM, Keating JL. The epidemiology of low back pain in primary care. *Chiropractic et Osteopathy*. 2005;13(1):1.
509. Jette AM, Smith K, Haley SM, Davis KD. Physical therapy episodes of care for patients with low back pain. *Physical Therapy*. 1994;74(2):101-10.
510. Mikhail C, Korner-Bitensky N, Rossignol M, Dumas J-P. Physical therapists' use of interventions with high evidence of effectiveness in the management of a hypothetical typical patient with acute low back pain. *Physical Therapy*. 2005;85(11):1151-67.
511. Jones TV, Gerrity MS, Earp J. Written case stimulations: do they predict physician behavior? *Journal of Clinical Epidemiology*. 1990;43(8):805-15.
512. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ). Profession thérapeute en réadaptation physique (T.R.P.) [En ligne]. 2013 [cité le updated 2013 Nov, cited 2016 February 23]. Disponible: <https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/2015/08/OPPQ-TRP-web.pdf>
513. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Potvin L, Denis J-L, Boyle P. Savoir préparer une recherche: la définir, la structurer, la financer. Montréal, Canada: Chenelière Éducation; 2005. 198 p.
514. Albrecht C. Contingency tables and the chi square statistic - interpreting computer printouts and constructing tables. Utah State University.
515. Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin*. 1992;112(1):155.

516. Kenneth JO. Statistical conclusion validity: multiple inferences in rehabilitation research. *American Journal of Physical Medicine et Rehabilitation*. 1991;70(6):317-22.
517. Goodman SN. Toward evidence-based medical statistics. 1: The p value fallacy. *Annals of Internal Medicine*. 1999;130(12):995-1004.
518. Chavalarias D, Wallach JD, Li AHT, Ioannidis JP. Evolution of reporting P values in the biomedical literature, 1990-2015. *The Journal of the American Medical Association*. 2016;315(11):1141-8.
519. Ying L, Belitskaya-Levy I. The debate about p-values. *Shanghai Archives of Psychiatry*. 2015;27(6):381.
520. Mariani AW, Pêgo-Fernandes PM. Statistical significance and clinical significance. *Sao Paulo Medical Journal*. 2014;132(2):71-2.
521. Sterne JA, Smith GD. Sifting the evidence—what's wrong with significance tests? *Physical Therapy*. 2001;81(8):1464-9.
522. Borkhoff CM, Hawker GA, Kreder HJ, Glazier RH, Mahomed NN, Wright JG. Patients' gender affected physicians' clinical decisions when presented with standardized patients but not for matching paper patients. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2009;62(5):527-41.
523. Pope C, Ziebland S, Mays N. Chapter 7. Analysing qualitative data. Dans: Pope C, Mays N, rédacteurs. *Qualitative Research in Health Care*. 3e éd: Blackwell Publishing Ltd; 2006. p. 63-81.
524. Thorne S. *Interpretive description*. 1e éd. Walnut Creek: Left Coast Press; 2008.
525. Thorne S, Kirkham SR, O'Flynn-Magee K. The analytic challenge in interpretive description. *International Journal of Qualitative Methods*. 2004;3(1):1-11.
526. Thorne S, Kirkham SR, MacDonald-Emes J. Interpretive description: a noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Research in Nursing et Health*. 1997;20(2):169-77.
527. Sandelowski M, Barruso J. Classifying the Findings in Qualitative Studies. *Qualitative Health Research*. 2003;13:905-23.
528. Glaser BG, Strauss A. *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine; 1967.
529. Britten N. Chapter 2. Qualitative interviews. Dans: Pope C, Mays N, rédacteurs. *Qualitative Research in Health Care*. 3e éd: Blackwell Publishing Ltd; 2006. p. 12-20.
530. Gill P, Stewart K, Treasure E, Chadwick B. Methods of data collection in qualitative research: interviews and focus groups. *British Dental Journal*. 2008;204(6):291-5.
531. Poland BD. Transcription quality as an aspect of rigor in qualitative research. *Qualitative Inquiry*. 1995;1(3):290-310.
532. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*. 2006;26(2):1-18.
533. Miles M, Huberman A, Saldaña J. *Qualitative data analysis: a methods sourcebook*. 3e éd. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2014.
534. Faltermaier T. Why public health research needs qualitative approaches. *The European Journal of Public Health*. 1997;7(4):357-63.
535. Ryan-Nicholls K, Will C. Rigour in qualitative research: mechanisms for control: Qualitative researchers have been criticised for a perceived failure to demonstrate methodological rigour. Kimberley D Ryan-Nicholls and Constance I Will offer cautionary recommendations related to the mechanisms for control of methodological rigour in qualitative inquiry. *Nurse researcher*. 2009;16(3):70-85.

536. Whittemore R, Chase SK, Mandle CL. Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*. 2001;11(4):522-37.
537. Richards L. *Handling qualitative data: a practical guide*. 3e éd: Sage; 2015.
538. McPherson G, Thorne S. Exploiting exceptions to enhance interpretive qualitative health research: Insights from a study of cancer communication. *International Journal of Qualitative Methods*. 2006;5(2):73-86.
539. Emmet DM. *The moral prism*. Great Britain: The MacMillan Press LTD; 1979.
540. Durant G. *Introduction générale à la bioéthique*. Quebec: Fides; 1999.
541. Landry MD, Passalent LA, Cott CA. Availability and structure of ambulatory rehabilitation services: a survey of hospitals with designated rehabilitation beds in Ontario, Canada. *Physiotherapy Canada*. 2008;60(3):246-54.
542. *Loi canadienne sur la santé/ Canada Health Act L.R.C. C-6*, (1985).
543. Romanow RJ. Building on values: the future of health care in Canada. February 5, 2016 2002.
544. Kirby MJL. Final report on the state of the health care system in Canada: the health of Canadians - the federal role. Ottawa, Canada: February 5, 2016 2002.
545. Sen A. *Repenser l'inégalité*. JSTOR; 2000.
546. Sen A. *The idea of justice*: Harvard University Press; 2009.
547. Nussbaum MC. Capabilities and human rights. *Fordham Law Review*. 1997;66:273.
548. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Ethical criteria for allocating health-care resources Authors' reply. *The Lancet*. 2009;373(9673):1425-6.
549. Scheunemann LP, White DB. The ethics and reality of rationing in medicine. *Chest Journal*. 2011;140(6):1625-32.
550. Rawls J. *A theory of justice* New York: Oxford University Press; 1971.
551. Daniels N. Justice, health and healthcare. *The American Journal of Bioethics*. 2001;1(2):2-16.
552. Daniels N. Equity of Access to health care: some conceptual and ethical issues. *Milbank Memorial Fund*. 1982;60.
553. Kymlicka W. *Les théories de la justice: libéraux, utilitaristes, libertariens, marxistes, communautariens, féministes: La découverte/ du Boréal*; 2003.
554. Kilner JF. *Who lives? Who dies?: ethical criteria in patient selection*: Cambridge Univ Press; 1990.
555. Sinuff T, Kahnamoui K, Cook DJ, Luce JM, Levy MM. Rationing critical care beds: A systematic review. *Critical Care Medicine*. 2004;32(7):1588-97.
556. Perelman C. *Justice et raison*. 2e éd. Bruxelles, Belgique: Edition de l'Université de Bruxelles; 1972.
557. Nussbaum M. *Frontiers of justice: disability, nationality, species membership*. 2007.
558. Nussbaum M. Human rights and human capabilities. *Harvard Human Rights Journal* 2007;20:21.
559. Nicholis DA, Reid DA, Larmer PJ. Crisis, what crisis? Revisiting 'possible futures for physiotherapy'. *New Zealand Journal of Physiotherapy*. 2009;37(3):105-14.
560. Ottersen T, Mstad O, Norheim OF. Lifetime QALY prioritarianism in priority setting: quantification of the inherent trade-off. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2014;12(1):2.

561. Contandriopoulos A-P. Les soins de proximité: une exigence et un devoir. Dans: Saint-Arnaud J, Godard B, Bélisle Pilon J-C, rédacteurs. Les enjeux éthiques de la limite des ressources en santé. Gatineau, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal (PUM); 2016.
562. Moskop JC, Iserson KV. Triage in medicine, part II: Underlying values and principles. *Annals of Emergency Medicine*. 2007;49(3):282.
563. Varghese J, Kutty VR, Paina L, Adam T. Advancing the application of systems thinking in health: understanding the growing complexity governing immunization services in Kerala, India. *Health Research Policy and Systems*. 2014;12(1):47.
564. Zhang X, Bloom G, Xu X, Chen L, Liang X, Wolcott SJ. Advancing the application of systems thinking in health: managing rural China health system development in complex and dynamic contexts. *Health Research Policy and Systems*. 2014;12:44.
565. Sarriot EG, Kouletio M, Jahan S, Rasul I, Musha A. Advancing the application of systems thinking in health: sustainability evaluation as learning and sense-making in a complex urban health system in Northern Bangladesh. *Health Research Policy and Systems*. 2014;12:45.
566. Papadopoulos MC, Hadjitheodossiou M, Chrysostomou C, Hardwidge C, Bell BA. Is the National Health Service at the edge of chaos? *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2001;94(12):613-6.
567. Anderson P. Perspective: complexity theory and organization science. *Organization science*. 1999;10(3):216-32.
568. Matera E, Baglio G. Health, science, and complexity. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005;59(7):534-5.
569. Pearce N, Merletti F. Complexity, simplicity, and epidemiology. *International Journal of Epidemiology*. 2006;35(3):515-9.
570. Holden LM. Complex adaptive systems: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;52(6):651-7.
571. Morin E. Introduction à la pensée complexe. 1e éd. Paris: Seuil; 2005.
572. Rickles D, Hawe P, Shiell A. A simple guide to chaos and complexity. *Journal of Epidemiology Community Health*. 2007;61(11):933-7.
573. Kernick D. A theoretical framework for multimorbidity: from complicated to chaotic. *British Journal of General Practice*. 2012;62(602):e659-e62.
574. Weinberger H, Cohen J, Tadmor B, Singer P. Towards a framework for untangling complexity: The interprofessional decision-making model for the complex patient. *The Journal of the Association for Information Science and Technology*. 2015;66(2):392-407.
575. Love T, Burton C. General practice as a complex system: a novel analysis of consultation data. *Family Practice*. 2005;22(3):347-52.
576. Daykin AR, Richardson B. Physiotherapists' pain beliefs and their influence on the management of patients with chronic low back pain. *Spine*. 2004;29(7):783-95.
577. Michel F. Guide de dénomination d'établissements de santé. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux et Office de la langue française, 1999.
578. Clancy TR, Effken JA, Pesut D. Applications of complex systems theory in nursing education, research, and practice. *Nursing outlook*. 2008;56(5):248-56. e3.
579. Contandriopoulos D, Brousselle A. Reliable in their failure: an analysis of healthcare reform policies in public systems. *Health Policy*. 2010;95(2):144-52.

580. Pulkki JM, Rissanen P, Raitanen JA, Viitanen EA. Overlaps and accumulation in the use of rehabilitation services. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2011;34(3):255-60.
581. Miettinen S, Ashorn U, Lehto J. Talking about the institutional complexity of the integrated rehabilitation system—the importance of coordination. *International Journal of Integrated Care*. 2013;13:1-11.
582. Whyte J, Hart T. It's more than a black box; it's a Russian doll: Defining rehabilitation treatments. *American Journal of Physical Medicine et Rehabilitation*. 2003;82(8):639-52.
583. Harbourne RT, Stergiou N. Movement variability and the use of nonlinear tools: principles to guide physical therapist practice. *Physical Therapy*. 2009;89(3):267-82.
584. Vereijken B. The complexity of childhood development: variability in perspective. *Physical Therapy*. 2010;90(12):1850-9.
585. Lamarche PA, rédacteur. Les organisations de la santé sous l'angle de la complexité. Conférence GRÉAS 1; 24 mai 2012; Montréal.
586. Observatoire de l'administration publique (ENAP). Le réseau de la santé et des services sociaux. 2012.
587. Grenier J, Bourque M, St-Amour N. L'évolution des service sociaux du réseau de la santé et des services sociaux du Québec: la NGP ou le démantèlement professionnel des services sociaux. Université du Québec en Outaouais, Campus St-Jérôme, 2014.
588. Morin E, Le Moigne JL. L'intelligence de la complexité. 1e éd. Paris: L'Harmattan; 1999.
589. Porter ME. *Competitive strategies*. New York. 1980.
590. Porter ME, Kramer MR. The link between competitive advantage and corporate social responsibility. *Harvard Business Review*. 2006;84(12):78-92.
591. Smethurst D, Williams H. Power laws: Are hospital waiting lists self-regulating? *Nature*. 2001;410(6829):652-3.
592. Mitchell JM, Hadley J, Gaskin DJ. Physicians' responses to Medicare fee schedule reductions. *Medical Care*. 2000;38(10):1029-39.
593. Freckleton RP, Sutherland WJ. Do in-hospital waiting lists show self-regulation? *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2002;95(3):164-.
594. Doll J, William E, Trueit D. Complexity and the health care professions. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2010;16(4):841-8.
595. Sornette D. Mechanism for powerlaws without self-organization. *International Journal of Modern Physics* 2002;13(02):133-6.
596. Alhadeff-Jones M. Revisiting educational research through Morin' paradigm of complexity. *Complicity: An International Journal of Complexity and Education*. 2009;6(1).
597. Alhadeff-Jones M. Trois générations de théories de la complexité: nuances et ambiguïtés. *Educational Philosophy and Theory of Education*. 2008;40(1):66-82.
598. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2012;380(9859):2197-223.
599. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2012;380(9859):2163-96.

600. Hagen K, Linde M, Heuch I, Stovner LJ, Zwart J-A. Increasing prevalence of chronic musculoskeletal complaints. A large 11-year follow-up in the general population. *Pain Medicine*. 2011;12(11):1657-66.
601. Cecchi F, Paperini A, Lova RM, Pasquini G, Boni R, Castagnoli C, et al. Pain in patients attending outpatient rehabilitation: results of a pilot study. *Internal and Emergency medicine*. 2015;10(3):351-7.
602. Hay EM, Foster NE, Thomas E, Peat G, Phelan M, Yates HE, et al. Effectiveness of community physiotherapy and enhanced pharmacy review for knee pain in people aged over 55 presenting to primary care: pragmatic randomised trial. *British Medical Journal*. 2006;333(7576):995.
603. Moffett J, McLean S. The role of physiotherapy in the management of non-specific back pain and neck pain. *Rheumatology*. 2006;45(4):371-8.
604. Childs JD, Whitman JM, Sizer PS, Puglia ML, Flynn TW, Delitto A. A description of physical therapists' knowledge in managing musculoskeletal conditions. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2005;6(1):32.
605. Fortier F, Hébert G. Quels seront les impacts du vieillissement de la population? Dans: Institut de recherche et d'informations socio-économiques (IRIS), rédacteur. <http://iris-recherche.qc.ca/publications/vieillissement2015>.
606. Raine R. Does gender bias exist in the use of specialist health care? *Journal of Health Services Research et Policy*. 2000;5(4):237-49.
607. Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Canadian Medical Association Journal*. 2006;174(2):177-83.
608. Carter-Pokras O, Baquet C. What is a "health disparity"? *Public Health Reports*. 2002;117(5):426.
609. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*. 2008;372(9650):1661-9.
610. Kosny A, MacEachen E, Ferrier S, Chambers L. The role of health care providers in long term and complicated workers' compensation claims. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2011;21(4):582-90.
611. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ). Rapport annuel 2013-2014. Anjou (QC): 2014.
612. Blair IV, Steiner JF, Fairclough DL, Hanratty R, Price DW, Hirsh HK, et al. Clinicians' implicit ethnic/racial bias and perceptions of care among black and latino patients. *Annals of Family Medicine*. 2013;11(1):43-52.
613. Broyles RW, Narine L, Brandt Jr EN. The temporarily and chronically uninsured: does their use of primary care differ? *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2002;13(1):95-111.
614. Lavarreda SA, Gatchell M, Ponce N, Brown ER, Chia YJ. Switching health insurance and its effects on access to physician services. *Medical Care*. 2008;46(10):1055-63.
615. Meadors JD, Murray CB. Measuring nonverbal bias through body language responses to stereotypes. *Journal of Nonverbal Behavior*. 2014;38(2):209-29.
616. Hudon A, Perreault K, Laliberté M, Desrochers P, Williams-Jones B, Feldman DE, et al. Ethics teaching in rehabilitation: results of a pan-Canadian workshop with occupational and physical therapy educators. *Disabil Rehabil*. 2016;38(22):2244-54.

617. Hudon A, Laliberté M, Hunt M, Sonier V, Williams-Jones B, Mazer B, et al. What place for ethics? An overview of ethics teaching in occupational therapy and physiotherapy programs in Canada. *Disabil Rehabil.* 2014;36(9):775-80.
618. Laliberté M, Hudon A, Mazer B, Hunt MR, Feldman DE, Williams-Jones B. An in-depth analysis of ethics teaching in Canadian physiotherapy and occupational therapy programs. *Disabil Rehabil.* 2015;37(24):2305-11.
619. Katz JN. Lumbar disc disorders and low-back pain: socioeconomic factors and consequences. *The Journal of Bone et Joint Surgery.* 2006;88(suppl 2):21-4.
620. Linton S. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine.* 2000;25(9):1148.
621. Camden C, Swaine B, Levasseur M. Did waiting times really decrease following a service reorganization? Results from a retrospective study in a pediatric rehabilitation program in Quebec. *Disabil Rehabil.* 2013;35(9):719-24.
622. Sauermann H, Roach M. Increasing web survey response rates in innovation research: An experimental study of static and dynamic contact design features. *Research Policy.* 2013;42(1):273-86.
623. Giacomini M, Hurley J, Gold I, Smith P, Abelson J. The policy analysis of 'values talk': lessons from Canadian health reform. *Health Policy.* 2004;67(1):15-24.
624. Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2009;1:1-36.
625. Clow D, Mustafa A, Szollar J, Wood N, Reid J, Sinden S. Reducing waiting times associated with an integrated child health service. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health.* 2002;122(4):245-50.
626. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *The Journal of the American Medical Association.* 2003;289(8):1035-40.
627. Hills R, Kitchen S. Satisfaction with outpatient physiotherapy: focus groups to explore the views of patients with acute and chronic musculoskeletal conditions. *Physiotherapy Theory and Practice.* 2007;23(1):1-20.
628. Nagl M, Farin E. Congruence or discrepancy? Comparing patients' health valuations and physicians' treatment goals for rehabilitation for patients with chronic conditions. *International Journal of Rehabilitation Research.* 2012;35(1):26-35.
629. Paul J, Park L, Ryter E, Miller W, Ahmed S, Cott CA, et al. Delisting publicly funded community-based physical therapy services in Ontario, Canada: a 12-month follow-up study of the perceptions of clients and providers. *Physiotherapy Theory and Practice.* 2008;24(5):329-43.
630. Harding KE, Leggat SG, Bowers B, Stafford M, Taylor NF. Reducing waiting time for community rehabilitation services: a controlled before-and-after trial. *Archives of Physical Medecine and Rehabilitation.* 2013;94(1):23-31.
631. Harding KE, Taylor NF, Leggat SG. Do triage systems in healthcare improve patient flow? A systematic review of the literature. *Australian Health Review.* 2011;35(3):371-83.
632. Harding KE, Taylor NF, Leggat SG, Stafford M. Effect of triage on waiting time for community rehabilitation: a prospective cohort study. *Archives of Physical Medecine and Rehabilitation.* 2012;93(3):441-5.
633. Kreindler SA. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. *British medical bulletin.* 2010;95:7-32.

634. Davidson A. Parallel payers, privatization and two-tier healthcare in Canada. *Healthcare Papers*. 2008;8(3):16-20.
635. Lewis S, Donaldson C, Mitton C, Currie G. The future of health care in Canada. *British Medical Journal*. 2001;323(7318):926-9.
636. Morris C, Hawes S. The value of accident and emergency based physiotherapy services. *Journal of Accident et Emergency Medicine*. 1996;13(2):111-3.
637. De La Maisonneuve C, Martins JO. Public spending on health and long-term care: a new set of projections. *OECD Economic Policy Papers*. 2013(6):1.
638. Pammolli F, Riccaboni M, Magazzini L. The sustainability of European health care systems: beyond income and aging. *The European Journal of Health Economics*. 2012;13(5):623-34.
639. Code de déontologie des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique, L.R.Q., c. C-26, a. 87.
640. Laliberté M, Feldman D, Williams-Jones B, Hunt M. Operationalizing wait lists: strategies and experiences in three Quebec outpatient department. Unpublished.
641. Arber S, Sawyer L. The role of the receptionist in general practice: a 'dragon behind the desk'? *Social Science et Medicine*. 1985;20(9):911-21.
642. Haggerty J, rédacteur. Economic accessibility to healthcare: is it an issue in our publicly-funded health system? Institut des politiques sociales et de la santé (IHSP); 2012; Montréal: McGill University.
643. Haggerty JL, Roberge D, Lévesque J-F, Gauthier J, Loignon C. An exploration of rural–urban differences in healthcare-seeking trajectories: Implications for measures of accessibility. *Health et Place*. 2014;28:92-8.
644. Hammond J, Gravenhorst K, Funnell E, Beatty S, Hibbert D, Lamb J, et al. Slaying the dragon myth: an ethnographic study of receptionists in UK general practice. *British Journal of General Practice*. 2013;63(608):e177-e84.
645. Eisner M, Britten N. What do general practice receptionists think and feel about their work? *British Journal of General Practice*. 1999;49(439):103-6.
646. Copeman J, Van Zwanenberg T. Practice receptionists: poorly trained and taken for granted? *The Journal of the Royal College of General Practitioners*. 1988;38(306):14-6.
647. Gallagher M, Pearson P, Drinkwater C, Guy J. Managing patient demand: a qualitative study of appointment making in general practice. *British Journal of General Practice*. 2001;51(465):280-5.
648. Heuston J, Groves P, Nawad JA, Albery I, Gossop M, Strang J. Caught in the middle: receptionists and their dealings with substance misusing patients. *Journal of Substance Use*. 2001;6(3):151-7.
649. Purtilo RB. Whom to treat first, and how much is enough? Ethical dilemmas that physical therapists confront as they compare individual patients' needs for treatment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1992;8(1):26-34.
650. Huesch MD. One and done? Equality of opportunity and repeated access to scarce, indivisible medical resources. *BMC Medical Ethics*. 2012;13(1):11.
651. Waterschoot FP, Dijkstra PU, Hollak N, de Vries HJ, Geertzen JH, Reneman MF. Dose or content? Effectiveness of pain rehabilitation programs for patients with chronic low back pain: a systematic review. *Pain*. 2014;155(1):179-89.

652. Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *British Medical Journal*. 2001;322(7301):1511-6.
653. Petit A, Roche-Leboucher G, Bontoux L, Dubus V, Ronzi Y, Roquelaure Y, et al. Effectiveness of three treatment strategies on occupational limitations and quality of life for patients with non-specific chronic low back pain: Is a multidisciplinary approach the key feature to success: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2014;15(1):1.
654. Kamper SJ, Apeldoorn A, Chiarotto A, Smeets R, Ostelo R, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*. 2015;350:h444.
655. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014.
656. Laliberté M, Douglas E. Enhancing motivation to actively participate in rehabilitation care: impact on access and quality of care. *The American Journal of Bioethics (AJOB Neuroscience)*. 2015;6(1):39-41.
657. Saint-Arnaud J. L'allocation des ressources rares en soins de santé: l'exemple de la transplantation d'organes: Les cahiers scientifiques de l'Association Canadienne-Française pour l'avancement du savoir (ACFAS); 1997.
658. Daniels N, Sabin J. Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy et Public Affairs*. 1997;26(4):303-50.
659. Daniels N, Sabin J. *Setting limits fairly: can we learn to share medical resources?*: Oxford University Press; 2002.
660. Brockman J. *Fraud against the public purse by health care professionals: the difference of location: Law Commission of Canada Ottawa*; 2005.
661. Godbold R. Physiotherapy and the new disciplinary process. *New Zealand Journal of Physiotherapy*. 2008;36(3):132.
662. Uttley S. Adapting to radical innovation: accident compensation in New Zealand. *Review of Policy Research*. 1993;12(1, Â€):144-58.
663. Diesfeld K, Godbold R. Disciplinary developments in New Zealand. *International Journal of Therapy et Rehabilitation*. 2009;16(10):557-63.
664. von Goethe JW. *Les années de voyage de Wilhelm Meister*: L. Hachette; 1860.
665. Kuczewski M, Fiedler I. Ethical issues in rehabilitation: Conceptualizing the next generation of challenges. *American Journal of Physical Medicine et Rehabilitation*. 2001;80(11):848-51.
666. Sulewski JS, Boeltzig H, Hasnain R. Art and Disability: Intersecting Identities Among Young Artists with Disabilities. *Disability Studies Quarterly*. 2012;32(1).
667. Silvers A. A Neutral Ethical Framework for Understanding the Role of Disability in the Life Cycle. *The American Journal of Bioethics*. 2001;1(3):57-8.
668. Pinder R. Sick-but-fit or fit-but-sick? Ambiguity and identity at the workplace. Dans: Barnes C, Mercer G, rédacteurs. *Exploring the Divide*. Leeds, UK: The Disability Press; 1996. p. 135-56.
669. Hurst R. The international disability rights movement and the ICF. *Disabil Rehabil*. 2003;25(11-12):572-6.

670. World Health Organization (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Genève, Suisse: World Health Organization; 2001.
671. Sykes C. The international classification of functioning, disability and health: relevance and applicability to physiotherapy. *Advances in Physiotherapy*. 2008;10(3):110-8.
672. Stucki G. International classification of functioning, disability and health (ICF): a promising framework and classification for rehabilitation medicine. *American Journal of Physical Medicine et Rehabilitation*. 2005;84(10):733-40.
673. Steiner WA, Ryser L, Huber E, Uebelhart D, Aeschlimann A, Stucki G. Use of the ICF model as a clinical problem-solving tool in physical therapy and rehabilitation medicine. *Physical Therapy*. 2002;82(11).
674. Jette AM. Toward a common language for function, disability, and health. *Physical Therapy*. 2006;86(5):726.
675. Mittrach R, Grill E, Walchner-Bonjean M, Scheuringer M, Boldt C, Huber EO, et al. Goals of physiotherapy interventions can be described using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Physiotherapy*. 2008;94(2):150-7.
676. Kelley MJ, Shaffer MA, Kuhn JE, Michener LA, Seitz AL, Uhl TL, et al. Shoulder pain and mobility deficits: adhesive capsulitis: clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, disability, and health from the orthopaedic section of the american physical therapy association. *Journal of Orthopaedic et Sports Physical Therapy*. 2013;43(5):A1-A31.
677. Tousignant-Laflamme Y, Martel MO, Joshi AB, Cook CE. Rehabilitation management of low back pain—it's time to pull it all together! *Journal of Pain Research*. 2017;10:2373.
678. Armstrong JJ, Sims-Gould J, Stolee P. Allocation of rehabilitation services for older adults in the Ontario home care system. *Physiotherapy Canada*. 2016;68(4):346-54.
679. Mäntyselkä PT, Kumpusalo EA, Ahonen RS, Takala JK. Direct and indirect costs of managing patients with musculoskeletal pain—challenge for health care. *The European Journal of Pain*. 2002;6(2):141-8.
680. Reitsma ML, Tranmer JE, Buchanan DM, Vandekerckhof EG. The prevalence of chronic pain and pain-related interference in the Canadian population from 1994 to 2008. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*. 2011;31(4):157-64.
681. Lynch ME, Campbell F, Clark AJ, Dunbar MJ, Goldstein D, Peng P, et al. A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. *Pain*. 2008;136(1):97-116.
682. Clare HA, Adams R, Maher CG. A systematic review of efficacy of McKenzie therapy for spinal pain. *Australian Journal of Physiotherapy*. 2004;50(4):209-16.
683. Moseley L. Combined physiotherapy and education is efficacious for chronic low back pain. *Australian Journal of Physiotherapy*. 2002;48(4):297-302.
684. O'Sullivan PB, Phyt GDM, Twomey LT, Allison GT. Evaluation of specific stabilizing exercise in the treatment of chronic low back pain with radiologic diagnosis of spondylolysis or spondylolisthesis. *Spine*. 1997;22(24):2959-67.
685. Rossignol M, Arsenault B. Guide de pratique : clinique des lombalgies interdisciplinaire en première ligne (CLIP). 2006:1-43.
686. Van Middelkoop M, Rubinstein S, Kuijpers T, Verhagen A, Ostelo R, Koes B, et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *The European Spine Journal*. 2011;20(1):19-39.

687. Rand SE, Goerlich C, Marchand K, Jablecki N. The physical therapy prescription. *The American Family Physician*. 2007;76(11).
688. Bloche MG. Clinical loyalties and the social purposes of medicine. *The Journal of the American Medical Association*. 1999;281(3):268-74.
689. Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre *British Medical Journal*. 2002;324(7338):648-51.
690. Dunn N. Patient centred care: timely, but is it practical? *British Medical Journal*. 2002;324(7338):648-51.
691. Furze J, Black L, Peck K, Jensen GM. Student perceptions of a community engagement experience: Exploration of reflections on social responsibility and professional formation. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2011;27(6):411-21.
692. Verma S, Paterson M, Medves J. Core competencies for health care professionals: what medicine, nursing, occupational therapy, and physiotherapy share. *Journal of Allied Health*. 2006;35(2):109-15.
693. Danis M, Hurst SA, Fleck LM, R F, A S. Fair resource allocation and rationing at the bedside. New York (NY): Oxford University Press; 2015. 453 p.
694. Weaver RK. Compliance regimes and barriers to behavioral change. *Governance*. 2013.
695. Sackley C, Lett K, Littlechild R. Equipment provision by local authority occupational therapy teams using the Fair Access to Care Services eligibility framework: a vignette and interview study. *British Journal of Occupational Therapy*. 2009;72(6):259-65.
696. Morreim EH. Holding health care accountable: law and the new medical marketplace: Oxford University Press; 2001.
697. Azoulay É, Pochard F, Chevret S, Vinsonneau C, Garrouste M, Cohen Y, et al. Compliance with triage to intensive care recommendations. *Critical Care Medicine*. 2001;29(11):2132-6.
698. Graf J, Janssens U. Still a black box: what do we really know about the intensive care unit admission process and its consequences? *Critical Care Medicine*. 2005;33(4):901-3.
699. Esquivel Sada D. Chapitre 5. La bioéthique: d'un dérivé éthique vers un cas de dérive? *Journal International de Bioéthique*. 2010;21(2):79-93.
700. Desclos J. Les greffes d'organes au carrefour de la bienfaisance, de l'autonomie et de la justice. Dans: Saint-Arnaud J, rédacteur. *L'allocation des ressources rares en soins de santé: l'exemple de la transplantation d'organes: Les cahiers scientifiques de l'Association Canadienne-Française pour l'avancement du savoir (ACFAS)*; 1997. p. 285-93.
701. Sibbald SL, Singer PA, Upshur R, Martin DK. Priority setting: what constitutes success? A conceptual framework for successful priority setting. *BMC Health Services Research*. 2009;9(1):43.
702. Funderburke P. Exploring best practice for triage. *Journal of Emergency Nursing*. 2008;34(2):180.
703. Pereira D, Peleteiro B, Araujo J, Branco J, Santos RA, Ramos E. The effect of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2011;19(11):1270-85.
704. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet*. 2005;365(9464):1099-104.
705. Spitzer DL. Engendering health disparities. *Canadian Journal of Public Health*. 2005:s78-s96.

706. McIlvane JM. Disentangling the effects of race and SES on arthritis-related symptoms, coping, and well-being in african american and white women. *Aging et Mental Health*. 2007;11(5):556-69.
707. Rogers WA. Feminis and public health ethics. *Journal of Medical Ethics*. 2006;32:351-4.
708. Norheim OF, Baltussen R, Johri M, Chisholm D, Nord E, Brock D, et al. Guidance on priority setting in health care (GPS-Health): the inclusion of equity criteria not captured by cost-effectiveness analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2014;12(1):1.
709. Childress JF. Who shall live when not all can live? *Soundings*. 1970;53(4):339-55.
710. Siciliani L, Hurst J. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. *Health Policy*. 2005;72(2):201-15.
711. Boissoneault J, Mundt J, Robinson M, George SZ. Predicting Low Back Pain Outcomes: Suggestions for Future Directions. *Journal of Orthopaedic et Sports Physical Therapy*. 2017;47(9):588-92.
712. Suhonen L, Kämäräinen K. Physiotherapy and costs: A review of the literature. *Physical Therapy Reviews*. 2000;5(2):131-5.
713. Dea C, Pour le groupe jeunes médecins pour la santé publique (JMPSP). Qui défend la prévention? *La Presse plus*. 29 mai 2016;Sect. Débats.
714. Bogetz JF, Rassbach CE, Bereknyei S, Mendoza FS, Sanders LM, Braddock CH. Training health care professionals for 21st-century practice: a systematic review of educational interventions on chronic care. *Academic Medicine*. 2015;90(11):1561-72.
715. Gogovor A, Visca R, Auger C, Bouvrette-Leblanc L, Symeonidis I, Poissant L, et al. Informing the development of an Internet-based chronic pain self-management program. *International journal of medical informatics*. 2017;97:109-19.
716. De Carlo MS, Sell KE. The effects of the number and frequency of physical therapy treatments on selected outcomes of treatment in patients with anterior cruciate ligament reconstruction. *Journal of Orthopaedic et Sports Physical Therapy*. 1997;26(6):332-9.
717. Swinkels IC, van den Ende CH, van den Bosch W, Dekker J, Wimmers RH. Physiotherapy management of low back pain: does practice match the Dutch guidelines? *Australian Journal of Physiotherapy*. 2005;51(1):35-41.
718. Laliberté M, Williams-Jones B, Feldman DE, Hunt M, Mazer B. Physiotherapy and third party payers: exploring Canadian professional ethics issues. *Canadian Bioethics Society Annual conference; Montreal2012*.
719. Raymond MJ, Burge AT, Soh SE, Jeffs KJ, Winter A, Holland AE. Experiences of older adults in a group physiotherapy program at a rehabilitation hospital: A qualitative study. *Journal of hospital medicine*. 2016. Epub 2016/01/29.
720. Critchley DJ, Ratcliffe J, Noonan S, Jones RH, Hurley MV. 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* 2007;32(14):1474-81.
721. Carr JL, Klaber Moffett JA, Howarth E, Richmond SJ, Torgerson DJ, Jackson DA, et al. A randomized trial comparing a group exercise programme for back pain patients with individual physiotherapy in a severely deprived area. *Disabil Rehabil*. 2005;27(16):929-37.
722. O'Keeffe M, Hayes A, McCreesh K, Purtill H, O'Sullivan K. Are group-based and individual physiotherapy exercise programmes equally effective for musculoskeletal conditions? A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*. 2016.

723. Toomey E, Currie-Murphy L, Matthews J, Hurley DA. The effectiveness of physiotherapist-delivered group education and exercise interventions to promote self-management for people with osteoarthritis and chronic low back pain: a rapid review part I. *Manual Therapy*. 2015;20(2):265-86.
724. Simmons L, Smith T. Effectiveness of pre-operative physiotherapy-based programmes on outcomes following total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *Physical Therapy Reviews*. 2013;18(1):1-10.
725. Mani S, Sharma S, Omar B, Paungmali A, Joseph L. Validity and reliability of Internet-based physiotherapy assessment for musculoskeletal disorders: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2016.
726. Salisbury C, Montgomery AA, Hollinghurst S, Hopper C, Bishop A, Franchini A, et al. Effectiveness of PhysioDirect telephone assessment and advice services for patients with musculoskeletal problems: pragmatic randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 2013;346:f43.
727. Brosseau L, Wells GA, Brooks S, De Angelis G, Bell M, Egan M, et al. People getting a grip on arthritis II: an innovative strategy to implement clinical practice guidelines for rheumatoid arthritis and osteoarthritis patients through Facebook. *Health Education Journal*. 2014;73(1):109-25.
728. Laliberté M, Beaulieu-Poulin C, Campeau Larrivée A, Charbonneau M, Samson É, Feldman DE. Current uses (and potential misuses) of Facebook: an online survey in physiotherapy. *Physiotherapy Canada*. 2016;68(1):5-12.
729. Casarett D. The science of choosing wisely—overcoming the therapeutic illusion. *New England Journal of Medicine*. 2016;374(13):1203-5.
730. Malone RE. Policy as product: morality and metaphor in health policy discourse. *Hastings Center Report*. 1999;29(3):16-22.
731. Giacomini M, Hurley J, Gold I, Smith P, Abelson J. Values in Canadian health policy analysis: what are we talking about: Canadian Health Services Research Foundation=Fondation canadienne de la recherche sur les Services de santé; 2001.
732. Giacomini, Kenny N, DeJean D. Ethics frameworks in Canadian health policies: foundation, scaffolding, or window dressing? *Health Policy*. 2009;89(1):58-71.
733. Matheson DS, Miller G. Review and assessment of the administration of medical affairs at the British Columbia workers' compensation board. June 16 1998.
734. Flett PJ, Stoffell BF. Ethical issues in paediatric rehabilitation. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2003;39(3):219-23.
735. Gibson BE, Darrah J, Cameron D, Hashemi G, Kingsnorth S, Lepage C, et al. Revisiting therapy assumptions in children's rehabilitation: clinical and research implications. *Disabil Rehabil*. 2009;31(17):1446-53.
736. Veatch R. Disaster preparedness and triage: justice and the common good. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 2005;72(4):236 - 41.
737. Oudhoff JP, Timmermans D, Knol D, Bijnen A, Van der Wal G. Prioritising patients on surgical waiting lists: a conjoint analysis study on the priority judgements of patients, surgeons, occupational physicians, and general practitioners. *Social Science et Medicine*. 2007;64(9):1863-75.
738. Raymond M-H, Demers L, Feldman DE. Differences in waiting list prioritization preferences of occupational therapists, elderly people and persons with disabilities: a discrete choice experiment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2017.

739. Oberlander J, Marmor T, Jacobs L. Rationing medical care: rhetoric and reality in the Oregon Health Plan. *Canadian Medical Association Journal*. 2001;164(11):1583-7.
740. Dolan P, Cookson R, Ferguson B. Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study. *British Medical Journal*. 1999;318(7188):916-9.
741. Foote JL, Houston DJ, North NH. Towards a systemic understanding of a hospital waiting list. *Journal of Health Organization and Management*. 2004;18(2-3):140-54.
742. Arendt KW, Sadosty AT, Weaver AL, Brent CR, Boie ET. The left-without-being-seen patients: what would keep them from leaving? *Annals of Emergency Medicine*. 2003;42(3):317-IN2.
743. Schneider A, Ingram H. Behavioral assumptions of policy tools. *The Journal of Politics*. 1990;52(02):510-29.
744. Laliberté M, Hudon A. Ethics teaching in physiotherapy university programs in Canada. *Canadian Physiotherapy Association Annual Conference*; May; Montreal 2013.
745. Grantcharov TP, Reznick RK. Training tomorrow's surgeons: what are we looking for and how can we achieve it? *ANZ J Surg*. 2009;79(3):104-7.
746. Beach M, Gary TL, Price EG, Robinson K, Gozu A, Palacio A, et al. Improving health care quality for racial/ethnic minorities: a systematic review of the best evidence regarding provider and organization interventions. *BMC Public Health*. 2006;6(1):1.
747. Smith WR, Betancourt JR, Wynia MK, Bussey-Jones J, Stone VE, Phillips CO, et al. Recommendations for teaching about racial and ethnic disparities in health and health care. *Annals of Internal Medicine*. 2007;147(9):654-65.
748. Rudman LA, Ashmore RD, Gary ML. "Unlearning" automatic biases: the malleability of implicit prejudice and stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2001;81(5):856.
749. Burgess D, Van Ryn M, Dovidio J, Saha S. Reducing racial bias among health care providers: lessons from social-cognitive psychology. *Journal of General Internal Medicine*. 2007;22(6):882-7.
750. Teal CR, Gill AC, Green AR, Crandall S. Helping medical learners recognise and manage unconscious bias toward certain patient groups. *Med Educ*. 2012;46(1):80-8.
751. Godsil RD. Addressing implicit biases, racial anxiety and stereotype threat in education and health care Perception Institute, 2014.
752. Burgess DJ, Warren J, Phelan S, Dovidio J, Van Ryn M. Stereotype threat and health disparities: what medical educators and future physicians need to know. *Journal of General Internal Medicine*. 2010;25(2):169-77.
753. Stone J, Moskowitz GB. Non-conscious bias in medical decision making: what can be done to reduce it? *Med Educ*. 2011;45(8):768-76.
754. Hammarström A, Wiklund M, Stålnacke B-M, Lehti A, Haukenes I, Fjellman-Wiklund A. Developing a tool for increasing the awareness about gendered and intersectional processes in the clinical assessment of patients— a study of pain rehabilitation. *PloS one*. 2016;11(4):e0152735.
755. Adams VH, Devos T, Rivera LM, Smith H, Vega LA. Teaching about implicit prejudices and stereotypes: a pedagogical demonstration. *Teaching of Psychology*. 2014;41(3):204-12.
756. Beagan BL, Kumas-Tan Z. Approaches to diversity in family medicine “I have always tried to be colour blind”. *Canadian Family Physician*. 2009;55(8):e21-e8.

757. Fitzgerald C. A neglected aspect of conscience: awareness of implicit attitudes. *Bioethics*. 2014;28(1):24-32.
758. Gonzalez CM, Kim MY, Marantz PR. Implicit bias and its relation to health disparities: a teaching program and survey of medical students. *Teaching and Learning in Medicine*. 2014;26(1):64-71.
759. Risberg G, Johansson EE, Hamberg K. 'Important... but of low status': male education leaders' views on gender in medicine. *Med Educ*. 2011;45(6):613-24.
760. Rest J, Thoma SJ, Narvaez D, Bebeau MJ. Alchemy and beyond: Indexing the Defining Issues Test. *Journal of Educational Psychology*. 1997;89(3):498.
761. Trevino LK, Weaver GR, Reynolds SJ. Behavioral ethics in organizations: A review. *Journal of Management*. 2006;32(6):951-90.
762. Triezenberg HL. Beyond the code of ethics: educating physical therapists for their role as moral agents. *Journal of Physical Therapy Education*. 2000;14(3):48.
763. Mahony P. Should 'ought' be taught? *Teaching and Teacher Education*. 2009;25(7):983-9.
764. Hardeman RR, Burgess D, Phelan S, Yeazel M, Nelson D, van Ryn M. Medical student socio-demographic characteristics and attitudes toward patient centered care: Do race, socioeconomic status and gender matter? A report from the Medical Student CHANGES study. *Patient Education and Counseling*. 2015;98(3):350-5.
765. Hobbes T. *Leviathan*: Scolar Press; 1969.
766. McDonnell LM. Assessment policy as persuasion and regulation. *The American Journal of Education*. 1994:394-420.
767. Champagne F. *Les PPP et la privatisation des services de santé: panacée ou illusion? :* GRIS, Université de Montréal; 2007.
768. Lamarche P, Trigub-Clover A. *La propriété privée des organisations de santé: quels effets sur les services. Le privée dans la santé: les discours et les faits Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal*. 2008.
769. Barlow J, Roehrich J, Wright S. Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services. *Health Affairs*. 2013;32(1):146-54.
770. Healy T. *Health care privatization and the workers' compensation system in Canada*. The Canadian Political Science Association; Saskatoon 2007.
771. Betts ME, Tanuseputro P, Yanagawa B. *Chaoulli and Zeliotis vs. Quebec: a primer on the background, decision and impact on health care in Canada*. University of Toronto Medical Journal. 2005;83(1).
772. Government of British Columbia. Part II: Summary of input on the conversation on Health. Dans: Ministry of Health, rédacteur.: Government of British Columbia; 2007.
773. Maguire R, Lessard R, Sauvé J. *Le privé dans la santé : un enjeu de santé publique*. Québec: 10 novembre 2007.
774. Mou H. The political economy of the public-private mix in health expenditure: An empirical review of thirteen OECD countries. *Health Policy*. 2013;113(3):270-83.
775. Vian T. Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*. 2008;23(2):83-94.
776. White III AA. Some advice for minorities and women on the receiving end of health-care disparities. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. 2014;1(1):61-6.

777. Moreau AC, Savriama S, Major FA. Littératie en santé: conduites et gestion de soins chez les personnes ayant des compétences réduites en littératie. *Globe: Revue internationale d'études québécoises*. 2013;16(1):91-105.
778. Dupuis P. La littératie en santé: comprendre l'incompréhension. *Éducation Santé*. 2015;Mars.
779. Chaudhry SI, Herrin J, Phillips C, Butler J, Mukerjee S, Murillo J, et al. Racial disparities in health literacy and access to care among patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*. 2011;17(2):122-7.
780. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*. 2002;48(2):177-87.
781. Wojkowski S. Here's why equitable physiotherapy is important. *ShoPTalk2016*.
782. Whalen R. A national information policy: Innovation requires improved access to research and data. *University Affairs / Affaires universitaires*. 2016;Mai 41.
783. Contandriopoulos D. Sept milliards, mais pas de lumière. Dans: *Policy Options/ Options politiques - Le forum au service du bien public, rédacteur*. 2016.
784. Lewis S, Barer ML, Sanmartin C, Sheps S, Shortt SED, McDonald PW. Ending waiting-list mismanagement: principles and practice. *Canadian Medical Association Journal*. 2000;162(9):1297-300.

ANNEXES

Annexe 1 : Guides d'entrevue

Guide d'entrevue (anglais)

<p>Pre-interview briefing</p>	<p>Before we start, I'm just going to go through a quick overview of the research project and the interview process. The purpose of this research project is to explore the experiences and perceptions of actors regarding access to physiotherapy services, including prioritization of patients and treatment parameters. Many factors influence decisions related to the management of wait lists and choices regarding frequency and duration of treatment. We are interested in understanding the processes and criteria by which actors evaluate and make choices regarding prioritization and access to care. We would like your permission to audio-record this interview. Personally identifying information, including names that you mention in the interview, will be kept confidential; if information from this study is published or presented in any manner, your name or other identifying information will not be used. You may also request that a particular story or revelation not be included in the study data. Your participation in this study is completely voluntary and you may withdraw from the interview at any time. Please let me know if there are any questions you find too sensitive to answer. I will gladly move on to the next question. Please feel free to look over this consent form and ask any questions that you may have about the process. <i>(Consent form available with main points highlighted)</i> Do you have any questions before we begin?</p>
<p>Interview questions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Can you give me a brief overview of the clinical work you have done or are currently involved in providing? Probe for: years of practice, context (private/public) and duties, clientele (outpatient/inpatient) <i>Direct participant to focus on work in the outpatient department during the interview.</i> • What system of prioritization is used in the physiotherapy department? Who prioritizes the patients? Which criteria are used? [May inquire: Does prioritization account for other pathologies or conditions that might be the source of the musculoskeletal injury? Is there a formal prioritization tool (if yes, can you share this with us)? Who would be a high priority patient? Who would be a low priority patient? How does the source of payment (e.g., WCB) influence prioritization of patients (and parameters of treatment)? • What are your impressions of the wait list in your department? What are the consequences of the wait list? Do you think that the criteria used for setting priorities are fair? Why or why not? • Question specific for physiotherapist or manager. How do you decide when to end a patient's treatment? Do you feel you have enough tools to make objective decisions to terminate treatment? Do you try to align the duration of treatment with the practice of your colleagues? • Do you experience a tension between the quality of care offered to current patients and the desire to help those on the wait list? How do you manage this? • Do you ever have conflict or pressure about treatment provision with the administration, colleagues, family or patient expectations? Can you give us examples? • If you could propose one improvement to the management of your department's wait list, what would that be? What would be improved by this modification? – Increased fairness? Increased efficiency? Less stressful for therapists? Increased clarity? Etc.
<p>Debriefing</p>	<p>Is there anything else that you would like to say about anything we discussed today? Thank you very much for your time. We have learned a lot from your experience and appreciate gaining your perspective on these topics.</p>

Guide d'entrevue (français)

<p>Mise en situation de l'entrevue</p>	<p>Avant de débiter avec l'entrevue, nous allons faire un rapide survol du projet de recherche ainsi que du processus d'entrevue. Le but de ce projet de recherche est d'explorer les expériences et perceptions de différents acteurs concernant l'accès aux services de physiothérapie, incluant la priorisation des patients et les paramètres de traitement. Plusieurs facteurs influencent la prise de décision liée à la gestion des listes d'attente et aux choix concernant la fréquence et la durée des traitements. Nous cherchons à comprendre les processus et les critères par lesquels les différents acteurs en physiothérapie évaluent et font leur choix en ce qui a trait à la priorisation et l'accès au soin. Nous aimerions obtenir votre permission d'enregistrer cette entrevue. Toute information susceptible de vous identifier, incluant les noms que vous mentionnez lors de l'entrevue, seront gardées confidentielles; si l'information de cette étude vient à être diffusée sous forme de publication ou de présentation, votre nom ou toute information permettant de vous identifier ne sera pas divulgué. Vous pouvez aussi nous demander de ne pas inclure certaines histoires ou révélations lors de l'analyse des données. Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et vous pouvez vous retirer de l'entrevue à tout moment. Veuillez m'informer si une question vous semble trop sensible. Nous passerons à la prochaine question. Veuillez jeter un coup d'œil au formulaire de consentement et me poser toutes questions que vous pouvez avoir à propos du projet ou de votre participation. <i>(Formulaire de consentement disponible avec les points principaux surlignés)</i> Avez-vous des questions avant que nous débutions?</p>
<p>Questions d'entrevue</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pouvez-vous me décrire brièvement vos expériences présentes et passées de travail clinique en physiothérapie? (Années de pratique, Contexte (privé/public) et les responsabilités, clientèle (externe/interne) <i>Amener le participant à se centraliser sur le traitement de patients externe au cours de l'entrevue.</i>) • Quel système de priorisation est utilisé dans votre département de physiothérapie? Qui est en charge de la priorisation des patients? Quels critères sont utilisés? Avez-vous un outil de triage formel (si oui, pouvez-vous m'en faire part)? Qui serait un patient à haute priorité? Qui serait un patient à faible priorité? Comment la source de paiement (p.ex. CSST, SAAQ) influence-t-elle la priorisation des patients (et les paramètres de traitement)? • Quelles sont vos impressions sur la liste d'attente au sein de votre département? Quelles sont les conséquences de cette liste? Croyez-vous que les critères utilisés pour prioriser les patients sont justes? Pourquoi (en quoi)? • Comment prenez-vous la décision d'arrêter un traitement? Sentez-vous que vous avez suffisamment d'outils afin de prendre les décisions d'arrêt de traitement de façon objective? Cherchez-vous à aligner la durée des traitements que vous offrez avec celle pratiquée par vos collègues? • Selon votre expérience sentez-vous qu'il y a une tension entre la qualité des soins offerts aux patients actuels et le désir de prendre en charge les patients sur la liste d'attente? Comment gérez-vous cela? • Vous arrive-t-il de vivre un conflit ou subir une pression en ce qui concerne l'allocation de ressources avec l'administration, vos collègues, votre famille ou les attentes du patient? Si oui, pouvez-vous nous donner des exemples? • Si vous pouviez faire une recommandation d'amélioration du processus au gestionnaire de la liste d'attente au sein de votre département, quelle serait-elle? Qu'est-ce que cette modification amènerait comme amélioration? – Plus grande justice? Plus grande efficacité? Diminution de stress pour les physiothérapeutes? Plus de clarté? Etc.
<p>Fermeture</p>	<p>Y a-t-il autre chose dont vous aimeriez parler à propos du sujet de notre discussion d'aujourd'hui? Merci beaucoup pour votre temps et votre participation. Nous avons appris beaucoup de votre expérience apprécions obtenir votre perspectives sur le sujet.</p>

Annexe 2 : Invitation pour le sondage par vignettes cliniques

We invite you to participate in a survey about access to physiotherapy services. The survey is part of a broader research project funded by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR) and conducted by Drs. Debbie Feldman (Université de Montréal) and Matthew Hunt (McGill University). This is a project coordinated by PhD student Ms. Maude Laliberté. The overall goal is to explore ethical challenges related to physiotherapy practice and wait list management. The survey should not take longer than 15 minutes to complete. You will have the chance to win one of 10 iPod Shuffles that will be drawn at random among all completed surveys. Please click on the link bellow to read the consent form and access the survey: [LINK TO REDCap](#)

We thank you in advance for your precious time and contribution to our study.

Nous vous invitons à participer à un sondage dont l'objet est l'allocation des ressources. Ce questionnaire fait parti d'un projet plus vaste subventionné par les Instituts en Santé du Canada (IRSC) et mené par les Drs Debbie Feldman (Université de Montréal) et Matthew Hunt (Université McGill) qui vise à approfondir la réflexion éthique notamment sur les enjeux reliés à la gestion des listes d'attente. Ce projet est coordonné par Mme. Maude Laliberté, candidate au doctorat. Le questionnaire ne devrait pas vous prendre plus de 15 minutes de votre temps. Vous aurez la possibilité de gagner un des 10 iPods Shuffle qui seront tirés au sort parmi les sondages complétés. Pour accéder au formulaire de consentement et débiter le sondage, veuillez s'il vous plaît cliquer sur le lien suivant : [LIEN À REDCap](#)

Nous vous remercions d'avance pour votre temps et votre précieuse contribution à notre étude.

Annexe 3 : Sondage par vignettes cliniques et questionnaire

SECTION 1 : Données démographiques

- 1) Pratiquez-vous actuellement en tant que physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique ?
 - Physiothérapeute
 - Thérapeute en réadaptation physique
 - Je ne pratique pas actuellement

- 2) Pratiquez-vous actuellement avec une clientèle musculo-squelettique adulte ?
 - Oui, en tant que clinicien
 - Oui, en tant que gestionnaire
 - Oui, en tant que clinicien et gestionnaire
 - Non

- 3) Dans quelle province ou territoire pratiquez-vous actuellement ?
(Liste déroulante de choix : [Alberta](#), [Colombie-Britannique](#), [Île-du-Prince-Édouard](#), [Manitoba](#), [Nouveau-Brunswick](#), [Nouvelle-Écosse](#), [Ontario](#), [Québec](#), [Saskatchewan](#), [Terre-Neuve-et-Labrador](#), [Territoires du Nord-Ouest](#), [Nunavut](#), [Yukon](#).)

- 4) Quel âge avez-vous ?
 - 18-25 ans
 - 26-35 ans
 - 36-45 ans
 - 46-55 ans
 - 56-65 ans
 - 66 ans et plus

- 5) Êtes-vous une femme ou un homme ?
 - Femme
 - Homme

- 6) En quelle(s) langue(s) communiquez-vous le plus couramment au travail ?
 - Anglais
 - Français
 - Anglais et français
 - Autre, précisez _____

- 7) Quel est votre niveau d'éducation ?
 - CEGEP/Collège (Précisez : _____)
 - Études universitaires, Baccalauréat (Précisez : _____)
 - Études universitaires, Maîtrise (Précisez : _____)
 - Études universitaires, Doctorat (Précisez : _____)
 -

- 8) Pratiquez-vous aussi sous un autre titre professionnel actuellement ? (exemple : chiropraticien, ostéopathe, kinésiologue...)
 - Oui, précisez _____
 - Non

- 9) Lequel des rôles suivants assumez-vous dans votre travail de physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique? Cochez tous ceux qui sont pertinents.
- Traitement de patients
 - Enseignement scolaire
 - Supervision de stage
 - Gestion
 - Recherche
 - Autre, précisez _____
- 10) Où avez-vous suivi votre formation d'origine en physiothérapie ou en technique de réadaptation physique ?
- Canada
 - Autre, précisez _____
- 11) Pendant combien d'années avez-vous pratiqué ou depuis combien d'années pratiquez-vous en tant que physiothérapeute ou thérapeute en réadaptation physique ?
- 0-5 ans
 - 6-10 ans
 - 11-15 ans
 - 16-20 ans
 - 21-25 ans
 - 26-30 ans
 - Plus de 30 ans
- 12) Dans quel secteur pratiquez-vous la physiothérapie ou la thérapie en réadaptation physique ?
- Privé
 - Public
 - Privé et public
- 13) Dans quel(s) type(s) d'établissement(s) pratiquez-vous actuellement la physiothérapie ou la thérapie en réadaptation physique ? Cochez tous ceux qui sont pertinents.
- Centre de réadaptation
 - Centre d'hébergement de soins de longue durée
 - Centre hospitalier universitaire
 - Centre hospitalier non-universitaire
 - Clinique privée
 - École
 - Résidence pour personnes âgées
 - Services à domicile
 - Autre(s), précisez _____
- 14) Parmi les choix suivants, quelle(s) clientèle(s) rencontrez-vous le plus fréquemment dans votre pratique actuelle? Cochez toutes les cases appropriées.
- Pédiatrie (0-18 ans)
 - Adulte (18 ans et plus)
 - Gériatrie

- 15) Parmi les choix suivants, quel(s) type(s) de clientèle rencontrez-vous le plus fréquemment dans votre pratique actuelle? Cochez toutes les cases appropriées.
- Cardio-respiratoire
 - Musculo-squelettique
 - Neurologique
 - Sportif
 - Autre, précisez _____
- 16) Combien traitez-vous de patients par jour en moyenne ?
- 0-5 patients
 - 6-10 patients
 - 11-15 patients
 - 16-20 patients
 - Plus de 20 patients
- 17) Quel est le statut actuel de votre emploi en physiothérapie ou comme thérapeute en réadaptation physique ?
- Temps plein
 - Temps partiel

SECTION 1: Demographic Info

- 1) Do you currently practice as a physiotherapist or as a physical rehabilitation therapist?
- Physiotherapist
 - Physical rehabilitation therapist
 - I do not currently practice as a physiotherapist / physical rehabilitation therapist
- 2) Do you currently practice with an adult musculoskeletal clientele?
- Yes, as a clinician
 - Yes, as a manager
 - Yes, as a clinician and a manager
 - No
- 3) In which province or territory do you currently work?
(Drop-down list: Alberta, British Columbia, Prince Edward Island, Manitoba, New Brunswick, Nova Scotia, Ontario, Québec, Saskatchewan, Newfoundland and Labrador, Northwest Territories, Nunavut, Yukon.)
- 4) How old are you?
- 18-25 years old
 - 26-35 years old
 - 36-45 years old
 - 46-55 years old
 - 56-65 years old
 - 66 years old or more
- 5) Are you a man or a woman?
- Woman
 - Man

- 6) Which language(s) do you speak most often at work?
- English
 - French
 - English and French
 - Other, specify _____
- 7) What is your highest level of education?
- Community college/CEGEP (Specify: _____)
 - Completed University, Bachelor's degree (Specify: _____)
 - Completed University, Master's degree (Specify: _____)
 - Completed University, Doctorate degree (Specify: _____)
- 8) Do you also currently practice under another professional designation? (e.g.: chiropractor, osteopath, kinesiologist ...)
- Yes, specify _____
 - No
- 9) Which of the following roles do you undertake in your work? Check all that apply.
- Treating patients
 - Teaching
 - Supervision of students
 - Management
 - Research
 - Other, specify _____
- 10) Where did you receive your training in physiotherapy?
- Canada
 - Other, specify _____
- 11) How many years have you practiced as a physiotherapist or physical rehabilitation therapist?
- 0-5 years
 - 6-10 years
 - 11-15 years
 - 16-20 years
 - 21-25 years
 - 26-30 years
 - More than 30 years
- 12) In which sector do you practice physiotherapy?
- Private
 - Public
 - Private and public

- 13) Where do you practice physiotherapy? Check all that apply.
- Rehabilitation centre
 - Residential and long-term care center
 - University hospital
 - Non-university hospital
 - Private clinic
 - School
 - Long term care institution
 - Home care services
 - Other(s), specify _____
- 14) Which clientele do you treat most frequently in your physiotherapy practice? Check all that apply.
- Pediatrics (0-18 years)
 - Adults (18 years and over)
 - Geriatrics
- 15) Which clientele do you encounter most frequently during your physiotherapy practice? Check all that apply.
- Cardiorespiratory
 - Musculoskeletal
 - Neurological
 - Sports
 - Other, specify _____
- 16) On average, how many patients do you treat per day?
- 0-5 patients
 - 6-10 patients
 - 11-15 patients
 - 16-20 patients
 - More than 20 patients
- 17) What is the current status of your job in physiotherapy?
- Full-time
 - Part-time

SECTION 2 : Vignettes cliniques

Les prochaines questions sont en lien avec une histoire de cas qui vous est présentée. Il est essentiel que vous sachiez que nous ne cherchons pas à évaluer vos connaissances. Nous cherchons plutôt à caractériser le plus fidèlement possible les modes de pratique des physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique du Canada. Vous devez donc répondre à ces questions selon ce que vous faites réellement dans votre pratique clinique actuelle. Gardez en tête qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Vignette : Un/une (homme/femme) de (34/59 ans) travaillant comme (cadre supérieur/commis de bureau) se présente dans votre service. Il/elle dit souffrir de douleur lombaire depuis près de 6 ans et vous mentionne que sa condition s'est détériorée dans les derniers mois depuis une chute. En effet, depuis environ un an, en plus de sa douleur habituelle au niveau du bas du dos, il/elle ressent des douleurs irradiées dans la fesse, la cuisse et la jambe gauche qui lui causent beaucoup d'inconfort. Les efforts en flexion du rachis sont très souffrants et le/la patient(e) ne supporte plus les nombreuses heures en position assise à son bureau. En effet, son poste de travail ne lui procurait pas une ergonomie optimale, et ce, depuis plusieurs années. (texte d'une des 3 options de couverture)

- 1) Assurance privée : Les douleurs se faisant trop importantes, il est en arrêt de travail depuis quatre semaines. Le patient possède une assurance privée (50 \$/traitement, plafond de 750 \$ par an pour de la physiothérapie).
- 2) CSST : Les douleurs se faisant trop importantes, il est en arrêt de travail depuis quatre semaines et est indemnisé par la commission de la santé et de la sécurité des accidents du travail (CSST ou son équivalent).
- 3) Pas d'assurance : Les douleurs se faisant trop importantes, il est en arrêt de travail depuis quatre semaines. Il ne possède pas d'assurance privée pour des traitements en physiothérapie et défraie le coût de ses traitements.

Il/elle a été référé(e) en physiothérapie pour rééducation lombaire par un médecin qui suspecte une protrusion discale au niveau de L4-L5. Sur la référence, le médecin note une hypoesthésie à la douleur et au toucher sur le territoire L5. Le patient se plaint d'une douleur à 3/10 en lombaire et 5/10 au niveau de la jambe.

SECTION 2: Clinical Vignettes

The following questions are related to a clinical vignette that will be presented to you. It is essential for you to know that we are not looking to test your knowledge on the subject. We actually want to characterize as accurately as possible the practice patterns of physiotherapists and physical rehabilitation therapist in Canada. We ask that you answer the following questions according to what you really do in your current clinical practice. Please keep in mind that there is no right or wrong answer.

Vignette: A (34/59 y.o.) (man/woman) who works as a (senior manager/office clerk) comes to your clinic for a consultation. He/she says that he/she suffers from low back pain which started 6 years ago but his/her condition has gotten worse in the last few months after a fall. For almost a year, in addition to his/her usual pain in the lower back, he/she now feels the pain radiating down his/her buttock, thigh and left leg which causes him/her much discomfort. Flexion of the spine is very painful and the patient cannot endure long hours sitting in his/her office anymore. His/her work station does not provide optimal ergonomics and has not for several years now. (text from one of the 3 following coverage options)

- 1) Private insurance: The pain being too intense, the patient has been off of work for the last four weeks. He is covered by a private insurance (\$50/treatment, limit of \$750 a year for physiotherapy).
- 2) Workers' Compensation Board: The pain being too intense, the patient has been off of work for the last four weeks and is compensated by the equivalent of the Workers' Compensation Board.
- 3) No insurance: The pain being too intense, the patient has been off of work for the last four weeks. He is not covered by private insurance for physiotherapy coverage and is paying out of pocket for treatment.

He was referred to physiotherapy for lumbar rehabilitation by a doctor who suspects a discal protrusion at the level of L4-L5. The physician noted on the referral that the patient had hypoesthesia to pain and to touch in the L5 dermatome. The patient complains of pain 3/10 in the lumbar region and 5/10 in the leg.

SECTION 3 : Questions vignettes

Vous devez donc répondre aux questions qui suivent selon ce que vous faites réellement dans votre pratique clinique actuelle. Gardez en tête qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

- 1) Quel sera approximativement le délai de prise en charge avant la première évaluation pour le patient décrit dans la vignette ?
 - Moins de 2 semaines
 - Entre 2 et 4 semaines
 - Entre 1 et 2 mois
 - Entre 3 et 6 mois
 - Autre, précisez _____

- 2) Qui prend la décision du délai de prise en charge ?
 - Vous (en tant que clinicien)
 - Vous (en tant que gestionnaire)
 - Votre employeur (gestionnaire)
 - Un collègue physiothérapeute (coordinateur ou délégué)
 - Autre, précisez _____

- 3) À quelle fréquence allez-vous voir ce patient (nombre de fois par semaine) ?
 - 1 fois par semaine
 - 2 fois par semaine
 - 3 fois par semaine
 - 4 fois par semaine
 - 5 fois par semaine
 - 1 fois par deux semaines
 - Autre, précisez _____

- 4) Qui prend la décision sur la fréquence des traitements ?
 - Vous (en tant que clinicien)
 - Vous (en tant que gestionnaire)
 - Votre employeur (gestionnaire)
 - Un collègue physiothérapeute (coordinateur ou délégué)
 - Autre, précisez _____

- 5) Quelle sera le temps alloué pour la première évaluation de ce patient (en minutes)?

- 6) Quelle sera le temps alloué en moyenne par traitement pour ce patient (en minutes) ?

- 7) Pour combien de temps allez-vous voir ce patient (nombre de semaines) ?
 - a. Moins de 2 semaines
 - b. Entre 2 et 4 semaines
 - c. Entre 1 et 2 mois
 - d. Entre 3 et 6 mois
 - e. Autre, précisez _____

- 8) Qui prend la décision sur la durée totale des traitements ?
- Vous (en tant que clinicien)
 - Vous (en tant que gestionnaire)
 - Votre employeur (gestionnaire)
 - Un collègue physiothérapeute (coordinateur ou délégué)
 - Autre, précisez _____

Nous sommes intéressés à connaître les facteurs qui sont associés aux décisions concernant le délai de prise en charge, la fréquence de traitements et la durée totale de traitement. Les questions suivantes traitent de ces thèmes. SVP, répondre en classant les réponses que vous jugez adéquates par ordre d'importance de l'influence de ces éléments sur votre décision. (Très important, important, peu important, non pertinent, non applicable)

- 9) Dans votre pratique, le délai de prise en charge et la priorisation sont déterminés par quels facteurs ?
- Jugement professionnel
 - Demandes du patient
 - Guides de pratique
 - Normes et politiques établies par un tiers (employeur, agent payeur, assurances, association professionnelle)
 - Capacité à payer du patient
 - Opinion et comportement des collègues
 - Approche de traitement (ex : thérapie manuelle, approche traditionnelle)
 - Autre, précisez _____
- 10) Dans votre pratique, la fréquence de traitements est déterminée par quels facteurs ?
- Jugement professionnel
 - Demandes du patient
 - Guides de pratique
 - Normes et politiques établies par un tiers (employeur, agent payeur, assurances, association professionnelle)
 - Capacité à payer du patient
 - Opinion et comportement des collègues
 - Approche de traitement (ex : thérapie manuelle, approche traditionnelle)
 - Autre, précisez _____
- 11) Dans votre pratique, l'arrêt des traitements de physiothérapie est déterminé par quels facteurs ?
- Consolidation du médecin
 - Diminution de la motivation du patient
 - Fin de la couverture des traitements en fonction des normes et politiques établies par un tiers (employeur, agent payeur, assurances, association professionnelle)
 - Progression ou absence de progression du patient (plateau en thérapie)
 - Atteinte des objectifs du patient
 - Opinion et comportement des collègues
 - Décision prise par un collègue (gestionnaire, physiothérapeute en charge ou coordinateur)
 - Retour au travail complet
 - Capacité à payer du patient
 - Autre, précisez _____

SECTION 3: Vignette Questions

We ask that you answer these questions according to what you really do in your current clinical practice. Please keep in mind that there is no right or wrong answer.

- 1) What is the typical waiting time for this patient to be seen in your work setting?
 - 0 to 2 weeks
 - 2 to 4 weeks
 - 1 to 2 months
 - 3 to 6 months
 - Other, specify _____

- 2) Who makes the decision regarding the waiting period?
 - You (as a clinician)
 - You (as a manager)
 - Your employer (manager)
 - A physiotherapist colleague (coordinator or delegate)
 - Other, specify _____

- 3) What will be the frequency of treatment for this patient (how many times per week)?
 - Once a week
 - Twice a week
 - 3 times a week
 - 4 times a week
 - 5 times a week
 - Once every two weeks
 - Other, specify _____

- 4) Who makes the decision regarding the frequency of treatment?
 - You (as a clinician)
 - You (as a manager)
 - Your employer (manager)
 - A physiotherapist colleague (coordinator or delegate)
 - Other, specify _____

- 5) How much time will you spend in the first evaluation of this patient (in minutes)?

- 6) How much time will you spend on average per treatment for this patient (in minutes)?

- 7) What will be the total duration of treatment for this patient (how many weeks)?
 - 0 to 2 weeks
 - 2 to 4 weeks
 - 1 to 2 months
 - 3 to 6 months
 - Other, specify: _____

- 8) Who makes the decision regarding the total duration of treatment?
 - You (as a clinician)
 - You (as a manager)
 - Your employer (manager)
 - A physiotherapist colleague (coordinator or delegate)
 - Other, specify _____

We are interested in knowing more about what factors are related to decisions of waiting time, frequency of treatment and total duration of treatment. The following questions will ask you about these topics. Please respond to the following questions by categorizing the answers according to the importance of the influence of these factors. (5 choices per answer: very important, important, not important, not relevant, not applicable)

- 9) In your practice, what is the waiting time or prioritization of services generally based on?
- Professional judgement
 - Patient demands
 - Practice guidelines
 - Norms and policies established by the third party agent (employer, paying agent, insurances, professional association)
 - Patient's ability to pay
 - Peers' opinion or behaviour
 - Treatment approach (i.e. manual therapy, traditional approach)
 - Other, specify _____
- 10) In your practice, what is the frequency of treatment generally based on?
- Professional judgment
 - Patient demands
 - Practice guidelines
 - Norms and policies established by the third party agent (employer, paying agent, insurances, professional association)
 - Patient's ability to pay
 - Peers' opinion or behaviour
 - Treatment approach (i.e. manual therapy, traditional approach)
 - Other, specify _____
- 11) In your practice, what is the cessation of physiotherapy treatments generally based on?
- Decision will be made by the physician
 - Decrease in the patient's motivation
 - End of the coverage of the treatments according to the norms and policies established by the third party agent (employer, paying agent, insurances, professional association)
 - Progression or absence of progression (plateau in the patient's condition)
 - Attainment of patient goals
 - Peers' opinion or behaviour
 - Decision taken by a peer (manager, physiotherapist in charge or coordinator)
 - Return to full-time work
 - Patient's ability to pay
 - Other, specify _____

SECTION 4 : Scénarios différents

Vous devez répondre à ces questions selon ce que vous faites réellement dans votre pratique clinique actuelle. Gardez en tête qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Partie 1 – âge

Si la vignette initiale parlait d'un patient âgé de 34 ans:

- 1) Le reste de la condition demeurant identique, si le patient décrit dans la vignette était âgé de 59 ans au lieu de 34 ans, de quelle manière cela changerait votre délai de prise en charge avant la première évaluation ?
 - Pas de changement
 - Moins de délai
 - Plus de délai
 - Facteur non pertinent

- 2) Le reste de la condition demeurant identique, si le patient décrit dans la vignette était âgé de 59 ans au lieu de 34 ans, de quelle manière cela affecterait la fréquence de traitements ?
 - Pas de changement
 - Diminution de la fréquence
 - Augmentation de la fréquence
 - Facteur non pertinent

- 3) Le reste de la condition demeurant identique, si le patient décrit dans la vignette était âgé de 59 ans au lieu de 34 ans, de quelle manière cela changerait la durée totale de vos traitements ?
 - Pas de changement
 - Diminution de la durée
 - Augmentation de la durée
 - Facteur non pertinent

- 4) S'il vous plaît décrire, sous forme de liste, le raisonnement derrière l'influence de l'âge sur le délai de prise en charge, la fréquence de traitements et la durée totale des traitements. (Cette réponse est ouverte, mais non obligatoire)

Si la vignette initiale parlait d'un patient âgé de 59 ans:

- 5) Le reste de la condition demeurant identique, si le patient décrit dans la vignette était âgé de 34 ans au lieu de 59 ans, de quelle manière cela changerait votre délai de prise en charge avant la première évaluation ?
 - Pas de changement
 - Moins de délai
 - Plus de délai
 - Facteur non pertinent

- 6) Le reste de la condition demeurant identique, si le patient décrit dans la vignette était âgé de 34 ans au lieu de 59 ans, de quelle manière cela affecterait la fréquence de traitements ?
 - Pas de changement
 - Diminution de la fréquence
 - Augmentation de la fréquence
 - Facteur non pertinent

- 7) Le reste de la condition demeurant identique, si le patient décrit dans la vignette était âgé de 34 ans au lieu de 59 ans, de quelle manière cela changerait la durée totale de vos traitements ?
- Pas de changement
 - Diminution de la durée
 - Augmentation de la durée
 - Facteur non pertinent
- 8) S'il vous plaît décrire, sous forme de liste, le raisonnement derrière l'influence de l'âge sur le délai de prise en charge, la fréquence de traitements et la durée totale des traitements. (Cette réponse est ouverte, mais non obligatoire)

Partie 2 – statut d'assurance

Si la vignette initiale parlait d'un patient couvert par la CSST :

- 9) Le reste de la condition demeurant identique, si le patient décrit dans la vignette n'était pas couvert par la CSST ou son équivalent, de quelle manière cela changerait votre délai de prise en charge avant la première évaluation ?
- Pas de changement
 - Moins de délai
 - Plus de délai
 - Facteur non pertinent
- 10) Le reste de la condition demeurant identique, si le patient décrit dans la vignette n'était pas couvert par la CSST ou son équivalent, de quelle manière cela affecterait la fréquence de traitements ?
- Pas de changement
 - Diminution de la fréquence
 - Augmentation de la fréquence
 - Facteur non pertinent
- 11) Le reste de la condition demeurant identique, si le patient décrit dans la vignette n'était pas couvert par la CSST ou son équivalent, de quelle manière cela changerait la durée totale de vos traitements ?
- Pas de changement
 - Diminution de la durée
 - Augmentation de la durée
 - Facteur non pertinent
- 12) S'il vous plaît décrire, sous forme de liste, le raisonnement derrière l'influence du statut d'assurance sur le délai de prise en charge, la fréquence de traitements et la durée totale des traitements. (Cette réponse est ouverte, mais non obligatoire)

Si la vignette initiale parlait d'un patient couvert par une assurance privée :

- 13) Le reste de la condition demeurant identique, si le patient décrit dans la vignette avait un plafond plus élevé par année (ex : 1000 \$) pour la consultation d'un physiothérapeute, de quelle manière cela changerait votre délai de prise en charge avant la première évaluation ?
- Pas de changement
 - Moins de délai
 - Plus de délai
 - Facteur non pertinent

- 14) Le reste de la condition demeurant identique, si le patient décrit dans la vignette avait un plafond plus élevé par année (ex : 1000 \$) pour la consultation d'un physiothérapeute, de quelle manière cela affecterait la fréquence de traitements ?
- Pas de changement
 - Diminution de la fréquence
 - Augmentation de la fréquence
 - Facteur non pertinent
- 15) Le reste de la condition demeurant identique, si le patient décrit dans la vignette avait un plafond plus élevé par année (ex : 1000 \$) pour la consultation d'un physiothérapeute, de quelle manière cela changerait la durée totale de vos traitements ?
- Pas de changement
 - Diminution de la durée
 - Augmentation de la durée
 - Facteur non pertinent
- 16) S'il vous plaît décrire, sous forme de liste, le raisonnement derrière l'influence du statut d'assurance sur le délai de prise en charge, la fréquence de traitements et la durée totale des traitements. (Cette réponse est ouverte mais non obligatoire)

Si la vignette initiale parlait d'un patient qui n'a pas d'assurance :

- 17) Le reste de la condition demeurant identique, si le patient décrit dans la vignette était couvert par une assurance privée (50 \$/ traitement, plafond de 750 \$ par an pour des traitements en physiothérapie), de quelle manière cela changerait votre délai de prise en charge avant la première évaluation ?
- Pas de changement
 - Moins de délai
 - Plus de délai
 - Facteur non pertinent
- 18) Le reste de la condition demeurant identique, si le patient décrit dans la vignette était couvert par une assurance privée (50 \$/ traitement, plafond de 750 \$ par an pour des traitements en physiothérapie), de quelle manière cela affecterait la fréquence de traitements ?
- Pas de changement
 - Diminution de la fréquence
 - Augmentation de la fréquence
 - Facteur non pertinent
- 19) Le reste de la condition demeurant identique, si le patient décrit dans la vignette était couvert par une assurance privée (50 \$/ traitement, plafond de 750 \$ par an pour des traitements en physiothérapie), de quelle manière cela changerait la durée totale de vos traitements ?
- Pas de changement
 - Diminution de la durée
 - Augmentation de la durée
 - Facteur non pertinent
- 20) S'il vous plaît décrire, sous forme de liste, le raisonnement derrière l'influence du statut d'assurance sur le délai de prise en charge, la fréquence de traitements et la durée des traitements. (Cette réponse est ouverte mais non obligatoire)

Partie 3 – Condition chronique vs aiguë

- 21) Le reste de la condition demeurant identique, si le patient décrit dans la vignette souffrait d'une douleur chronique avec un arrêt de travail depuis 6 mois, de quelle manière cela changerait votre délai de prise en charge avant la première évaluation ?
- Pas de changement
 - Moins de délai
 - Plus de délai
 - Facteur non pertinent
- 22) Le reste de la condition demeurant identique, si le patient décrit dans la vignette souffrait d'une douleur chronique avec un arrêt de travail depuis 6 mois, de quelle manière cela affecterait la fréquence de traitements ?
- Pas de changement
 - Diminution de la fréquence
 - Augmentation de la fréquence
 - Facteur non pertinent
- 23) Le reste de la condition demeurant identique, si le patient décrit dans la vignette souffrait d'une douleur chronique avec un arrêt de travail depuis 6 mois, de quelle manière cela changerait la durée totale de vos traitements ?
- Pas de changement
 - Diminution de la durée
 - Augmentation de la durée
 - Facteur non pertinent
- 24) S'il vous plaît décrire, sous forme de liste, le raisonnement derrière l'influence de la chronicité sur le délai de prise en charge, la fréquence de traitements et la durée totale des traitements. (Cette réponse est ouverte mais non obligatoire)

SECTION 4: Different Scenarios

We ask that you answer these questions according to what you really do in your current clinical practice. Please keep in mind that there is no right or wrong answer.

Part 1 – age

If the vignette initially presented a patient of 34 years old:

- 1) All else remaining the same, if the patient described in the vignette was 59 years old instead of 34 years old, how would that change the waiting time prior to the first evaluation?
 - No change
 - Shorter waiting time
 - Longer waiting time
 - Factor is not relevant

- 2) All else remaining the same, if the patient described in the vignette was 59 years old instead of 34 years old, how would that change the frequency of treatment?
 - No change
 - Lower frequency
 - Higher frequency
 - Factor is not relevant

- 3) All else remaining the same, if the patient described in the vignette was 59 years old instead of 34 years old, how would that change the total duration of treatment?
 - No change
 - Shorter duration
 - Longer duration
 - Factor is not relevant

- 4) Please describe, in point form, the reasoning behind the influence of age on waiting time, treatment frequency and total duration. (In the survey this would be an open answer but not mandatory to go to the next page of the questionnaire, it is elaborated in this way in order to maximize the participation rate.)

If the vignette initially presented a patient of 59 years old:

- 5) All else remaining the same, if the patient described in the vignette was 34 years old instead of 59 years old, how would that change the waiting time prior to the first evaluation?
 - No change
 - Shorter waiting time
 - Longer waiting time
 - Factor is not relevant

- 6) All else remaining the same, if the patient described in the vignette was 34 years old instead of 59 years old, how would that change the frequency of treatment?
 - No change
 - Lower frequency
 - Higher frequency
 - Factor is not relevant

- 7) All else remaining the same, if the patient described in the vignette was 34 years old instead of 59 years old, how would that change the total duration of treatment?
- No change
 - Shorter duration
 - Longer duration
 - Factor is not relevant
- 8) Please describe, in point form, the reasoning behind the influence of age on waiting time, treatment frequency and total duration. (In the survey this would be an open answer but not mandatory to go to the next page of the questionnaire, it is elaborated in this way in order to maximize the participation rate.)

Part 2 – insurance status

If the vignette initially presented a patient covered by the Workers' Compensation Board:

- 9) All else remaining the same, if the patient described in the vignette was not covered by the equivalent of the Workers' Compensation Board, how would that change the waiting time prior to the first evaluation?
- No change
 - Shorter waiting time
 - Longer waiting time
 - Factor is not relevant
- 10) All else remaining the same, if the patient described in the vignette was not covered by the equivalent of the Workers' Compensation Board, how would that change the frequency of treatment?
- No change
 - Lower frequency
 - Higher frequency
 - Factor is not relevant
- 11) All else remaining the same, if the patient described in the vignette was not covered by the equivalent of the Workers' Compensation Board, how would that change the total duration of treatment?
- No change
 - Shorter duration
 - Longer duration
 - Factor is not relevant
- 12) Please describe, in point form, the reasoning behind the influence of insurance status on waiting time, treatment frequency and total duration. (In the survey this would be an open answer but not mandatory to go to the next page of the questionnaire, it is elaborated in this way in order to maximize the participation rate.)

If the vignette initially presented a patient covered by a private insurance:

- 13) All else remaining the same, if the patient described in the vignette had a higher limit per year (e.g.: \$1000) for physiotherapy, how would that change the waiting time prior to the first evaluation?
- No change
 - Shorter waiting time
 - Longer waiting time
 - Factor is not relevant
- 14) All else remaining the same, if the patient described in the vignette had a higher limit per year (e.g.: \$1000) for physiotherapy, how would that change the frequency of treatment?
- No change
 - Lower frequency
 - Higher frequency
 - Factor is not relevant
- 15) All else remaining the same, if the patient described in the vignette had a higher limit per year (e.g.: \$1000) for physiotherapy, how would that change the total duration of treatment?
- No change
 - Shorter duration
 - Longer duration
 - Factor is not relevant
- 16) Please describe, in point form, the reasoning behind the influence of insurance status on waiting time, treatment frequency and total duration. (In the survey this would be an open answer but not mandatory to go to the next page of the questionnaire, it is elaborated in this way in order to maximize the participation rate.)

If the vignette initially presented a patient with no insurance coverage:

- 17) All else remaining the same, if the patient described in the vignette had private insurance coverage (e.g.: \$50/treatment, limit of \$750 a year) for physiotherapy, how would that change the waiting time prior to the first evaluation?
- No change
 - Shorter waiting time
 - Longer waiting time
 - Factor is not relevant
- 18) All else remaining the same, if the patient described in the vignette had private insurance coverage (e.g.: \$50/treatment, limit of \$750 a year) for physiotherapy, how would that change the frequency of treatment?
- No change
 - Lower frequency
 - Higher frequency
 - Factor is no relevant

- 19) All else remaining the same, if the patient described in the vignette had private insurance coverage (e.g.: \$50/treatment, limit of \$750 a year) for physiotherapy, how would that change the total duration of treatment?
- No change
 - Shorter duration
 - Longer duration
 - Factor is not relevant
- 20) Please describe, in point form, the reasoning behind the influence of insurance status on waiting time, treatment frequency and total duration. (In the survey this would be an open answer but not mandatory to go to the next page of the questionnaire, it is elaborated in this way in order to maximize the participation rate.)

Part 3 – Chronic condition vs. acute

- 21) All else remaining the same, if the patient described in the vignette suffered from chronic pain and had been off of work for the past 6 months, how would that change the waiting time prior to the first evaluation?
- No change
 - Shorter waiting time
 - Longer waiting time
 - Factor is not relevant
- 22) All else remaining the same, if the patient described in the vignette suffered from chronic pain and had been off of work for the past 6 months, how would that change the frequency of treatment?
- No change
 - Lower frequency
 - Higher frequency
 - Factor is not relevant
- 23) All else remaining the same, if the patient described in the vignette suffered from chronic pain and had been off of work for the past 6 months, how would that change the total duration of treatment?
- No change
 - Shorter duration
 - Longer duration
 - Factor is not relevant
- 24) Please describe, in point form, the reasoning behind the influence of chronicity on waiting time, treatment frequency and total duration. (In the survey this would be an open answer but not mandatory to go to the next page of the questionnaire, it is elaborated in this way in order to maximize the participation rate.)