

Université de Montréal

Évaluation d'un nouveau modèle de pratique de la physiothérapie en première ligne pour les patients souffrant de pathologies musculosquelettiques

par Thibault JULIEN

Sciences de la Réadaptation, École de Réadaptation
Faculté de Médecine

Mémoire présenté
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en Sciences de la Réadaptation

Juin 2019

© Thibault Julien, 2019

Ce mémoire intitulé

**Évaluation d'un nouveau modèle de pratique de la
physiothérapie en première ligne pour les patients
souffrant de pathologies musculosquelettiques**

Présenté par

Thibault JULIEN

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Lise Poissant

Président-rapporteur

François Desmeules

Directeur de recherche

Diana Zidarov

Membre du jury

Résumé

Au Québec, l'amélioration de l'accès aux soins de première ligne est basée sur le développement des Groupes de Médecine de Famille (GMF). Depuis 2014, les GMF sont incités à diversifier leur offre de service en incluant de nouvelles professions (physiothérapie, nutrition, inhalothérapie ou kinésiologie). Actuellement, peu de données sont disponibles sur leurs pratiques au sein d'un GMF.

L'objectif du mémoire était d'évaluer la pratique de la physiothérapie en première ligne pour les patients souffrant de pathologies musculosquelettiques, au GMF Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal (GMF-U HMR). Une 1^{ère} étude rétrospective (revue de 100 dossiers) visait à décrire la clientèle ayant consulté en physiothérapie au GMF-U HMR et son parcours de soins. Une 2^{nde} étude, prospective, évaluait la fonction et la qualité de vie de patients lors d'une évaluation initiale en physiothérapie et à 3 mois, à l'aide de questionnaire autorapportés. La satisfaction envers l'évaluation et le processus de soins en physiothérapie et la perception des patients de l'efficacité des équipes de soins étaient évaluées.

La clientèle du service de physiothérapie du GMF-U HMR était d'âge varié, de profil socio-économique faible et consultait pour des troubles musculosquelettiques de toutes localisations. Les 52 participants exprimaient une diminution de leur qualité de vie et des incapacités fonctionnelles modérées. Les soins de physiothérapie visaient l'autonomisation du patient (i.e. éducation thérapeutique et exercices à domicile, principalement). À 3 mois, l'évolution de la qualité de vie était significative. L'évolution de la fonction était significative pour les participants souffrant du membre supérieur. Les participants exprimaient de hauts niveaux de satisfaction envers la prise en charge en physiothérapie et une haute perception d'efficacité de l'équipe soignante.

Ce projet suggère de l'intérêt de la physiothérapie auprès de la clientèle du GMF-U HMR. D'autres études sont nécessaires à travers les GMF du Québec afin de confirmer ces observations faites auprès de la clientèle du GMF-U HMR.

Mots-clés : Physiothérapie, Soins de première ligne, Musculosquelettique, Incapacité, Qualité de vie, Satisfaction, Interdisciplinarité

Abstract

In Quebec, improving the access to primary care is based on the development of family medicine groups (FMGs). Since 2014, FMGs have diversified their service offerings into new professions (physiotherapy, nutrition, respiratory therapy or kinesiology). This choice of professional is specific to each FMGs but there is little data available to support this choice.

The objective of the dissertation was to evaluate the practice of physiotherapy in primary care for patients with musculoskeletal disorders at University FMGs of Montreal Maisonneuve-Rosemont Hospital (UFMGs HMR). A first retrospective study (review of 100 files) aimed to describe the clientele who consulted in physiotherapy at the GMF-U HMR and its care pathway. A second, prospective study assessed the function and quality of life of patients during an initial assessment in physiotherapy and at 3 months, using self-reported questionnaire. Satisfaction with assessment and process of physiotherapy care and patient perception of the effectiveness of care teams was also assessed. The clientele of the UFMGs HMR physiotherapy department was of varied age, of low socio-economic profile and consulted only for musculoskeletal disorders of all locations. participants expressed a decrease in their quality of life and moderate functional disability. Physiotherapy care was aimed at patient empowerment (i.e. therapeutic education and home exercise, mainly). At 3 months, the evolution of the quality of life was significant. The evolution of function was significant for participants suffering from the upper limb. Participants expressed high levels of satisfaction with the management of physiotherapy and a high perception of the effectiveness of the health care team.

This project suggests the interest of physiotherapy with UFMGs HMR clients. Further studies are needed across Quebec FMGs to confirm these observations made to the GMF-U HMR clientele.

Keywords: Physiotherapy, Primary care, Musculoskeletal, Incapacity, Quality of life, Satisfaction, Interdisciplinarity

Table des matières

Résumé.....	i
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures	x
Liste des sigles	xii
Remerciements.....	xiii
Chapitre 1. Introduction.....	1
Chapitre 2. Recension de la littérature.....	4
2.1. Définition des soins de première ligne.....	4
2.2. Les soins de première ligne au Québec.....	7
2.2.1. Historique des soins de première ligne au Québec.....	7
2.2.2. L'organisation des services de première ligne au Québec	9
Les Centres Locaux de Services Communautaires	9
Les cliniques privées	9
Les Groupes de Médecine de Famille.....	9
Les Groupes de Médecine de Famille Universitaire	11
2.2.3. Problématiques actuelles des services de soins de première ligne	12
2.2.4. Les pistes de développement des soins de première ligne	14
Les Super-cliniques ou GMF-Réseau	14
Développement de la collaboration interdisciplinaire au sein des structures existantes	15
Pratiques émergentes.....	18
2.2.5. La prise en charge des troubles musculosquelettiques chroniques au sein des services de soins de première ligne du Québec	19
2.3. La physiothérapie au sein des soins de première ligne du Québec.....	22
2.3.1. Cadre réglementaire de la pratique de la physiothérapie.....	22
2.3.2. Les compétences et les modalités d'exercice des physiothérapeutes.....	25

Prévention et promotion de la santé	25
Pratique interdisciplinaire	26
Soins d’urgences	27
Accès direct	27
Suivi des patients atteints de troubles musculosquelettiques chroniques	29
2.3.3. Évolutions de la pratique de la physiothérapie.....	29
2.4. Le service de physiothérapie du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l’hôpital Maisonneuve-Rosemont	31
Chapitre 3. Objectifs.....	35
Chapitre 4. Méthodologie	36
4.1. Étude rétrospective-Revue de dossier	36
4.1.1. Type d’étude.....	36
4.1.2. Population à l’étude.....	36
4.1.3. Collecte des données	37
4.1.4. Variables collectées	37
Données sociodémographiques.....	37
Données cliniques	38
Détails de la prise en charge médicale et en physiothérapie	39
4.1.5. Analyse des données et statistiques.....	40
4.2. Étude prospective.....	40
4.2.1. Type d’étude.....	40
4.2.2. Recrutement.....	40
4.2.3. Déroulement de l’étude et collecte de données	41
Déroulement de l’étude	41
Collecte des données	42
4.2.4. Variables d’intérêt	42
Variables dépendantes.....	43
Variables indépendantes.....	46
4.2.5. Analyse des données et statistiques.....	49
Taille de l’échantillon à inclure.....	49
Statistiques descriptives	49

Analyses statistiques inférentielles	50
4.3. Éthique	51
4.4. Financement.....	51
Chapitre 5. Résultats.....	52
5.1. Étude rétrospective- Revue de dossier.....	52
5.1.1. Description des patients référés pour des soins de physiothérapie.....	52
5.1.2. Évaluation et prise en charge médicale des patients référés en physiothérapie	57
5.1.3. Temps d'attente et caractéristiques de l'évaluation et de la prise en charge en physiothérapie.....	60
5.1.4. Communications interprofessionnelles	64
5.2. Étude prospective.....	65
5.2.1. Recrutement.....	65
5.2.2. Participants	66
5.2.3. Pathologies ayant nécessité une référence en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.....	67
5.2.4. Soins médicaux durant le suivi.....	70
5.2.5. Parcours de soins en physiothérapie.....	72
5.2.6. État de santé et qualité de vie perçue.....	74
5.2.7. Mesures fonctionnelles.....	75
5.2.8. Satisfaction	76
5.2.9. Prise en charge interdisciplinaire.....	77
5.2.10. Comparaisons entre la perception de l'état de santé des participants et les facteurs du parcours de soins au sein du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont.....	79
Moment de la référence médicale en physiothérapie	79
Temps d'attente du service de physiothérapie	86
Nombre de séances de physiothérapie reçues	92
5.2.11. Association entre les changements au questionnaire SF-36v2 et l'état d'incapacité initiale	100

5.2.12. Association entre les changements au questionnaire SF-36v2 et le niveau de prise en charge interdisciplinaire	101
Chapitre 6. Discussion	104
6.1. Description de la clientèle.....	105
6.2. Prise en charge des patients au GMF-U HMR.....	109
6.3. Évolution des fonctions et de la qualité de la vie à la suite d’une prise en charge en physiothérapie au sein du GMF-U HMR	114
6.4. Satisfaction envers le service de physiothérapie.....	117
6.5. Spécificités du service de physiothérapie du GMF-U HMR	118
6.6. Forces et faiblesses du projet	122
6.7. Recommandations.....	125
Chapitre 7. Conclusion	127
Chapitre 8. Bibliographie.....	129
 ANNEXES	 i
ANNEXE 1 : Certificat d’éthique	i
ANNEXE 2 : Étude rétrospective – Formulaire pour la revue de dossiers.....	iii
ANNEXE 3: Formulaire d’Information et de Consentement	viii
ANNEXE 4 : Feuille de renseignements des participants	xiii
ANNEXE 5: Questionnaire SF-36v2	xv
ANNEXE 6: Neck Disability Index	xx
ANNEXE 7: Oswestry Disability Index	xxiv
ANNEXE 8: Disability of the Arm, Shoulder and Hand questionnaire	xxvii
ANNEXE 9: Lower Extremity Functional Scale	xxx
ANNEXE 10 : 9-item Visit Specific Satisfaction Questionnaire.....	xxxii
ANNEXE 11 : MedRisk Questionnaire	xxxiii
ANNEXE 12 : Questionnaire pour les patients/proches : Perceptions de l’efficacité de l’équipe de soins.....	xxxiv

Liste des tableaux

Tableau 1: Caractéristiques démographiques, socio-économiques et cliniques des patients du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont référés en physiothérapie (n=99).	54
Tableau 2: Types de pathologies par région anatomique chez les patients du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal, référés en physiothérapie entre janvier 2015 et mai 2016 (n =112).	56
Tableau 3 : Professionnel de santé ayant émis la référence en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont (n = 100).	58
Tableau 4 : Évaluation et prise en charge médicale des patients du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont référés en physiothérapie (n=100).	59
Tableau 5 : Modalités de l'attente entre la référence par le médecin de famille et l'évaluation en physiothérapie pour des patients du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont référés en physiothérapie (n=100).	61
Tableau 6 : Modalités de la prise en charge en physiothérapie des patients du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, référés en physiothérapie selon la région anatomique du motif de référence (n=100).	63
Tableau 7: Interactions entre les physiothérapeutes et les autres professionnels de santé du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont concernant les patients inclus dans la revue de dossiers (n = 100).	64
Tableau 8 : Caractéristiques démographiques et socio-économiques des participants à l'étude prospective (n=52).	68

Tableau 9: Types de pathologies par région anatomique chez les participants à l'étude prospective (n = 52).	70
Tableau 10: Parcours de soins médicaux des participants à l'étude prospective (n = 52).	71
Tableau 11 : Parcours de soins en physiothérapie des participants (n = 52).	73
Tableau 12 : Résultats au questionnaire SF-36v2 des participants à l'étude prospective (n = 52).	74
Tableau 13: Scores fonctionnels des participants selon la région symptomatique (n=54).	75
Tableau 14 : Perception de l'efficacité de l'équipe de soins du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont par les participants (n = 49).	78
Tableau 15: Analyse de variances des scores au questionnaire SF-36v2 pour mesures répétées en fonction du moment de référence en physiothérapie (n=52).	80
Tableau 16 : Analyse de variances des scores au questionnaire SF-36v2 pour mesures répétées en fonction du temps d'attente avant évaluation en physiothérapie (n=52).	87
Tableau 17 : Analyse de variances des scores au questionnaire SF-36v2 pour mesures répétées en fonction du nombre de séances de physiothérapie reçues par participant (n=52).	92
Tableau 18: Corrélations entre le résultat au questionnaire d'incapacité fonctionnelle rempli lors de l'évaluation initiale en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et les changements au questionnaire SF-36v2 (n = 52).	100

Tableau 19: Corrélations entre le nombre d'interactions entre le physiothérapeute et les autres professionnels du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et les évolutions des sous-scores du questionnaire SF-36v2 des participants à l'étude (n=52). 101

Tableau 20 : Corrélations entre les évolutions au questionnaire SF-36v2 des participants à l'étude et les satisfactions exprimées envers l'évaluation en physiothérapie et envers la prise en charge en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n=52). 103

Liste des figures

Figure 1: Diagramme d'inclusion de l'étude rétrospective.....	52
Figure 2 : Organigramme des participants à l'étude prospective.....	66
Figure 3 : Satisfaction des participants à l'étude envers le service de physiothérapie du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n=33).	76
Figure 4: Satisfaction des participants à l'étude envers le processus de soins au sein du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.....	77
Figure 5: Résultats aux scores « Limitations liées à la santé physique », « Douleurs physiques » et « Score physique global » du questionnaire SF-36v2 en fonction du moment de la référence en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n= 52).	82
Figure 6 : Résultats au score « Bien-être social » du questionnaire SF-36v2 en fonction du moment de la référence en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n= 52).	83
Figure 7 : Résultats aux scores « Activité physique », « Santé globale », « État psychique », « Limitations liées à la santé mentale », « Vitalité » et « Score mental global » du questionnaire SF-36v2 en fonction du moment de la référence en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n= 52).....	85
Figure 8 : Résultats aux scores « Activité physique », « Douleurs physiques », « Santé globale », « Limitations liées à la santé mentale », « Vitalité » et « Modification perçue de l'état de santé » du questionnaire SF-36v2 en fonction du temps d'attente avant évaluation en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n= 52).	88

Figure 9 : Résultats aux scores « Limitations liées à la santé physique », « Bien-être social » et « Score physique global » du questionnaire SF-36v2 en fonction du temps d'attente avant évaluation en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n= 52). 91

Figure 10 : Résultats au score « Bien-être social » du questionnaire SF-36v2 en fonction du nombre de séances reçues en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n= 52). 93

Figure 11: Résultats au score « Score mental global » du questionnaire SF-36v2 en fonction du nombre de séances reçues en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n= 52). 94

Figure 12 : Résultats aux scores « Activité physique », « Limitations liées à la santé physique », « Douleurs physiques », « Santé globale », « État psychique », « Limitations liées à la santé mentale », « Vitalité » et « Score physique global » du questionnaire SF-36v2 en fonction du nombre de séances reçues en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n= 52). 97

Liste des sigles

ACP : Association Canadienne de Physiothérapie
AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
AQP : Association Québécoise de Physiothérapie
CCI : Coefficient de Corrélation Intraclasse
CHSLD : Centre d'Hébergement de Soins de Longue Durée
CISSS : Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux
CIUSSS : Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux
CLSC : Centre Local de Services Communautaires
CMQ : Collège des Médecins du Québec
CNESST : Commission des Normes, de l'Équité, de la Santé et de la Sécurité du Travail
DMCI : Différence Minimale Cliniquement Importante
ÉT : Écart-Type
GMF : Groupe de Médecins de Famille
GMF-U : Groupe de Médecins de Famille Universitaire
HMR : Hôpital Maisonneuve-Rosemont
IC95% : Intervalle de confiance à 95%
IMC : Indice de Masse Corporelle
IPSPL : Infirmières Praticienne Spécialisée de Première Ligne
IVAC : Indemnisation des Victimes d'Actes Criminels
MSSS : Ministère de la Santé et des Services Sociaux
OIIQ : Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OPPQ : Ordre Professionnel de la Physiothérapie du Québec
RAMQ : Régie de l'Assurance Maladie du Québec
SAAQ : Société de l'Assurance Automobile du Québec
SEM : Erreur Type de Mesure
UMF : Unité de Médecine Familiale

Remerciements

Je tiens à remercier mon directeur de recherche François Desmeules. Je le remercie de m'avoir ouvert les portes de la recherche en m'accueillant dans son équipe malgré mon inexpérience. Je le remercie pour son encadrement qui m'a permis de me développer professionnellement et personnellement. Mes futurs choix de carrière porteront toujours une trace de son encadrement.

Je tiens à remercier Véronique Lowry pour sa permanente disponibilité et son accompagnement tout au long du processus. Ses nombreuses casquettes dans ce projet l'ont rendu indispensable à ma réussite. Merci pour toutes ces discussions qui m'ont permis de comprendre tant de choses.

Je voudrais également remercier l'ensemble du personnel du GMF-U HMR pour leur disponibilité qui a permis de mener ce projet à bien.

Je tiens également à remercier l'ensemble de mes collègues du centre de recherche HMR pour toutes ces choses partagées qui m'ont permis d'avancer tout au long du processus. Merci Patrick, Ariel, Lisa, Simon et Marianne.

Je souhaite également remercier celles qui m'ont permis de m'orienter dans le dédale de l'université et de l'immigration. Un grand merci à Martina, Selena et Carole.

Je voudrais également remercier Sylvie Nadeau et Jacques Vaillant qui m'ont poussé à m'inscrire à la maîtrise. Leur présence a permis de rendre cela possible.

Un merci tout particulier à Johanne Filiatrault sans qui ce projet n'aurait pu aboutir.

Je souhaiterais remercier ma famille. Merci à eux de m'avoir soutenu malgré l'éloignement. Merci de m'avoir soutenu même si mes choix n'étaient pas toujours clairs pour vous.

Enfin, je souhaiterais terminer par celle qui a eu la plus grande importance dans ce projet, ma somptueuse femme Noémie. En plus d'être mon exemple, elle m'a guidé, porté, écouté, soutenu, corrigé, et cela sans jamais me donner de sentiment de supériorité ou de lassitude. Merci pour tout !!

Chapitre 1. Introduction

Les soins de première ligne représentent le point de contact de l'utilisateur avec le système de soins. Les soins de première ligne jouent un rôle primordial dans le système de soins québécois, car ils soignent la grande majorité des patients et doivent le cas échéant, effectuer le balisage vers les autres domaines (soins de seconde et troisième lignes). Dans les années 80, la commission Rochon fut la première à soulever la nécessité de réformer l'accès aux soins des Québécois (1). Depuis lors, les commissions et gouvernements successifs ont cherché à développer et intégrer à l'offre de soins, les services médicaux de première ligne afin d'assurer à chaque citoyen un accès aux services de santé. À ce jour, les soins de première ligne restent néanmoins en inadéquation avec la demande grandissante en matière de soins. Le manque de médecins de famille, le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques sont autant de causes à l'allongement et à l'engorgement du système de soins (2, 3).

Au Canada, 29,2% de la population adulte déclare avoir reçu un diagnostic pour une pathologie chronique majeure. Les maladies chroniques représentent 67 % des coûts directs en soins de santé et 60% des coûts indirects au Canada, résultant en perte de productivité, en perte de revenus voire en morts prématurées (4). Les maladies chroniques sont à l'origine de 88% de tous les décès au Canada en 2014 et de 66% dans le monde, ce qui en fait la première cause de mortalité.

La prise en charge efficiente des maladies chroniques est l'un des enjeux des réformes du système de santé des dernières décennies. Les personnes souffrant de troubles chroniques représentent la majorité des personnes placées sur les listes d'attente d'accès aux soins (3, 5). Or, durant cette attente, souvent de plusieurs mois ou d'années, l'état de santé de ces patients peut se détériorer (6). Ce phénomène entraîne donc une augmentation des coûts des soins pour l'utilisateur et pour le système de santé.

Parmi les maladies chroniques les plus fréquentes, on retrouve plusieurs troubles musculosquelettiques tels que les maux de dos, l'arthrose ou l'inflammation d'une ou plusieurs articulations regroupées sous le terme d'arthrite. Les douleurs et les incapacités provoquées par ces maladies chroniques emmènent les patients à consulter régulièrement dans le système de santé. Ainsi, les troubles musculosquelettiques représentent la deuxième cause de consultations en soins de première ligne (7) et classent ces patients parmi les plus grands consommateurs de médicaments analgésiques.

Alors que l'efficacité des modalités de réadaptation a été démontrée pour la réduction de la douleur, de la prise de médicaments, mais aussi sur l'amélioration de la fonction et la qualité de vie (8, 9), la réadaptation reste peu prescrite au niveau des soins de première ligne. De nombreuses études démontrent que la prise en charge des patients atteints de troubles musculosquelettiques chroniques est considérée comme non optimale (10-14).

Au Canada, l'accès aux soins de réadaptation dans le domaine public a régressé ces dernières années (15). La conjoncture économique et les réformes politiques du secteur ont entraîné une baisse des dotations et ainsi une modification des conditions d'accès. De ce fait, certaines clientèles ont été exclues des listes de prise en charge, et pour les autres, le nombre de séances proposées ou la durée de la prise en charge par patient ont été limités (15, 16). Ce nombre réduit de séances a été jugé insuffisant au bon rétablissement des usagers dans plusieurs cas. Le renouvellement des soins pour les patients souffrant de troubles chroniques a également été limité (17) ce qui peut avoir un impact sur l'état fonctionnel du patient à long terme.

L'ensemble de ces phénomènes ont poussé une part de la population vers les soins dans le domaine privé afin de recevoir leurs soins. Les soins dans le domaine privé s'organisent dans des structures à but lucratif. Le prix des consultations est à la charge du patient, ce qui exclut de facto les personnes n'ayant pas d'assurance privée ou n'ayant pas les moyens de régler par eux-mêmes le prix des séances. Ainsi, une part de la population nécessitant des soins de réadaptation s'en trouve dépourvue en raison du manque d'accès dans le secteur public et pour raison économique dans le secteur privé. Or, d'après le gouvernement, cette frange de la population présente des déterminants de santé négatifs pouvant avoir un impact direct ou indirect sur leur état de santé (18).

Pour faire face au problème d'accès aux soins de première ligne, le gouvernement du Québec a mis en place en 2002 des Groupes de Médecine de Famille (GMF). Selon la définition du ministère, le GMF est « un regroupement de médecins de famille qui travaillent en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé pour permettre à la clientèle d'avoir plus facilement accès à des soins médicaux » (19). D'après la déclaration du 26 avril 2017 du ministre Barrette du MSSS, le Québec compte aujourd'hui plus de 300 GMF (20). Le ministère exprime également sa volonté d'un rapprochement clinique entre les unités de médecine familiale (UMF) et les autres prestataires de services de première ligne, notamment les GMF en renommant les UMF en groupe de médecine familiale universitaire (GMF-U). Dans le contexte de la loi 10, le MSSS a exprimé une volonté d'affiliation plus grande des GMF-U avec le réseau de la santé et des services sociaux (21). Ce changement s'exprime « *dans une perspective de responsabilité populationnelle* » et démontre de la volonté du gouvernement à faciliter l'accès à un médecin de famille et à d'autres professions pour le plus grand nombre de Québécois.

Néanmoins, le virage GMF n'a pour l'instant pas concerné l'ensemble des professions médicales et les problématiques persistent. Les offres de réadaptation dans les GMF s'appuient toujours majoritairement sur la collaboration avec les centres locaux de services communautaires (CLSC) ou les cliniques privées. Le nombre de structures ayant intégré un physiothérapeute au sein de leurs équipes reste très faible (seules quelques GMF) et aucune donnée de fonctionnement ou d'efficacité n'existe à ce jour. Le ministère laisse chaque GMF intégrer les professionnels de son choix en fonction des besoins propres de sa clientèle. Le choix d'intégrer un professionnel de la réadaptation, tel qu'un physiothérapeute, au sein de l'équipe soignante est propre à chaque GMF (19, 22).

Afin d'aider les GMF dans le choix du professionnel de réadaptation à inclure dans leur équipe, il est nécessaire d'en éclaircir les pratiques. Cette étude avait donc pour but de décrire la pratique existante de la physiothérapie au sein d'un GMF-U, de décrire la clientèle profitant de ses soins et de quantifier l'efficacité de ces soins sur l'état des patients.

Chapitre 2. Recension de la littérature

Ce chapitre se divise en quatre sections. La première section définit le concept de soins de première ligne en lien avec celui des soins primaires. La deuxième section présente les spécificités du modèle de soins de première ligne au Québec. Afin de décrire l'intégration de la physiothérapie dans les services de première ligne, la troisième section présente la pratique de la physiothérapie au Québec et ainsi ce qu'elle peut apporter aux services de première ligne. Finalement, ce chapitre se termine par la présentation d'un modèle novateur d'intégration de la physiothérapie dans les services de soins de première ligne, le service de physiothérapie du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal.

2.1. Définition des soins de première ligne

« Soins de première ligne », « soins primaires » et « soins de santé primaires » sont des expressions semblables que l'on emploie souvent de façon interchangeable, mais qui peuvent aussi désigner des notions différentes. Chacune de ces expressions renvoie dans l'image populaire aux actes médicaux de base alors que leur sens premier est lié à des notions d'organisations des soins. Il est difficile de trouver une définition propre à chaque expression et qui la différencierait clairement des autres (23). L'expression « soins primaires » est définie par Starfield et collaborateurs comme « *un système de services de santé qui permet l'entrée dans le système pour tous les nouveaux besoins et problèmes, fournit des soins centrés sur la personne (non axés sur la maladie), prend soin de toutes les conditions sauf les rares et inhabituelles* » (24). Pour Santé Canada « *les soins de santé primaires constituent le point de contact du malade avec le système de santé. Lorsque les Canadiens ont besoin de soins de santé, ils se tournent le plus souvent vers un service de soins primaires* » (25). Les soins de première ligne sont eux définis comme « *le premier palier d'accès au système. Dans ces services, on évalue le besoin de la personne et on y répond directement, sans étape préalable. Ce besoin peut être lié à la santé physique ou mentale de la personne. Il peut aussi être lié à une situation difficile à vivre ou à un problème psychosocial* » (26). Alors que dans chacune de ces définitions, on retrouve

des notions communes d'actes médicaux ou de premier contact (27), chacune d'elles apporte une particularité qui fait qu'elle dépasse la simple notion d'acte médical.

L'une des raisons de cette difficulté à définir de façon spécifique chacune des expressions vient de la multiplication des expressions en français alors que la littérature scientifique anglophone n'en utilise qu'une : « *primary care* ». En 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définissait les *primary care* comme « *le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire* » (28). Dans cette définition, l'OMS établit le principe d'accès aux soins pour tous, mais également d'amélioration des conditions de vie. En 2008, l'OMS a publié un nouveau rapport sur la santé dans le monde intitulé « Soins primaires : maintenant plus que jamais ». Ce rapport réaffirme les valeurs et objectifs prônés en 1978. L'OMS rappelle l'importance pour la société d'inclure les changements sociaux et environnementaux et qu'il est nécessaire de réorienter les systèmes de santé afin que l'offre de soins soit adaptée à la demande comme cela était indiqué dans la déclaration de 1978 (29). L'OMS rappelle que la notion de santé ne correspond pas uniquement en une absence de maladie et que par cela, les *primary care* doivent inclure des programmes de prévention, de promotion de la santé, d'éducation et de réadaptation adaptés à la communauté à laquelle ils s'adressent. Les *primary care* dépassent le monde médical pour englober au sein d'une même organisation des professions diverses ayant un impact sur la santé des populations.

En vue d'être plus spécifique, Friedberg et collaborateurs proposaient en 2010 trois définitions des *primary care*, en fonction de leur modèle de mise en œuvre (30). Tout d'abord, les *primary care* sont une spécialité médicale pouvant inclure différentes professions (les médecins, les pharmaciens, les infirmières). Ensuite, les *primary care* sont un « *ensemble de fonctions assurées par les prestataires habituels de soins. Il s'agit des soins reçus par les patients lors de leur premier contact avec le système de santé, sur un territoire de proximité* ». Ces fonctions englobent le premier recours, l'approche globale du patient, la continuité des soins et la coordination avec les autres secteurs. Les fonctions sont alors indépendantes des formations et des qualifications professionnelles (31). Enfin, Friedberg définit les *primary care* comme orientation des systèmes de santé : cette définition s'appuie sur l'organisation des parcours de soins et sur l'accessibilité des soins. Cette dernière définition reprend l'idée de hiérarchisation

des services de santé par échelons, la notion de point de contact ainsi que la disponibilité des services (30). Ces différentes notions établies au sein des *primary care* sont similaires à celles retrouvées entre les trois expressions en français. L'utilisation de chaque terme doit donc être choisie en fonction du contexte et des notions qu'on souhaite lui donner.

Au Québec, l'expression usuellement utilisée et retrouvée dans tous les documents officiels québécois est celle de « services de première ligne ». Les services de première ligne québécois sont définis comme « *les services sociaux et de santé de base (i.e. le premier palier d'accès au système) auxquels la population a le plus souvent recours. Ce sont principalement les soins infirmiers, les services médicaux généraux, les services d'aides psychologiques ou sociaux, les services de réadaptation, les soins et les services d'aide à domicile ainsi que les services d'intervention téléphonique Info-Santé. C'est à ce palier que se règlent 80% de tous les problèmes. Ces services doivent donc être disponibles le plus près possible des personnes* » (32). Bien que cette expression puisse être comprise comme une simple notion de hiérarchisation des services de santé (première, seconde et troisième ligne), cette définition montre qu'elle englobe l'ensemble des composantes définies par l'OMS (33). Les services de première ligne québécois sont donc une organisation de système de santé (1^{er} échelon, point de contact), une spécialité médicale (règlent 80% des problèmes) et enfin un ensemble de fonctions (soins médicaux physiques et mentaux, réadaptation, prévention et suivi des troubles chroniques) couvrant les trois définitions de Friedberg et collaborateurs.

Cette expression étant celle utilisée dans la province et couvrant l'ensemble des notions visées, l'expression « services de première ligne » sera dorénavant utilisée tout au long de ce travail afin de couvrir l'ensemble des notions présentées préalablement.

2.2. Les soins de première ligne au Québec

2.2.1. Historique des soins de première ligne au Québec

Au Québec, les premières initiatives de financement public en santé ont touché le secteur hospitalier. Le gouvernement Lesage a mis en place un programme d'assurance hospitalisation à frais partagés en 1961 pour faire suite à la loi fédérale de 1957. Ce n'est qu'en 1971, suite aux recommandations de la commission Castonguay-Nepveu et la création de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), que l'ensemble des soins furent couverts, y compris ceux non pris en charge par le régime d'assurance hospitalisation universel (1). L'État est alors devenu responsable de la santé de la population et du système de santé. L'organisation des soins s'est règlementée, a visé une approche communautaire et une gratuité totale des services médicaux, y compris dans les cabinets médicaux privés. Ce système comprenait également la création d'organisations de soins de première ligne entièrement publiques en dehors du domaine hospitalier : les centres locaux de services communautaires (CLSC).

À leur mise en place, les CLSC comprenaient différents professionnels : médecins, infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, nutritionnistes et psychologues. Les CLSC offraient des services cliniques préventifs et curatifs, ainsi que des services de maintien à domicile. Depuis la déclaration de l'OMS de 1978, le concept de soins de première ligne inclut la notion de soins communautaire, donc de soins adaptés à la population à qui ils s'adressent. Ainsi, le modèle de gouvernance des CLSC a été construit en intégrant des représentants de la population dans les autorités décisionnaires et renforcé en 1985 suite à la commission Rochon (1).

Ce modèle d'organisation des services basé sur une approche communautaire s'est avéré opposé à la volonté des médecins (34). Peu d'entre eux ont rejoint ces organisations et parallèlement, les médecins ont accéléré le développement de cliniques privées. Cela a grandement participé au manque de développement des CLSC (35) qui n'ont pas rempli leur mission d'accessibilité et d'intégration des services de première ligne. Les CLSC n'ont finalement pas été la porte d'entrée des services médicaux au Québec tel qu'envisagé, au contraire des cliniques privées et des urgences hospitalières. Ce constat d'échec a été l'une des raisons qui ont mené à la constitution de la commission Clair en 2000.

Durant les années 2000, de nombreux rapports fédéraux recommandaient aux provinces d'intervenir dans la réorganisation des services de soins primaires afin d'améliorer notamment l'accès, la coordination, l'intégration et la qualité des soins. Les rapports de la Commission Romanow (36) et celui de la Commission Kirby mettaient en lumière le besoin de politiques fédérales et provinciales de développement des soins de première ligne (37). À la suite de ces rapports, le « First Minister's Accord on Health Care Renewal » a établi des priorités d'action et prévu un fonds fédéral de financement des services de soins de première ligne accordés aux provinces. Par la suite, différents modèles d'organisation sont apparus, articulés autour de principes communs: la création d'équipes multidisciplinaires, l'inscription des patients auprès d'un médecin de famille, une accessibilité accrue et une mixité des modes de paiement des médecins de famille (35, 37, 38).

Au Québec, la commission Clair a mis en lumière les besoins de hiérarchisation des soins (première, deuxième et troisième lignes) et d'investissement sur le continuum de soins de manière à fournir des soins plus continus et intégrés (32). Afin de faciliter l'accès aux médecins de famille, la commission Clair recommandait également la création d'un nouveau modèle de services de soins de première ligne, les groupes de médecine de famille (GMF). Un GMF est un « *regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières pour dispenser des services auprès de personnes inscrites, sur une base non géographique* ». L'objectif des GMF était de garantir aux Québécois l'accès à un médecin de première ligne, tout en participant au désengorgement des services d'urgences hospitaliers.

Les réformes des années 2010 (réformes Couillard et Barrette) ayant modifié les fonctionnements des organismes publics, la gestion du continuum des soins a été confiée aux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) avec lesquels les GMF doivent établir des ententes de services. Les CISSS sont des structures régionales regroupant plusieurs CLSC, centres hospitaliers et centres de réadaptation. Ces réformes ont modifié l'organisation hiérarchique du système de santé, mais n'ont pas modifié la structure organisationnelle des services de soins (trois échelons de services de soins).

2.2.2. L'organisation des services de première ligne au Québec

Les Centres Locaux de Services Communautaires

Les CLSC ont été créés afin d'être la porte d'entrée dans le système de services de santé et de services sociaux. Mais aujourd'hui, leur rôle est surtout d'assurer la prise en charge des clientèles vulnérables et de dispenser des services médicaux et infirmiers pour le maintien à domicile. Depuis la réforme de la Loi 10 de 2015, les CLSC ne sont plus des organisations autonomes : ils ont été regroupés afin de réduire les coûts. Aujourd'hui, les 166 CLSC sont regroupés au sein de 18 régions socio-sanitaires, elles-mêmes administrées par 13 CISSS et 9 centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Selon une enquête de l'association des CLSC et CHSLD du Québec réalisée en 2001, plusieurs CLSC n'offraient déjà plus de services médicaux. En effet, seuls 87% des CLSC offraient des soins médicaux sur rendez-vous et 60% en sans rendez-vous (34), au lieu des 100% attendus.

Les cliniques privées

Le versant privé du système de soins de première ligne repose sur la pratique des médecins de famille en cliniques privées. Les médecins de famille sont à grande majorité rémunérés à l'acte par la RAMQ et peuvent exercer de manière solitaire ou en groupe (6 médecins sur 7 exercent en groupe) (39). Dans ce type de structure, la pratique de la médecine sans rendez-vous occupe en moyenne 26% du temps des médecins de famille (39).

Les Groupes de Médecine de Famille

En avril 2015, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'engageait à permettre avant le 31 décembre 2017 à 85 % de la population du Québec d'être inscrite auprès d'un médecin de famille (40). Pour cela, le ministère a mis en place un guichet d'accès qui regroupe l'ensemble des demandes d'accès à un médecin de famille et qui permet d'inscrire de nouveaux patients. En parallèle, le MSSS a favorisé le développement des GMF à l'aide de programmes de financement et établit un objectif de 300 GMF implantés d'ici 2020 (40), objectif atteint selon les propos du ministre du 26 avril 2017 (20).

Les GMF sont « *des organisations volontaires réunissant des médecins qui s'engagent en tant que groupe à offrir une gamme variée de services et qui travaillent en collaboration avec des infirmières cliniciennes* » (38). Les GMF offrent une gamme étendue des services aux patients qui doivent s'y inscrire et dont la responsabilité est partagée entre les médecins. En échange d'aides financières du gouvernement du Québec, les GMF s'engagent à « *accroître l'accessibilité de la population à un médecin de famille par l'extension des heures d'ouverture notamment les fins de semaine et les jours fériés* » (38). Les médecins perçoivent une rémunération à l'acte majorée par un forfait annuel en fonction du nombre de patients inscrits au GMF. À cela s'ajoutent pour le GMF des ressources humaines, matérielles et financières propres à assurer l'accessibilité, la continuité ainsi que la globalité des services de santé à la population inscrite. Ainsi, chaque GMF reçoit une aide équivalente à deux salaires, pour une adjointe administrative et pour une secrétaire responsable exclusivement des dossiers du GMF (41). Cette précision du rôle « *exclusif du secrétariat* » pour le GMF est importante puisque les GMF peuvent réunir plusieurs organisations et les médecins peuvent pratiquer indifféremment dans ces établissements. Les pratiques de chaque médecin notamment en termes de jours et d'heures d'ouverture, mais aussi de proportion de consultations avec ou sans rendez-vous sont soumis à une validation par le MSSS. L'inscription officielle des médecins en tant que GMF leur permet d'obtenir de l'équipement informatique et de télécommunication donnant accès au réseau de télécommunications socio- sanitaire ainsi qu'un accès en ligne à la RAMQ pour l'inscription des patients.

Afin de remplir leur rôle de gestion dans la continuité des soins de leurs patients et leur assurer l'accès aux soins secondaires et tertiaires, les GMF doivent signer une entente avec un CISSS partenaire lui permettant l'accès aux ressources du CISSS. De plus, les personnes rendues vulnérables par une perte d'autonomie ou un risque de décompensation peuvent, sur recommandation du GMF, être inscrites à Info-Santé afin de les assurer d'une réponse à leurs besoins 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Info-Santé est un service ministériel de consultation téléphonique ouvert à tous, mais dont l'inscription permet un suivi adapté et efficient.

Les Groupes de Médecine de Famille Universitaire

Certains groupes de médecins de famille, en plus de leur activité médicale habituelle, se voient assigner la tâche d'encadrer les résidents de programmes universitaires de médecine de famille, spécialité apparue à la fin des années 70. Ces groupes de médecins, anciennement nommés Unités de médecine familiale (UMF) se voient rémunérer leurs heures d'encadrement et perçoivent des aides financières, notamment pour l'adaptation des locaux et la gestion administrative (21). Depuis le 1^{er} avril 2017, l'appellation Groupe de médecins de famille universitaire (GMF-U) a été généralisée à l'ensemble des UMF du Québec, même si elles ne sont pas membres du programme de financement des GMF. Cela démontre la volonté du MSSS d'un rapprochement clinique entre les GMF-U et les autres prestataires de services de première ligne, notamment les GMF. Selon le MSSS, « *ce changement s'exerce dans une perspective de responsabilité populationnelle, d'affiliation plus grande des GMF-U avec le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que d'affirmation du rôle en enseignement et en recherche dévolu à ces groupes* ». Les GMF-U peuvent être basés sur un modèle de type clinique privée ou rattachés à une organisation du système de soins telles que les hôpitaux, les ou bien les CSSS. En parallèle, chaque GMF-U est rattaché à l'une des quatre universités québécoises proposant un programme de médecine familiale. Les médecins de famille qui exercent en GMF-U ont une rémunération mixte, à la fois basée sur les actes entrepris avec les patients (régime de la RAMQ) et également sur des fonds publics basés sur l'enseignement et l'encadrement des résidents. Le groupement reçoit également des aides pour financer l'emploi de personnel encadrant (directeur, cadre et adjoint médicaux pédagogiques et cliniques) mais aussi administratif. Les GMF-U doivent prodiguer en collaboration interprofessionnelle des soins de santé et des services de première ligne intégrés, de façon exemplaire et innovatrice, dans un souci de contribuer à la mission de responsabilité populationnelle de l'établissement. Les GMF-U ont également pour mission de participer au développement et à l'application des connaissances, notamment par la recherche et l'érudition (21).

2.2.3. Problématiques actuelles des services de soins de première ligne

En 2018, les 10917 médecins de famille représentent la moitié des inscrits au Collège des médecins du Québec. Parmi eux, environ la moitié exercent aujourd'hui en GMF (42). L'augmentation du nombre de médecins exerçant en GMF a permis de faire passer le nombre de Québécois ayant un médecin de famille de 65% en 2013 à 79,4% en 2017 (40, 43). Un cinquième de la population doit donc toujours se présenter aux urgences en cas de problème de santé. Les délais d'attente de ces services restent très importants, ce qui peut avoir des conséquences sur l'utilisation de ces services et des impacts sur la santé des patients (44-46).

Pour les Québécois ayant un médecin de famille, il reste également difficile d'obtenir une consultation sans rendez-vous. À ce jour, la majorité des médecins de famille exercent toujours dans des cliniques privées et les consultations sans rendez-vous ne concernent en moyenne que 26% de leur horaire (39). Pour les praticiens exerçant en GMF, la reconnaissance par le MSSS les oblige à un volume horaire de consultations dépendant de leur taille (au minimum 68h hebdomadaires), mais aucune obligation sur les consultations sans rendez-vous n'ay été retrouvée (41). Les difficultés à obtenir une consultation sans rendez-vous contribuent à la surutilisation persistante des services d'urgences.

La surcharge de travail des médecins de famille est souvent citée comme raison au manque de consultations sans rendez-vous et aux difficultés d'accès aux soins. Le facteur principal de cette surcharge de travail semble être la surutilisation des services de soins de première ligne par les personnes atteintes d'une maladie chronique. Les maladies chroniques sont des maladies non contagieuses qui se développent lentement, qui peuvent limiter les activités quotidiennes de façon prolongée dans le temps et qui, souvent, ne peuvent être guéries. Elles sont attribuables à un ensemble de causes qui affectent une personne tout au long de sa vie (47). Les maladies chroniques comprennent les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies neurodégénératives, les troubles de l'appareil musculosquelettique, les problèmes de santé mentale et le cancer (47). L'état de santé de ces patients impose la prise de nombreux médicaments au quotidien et les rend plus susceptibles de tomber malades ou de présenter de la douleur. Les personnes atteintes de maladies chroniques consultent fréquemment leur médecin de famille afin d'adapter leur traitement ou de renouveler

leurs ordonnances, soit en moyenne deux à cinq fois plus souvent que les personnes non atteintes de maladies chroniques (48).

Le nombre de personnes souffrant de maladies chroniques est en augmentation en raison de plusieurs facteurs. Tout d'abord, on assiste actuellement à un vieillissement de la population (49). Or, les maladies chroniques sont en partie liées à l'âge de la population, puisqu'elles apparaissent pour la plupart avec le temps. Les progrès de la médecine ont permis d'allonger l'espérance de vie après le diagnostic de ces pathologies chroniques. Ainsi, on meurt moins de ces maladies et/ou on en meurt plus tard. Par ailleurs, la modification des habitudes de vie de la population au cours des dernières décennies a augmenté le risque pour les Québécois de souffrir d'une maladie chronique. En effet, la modification des habitudes alimentaires, le manque d'activité physique, le stress, le tabagisme et la sédentarité sont régulièrement retrouvés dans la liste des facteurs associés à la plupart des maladies chroniques (50). De nombreuses études ont aussi démontré l'impact de facteurs socio-économiques dans l'état de santé des patients et donc dans le risque d'être atteint d'une maladie chronique. Les faibles revenus, un faible niveau scolaire, être immigré de première génération, être parent monoparental et être de sexe féminin ont tous été démontrés comme étant des facteurs à risque quant à l'état de santé général.

Chaque maladie et ses conséquences (fatigue, douleurs et sédentarité qui en résultent) sont des terrains favorables au développement d'autres pathologies. On retrouve ainsi la plupart des maladies chroniques au sein des comorbidités établies par Charlson. L'indice de Charlson est un indice qui établit les chances de survie à 10 ans (51). De nombreux patients souffrent de plusieurs maladies chroniques, ce qui rend leur prise en charge difficile, notamment en raison des interactions médicamenteuses qui peuvent exister entre les traitements relatifs à chacune des maladies. Ainsi, cette clientèle nécessiterait un temps de consultation plus important afin d'assurer une qualité des soins adéquate (écoute des patients, suivi des résultats d'examen, vérification des traitements et du risque d'interactions). À cela s'ajoutent les besoins de suivis réguliers afin d'adapter les traitements, faire le suivi de l'état de santé et traiter les maladies opportunistes. Au total, on estime que la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques représente 67% des coûts directs en soins de santé et 60% des coûts indirects au Canada (4). L'amélioration de la prise en charge de cette clientèle est donc un enjeu majeur du système de santé, aussi bien pour le bon fonctionnement des services de soins que d'un point de vue économique.

2.2.4. Les pistes de développement des soins de première ligne

Les dernières données ministérielles de fonctionnement des services d'urgences semblent montrer que les phénomènes de surutilisation et d'allongement des temps d'attente sont en voie de stagnation. Le développement des GMF et ainsi l'accès facilité à un médecin de famille semblent avoir les effets escomptés. Néanmoins, le fonctionnement actuel des soins de première ligne ne semble pas pouvoir continuer à absorber la part toujours existante de surutilisation des services d'urgence, notamment en raison de la surutilisation de ses propres services. De nouvelles pistes de développement des soins de première ligne ont ainsi été envisagées afin d'améliorer l'accès aux soins des Québécois et permettre d'accroître la qualité des soins.

Les Super-cliniques ou GMF-Réseau

Lors du triage effectué dans les services d'urgences, 60% des patients sont classés en quatrième ou cinquième niveau de priorité, ce qui correspond en réalité à des niveaux de priorités non urgents (52). La réforme de l'accès aux soins, avec notamment le développement des GMF, s'adresse principalement à cette part des usagers des urgences. Néanmoins, dans cette part des usagers, les pathologies de certains patients nécessitent des tests ou imageries rapides afin de confirmer le diagnostic. Les GMF n'étant pas équipés de tels services, les médecins doivent référer les patients à des structures spécialisées, ce qui peut parfois être compliqué et long. Les GMF ne sont ici pas la solution optimale comme recours à la présentation aux urgences de ces patients, notamment atteints de troubles musculosquelettiques aigus.

Afin d'éviter la présentation de ces patients aux urgences tout en leur assurant un accès rapide aux examens rapides nécessaires, le MSSS a mis en place de nouvelles structures, les GMF-Réseau ou communément appelées, les super-cliniques. Les missions de ces GMF-Réseau sont d'offrir des services médicaux généraux urgents simples, semi-urgents en première ligne, de prélèvement et de radiologie. Ces cliniques doivent « être ouvertes 7 jours sur 7 et 12 heures par jour; offrir des services médicaux sans rendez-vous à toute la population; permettre la prise d'un rendez-vous le jour même, jusqu'à trois heures avant la fermeture; donner accès à un centre de prélèvements public; donner accès à un laboratoire d'imagerie médicale; faciliter l'accès aux services spécialisés » (53). Ces super-cliniques ont donc les mêmes prérogatives

que les GMF, mais avec des accès facilités aux tests et imageries. On compte à ce jour 25 super-cliniques à travers le Québec et l'objectif est fixé à 50 pour 2019 (53).

Développement de la collaboration interdisciplinaire au sein des structures existantes

Une autre des problématiques principales actuelles des services de soins de première ligne est la gestion des patients atteints de maladies chroniques. L'objectif du MSSS est d'améliorer la qualité des soins de manière à diminuer l'utilisation des services de soins de première ligne de cette clientèle et ainsi améliorer l'accessibilité à ces services de soins pour tous. Pour cela, le MSSS incite les services de soins de première ligne et notamment les GMF à développer la collaboration interdisciplinaire.

Depuis la création des GMF en 2002, le MSSS soutient financièrement l'embauche d'infirmières cliniciennes. L'infirmière clinicienne est responsable de l'évaluation sommaire de la situation du patient, le patient voyant ensuite son médecin. L'avantage est principalement organisationnel, car le médecin passe moins de temps avec chaque patient, ce qui permet d'augmenter le nombre de visites quotidiennes et donc l'accès aux soins. Avec les nouvelles compétences obtenues par les modifications législatives du Code des professions et de la Loi 90, les infirmières cliniciennes peuvent également être responsables du suivi d'une partie de la clientèle, notamment celle atteinte de maladies chroniques stables (54, 55). Les infirmières cliniciennes apportent donc leurs compétences en matière de prévention et d'enseignement thérapeutique de manière à améliorer la qualité de la prise en charge des patients au sein des services de première ligne.

Ainsi, au sein de chaque GMF, la clientèle visée est définie et les médecins et infirmières travaillent conjointement pour développer les protocoles de suivi de ces clientèles. Le médecin qui reçoit un patient atteint d'une de ces pathologies le réfère à l'infirmière qui le prend en charge. L'infirmière clinicienne reçoit directement le patient, évalue sa condition physique et mentale, exerce la surveillance en incluant les mesures diagnostiques et thérapeutiques nécessaires, effectue les traitements et ajuste la médication en fonction de lignes directrices. Le choix du plan de traitement est pris en accord par le médecin et l'infirmière clinicienne. Par cette pratique, le médecin peut revoir son patient annuellement, ce qui représente ici aussi un gain de temps pour le médecin et ainsi un meilleur accès aux soins pour la population. La qualité des

soins est, au minimum, équivalente, car en cas de besoin, le patient peut toujours voir le médecin, mais elle est fortement susceptible d'être améliorée par l'apport de l'expertise de l'infirmière. En effet, l'infirmière clinicienne apporte sa vision et son expertise dans la décision du plan de traitement qui n'est plus du seul fait du médecin. Cette modification de l'autorité décisionnelle permet une prise en charge plus globale du patient, sortant du seul acte médical pour englober l'ensemble des facteurs biopsychosociaux du patient. Le nombre de GMF proposant une prise en charge d'une part de sa clientèle par les infirmières cliniciennes semble se développer mais aucun chiffre officiel n'a pu être retrouvé et de nombreux GMF n'ont pas encore intégré les infirmières cliniciennes dans ce processus de soins. Le MSSS souhaite développer ce système de soins (19, 56) mais les GMF n'ayant aucune obligation quant à la délégation d'actes aux infirmières cliniciennes, le développement de ce système de prise en charge reste dépendant de la volonté des gestionnaires des GMF.

Face à la réussite de cette pratique, le MSSS a ajouté un soutien financier depuis 2014 pour l'embauche de travailleurs sociaux et de pharmaciens dans tous les GMF au Québec. D'après le guide mis en place par le MSSS en direction des gérants de GMF, chacune de ces professions, en plus du support apporté directement au médecin, a un rôle à jouer directement auprès du patient afin de l'aider à gérer sa pathologie (57). Le pharmacien par exemple, en plus de vérifier les risques d'interactions entre les médicaments prescrits par le médecin, est responsable d'expliquer ces risques potentiels au patient, il anime des séances d'information en groupe pour certains types de clientèles (notamment des groupes de patients atteints de maladies chroniques nécessitant une médication spécifique) et participe aux activités d'autonomisation du patient. Le MSSS offre également un soutien financier pour l'intégration d'autres types de professionnels cliniques dans les équipes des GMF (inhalothérapeute, kinésiologue, physiothérapeute ou nutritionniste) dont le choix est propre à chaque GMF en fonction des besoins de la communauté desservie (41). L'ensemble de ces financements est proportionnel au nombre de patients inscrits au GMF. Ces différents professionnels sont placés sous l'autorité fonctionnelle du GMF, mais sont sous l'autorité hiérarchique du CISSS/CIUSSS avec lequel le GMF a signé un partenariat. Ces professionnels sont salariés du CISSS/CIUSSS, mais sont relocalisés en GMF. Ils exercent donc leur profession de manière autonome, diminuant donc l'impact hiérarchique dans leurs relations avec le médecin, favorisant ainsi la prise de décision commune.

Le patient d'un GMF peut être pris en charge au sein de la même structure par plusieurs médecins de famille (une des prérogatives des GMF) mais également par plusieurs autres intervenants médicaux en fonction des nécessités. L'efficacité et la qualité des soins que reçoit le patient sont fonction de la collaboration entre tous ces professionnels. Si chacun travaille sans consulter les autres intervenants, il y a un risque de perte de temps par multiplication des actes voire un risque pour le patient (s'il n'y a pas connaissance des médicaments prescrits par les confrères, lors d'une nouvelle prescription, il y a risque d'interactions médicamenteuses). Une simple communication entre les intervenants n'est souvent pas suffisante ; une connaissance du rôle de l'autre, d'une confiance mutuelle, mais aussi de modalités de communication définies est nécessaire à optimiser l'efficacité et la qualité des soins. C'est ce que l'on nomme la collaboration interprofessionnelle.

La collaboration interprofessionnelle est définie comme le « *processus par lequel des intervenants de différentes disciplines développent des modalités de pratique favorisant une réponse cohérente et intégrée aux besoins de la personne, de ses proches et des communautés* » (58). Selon le MSSS, « *ces collaborations contribuent à la qualité des soins et services tout en étant source de satisfaction pour les patients, les médecins de famille et les professionnels de la santé* » (59). Ainsi, l'efficacité d'une pratique interdisciplinaire a été corrélée à la satisfaction des usagers. Des questionnaires de satisfaction spécifiques à la collaboration interprofessionnelle se développent (60, 61) mais l'utilisation de questionnaires généraux reste courante. Ces questionnaires peuvent être de formes variées, de l'échelle visuelle analogique à l'échelle numérique en passant par les questionnaires verbaux à multiples items.

La collaboration interprofessionnelle au sein du GMF sera variable en fonction de la complexité du cas de chaque patient. Plus les besoins du patient se complexifient, plus les interactions vont se multiplier et le modèle de pratique évoluer (62). Dans certains cas, les pratiques de chaque intervenant resteront indépendantes, mais l'échange d'informations permettra de modifier la pratique de chacun. On parle ici de pratique multidisciplinaire. Dans les cas les plus complexes, les besoins du patient imposent de partager les décisions et les actions en lien avec un objectif commun. Il s'agit alors de pratique interdisciplinaire, où chaque intervenant apporte sa vision à la prise de décision. Il est démontré que plus le niveau de collaboration interprofessionnelle est important, plus l'impact sur le patient, les intervenants et le système de santé est positif. Meilleure efficacité, efficacité des soins et satisfaction des

usagers et des intervenants ont ainsi été retrouvées (62, 63). Dans une organisation qui emploie de multiples professions, lorsque la collaboration interprofessionnelle est adéquate, les contributions individuelles s'additionnent et se potentialisent. Chaque profession profite de l'expertise de l'autre et plus les niveaux hiérarchiques en fonction des professions disparaissent, plus l'effet de la collaboration interdisciplinaire sera important.

Les clés de la réussite de la collaboration interdisciplinaire reposent sur six domaines : la communication interpersonnelle; les soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté; la clarification des rôles; le travail d'équipe; le leadership collaboratif; la résolution de conflits interprofessionnels (64). De nombreuses études montrent l'importance des facteurs organisationnels, interprofessionnels et personnels sur la qualité de la collaboration interprofessionnelle et l'impact sur la qualité des soins (63, 65-67). Pour cela, le MSSS encourage les membres des GMF à développer la collaboration interprofessionnelle au sein de leurs structures et à profiter de l'intégration de nouvelles professions pour faire l'analyse et la mise à jour du fonctionnement collaboratif de leur structure.

Pratiques émergentes

Depuis la création des GMF en 2002, la pratique des infirmières s'est développée en grande partie autour du suivi des malades chroniques et de l'enseignement thérapeutique. Les modifications des actes réservés à la profession d'infirmières a permis à celle-ci de se voir confier la responsabilité d'une partie de la clientèle. Afin de renforcer la qualité de cette prise en charge, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) en collaboration avec le Collège des médecins du Québec, a créé en 2007 les infirmières praticiennes spécialisées de première ligne (IPSPL), finalement légiféré en 2018. À l'image de ce qui se faisait déjà en néphrologie, cardiologie et néonatalogie, les IPSPL exercent dans une pratique dite de pratique avancée. Ce terme renvoie à la possibilité pour une profession d'effectuer des actes anciennement réservés à la seule pratique des médecins. Les infirmières praticiennes spécialisées ont ainsi obtenu le droit de « *prescrire des examens diagnostiques, d'utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudices, de prescrire des médicaments ou d'autres substances, de prescrire des traitements médicaux, et enfin d'utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de*

préjudice » (68). Lors de cette réglementation de la profession établie par le MSSS, les IPSPL ont également obtenu le droit d'initier un traitement pour le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et l'hypothyroïdie. Il est nécessaire de préciser que les IPSPL du Québec sont les seules au Canada à ne pas avoir le droit de poser un diagnostic, de communiquer un diagnostic et d'initier un traitement pour les autres maladies chroniques (69), bien que l'ouverture d'une discussion a dernièrement été annoncée par le collège des médecins (70). Tout comme les infirmières cliniciennes, les IPSPL prennent en charge une partie de la clientèle en assurant le suivi des patients atteints de troubles chroniques stables. Mais leur formation spécifique et les actes qui leur sont délégués leur permettent également d'assurer par elles-mêmes la prise en charge en cas de changement de l'état du patient ou bien encore de prendre en charge des patients atteints de troubles chroniques instables. Les IPSPL sont également responsable du suivi des grossesses dans les GMF jusqu'à la 32^e semaine et sont amenés à intervenir directement dans les consultations sans rendez-vous. Les IPSPL assurent donc « *la prévention primaire et secondaire par la pratique de l'examen médicale périodique, ainsi que l'évolution du développement selon l'âge du patient pour définir les besoins en matière d'autosoins, ainsi que l'évaluation du développement selon l'âge du patient pour définir les besoins en matière d'autosoins* »(68). Le développement des IPSPL semble être adéquat à l'amélioration de l'accès aux soins ainsi qu'au meilleur suivi des patients atteints de troubles chroniques. Pour cette raison, le MSSS a fixé l'objectif de 2000 IPSPL en 2024 alors que l'OIIQ n'en recense que 339 en exercice en 2017 (200 en cours de formation)(71).

2.2.5. La prise en charge des troubles musculosquelettiques chroniques au sein des services de soins de première ligne du Québec

Les troubles musculosquelettiques représentent la deuxième cause de maladies chroniques au Canada (7). Parmi ces troubles, on retrouve principalement l'inflammation d'une ou plusieurs articulations regroupées sous le terme d'arthrite, mais aussi l'ostéoarthrose. De manière pratique, on inclut également dans les troubles musculosquelettiques chroniques les maux de dos et autres types de douleurs persistantes, car ces pathologies nécessitent un suivi

médical régulier et prolongé dans le temps. Le diagnostic des pathologies musculosquelettiques chroniques repose principalement sur l'analyse du médecin basée sur les plaintes de son patient et sur l'évaluation physique du patient. Le médecin peut aussi s'aider par l'utilisation d'imageries (rayons X pour l'arthrose ou ostéodensitométrie pour l'ostéoporose par exemple) et de tests, physiques ou sanguins. L'ensemble de ce processus peut prendre jusqu'à plusieurs mois notamment en raison du délai nécessaire afin d'obtenir certains examens (10). De même, le recours à l'avis de médecins spécialistes (orthopédistes et physiatres notamment) est rendu compliqué par la durée de l'attente avant de consulter (en moyenne plusieurs mois, mais très variable selon la spécialité et la localisation) (72). Ce délai élevé est un facteur négatif quant à l'évolution de la pathologie du patient. En effet, il a été démontré que durant cette période, les patients avaient tendance à se déconditionner, notamment en raison d'une sédentarité accrue en lien avec les douleurs et les incapacités (44-46). Or le manque d'activité, la perte de masse musculaire ainsi que l'augmentation de la masse corporelle qui en découlent sont des facteurs défavorables et aggravants des pathologies musculosquelettiques chroniques.

Les guides de pratique recommandent une prise en charge médicale basée sur l'autonomie et l'autogestion du patient (54, 73). Ainsi, avant même la pose d'un diagnostic complet et définitif, il est recommandé aux médecins d'inciter leurs patients atteints de troubles musculosquelettiques chroniques à la pratique d'activité physique régulière. L'activité physique a été démontrée comme efficace dans le contrôle de la douleur dans ces pathologies (74-76). L'activité physique a un effet à la fois direct (meilleure souplesse et force musculaire, modification du seuil de la douleur) mais également indirect. L'activité physique permet de diminuer l'effet de facteurs de risques associés aux maladies chroniques, tels que l'obésité, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, l'hygiène de vie précaire (alcool, tabac, drogues) ou les troubles de l'humeur (77, 78). Le recours à des professionnels de santé spécialisés dans le mouvement et l'activité (kinésologue, ergothérapeute et physiothérapeute) est également démontré comme bénéfique pour la santé des patients atteints de troubles musculosquelettiques chroniques (46, 77). Il est aussi recommandé aux médecins de pratiquer l'éducation thérapeutique (73) afin d'expliquer aux patients les raisons de leurs troubles et les moyens de traitement qui leur sont accessibles, seuls à domicile ou sous supervision d'un professionnel. Les médecins doivent ainsi expliquer l'importance de l'observance au traitement, la gestion des facteurs de risques, l'impact de l'activité physique et les exercices à réaliser. En complément,

les médecins peuvent procurer des traitements pharmacologiques analgésiques afin de limiter la douleur et ainsi permettre la poursuite de l'activité. Dans le cas de maladies inflammatoires, l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens doit rester la première option avant, le cas échéant, de proposer des anti-inflammatoires stéroïdiens (type corticoïde). Enfin, le recours à la chirurgie doit demeurer le dernier recours et ne s'adresser qu'aux cas les plus avancés dont la douleur et l'incapacité ne permettent plus l'autonomie du patient (79).

L'organisation actuelle du système de soins de première ligne québécois ne permet pas aux médecins de respecter ces recommandations en lien aux troubles musculosquelettiques chroniques (54). En effet, les traitements conservateurs sont sous-utilisés au détriment d'une surutilisation pharmacologique. L'évolution des douleurs en lien avec ces troubles musculosquelettiques s'accompagne souvent d'une augmentation progressive de prise d'analgésiques. La durée de la prise en charge pharmacologique combinée à l'augmentation des douleurs rend le patient à risque de développer une dépendance aux médicaments. La prise en charge de ces patients est donc un enjeu dans le contexte québécois actuel de crise des opioïdes. De plus, cette approche ne favorise pas l'autonomisation du patient dans sa prise en charge, le rendant passif et dépendant de ses traitements. Ceci explique le nombre élevé de consultations médicales, car le patient repose la gestion de ses douleurs sur l'évolution de son traitement pharmacologique (80). Dans le contexte de surcharge de travail des médecins, ceux-ci n'ont pas le temps d'effectuer une éducation thérapeutique appropriée, le temps moyen d'une consultation médicale étant de 22 minutes (81), incluant l'accueil du patient, l'évaluation et la mise en place du plan de traitement. La sous-utilisation de traitement conservateur est à la fois due au manque de connaissance de la part des médecins sur les modalités existantes, mais également par le manque de disponibilité de ces modalités. L'opacité des critères d'inclusion et les temps d'attente pour obtenir des soins de réadaptation dans le domaine public (3, 5, 82, 83) n'incitent pas les médecins à proposer ces modalités à leurs patients. L'aspect financier est lui responsable de la sous-utilisation des soins de réadaptation dans le domaine privé. Dans ces structures, le prix des consultations est à la charge du patient, ce qui exclut de facto les personnes n'ayant pas d'assurance maladie ou n'ayant pas les moyens de régler par eux-mêmes le prix des séances.

Une meilleure utilisation des traitements conservateurs dans le cadre des troubles musculosquelettiques chroniques a été démontrée efficace sur la santé des patients. Les professionnels de la réadaptation ont également démontré leurs aptitudes à la fois en tant

qu'experts de la condition musculosquelettique, mais également en tant que communicateurs et gestionnaires (84). Tel que prévu dans le cadre du développement des GMF, l'intégration de ces professionnels aux soins de première ligne pourrait être une voie d'amélioration de la prise en charge des patients atteints de troubles musculosquelettiques chroniques et ainsi participer indirectement à améliorer l'accessibilité aux services de soins de première ligne.

2.3. La physiothérapie au sein des soins de première ligne du Québec

La physiothérapie est l'une des professions qui peut désormais être exercée au sein des GMF. Afin de comprendre la nouveauté que représente l'intégration des physiothérapeutes au sein des services de soins de première de ligne que sont les GMF, la présente section va tout d'abord présenter le fonctionnement actuel de la physiothérapie au Québec. Par la suite, nous référencerons les compétences démontrées des physiothérapeutes et par cela, ce que leur intégration dans les GMF peut amener au développement des soins de première ligne.

2.3.1. Cadre réglementaire de la pratique de la physiothérapie

Au Québec, la physiothérapie est réglementée par le Code des professions qui en fait une profession à titre réservé. La Loi 90 de 2002 a accordé à la physiothérapie un droit d'exercice exclusif sous forme d'activités réservées. La physiothérapie au Québec est également encadrée par un Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) qui établit le code de déontologie de la profession et dont l'inscription est obligatoire afin d'exercer. On retrouve les physiothérapeutes dans différentes sphères du domaine de la santé. Ils peuvent œuvrer en centre hospitalier, dans les centres de réadaptation, en clinique privée, dans les centres sportifs, dans le secteur de la recherche, dans les milieux d'enseignement, en entreprise, dans les organismes publics et impliqués dans les activités de prévention et de promotion de la santé (84). Comme le montre cette définition, on peut retrouver les physiothérapeutes à tous les échelons du système de soins québécois (de la première à la troisième ligne) aussi bien dans le système public que privé.

Dans le domaine public, les soins de réadaptation se retrouvent principalement dans les centres de réadaptation et dans les centres hospitaliers (en soins internes ou externes). On retrouve également des soins de réadaptation dans les centres délivrant des soins à des catégories de patients spécifiques (jeunes, personnes âgées et autres personnes éligibles), et dans les CLSC. Les soins de physiothérapie en CLSC sont donc les seuls offerts en première ligne dans le domaine public. Néanmoins, l'accès à ces soins de première ligne est très limité et souvent réservé à des catégories spécifiques de patients. En effet, les physiothérapeutes de CLSC interviennent désormais spécifiquement auprès de personnes âgées en perte d'autonomie, de personnes en convalescence à la suite d'une chirurgie ou de personnes vivant avec un handicap physique (34).

L'accès aux soins de réadaptation dans le domaine public est à de rares exceptions près, soumis à une référence médicale et dépendante de critères de priorisation. Ces critères sont propres à chaque établissement, aucune règle n'étant appliquée au niveau provincial. On retrouve parmi ces critères l'inclusion de résultats à des tests fonctionnels, l'âge du participant ou bien encore le milieu de vie du patient (83).

Dans le contexte économique des dernières décennies, l'offre de soins de réadaptation a été réduite à la suite de plusieurs coupes budgétaires. Pour s'adapter à ces contraintes financières, certaines pathologies ont été exclues des listes de prise en charge et pour les autres, le nombre de séances proposées ou la durée de la prise en charge par patient ont été limités (15, 85). Ce nombre réduit de séances a été démontré comme insuffisant au rétablissement complet des usagers dans plusieurs cas. Ces modifications d'accès aux soins ont également créé un allongement des temps d'attente pour les personnes ayant conservé leur droit à ces soins. Ces durées d'attente sont désormais fréquemment supérieures à un an, ce qui est jugé comme inopportun par le Protecteur des citoyens (86). De la même manière, pour les patients souffrants de troubles chroniques, le renouvellement des soins est également désormais limité.

Par ces phénomènes, une frange de la population a été poussée vers le domaine privé afin de recevoir ces soins de réadaptation. Les soins dans le domaine privé s'organisent dans des structures à but lucratif. Les physiothérapeutes exerçant dans ces structures sont consultables par la population directement sans référence médicale (accès direct), à l'exception des personnes prises en charge par un système d'indemnisation spécifique. Les patients protégés par les lois sur l'assurance automobile, sur les actes criminels ou sur les accidents de travail et les maladies

professionnelles consultent en physiothérapie après référence médicale. Le coût des soins est pris en charge, respectivement, par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), par le programme d'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) ou par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST). Dans les autres cas, le prix des consultations est à la charge du patient. Le recours à une assurance privée permet aux patients d'être remboursés du coût de leurs soins, mais le système québécois ne rend pas l'assurance privée obligatoire. Les personnes n'ayant pas d'assurance maladie ou n'ayant pas les moyens de régler par eux-mêmes le prix des séances sont donc exclues de ces soins. Ces mêmes personnes, exclues des soins en milieu privé et non admises dans le milieu public (exclues ou en attente) sont celles ayant le moins d'accès aux soins et ayant souvent le moins bon état de santé (87).

Depuis 2014, le MSSS permet aux GMF d'inclure un physiothérapeute dans leur personnel à l'aide d'un soutien financier (41). Cette avancée laisse envisager un développement de l'accès gratuit de la population aux soins de physiothérapie de première ligne. Mais au contraire des infirmières, des pharmaciens ou des travailleurs sociaux, l'intégration du physiothérapeute dans le GMF n'est pas garantie. En effet, le soutien financier n'est pas spécifique à la profession de physiothérapeute, mais peut servir à l'intégration d'un inhalothérapeute, d'un kinésologue ou d'un nutritionniste selon la volonté du GMF, dépendante des besoins de la clientèle. De plus, le nombre d'heures de présence du physiothérapeute est dépendant de la taille du GMF. En raison de la nouveauté de ce programme et de la difficulté d'expansion de celui-ci, aucune donnée probante n'a été retrouvée sur la pratique ou l'efficacité des soins des soins de physiothérapie en GMF.

L'analyse du champ d'exercice des physiothérapeutes québécois permet d'envisager les bienfaits que la physiothérapie peut apporter à un GMF. Le champ d'exercice de la physiothérapie est défini à l'article 37 du Code des professions comme suit : « *évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire, déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal* » (84). La physiothérapie est une discipline qui s'adresse à tous les âges, de l'enfant jusqu'à la personne âgée. Les physiothérapeutes sont des professionnels de la réadaptation pouvant intervenir auprès de la population pour une grande variété de pathologies (84). L'efficacité de la physiothérapie a été

démontrée dans différentes populations (88-90), quel que soit le système touché (neurologique (91, 92), musculosquelettique (93, 94), cardiorespiratoire (95)) ou l'état d'avancement de la pathologie (aigu comme chronique(93, 94, 96)). Au regard de ses champs d'exercices, le physiothérapeute est apte à prendre en charge une large frange de la population très variée inscrite dans les GMF.

La prise en charge en physiothérapie a un impact multiple sur le patient. En effet, la réadaptation permet d'améliorer son état fonctionnel, mais également sa santé mentale et sa satisfaction envers l'ensemble du système de santé. Une prise en charge en physiothérapie a également un impact sur l'environnement du patient, celui-ci modifiant ses habitudes de vie, exprimant un meilleur ancrage au sein de sa communauté et pouvant retourner au travail de manière plus rapide après un traumatisme. La physiothérapie a également un impact sur le système de santé et son fonctionnement. Il a ainsi été démontré que les prises de médicaments antalgiques et anti-inflammatoires étaient diminuées avec la réadaptation, ce qui en plus d'être bénéfique pour le patient, est également une économie pour le système de santé (97). Les GMF qui font le choix d'intégrer un physiothérapeute au sein de leur équipe permettent donc à leurs usagers de bénéficier de soins de réadaptation efficaces pour une grande variété de pathologies.

2.3.2. Les compétences et les modalités d'exercice des physiothérapeutes

Prévention et promotion de la santé

Le profil de compétences des physiothérapeutes établi par l'ACP présente le physiothérapeute comme un expert de la communication : « *à titre de communicateurs, les physiothérapeutes appliquent des stratégies efficaces pour échanger de l'information et améliorer leurs relations thérapeutiques* ». Par cela, le physiothérapeute participe à la prévention et à la promotion de la santé. Il est ainsi de la compétence du physiothérapeute de participer à la prescription d'exercices, à l'autogestion du patient et au soutien psychologique, y compris le soutien au sevrage tabagique et la motivation pour améliorer l'activité physique (98). Le physiothérapeute intervient à la fois en prévention primaire (prescription et motivation pour l'activité physique afin de prévenir les maladies cardiopulmonaires et le diabète),

secondaire (prévention des douleurs et limitations de participations dues à l'évolution de troubles chroniques comme l'arthrose) et tertiaire (prévention de la récurrence d'accidents) (84, 98). Le physiothérapeute peut donc jouer un rôle au sein des équipes de GMF en participant à la prévention et la promotion de la santé à l'aide de son expertise sur le mouvement humain. Par la prescription et l'aide à la pratique régulière d'activité physique, le physiothérapeute peut jouer sur de multiples facteurs de risque tels que l'obésité, le diabète, la sédentarité, les mauvaises habitudes de vie (tabac et alcool) ou l'hypertension artérielle. En jouant sur ces facteurs de risque, le physiothérapeute intervient donc dans la prévention de nombreuses pathologies cardiopulmonaires, vasculaires, mais également sur des pathologies où son action directe est plus limitée comme les maladies systémiques ou de santé mentale (99). Le physiothérapeute inclus dans un GMF peut donc intervenir à la fois auprès de la clientèle atteinte de troubles musculosquelettiques chroniques, mais également auprès des clientèles atteintes de toutes autres maladies chroniques, tout en participant auprès de la clientèle générale à la prévention de toutes ces pathologies.

Pratique interdisciplinaire

Les physiothérapeutes sont des professionnels de la santé travaillant quotidiennement en collaboration multidisciplinaire. Les physiothérapeutes ont un champ d'expertise spécifique qu'ils exercent en collaboration avec les autres professionnels de la santé afin de mieux répondre aux besoins de la population. Tout d'abord, les physiothérapeutes travaillent en intradisciplinarité avec les thérapeutes en réadaptation physique. L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec encadre sur le plan réglementaire la pratique de ces professionnels selon l'article 4 du règlement 94 du Code des professions.

Les professionnels de la physiothérapie travaillent aussi étroitement avec d'autres professionnels de la santé dans leur pratique quotidienne. Les physiothérapeutes sont régulièrement emmenés à collaborer avec des médecins de famille, des médecins spécialistes, des pharmaciens, des infirmières, des ergothérapeutes, des psychologues ou des travailleurs sociaux. Afin d'optimiser l'efficacité des collaborations avec les pharmaciens et ainsi améliorer les services offerts à la population, un cadre de collaboration entre pharmaciens et

physiothérapeutes en première ligne a été adopté. Cet exemple montre la pratique de la physiothérapie en collaboration interdisciplinaire et les physiothérapeutes sont sensibilisés et formés à cette pratique dès leur formation initiale. Ce travail collaboratif contribue à l'amélioration de la santé des personnes et à accroître la qualité des services offerts à la population québécoise au sein des services de soins de première ligne.

Soins d'urgences

De nombreux physiothérapeutes exercent aujourd'hui au sein de services d'urgences. Le modèle de soin est alors celui d'un intervenant de seconde ligne où le patient est référé au physiothérapeute par un médecin urgentologue. Le rôle du physiothérapeute est alors d'évaluer le patient, de le conseiller sur la gestion de sa pathologie et de sa douleur (protection, apprentissage de l'utilisation des aides techniques, posture et mouvements antalgiques), de lui enseigner les exercices adéquats et enfin, le cas échéant, de participer à la continuité des soins en réadaptation (participation à la demande de référence en services d'orthopédie ou en centre de réadaptation par exemple). De nombreuses études démontrent l'intérêt d'une prise en charge précoce en physiothérapie, à la fois sur l'état fonctionnel amélioré du patient (100, 101), sur le retour plus rapide au travail (102, 103), ou sur la réduction de prise de médicaments antalgiques après le congé du service d'urgences (100). La présence d'un physiothérapeute au sein du service d'urgences a également un effet sur le fonctionnement interne du service. Il a ainsi été montré une diminution du temps d'attente pour les patients (104, 105) mais aussi une augmentation du nombre de références en physiothérapie de la part des urgentologues (106). Les patients expriment une meilleure satisfaction envers les services d'urgence quand il y a présence d'un physiothérapeute en raison d'une prise en charge plus adaptée d'un point de vue du temps alloué, des conseils donnés et de la possibilité à poser des questions. (101, 102, 105, 107, 108). Les physiothérapeutes exerçant en GMF pourraient intervenir précocement selon ce modèle lors des consultations avec ou sans rendez-vous.

Accès direct

À l'image du développement de la pratique des actes infirmiers (prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique stable par les infirmières cliniciennes ou ayant un

maladie chronique instable par les IPSPL), la pratique de la physiothérapie au sein des GMF pourrait être amenée à évoluer afin de faire profiter à la structure de la totalité des compétences du physiothérapeute. En effet, les physiothérapeutes du Québec sont formés afin d'assurer un accès direct à leur profession sans référence médicale pour les pathologies neuro-musculosquelettiques. L'activité suivante est réservée à la physiothérapie : « *évaluer la fonction neuro-musculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique* » (84). Les obligations qu'impose l'accès direct (examen, analyse et planification du plan de traitement) ont été démontrées comme effectuées de manière efficace et sécuritaire par les physiothérapeutes. L'apport de l'accès direct est une diminution du temps d'attente pour être pris en charge, un nombre de traitements diminué, mais aussi un nombre d'exams et d'imageries diminué, tout cela augmentant la satisfaction des usagers du système de soins (109-111). Cette pratique est la norme pour tous les physiothérapeutes exerçant dans les services de première ligne du secteur privé depuis le début des années 90. Les physiothérapeutes travaillant en première ligne peuvent également référer un client, pour lequel ils ont identifié un besoin spécifique, à un médecin spécialiste sans passer par le médecin de famille. Cette mesure a été mise en place afin de favoriser la continuité des soins et services à la population.

La pratique autonome de la physiothérapie permettrait ainsi une facilitation de l'accès aux soins de la population desservie par le GMF. Le physiothérapeute pourrait évaluer directement les patients se présentant aux consultations sans rendez-vous et catégorisés par l'infirmière responsable du triage comme étant atteint d'un trouble neuro-musculosquelettique non urgent. Il est à noter que depuis novembre 2017, le Collège des Médecins du Québec a autorisé les physiothérapeutes, exerçant dans le public comme dans le privé, à prescrire des radiographies pour les patients ayant un traumatisme en phase aigüe. Les physiothérapeutes sont aptes et habilités à évaluer et prendre en charge les patients atteints de troubles neuro-musculosquelettiques non urgents dans d'autres milieux (84). Le médecin de famille, déchargé d'une part de la clientèle aurait l'opportunité d'examiner des patients atteints d'autres pathologies, permettant ainsi d'augmenter le nombre de consultations quotidiennes (112-114).

Suivi des patients atteints de troubles musculosquelettiques chroniques

Les physiothérapeutes ont démontré leurs capacités à effectuer l'évaluation régulière du patient (115). Il est également de leurs compétences de prescrire des exercices et activités physiques nécessaires (84). La prise en charge de patients atteints de troubles musculosquelettiques chroniques par les physiothérapeutes a été démontrée comme sûre, économique et efficace (9, 75, 76). La physiothérapie permet notamment de diminuer les douleurs des patients (visible notamment par une diminution de prise de médicaments analgésiques) et d'améliorer la qualité de vie des patients (76). Les patients sont ainsi plus aptes à effectuer les actes de la vie quotidienne, à se déplacer et à garder une vie sociale adéquate. En plus de retarder le recours à la chirurgie, l'ensemble de ces améliorations physiques a un impact indirect sur l'état de santé global du patient. L'atténuation de la douleur, voire la sortie du cercle vicieux de la douleur, a un impact favorable sur l'humeur. L'augmentation des capacités physiques du patient lui permettent de diminuer les risques de récurrence ainsi que de diminuer les facteurs de risque de nombreuses autres maladies chroniques (sédentarité, hygiène de vie et hypertension artérielle notamment) (116). La physiothérapie a donc un impact favorable sur cette clientèle et la prise en charge via des traitements conservateurs a été démontrée comme bénéfique. Lors de l'intégration des physiothérapeutes au sein de GMF, il pourrait être envisageable d'établir des protocoles de prise en charge des patients atteints de troubles musculosquelettiques chroniques stables, à l'image de ceux établis pour les infirmières cliniciennes pour certaines maladies chroniques. En cas de modification importante de l'état de santé du patient, le physiothérapeute pourrait référer le patient au médecin de famille afin d'effectuer les tests et imageries nécessaires et/ou au pharmacien afin d'adapter sa médication. Rendre le physiothérapeute responsable des patients atteints de troubles musculosquelettiques chroniques stables permettrait donc d'améliorer l'offre de soins pour le patient tout en améliorant le fonctionnement du service de soins de première ligne.

2.3.3. Évolutions de la pratique de la physiothérapie

À l'image de la pratique nouvelle des IPSPL, des physiothérapeutes exercent aujourd'hui en pratique avancée. Ces physiothérapeutes pratiquent des actes normalement réservés aux médecins seuls. La plupart des physiothérapeutes en pratique avancée (PPA) exercent dans des milieux musculosquelettiques, de première comme de troisième ligne (114). De nombreuses études ont démontré l'aptitude des PPA à effectuer ces actes de manière sécuritaire et au minimum de manière aussi efficace que les médecins. Les PPA ont démontré une concordance excellente avec les médecins et les orthopédistes en matière de diagnostic de troubles musculosquelettiques traumatiques ou chroniques (117-121). Ces études comparatives se sont déroulées aussi bien dans des services d'urgences que dans des services spécialisés d'orthopédie, démontrant donc la qualité de diagnostic des physiothérapeutes à tous les niveaux du système de santé (114).

En plus du droit à l'établissement d'un diagnostic, les PPA ont également le droit de prescrire des examens, imageries ou tests médicaux. Les PPA utilisent ces actes de manière semblable aux médecins, ce qui n'engendre donc pas d'augmentation de coûts de fonctionnement pour le système de santé ou pour le patient (102, 122, 123). Cette nouvelle forme de pratique de la physiothérapie a également des impacts sur l'utilisation faite des ressources de santé, sur le coût de fonctionnement du service qui l'emploie et sur la satisfaction des usagers (101, 105, 118, 124). L'intégration d'un PPA au sein d'un GMF permettrait donc d'améliorer l'efficacité et la qualité de la prise en charge des patients atteints de troubles musculosquelettiques sans augmenter les coûts pour le GMF. Cela déchargerait également les médecins d'une part de leurs consultations libérant ainsi des créneaux afin de recevoir de nouveaux patients (114, 125-127).

Enfin, en tant que porte d'entrée du système de santé, les médecins de famille de GMF sont responsables de référer leurs patients aux orthopédistes en cas de besoin. Il a été montré qu'une part importante des patients référés en orthopédie par les médecins de famille ne sont pas des patients potentiels pour la chirurgie, ce qui a pour effet d'engorger les services d'orthopédie et d'allonger les temps d'attente afin d'obtenir une consultation ou une chirurgie. Les PPA sont aptes à faire le tri entre les patients nécessitant de consulter ou non un orthopédiste (114, 122, 128-130). Un PPA responsable des références aurait donc un impact à la fois sur le fonctionnement du GMF, mais également sur le système hospitalier.

Le développement de la pratique de la physiothérapie dans les GMF est donc une piste d'amélioration des services de soins de première ligne. Au Québec, le GMF-U de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal a choisi d'intégrer un physiothérapeute à son équipe pour répondre au mieux aux besoins de sa clientèle. Comme dans les autres GMF-U du Québec, les médecins de famille du GMF-U de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont étaient confrontés quotidiennement aux besoins grandissants de prise en charge des troubles musculosquelettiques chroniques, mais aussi à des retours des orthopédistes de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont reprochant un taux trop élevé de patients référés non-candidats à la chirurgie. Face à ce constat, le GMF-U a décidé d'inclure un service de physiothérapie à son offre de soins de manière à améliorer la prise en charge et la gestion des patients atteints de troubles musculosquelettiques.

2.4. Le service de physiothérapie du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont

Le GMF-U de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) de Montréal, anciennement UMF Maisonneuve-Rosemont se situe dans les locaux annexes de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, dans le pavillon Rosemont depuis 2014. Le GMF-U HMR est rattaché à l'Université de Montréal pour sa fonction pédagogique. Il comprend des omnipraticiens dont certains possèdent des expertises (VIH, pédiatrie, obstétrique, locomoteur, psychiatrie, soins palliatifs, toxicomanie, mini-chirurgie, dermatologie), des infirmières cliniciennes, des infirmières praticiennes spécialisées (grossesse, diabète, pédiatrie, évaluation cognitive, première ligne), des pharmaciens, des travailleurs sociaux, un sexologue, un psychothérapeute, un agent de recherche, des préposés aux bénéficiaires et des commis et secrétaires (131). Dans le cadre de leurs formations, des étudiants en acupuncture interviennent occasionnellement en proposant des séances à prix réduits. Ces étudiants travaillent sans référence médicale et leurs soins sont accessibles à tous.

Le GMF-U HMR se trouve sur le territoire du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et à ce titre, s'adresse à une population parmi les plus démunies de Montréal (132). La clientèle du GMF-U HMR comprend principalement diverses communautés culturelles, des nouveaux

arrivants, de nombreuses femmes enceintes et des patients vulnérables (131). Sur le territoire du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, le taux d'inscription de la population auprès d'un médecin de famille est faible (64%) et bien inférieur au reste de la population montréalaise. Le service d'urgence d'HMR, bien que dernièrement modernisé, reste parmi les plus fréquentés. Le MSSS estime que 43% des patients consultant aux urgences de HMR sont catégorisés en quatrième ou cinquième niveaux de priorité, ce qui signifie qu'ils pourraient être traités par des services non spécialisés en soins d'urgences. Le GMF-U HMR relève donc d'une importance locale d'accès aux soins pour tous vis-à-vis de la population locale (132).

Le service de physiothérapie du GMF-U HMR a été débuté ses fonctions en janvier 2015. Depuis, il emploie un physiothérapeute quinze heures par semaine. Le physiothérapeute travaille uniquement sous référence et par cela ne s'adresse qu'à des patients inscrits auprès du GMF-U. Bien que principalement recruté pour son expertise dans le champ musculosquelettique, aucun critère spécifique de référence n'a été établi. Les médecins ont donc la liberté de référer au physiothérapeute tous les patients dont la pathologie relève du domaine de compétence de la physiothérapie (84). Le physiothérapeute est libre de sa pratique, le médecin ne précisant sur la référence que le diagnostic médical de la pathologie. Le physiothérapeute base ensuite sa prise en charge sur les résultats de son évaluation (133). La prise en charge en physiothérapie faisant partie de l'offre de soins du GMF-U HMR, le coût des séances pour le patient est nul. Le physiothérapeute est salarié du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et rattaché à l'autorité du GMF-U HMR. Les patients en attente de prise en charge en physiothérapie sont placés sur une liste d'attente dont aucun document officiel du GMF-U HMR n'a été retrouvé quant à son fonctionnement, notamment de critères de priorisation pourtant utilisés.

Depuis sa création, deux physiothérapeutes ont exercé au GMF-U HMR. Le premier physiothérapeute a exercé de janvier à septembre 2015 alors que le second physiothérapeute a débuté en janvier 2016 et est toujours en poste à ce jour. Il y a donc eu une période de 4 mois sans physiothérapeute au sein du GMF-U HMR. Durant cette période d'absence de pratique de la physiothérapie, les patients alors placés sur liste d'attente ont été invités à se tourner vers d'autres services de physiothérapie, publics ou privés. En janvier 2016 lors de l'entrée en fonction du 2^{ème} physiothérapeute au sein du GMF-U HMR, il n'y avait plus de liste d'attente pour le service de physiothérapie. Les patients qui n'avaient pas pu être traités en dehors du

GMF-U durant la période de vacance ont dû être référés à nouveau en physiothérapie par leurs médecins de famille si nécessaire.

Le premier physiothérapeute a participé à la création du poste en étant intégré aux discussions de mise en place du service de physiothérapie avant sa prise de fonction (septembre à décembre 2014). Il est notamment intervenu sur la mise en place de critères de priorisation des patients, sur le fonctionnement de prise de rendez-vous, mais également sur des aspects logistiques tels que l'achat de matériel spécifique à la pratique de la physiothérapie. Il s'agissait de son premier lieu d'exercice clinique, étant récemment diplômé. Le second physiothérapeute présentait une expérience professionnelle de trois années au moment de son entrée en fonction. Il avait une expérience en milieu privé durant laquelle il avait suivi différentes formations complémentaires notamment un cursus en thérapie manuelle de l'Association Québécoise de Physiothérapie Manuelle Orthopédique (AQPMO).

Le service de physiothérapie se trouve au sein même des locaux du GMF-U HMR. À ce titre, il emploie les services du même secrétariat que le reste du GMF-U. Il dispose d'une salle d'attente et d'une salle de consultation. Cette dernière correspond à un local de consultation médicale et comprend donc un bureau équipé en informatique ainsi que d'une table de consultation. L'espace disponible ne permet pas l'apport de matériel supplémentaire. Le physiothérapeute a accès comme tout employé du GMF-U HMR aux dossiers des patients, informatisés depuis l'été 2016. Il est de sa responsabilité telle que définie par l'OPPQ de tenir à jour le dossier du patient (134, 135) en basant sa prise en charge sur les résultats d'une évaluation en physiothérapie, prévue sur un créneau horaire d'une heure. Le physiothérapeute analyse ensuite les résultats de l'évaluation afin d'établir un diagnostic en physiothérapie et un plan de traitement. Celui-ci sera validé par le patient et mis en pratique au cours de séances de physiothérapie d'une durée de 45 minutes chacune. Le dossier patient du physiothérapeute est inclus au dossier général du patient et donc consultable par tout membre du personnel autorisé.

Le service de physiothérapie du GMF-U HMR tend à suivre les directives de développement des GMF voulu par le MSSS. En effet, le GMF-U HMR accueillant des étudiants en médecine et des IPSPL en formation, et ayant une volonté affirmée de formation à la pratique interdisciplinaire (131), le physiothérapeute est amené à participer à des activités d'enseignement et d'information sur la physiothérapie à ces étudiants. Une meilleure connaissance des compétences des physiothérapeutes de la part de futurs référents aura pour

effet souhaité une meilleure qualité des références (référence plus rapide après les premiers symptômes, diversification des pathologies permettant une population prise en charge plus large) mais également une meilleure prise en charge des patients par un meilleur travail interdisciplinaire.

À ce jour, alors que le nombre de GMF continue de progresser, aucune donnée officielle n'existe sur la pratique de la physiothérapie au sein des GMF, qu'il s'agisse du nombre de services de physiothérapie existant, des clientèles ayant accès à ces soins ou bien encore le type de pratique exercé dans ces GMF. Le service de physiothérapie du GMF-U HMR a donc servi d'exemple afin d'aider les gestionnaires de GMF à travers le Québec qui souhaitent intégrer des physiothérapeutes au sein de leurs équipes à définir le cadre de travail du physiothérapeute. L'étude présentée dans ce mémoire visait donc à établir un portrait de la pratique de la physiothérapie au sein d'un GMF québécois.

Chapitre 3. Objectifs

L'objectif général du mémoire était d'évaluer un nouveau modèle de pratique de la physiothérapie en première ligne pour les patients souffrant de pathologies musculosquelettiques.

Les objectifs spécifiques étaient de :

- 1) Décrire le type de clientèle pris en charge par le physiothérapeute dans ce nouveau modèle de soins.
- 2) Décrire le nouveau modèle incluant le physiothérapeute dans les soins de première ligne dans un GMF-U pour les patients présentant des troubles musculosquelettiques.
- 3) Dans un échantillon de patients, décrire le type de soins prodigués par le médecin et le physiothérapeute, les interactions entre le médecin et le physiothérapeute, et évaluer l'évolution de la douleur, de la fonction et de la qualité de vie de patients souffrants de troubles musculosquelettiques
- 4) Dans un échantillon de patients, évaluer la satisfaction des participants vis-à-vis du physiothérapeute dans ce modèle de soins.
- 5) Dans un échantillon de patients, évaluer la perception des participants vis-à-vis de l'efficacité de l'équipe soignante à effectuer une prise en charge interdisciplinaire.

Chapitre 4. Méthodologie

Cette section présente la méthodologie utilisée afin de répondre aux objectifs et hypothèses présentés dans le chapitre précédent. Afin de répondre à ces questions de recherche, l'étude a été scindée en deux projets. Dans un premier projet, une étude de dossiers (étude rétrospective) a été réalisée afin de décrire la clientèle du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont (GMF-U HMR) ainsi que la pratique de la physiothérapie dans ce service (objectifs 1 et 2). La deuxième étude de type prospective visait à mesurer l'impact des soins de physiothérapie au sein du GMF-U HMR sur la qualité de vie et sur les capacités fonctionnelles des patients (objectif 3). Cette seconde étude visait également à évaluer le degré de satisfaction des usagers du service de physiothérapie du GMF-U HMR envers le service de physiothérapie et envers le GMF-U HMR (objectifs 4 et 5).

4.1. Étude rétrospective-Revue de dossier

L'objectif de cette étude est la description de la clientèle du nouveau service de physiothérapie au sein du GMF-U et de son fonctionnement. Pour cela, l'ensemble des informations permettant de décrire la clientèle ainsi que leur parcours de soins au sein du GMF-U HMR ont été colligées.

4.1.1. Type d'étude

Cette étude rétrospective se basait sur une revue de dossiers médicaux du GMF-U de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal (Québec, Canada).

4.1.2. Population à l'étude

La population à l'étude correspondait à l'ensemble des patients ayant reçu des soins de physiothérapie au sein du GMF-U entre janvier 2015, date d'ouverture du service de physiothérapie et mai 2016, date de mise en place progressive des dossiers informatisés des patients.

Les dossiers de tous les patients ayant consulté le physiothérapeute du GMF-U HMR entre janvier 2015 et mai 2016 ont été consultés. Les dossiers qui étaient incomplets (référence médicale introuvable ou absence de compte rendu de consultation médicale ou en physiothérapie) ont été exclus de l'analyse. De même, les dossiers des patients ayant participé à une étude de recherche se déroulant durant cette période au sein du GMF-U HMR ont été exclus, car leur participation avait pu modifier leur parcours de soins. Aucun critère d'exclusion en lien avec le type de pathologie (atteinte neurologique, cardiorespiratoire, pédiatrique, musculosquelettique, vestibulaire ou gériatrique) n'a été appliqué.

4.1.3. Collecte des données

Une collecte standardisée a été effectuée à partir des dossiers médicaux inclus, avec collecte des données sociodémographiques, cliniques et les détails de la prise en charge médicale et en physiothérapie. La collecte a été réalisée par l'étudiant (Thibault JULIEN) et l'évaluateur utilisait un formulaire standardisé (annexe 2) pour la revue des dossiers médicaux.

4.1.4. Variables collectées

Données sociodémographiques

Afin de décrire les caractéristiques des patients pris en charge en physiothérapie, les informations suivantes ont été relevées : l'âge, le sexe et le code postal du lieu de résidence principale.

En vue d'analyser l'effet du lieu de résidence, l'indice de défavorisation québécois a par ailleurs été défini à l'aide du code postal du lieu de résidence des participants, comme établi par le MSSS. Cet indice a été développé par le gouvernement du Québec afin de décrire les populations desservies à la fois par les organismes de santé, mais également par les services scolaires et sociaux. Il est notamment utilisé afin d'étudier la population desservie par les GMF. Selon Townsend (136), la défavorisation correspond à « *un état observable et démontrable de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille et le groupe* ». Le désavantage peut prendre deux formes, l'une matérielle, l'autre sociale. Alors que la forme matérielle reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante, la forme sociale renvoie à la fragilité du réseau social, et ce, du

noyau familial jusqu'à la communauté. Les indicateurs entrant dans la construction de l'indice ont été choisis pour leurs relations connues avec un grand nombre de problèmes de santé et disponibles pour des régions géographiques les plus petites possible. On parle ici « d'aire de diffusion » qui est définie comme la plus petite région géographique normalisée pour laquelle toutes les données du recensement canadien de 2001 sont diffusées et qui regroupe en moyenne 632 personnes au recensement de 2001 (137). La composante matérielle de l'indice de défavorisation regroupe principalement des indicateurs de scolarité, d'emploi et de revenu; tandis que la composante sociale témoigne davantage de la structure familiale (proportion de familles monoparentales et de personnes vivant seules).

Données cliniques

Les comorbidités des patients ont été collectées au sein de la section « Antécédents » du dossier médical et répertoriées selon l'indice de Charlson (51). Cet indice permet de pondérer les risques relatifs de mortalité de 19 classes de pathologies. La forme modifiée de cet indice a été utilisée, car elle est transposable aux troubles musculosquelettiques, en incluant une pondération liée à l'âge et avec un facteur prédictif à 10 ans.

La présence d'autres pathologies pouvant avoir un impact sur la prise en charge en physiothérapie (tolérance à l'effort, observance au traitement ou compréhension des consignes) a été collectée au sein de la section « Antécédents ». Ces pathologies ont été répertoriées en « Obésité » et « Troubles de santé mentale ». Les troubles de santé mentale sont définis comme des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne, et qui lui causent de la détresse ou de la souffrance (138). La catégorie « Troubles de santé mentale » englobe donc les troubles anxieux (phobies, troubles d'anxiété généralisée et les troubles paniques), les troubles de la personnalité limite, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles de l'humeur (dépression et troubles bipolaires), les troubles psychotiques et les troubles de stress post-traumatique. Ces pathologies sont notées au dossier du patient de manière systématique et le GMF-U HMR propose un suivi spécifique pour chacune de ces pathologies.

Pour les patients dont la date de diagnostic concernant la pathologie nécessitant les soins en physiothérapie différait de la date de référence en physiothérapie, cette date de diagnostic initial était relevée dans la section « Antécédents » du dossier médical.

Détails de la prise en charge médicale et en physiothérapie

La liste des consultations médicales a permis de relever les informations nécessaires à la description de l'évaluation médicale et de l'ensemble de la prise en charge par l'équipe médicale du GMF-U HMR. La consultation médicale durant laquelle avait lieu la référence en physiothérapie a été considérée comme « temps zéro » dans la prise en charge multidisciplinaire conjointe. Le diagnostic médical de la pathologie nécessitant une référence en physiothérapie, la localisation de cette pathologie, les tests diagnostiques, les prescriptions de médicaments et d'aides techniques, ainsi que les références à d'autres spécialistes médicaux ou professionnels de santé étaient collectées. Chacune de ces variables a été relevée de manière distincte pour chacune des consultations médicales ayant pu avoir lieu à la suite de la référence en physiothérapie, et ce jusqu'au congé du service de physiothérapie. La description la plus détaillée de l'ensemble de la prise en charge médicale au sein du GMF-U HMR était ainsi recherchée.

Les notes d'évaluation et de traitement en physiothérapie ont également été consultées afin de décrire les caractéristiques de la prise en charge en physiothérapie. Le temps d'attente (différence en jours entre la date de référence et la date de l'entrevue pour évaluation en physiothérapie), le nombre de consultations et la durée totale de prise en charge ont été relevés. Les consultations ont été divisées en « évaluation » et en « traitement ». Les actes de physiothérapie prodigués ont été recueillis pour chaque consultation et ont été catégorisés en prescription d'exercices à domicile, acte de physiothérapie manuelle (thérapie manuelle, étirements et mobilisations) ou passive (électrothérapie, thermothérapie, taping). L'éducation thérapeutique a été catégorisée en fonction du sujet abordé (sur la pathologie, sur l'autogestion de la pathologie et autres). La dernière catégorie incluait tous les sujets connexes à la prise en charge en physiothérapie et comprenait par exemple les conseils sur l'hygiène de vie (diète,

tabac, sport) et les conseils sur la pertinence ou non de certaines thérapies (massothérapie, chiropraxie, usage de médication en vente libre).

Les interactions interprofessionnelles entre le physiothérapeute et les autres membres de l'équipe médicale ont également été recueillies. Seules les interactions consignées au dossier et concernant la pathologie d'inclusion ont été relevées. L'émetteur de la communication, le destinataire et la présence de réponse ont été recueillis.

4.1.5. Analyse des données et statistiques

Les informations colligées dans le cadre de cette étude rétrospective ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives. Les caractéristiques démographiques, socio-économiques et cliniques sont présentées par des moyennes, d'écart-types et des pourcentages.

4.2. Étude prospective

4.2.1. Type d'étude

Cette étude prospective était une étude observationnelle. Une cohorte de participants volontaires a été recrutée avant leur première consultation en physiothérapie au GMF-U HMR et interrogée à l'aide de questionnaires autorapportés. Ces mêmes questionnaires ont été utilisés trois mois après cette première entrevue afin de mesurer l'évolution de l'état des patients.

4.2.2. Recrutement

Les participants à cette étude ont été recrutés au sein du GMF-U de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal (Québec, Canada). Les participants devaient répondre aux critères d'inclusion suivants : 1) être référé pour une nouvelle consultation en physiothérapie par l'un des membres du personnel du GMF-U HMR; 2) être référé pour un trouble musculosquelettique; 3) être âgé d'au moins 18 ans; 4) être résident du Québec et à ce titre bénéficier de la Régie de l'Assurance Maladie du Québec; 5) lire et écrire le français et enfin 6) être légalement apte à participer à cette étude. Les patients ayant déjà été suivis par le

physiothérapeute dans le passé ont été exclus de l'étude, ainsi que ceux dont le diagnostic initial du médecin ou du physiothérapeute excluait l'origine musculosquelettique du trouble. Les incapacités liées aux diastases abdominales chez la femme post-partum n'étant pas incluses dans les questionnaires autorapportés préalablement choisis, ces patientes ont été exclues. Une maîtrise insuffisante du français était également considérée comme critère d'exclusion, car pouvant impacter la qualité du remplissage des questionnaires autorapportés.

Les participants potentiels ont été identifiés à partir des nouvelles références reçues par le physiothérapeute du GMF-U HMR. Lors de l'appel téléphonique pour la prise de rendez-vous initial en physiothérapie entre le 1^{er} octobre 2016 et le 10 juin 2017, une présentation sommaire de l'étude était réalisée par un membre du secrétariat du GMF-U. Les patients exprimant un intérêt pour l'étude étaient rappelés par la suite par un membre de l'équipe de recherche. Celui-ci effectuait une présentation plus détaillée de l'étude et vérifiait les critères d'éligibilité. En cas d'accord verbal du patient, un rendez-vous était fixé avant l'entrevue initiale en physiothérapie. Lors de cet entretien, le participant devait réviser le formulaire d'information de l'étude avant de consentir à participer, en signant le formulaire spécifique de consentement.

4.2.3. Déroulement de l'étude et collecte de données

Déroulement de l'étude

La procédure de recrutement visait à masquer au physiothérapeute au maximum la participation à l'étude de ses patients. La seule présence du membre du personnel de recherche au sein du service de physiothérapie étant un indice de recrutement, nous ne pouvons pas parler ici d'aveuglement des intervenants. Néanmoins, l'inclusion à l'étude ne modifiait en rien le parcours de soins que l'état de santé du participant nécessitait, tant d'un point de vue médical que physiothérapique.

Au préalable de la consultation en physiothérapie se déroulait l'entretien initial durant lequel le participant répondait à des questionnaires autorapportés. Le participant était ensuite reconduit en salle d'attente du service de physiothérapie afin d'obtenir sa première consultation en physiothérapie. À la sortie de cette consultation en physiothérapie, le participant était invité à indiquer son degré de satisfaction en rapport à cette première consultation.

Trois mois après l'entretien initial, que les soins en physiothérapie soient terminés ou non, se déroulait l'entretien final. À la suite de cet entretien final, un membre de l'équipe de recherche (Thibault JULIEN) effectuait une revue du dossier médical du participant afin de collecter les informations concernant les modalités de la prise en charge médicale et physiothérapique. Depuis septembre 2016, l'ensemble des dossiers médicaux sont consultables via un service informatique regroupant les comptes rendus de consultations par spécialité, les dates de rendez-vous et les rendez-vous manqués, mais aussi l'ensemble des résultats de tests et analyses, ainsi qu'un service de messagerie automatisé spécifique à chaque patient (courriels).

Collecte des données

La collecte de données a été réalisée électroniquement à l'aide d'une tablette électronique via la base de données électronique SurveyMonkey®. SurveyMonkey Inc.® (Portland, États-Unis) (www.surveymonkey.com) est une plate-forme d'enquête en ligne. Cette plate-forme a été utilisée pour construire les questionnaires et formulaires de collecte de données. L'équipe de recherche possède un compte payant, ce qui donne une option de sécurité avancée (Secure Socket Layer (SSL) encryption). SurveyMonkey® affiche sur son site internet une politique de vie privée et une déclaration de sécurité approfondie. Cette plate-forme est largement utilisée par les différentes organisations de recherches universitaires.

4.2.4. Variables d'intérêt

Nous avons défini des variables « dépendantes » qui étaient collectées lors de l'entretien initial, à la sortie de la première consultation en physiothérapie et lors de l'entretien final. Ces variables correspondaient à des mesures pré/post-intervention en physiothérapie et visaient à décrire les effets de la prise en charge par le physiothérapeute au sein du GMF-U HMR sur les bénéficiaires. Nous avons par ailleurs défini des variables « indépendantes » qui visaient à décrire les caractéristiques de la population prise en charge ainsi que les modalités de prise en charge médicale et en physiothérapie.

Variables dépendantes

- *Qualité de vie et santé perçues*

Afin de mesurer la qualité de vie liée à l'état de santé, les participants remplissaient le questionnaire *Medical Outcomes Study Short Form 36* version n°2 (SF-36v2) (Annexe 5). Le questionnaire comprend 36 questions, réparties en neuf sous-domaines, permettant d'obtenir un score spécifique pour chacun des domaines (note ramenée sur 100 pour chaque domaine). Une pondération spécifique de chacun des scores des sous-domaines a permis de calculer les deux scores globaux : un score physique et un score mental (139). Ce questionnaire est très répandu et utilisé avec toutes sortes de populations, saines ou avec pathologie, y compris musculosquelettiques (140-143). Il a été validé auprès de populations souffrant de troubles musculosquelettiques (144, 145) et présente une bonne fidélité (coefficient de corrélation intraclasse test-retest compris entre 0,74 et 0,85) (146).

- *Incapacités en lien avec la pathologie d'inclusion*

Afin d'évaluer les incapacités en lien avec les troubles musculosquelettiques, les participants ont rempli différents questionnaires autorapportés. Les participants étaient invités à renseigner la localisation de leurs symptômes. Le questionnaire correspondant était automatiquement proposé au participant. Les incapacités étaient évaluées par des questionnaires spécifiques à chaque région du corps atteinte. Ainsi, quatre questionnaires pouvaient être utilisés : le *Neck Disability Index* (NDI) pour les troubles du rachis cervical, l'*OSWESTRY Disability Index* (ODI) pour les troubles de la région lombaire, le *Disability of the Arm, Shoulder and Hand questionnaire* (DASH) pour les troubles du membre supérieur et le *Lower Extremity Functional Scale* (LEFS) pour les troubles des membres inférieurs. Dans les cas de troubles musculosquelettiques multiples, les participants étaient invités à remplir le questionnaire correspondant à chacune des régions atteintes. Chacun de ces questionnaires est gratuit, rapide à compléter (moins de 5 minutes par questionnaire) et a été validé dans sa version française auprès de patients souffrant de troubles musculosquelettiques (147-150).

Le NDI (Annexe 6) est un questionnaire autorapporté qui comprend dix questions visant à évaluer l'impact des troubles cervicaux sur la vie quotidienne, telles que les soins personnels, le travail, la conduite, ou la concentration. Pour chaque question, six réponses sont possibles, cotées de 0 (aucune difficulté) à 5 (difficulté extrême), permettant ainsi d'attribuer un score compris entre 0 et 50, mais qui est généralement rapporté à un score sur 100. Un score élevé indique un haut niveau d'incapacités. L'utilisation de ce questionnaire a été validée pour différentes pathologies de la région cervicale (151-153). L'erreur type de la mesure (SEM) a été décrite entre 3 et 8.4 %. Le coefficient de corrélation intraclasse (CCI) pour la fidélité test-retest est compris entre 0,73 et 0,95 (154). La DMCI est comprise entre 7 et 19 % selon le type de pathologie (152, 155).

L'ODI est un questionnaire qui évalue la sévérité de la douleur et des incapacités de la région lombaire (Annexe 7). Il est constitué de 10 questions, comprenant un choix de 6 réponses possibles, cotées de 0 (pas de difficulté) à 5 (difficulté extrême). On obtient ainsi un score compris entre 0 et 50 rapporté en pourcentage, un score élevé indiquant un haut niveau d'incapacités. Ce questionnaire a été validé pour diverses pathologies lombaires (lombalgies aiguës/chroniques, scolioses, ou sciatalgies) (156-158). Le SEM est compris entre 3.5 et 4.2 selon la population étudiée. Le CCI pour la fidélité test-retest est compris entre 0,83 et 0,99 selon les études. La DMCI est de 10 points (159).

Le DASH est un questionnaire régional visant à évaluer la douleur et les incapacités au membre supérieur (Annexe 8). Il est constitué de 30 questions, comprenant chacune 5 réponses possibles, cotées de 1 (pas de difficulté) à 5 (incapacité complète). Un score sur 100 est obtenu à l'aide d'un calcul simple. Un score élevé indique un haut degré d'incapacité. Le questionnaire a été validé auprès de populations souffrant de troubles touchant les différentes articulations du membre supérieur et de différentes pathologies musculosquelettiques (160, 161). Le CCI pour la fidélité test-retest est au minimum de 0,91 (162, 163) et le DMCI de 10% (163, 164).

Le LEFS est un questionnaire qui évalue les incapacités au membre inférieur (Annexe 9). Il est constitué de 20 questions, chacune comprenant 5 possibilités de réponses (de 0 à 4). Il permet d'obtenir un score compris entre 0 et 80, un score élevé indiquant un haut degré d'incapacité. Le questionnaire a été validé auprès de populations atteintes de troubles musculosquelettiques aigus (fractures diverses du membre inférieur, entorses du genou et de la cheville (165, 166)) et chroniques (ostéoarthrose (167, 168)), mais également pour des troubles

neurologiques ayant un impact sur le membre inférieur (169). Ce questionnaire présente un CCI test-retest compris entre 0,88 et 0,97 (170, 171) et un MCID de 9 points, soit 11% du score total (170).

- *Satisfaction vis-à-vis du système de soins*

À la suite de leur première entrevue en physiothérapie, les participants étaient invités à remplir un questionnaire de satisfaction, la version modifiée du *9-item Visit Specific Satisfaction Questionnaire* (VSQ-9) (Annexe 10). Ce questionnaire autoadministré est utilisé pour mesurer l'expérience ressentie par les usagers des systèmes de soins lors d'une seule consultation. Le questionnaire, constitué de neuf questions, est subdivisé en trois catégories : la satisfaction envers le système de santé, la satisfaction de l'interaction avec le praticien et la satisfaction envers les soins reçus. Ce questionnaire a été validé auprès de populations souffrant de troubles musculosquelettiques et présente une excellente fidélité (CCI test-retest = 0,95) (172). Ce questionnaire est fréquemment utilisé afin d'évaluer la satisfaction d'usagers lors d'une entrevue unique (évaluation initiale, tant médicale que paramédicale) (118, 173).

Lors de l'entretien final, le niveau de satisfaction du participant envers le service de physiothérapie était mesuré. Des questionnaires mettant l'emphase sur l'ensemble du processus de soins ont été utilisés, afin de mesurer la satisfaction envers l'ensemble des séances de physiothérapie, mais aussi sur la perception du patient du travail d'équipe au sein du GMF-U HMR. Le questionnaire VSQ-9 mesurant la satisfaction des usagers lors d'une unique entrevue, ce questionnaire ne couvrait pas l'ensemble des variables recherchées ici. Le participant remplissait donc le *MedRisk Questionnaire* (Annexe 11). Ce questionnaire autorapporté de douze questions porte sur trois grands domaines : le service de santé, l'interaction avec le praticien et les soins. Chaque question est cotée de 1 à 5 permettant d'obtenir un score global sur 100, un score élevé correspondant à un haut degré de satisfaction. Ce questionnaire a été validé auprès d'usagers de services de physiothérapie et présente une bonne fidélité (174, 175). Ce questionnaire est principalement utilisé afin d'évaluer la satisfaction d'usagers de services de physiothérapie. La version anglaise a été utilisée dans différents pays (Royaume-Uni, Australie, Inde) (176-178) et a été traduite dans différentes langues (179, 180). Une traduction

aller-retour a été effectuée par l'équipe de recherche. Deux traducteurs ont réalisé la traduction anglo-française et leurs versions respectives ont chacune été traduites du français à l'anglais par deux autres membres de l'équipe de recherche. Ces versions anglaises étaient ensuite comparées à la version anglaise d'origine. En cas de différence entre ces versions, un consensus a été trouvé par l'ensemble des traducteurs. Les résultats de ces deux questionnaires sont présentés à l'aide d'un score sur 100 tel qu'usuellement présenté.

Afin de connaître la perception des participants du travail interdisciplinaire au sein du GMF-U, les participants étaient invités à remplir un questionnaire visant à connaître leur perception de l'efficacité de l'équipe de soins. Le « *Questionnaire pour les patients/proches : Perceptions de l'efficacité de l'équipe de soins* » dit questionnaire RRISIQ, porte notamment sur la perception de l'efficacité des équipes de soins dans le processus de soins et dans les résultats de soins (Annexe 12). Ce questionnaire a déjà été utilisé dans différents secteurs de soins (61), de deuxième comme de première ligne, dont le GMF-U HMR (181). Les résultats obtenus sont présentés selon deux grandes dimensions, « le processus de soins » composé de dix-sept questions et permettant une subdivision en dix thèmes; et « les résultats des soins » composé de six questions. Les vingt questions restantes sont des questions administratives, sociodémographiques ou cliniques permettant des analyses secondaires, mais non utilisées ici, car redondantes avec d'autres questionnaires. Chaque question est notée de zéro à six, zéro correspondant à un désaccord complet tandis que le score maximal correspondant à un accord complet. Les thèmes correspondent à la somme d'une à quatre questions, mais sont présentés à l'aide d'un score sur six. Il en est de même pour les scores globaux des deux dimensions.

Variables indépendantes

- *Données générales démographiques, socio-économiques, anthropométriques et cliniques*

Un questionnaire sociodémographique autorapporté a permis de recueillir le sexe, l'âge et le code postal de résidence des participants (annexe 4). Le code postal était par la suite couplé à l'indice canadien de défavorisation matérielle et sociale (137, 182) de manière à connaître les conditions de vie des participants, tel que décrit par Statistiques Canada (conditions de vie matériellement et/ou socialement plus ou moins favorables que la moyenne nationale). Le statut

matrimonial (célibataire, marié, veuf/veuve), le dernier niveau d'étude complété (secondaire, collégial, universitaire de 1^{er} ou 2^e cycle), le statut professionnel (en emploi, sans emploi, retraité ou étudiant) ainsi que les revenus annuels personnels et familiaux déclarés avant impôts étaient également rapportés par les participants dans ce questionnaire. Le poids et la taille étaient mesurés par l'évaluateur afin de calculer l'indice de masse corporelle. Les participants étaient catégorisés en fonction de leurs indices de masse corporelle en quatre catégories (poids insuffisant, en santé, embonpoint et obèse) tel que prescrit par l'OMS et l'International Obesity Task Force (183-185).

Le participant était invité à déclarer la présence de pathologies associées parmi une liste de 19 pathologies (annexe 4), ce qui a permis de calculer par la suite le score de comorbidités établies par Charlson (51). Cette liste de pathologies a été complétée par les données du dossier médical du participant. L'inscription au dossier d'un trouble de santé mentale, d'obésité ou d'une fibromyalgie était par ailleurs collectée afin d'étudier leurs influences sur les soins en physiothérapie en termes de nombre de séances, de sévérité des atteintes musculosquelettiques associées et de processus des soins.

La durée des symptômes au moment de la référence en physiothérapie a été mesurée et catégorisée selon les catégories suivantes : « Symptômes depuis moins de trois mois », « Symptômes depuis trois à six mois » et « Symptômes depuis plus de six mois ».

- *Prise en charge médicale*

Le dossier médical des participants était consulté pour collecter les informations sur la prise en charge médicale. Le diagnostic médical a été collecté ainsi que l'ensemble du processus qui a permis de poser le diagnostic. Dans ce contexte, les demandes d'avis de spécialistes ont été catégorisées en fonction de la spécialité de l'expert (orthopédiste, physiatre, clinique de la douleur, neurologue et médecin du GMF-U ayant une spécialité en troubles locomoteurs). De même, les demandes d'imagerie (radiographie, imagerie par résonance nucléaire et autres) ont été collectées et catégorisées. L'ensemble des étapes du parcours de soins qui ont découlé de ce diagnostic ont également été collectées. Ainsi, les références à des professionnels de la santé (psychologue, ergothérapeute et orthophoniste) ou à des non-professionnels de la santé (acupuncture, massothérapeute, kinésiologue), la prescription de médicaments (relaxants

musculaires, anti-inflammatoires catégorisés en non stéroïdien et glucocorticoïdes, et antidouleurs catégorisés en analgésiques non morphiniques, morphiniques faibles/mineurs et morphiniques forts/majeurs (50)) et d'aides techniques (aides de marche, orthèses, attelles) ont été recueillies. Afin de décrire au mieux le parcours de soins des participants, tous les comptes rendus de rendez-vous médicaux en lien avec la pathologie d'inclusion ayant eu lieu à la suite de la référence en physiothérapie ont été analysés. Le nombre de rendez-vous a été comptabilisé, et l'ensemble des actes médicaux ayant eu lieu lors de ces rendez-vous ont été collectés et classifiés selon les mêmes catégories présentées préalablement.

- *Prise en charge en physiothérapie*

L'écart en jours entre le moment où a eu lieu la référence en physiothérapie et la première rencontre entre le participant et le physiothérapeute a permis d'établir le temps d'attente du service de physiothérapie.

Les notes au dossier de toutes les séances de physiothérapie ayant eu lieu durant la période de trois mois ont été explorées pour chaque participant. Le nombre de séances et les actes effectués durant celles-ci ont été collectés. Les actes de physiothérapie prodigués ont été recueillis pour chaque consultation et ont été catégorisés en prescription d'exercices à domicile, acte de physiothérapie manuelle (thérapie manuelle, étirements et mobilisations) ou passive (électrothérapie, thermothérapie, taping). L'éducation thérapeutique a été catégorisée en fonction du sujet abordé (sur la pathologie, sur l'autogestion de la pathologie et autres). La dernière catégorie incluait tous les sujets connexes à la prise en charge en physiothérapie et comprenait par exemple les conseils sur l'hygiène de vie (diète, tabac, sport) et les conseils sur la pertinence ou non de certaines thérapies (massothérapie, chiropraxie, usage de médication en vente libre). La fréquence d'utilisation de ces actes a été calculée pour chaque participant.

- *Interactions du physiothérapeute avec l'équipe soignante du GMF-U*

Afin de décrire l'aspect interdisciplinaire de la pratique de la physiothérapie au sein d'un GMF-U, toutes les interactions entre praticiens (c.-à-d. entre le physiothérapeute et les autres membres du GMF-U) ont été recueillies dans le dossier médical des participants durant le suivi.

Ces interactions sont consignées de manière systématique dans le dossier informatique du patient, via un service de messagerie. Il peut s'agir de discussions en cas de problème rencontré par le physiothérapeute dans la prise en charge du participant, d'un besoin d'investigation supplémentaire, d'un besoin de modification du traitement médicamenteux, mais aussi de demandes du médecin qui fait appel à l'expertise du physiothérapeute dans le domaine musculosquelettique.

4.2.5. Analyse des données et statistiques

Taille de l'échantillon à inclure

Le questionnaire SF-36v2 représentait la variable principale du projet, car à l'inverse de l'incapacité pour laquelle quatre questionnaires différents étaient utilisés, l'état de santé perçue était étudié à l'aide d'un unique questionnaire. Ainsi, l'ensemble des participants ont rempli ce questionnaire. Le calcul de la taille de l'échantillon à inclure a donc été basé sur les propriétés du questionnaire SF-36v2.

En supposant une erreur de type I (α) de 0,05, une puissance ($1 - \beta$) de 0,80 et un écart-type au SF-36v2 de 30 (%) (146, 186), un échantillon de 52 sujets était nécessaire pour détecter un changement de 8% dans le SF-36v2. Une variation de 8% du score total au SF-36v2 est considérée comme cliniquement importante (186).

Statistiques descriptives

Des statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les variables dépendantes et indépendantes. Les caractéristiques démographiques, socio-économiques sont présentées à l'aide de tableaux de fréquence, de moyennes et d'écart-types. Les données cliniques en lien avec la prise en charge médicale, la prise en charge en physiothérapie et les communications entre professionnels du GMF-U HMR sont présentées de la même manière. Les moyennes, écart-types et intervalles de confiance à 95% (IC95%) sont présentés pour tous les questionnaires autorapportés.

Les satisfactions des participants envers l'évaluation en physiothérapie (lors de l'entretien initial) et envers le processus de prise en charge en physiothérapie (lors de l'entretien final) sont présentés à l'aide de statistiques descriptives.

Analyses statistiques inférentielles

Les analyses principales visaient à comparer les valeurs des variables dépendantes avant et après l'intervention en physiothérapie au sein du GMF-U HMR. Pour la qualité de vie et santé perçues, les neuf sous-scores et les deux domaines ont été comparés pour l'ensemble des participants. Pour le degré d'incapacité ressenti, les résultats de chacun des questionnaires proposés en fonction des localisations des pathologies d'inclusion ont été comparés selon leurs propres échelles de résultats. La normalité de chaque variable a été vérifiée à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Pour les données qui ne suivaient pas une loi normale, un test de comparaison de rangs de Wilcoxon a été utilisé. Dans le cas contraire, des tests de comparaison de moyennes (tests de t de Student) pour données appariées ont été réalisés. Par ailleurs, les caractéristiques des participants perdus de vue ont été comparées aux participants ayant participé aux deux entretiens avec ces mêmes tests.

Des analyses secondaires ont été conduites pour l'ensemble des sous-scores et les deux domaines du questionnaire SF-36v2, en rapport avec les variables indépendantes. Pour les variables indépendantes de type continu, leur relation avec la différence entre les scores à l'entretien initial et à l'entretien final était testée avec un test de corrélation de Pearson. Pour les variables indépendantes de type catégoriel, un modèle linéaire général pour mesures répétées (entretien initial / entretien final) était utilisé. Des tests post-hoc de comparaison de moyennes pour échantillons indépendants ont été réalisés lorsque nécessaire. Il ne semblait pas pertinent de réaliser ces analyses secondaires pour les scores d'incapacité, considérant les échantillons réduits pour chaque localisation de pathologie.

Par ailleurs, les relations de la différence aux scores du questionnaire SF-36v2 à l'entretien initial et à l'entretien final avec les scores d'incapacité initiale, la satisfaction à la suite de la consultation initiale et la perception d'efficacité des équipes de soins ont été testées avec un test de corrélation de Pearson.

Les scores d'incapacité des participants souffrant de pathologies touchant les cervicales (NDI), les lombaires (ODI) et les membres supérieurs (DASH) sont rapportés sur des scores maximums de 100 alors que les scores d'incapacités des participants souffrant de pathologies des membres inférieurs (LEFS) sont rapportés sur 80. Pour ces analyses secondaires, les résultats à ces quatre questionnaires lors de l'entretien initial ont été normalisés. Pour cela, tous

les scores ont été rapportés sur cent, avec un score de zéro correspondant à une absence d'atteinte fonctionnelle, et un score de 100 correspondant à une incapacité complète.

Le seuil de significativité a été fixé à 5%. Les analyses statistiques ont été effectuées avec SPSS Statistics version 24 (IBM, Chicago, IL).

4.3. Éthique

L'ensemble du projet a reçu l'approbation du Comité d'Éthique de la Recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et une autorisation de consultation de dossier de la part du Directeur des Services Professionnels (DSP) de HMR tel que précisé par l'article 19 de la Loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux (LSSSS). Approbation numéro 2017-337 (Annexe 1)

Les patients ont tous reçu une information complète sur les objectifs de l'étude, son déroulé, ses risques et ont tous signé un formulaire de consentement (Annexe 3)

4.4. Financement

Le projet a été financé par le fonds d'établissement du Dr Desmeules, chercheur boursier FRQ-S junior 1. Thibault JULIEN est soutenu par une bourse de la Fondation HMR.

Chapitre 5. Résultats

5.1. Étude rétrospective- Revue de dossier

5.1.1. Description des patients référés pour des soins de physiothérapie

Durant la période étudiée, les physiothérapeutes ont reçu 126 références (Figure 1). Parmi ces 126 dossiers, 9 dossiers n'ont pu être consultés dans le cadre de cette étude rétrospective pour des raisons administratives (dossiers non disponibles). Il est à noter que durant la période étudiée, le GMF-U HMR travaillait exclusivement sur des dossiers papier, ce qui a pu contribuer à la perte de documents et expliquer l'exclusion de neuf dossiers supplémentaires qui étaient incomplets (absence du formulaire de référence en physiothérapie ou absence d'au moins un compte rendu de consultation médicale ou en physiothérapie). Enfin, 9 dossiers ont été exclus, car les patients avaient été inclus dans une étude se déroulant durant cette période au sein du service de physiothérapie. Ne pouvant avoir accès à l'ensemble des caractéristiques de prise en charge en physiothérapie de ces patients, il a été décidé de les exclure de notre étude. Nous avons donc inclus 99 dossiers de participants.

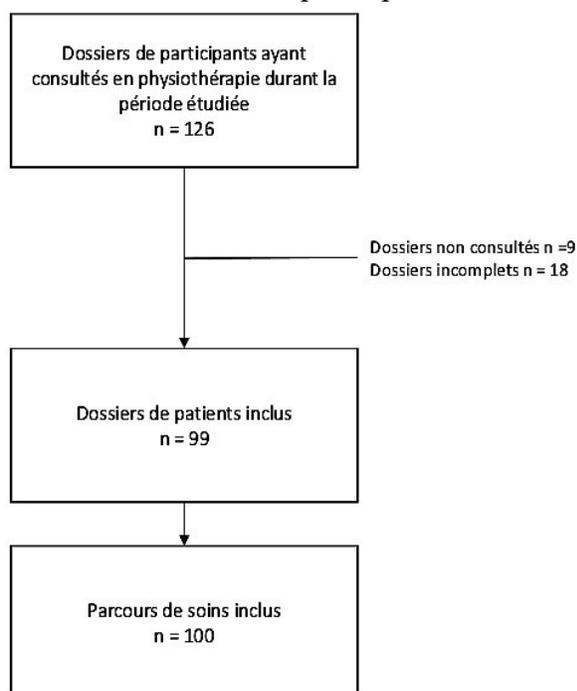


Figure 1: Diagramme d'inclusion de l'étude rétrospective

Durant la période d'étude, un participant a eu deux parcours de soins complets pour deux pathologies distinctes et avec une période de 8 mois entre les deux. Ainsi, l'étude a inclus 99 participants correspondant à 100 parcours de soins.

Les dossiers révisés correspondaient à 71 femmes et 28 hommes. L'âge moyen (écart-type) était de 51,7 (\pm 17,5) ans avec un âge minimum de 14 ans et un âge maximum de 82 ans, la population incluse comprenant quatre patients mineurs (Tableau 1). Soixante-deux participants habitaient dans le territoire du CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal, soit le territoire de rattachement de HMR. Les autres participants résidaient soit sur le reste de l'île de Montréal (n=24), soit en dehors de la ville de Montréal (n=13). L'utilisation du code postal du lieu de résidence combiné à l'indice canadien de défavorisation matérielle et sociale a permis d'extrapoler les conditions de vie des participants. Dix-sept participants vivaient dans des conditions matérielles et sociales égales ou supérieures à la moyenne canadienne. En revanche, 82 participants résidaient dans des zones aux conditions matérielles et sociales inférieures au reste du Québec, dont 30 participants résidaient dans des aires aux conditions à la fois matériellement et socialement plus défavorables que la moyenne du (Tableau 1).

Les participants présentaient un score de comorbidités moyen de 1,00 (\pm 1,04), dont 55 participants sans aucune comorbidité. Néanmoins, d'autres affections peuvent avoir un impact sur la santé du patient, sur sa prise en charge médicale ou sur la compliance du patient aux traitements. En effet, 21 patients étaient désignés comme obèses dans leur dossier médical et 31 patients étaient suivis au GMF-U HMR pour un trouble de santé mentale (Tableau 1).

Tableau 1: Caractéristiques démographiques, socio-économiques et cliniques des patients du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont référés en physiothérapie (n=99).

	n	Moyenne (écart-type)
Âge (années)		51,7 (17,5)
Sexe :		
- Femme	71	
- Homme	28	
Lieu de résidence		
- Territoire du CIUSSS* de l'Est de l'Île de Montréal	62	
- Reste de la ville de Montréal	24	
- Communauté métropolitaine de Montréal	11	
- Autres lieux	2	
Distance entre le lieu de résidence et le GMF-U HMR** (km)		9,93 (18,24)
Profils selon l'index de défavorisation***		
- Conditions matériellement et socialement plus favorables que la moyenne	4	
- Conditions similaires à la moyenne	13	
- Conditions plus défavorables socialement mais pas matériellement	36	
- Conditions plus défavorables matériellement mais pas socialement	12	
- Conditions matériellement et socialement plus défavorables	30	
- Non applicable	4	
Score de comorbidités de Charlson (score 0-37)		
- 0	55	
- 1 à 2	31	
- ≥ 3	13	
Présence de comorbidités spécifiques avec suivi médical		
- Obésité	21	
- Troubles de santé mentale	31	

* CIUSSS = Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux

** GMF-U = Groupe de Médecins de Famille Universitaire

*** Index de défavorisation défini par l'Institut National de Santé Publique du Québec (137)

Les 100 parcours de soins étudiés correspondaient à 112 diagnostics différents, huit participants présentant des pathologies multiples diagnostiquées au cours du même processus de soins. L'ensemble des pathologies référées en physiothérapie durant la période d'étude l'étaient pour une atteinte musculosquelettique. Les physiothérapeutes n'ont pas été sollicités pour des atteintes neurologiques ou cardiorespiratoires. Les diagnostics ont été regroupés par localisation et par type de pathologies (Tableau 2).

Les pathologies du rachis représentaient la moitié des diagnostics alors que l'autre moitié correspondait à des pathologies périphériques. Les pathologies cervicales diagnostiquées étaient peu détaillées, le corps médical n'utilisant que les termes de cervicalgie et de cervico-brachialgie dans les références ; soit treize cervicalgies et trois cervico-brachialgies. Les pathologies lombaires et du tronc avaient des origines multiples. La moitié de ces pathologies était d'origine mécanique (disque intervertébral, articulaire ou osseux) et l'autre moitié avait une origine indéterminée. Les pathologies du membre supérieur concernaient principalement l'épaule, puisqu'on ne retrouve qu'une pathologie du coude (une tendinopathie des épicondyliens) et une pathologie du poignet (perte d'amplitudes des mouvements du poignet après période d'immobilisation pour fracture distale du radius) sur les 32 pathologies du membre supérieur. Au niveau de l'épaule, on retrouve principalement des troubles de la coiffe des rotateurs avec 16 tendinopathies et 3 ruptures transfixiantes. On note également deux diagnostics d'arthrose et sept de capsulite rétractile. Enfin, un diagnostic de troubles de l'épaule correspondait à un problème de contrôle scapulo-huméral d'origine non neurologique et sans signes traumatiques des structures myotendineuses entraînant des douleurs fonctionnelles.

Tableau 2: Types de pathologies par région anatomique chez les patients du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal, référés en physiothérapie entre janvier 2015 et mai 2016 (n =112).

	n
Rachis cervical :	16
- Cervicalgie	13
- Cervico-brachialgie	3
Rachis lombaire et tronc :	32
- Diastase des grands droits	2
- Lombalgie non spécifique	16
- Atteinte discale	5
- Lombosciatalgie	8
- Fracture vertébrale	1
Membre supérieur :	32
Épaule	
- Tendinopathie de la coiffe des rotateurs	16
- Déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs	3
- Arthrose	2
- Capsulite rétractile	7
- Autres pathologies	1
Coude	
- Tendinopathie des épicondyliens	1
Poignet et main :	
- Fracture du radius	1
Membre inférieur :	32
Hanche	
- Tendinopathie/Bursite	4
Genou	
- Gonarthrose	6
- Syndrome fémoro-patellaire	13
- Atteinte méniscale	1
- Atteinte ligamentaire	3
Cheville et pied	
- Entorse latérale	1
- Fractures	1
- Autres pathologies	3

Les pathologies du membre inférieur touchaient principalement le genou. Au niveau de la hanche, aucun trouble d'origine arthrosique n'a été relevé, mais 4 coxalgies ont été notées avec des origines tendineuses et/ou au niveau de la bourse trochantérienne. La majorité des troubles du membre inférieur touchait le genou (23/32). On retrouvait une prédominance des syndromes fémoro-patellaire avec 13 cas. Les gonarthroses uni, bi et tri-compartmentales ont été regroupées, car les dossiers étaient souvent peu précis, le terme de gonarthrose étant généralement simplement utilisé. Les autres atteintes du genou étaient peu présentes avec seulement une atteinte méniscale et 3 atteintes ligamentaires. Au niveau distal du membre inférieur, on retrouve une entorse latérale de la cheville, une perte de mobilité de la cheville à la suite d'une immobilisation pour fracture malléolaire, une tendinopathie de la loge antérieure de la jambe dans un cadre d'altération du patron de marche post-traumatique, un cas d'arthrose sous astragalienne et un trouble du fascia plantaire d'origine génétique (maladie de Ledderhose).

5.1.2. Évaluation et prise en charge médicale des patients référés en physiothérapie

Les 100 parcours de soins des 99 participants ont été étudiés afin de décrire le contexte de référence et les évaluations mises en place pour poser le diagnostic (imageries, test et avis complémentaires de spécialistes demandés) et les traitements qui en découlaient. Près de la moitié des participants ont été référés en physiothérapie par un résident en médecine familiale. Enfin, un des médecins de famille du groupe de médecine familiale avec une spécialisation en locomoteur a référé une part importante de participants si l'on rapporte cela au nombre total de référents au sein du GMF-U HMR et au nombre de patients vus par médecins. Les IPSPL ont également référés sept patients en physiothérapie. Il s'agit ici de patients suivis au GMF-U HMR en soins de deuxième ligne (quatre suivis de grossesses ou post-partum et trois suivis diététiques dans le cadre d'obésité et/ou diabète) (Tableau 3).

Tableau 3 : Professionnel de santé ayant émis la référence en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont (n = 100).

	Total
Résident en médecine familiale	45
Médecin de famille	33
Médecin de famille avec une spécialisation en locomoteur	15
Infirmière praticienne spécialisée de première ligne	7
Total	100

Dans 56 parcours de soins, soit 56% des cas, la référence en physiothérapie a eu lieu dès la première consultation médicale où une plainte du patient a été formulée. Dans huit cas, la référence a été réalisée moins d'un mois après la première consultation. Un écart entre le diagnostic initial et le moment de référence d'un à trois mois a été relevé chez 13 participants, et de trois à six mois chez cinq participants. Enfin, 18 participants avaient été diagnostiqués plus de six mois avant d'être référés en physiothérapie au GMF-U HMR.

Afin de poser ou de confirmer leur diagnostic, les membres du GMF-U HMR ayant réalisés les références en physiothérapie ont eu recours à la radiographie chez 37% des participants et à l'IRM dans 11% des cas. Les autres imageries ont été peu utilisées puisqu'on ne retrouve que deux ostéodensitométries, deux échographies musculosquelettiques et un électromyogramme. Les demandes d'avis complémentaires ont été principalement adressées à des spécialistes musculosquelettiques (n=22) (orthopédistes, physiatres et médecin de famille ayant une spécialité en locomoteur). La demande d'avis complémentaire de spécialistes (n=2) non en lien direct avec le musculosquelettique avait principalement pour objectif d'enlever du tableau clinique, un doute concernant une autre pathologie potentielle (Tableau 4).

Tableau 4 : Évaluation et prise en charge médicale des patients du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont référés en physiothérapie (n=100).

	Total (n = 100)
<u>Demande d'avis complémentaire à un spécialiste:</u>	<u>24</u>
- Spécialiste locomoteur du GMF-U*	13
- Orthopédiste	7
- Physiatre	2
- Clinique de la douleur	1
- Neurochirurgien	1
<u>Tests d'imageries :</u>	<u>53</u>
- Radiographie	37
- IRM	11
- Autres	5
<u>Médicaments :</u>	
Patients ayant reçu un minimum d'une médication au cours de la prise en charge médicale	73
<u>Médication prescrite lors de la consultation médicale où a eu lieu la référence en physiothérapie :</u>	
- Analgésique non morphinique	9
- AINS	14
- Analgésique non morphinique + AINS	32
- Analgésique non morphinique + AINS + Relaxant musculaire	7
- Analgésique morphinique faible	0
- Injection de glucocorticoïdes	5
- Autres types d'injections** non pratiquées au GMF-U*	13
<u>Modification de la médication lors des consultations suivantes :</u>	
- Patients recevant une première médication durant cette attente	5
- Patients recevant un renouvellement à l'identique de leur médication	38
- Patients ayant eu une augmentation de la posologie au sein de la même classe d'analgésiques	10
- Patients ayant eu une augmentation de la posologie d'analgésiques entraînant un changement de classe d'analgésique	5
- Renouvellement de prescription de glucocorticoïdes	10

* GMF-U = Groupe de Médecine de Famille Universitaire

** bloc facettaire, arthrographie distensive, infiltration sous fluoroscopie

La grande majorité (73%) des participants ont reçu au minimum un traitement médicamenteux pour traiter leur trouble musculosquelettique. Les médicaments les plus prescrits étaient les analgésiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). On retrouve également la prescription de traitements propres aux troubles musculosquelettiques tels que les relaxants musculaires ou les injections de glucocorticoïdes. Les prescripteurs ont également eu recours à d'autres processus invasifs, notamment aux injections sous guidage (bloc facettaires, arthrographies distensives et infiltrations sous fluoroscopies). Il est à noter que ces actes ne sont pas réalisés au sein du GMF-U HMR et que des références ont donc dû être réalisées. En cas de procédures réalisées en dehors de HMR, le compte rendu de l'acte n'est pas systématiquement rapporté au dossier médical du patient (problème de transmission de documents entre institutions). Ainsi, nous avons répertorié ici le nombre de références pour injections sous guidage, et non le nombre d'actes, ce dernier ne pouvant être garanti (Tableau 4).

Durant la période d'attente pour être pris en charge en physiothérapie, les participants ont consulté de nouveau leur médecin en moyenne 0,7 (\pm 1,3) fois avec une valeur médiane de zéro consultation (maximum cinq consultations). Durant ces consultations, les médecins référents ont renouvelé les traitements médicamenteux des participants dans la grande majorité des cas (92%), certains augmentant la posologie. Enfin, peu de participants ont été référés pour d'autres types de soins paramédicaux ; seulement sept références en acupuncture, deux en kinésiologie, une en massothérapie et une en ergothérapie (Tableau 4).

5.1.3. Temps d'attente et caractéristiques de l'évaluation et de la prise en charge en physiothérapie

La durée moyenne entre la référence en physiothérapie et l'évaluation de physiothérapie (première consultation) était de 102,9 (\pm 106,5) jours. Cette durée était variable selon la localisation de la pathologie, avec une attente moyenne de 63,5 (\pm 83,2) jours pour les pathologies de la région cervicale, alors qu'elle était de 116,7 (\pm 108,1) jours pour les pathologies du membre inférieur. Il est à noter que 24 participants ont eu une période d'attente couvrant la période durant laquelle aucun physiothérapeute n'exerçait au GMF-U HMR (Tableau 5).

Durant la période de janvier 2015 à mai 2016, les physiothérapeutes ont évalué 100 patients. Pour rappel, un participant a été évalué deux fois, pour deux pathologies distinctes. Durant ces 100 évaluations, les physiothérapeutes ont diagnostiqué 112 pathologies musculosquelettiques.

Tableau 5 : Modalités de l'attente entre la référence par le médecin de famille et l'évaluation en physiothérapie pour des patients du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont référés en physiothérapie (n=100).

	Région cervicale n=10	Région lombaire et tronc n=29	Membre supérieur n=28	Membre inférieur n=25	Pathologies multiples n =8	Global
Durée en jours de l'attente entre le moment de la référence et l'évaluation en physiothérapie : <i>moyenne (écart-type)</i>	63,5 (83,2)	87,9 (102,3)	93,3 (103,8)	116,7 (108,1)	197,4 (116,5)	102,9 (106,5)
Nombre de consultations médicales durant cette attente, en lien avec l'atteinte musculosquelettique :						
- Aucune consultation	6	21	17	16	6	66
- Une à trois consultations	4	7	9	7	2	29
- Plus de trois consultations	0	1	2	2	0	5

Au cours de la première entrevue en physiothérapie, les physiothérapeutes ont dispensé à 64% des participants un enseignement sur leur pathologie et à 70% des participants un enseignement sur l'autogestion de leur pathologie. En plus de l'évaluation, la première consultation était donc également un temps d'enseignement thérapeutique. La quasi-totalité des participants (89%) se voyait également remettre un programme d'exercices à domicile dès la première consultation. À la suite de l'évaluation, 85 participants se sont vu proposer une seconde consultation. Concernant les 15 participants n'ayant eu qu'une consultation, trois participants se sont présentés à leur évaluation en physiothérapie, mais la pathologie avait connu une résolution durant la période d'attente, ne nécessitant donc plus une prise en charge en

physiothérapie. Dans quatre cas, il s'agissait d'une volonté du participant de ne pas poursuivre les soins au sein du service de physiothérapie du GMF-U HMR. Les patients se voyaient systématiquement offrir la possibilité de reconsulter directement en physiothérapie (sans consulter le médecin de famille) si leur condition en lien avec la pathologie d'inclusion se modifiait, et ceci était noté au dossier. Dans quatre cas, le physiothérapeute a estimé ne pas pouvoir offrir les modalités adéquates au patient quant à la prise en charge de sa pathologie. Il s'agissait de besoins de reconditionnement physique ou de prise en charge de sportifs. Pour l'ensemble des patients ayant consulté une seule fois, le patient s'est vu remettre un programme d'exercices à domicile et une lettre de transmission pour la personne compétente vers qui le physiothérapeute orientait le participant (kinésologue ou physiothérapeute exerçant en clinique privée). Enfin, la décision de non-prise en charge a été expliquée, discutée et comprise par les participants. En effet, le participant était systématiquement orienté vers une clinique privée, donc à sa charge. Le participant se voyait systématiquement offrir la possibilité de revenir en cas de besoin. La décision de non-prise en charge, le consentement au congé par le patient et les références qui en découlaient étaient systématiquement notées au dossier du patient.

Enfin, dans quatre cas, la référence du médecin référent demandait une simple évaluation au physiothérapeute afin de renforcer le dossier administratif de demande de prise en charge dans un service spécialisé (centre de réadaptation, résidence médicalisée pour personnes âgées, SAAQ). Le compte rendu d'évaluation en physiothérapie servait donc ici comme avis d'expert. Ces quatre patients n'ont reçu aucun programme d'exercices et un seul a obtenu des conseils sur la gestion de sa pathologie.

Pour les patients pris en charge, le nombre moyen de séances de physiothérapie était de 4,7 (\pm 4,5) séances pour une durée de prise en charge moyenne de 80,4 (\pm 90,5) jours. Lors de ces consultations, le physiothérapeute vérifiait le bon déroulement des exercices prescrits et modifiait le programme si besoin. Le physiothérapeute effectuait également des actes de thérapie manuelle et de mobilisations passives. Ainsi, 41% des participants ont reçu au minimum un acte de thérapie manuelle et 38% des mobilisations passives physiologiques. Le « *tapping* » était plus utilisé pour le genou (n=6, soit 24% des atteintes du genou) que pour le reste du corps (n=1, soit environ 2% des cas), la mobilisation passive physiologique était plus utilisée dans les troubles de l'épaule (n=13, soit 81% des cas d'épaule) et la thérapie manuelle

dans les pathologies cervicales (n=5, soit 50% des cas) et de l'épaule (n=13, soit 81% des cas d'épaule (Tableau 6).

Tableau 6 : Modalités de la prise en charge en physiothérapie des patients du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont, référés en physiothérapie selon la région anatomique du motif de référence (n=100).

	Région cervicale n = 10	Région lombaire et tronc n = 29	Membre supérieur n = 28	Membre inférieur n = 25	Pathologies multiples n = 8	Global n = 100
Nombre de séances de physiothérapie	3,1 (2,3)	4,1 (4,9)	5,8 (4,7)	4,3 (4,5)	5,9 (4,7)	4,7 (4,5)
Durée de prise en charge en physiothérapie (jours)	52,8 (83,6)	68,4 (96,7)	96,1 (83,9)	73,4 (84,7)	125,5 (112,4)	80,4 (90,5)
Durée totale de prise en charge au GMF-U* pour l'atteinte musculosquelettique (jours) :	116,3 (151,1)	156,3 (156,8)	189,4 (122,3)	190,1 (141,0)	322,9 (209,3)	183,3 (152,6)
Patients ayant reçu au minimum un enseignement :						
- Sur leur pathologie	7	23	13	15	6	64
- Sur les manières d'autogestion de la pathologie	9	17	20	19	5	70
- Autres sujets	4	7	8	15	6	40
Patients ayant reçu un programme d'exercices à domicile	9	27	28	23	6	93
Patients ayant reçu une séance de thérapie manuelle	5	11	13	6	6	41
Patients ayant reçu une mobilisation passive physiologique	2	11	13	6	6	38
Patients ayant reçu un autre type d'approche en physiothérapie	0	1	0	6	3	10

* GMF-U = Groupe de Médecine de Famille Universitaire

5.1.4. Communications interprofessionnelles

La prise en charge totale du participant au sein du GMF-U HMR a duré en moyenne 183,3 (\pm 152,6) jours. Durant cette période, les différents intervenants médicaux et les physiothérapeutes ont communiqué en moyenne 1,1 (\pm 1,4) fois par patient. Ces interactions interprofessionnelles, excluant la référence initiale, étaient toutes consignées au dossier et ont principalement porté sur le plan de traitement (37%), sur un besoin de précision du diagnostic (12%) ou sur une demande de modification du traitement médicamenteux afin de diminuer les douleurs (13%). Il a été consigné dans le dossier de 10 participants qu'à la demande du physiothérapeute, le médecin de famille spécialiste de l'appareil locomoteur est intervenu 17 fois durant une séance de physiothérapie afin de juger de l'intérêt de procéder à une injection de corticostéroïdes. Enfin, il a été rapporté 16 interactions concernant 7 patients, correspondant à un rapport réalisé par le physiothérapeute sur l'état de santé du participant quant à une pathologie secondaire à celle d'inclusion. Il s'agissait dans la majorité des cas d'un rapport sur l'état psychologique des personnes souffrant de troubles de santé mentale (Tableau 7).

Tableau 7: Interactions entre les physiothérapeutes et les autres professionnels de santé du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont concernant les patients inclus dans la revue de dossiers (n = 100).

Nombre total d'interactions	108
Nombre d'interactions :	
- Aucune interaction	36
- Une à trois interactions	58
- Plus de trois interactions	6
Nombre moyen d'interactions	1,1 (1,4)
Discussion portant sur :	
- le diagnostic	12
- la modification de la médication	13
- une demande d'imagerie ou d'avis complémentaire	8
- une demande d'injection de corticostéroïdes	17
- modification du plan de traitement*	37
- demande d'aide au remplissage de documents administratifs	9
- développement d'une nouvelle pathologie	16

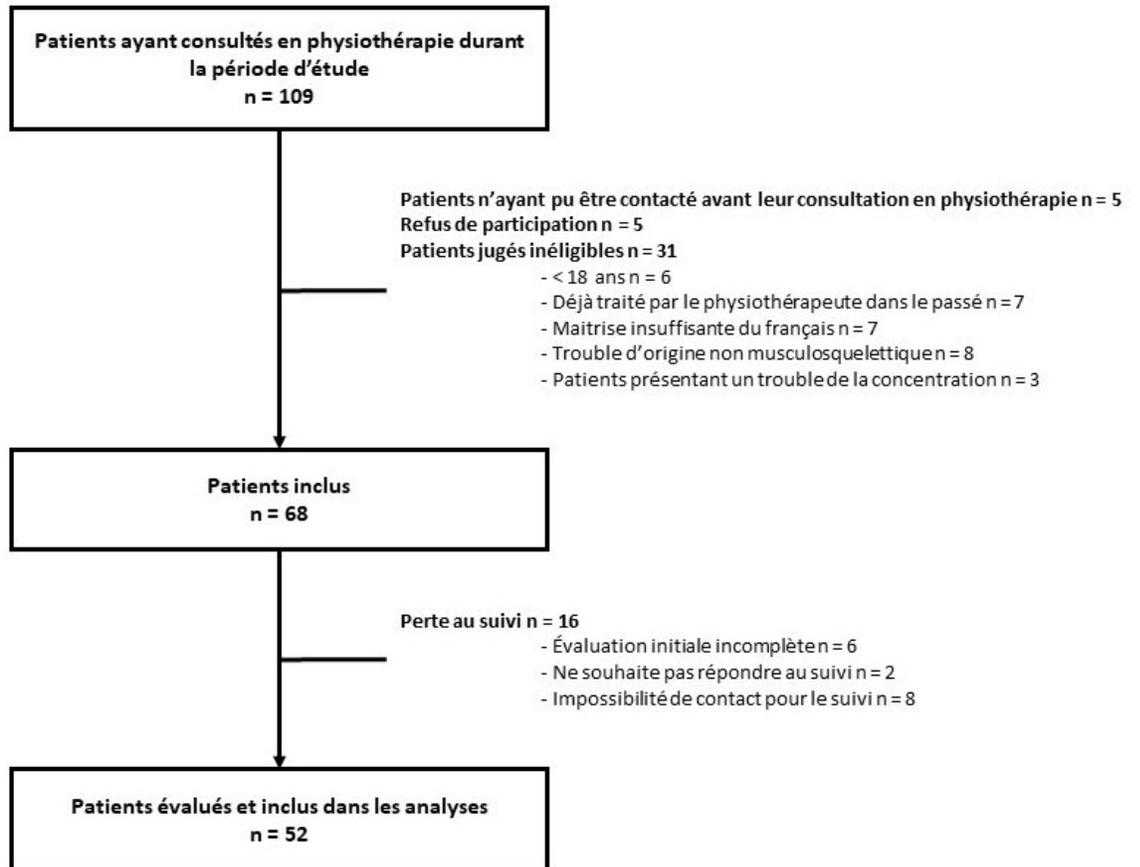
* Inclus les congés temporaires et les congés définitifs décidés unanimement par le patient

5.2. Étude prospective

5.2.1. Recrutement

Le recrutement a eu lieu du 1^{er} octobre 2016 au 10 juin 2017. Durant cette période, le physiothérapeute du GMF-U a pris en charge 109 nouveaux patients. Parmi les participants potentiels, 31 ont été exclus pour raisons diverses (Figure 2). Soixante-huit patients ont été inclus dans l'étude, mais seuls 62 ont rempli intégralement les questionnaires lors de l'entretien initial. En effet, le remplissage des questionnaires de six participants n'a pu être terminé sans interagir avec le bon déroulé des soins au sein du GMF-U HMR. Enfin, cinq patients ont refusé de participer à l'étude. Il s'agissait de deux hommes et trois femmes, dont l'âge moyen (\pm écart-type) était de 59,4 (\pm 21,7) ans. Aucune différence démographique n'a été retrouvée entre les participants et les patients ayant refusé de participer à cette étude. Deux participants n'ont pas souhaité participer à l'entretien final et ont exprimé le souhait d'arrêter leur participation à l'étude. Huit participants n'ont pu être contactés pour l'entretien final, portant le nombre de participants inclus dans les analyses à 52. La proportion de perte au suivi était donc de 16%. Le groupe de participants perdus au suivi ne présentait aucune différence avec le reste des participants, aussi bien d'un point de vue démographique, socio-économique ou bien des résultats aux questionnaires remplis à l'occasion de l'inclusion. Il n'a été aussi retrouvé aucune différence de qualité de vie, de limitation fonctionnelle ou de satisfaction envers le service de physiothérapie, par rapport aux autres participants au moment de l'inclusion.

Figure 2 : Organigramme des participants à l'étude prospective.



5.2.2. Participants

Cette étude a inclus 52 participants dont 71% étaient des femmes et dont l'âge moyen (écart-type) était de 56,6 (15,5) ans. La majorité de l'échantillon de population était marié ou avait un conjoint de fait (60%) et vivait sur le territoire du CIUSSS de l'Est de l'Île de Montréal (58%). Le lieu de résidence était situé dans une aire où les conditions sociales et/ou matérielles étaient jugées plus défavorables que dans le reste du Québec pour la grande majorité des participants, seuls 11% des participants vivant dans des conditions équivalentes à la moyenne nationale. En termes de scolarité, la majorité des participants (77%) avait atteint un niveau scolaire collégial et possédait un emploi. Les personnes sans emploi (n=27) étaient principalement des retraités, seuls quatre des personnes sans emploi étaient en âge de travail.

Un tiers des participants gagnait moins de 30 000 \$ /an (avant impôts) et un autre tiers des participants gagnait entre 30 000 et 50 000 dollars (Tableau 8).

La majorité des participants avait un surplus de poids (13 en embonpoint et 21 en obésité) et six d'entre eux étaient suivis au GMF-U HMR pour obésité sévère. Les participants présentaient peu de comorbidités (score moyen de 0,3), la grande majorité (82 %) ne présentant aucune pathologie selon l'index de comorbidités de Charlson. Néanmoins, près d'un tiers des participants présentait une pathologie pouvant avoir un impact sur leur santé ou sur leur compliance aux traitements (obésité, fibromyalgie et différents troubles de santé mentale). Toutes ces personnes avaient un suivi spécifique au GMF-U HMR pour ces pathologies annexes (Tableau 8).

5.2.3. Pathologies ayant nécessité une référence en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Un tiers des participants (n=14) était référé pour un trouble du rachis, un tiers (n=17) pour un trouble du membre supérieur et un tiers (n=17) pour un trouble du membre inférieur (Tableau 9). Les troubles de l'épaule, avec les atteintes de la coiffe des rotateurs, étaient les plus représentés (25%). Les troubles discaux lombaires et les atteintes du genou étaient ensuite les atteintes les plus fréquentes. Le membre inférieur était la région anatomique qui présentait le plus grand nombre de pathologies rencontrées avec neuf diagnostics différents relevés.

Trois participants étaient référés pour des pathologies multiples. Parmi les pathologies multiples, ont été considérés comme trouble secondaire les troubles pour lesquels la plainte était la plus faible de la part du participant. Il s'agissait pour les participants inclus de deux lombalgies non spécifiques et d'une tendinopathie des épicondyliens.

Tableau 8 : Caractéristiques démographiques et socio-économiques des participants à l'étude prospective (n=52).

	n (%)	Moyenne (écart-type)
Genre : Femme	37 (71 %)	
Homme	15 (29 %)	
Âge moyen (années)		56,6 (15,5)
Situation matrimoniale		
- Vit seul(e)	21 (40 %)	
- Marié(e)/En couple	31 (60 %)	
Lieu de résidence		
- Territoire du CIUSSS* de l'Est de l'Île de Montréal	30 (57 %)	
- Reste de l'agglomération de Montréal	13 (25 %)	
- Communauté métropolitaine de Montréal	5 (10 %)	
- Autre lieu	4 (8 %)	
Distance entre le lieu de résidence et le GMF-U** (km)		11,7 (21,2)
Éducation:		
- Secondaire ou moins	12 (23 %)	
- Collège	29 (56 %)	
- Université	11 (21 %)	
Emploi:		
- Employé	25 (48 %)	
- Sans emploi	4 (8 %)	
- Retraité(e)	23 (44 %)	
Revenus personnels (CAD):		
- 0 - 29 999\$	18 (35 %)	
- 30 000\$ - 59 999\$	22 (42 %)	
- > 60 000 \$	5 (10 %)	
- Ne souhaite pas répondre	7 (13 %)	
Revenus familiaux (CAD):		
- 0 - 29 999\$	7 (13 %)	
- 30 000\$ - 59 999\$	19 (37 %)	
- > 60 000 \$	11 (21 %)	
- Ne souhaite pas répondre	15 (29 %)	

Profils selon l'index de défavorisation		
- Conditions matériellement et socialement plus favorables que la moyenne	0 (0 %)	
- Conditions moyennes	6 (12 %)	
- Conditions plus défavorables socialement mais pas matériellement	18 (35 %)	
- Conditions plus défavorables matériellement mais pas socialement	7 (13 %)	
- Conditions matériellement et socialement plus défavorables	18 (35 %)	
- Non applicable	3 (6 %)	
Indice de Masse Corporel moyen (kg/m ²)		28,2 (5,9)
Classification selon l'IMC		
- En santé (≤ 25 kg/m ²)	18 (35 %)	
- Embonpoint (entre 25 et 30 kg/m ²)	13 (25 %)	
- Obésité (≥ 30 kg/m ²)	21 (40 %)	
Score moyen à l'index de comorbidités de Charlson		0,38 (0,95)
- 0	43 (82 %)	
- 1 - 2	5 (10 %)	
- 3 - 4	4 (8 %)	
- 5 ou plus	0 (0 %)	
Patients ayant un diagnostic de pathologie pouvant avoir un impact sur leur condition :		
- Trouble de santé mentale	13 (25 %)	
- Fibromyalgie	6 (12 %)	
Durée des symptômes au moment de la référence en physiothérapie:		
- < 3 mois	23 (44 %)	
- 3 à 6 mois	3 (6 %)	
- > 6 mois	26 (50 %)	
Origine de la pathologie :		
- Traumatique	14 (27%)	
- Non traumatique	34 (65%)	
- Origine inconnue	4 (8 %)	

* CIUSSS = Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux

** GMF-U = Groupe de Médecins de Famille Universitaire

*** Index de défavorisation défini par l'Institut National de Santé Publique du Québec(137)

5.2.4. Soins médicaux durant le suivi

Lors de la consultation médicale durant laquelle la référence en physiothérapie a été faite, les participants se plaignaient de douleurs ou d'incapacités depuis des durées variables allant d'une semaine à plusieurs années. Ainsi, vingt-trois participants (44%) exprimaient une plainte depuis moins de trois mois alors que pour l'autre moitié des participants, les plaintes duraient depuis plus de six mois. Les participants consultaient principalement pour des douleurs ou d'incapacités apparues de manière non traumatique. Dans 54% des cas, la référence en physiothérapie avait lieu dès la première visite (incluant la réapparition de symptômes après une période sans douleur pour les pathologies chroniques) (Tableau 10).

Tableau 9: Types de pathologies par région anatomique chez les participants à l'étude prospective (n = 52).

	n (%)	Pathologie secondaire n = 3
Région cervicale	4 (7.7%)	
- Cervicalgie	4 (7.7%)	
Région lombaire	14 (26.9%)	
- Lombalgie non-spécifique	3 (5.8%)	2 (3.8%)
- Pathologie discale	9 (17.3%)	
- Lombosciatalgie	2 (3.8%)	
	17 (32.7%)	
Membre supérieur	12 (23.1%)	
- Tendinopathie de la coiffe des rotateurs	1 (1.9%)	
- Rupture transfixiante de la coiffe des rotateurs		
- Capsulite rétractile	2 (3.8%)	
- Trouble du contrôle moteur scapulo-thoracique	2 (3.8%)	
- Tendinopathie des épicondyliens		1 (1.9%)
Membre inférieur	17 (32.7%)	
- Tendinopathie de la hanche	4 (7.7%)	
- Claquage musculaire des ischio-jambiers	1 (1.9%)	
- Gonarthrose	2 (3.8%)	
- Syndrome fémoro-patellaire	2 (3.8%)	
- Atteinte méniscale	1 (1.9%)	
- Atteinte ligamentaire	2 (3.8%)	
- Entorse latérale de cheville	2 (3.8%)	
- Autres troubles de la cheville et du pied*	3 (5.8%)	

* Tendinopathie achilléenne, fasciite plantaire et tendinopathie de la loge antérieure

Tableau 10: Parcours de soins médicaux des participants à l'étude prospective (n = 52).

	n (%)
Professionnel de santé ayant émis la référence en physiothérapie	
- Médecin de famille	21 (40%)
- Résident	25 (48%)
- Médecin de famille ayant une spécialisation en locomoteur	4 (8%)
- Infirmière Praticienne Spécialisée de Première Ligne	2 (4%)
Demande d'avis complémentaire	
- Médecin de famille ayant une spécialisation en locomoteur	3 (6%)
Orthopédiste	5 (10%)
- Physiatre	4 (8%)
Examens et tests d'imageries demandés	
- Radiographie	7 (14%)
- Radiographie + IRM	3 (6%)
- IRM	2 (4%)
- Autres	3 (6%)
Médicaments prescrits	
- Analgésiques	1 (2%)
- AINS	11 (21%)
- Analgésiques + AINS	19 (37%)
- Opioïdes	11 (21%)
- Injection de corticostéroïdes	3 (6%)
- Relaxant musculaires	3 (6%)
Prescription d'aides à la marche	1 (2%)
Prescription d'attelles et d'orthèses	4 (8%)
Référence au médecin de famille spécialisé en locomoteur et/ou à un orthopédiste	6 (12%)

Les participants étaient référés en physiothérapie principalement par les médecins de famille du GMF-U HMR et par les résidents en médecine familiale. Lors de la consultation durant laquelle se faisait la référence en physiothérapie, les référents ont peu utilisé d'aide au diagnostic, qu'il s'agisse d'avis d'experts (douze participants soit 23%) ou d'imageries et tests (treize participants soit 25%). Deux participants ont eu plus de deux imageries ou tests (un participant a eu une radiographie et une ostéodensitométrie, et le second une radiographie, une

résonnance magnétique et une échographie). La prise en charge médicale des pathologies à l'origine de l'inclusion dans l'étude était principalement la prescription de médicaments. En effet, plus de 90% des participants ont reçu au minimum une prescription de médicaments. Les analgésiques de différentes classes (analgésiques simples et opioïdes) et les anti-inflammatoires représentaient la grande majorité des prescriptions pharmaceutiques. La prescription d'aides techniques ou la référence à des professionnels de la santé, autres que le physiothérapeute, étaient peu fréquentes (< 10%) (Tableau 10).

5.2.5. Parcours de soins en physiothérapie

Durant la période de l'étude, le physiothérapeute a effectué un total de 152 séances de physiothérapie pour l'ensemble des participants, incluant les 52 évaluations initiales. Chaque participant a eu au minimum une évaluation en physiothérapie, effectuée lors de la première consultation en physiothérapie. Cette première rencontre avec le physiothérapeute est ici considérée à la fois comme évaluation initiale en physiothérapie et comme première séance, car le physiothérapeute exécutait également une intervention en physiothérapie au cours de cette même consultation. Les participants ont reçu une moyenne de 2,9 séances de physiothérapie à une fréquence moyenne d'une séance toutes les trois semaines. Le nombre moyen de séances et la fréquence moyenne ont été biaisés par les séances manquées par les participants. En effet, huit participants ont manqué au minimum une séance durant la durée de l'étude tout en continuant leur prise en charge en physiothérapie par la suite. En revanche, quatorze participants n'ont pas repris de rendez-vous à la suite d'un manquement, mettant un terme anticipé à leur prise en charge en physiothérapie. Parmi ceux-ci, sept ne se sont jamais représentés en physiothérapie après la première consultation (Tableau 11).

Les participants ont attendu en moyenne 122 (\pm 89) jours entre la consultation médicale durant laquelle a eu lieu la référence en physiothérapie et l'évaluation en physiothérapie au GMF-U HMR. À la suite de l'évaluation en physiothérapie, chaque participant a eu de l'éducation thérapeutique, notamment sur les origines de sa pathologie et sur les moyens qui s'offraient à lui pour gérer sa douleur et contrôler ses symptômes. Les participants recevaient également un programme d'exercices à domicile. Chaque exercice était montré par le physiothérapeute et ensuite effectué par le patient.

Tableau 11 : Parcours de soins en physiothérapie des participants (n = 52).

	n (%)	Moyenne (Écart-type)
Durée de l'attente avant prise en charge en physiothérapie (jours)		122,6 (88,7)
Nombre de séances de physiothérapie		2,9 (1,4)
- Une séance	13 (25%)	
- Deux à trois séances	18 (34,6%)	
- Plus de trois séances	21 (40,4%)	
Fréquence des séances (jours)		18,5 (6,4)
Modalités des soins de physiothérapie		
Éducation thérapeutique		
- Explications sur la pathologie	52 (100%)	
- Explications sur la gestion de la douleur	22 (42%)	
- Explication sur la gestion d'autres pathologies	50 (96%)	
- Discussion sur les soins (médicaux, physiothérapie et problèmes administratifs)	10 (19%)	
Prescription d'un programme d'exercices à domicile	52 (100%)	
Traitements de physiothérapie		
- Thérapie manuelle	39 (75%)	
- Mobilisations passives physiologiques	39 (75%)	
- Taping	2 (4%)	
- Autres	4 (8%)	

En excluant les participants n'ayant eu qu'une séance de physiothérapie (par suite du congé donné par le physiothérapeute ou par non-représentation), lors des séances suivant la consultation initiale, les 39 participants ont eu au minimum une prise en charge en thérapie manuelle qui était répétée à chaque séance dans 75% des cas. De la même manière, 87% des participants ont eu au minimum des mobilisations passives physiologiques qui étaient répétées à chaque séance dans 62% des cas. Aussi, la bonne exécution des exercices était contrôlée à chaque séance pour chaque participant et a amené à des modifications du programme d'exercices à domicile pour 72% des participants (Tableau 11).

5.2.6. État de santé et qualité de vie perçue

L'ensemble des participants ont rempli le questionnaire SF-36v2 lors de l'entretien initial ainsi que trois mois plus tard lors de l'entretien final (Tableau 12). La différence de résultats a été calculée pour chaque sous-score. Les quatre scores à dominante physique (« Activité physique », « Limitations liées à la santé physique « Douleurs physiques » et « Santé Globale »), ainsi que le domaine « Score physique global » se sont améliorés de manière significative entre l'entretien initial et l'entretien final. Les participants percevaient ainsi une amélioration de leur santé physique à la suite d'une prise en charge en physiothérapie au GMF-U HMR telle que vue par l'amélioration significative du domaine « Score physique global ». Concernant les scores à dominante psychologique, les scores « Santé psychique », « Limitations liées à la santé mentale », « Vitalité » et le domaine « Score mental global » se sont également améliorés de manière significative ; ainsi que le score « Bien-être social » mais de manière non significative. Les participants percevaient donc également une amélioration de leur santé psychique à la suite d'une prise en charge en physiothérapie au GMF-U HMR.

Tableau 12 : Résultats au questionnaire SF-36v2 des participants à l'étude prospective (n = 52).

	Avant	3 mois après	Différence		Valeur p
	évaluation en physiothérapie	l'évaluation en physiothérapie	Moyenne (ET)	IC 95%	
Activité physique (PF)	58,7 (27,0)	70,0 (24,1)	11,4 (24,9)	4,4 – 18,3	< 0,01 *
Limitations liées à la santé physique (RP)	49,4 (27,1)	67,8 (25,7)	18,4 (23,8)	11,8 - 25,0	< 0,01 *
Douleurs physiques (BP)	43,4 (15,9)	58,1 (22,1)	14,8 (22,1)	8,6 - 20,9	< 0,01 *
Santé Globale (GH)	64,4 (18,7)	68,6 (17,5)	4,2 (14,3)	0,2 – 8,2	0,04 *
Bien-être social (SF)	71,4 (24,2)	77,2 (23,2)	5,8 (25,3)	-1,3 - 12,8	0,11
État psychique (MH)	64,6 (19,5)	70,4 (20,5)	5,8 (17,3)	1,0 - 10,6	0,02 *
Limitations liées à la santé mentale (RE)	65,7 (28,0)	78,4 (22,0)	12,7 (25,6)	5,5 - 19,8	<0,01 *
Vitalité (VT)	51,0 (18,1)	56,9 (18,7)	5,9 (18,2)	0,8 - 11,0	0,02 *
Score physique global (PCS)	39,7 (8,7)	45,0 (10,2)	5,3 (8,0)	3,0 – 7,5	< 0,01 *
Score mental global (MCS)	45,6 (12,5)	48,5 (12,2)	2,9 (10,6)	0,1 – 5,8	0,048 *

ET = Écart-type ; IC 95% = Intervalle de confiance à 95% ; * = différence significative au niveau alpha 5%

5.2.7. Mesures fonctionnelles

Les participants ont rempli les questionnaires autorapportés correspondant à la localisation de leur pathologie et les participants ayant plusieurs pathologies ont donc répondu à plus d'un questionnaire. Ainsi, quatre participants ont rempli le NDI, 15 ont rempli l'OSWESTRY, 18 le DASH et 17 le LEFS. Un participant n'a pas été pris en compte dans ces analyses, car certaines données étaient manquantes; soit 54 questionnaires analysés pour 55 pathologies incluses dans l'étude.

Pour les quatre groupes de participants définis par le questionnaire rempli et donc fonction de la localisation de la pathologie d'inclusion, l'incapacité ressentie était réduite entre l'entretien initial et l'entretien final (Tableau 13) ; mais seulement de manière significative pour les participants souffrant d'un trouble du membre supérieur (questionnaire DASH ; $p < 0,01$). Il est à noter que les différences obtenues aux questionnaires LEFS et Oswestry entre les deux entretiens étaient marginalement significatives.

Tableau 13: Scores fonctionnels des participants selon la région symptomatique (n=54).

	n = 54	Avant	3 mois après	Différence		Valeur p
		évaluation en physiothérapie	l'évaluation en physiothérapie	Moyenne (ET)	IC 95%	
		Moyenne (ET)	Moyenne (ET)	Moyenne (ET)		
Neck Disability Index (0-100)	4	26,5 (16,8)	17,5 (12,3)	- 9,0 (11,5)		0,14 §
Oswestry Disability Index (0-100)	15	31,5 (15,8)	26,3 (16,7)	- 5,2 (10,3)	- 10,9 ; 0,5	0,07 ¢
DASH (0-100)	18	34,8 (15,4)	21,9 (14,5)	- 12,8 (8,2)	-8,6 ; -17,1	< 0,01 *¢
LEFS (0-80)	17	47,2 (20,2)	57,5 (17,9)	10,4 (21,2)	-0,5 ; 21,2	0,06 ¢

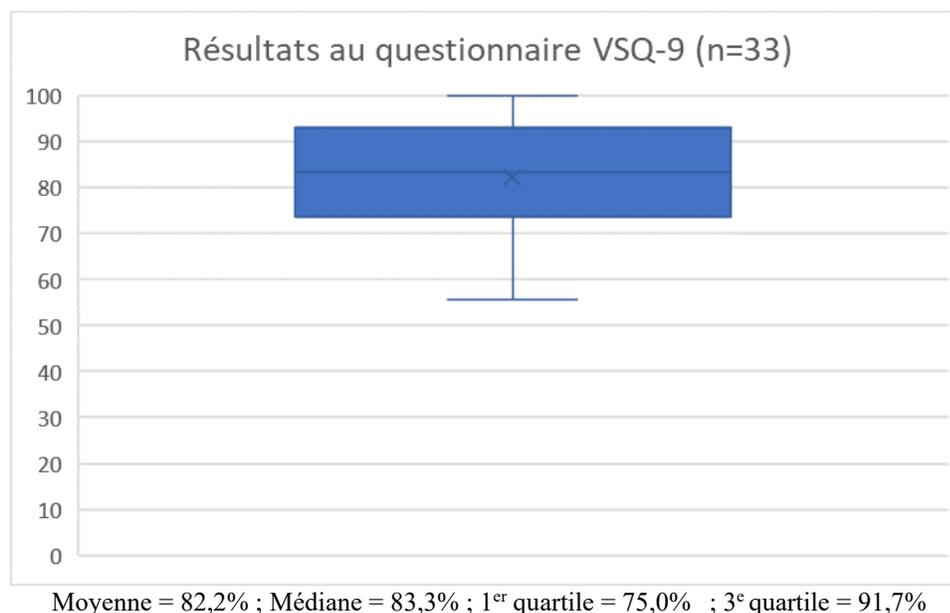
ET = Écart-type; IC 95% = Intervalle de confiance à 95% ; * = différence significative au niveau 0,05

§ = utilisation d'un test de Wilcoxon ; ¢ = utilisation d'un test t pour données appariées

5.2.8. Satisfaction

De manière à connaître le sentiment d'efficacité du service de physiothérapie du GMF-U HMR de la part de ces usagers, les participants à l'étude ont été invités à remplir différents questionnaires de satisfaction. Tout d'abord, afin de renseigner la satisfaction envers le service de physiothérapie, les participants ont rempli le questionnaire VSQ-9 lors de l'entretien initial. Ce questionnaire renseigne du fonctionnement propre à un service de santé à la suite d'une rencontre unique telle que l'évaluation en physiothérapie. À la suite d'une erreur dans le protocole de recherche, les premiers participants inclus n'ont pas complété ce questionnaire. Les réponses de 33 participants ont été analysées. La satisfaction globale moyenne envers l'évaluation en physiothérapie au sein du GMF-U HMR était de 82,2% ($\pm 13,1$). La satisfaction était au minimum « bonne » (score de satisfaction $\geq 60\%$) pour 94% des participants et de « très bonne » (satisfaction $\geq 80\%$) pour 62 % des participants (Figure 4).

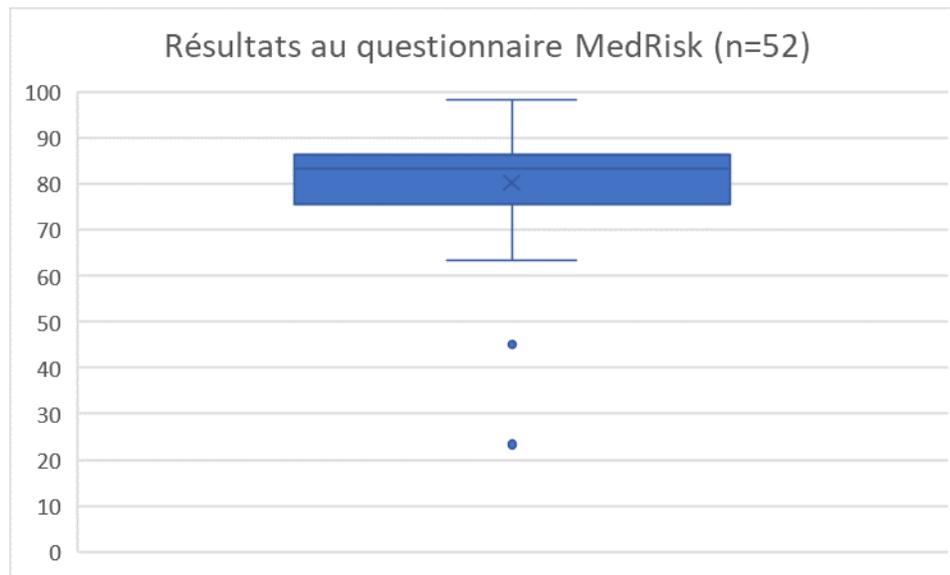
Figure 3 : Satisfaction des participants à l'étude envers le service de physiothérapie du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n=33).



Afin de renseigner la satisfaction envers le processus de soins proposé au sein du GMF-U HMR, les participants ont rempli lors de l'entretien final le questionnaire MedRisk. Ce questionnaire renseigne de la satisfaction envers l'ensemble des séances de physiothérapie

reçues durant le temps de l'étude, mais également de l'implantation du service de physiothérapie au sein du GMF-U HMR, de la prise en charge médicale et enfin de la communication entre les membres du personnel médical du GMF-U HMR. Le questionnaire MedRisk a été complété par l'ensemble des participants lors de l'entretien final et toutes les réponses ont été analysées. Lors de l'entretien final à l'issue des trois mois d'étude, la satisfaction globale moyenne était de 80,3% ($\pm 12,0$). La satisfaction était au minimum « bonne » (score de satisfaction $\geq 60\%$) pour 96% des participants et « très bonne » (satisfaction $\geq 80\%$) pour 62% des participants (Figure 4).

Figure 4: Satisfaction des participants à l'étude envers le processus de soins au sein du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.



Moyenne = 81,0% ; Médiane = 83,3% ; 1^{er} quartile = 76,7% ; 3^e quartile = 86,7%

5.2.9. Prise en charge interdisciplinaire

Les participants ont rempli le questionnaire « Perception de l'efficacité de l'équipe de soins » afin de déterminer leur perception de l'interdisciplinarité de leur prise en charge au sein du GMF-U . Trois participants ont rempli ce questionnaire de manière incomplète; les résultats de 49 participants ont donc été analysés.

La majorité des participants étaient « en accord » (score > 5/6) avec l'ensemble des facteurs relatifs à une prise en charge interdisciplinaire, ainsi que pour l'aspect global du processus de soins et des résultats de soins (Tableau 14).

Tableau 14 : Perception de l'efficacité de l'équipe de soins du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont par les participants (n = 49).

	Section Processus de soins											Section Résultats de soins
	Confiance	Efficacité	Prise de décision	Communication	Coordination	Cohésion	Résolution de problèmes	Focus patient	Clarté des rôles	Perception d'efficacité	Score global	Score global
Moyenne (écart-type)	5,4 (0,5)	5,4 (0,5)	5,3 (0,5)	5,3 (0,5)	5,2 (0,6)	5,3 (0,7)	5,2 (0,8)	4,8 (0,7)	5,3 (0,5)	5,2 (0,5)	5,2 (0,4)	5,1 (0,5)

La consultation des dossiers médicaux des participants a permis de relever l'ensemble des interactions qui ont eu lieu entre le physiothérapeute et les autres professionnels du GMF-U HMR (médecins de famille, infirmières, IPSPL, nutritionniste ou pharmacien). Durant la période d'étude, il y a eu un total de trente-quatre interactions concernant les participants à l'étude. Vingt-huit participants n'ont pas été concernés par ces interactions, alors que le cas de huit participants a mené à au moins trois interactions par participant en trois mois. Les membres du personnel du GMF-U HMR impliqués dans ces interactions étaient dans 80% les médecins de famille (patron et résidents), les infirmières de première ligne dans 12,5% des interactions et enfin le pharmacien dans 7,5% des cas.

5.2.10. Comparaisons entre la perception de l'état de santé des participants et les facteurs du parcours de soins au sein du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Afin d'étudier l'influence du parcours de soins au sein du GMF-U HMR sur l'évolution de la perception de l'état de santé des participants, des analyses secondaires ont été conduites pour l'ensemble des sous-scores et les deux domaines du questionnaire SF-36v2.

Moment de la référence médicale en physiothérapie

Le moment de la référence médicale en physiothérapie a été défini comme le temps compris entre le premier rendez-vous médical durant lequel une plainte a été exprimée en regard des symptômes en lien avec la pathologie d'inclusion à l'étude, et le rendez-vous médical durant lequel a eu lieu la référence en physiothérapie. Le manque d'informations suffisamment standardisées au sein des dossiers des participants nous a obligé à présenter cette variable de manière catégorielle et non continue : avant les trois mois suivant l'apparition des symptômes, ou à trois mois ou plus suivant l'apparition des symptômes.

Notre analyse considérait l'effet du temps (analyse intra-groupe) et du moment de la référence (analyse inter-groupe). Il n'y avait pas d'interaction entre les facteurs « temps » et « groupe » pour aucun des sous-scores ou domaines (Tableau 15). Il était donc possible d'interpréter les effets principaux de la façon suivante.

Tableau 15: Analyse de variances des scores au questionnaire SF-36v2 pour mesures répétées en fonction du moment de référence en physiothérapie (n=52).

	Intra-groupe		Inter-groupes		Interaction	
	F	Valeur p	F	Valeur p	F	Valeur p
Activité physique (PF)	10,4	< 0,01	2,87	0,10	0,04	0,85
Limitations liées à la santé physique (RP)	30,0	< 0,01	12,77	< 0,01	0,49	0,49
Douleurs physiques (BP)	24,4	< 0,01	7,62	< 0,01	1,91	0,17
Santé Globale (GH)	4,2	0,045	1,01	0,32	0,43	0,51
Bien-être social (SF)	3,0	0,09	4,56	0,04	1,19	0,28
État psychique (MH)	5,7	0,02	3,13	0,08	0,01	0,92
Limitations liées à la santé mentale (RE)	13,1	< 0,01	3,48	0,07	0,91	0,35
Vitalité (VT)	5,3	0,03	1,32	0,26	0,01	0,97
Modification de l'état de santé (HT)	2,8	0,10	0,01	0,91	0,53	0,47
Score physique global (PCS)	21,8	< 0,01	4,27	0,044	0,12	0,74
Score mental global (MCS)	4,1	0,048	1,72	0,20	0,70	0,40

Lors de l'analyse inter-groupe, les sous-scores « Limitations liées à la santé physique » RP (F=12,68 ; p < 0,01), « Douleurs physiques » BP (F = 7,6; p < 0,01) et le domaine « Score physique global » PCS (F = 4,3; p = 0,04) montraient un effet principal du moment de la référence (Tableau 15). Lors de l'analyse intra-groupe, ces scores montraient également un effet principal du temps (« Limitations liées à la santé physique » RP (F = 30,0; p < 0,01), « Douleurs physiques » BP (F = 24,4 ; p < 0,01) et le domaine « Score physique global » PCS (F = 21,8 ; p < 0,01)). Les tests post-hoc ont montré des différences significatives entre les groupes aux différents temps d'évaluation.

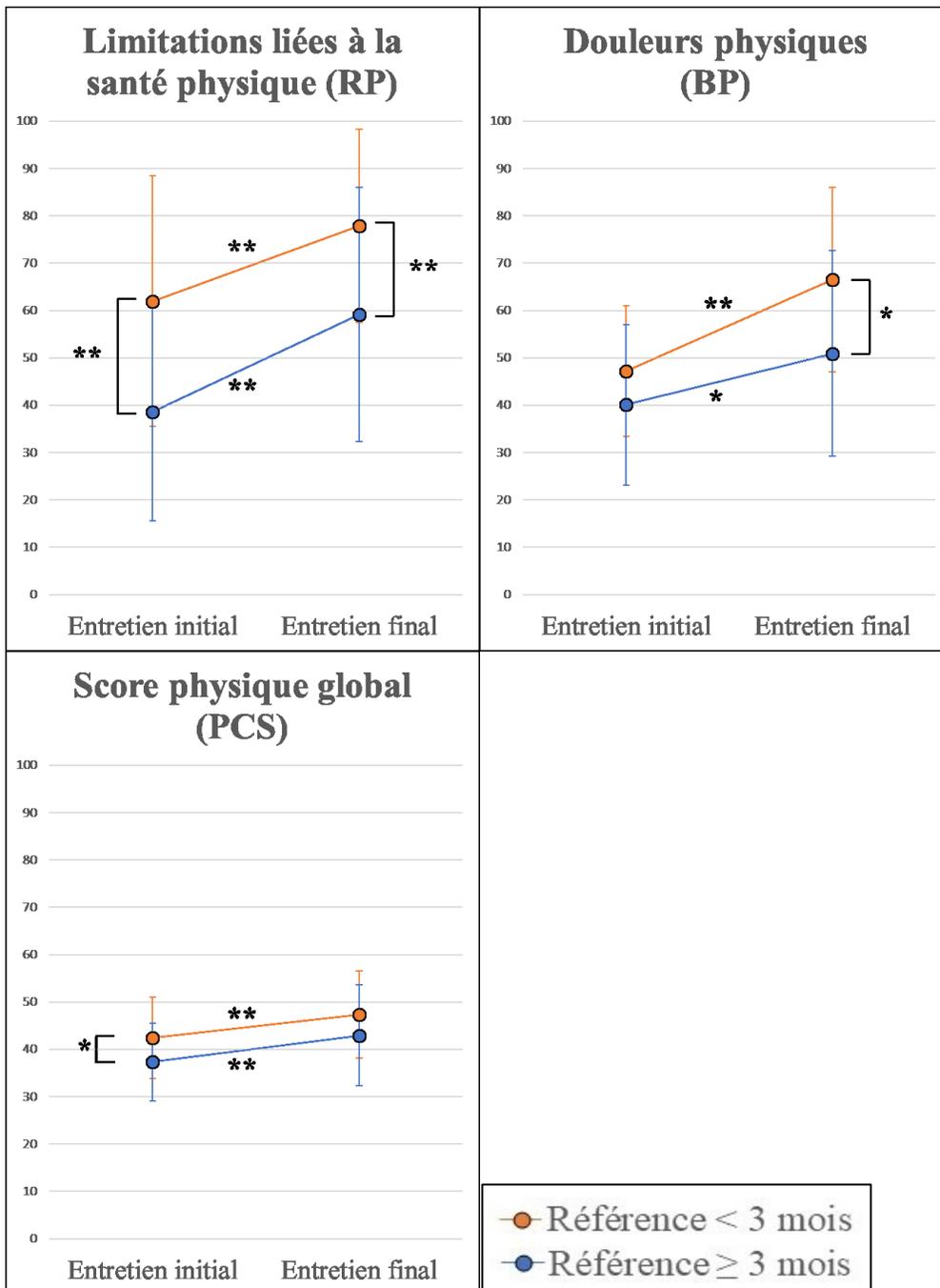
Pour le sous-score « Limitations liées à la santé physique » (Figure 5), les résultats étaient significativement différents selon le moment de référence, aux deux temps de l'étude. Lors de l'entretien initial, les participants ayant été référencés en physiothérapie en moins de trois mois présentaient des résultats supérieurs de 23,4 points (IC95% : 9,6 – 37,1 ; p < 0,01) par rapport aux participants référencés en physiothérapie en trois mois ou plus. Lors de l'entretien final, cet écart était encore de 18,7 points (IC95% : 5,2 – 32,2 ; p < 0,01). Enfin, les deux groupes présentaient une augmentation significative de leurs résultats entre les deux

entretiens. Les participants référencés en physiothérapie en moins de trois mois présentaient une évolution moyenne de 15,9 points (IC95% : 4,6 – 27,2 ; $p < 0,01$) alors que les participants référencés en physiothérapie en trois mois ou plus présentaient une évolution de 20,5 points (IC95% : 12,3 – 28,8; $p < 0,01$).

Pour le sous-score « Douleurs physiques » BP (Figure 5), il n’existait aucune différence lors de l’entretien initial entre les deux groupes. Lors de l’entretien final, les scores des deux groupes étaient significativement différents, avec les participants référencés en physiothérapie en moins de trois mois qui rapportaient des résultats supérieurs de 5,8 points (IC95% : 3,9 – 27,2 ; $p = 0,01$) aux participants référencés en physiothérapie en trois mois ou plus. Les évolutions au sous-score BP entre les deux entretiens étaient significatives pour les deux groupes de participants. Les participants référencés en physiothérapie en moins de trois mois présentaient une amélioration de 19,3 points (IC95% : 10,2 – 28,4 ; $p < 0,01$) alors que les participants référencés en physiothérapie en trois mois ou plus présentaient une amélioration de 10,9 points (IC95% : 2,2 – 19,5 ; $p = 0,02$).

Enfin, pour le domaine « Score physique global » (Figure 5), une différence significative entre les résultats des deux groupes de participants était retrouvée lors de l’entretien initial. Les participants référés en moins de trois mois rapportaient des résultats en moyenne supérieurs de 5,2 points (IC95% : 0,5 – 9,9 ; $p = 0,03$) par rapport aux participants référés en trois mois ou plus. L’ensemble des participants ont eu une augmentation significative à ce domaine durant le temps de l’étude. Les participants référés en moins de trois mois ont eu une augmentation de 4,8 points (IC95% : 1,7 – 8,0 ; $p < 0,01$) et les participants référés en trois mois ou plus, une augmentation de 5,6 points (IC95% : 2,3 – 8,9 ; $p < 0,01$). Aucune différence significative n’a été retrouvée entre ces deux groupes de participants lors de l’entretien final (IC95% : -2,8 – 1,2).

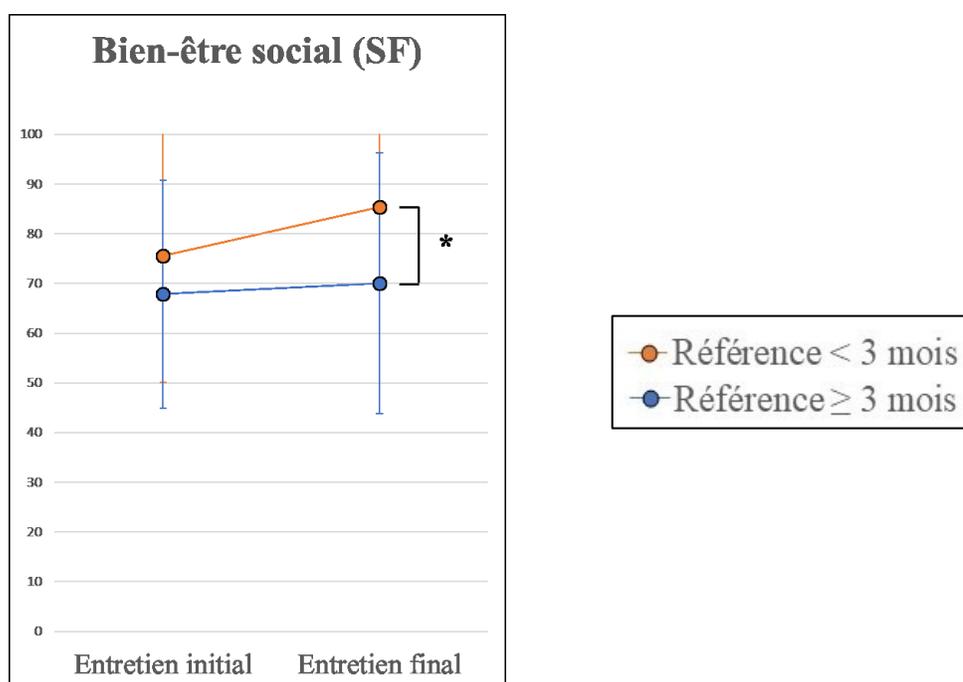
Figure 5: Résultats aux scores « Limitations liées à la santé physique », « Douleurs physiques » et « Score physique global » du questionnaire SF-36v2 en fonction du moment de la référence en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n= 52).



* = différence significative au niveau alpha 5% ; ** = différence significative au niveau alpha 1%

Le sous-score « Bien-être social » SF (Figure 6) montrait aussi un effet principal du groupe ($F = 4,6$; $p = 0,04$), mais pas d'effet significatif du temps. Les tests post-hoc ont montré que lors de l'entretien final, les participants référés en physiothérapie en moins de trois mois présentaient des résultats significativement supérieurs de 2,5 points de moyenne (IC95% : 3,0 – 27,7 ; $p = 0,02$) aux résultats des participants référés en trois mois ou plus; alors qu'il n'existait pas de différence lors de l'entretien initial.

Figure 6 : Résultats au score « Bien-être social » du questionnaire SF-36v2 en fonction du moment de la référence en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n= 52).



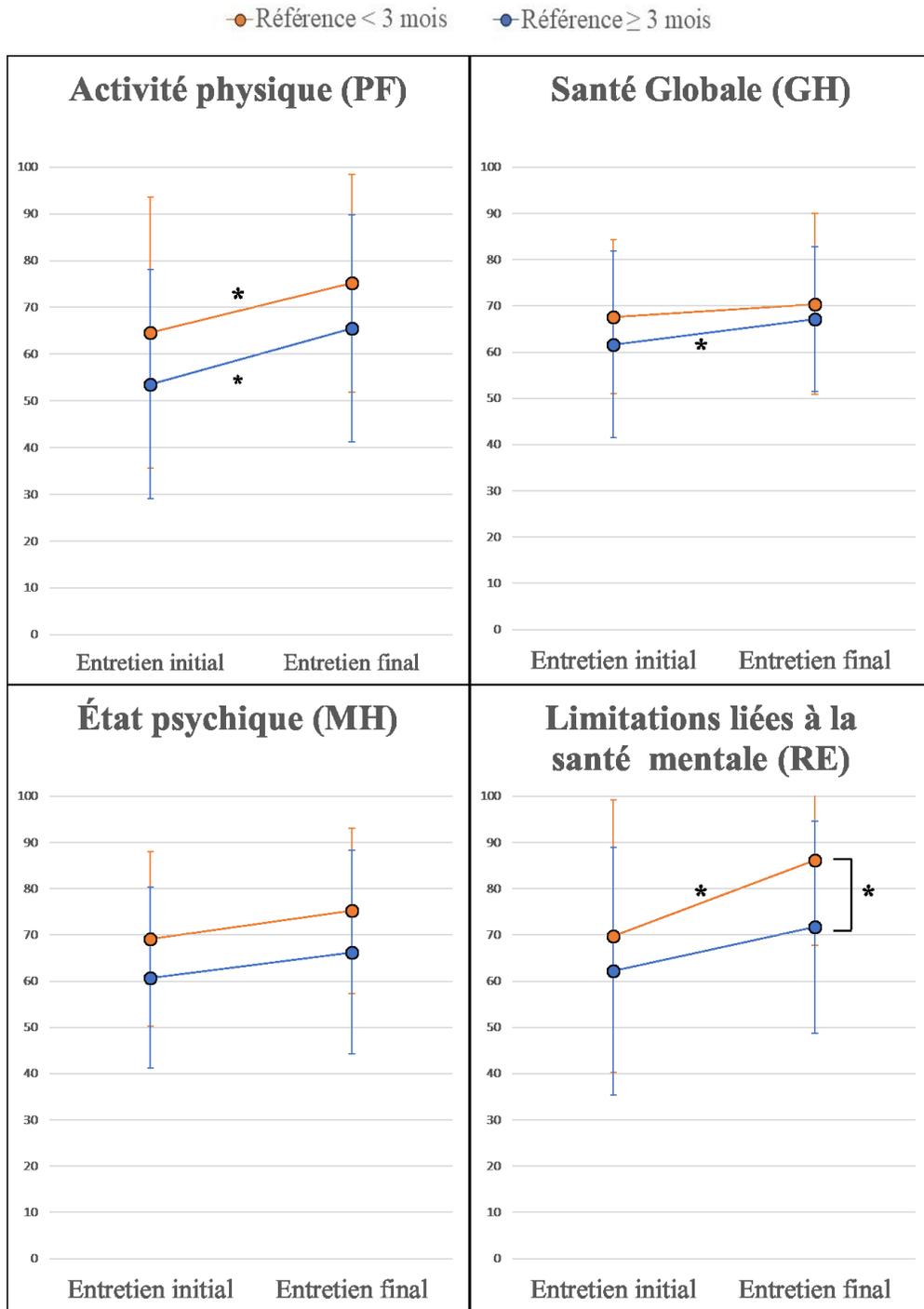
* = différence significative au niveau alpha 5%

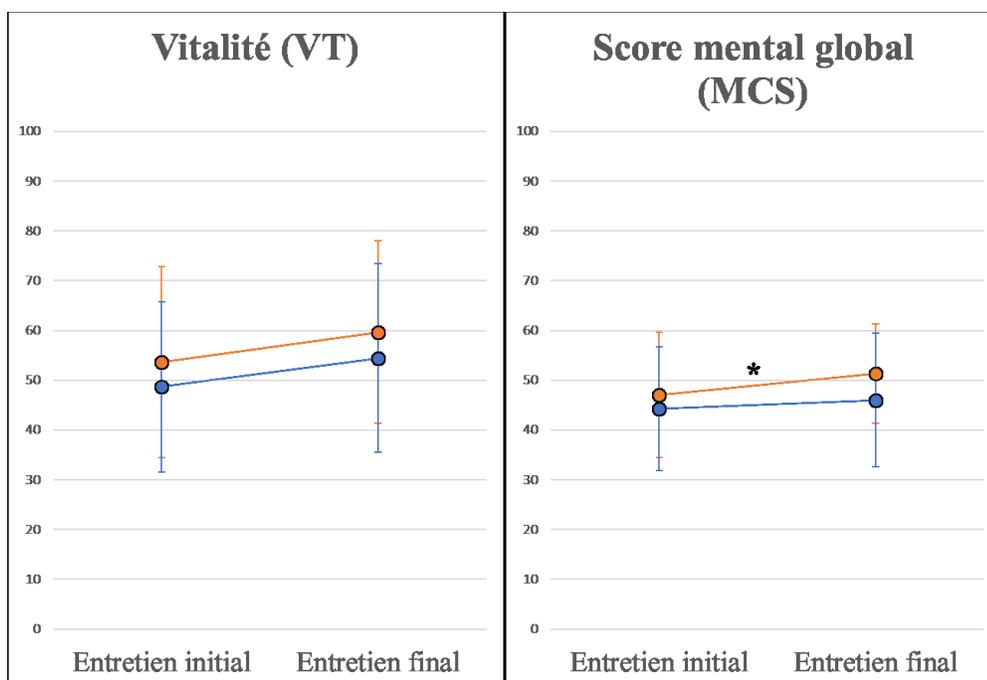
Lors de l'analyse intra-groupe (Tableau 15), les sous-scores « Activité physique » PF ($F = 10,4$; $p < 0,01$), « Santé Globale » GH ($F = 4,2$; $p = 0,045$), « État psychique » MH ($F = 5,7$; $p = 0,02$), « Limitations liées à la santé mentale » RE ($F = 13,1$; $p < 0,01$), « Vitalité » VT ($F = 5,3$; $p = 0,03$) et le domaine « Score mental global » MCS ($F = 4,1$; $p = 0,048$) montraient un effet principal seulement du temps. Le moment de référence ne semblait pas avoir d'effet sur ces scores.

Les tests post-hoc du sous-score « Activité physique » PF (Figure 7) ont montré qu'il existait une évolution significative entre les deux temps de l'étude pour les deux groupes selon le moment de référence. Les résultats au sous-score PF des participants ayant été référencés en physiothérapie en moins de trois mois ont augmenté en moyenne de 10,6 points (IC95% : 1,9 – 19,3) et celui des participants ayant été référencés en physiothérapie en trois mois ou plus ont augmenté en moyenne de 11,9 points (IC95% : 1,0 – 23,0).

Les tests post-hoc ont montré, pour les autres sous-scores (Figure 7), des différences significatives entre les évaluations seulement pour un groupe. Concernant le sous-score « Santé globale », seuls les participants référencés en physiothérapie en trois mois ou plus présentaient, entre les deux entretiens, une amélioration significative de 5,4 points (IC95% : 0,1 – 10,8 ; $p = 0,046$). Concernant le sous-score « Limitations liées à la santé mentale », seuls les participants référés en physiothérapie en moins de trois mois présentaient une évolution significative de leurs résultats entre les deux entretiens. Ils présentaient ainsi une amélioration moyenne de 16,3 points (IC95% : 7,3 – 25,3; $p < 0,01$) alors que les participants référés en trois mois ou plus rapportaient une évolution non significative de leurs résultats (+9,5 points; IC95% : -1,7 – +1,8). Pour le domaine « Score mental global », principalement composé des sous-scores précédents, seul le groupe des participants référés en moins de trois mois présentait une évolution significative. Ils rapportaient ainsi une augmentation moyenne de 4,2 points (IC95% : 0,5 – 2,3 ; $p = 0,03$) alors que les participants référés en trois mois ou plus rapportaient une évolution non significative de 1,8 point (IC95% : -2,8 – 0,7). Concernant le sous-score « Vitalité », aucune différence significative entre les deux temps d'évaluation n'a été retrouvée pour les deux groupes de participants. Les participants référés en physiothérapie en moins de trois mois rapportaient une évolution de 6,0 points (IC95% : -1,2 – 13,2) et les participants référés en trois mois ou plus rapportaient une évolution de 5,8 points (IC95% : -1,7 – 13,4).

Figure 7 : Résultats aux scores « Activité physique », « Santé globale », « État psychique », « Limitations liées à la santé mentale », « Vitalité » et « Score mental global » du questionnaire SF-36v2 en fonction du moment de la référence en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n= 52).





* = différence significative au niveau alpha 5% ; ** = différence significative au niveau alpha 1%

Temps d'attente du service de physiothérapie

Le temps d'attente du service de physiothérapie du GMF-U HMR a été déterminé comme le nombre de jours entre le moment où a eu lieu la référence et l'évaluation en physiothérapie. La répartition de cette variable ne suivait pas une loi normale et se présentait de manière bimodale. Il a donc été décidé d'analyser l'influence de cette variable dépendante sur les résultats du questionnaire SF-36v2 de manière catégorielle. Les participants ont été répartis en trois groupes : « Temps d'attente inférieur ou égal à 30 jours », « Temps d'attente compris entre 30 et 90 jours » et « Temps d'attente supérieur ou égal à 90 jours ».

Lors de l'analyse inter-groupe (Tableau 16), le temps d'attente n'avait pas d'effet principal significatif sur les résultats au questionnaire SF-36v2. En revanche, lors de l'analyse intra-groupe, le facteur « temps » avait un effet sur les sous-scores « Activité physique » PF ($F = 9,2$; $p < 0,01$), « Limitations liées à la santé physique » RP ($F = 35,9$; $p < 0,01$), « Douleurs physiques » BP ($F = 12,0$; $p < 0,01$), « Santé globale » GH ($F = 5,8$; $p = 0,02$), « Limitations liées à la santé mentale » RE ($F = 8,4$; $p < 0,01$), « Vitalité » VT ($F = 5,3$; $p < 0,01$), « Modification de l'état de santé » HT ($F = 7,2$; $p < 0,01$) et sur le domaine « Score physique global » PCS ($F = 23,9$; $p < 0,01$).

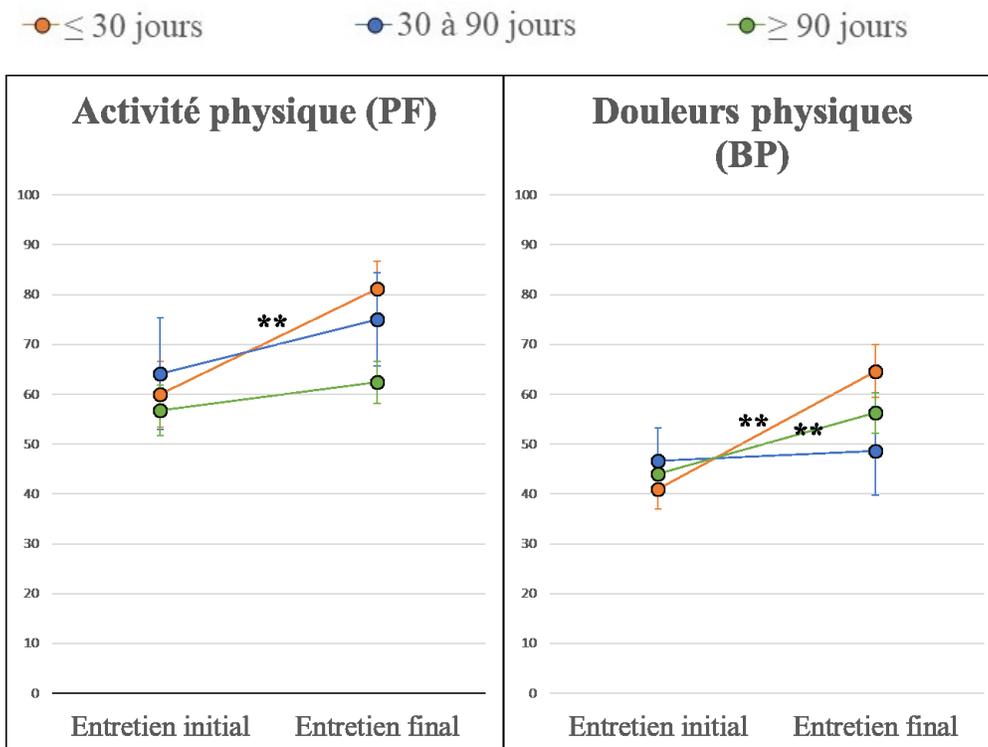
Tableau 16 : Analyse de variances des scores au questionnaire SF-36v2 pour mesures répétées en fonction du temps d'attente avant évaluation en physiothérapie (n=52).

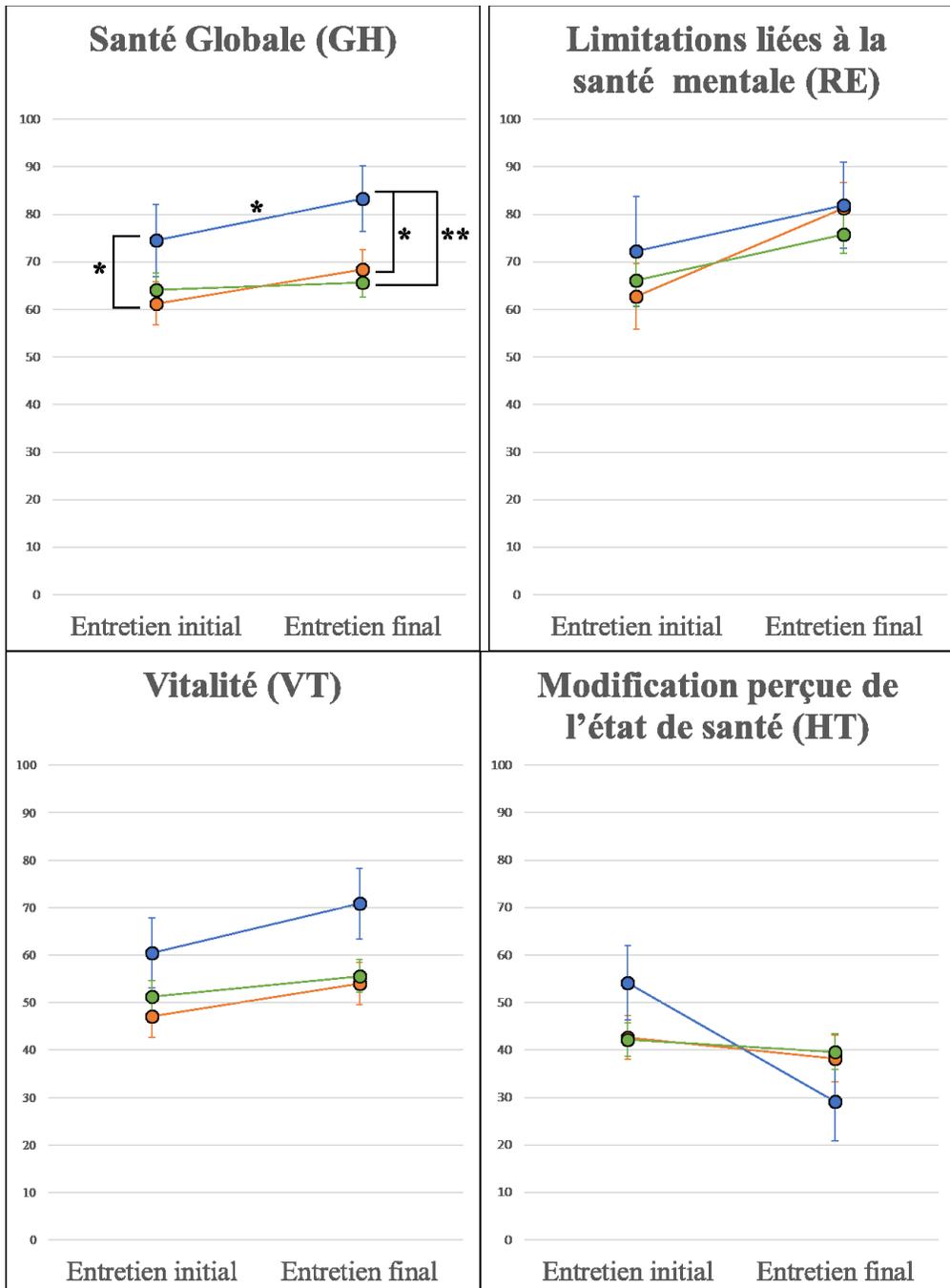
	Intra-groupe		Inter-groupes		Interaction	
	F	Valeur p	F	Valeur p	F	Valeur p
Activité physique (PF)	9,2	< 0,01	1,5	0,23	2,2	0,13
Limitations liées à la santé physique (RP)	35,9	< 0,01	0,03	0,97	5,5	< 0,01
Douleurs physiques (BP)	12,0	< 0,01	0,3	0,76	2,8	0,07
Santé Globale (GH)	5,8	0,02	2,0	0,15	1,2	0,32
Bien-être social (SF)	2,9	0,10	0,4	0,65	3,1	0,05
État psychique (MH)	1,6	0,22	1,9	0,16	1,0	0,38
Limitations liées à la santé mentale (RE)	8,4	< 0,01	0,2	0,83	0,7	0,51
Vitalité (VT)	5,3	0,03	2,1	0,13	0,3	0,73
Modification de l'état de santé (HT)	7,2	0,01	0,01	0,99	2,3	0,11
Score physique global (PCS)	23,9	< 0,01	0,7	0,50	4,7	0,01
Score mental global (MCS)	1,7	0,20	1,3	0,29	0,3	0,72

Les tests post-hoc des sous-scores PF, BP, GH, RE, VT et HT (Figure 8) n'ont montré aucune différence significative entre les différents groupes selon le temps d'attente avant évaluation en physiothérapie (ce qui est cohérent avec l'absence d'effet principal). L'effet du temps était significatif, mais les tests post-hoc ont montré des différences significatives entre les évaluations seulement pour certains groupes. Pour le sous-score PF, seul le groupe des participants ayant attendu 30 jours ou moins présentait une évolution significative avec une augmentation moyenne de 21,2 points (IC95% : 9,2 – 29,4 ; $p < 0,01$), alors que les groupes ayant attendu entre 30 et 90 jours et 90 jours ou plus ont vu leurs scores évoluer respectivement de 17,2 (IC95% : -8,9 – 43,3) et 3,2 (IC95% : -4,7 – 11,2) points. Pour le sous-score BP, les groupes de participants ayant attendu 30 jours ou moins et 90 jours ou plus ont rapporté des évolutions significatives. L'amélioration à ce sous-score était respectivement de 25,0 (IC95% : 14,6 – 35,4 ; $p < 0,01$) et 9,4 points (IC95% : 2,6 – 16,2 ; $p < 0,01$), alors que pour les participants ayant attendu entre 30 et 90 jours, l'évolution était de 7,2 (IC95% : -10,0 – 24,5) points. Enfin, pour le sous-score GH, les participants ayant attendu entre 30 et 90 jours ont augmenté leurs scores de manière significative avec une amélioration moyenne de 6,7 points (IC95% : 0,7 –

12,6 ; $p < 0,01$), alors que le groupe ayant attendu 30 jours ou moins a évolué de manière non significative avec une augmentation de 8,1 points (IC95% : -2,1 – 18,5) et ceux ayant attendu 90 jours ou plus avec une augmentation de 0,7 point (IC95% : -4,4 – 5,9).

Figure 8 : Résultats aux scores « Activité physique », « Douleurs physiques », « Santé globale », « Limitations liées à la santé mentale », « Vitalité » et « Modification perçue de l'état de santé » du questionnaire SF-36v2 en fonction du temps d'attente avant évaluation en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n= 52).





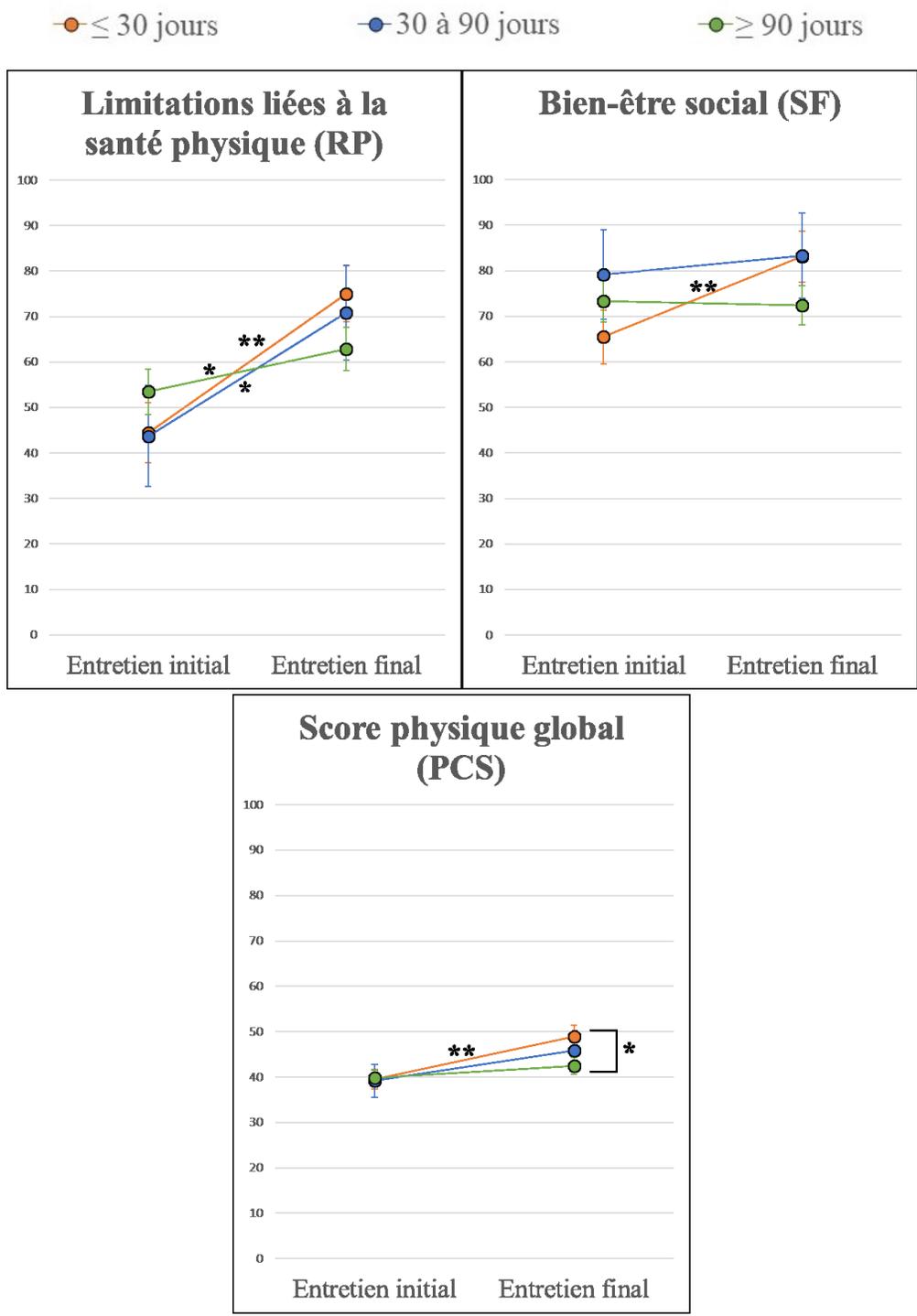
* = différence significative au niveau alpha 5% ; ** = différence significative au niveau alpha 1%

Il est important de noter que l'interaction entre le facteur « temps » et le facteur « groupe » était significative sur les sous-scores « Limitations liées à la santé physique » RP ($F=5,5$; $p < 0,01$) et « Bien-être social » SF ($F=3,3$; $p = 0,048$) ainsi que le domaine « Score physique global » PCS ($F=4,7$; $p = 0,01$) (Tableau 16).

Pour le sous-score « Limitations liées à la santé physique » RP (Figure 9), les résultats n'étaient pas différents entre les groupes à chaque entretien, mais une différence significative ($p < 0,01$) entre les deux entretiens a été retrouvée pour le groupe des participants ayant attendu 30 jours ou moins et le groupe de participants ayant attendu 90 jours ou plus. Les participants ayant attendu 90 jours ou plus présentaient une amélioration moyenne de 9,8 points (IC95% : 1,1 – 18,9 ; $p = 0,03$) alors que les participants ayant attendu 30 jours ou moins présentés une amélioration de 33,9 points (IC95% : 23,7 – 44,2 ; $p < 0,01$). Les participants ayant attendu entre 30 et 90 jours ont amélioré leurs résultats au sous-score RP de 22,9 points (IC95% : 3,7 – 42,1 ; $p = 0,03$). Pour le domaine « Score physique global » PCS, il n'existait aucune différence de résultats entre les participants lors de l'entretien initial. Une différence significative ($p < 0,01$) était retrouvée, lors de l'entretien final, entre les groupes de participants ayant attendu 30 jours et moins et ceux ayant attendu 90 jours et plus. Aussi, les participants ayant attendu 30 jours et moins amélioraient significativement leurs scores de 10,3 points (IC95% : 6,2 – 14,5 ; $p < 0,01$), alors que les participants ayant attendu 90 jours et plus augmentaient leurs résultats de 1,7 point (IC95% : -0,5 – 3,9). Les participants ayant attendu entre 30 et 90 jours augmentaient de manière non significative leurs résultats de 6,1 points (IC95% : -0,2 – 12,4).

Pour le sous-score « Bien-être social » SF (Figure 9), il n'a été retrouvé aucune différence de résultats entre les différents groupes lors des deux entretiens. Cependant, le groupe ayant attendu 30 jours ou moins présentait une évolution significative avec une augmentation de 17,9 points (IC95% : 5,0 – 30,8 ; $p = 0,01$) entre les deux entretiens. Dans le même temps, le groupe ayant attendu entre 30 et 90 jours a augmenté ses résultats de 8,3 points (IC95% : -13,7 – 30,3) alors que le groupe ayant attendu 90 jours ou plus a diminué de 0,9 point (IC95% : -10,4 – 8,6).

Figure 9 : Résultats aux scores « Limitations liées à la santé physique », « Bien-être social » et « Score physique global » du questionnaire SF-36v2 en fonction du temps d'attente avant évaluation en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n= 52).



* = différence significative au niveau alpha 5% ; ** = différence significative au niveau alpha 1%

Nombre de séances de physiothérapie reçues

Les participants ont été catégorisés en fonction du nombre de séances de physiothérapie reçues durant la période d'étude. Les catégories étaient « Une seule séance », « Deux à trois séances » et « Plus de trois séances ».

Notre analyse considérait l'effet du temps (analyse intra-groupe) et du nombre de séances reçues (analyse inter-groupe). Il n'y avait pas d'interaction entre les facteurs « temps » et « groupe » pour aucun des sous-scores ou domaines (Tableau 17). Il était donc possible d'interpréter les effets principaux de la façon suivante.

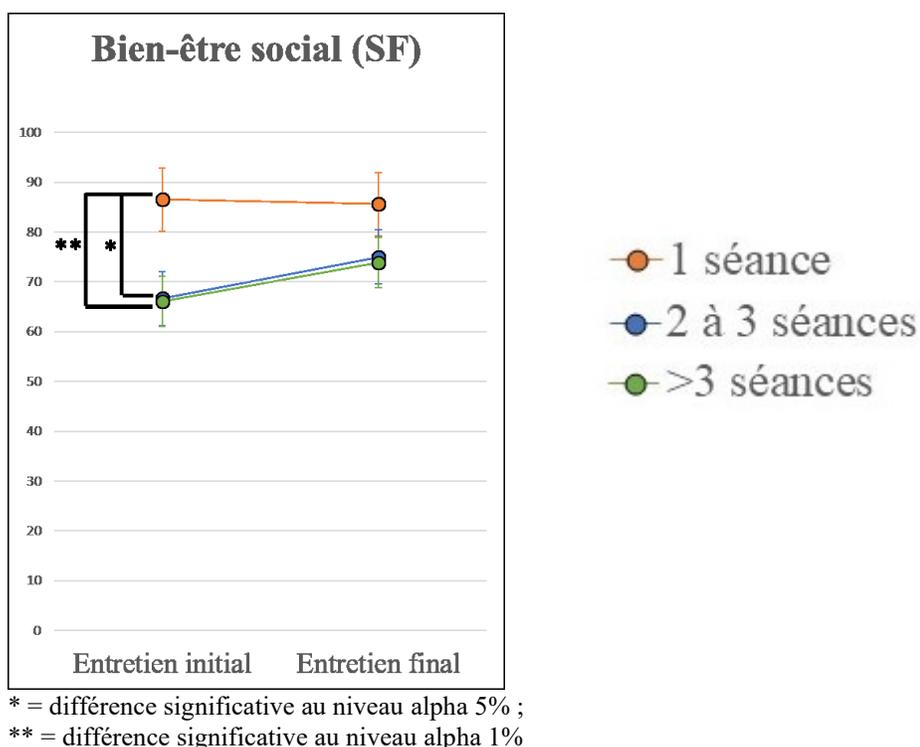
Tableau 17 : Analyse de variances des scores au questionnaire SF-36v2 pour mesures répétées en fonction du nombre de séances de physiothérapie reçues par participant (n=52).

	Intra-groupe		Inter-groupes		Interaction	
	F	Valeur p	F	Valeur p	F	Valeur p
Activité physique (PF)	9,3	< 0,01	7,6	< 0,01	0,6	0,57
Limitations liées à la santé physique (RP)	29,0	< 0,01	5,8	< 0,01	1,8	0,18
Douleurs physiques (BP)	22,4	< 0,01	4,1	0,02	2,8	0,07
Santé Globale (GH)	4,2	0,046	3,5	0,04	1,2	0,30
Bien-être social (SF)	2,0	0,17	3,3	0,046	0,6	0,55
État psychique (MH)	6,8	0,01	3,4	0,04	0,9	0,42
Limitations liées à la santé mentale (RE)	11,4	< 0,01	3,5	0,04	0,2	0,79
Vitalité (VT)	5,7	0,02	5,6	< 0,01	1,1	0,34
Modification de l'état de santé (HT)	2,3	0,14	1,1	0,35	1,4	0,25
Score physique global (PCS)	20,5	< 0,01	6,0	< 0,01	2,5	0,10
Score mental global (MCS)	4,0	0,05	2,6	0,08	0,2	0,82

Le sous-score « Bien-être social » SF montrait un effet principal du nombre de séances de physiothérapie reçues (F= 3,3 ; p < 0,05), mais pas d'effet principal du temps. Les tests post-hoc ont montré que lors de l'entretien initial, les participants ayant finalement reçu une seule séance de physiothérapie présentaient des résultats moyens significativement supérieurs de 20,5 points (IC95% : 6,3 – 34,6 ; p < 0,01) aux participants ayant reçu deux ou trois séances ainsi

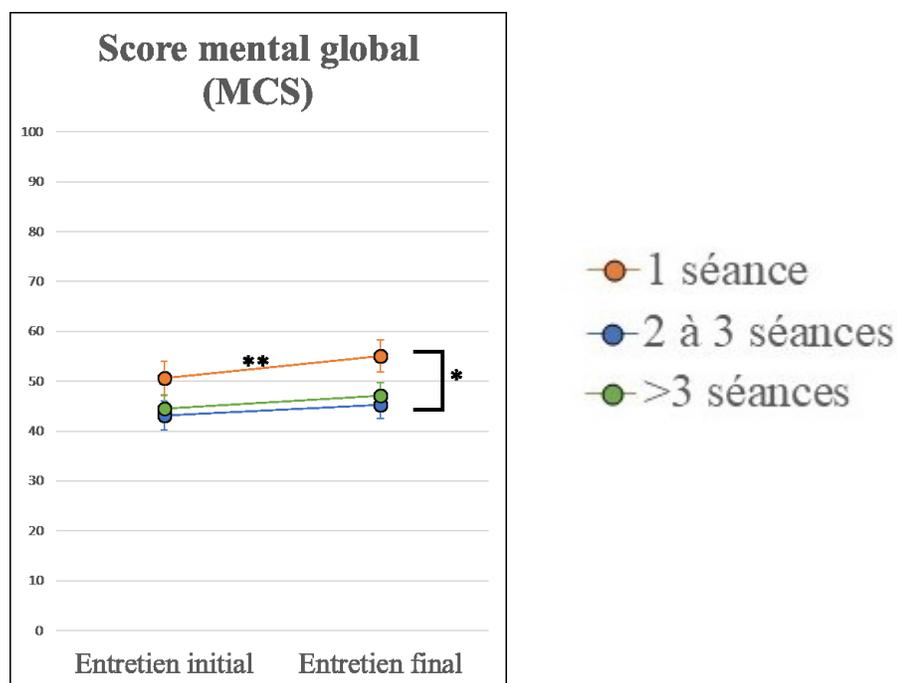
qu'aux participants ayant reçu plus de trois séances de physiothérapie de 19,9 points (IC95% : 2,0 – 37,7 ; p = 0,03). Les différences n'étaient pas significatives lors de l'entretien final (Figure 10).

Figure 10 : Résultats au score « Bien-être social » du questionnaire SF-36v2 en fonction du nombre de séances reçues en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n= 52).



Lors de l'analyse intra-groupe, le domaine « Score mental global » montrait un effet principal du temps (F= 4,0 ; p < 0,05) alors que pour ce même domaine, il n'y avait pas d'effet principal du nombre de séances de physiothérapie lors de l'analyse inter-groupes (Tableau 17). Les tests post-hoc (Figure 11) ont montré que seul le groupe de participants ayant reçu une seule séance de physiothérapie ont eu une augmentation entre les deux entretiens de 4,5 points (IC95% : 1,7 – 7,3 ; p < 0,01). Les participants ayant reçu deux ou trois séances de physiothérapie ont augmentés leurs résultats de 2,1 points (IC95% : -4,5 – 8,8) et ceux ayant reçu plus de trois séances de 2,5 points (IC95% : -2,4 – 7,5).

Figure 11: Résultats au score « Score mental global » du questionnaire SF-36v2 en fonction du nombre de séances reçues en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n= 52).



* = différence significative au niveau alpha 5% ;
 ** = différence significative au niveau alpha 1%

Les sous-scores « Activité physique » PF (F = 7,6 ; p < 0,01), « Limitations liées à la santé physique » RP (F = 5,8 ; p < 0,01), « Douleurs physiques » BP (F=4,1 ; p =0,02), « Santé globale » GH (F = 3,5 ; p = 0,04), « État psychique » MH (F = 3,4 ; p = 0,04), « Limitations liées à la santé mentale » RE (F = 3,5 ; p = 0,04), « Vitalité » VT (F=5,6; p < 0,01) et le domaine « Score physique global » PCS (F = 6,0 ; p < 0,01) montraient un effet principal du nombre de séances reçues, lors de l'analyse inter-groupe (Tableau 17). Ces scores montraient également un effet principal du temps lors de l'analyse intra-groupe (« Activité physique » PF (F=9,3 ; p < 0,01), « Limitations liées à la santé physique » RP (F = 29,0 ; p < 0,01), « Douleurs physiques » BP (F = 22,4 ; p < 0,01), « Santé globale » GH (F = 4,2 ; p < 0,05), « État psychique » MH (F = 6,8 ; p = 0,01), « Limitations liées à la santé mentale » RE (F=11,4 ; p < 0,01), « Vitalité » VT (F=5,7 ; p =0,02) et le domaine « Score physique global » PCS (F =20,5 ; p < 0,01)). Les tests post-hoc ont montré des différences significatives entre les groupes aux différents temps d'évaluation.

Pour le sous-score « Activité physique » (Figure 12), les résultats des participants ayant reçu une seule séance de physiothérapie étaient significativement supérieurs à ceux des participants ayant reçu plus de trois séances de physiothérapie, lors des deux entretiens. Lors de l'entretien initial, l'écart était de 28,4 points (IC95% : 11,7 – 45,1 ; $p < 0,01$) et il était de 23,0 points (IC95% : 5,8 – 40,2; $p < 0,01$) lors de l'entretien final. Alors qu'il n'existait pas de différence entre les participants ayant reçu deux ou trois séances de physiothérapie et ceux en ayant reçu plus de trois lors de l'entretien initial, une différence significative était retrouvée lors de l'entretien final. Les participants ayant reçu plus de trois séances rapportaient des résultats inférieurs de 19,8 points (IC95% : 5,8 – 33,9 ; $p < 0,01$). Enfin, les participants ayant reçu deux ou trois séances de physiothérapie ont augmenté leurs résultats de manière significative (amélioration de 15,6 points (IC95% : 3,8 – 27,3; $p = 0,01$)) alors que les autres groupes ont eu des évolutions non significatives; augmentation de 5,8 points (IC95% : -7,0 – 18,5) pour ceux ayant eu une seule séance et augmentation de 11,2 points (-1,7 – 24,1) pour ceux en ayant plus de trois.

Pour le sous-score « Limitations liées à la santé physique », lors de l'entretien initial, les participants ayant reçu une seule séance de physiothérapie présentaient des résultats significativement supérieurs aux autres participants (Figure 12). L'écart moyen avec les résultats des participants ayant reçu deux ou trois séances était de 20,2 points (IC95% : 1,8 – 38,6; $p = 0,03$) et était de 28,2 points (IC95% : 9,9 – 46,5 ; $p < 0,01$) avec ceux ayant reçu plus de trois séances. Entre les deux entretiens, les participants ayant reçu deux ou trois séances de physiothérapie ont augmenté leurs résultats de manière significative (amélioration de 26,4 points (IC95% : 14,7 – 38,1 ; $p < 0,01$)), et ceux ayant reçu plus de trois séances de 16,1 points (IC95% : 4,9 – 27,3; $p < 0,01$); les participants ayant reçu une seule séance ont augmenté de manière non significative leurs résultats de 11,1 points (IC95% : -1,7 – 23,8). Lors de l'entretien final, les participants ayant reçu plus de trois séances de physiothérapie présentaient des résultats significativement inférieurs aux autres participants. L'écart de résultats avec les participants ayant reçu une seule séance était de 23,2 points (IC95% : 4,6 – 41,8 ; $p = 0,02$) et de 18,3 points (IC95% : 3,2 – 33,4; $p = 0,02$).

Pour le sous-score « Douleurs physiques » (Figure 12), lors de l'entretien initial, les participants ayant reçu une seule séance de physiothérapie présentaient des résultats significativement supérieurs aux autres participants. Les participants ayant reçu deux ou trois

séances rapportaient des résultats inférieurs de 14,6 points (IC95% : 3,3 – 25,8 ; $p=0,01$) et ceux ayant reçu plus de trois séances, des résultats inférieurs de 16,1 (5,8 – 26,5; $p < 0,01$). Les participants ayant reçu deux ou trois séances de physiothérapie ont augmenté de manière significative leurs résultats entre les deux entretiens (augmentation de 24,3 points (IC95% : 12,1 – 36,4 ; $p < 0,01$)) de même que les participants ayant reçu plus de trois séances, avec une augmentation de 10,8 points (IC95% : 2,1 – 19,5 ; $p = 0,02$). Les participants ayant reçu une unique séance ont augmenté de manière non significative leurs résultats de 7,9 points (IC95% : -4,4 – 20,3). Lors de l’entretien final, les participants ayant reçu plus de trois séances présentaient des résultats significativement inférieurs à ceux des participants ayant reçu deux ou trois séances de physiothérapie (différence de 15,0 points (IC95% : 1,5 – 28,5 ; $p=0,03$)).

Pour le sous-score « Santé globale », les participants ayant reçu deux ou trois séances de physiothérapie rapportaient des résultats significativement inférieurs aux participants n’ayant reçu qu’une séance aux deux temps de l’étude. Lors de l’entretien initial, la différence était de 15,9 points (IC95% : 3,3 – 28,4 ; $p = 0,02$) et lors de l’entretien final de 13,6 points (IC95% : 1,3 – 25,9 ; $p = 0,03$) (Figure 12).

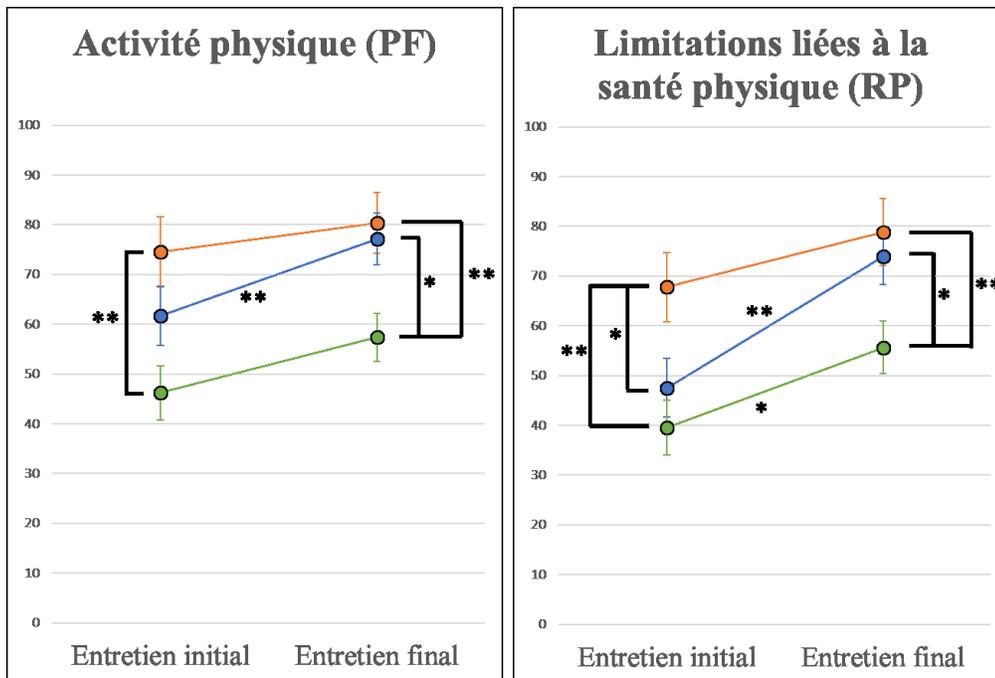
Pour le sous score « État psychique », les participants ayant reçu une séance de physiothérapie rapportaient une amélioration de leurs résultats de 10,4 points (IC95% : 4,7 – 16,1 ; $p < 0,01$) entre les deux entretiens alors que les autres participants ne rapportaient pas de différences significatives (augmentation de 6,4 (IC95% : -3,6 – 16,4) pour les participants ayant reçu deux ou trois séances et 2,4 (IC95% : -6,0 – 10,8) pour les participants ayant reçu plus de trois séances). Lors de l’entretien final, les participants ayant reçu une séance de physiothérapie rapportaient des résultats supérieurs de 17,1 points (IC95% : 2,4 – 31,8; $p = 0,02$) aux participants ayant reçu deux ou trois séances, et de 17,8 points (IC95% : 5,8 – 29,7; $p<0,01$) aux participants ayant reçu plus de trois séances de physiothérapie (Figure 12).

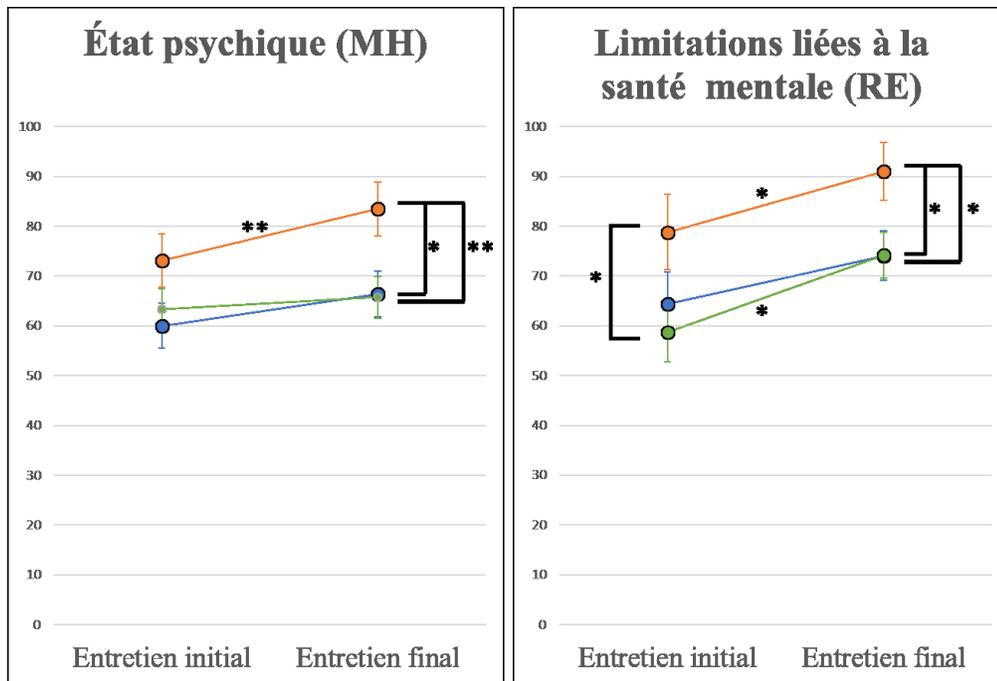
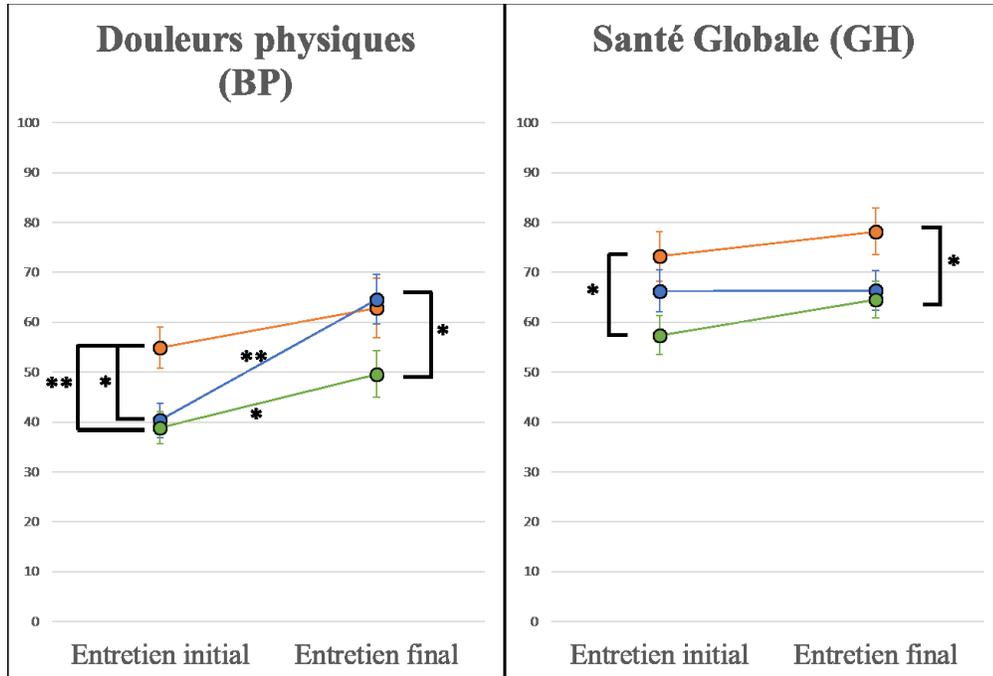
Enfin, pour le sous-score « Vitalité », les participants ayant reçu une séance de physiothérapie rapportaient des résultats supérieurs aux deux temps de l’étude par rapport aux participants ayant reçu plus de trois séances. Lors de l’entretien initial, la différence significative était de 15,1 points (IC95% : 3,4 – 26,8 ; $p = 0,01$) et elle était de 19,6 points (IC95% : 7,9 – 31,2 ; $p<0,01$) lors de l’entretien final.

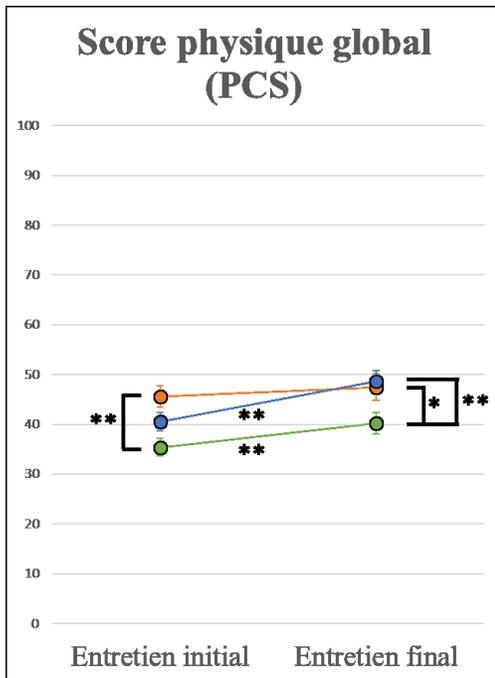
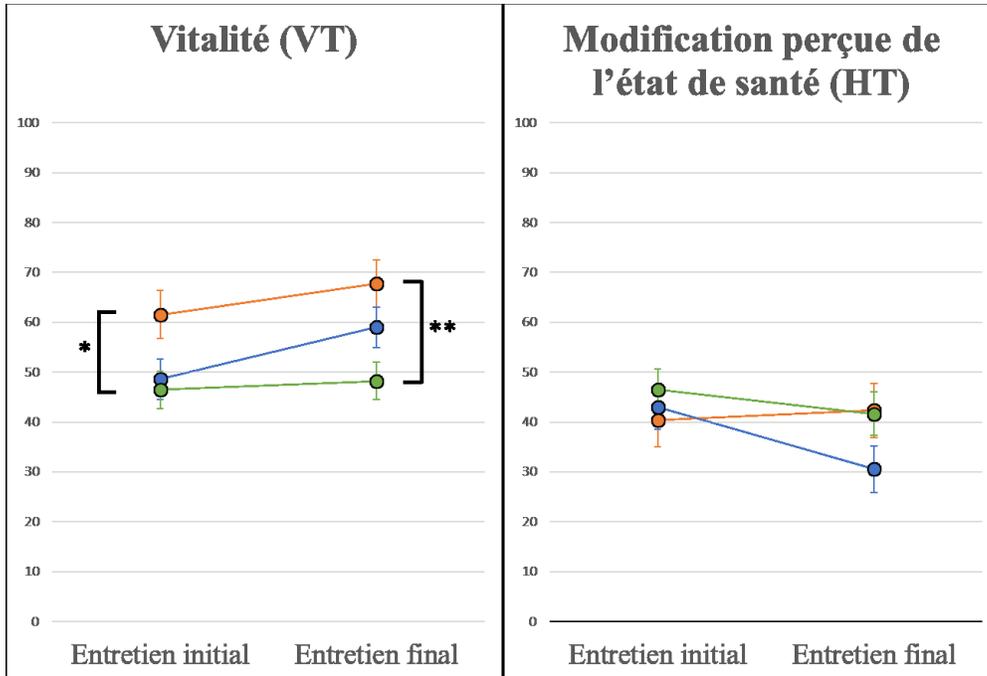
Finalement, concernant le domaine « Score physique global » (Figure 12), les participants ayant reçu une séance de physiothérapie rapportaient des résultats supérieurs aux

deux temps de l'étude par rapport aux participants ayant reçu plus de trois séances. Lors de l'entretien initial, la différence significative était de 10,1 points (IC95% : 4,8 – 15,4 ; p < 0,01) et elle était de 7,2 points (IC95% : 0,2 – 14,2 ; p = 0,04) lors de l'entretien final. Lors de l'entretien final, les participants ayant reçu plus de trois séances de physiothérapie rapportaient également des résultats inférieurs aux participants ayant reçu deux ou trois séances (différence de 8,7 points (IC95% : 2,4 – 14,4; p < 0,01)). Entre les deux entretiens, les participants ayant reçu plus de trois séances de physiothérapie ont rapporté des améliorations de leurs résultats de 4,8 points (IC95% : 1,2 – 8,5; p = 0,01) et ceux ayant reçu deux ou trois séances de 8,1 points (IC95% : 4,3 – 12,0 ; p < 0,01), alors que l'amélioration de 1,9 point (IC95% : -2,6 – 6,4) des participants ayant reçu une séance de physiothérapie n'était pas significative.

Figure 12 : Résultats aux scores « Activité physique », « Limitations liées à la santé physique », « Douleurs physiques », « Santé globale », « État psychique », « Limitations liées à la santé mentale », « Vitalité » et « Score physique global » du questionnaire SF-36v2 en fonction du nombre de séances reçues en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n= 52).







* = différence significative au niveau alpha 5% ; ** = différence significative au niveau alpha 1%

5.2.11. Association entre les changements au questionnaire SF-36v2 et l'état d'incapacité initiale

Tel que décrit dans la section 4.2.5, les résultats obtenus aux différents questionnaires d'incapacité lors de l'entretien initial ont été normalisés afin d'obtenir une variable continue commune à tous les participants. L'état d'incapacité initiale s'exprime en pourcentage où un résultat élevé correspond à un fort sentiment d'incapacité.

La corrélation entre le changement au questionnaire SF-36v2 et le degré d'incapacité fonctionnelle exprimé lors de l'entretien initial était significative pour le sous-score « Activité physique » PF ($r = 0,32$; $p = 0,02$). Le coefficient de corrélation indique que plus le score d'incapacité initiale était élevé, plus l'évolution du score PF entre les deux entretiens était importante. Les corrélations mesurées pour les autres scores du questionnaire SF-36v2 et le degré d'incapacité fonctionnelle exprimé lors de l'entretien initial n'étaient pas significatives.

Tableau 18: Corrélations entre le résultat au questionnaire d'incapacité fonctionnelle rempli lors de l'évaluation initiale en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et les changements au questionnaire SF-36v2 (n = 52)

	Coefficient de corrélation	Valeur p
Activité physique (PF)	0,32*	0,02
Limitations liées à la santé physique (RP)	0,21	0,15
Douleurs physiques (BP)	-0,02	0,90
Santé Globale (GH)	0,01	0,95
Bien-être social (SF)	0,24	0,09
État psychique (MH)	0,13	0,38
Limitations liées à la santé mentale (RE)	0,19	0,17
Vitalité (VT)	0,09	0,53
Modification perçue de l'état de santé (HT)	-0,07	0,63
Score physique global (PCS)	0,17	0,24
Score mental global (MCS)	0,14	0,31

5.2.12. Association entre les changements au questionnaire SF-36v2 et le niveau de prise en charge interdisciplinaire

Le nombre d'interactions entre le physiothérapeute et les autres professionnels du GMF-U HMR était significativement corrélé avec l'évolution des scores « Limitations liées à la santé mentale » RE ($r = -0,30$, $p = 0,03$) et « Score mental global » MCS ($r = -0,27$, $p < 0,05$). Les coefficients de corrélations négatifs indiquent que plus le nombre d'interactions était important, plus l'évolution de ces deux scores durant la période d'étude était faible. Les corrélations entre les autres scores obtenus au questionnaire SF-36v2 et le nombre d'interactions entre le physiothérapeute et les autres professionnels du GMF-U HMR n'étaient pas significatives.

Tableau 19: Corrélations entre le nombre d'interactions entre le physiothérapeute et les autres professionnels du Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et les évolutions des sous-scores du questionnaire SF-36v2 des participants à l'étude (n=52).

	Coefficient de corrélation	Valeur p
Activité physique (PF)	0,08	0,55
Limitations liées à la santé physique (RP)	-0,11	0,46
Douleurs physiques (BP)	0,03	0,81
Santé Globale (GH)	0,02	0,91
Bien-être social (SF)	-0,14	0,34
État psychique (MH)	-0,12	0,41
Limitations liées à la santé mentale (RE)	-0,30*	0,03
Vitalité (VT)	-0,11	0,43
Modification perçue de l'état de santé (HT)	-0,13	0,38
Score physique global (PCS)	0,14	0,34
Score mental global (MCS)	-0,27*	0,049

Les participants ont exprimé leur perception de l'interdisciplinarité de leur prise en charge au sein du GMF-U HMR à l'aide du questionnaire « Perception de l'efficacité de l'équipe de soins ». Le score global de la section « les processus de l'équipe de soins » n'était corrélé à aucune évolution des scores du questionnaire SF-36v2 (voir annexe 15). Au sein de la dimension « Perception » de la section « Processus de l'équipe de soins », plusieurs thèmes étaient

néanmoins corrélés à certains scores du questionnaire SF-36v2. Ainsi, une haute perception d'efficacité aux thèmes « Efficacité », « Coordination », « Cohésion de l'équipe » et « Résolution de problèmes » s'accompagnait d'une meilleure évolution aux scores physiques (PF, RP et PCS) et mentaux (RE et HT) (voir annexe 15). Enfin, le score de la section « Résultats de soins » était corrélé avec le score « Limitations liées à la santé physique » RP de manière significative ($r = 0,31$, $p = 0,03$). Le coefficient de corrélations indique que plus il y a un sentiment d'efficacité des équipes de soins positif sur les résultats de soins, plus l'évolution à ce score physique du questionnaire SF-36v2 était importante et donc plus il y aura une perception d'évolution positive de l'état de santé perçu.

Les participants ont exprimé leur satisfaction envers le service de physiothérapie à la suite de leur évaluation initiale en physiothérapie (questionnaire VSQ9 rempli lors de l'entretien initial) et envers les soins en physiothérapie (questionnaire MedRisk rempli lors de l'entretien final).

Aucune corrélation significative n'a été retrouvée entre les résultats au VSQ9 et le changement aux scores du SF-36v2. En revanche, les corrélations étaient significatives entre les résultats au questionnaire MedRisk et le changement pour les sous-scores MH ($r = -0,30$, $p = 0,03$) et HT ($r = -0,35$, $p = 0,01$). Les coefficients de corrélations négatifs indiquent que plus la satisfaction envers le processus de soins était importante, moins l'évolution pour ces deux sous-scores mentaux était importante. Ainsi, les participants ayant eu les plus faibles évolutions à ces deux scores étaient ceux qui ont exprimé la meilleure satisfaction envers le processus de soins.

Tableau 20 : Corrélations entre les évolutions au questionnaire SF-36v2 des participants à l'étude et les satisfactions exprimées envers l'évaluation en physiothérapie et envers la prise en charge en physiothérapie au Groupe de Médecine de Famille Universitaire de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (n=52).

	Satisfaction envers l'évaluation en physiothérapie exprimée à l'aide du questionnaire VSQ9		Satisfaction envers la prise en charge en physiothérapie exprimée à l'aide du questionnaire MedRisk	
	Coefficient de corrélation	Valeur p	Coefficient de corrélation	Valeur p
Activité physique (PF)	0,29	0,11	-0,11	0,47
Limitations liées à la santé physique (RP)	-0,18	0,33	0,01	0,94
Douleurs physiques (BP)	-0,02	0,91	0,10	0,49
Santé Globale (GH)	0,20	0,27	-0,01	0,94
Bien-être social (SF)	-0,15	0,39	0,03	0,82
État psychique (MH)	0,02	0,93	-0,30*	0,03
Limitations liées à la santé mentale (RE)	0,09	0,61	-0,21	0,13
Vitalité (VT)	-0,15	0,39	-0,02	0,88
Modification perçue de l'état de santé (HT)	0,01	0,98	-0,35*	0,01
Score physique global (PCS)	0,09	0,62	0,12	0,41
Score mental global (MCS)	-0,08	0,66	-0,22	0,12

Chapitre 6. Discussion

Le projet présenté dans le cadre de ce mémoire visait à décrire le modèle de pratique de la physiothérapie intégrée à un service de soins de première ligne pour les patients souffrant de pathologies musculosquelettiques. Dans ce but, le projet s'est basé sur deux études, l'une rétrospective ayant étudié les dossiers de 99 patients du GMF-U HMR; et une autre étude prospective, ayant inclus 52 participants parmi les patients de ce même GMF-U HMR.

Dans les deux études, l'analyse des dossiers des participants a permis de décrire la clientèle ayant consulté en physiothérapie au GMF-U HMR, ainsi que les soins qui leur ont été prodigués au sein de cette même structure. La clientèle était âgée en moyenne de 52 à 57 ans, essentiellement composée de femmes. En moyenne, la clientèle présentait des critères socio-économiques inférieurs à la moyenne nationale et de faibles facteurs de comorbidités. Les patients souffraient de pathologies musculosquelettiques affectant principalement le rachis, les épaules et les genoux, ayant un impact sur leur qualité de vie et leurs fonctions. Après avoir attendu en moyenne entre 103 jours (étude rétrospective) et 123 jours (étude prospective), l'ensemble des patients ont reçu une évaluation en physiothérapie. La prise en charge typique en physiothérapie qui en découlait était principalement basée sur des exercices à domicile et de l'éducation thérapeutique. Le congé en physiothérapie était donné au bout de 90 jours en moyenne, après une moyenne de 5 séances de physiothérapie. Durant cette prise en charge, les interactions du physiothérapeute avec les autres membres du GMF-U concernant les dossiers des patients étaient peu fréquentes.

Dans ce contexte de soins, l'étude prospective a permis de démontrer l'intérêt pour les patients d'une telle prise en charge sur leurs fonctions et leur qualité de vie, avec notamment une amélioration significative au questionnaire SF-36v2. Les participants ont exprimé un haut niveau de satisfaction envers le service de physiothérapie du GMF-U HMR, aussi bien à la suite de leur évaluation initiale en physiothérapie que trois mois après. Enfin, les participants ont exprimé un haut niveau de confiance envers le GMF-U et son personnel quant à sa capacité à fournir des soins interdisciplinaires dans la prise en charge des pathologies musculosquelettiques.

Dans cette discussion, nous répondrons d'abord aux objectifs spécifiques de description du modèle de soins et de la clientèle ayant consulté en physiothérapie au GMF-U HMR. Nous discuterons ensuite deux axes de réflexion sous-jacents à ce fonctionnement, qui sont les critères de priorisation pour gérer la clientèle et l'interdisciplinarité, spécificité de ce modèle de soins et piste d'amélioration des soins.

6.1. Description de la clientèle

Le premier objectif spécifique de ce projet était de décrire la clientèle ayant recours à la physiothérapie au sein du GMF-U HMR. Cet objectif reposait principalement sur l'étude rétrospective, complété par les données recueillies lors de l'étude prospective.

L'âge de la clientèle et les motifs de consultation étaient des éléments d'intérêt pour décrire la clientèle. La moyenne d'âge était plus élevée lors de l'étude prospective (56,6 ans \pm 15,5) comparativement aux données issues de l'étude rétrospective (51,7 ans \pm 17,5). Cet écart peut être expliqué par l'exclusion, dans l'étude prospective, des patients mineurs. L'étendue d'âges reflète la diversité des pathologies prises en charge au GMF-U HMR. En effet, les patients mineurs ont surtout consulté pour des troubles de croissance ou traumatiques, alors que les participants les plus âgés ont principalement consulté pour des pathologies d'apparition progressive. L'absence de patients présentant des troubles autres que d'origine musculosquelettique peut avoir modifié l'étendue des âges, notamment par l'absence de patients présentant des troubles pédiatrique ou gériatrique, ce qui a pour effet de minimiser les catégories d'âges extrêmes.

Lors de l'étude rétrospective, l'ensemble des patients ayant consulté en physiothérapie au sein du GMF-U HMR présentait des troubles musculosquelettiques. Aucun patient n'avait été référé en physiothérapie pour un trouble neurologique, cardiorespiratoire ou bien encore gériatrique pour lesquels la physiothérapie a pourtant été démontrée comme efficace (84). Lors de l'étude prospective, six patients présentaient de tels troubles et ont dû être exclus de l'étude. Il est à noter qu'à notre connaissance, aucun document officiel du GMF-U HMR n'est à la disposition des référents pour leur expliquer le champ des compétences du physiothérapeute. La physiothérapie étant principalement reconnue pour son expertise dans le domaine musculosquelettique, ceci pourrait expliquer ce haut pourcentage des troubles musculosquelettiques dans les références faites par les médecins lors de l'étude rétrospective. Le manque de référence de patients en physiothérapie pour les troubles non-musculosquelettiques peut être considéré comme une faiblesse du GMF-U HMR dans la mission d'accessibilité aux soins pour tous, quelle que soit l'origine de son trouble. Dans l'un des rares documents décrivant la pratique de la physiothérapie au sein d'un autre GMF (187), la répartition des pathologies musculosquelettiques était similaire, mais il existait aussi une part non négligeable de références pour des troubles non-musculosquelettiques. Dans cet autre GMF, l'intégration de la physiothérapie était plus ancienne. La présence d'un physiothérapeute a donc pu

modifier, au cours du temps, les pratiques de référence des médecins dans cet établissement. Néanmoins, ce faible taux de patients souffrant de pathologies non-musculosquelettiques peut avoir été biaisé par la présence au sein des médecins référents d'un médecin de famille ayant une spécialité en locomoteur. Il a référé 15% des patients inclus dans l'étude rétrospective, ce qui représente un fort taux quand il est mis en lien avec le nombre de médecins référents possible au sein du GMF-U. Étant spécialisé dans les troubles musculosquelettiques, il connaît potentiellement mieux les spécificités de la physiothérapie et est donc sujet à référencer plus facilement ces patients en physiothérapie. Deuxièmement, ce médecin a participé activement au recrutement du physiothérapeute et a donc potentiellement pu commencer à référer ses patients avant les autres médecins du GMF-U, ceux-ci ayant donc un avantage temporel de prise en charge, avant la mise en place des critères de priorisation et donc un avantage d'inclusion dans cette étude. Il s'agirait donc ici d'une forme de biais de sélection, à la fois en surreprésentant ce médecin parmi les référents en physiothérapie, mais aussi en surreprésentant les patients atteints de troubles musculosquelettiques parmi ceux référés en physiothérapie.

Concernant les patients présentant des troubles musculosquelettiques pris en charge par le service de physiothérapie du GMF-U HMR, ils présentaient des pathologies affectant toutes les régions du corps. Une répartition similaire des troubles musculosquelettiques a été retrouvée dans les données de l'autre GMF étudié (187) ainsi que dans les données de cliniques privées (98). Le type de pathologies par région anatomique était relativement similaire entre les deux études. Le service de physiothérapie du GMF-U HMR a pris en charge des troubles musculosquelettiques d'origine traumatique (fractures, entorses et déchirures musculaires) mais aussi des troubles ayant des apparitions progressives. Lors de l'étude rétrospective, aucune donnée prélevée ne permettait de définir la durée de la pathologie et donc le caractère aigu ou chronique du trouble musculosquelettique. Lors de l'étude prospective, un effort a été porté sur l'étude des dossiers médicaux des participants afin de documenter les durées d'attente avant référence en physiothérapie et avant prise en charge en physiothérapie. Ces durées ont été utilisées pour approximer le caractère aigu ou chronique du trouble, les attentes plus longues étant interprétées comme reflétant un trouble chronique. Les temps cumulés de 26 participants dépassaient les 250 jours, alors que ceux de 8 participants étaient inférieurs à 30 jours. L'importance des écarts types en rapport aux moyennes de ces temps cumulés démontrent ainsi une différence de rapidité de prise en charge entre les participants au sein du GMF-U HMR. Ces observations laissent à penser que des critères de priorisation sont utilisés pour déterminer les patients à traiter rapidement. Ces critères de priorisation semblent favoriser les patients les plus aigus, pouvant traduire une volonté de limiter l'impact sur la qualité de vie de la chronicisation d'un

trouble musculosquelettique. À l'inverse, l'importance de certaines durées cumulées ne soutiennent pas la priorisation des patients en phases les plus chroniques, pourtant démontrés comme gros consommateurs d'offres de soins et en partie responsables du manque d'accès aux soins de première ligne.

Les études menées sur l'état de santé de la population ont démontré que certaines caractéristiques personnelles et socio-économiques pouvaient représenter un risque de dégradation de l'état de santé. Les femmes, les personnes aux plus faibles revenus, isolées socialement et ayant le moins d'éducation présentent le plus de risque d'être en mauvaise santé. Des facteurs médicaux s'ajoutent à cela : la présence d'un surpoids, de maladies associées, de douleurs persistantes, de tabagisme, d'alcoolisme ; ayant tous des effets néfastes sur les troubles musculosquelettiques. La clientèle du service de physiothérapie du GMF-U HMR présentait des facteurs socio-économiques très hétéroclites même si une tendance négative se dessine. Ainsi, la clientèle résidait en majorité (62% des patients de l'étude rétrospective et 57% des participants à l'étude prospective) sur le territoire du CIUSSS de l'Est de l'Île de Montréal auquel est rattaché l'HMR, territoire parmi les plus pauvres de la région. Selon l'indice de défavorisation québécois (137), lors de l'étude rétrospective, 75% des clients du service de physiothérapie du GMF-U HMR vivaient dans des conditions matérielles et/ou sociales inférieures à la moyenne de la population totale de Montréal (132) et 82 % lors de l'étude prospective. L'indice de défavorisation québécois montre un risque d'isolement social en lien avec le lieu de résidence pour les usagers du service de physiothérapie du GMF-U HMR. De même, la majorité des clients du service de physiothérapie du GMF-U HMR était en surpoids, avec un IMC moyen des participants à l'étude prospective à 28,2 et 40% des usagers catégorisés comme obèses. La clientèle présentait donc des facteurs négatifs quant à leurs chances d'évolution favorable de leur pathologie musculosquelettique. Néanmoins, les participants à l'étude prospective vivaient majoritairement en couple, avaient au minimum terminé le collège, avaient un emploi ou touchaient une retraite, et déclaraient des revenus à la hauteur de la moyenne provinciale. De même, les usagers du service de physiothérapie du GMF-U HMR (incluant ici les participants aux études rétrospective et prospective) présentaient un très faible score de comorbidité selon l'indice de Charlson, puisque moins de 10% avaient un score supérieur à trois. La variabilité de présence de facteurs négatifs chez les patients du service de physiothérapie du GMF-U HMR laisse donc envisager un impact sur la qualité de vie et la fonction des participants à l'étude prospective, dont les résultats devront être modérés à la lecture de ces caractéristiques de la population.

La présence de ces facteurs socio-économiques négatifs quant aux conditions de vie et donc de l'état de santé peut avoir un impact sur la qualité de vie perçue des clients du service de physiothérapie du GMF-U HMR. Lors de l'entretien initial des participants à l'étude prospective, les niveaux de qualité de vie perçue rapportés à l'aide du questionnaire SF-36v2 montraient une atteinte de l'état de santé physique plus qu'au niveau mental, sans toutefois exprimer une diminution importante de la qualité de vie (39,7 % ($\pm 8,7$) pour le « Score physique global » PCS versus 45,6% ($\pm 12,5$) pour le « Score mental global » MCS). Les résultats les plus bas étaient pour les sous-scores de santé physique, « Limitations liées à la santé physique » RP et « Douleurs physiques » BP ; alors que les plus élevés étaient les sous-scores de santé mentale, « État psychique » MH et « Limitations liées à la santé mentale » RE. Cette diminution de la qualité de vie s'observe également par rapport aux normes établies auprès de la population canadienne par Hopman et collaborateurs (188). Les résultats rapportés à l'ensemble des sous-scores étaient inférieurs à ceux des Canadiens de plus de 75 ans, alors que l'âge moyen des participants était de 56,6 ans, la différence étant plus grande pour les scores physiques que pour les scores mentaux. Les participants à l'étude vivaient dans des conditions matérielles et/ou sociales inférieures à la moyenne de la population de Montréal, ce qui représente un facteur défavorable de bonne perception de qualité de vie. Il a de même été démontré l'impact du surpoids ou de la présence d'un trouble de santé mentale sur la qualité de vie (189, 190). Les caractéristiques démographiques et socio-économiques des participants à l'étude prospective peuvent donc expliquer en partie le décalage des résultats au questionnaire SF-36v2 par rapport aux normes établies par Hopman et collaborateurs.

Il peut également en être de même pour l'état fonctionnel des participants à l'étude prospective. Celui-ci a été recueilli à l'aide de quatre questionnaires d'incapacités différents. Les quatre catégories de participants ainsi créées ont toutes rapporté, lors de l'entretien initial, des scores correspondants un niveau d'incapacité modéré (159, 160, 191, 192). Ces degrés d'incapacités indiquent une fonction n'empêchant pas d'effectuer les actes de la vie quotidienne et/ou l'activité professionnelle, mais limitant les compétences des participants à effectuer ces tâches (159, 160, 163, 191). Certaines conditions personnelles peuvent avoir majoré le sentiment d'incapacité ressenti par les participants. Les questionnaires d'incapacités renseignent principalement sur les capacités à effectuer les actes de la vie quotidienne. Dans ce contexte, les réponses rapportées par les patients peuvent être différentes en fonction de la présence d'aidants ou de la distance des commerces, par exemple en ce qui a trait à la capacité à faire ses courses. L'isolement social et matériel des participants à l'étude exprimé par l'indice Québécois de défavorisation

ainsi que par la proportion de personnes vivant seules (40%), peuvent donc avoir un effet sur le degré d'incapacité exprimé par les participants.

La clientèle du service de physiothérapie du GMF-U HMR présente donc des facteurs négatifs pour leur état de santé et l'altération de leurs fonctions et de leur qualité de vie justifient leur prise en charge en physiothérapie. Néanmoins, l'analyse des critères de priorisation fréquemment utilisés dans les services de réadaptation québécois (82, 83, 193) (5, 194) ne semble pas permettre d'envisager une prise en charge de ces patients dans le système public. En cas d'incapacité pour ces patients à s'acquitter du prix d'une séance de physiothérapie dans le privé, par absence d'assurance privée et par manque de moyens, l'accès aux soins gratuits de physiothérapie au sein du GMF-U HMR est donc nécessaire afin de limiter le risque de dégradation de leur état de santé. Aucune donnée spécifique sur la capacité d'accès à ces soins dans le domaine privé n'a été recueillie auprès des participants. Néanmoins, le caractère socio-économique défavorisé de la majorité des clients laisse envisager de l'intérêt du service de physiothérapie du GMF-U HMR pour ces patients. Le service de physiothérapie semble donc avoir un grand rôle à jouer au sein du GMF-U HMR afin de décharger l'équipe médicale du suivi de ces patients n'ayant pas accès à d'autres soins que ceux gratuits fournis par le GMF-U HMR.

6.2. Prise en charge des patients au GMF-U HMR

Le deuxième objectif spécifique de ce projet était de décrire le modèle de prise en charge des patients référés en physiothérapie au sein d'un service de soins de première ligne. Notre étude met en évidence un modèle de pratique de la physiothérapie par référence médicale qui, malgré la proximité des autres professionnels de santé, reste peu basé sur l'interdisciplinarité. La prise en charge en physiothérapie fait suite à une prise en charge médicale au sein du GMF-U HMR, respectant les guides de pratique et similaire aux prises en charge médicales effectuées au sein de l'ensemble des GMF du Québec. D'après nos résultats, le modèle de pratique de la physiothérapie intégrée au GMF-U HMR vise essentiellement l'autonomisation du patient, vraisemblablement en raison d'une offre de soins en physiothérapie limitée.

Afin de documenter le parcours de soins reçu par les patients du service de physiothérapie du GMF-U HMR, la spécialité du professionnel de santé à l'origine de la référence en physiothérapie était relevée dans le dossier. Tous les professionnels référents potentiels (médecin de famille, résidents, IPSPL) étaient représentés parmi les référents permettant donc un accès possiblement facilité aux soins de

physiothérapie pour tous les patients inscrits au GMF-U. Les IPSPL ont référé 4% des patients du service de physiothérapie. Au sein du GMF-U HMR, les IPSPL sont en charge du suivi des personnes diabétiques et des suivis de grossesse (71, 131). Les références émises par les IPSPL étaient ainsi en lien avec cette pratique : la prise en charge de diastase abdominale post-partum de deux patientes et des lombalgies de grossesse pour deux autres. Bien que le taux de référence par les IPSPL soit faible par rapport au nombre de patients que les IPSPL consultent et au risque de présenter une telle pathologie (85% des femmes présenteraient un diastasis post-partum (195)), leur présence représente un avantage pour le GMF-U HMR, ces patients n'ayant pas eu à consulter leur médecin de famille. Il faudrait toutefois consolider les liens avec les IPSPL afin que l'ensemble des patients potentiels puissent profiter de la physiothérapie. En effet, nos données indiquent que les IPSPL n'ont référé aucun de leur patient diabétique alors que la physiothérapie a été démontrée comme efficace sur le contrôle des troubles métaboliques ainsi que sur les conséquences physiques (196).

Lors de l'étude prospective, on remarque une augmentation de la proportion de références effectuées par les résidents par rapport à l'étude rétrospective. Ceux-ci n'ayant pas été inclus dans le processus d'implantation de la physiothérapie au sein du GMF-U, ils étaient probablement moins impliqués et prescrivaient avec plus de retenue lors de l'étude rétrospective. En revanche, au cours de cette deuxième étude, les résidents en poste ont profité de la présence du physiothérapeute dès le début de leur résidence. Ces résidents semblaient ainsi plus sujets à référer en physiothérapie. De plus, le physiothérapeute du GMF-U participait à des activités de formation auprès des résidents, participant ainsi à la connaissance des intérêts de la réadaptation auprès d'eux. La présence d'un physiothérapeute au sein du GMF-U pourrait donc avoir modifié la pratique de ces futurs médecins, ce qui est un exemple des effets de l'interdisciplinarité (58, 65, 66).

La prise en charge des patients référés en physiothérapie au sein du GMF-U HMR reposait préalablement sur une évaluation médicale. Celle-ci semble respecter les guides de pratique, qu'il s'agisse du recours aux tests, imageries ou demande d'avis complémentaires par un spécialiste (177-179). Au niveau de la prise en charge médicale qui découlait de cette évaluation médicale, on a observé que 73% des patients ont eu une prescription médicamenteuse. Les résultats sur l'altération de la fonction et de la qualité de vie des participants à l'étude prospective justifient cette utilisation mais doivent néanmoins soulever la question du recours à la pharmacopée pour des limitations modérées. On retrouvait ainsi une forte utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), très utilisés dans les troubles

musculosquelettiques, mais décriés pour leur surutilisation dans la population et les risques gastriques, hépatiques et vasculaires chez les populations fragiles (197-200). Le risque en lien avec les AINS est surtout lié à la présence de comorbidités (201), qui étaient peu présentes chez nos participants (indice de Charlson très faible). L'utilisation d'AINS chez les usagers du service de physiothérapie du GMF-U HMR semble donc respecter les normes de pratique (197-200).

D'autre part, nos résultats à l'étude rétrospective ont montré que 5% des patients ont reçu au cours de leur prise en charge médicale un traitement morphinique. À l'inverse, 20% des participants à l'étude prospective ont reçu un tel traitement. Il semble indispensable de comprendre les raisons de cet écart, puisqu'il s'agit d'une augmentation majeure des prescriptions sur une période de deux ans, ce qui va à l'encontre de toutes les recommandations (202-204). En effet, les guides de pratique incitent à limiter le recours aux opioïdes afin de diminuer le risque de dépendance en lien avec ces médicaments. Des études plus poussées sur le sujet semblent donc nécessaire à mener au sein du GMF-U HMR afin d'analyser les raisons de cette augmentation. L'interprétation des résultats de l'étude prospective doit donc être faite en tenant compte de cette évolution des traitements pharmacologiques et donc de la présence de douleurs.

La disponibilité des professionnels au sein même de l'institution de soins semble déterminer l'usage des références de la part des médecins de famille. Ainsi, alors que le recours aux physiatres était minime et respectait les guides de pratique (178), le médecin de famille ayant une spécialité en locomoteur était fréquemment sollicité afin d'effectuer les injections intra-articulaires et/ou péri-tendineux de glucocorticoïdes. Ce geste fait partie des compétences du médecin de famille mais est régulièrement effectué par les spécialistes sur demande du médecin de famille (178). La présence au sein du GMF-U HMR de ce médecin pourrait avoir limité ainsi le recours à des références en orthopédie. De même, alors que les soins de réadaptation ont été démontrés comme efficaces dans la prise en charge des troubles musculosquelettiques (202, 205), aucune référence à d'autres professionnels de la santé (podiatre, massothérapeute, ergothérapeute) n'a été retrouvée. Ces modalités thérapeutiques n'étant pas disponibles au sein du GMF-U HMR, les médecins étaient probablement moins enclins à référer leurs patients vers ces professionnels. Face au niveau socio-économique faible des patients du GMF-U, les médecins de famille utilisaient probablement peu ces ressources, sujets aux mêmes problématiques d'accessibilité que la physiothérapie (3, 5, 206). À l'inverse, alors que l'acupuncture ne fait pas partie des priorités quant à la prise en charge des troubles musculosquelettiques dans les guides de pratique, sept patients ont été référés en acupuncture par les prescripteurs du GMF-U. La venue d'étudiants en acupuncture au sein du GMF-U pratiquant à coût réduit, peut expliquer le nombre de références en acupuncture. La présence de

professionnels de santé au sein de la structure du GMF-U semble donc être un incitateur à la référence de la part des médecins, ce qui renforce l'importance du financement de services professionnels du MSSS versées aux GMF.

Le lien entre disponibilité des ressources et pratique de référence s'observe également pour les soins de physiothérapie. Ainsi, la majorité des participants à l'étude rétrospective ont été référés en physiothérapie dès le diagnostic initial, constituant un facteur positif quant à l'évolution de leur fonction (101). De même, 18 participants n'ont pas été référés en physiothérapie lors du diagnostic initial en raison de l'absence de physiothérapeute à ce moment-là, mais l'ont été dès la création du service de physiothérapie. La présence du service de physiothérapie au sein même du GMF-U HMR a donc modifié la pratique des médecins. Au regard des analyses de l'évolution des résultats au questionnaire SF-36v2 par rapport au moment de la référence en physiothérapie, la présence d'un physiothérapeute au sein de la structure de soins de première ligne est donc un facteur prédictif positif de bonne santé pour les usagers. La présence d'un effet de groupe en fonction du moment de la référence en physiothérapie montre l'effet durable et négatif de la durée des symptômes avant traitement, sur la qualité de vie. Les participants en phase chronique (i.e. symptômes apparus depuis au moins six mois) exprimaient systématiquement des résultats inférieurs aux scores physiques par rapport aux autres participants. Néanmoins, l'absence d'interaction entre les facteurs « temps » et « groupe » semble indiquer l'efficacité équivalente de la physiothérapie envers les participants, quel que soit le moment de la référence. La disponibilité d'un physiothérapeute au sein de la structure de soins de première ligne permettrait donc de limiter la baisse de qualité de vie avec un retour plus rapide au niveau préalable à la pathologie.

Une fois référés en physiothérapie, les participants à l'étude rétrospective ont attendu en moyenne 100 jours pour consulter le physiothérapeute et 20% des participants ont attendu plus de six mois. Ces délais représentent un risque pour la détérioration de leur condition (76). Néanmoins, ces délais sont inférieurs à ceux retrouvés dans les services publics à travers le Québec (194), mais supérieurs à ceux des cliniques privées. Lors de l'étude prospective, la durée entre la référence et l'évaluation en physiothérapie était de 120 jours, ce qui représente un allongement du temps d'attente par rapport à la première étude. Lors des deux études le physiothérapeute n'exerçait que 15 heures par semaine, ce qui limite le volume de patients rencontrés. Le temps d'attente étant en lien avec la disponibilité du service mais également du nombre de patients placés sur la liste d'attente, il serait intéressant d'étudier l'évolution de la taille de cette liste d'attente.

L'analyse des résultats au questionnaire SF-36v2 en fonction du temps d'attente avant évaluation en physiothérapie (i.e. temps entre le moment de la référence et l'évaluation en physiothérapie) a démontré une différence d'efficacité chez les participants à l'étude prospective. La physiothérapie au sein du GMF-U HMR était plus efficace auprès des patients ayant le délai d'attente le plus court. Les patients ayant les délais d'attente les plus courts entre la référence médicale et la prise en charge en physiothérapie avaient donc plus de chances d'évoluer favorablement que ceux ayant attendus le plus longtemps. L'analyse des temps cumulés (i.e. temps entre l'apparition des symptômes et l'évaluation en physiothérapie) laisse envisager que les participants ayant les troubles les plus chroniques présentent ainsi des qualités de vie plus faibles que les ceux ayant des troubles aigus ainsi qu'une évolution qui sera plus lente. Le GMF-U HMR semble donc offrir aux clients souffrant de pathologies aiguës de meilleures chances de récupération qu'à ces clients ayant les pathologies les plus chroniques.

Le service de physiothérapie du GMF-U HMR respectait l'ensemble des obligations légales imposées par l'OPPQ et le Code des Professions (84, 134, 135). Bien que travaillant sous référence médicale, le physiothérapeute a effectué une évaluation en physiothérapie pour chacun des participants. La première entrevue en physiothérapie était systématiquement consacrée à cette évaluation. Une fois l'évaluation terminée, le physiothérapeute posait un diagnostic physiothérapique et proposait un plan de traitement, discuté et validé par le patient (135). L'ensemble des résultats de l'évaluation, le diagnostic et le plan de traitement étaient ajoutés au dossier médical du patient et étaient ainsi disponibles à l'ensemble du personnel soignant du GMF-U. Lors des entrevues de physiothérapie suivantes, le physiothérapeute effectuait un contrôle systématique de l'évolution de la pathologie et toute modification était systématiquement annotée au dossier (135). Aucune interaction avec d'autres professionnels de santé du GMF-U HMR n'a découlé de ces notes au dossier. La pratique de la physiothérapie au sein du GMF-U HMR semble donc être basée sur le partage d'information, plus que sur la concertation.

Enfin, les modalités de prise en charge en physiothérapie respectaient généralement les recommandations de la littérature avec notamment une volonté de rendre le patient actif de sa réadaptation (9, 96, 207). En plus de fournir un temps d'éducation thérapeutique sur la pathologie à chacun des usagers du service de physiothérapie, ceux-ci recevaient également une éducation et des conseils d'auto-gestion de la douleur et des symptômes. L'importance de cette éducation thérapeutique a augmenté entre les deux études puisque lors de l'étude rétrospective, 64% des participants avaient reçu un temps d'éducation alors que 100% des participants à la seconde étude en ont profité. De même, tel que recommandé dans la

littérature (208-210), l'accent était mis sur la pratique régulière d'exercices, visible à travers la prescription de programmes d'exercices à domicile à exécuter de manière quotidienne pour l'ensemble des participants aux deux études. Le physiothérapeute avait recours à des exercices réalisables à domicile à l'aide du simple poids du corps et, dans de rares cas, à l'aide d'élastiques. L'utilisation de matériel de renforcement (poids libres ou machines) ou d'appareils d'électrothérapie peut rendre le patient dépendant de la disponibilité de ce matériel, ce qui va à l'encontre du principe d'autonomie. L'absence de ces modalités de traitement dans cette étude peut donc être expliquée par une volonté de ne pas aller à l'encontre du principe d'autonomie. De même, l'usage fréquent de la thérapie manuelle auprès des patients pourrait nuire à ce principe d'autonomisation. Néanmoins, certaines études semblent démontrer d'un intérêt supérieur de l'association thérapie manuelle orthopédique et exercices par rapport aux exercices seuls (45, 211, 212). De plus, la thérapie manuelle est une des modalités de physiothérapie ayant à ce jour démontré du plus grand intérêt dans un cadre de nombre de séances restreint (213-215). L'augmentation du recours à la thérapie manuelle (75% des participants de l'étude prospective en ont profité contre 40% dans la première étude) peut s'expliquer par une variation dans les pathologies prises en charge au cours de ces deux études. Ceci peut également s'expliquer par le fait que lors de la première étude, l'un des physiothérapeutes avait reçu une formation spécialisée en thérapie manuelle orthopédique, à l'inverse du deuxième physiothérapeute. Le physiothérapeute avec cette formation spécifique était encore en poste durant la seconde étude et était donc plus sujet à proposer cette modalité à l'ensemble de ses patients.

6.3. Évolution des fonctions et de la qualité de la vie à la suite d'une prise en charge en physiothérapie au sein du GMF-U HMR

Le troisième objectif spécifique de ce projet était d'évaluer l'intérêt du service de physiothérapie du GMF-U HMR pour ses usagers sur leurs fonction et qualité de vie selon les modalités de prise en charge présentées précédemment.

Les participants ont exprimé une amélioration de leur qualité de vie durant la période de trois mois de l'étude prospective. Tous les scores et domaines se sont améliorés significativement, à l'exception du sous-score « Bien-être social » SF dont l'évolution montre seulement une tendance à l'amélioration. Néanmoins, les résultats obtenus lors de l'entretien final demeuraient inférieurs à ceux de la population saine d'âge équivalent (188). Le niveau de qualité de vie des participants à l'étude lors de l'entretien final était néanmoins semblable à celui de patients atteints de troubles musculosquelettiques pris en charge en

physiothérapie (124, 216, 217) ou traités médicalement (225,226). La grande variabilité des pathologies des participants à l'étude rend néanmoins les comparaisons difficiles, puisqu'il a été également retrouvé des études où les participants présentaient de bien meilleures qualités de vie (216, 217).

L'état fonctionnel ressenti des participants a été recueilli à l'aide de quatre questionnaires d'incapacités différents. Les quatre catégories de participants ainsi créés ont toutes rapportées lors de l'entretien initial des scores correspondant à un niveau d'incapacité modéré (159, 160, 191, 192). Les participants à l'étude rapportaient un degré d'incapacité considéré comme globalement léger lors de l'entretien final (160, 163, 191). Les évolutions de résultats entre les deux entretiens correspondent toutes à des diminutions des incapacités et donc à une amélioration de la fonction. Néanmoins, cette évolution de fonction était non significative pour les participants ayant des pathologies rachidiennes ou des membres inférieurs. Pour les participants souffrant de troubles lombaires ou du membre inférieur, les analyses démontrent néanmoins une tendance, limitée par la dispersion des résultats. Les évolutions moyennes étaient inférieures aux différences minimales cliniquement importantes (DMCI) pour les participants cervicalgiques (151-153) et lombalgiques (159). Les participants présentant un trouble des membres ont eu une évolution cliniquement intéressante, car supérieures aux DMCI de 10% pour le DASH (163, 164) et de 9 points pour le LEFS (192).

Les différences de qualité de vie et d'incapacité fonctionnelle perçue par rapport à celles retrouvées dans la littérature doivent être mises en lien avec le type de prise en charge (autonomisation versus intensive). Cette différence de prise en charge peut ainsi avoir des effets différents sur les effets à long terme non-évalués dans le cadre de ce projet. On peut ainsi envisager qu'une prise en charge basée sur l'autonomisation aura des effets à court terme inférieurs à ceux d'une prise en charge active intensive, mais dont les effets perdureront plus longtemps. De plus, certains participants à l'étude n'avaient pas terminé leur prise en charge en physiothérapie au moment de l'entretien final. Ces patients n'ayant pas encore eu congé n'avaient probablement pas encore atteint le plateau de leur progression, expliquant une part des écarts-types des résultats. Lors de l'analyse des résultats des seuls patients ayant reçu un congé de la part du physiothérapeute, les niveaux de qualité de vie étaient similaires entre les participants lors de l'entretien final alors même qu'il existait des variations entre participants lors de l'entretien initial. Ceci semble démontrer la capacité du physiothérapeute à définir le nombre de séances de physiothérapie permettant aux participants d'atteindre un niveau de qualité de vie visé au moment du congé. Afin de

confirmer cela, une étude plus longue aurait permis de suivre les participants encore en traitement en physiothérapie jusqu'à leur congé, et ainsi confirmer ce postulat.

L'observance au traitement était un facteur non contrôlé qui pourrait également être responsable d'une grande variation des résultats. L'observance aux traitements de la part des participants est primordiale à l'efficacité de la prise en charge en physiothérapie dans le contexte d'autonomisation du patient. Cette variable non contrôlée ne peut qu'être extrapolée par la régulière modification par le physiothérapeute des programmes d'exercices, laissant envisager un besoin d'adaptation en lien avec l'amélioration de l'état de santé du participant. À l'inverse, le congé anticipé en physiothérapie de participants sans accord du physiothérapeute tend à démontrer un faible investissement personnel de la part de ces participants. La variabilité des évolutions aux scores d'incapacité pourrait être expliquée par cette variabilité de l'observance au traitement. De même, il a été démontré que l'observance au traitement est en partie liée à des facteurs sociodémographiques. Ainsi, l'âge avancé, le sexe féminin, un faible niveau scolaire ou un emploi précaire sont autant de facteurs pouvant influencer négativement l'observance au traitement en physiothérapie. La population desservie par le GMF-U HMR et ses caractéristiques socio-économiques pourraient contribuer aux variations d'observance au traitement et donc la variabilité d'efficacité de la prise en charge en physiothérapie. Malgré cette variabilité d'observance au traitement, l'évolution des résultats aux questionnaires d'incapacité était en majorité positive, ce qui semble démontrer l'efficacité de la physiothérapie intégrée au GMF-U à prendre en charge les patients atteints de troubles musculosquelettiques.

L'absence de groupe témoin ne permet pas d'observer l'importance de la récupération naturelle sans apport de la physiothérapie. Le respect des règles éthiques à la recherche interdit de priver des patients de soins dont ils ont besoin. Il n'était donc pas possible de former un groupe témoin à partir des patients se présentant pour leur première entrevue en physiothérapie. Il serait néanmoins possible d'envisager de futures études incluant des participants qui seront leurs propres comparatifs, en les incluant durant leur période d'attente avant prise en charge en physiothérapie. L'évolution naturelle observée durant la période d'attente permettrait une interprétation des évolutions des incapacités et de la qualité de vie par les spécificités propres à chaque participant.

6.4. Satisfaction envers le service de physiothérapie

Les participants à l'étude ont rapporté un très fort taux de satisfaction envers l'évaluation en physiothérapie reçue au GMF-U HMR, avec 94% des participants exprimant une satisfaction au minimum « bonne » au questionnaire VSQ9. L'utilisation du questionnaire MedRisk lors de l'entretien final a permis d'évaluer la satisfaction des participants envers la globalité de leur prise en charge au sein du GMF-U HMR pour leur trouble musculosquelettique. Les participants ont exprimé une très bonne satisfaction envers le processus de soins, 96% des participants exprimant une satisfaction au minimum « bonne ».

De nombreuses études ont démontré que les femmes, les personnes les plus âgées et les personnes atteintes de troubles de santé mentale ont tendance à exprimer une satisfaction plus faible (108, 174, 175, 177, 218). À l'inverse, les personnes aux plus faibles revenus et résidants dans des conditions socialement et matériellement inférieures à la moyenne nationale ont tendance à exprimer des degrés de satisfaction supérieurs au reste de la population. L'interprétation des satisfactions exprimées au cours de l'étude doit donc être nuancée selon ces facteurs fréquemment retrouvés chez nos participants. De la même manière, des études ont démontré le lien entre la satisfaction et l'efficacité du traitement (108, 175, 218). Lors de notre étude, aucune corrélation n'a été retrouvée entre les résultats aux questionnaires de satisfaction et l'évolution de la qualité de vie. Ainsi, les fortes satisfactions envers l'évaluation et le processus de soins en physiothérapie semblent donc transposables à l'ensemble de la clientèle du service de physiothérapie, puisque ce jugement semble ne pas être impacté par des variables personnelles.

La satisfaction moyenne envers l'évaluation en physiothérapie, exprimée à l'aide du questionnaire VSQ9 était similaire aux satisfactions retrouvées dans différents milieux où ont eu lieu des évaluations en physiothérapie (urgences, pédiatrie ou orthopédie) (218). La satisfaction envers le processus de soins exprimée à l'aide du questionnaire MedRisk était supérieure à celle exprimée dans d'autres services de réadaptation à l'aide du même questionnaire (177, 219). Pour ces deux questionnaires, les résultats en lien avec les compétences du physiothérapeute étaient celles présentant le plus haut niveau de satisfaction. À l'inverse, les questions sur le temps d'attente et les durées de prise en charge étaient les questions présentant les plus faibles niveaux de satisfaction exprimés. Ainsi, bien qu'ayant exprimé une amélioration de leur qualité de vie et de leurs fonctions, les participants semblent exprimer une volonté d'avoir accès à plus de soins de manière à optimiser leur récupération.

6.5. Spécificités du service de physiothérapie du GMF-U HMR

La description du modèle de pratique de la physiothérapie intégrée au sein du GMF-U HMR et l'analyse de sa clientèle ont soulevé certains points qui nous emmènent à réfléchir sur l'accessibilité de ce service. Comme nous l'avons vu, les patients souffrant de pathologies musculosquelettiques représentaient la quasi-totalité des usagers du service de physiothérapie. Les patients référés en physiothérapie par le médecin de famille ayant une spécialité en locomoteur étaient sur-représentés ou bien encore, aucun patient n'était sous statut de prise en charge financière par un tiers payeur (SAAQ ou CNESST). Ces répartitions extrêmes au sein de la clientèle du service de physiothérapie en fonction de différents critères laissent envisager l'utilisation de critères permettant un accès facilité aux soins pour certains patients. Ainsi, alors que la durée d'attente avant une évaluation en physiothérapie était relativement longue (une centaine de jours en moyenne), les écarts entre les temps d'attente observés (de 0 à 450 jours) démontrent que certains participants ont été favorisés par rapport à d'autres quant à leur accès aux soins de physiothérapie. Nos résultats soutiennent donc l'utilisation de critères de priorisation au sein du service de physiothérapie.

Ces critères de priorisation, officieux car aucun document officiel n'a été retrouvé, peuvent avoir modifié la clientèle décrite préalablement. En favorisant l'accès aux soins en fonction de critères médicaux ou économiques, cela pourrait expliquer en partie l'absence des patients présentant des troubles non-musculosquelettiques ou à fort revenus. La description de la clientèle que nous avons faite dans le cadre de nos deux études portait pour la clientèle ayant consulté en physiothérapie. Il serait intéressant de comparer les caractéristiques de la clientèle traitée par rapport à celle référée mais encore en attente. L'utilisation de critères de priorisation pourrait avoir influencé la clientèle ayant bénéficié du service de physiothérapie du GMF-U HMR, et ainsi avoir affecté les résultats observés sur la fonction et la qualité de vie des participants lors de l'étude prospective.

L'utilisation de critères de priorisation a pour objectif de favoriser l'accès aux soins aux personnes jugées les plus enclins à profiter des soins de réadaptation. Les études menées sur l'utilisation des critères de priorisation par les services de soins ont démontré qu'il est fréquent de favoriser les personnes ayant un fort risque de dégradation de leur état de santé (50, 82, 193). Certaines caractéristiques personnelles et socio-économiques pourraient ainsi être utilisées. Les femmes, les personnes aux plus faibles revenus, isolées socialement et ayant le moins d'éducation présentent le plus de risque d'être en mauvaise santé. Des facteurs médicaux s'ajoutent à cela : la présence d'un surpoids, de maladies associées, de douleurs persistantes, de tabagisme, d'alcoolisme ; ayant tous des effets néfastes sur les troubles

musculosquelettiques. L'analyse de ces facteurs au sein de la clientèle du service de physiothérapie du GMF-U HMR ne permet pas d'observer la mise en place de critères de priorisation en fonction de ces facteurs socio-économiques.

La présence de temps cumulés très faibles (i.e. temps avant référence par le médecin, plus temps d'attente entre cette référence et l'évaluation en physiothérapie) semble montrer que le GMF-U HMR a fait le choix de prioriser les patients ayant les pathologies en phase les plus aiguës, bien que de plus amples analyses multifactorielles semblent nécessaires. Ces patients, présentant probablement des pathologies traumatiques, avaient une altération de leur qualité de vie et de leurs capacités fonctionnelles importantes, mais avec de grandes chances de réversibilité. D'un autre côté, les personnes souffrant de pathologies d'apparition plus progressive et ayant par cela une altération de leur qualité de vie et de leurs capacités fonctionnelles plus insidieuse ne sont que rarement priorisées, puisque leur potentiel de réadaptation est jugé moins important. Ceci pourrait supporter le choix de cette priorisation envers les pathologies en phase aiguë. Pourtant, les patients en phase chronique de leur pathologie, en raison de la période allongée d'apparition de leur pathologie, sont de gros consommateurs d'offres de soins et une des raisons de l'encombrement du système de soins de première ligne québécois (48). Le GMF-U HMR a respecté sa mission d'accessibilité universelle aux soins, en permettant l'accès aux soins de physiothérapie à ces patients. Néanmoins, pour poursuivre sa mission, la mise en place de critères de priorisation en faveur des patients en phase chronique pourrait permettre au GMF-U HMR de se décharger du suivi de ces patients et ainsi d'améliorer l'accès à ses soins de première ligne. L'officialisation des critères de priorisation clarifierait le choix de la direction du GMF-U de proposer des soins de physiothérapie au plus grand nombre (troubles aigus et chroniques de manière indifférenciée) ou de participer à l'effort de désengorgement des soins de première ligne en favorisant les patients souffrant de troubles chroniques.

L'autre axe de réflexion soulevé par notre projet concerne la pratique interdisciplinaire au sein du GMF-U HMR, normalement pierre angulaire d'un tel service. Lors de l'étude rétrospective, les interactions du physiothérapeute avec les autres professionnels du GMF-U HMR étaient peu fréquentes, puisqu'en moyenne, une seule interaction était retrouvée par dossier. Les interactions peuvent cependant avoir été sous-estimées dans cette étude, puisque les interactions analysées n'étaient que celles reportées au dossier « papier ». Or, la présence du service de physiothérapie au sein même des locaux du GMF-U favorise également les discussions « de couloir ». Dans la démarche de modernisation du GMF-U HMR, un nouveau logiciel a été mis en place et il inclut dorénavant une boîte courriel interne dont une archive s'inscrit automatiquement au dossier du patient concerné. Cela semble une piste pour mieux recenser les

interactions entre professionnels, des moyens de communication, de qui est l'émetteur et des réponses apportées. Ces aspects ont été démontrés comme influençant l'efficacité de la pratique interdisciplinaire (220, 221). Malgré la présence de ce logiciel lors de l'étude prospective, vingt-huit participants n'ont été l'objet d'aucune interaction « objectivable » entre le physiothérapeute et un autre membre du personnel. Ces participants sont parmi ceux qui avaient le degré d'incapacité initial le plus faible et qui ne présentaient pas de comorbidité ni de trouble de santé mentale. La pratique de la physiothérapie pour ces patients semblait s'organiser de manière isolée et en parallèle du fonctionnement habituel des autres professionnels de santé du GMF-U HMR. Les interactions ayant été retrouvées pour les autres participants concernaient principalement une volonté d'échanges d'informations selon le modèle défini par Careau (222). Ainsi, huit participants ont fait l'objet de plus de trois interactions. Parmi ces huit participants, la plupart présentaient des troubles de santé mentale, une surcharge pondérale et on retrouve l'ensemble des participants présentant plus d'une pathologie musculosquelettique lors de l'inclusion à l'étude. Les interactions concernaient principalement le personnel du GMF-U HMR en charge du suivi des troubles associés : médecin de famille pour les troubles de santé mentale et IPSPL pour les surcharges pondérales. Cette augmentation de l'interdépendance entre les professionnels et un développement de pratique par concertation est fréquemment décrite pour la prise en soins des cas de patients les plus complexes (222). Chez ces participants, la pratique tend vers une réelle interdisciplinarité car les interactions semblaient concerner une prise en charge dans le cadre d'un objectif commun autour d'une prise de décisions partagée. Comme l'a démontré D'Amour (63), la pratique interdisciplinaire au sein du GMF-U HMR se renforce en fonction de la complexité des cas rencontrés mais restait peu développée en regard du nombre de participants concernés.

Dans les résultats présentés sur le fonctionnement du GMF-U Laurier (187), il a été montré une augmentation des références de patients souffrant de troubles non-musculosquelettiques ainsi qu'une augmentation du nombre d'interactions dans le temps. La présence d'un physiothérapeute a donc pu modifier, au cours du temps, les pratiques au sein du GMF-U Laurier, notamment de référence des médecins dans cet établissement, à l'image de l'évolution de la pratique médicale à la suite de l'intégration des IPSPL (54, 56, 57). Cette évolution a pu être observée au sein du GMF-U HMR entre nos deux études. Lors de l'étude rétrospective, aucun patient n'était référé en physiothérapie pour un trouble non-musculosquelettique. Deux ans plus tard, lors de l'étude prospective, six patients présentaient de tels troubles et ont dû être exclus de l'étude. La connaissance mutuelle des professions semble également favoriser le développement des échanges et donc de la pratique interdisciplinaire. Le service de

physiothérapie du GMF-U HMR en étant à ses premières années de fonctionnement, on peut envisager un développement de ces interactions au cours des prochaines années. Enfin, le GMF-U Laurier a fait le choix d'organiser une fois par semaine, un temps de discussions formelles interprofessionnelles. Bien qu'aucune donnée précise n'ait pu être retrouvée sur ces discussions, celles-ci peuvent faciliter la pratique interdisciplinaire. En effet, ces discussions ont souvent pour but de définir un objectif commun de prise en charge, pilier central de la pratique interdisciplinaire. Nous n'avons pas observé cette démarche au sein du GMF-U HMR au moment de nos études. De même, les participants ont exprimé une forte croyance envers l'équipe du GMF-U HMR à leur prodiguer des soins interdisciplinaires. Les résultats au questionnaire « Perception de l'efficacité de l'équipe de soins » étaient similaires à ceux obtenus dans d'autres services de soins, tels qu'en oncologie, en maternité ou en pédiatrie (61, 223) et démontrent une forte perception de pratique interdisciplinaire. Ce questionnaire avait déjà été rempli par des patients du même GMF-U HMR avant l'ouverture du service de physiothérapie (61), des résultats similaires à ceux obtenus dans notre étude avaient été retrouvés. La stabilité des résultats entre ces deux études semble démontrer de la perception élevée des usagers du GMF-U de l'efficacité de l'équipe soignante. Alors qu'il s'agit de piliers de l'interdisciplinarité, les soins centrés sur le patient, la résolution de problèmes et la communication interne sont les thèmes avec la perception les moins élevés. Le manque de pratique interdisciplinaire au sein du GMF-U HMR aperçu par l'analyse des interactions entre professionnels est donc ressenti par les usagers du service. Ceux-ci semblent néanmoins avoir une bonne perception du rôle de service de soins de première ligne du GMF-U HMR en rapportant une haute perception d'efficacité pour les thèmes « Confiance dans le processus de soins » et « Efficacité du processus de soins ».

L'analyse de la pratique du GMF-U HMR peut laisser penser que l'interdisciplinarité y est faible. Cependant, plusieurs résultats viennent démontrer que ce service de soins a les ressources pour être le lieu de développement de l'interdisciplinarité qu'il doit être. Ainsi, la modification de la pratique de référence de la part des résidents pourrait avoir été modifiée au contact du physiothérapeute. Les résidents étant les professionnels de demain, ce résultat est un facteur prédictif positif quant au développement de l'interdisciplinarité au sein des soins de première ligne. Afin de permettre la mise en place d'une pratique interdisciplinaire efficiente, le MSSS recommande de profiter de la période de création du service de physiothérapie au sein d'un GMF pour réfléchir au moyen d'améliorer la pratique interdisciplinaire (224). Le MSSS recommande ainsi de mettre en place des séances de réflexions et d'informations entre professionnels sur la place à donner à la physiothérapie au sein de la structure. La direction du GMF-U HMR semble donc vouloir développer l'interdisciplinarité au sein de sa structure, mais ne semble pas

avoir utilisé l'ensemble des outils à sa disposition (225) permettant de réaliser une implantation réussie d'un nouveau service au sein de sa structure, aucun document officiel n'ayant été retrouvé au sein du GMF-U HMR.

6.6. Forces et faiblesses du projet

Ce projet est le premier projet de recherche mené au sein d'un service de physiothérapie intégré à un service de soins de première ligne. Bien qu'il existe des données gouvernementales et de rares présentations de fonctionnement, aucun projet avec approbation par un comité éthique n'avait été mené jusqu'alors. Il s'agit donc des premières données quantitatives sur lesquelles les décisionnaires de GMF du Québec vont pouvoir s'appuyer afin d'orienter leurs choix quant à l'intégration d'un physiothérapeute au sein de leurs équipes. Ce projet recense la quasi-totalité des patients ayant eu recours au service de physiothérapie du GMF-U HMR au cours de ses trois premières années d'existence et base ses conclusions sur l'étude de plus de 150 dossiers de patients. Enfin, les résultats obtenus lors de l'étude prospective sont transposables à l'ensemble des patients du service de physiothérapie, puisqu'ils illustrent une prise en charge normale de la part du physiothérapeute, non modifiée par le protocole de recherche.

L'interprétation des résultats doit cependant être nuancée en fonction des limites de ce projet. Tout d'abord, l'absence de données comparatives doit être considérée comme un élément méthodologique restreignant la généralisation des résultats. Afin de décrire plus précisément la clientèle prise en charge par le service de physiothérapie, sa comparaison par rapport à la clientèle globale du GMF-U HMR du point de vue des données socio-démographiques et des données cliniques de prise en charge médicale aurait été pertinente. Le type spécifique de pathologies dont souffraient les participants aux deux études (uniquement des troubles musculosquelettiques) rendait difficile cette comparaison, en limitant les sujets témoins potentiels. Le fonctionnement du GMF-U HMR ne propose pas de classification des patients par type de pathologie et la recherche de ceux-ci parmi l'ensemble des usagers du GMF-U aurait été lourde, fastidieuse et éthiquement difficile.

De même, la description de l'évolution des incapacités et de la qualité de vie des participants aurait mérité la présence d'un groupe témoin. Ceci permettrait d'étudier l'efficacité de la prise en charge en physiothérapie en comparaison d'une évolution naturelle et/ou d'une prise en charge médicale seule. Éthiquement, il est impossible de priver un patient de soins que son état nécessite. Le recrutement était effectué auprès des patients référés en physiothérapie, il était donc impossible de créer un groupe témoin

à partir de ces patients. La comparaison nécessitant d'avoir des pathologies similaires, il était difficile de recruter ce groupe témoin parmi les patients du GMF-U HMR non référés en physiothérapie. De futures études pourraient envisager la comparaison des participants par rapport à des patients similaires recrutés au sein de GMF n'ayant pas intégré de physiothérapeute. Il pourrait également être possible d'étudier l'évolution naturelle ayant lieu durant la période d'attente avant prise en charge en physiothérapie, le participant devenant ainsi son propre témoin. Cela nécessiterait un recrutement et un premier entretien dès la référence en physiothérapie par le médecin. Bien que méthodologiquement intéressant, cela semble difficilement faisable en termes d'organisation, considérant le nombre de référents possibles.

La description du modèle de prise en charge est limitée par le manque de plusieurs données. Tout d'abord, l'histoire médicale des participants était souvent incomplète. En effet, la collecte de données médicales commençait au moment de la référence en physiothérapie. Or, de nombreux participants souffraient depuis plusieurs années. L'évolution des traitements médicamenteux était ainsi inconnue, ainsi que les références à des spécialistes pouvant avoir eu lieu. La description de la prise en charge médicale peut donc avoir été tronquée. De plus, les données recueillies ne concernaient que les données propres au GMF-U HMR et certaines informations peuvent donc avoir été manquées. Ainsi, les données disponibles ne permettaient pas de savoir si les participants avaient déjà eu recours à des soins de réadaptation et notamment à de la physiothérapie par le passé, notamment dans le domaine privé.

Lors de l'étude rétrospective, l'étude de dossiers reposait sur la lecture de dossiers papiers. Ceci peut représenter une limite car certaines informations peuvent avoir été perdues ou non relevées car « noyées » au milieu d'autres données cliniques non prises en compte dans le cadre de l'étude. La mise en place du logiciel informatique classifiant les données par sujet a facilité le traitement de ces données lors de l'étude prospective. La différence de recours aux opioïdes entre les deux études pourrait être affectée par ce biais. Les opioïdes sont clairement identifiés selon leur catégorie de médicaments anti-douleurs dans le logiciel. Dans les dossiers papiers, le médecin n'inscrivait que le nom du médicament, ce qui pourrait avoir été à l'origine de mauvaises classifications lors du recueil de données.

D'un point de vue de l'organisation des soins par le service de physiothérapie du GMF-U HMR, le manque de connaissance des critères de priorisation utilisés limitent l'interprétation des résultats. La mise en place de ces critères non-officiels a pu limiter l'accès à certains patients, modifiant ainsi la description de la clientèle. Ceci peut également modifier la durée d'attente avant prise en charge en physiothérapie, modifiant ainsi, positivement ou négativement, les chances d'évolution de la fonction et

de la qualité de vie. Ces critères de priorisation peuvent donc avoir un impact sur l'ensemble des résultats obtenus dans le cadre de ce projet.

D'un point de vue méthodologique, plusieurs limites à l'étude prospective viennent nuancer les résultats obtenus. Tout d'abord, il avait été décidé d'effectuer l'entretien final trois mois après l'évaluation en physiothérapie pour des raisons logistiques. Ceci a influencé les résultats obtenus car certains participants étaient encore en soins en physiothérapie, alors que ceux n'ayant eu qu'une évaluation en physiothérapie étaient à un délai post-prise en charge de trois mois. De plus, un suivi à plus long terme permettrait d'obtenir des informations supplémentaires sur l'efficacité de la physiothérapie à améliorer la fonction et la qualité de vie dans le temps. Dans le contexte de surutilisation des services de soins par les patients souffrant de troubles chroniques, ceci serait une donnée fortement intéressante non disponible dans le cadre de notre étude.

L'utilisation de deux questionnaires de satisfaction différents, VSQ9 et MedRisk, n'a pas permis d'effectuer d'analyse statistique de l'évolution de la satisfaction au cours du temps. La volonté d'étudier la satisfaction envers l'évaluation en physiothérapie et envers l'ensemble de la prise en charge en physiothérapie a imposé l'utilisation de ces deux questionnaires. En effet, aucun questionnaire couvrant les spécificités de ces deux types de soins n'a pu être trouvé. La satisfaction étant impactée à la fois par des facteurs socio-économiques et par des facteurs de résultats de soins, des analyses spécifiques auraient été pertinentes et pourraient apporter de nouvelles informations quant à l'utilisation des critères de priorisation.

Enfin, le calcul de la taille de l'échantillon de participants à inclure avait été réalisé à partir de données du questionnaire SF-36v2 permettant des sous-analyses des résultats à ce questionnaire. La taille de l'échantillon ne permettait pas la création de sous-groupes, requis pour des analyses en fonction du questionnaire d'incapacité complété lié à la localisation de la pathologie d'inclusion. De telles analyses fourniraient des informations sur les différences d'efficacité du physiothérapeute du GMF-U HMR en fonction de la localisation de la pathologie. Le physiothérapeute pourrait ainsi faire évoluer sa pratique en fonction des résultats. Ces résultats permettraient également de justifier le recours à certains critères de priorisation.

6.7. Recommandations

Le but de ce projet était de décrire le service de physiothérapie du GMF-U HMR et visait à fournir des données de fonctionnement et d'efficacité afin d'aider les gestionnaires de GMF du Québec dans leurs choix d'intégration d'un physiothérapeute dans leurs structures. Bien que les résultats de ce projet semblent démontrer d'une efficacité de la physiothérapie intégrée dans un service de soins de première ligne, certaines modifications de fonctionnement permettraient d'améliorer cette efficacité. Tout d'abord, en regard des délais d'attente et donc indirectement du nombre de patients en attente de prise en charge en physiothérapie, une augmentation de l'offre de services semble la solution la plus simple. Dans un contexte de dotations définies par la taille du GMF, cette augmentation est limitée et se ferait au détriment des autres offres de réadaptation ou de services sociaux (57). En attendant une revalorisation de cette aide par le MSSS, les GMF vont donc devoir effectuer des choix de fonctionnement. Un des premiers choix devra être la mise en place de critères de priorisation. Ces critères devront être officialisés et refléteront les volontés de la direction, spécifiques à chaque GMF en fonction de ses propres problématiques. Les résultats de ce projet laissent entrevoir plusieurs possibilités de critères de priorisation. Tout d'abord, favoriser les patients les plus aigus qui nécessiteront le moins de séances. Ce choix permettrait d'augmenter le volume total de patients pris en charge en augmentant ainsi l'accessibilité aux soins de physiothérapie. À l'inverse, favoriser les patients ayant les troubles les plus chroniques aura un impact sur le nombre moyen de séances de physiothérapie et donc sur le volume de patients pris en charge en physiothérapie. Néanmoins, les résultats de ce projet ont montré un effet de la physiothérapie dans un contexte de séances limitées. L'amélioration fonctionnelle de ces patients réduira leurs consultations médicales et déchargera les médecins du suivi de ces patients, gros consommateurs de soins. Ce deuxième choix aura donc un effet plus global sur le fonctionnement du GMF dans son ensemble.

La mise en place des critères de priorisation devra être faite dans un contexte de réflexion sur le fonctionnement global du GMF. En effet, les choix faits devront être compris et acceptés par l'ensemble du personnel soignant. La connaissance des spécificités et des compétences du physiothérapeute de la part des référents leur permettra d'expliquer aux patients l'intérêt pour eux d'une prise en charge en physiothérapie, permettant donc indirectement une meilleure observance au traitement en physiothérapie par meilleure adhésion. À l'image de cette connaissance mutuelle des spécificités de chaque profession, le développement de l'interdisciplinarité permettra une meilleure prise en charge des patients. Une pratique de la physiothérapie en meilleure adéquation avec le reste du service du GMF est ainsi recommandé. Cela est réalisable en développant les échanges entre professions en mettant notamment en

place un temps de rencontre quotidienne. Il est également recommandé de développer les prises en charge communes et notamment la mise au point de plans d'interventions communs afin de profiter de l'ensemble des compétences des professionnels du GMF.

Le développement de l'interdisciplinarité permettra également le développement de nouvelles pratiques. À l'image du projet du GMF-Laurier de Québec (187), le physiothérapeute pourrait apporter son expertise notamment en musculosquelettique, lors des consultations médicales sans rendez-vous. Cette pratique permettrait d'améliorer la qualité des références en physiothérapie en favorisant le respect des critères de priorisation. Cela permettrait également de mieux orienter les patients et de fournir des conseils et de l'éducation thérapeutique sans délai, avant si nécessaire une prise en charge normale en physiothérapie au sein du GMF. Cela permettrait ainsi de limiter la détérioration de l'état fonctionnel durant la période d'attente avant prise en charge en physiothérapie. Enfin, les physiothérapeutes ont été démontré comme aptes à réaliser le triage d'un service d'orthopédie, notamment en triant adéquatement les patients dont l'état ne nécessite pas de voir un spécialiste. L'intégration d'un physiothérapeute lors de la décision de référence en orthopédie au sein du GMF permettrait de diminuer le recours injustifié envers ces spécialistes de troisième ligne et ainsi de diminuer l'engorgement de ces services.

Enfin, dans le cadre formateur des résidents au sein des GMF-U, le développement de l'interdisciplinarité pourrait passer par l'augmentation de l'exposition clinique des résidents à la physiothérapie par le développement de cours, de présence à des évaluations et à des séances de physiothérapie.

Chapitre 7. Conclusion

Le projet présenté dans ce mémoire avait pour objectif de décrire la pratique nouvelle de la physiothérapie au sein d'une structure de soins de première ligne. Afin de vérifier l'accessibilité pour tous à ces soins, une description de la clientèle a été réalisée. La clientèle du service de physiothérapie du GMF-U HMR semble représentative de la clientèle générale du GMF-U, ainsi que de la population du quartier au sein duquel le GMF-U est implanté. Le service de physiothérapie desservait une clientèle d'âge varié et de profil socio-économique plutôt faible et défavorisé bien qu'ayant un emploi. Ces patients consultaient uniquement pour des troubles musculosquelettiques mais pouvant affecter le corps dans son ensemble. Ces troubles entraînaient une dégradation de la qualité de vie des patients, notamment en raison d'un degré modéré d'incapacité qui limitait les déplacements et les actes de la vie quotidienne. Une grande partie de cette clientèle présentait des pathologies en phase chronique mais ne semblait pas avoir accès pour autant à de la réadaptation dans le domaine public.

La physiothérapie au sein du GMF-U HMR est réalisée sous référence médicale. Cette référence peut être réalisée par l'ensemble des prescripteurs, dont les professionnels spécifiques à ce type de structures (résidents et IPSPL). Un des défis du service de physiothérapie était le déséquilibre entre le volume de patients nécessitant de la réadaptation par rapport à la disponibilité des soins. Cela faisait partie des aspects les plus faibles relevés par les participants, avec le fonctionnement interne du service et notamment envers la disponibilité des soins. Face à ce défi, les traitements semblent avoir été orientés vers l'autonomisation du patient. Les patients recevaient systématiquement de l'éducation thérapeutique et un programme d'exercices à domicile de manière à leur permettre d'acquérir des moyens de modifier les causes de leurs pathologies. Les séances étaient programmées à une fréquence de trois semaines de manière à faire le suivi nécessaire de cette auto-rééducation. Dans ce contexte de soins, les participants ont exprimé de très hauts niveaux de satisfaction notamment envers les compétences de la physiothérapie.

La prise en charge en physiothérapie s'est avérée efficace à améliorer la qualité de vie des patients ainsi qu'à améliorer la fonction des patients souffrant des membres supérieurs. De nouvelles études restent nécessaires afin de déterminer l'efficacité entrevue de la physiothérapie

sur les troubles rachidiens et des membres inférieurs. Le service de physiothérapie semble efficace de manière similaire à prendre en charge des patients présentant des pathologies en phase aiguë aussi bien qu'en phase chronique. La physiothérapie intégrée dans une structure de soins de première ligne a également profité de l'apport des autres professionnels, notamment en lien avec les troubles de santé mentale. La physiothérapie intégrée à un service de soins de première ligne semble donc bénéfique pour les patients dans le contexte du GMF-U HMR. L'interdisciplinarité spécifique à cette pratique novatrice pourrait être plus développée de manière à profiter davantage des expertises de chacun des membres de l'équipe. Certaines spécificités propres à cette structure nécessiteraient d'élargir cette étude à d'autres GMF, dans d'autres régions du Québec afin de pouvoir généraliser les résultats obtenus.

En conclusion, cette étude suggère de l'intérêt de l'intégration de physiothérapeutes au sein des GMF de manière à proposer un niveau de soins accessible, mais dont l'intégration à l'offre de soins doit devenir optimale afin de profiter de l'ensemble des compétences disponibles au sein d'un GMF. De nombreuses recommandations de développement sont possibles, notamment au regard des résultats obtenus concernant la prise en charge des patients atteints de troubles chroniques ainsi que les critères d'accessibilité.

Chapitre 8. Bibliographie

1. Bélanger J-P. De la Commission Castonguay à la Commission Rochon... Vingt ans d'histoire de l'évolution des services de santé et des services sociaux au Québec. *Service social*. 1992;41(2).
2. Demers L, Lemieux V. La politique québécoise de désengorgement des urgences. *Canadian Public Administration*. 1998;41(4):501-28.
3. Feldman DE, Bernatsky S, Levesque JF, Van MT, Houde M, April KT. Access and perceived need for physical and occupational therapy in chronic arthritis. *Disabil Rehabil*. 2010;32(22):1827-32.
4. Agence de la santé publique du Canada. Indicateurs des maladies chroniques au Canada, édition 2017. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2017;37(8):272-5.
5. Delaurier A, Bernatsky S, Raymond MH, Feldman DE. Wait times for physical and occupational therapy in the public system for people with arthritis in quebec. *Physiother Can*. 2013;65(3):238-43.
6. Hagglund KJ, Clark MJ, Hilton SA, Hewett JE. Access to Healthcare Services Among Persons with Osteoarthritis and Rheumatoid Arthritis. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*. 2005;84(9):702-11.
7. MacKay C, Canizares M, Davis AM, Badley EM. Health care utilization for musculoskeletal disorders. *Arthritis care & research*. 2010;62(2):161-9.
8. Tunstall-Pedoe H. Preventing Chronic Diseases. A Vital Investment: WHO Global Report. Geneva: World Health Organization, 2005. pp 200. CHF 30.00. ISBN 92 4 1563001. Also published on http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en. *International Journal of Epidemiology*. 2006;35(4):1107-.
9. Roine E, Roine RP, Rasanen P, Vuori I, Sintonen H, Saarto T. Cost-effectiveness of interventions based on physical exercise in the treatment of various diseases: a systematic literature review. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25(4):427-54.
10. 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 11No commercial party having a direct financial interest in the results of the research supporting this article has or will confer a benefit upon the author(s) or upon any organization with which the author(s) is/are associated. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2003;84(10):1417-25.
11. Bernatsky S, Feldman D, De Civita M, Haggerty J, Tousignant P, Legare J, et al. Optimal care for rheumatoid arthritis: a focus group study. *Clin Rheumatol*. 2010;29(6):645-57.
12. Glazier R, Dalby DM, Badley EM, Hawker GA, Bell MJ, Buchbinder R, et al. Management of the early and late presentations of rheumatoid arthritis : A survey of Ontario primary care physicians *Can Med Assoc J*. 1996;155(6):679-87.
13. Roberts C, Adebajo AO, Long S. Improving the quality of care of musculoskeletal conditions in primary care. *Rheumatology (Oxford)*. 2002;41:503-8.

14. Roddy E, Zwierska I, Jordan KP, Dawes P, Hider SL, Packham J, et al. Musculoskeletal clinical assessment and treatment services at the primary-secondary care interface: an observational study. *British Journal of General Practice*. 2013;63(607):e141-8.
15. Landry M, 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. *International Journal of Rehabilitation Research*. 2006;29 (4):303 - 7.
16. Dufour SP. Understanding the Roles of Physiotherapists Within Ontario Primary Health Care Teams: A Mixed Methods Inquiry. 2011.
17. Webster F, Bremner S, Katz J, Watt-Watson J, Kennedy D, Sawhney M, et al. Patients' perceptions of joint replacement care in a changing healthcare system: a qualitative study. *Healthcare Policy = Politiques de sante*. 2014;9(3):55-66.
18. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. La santé de la population. Portrait d'une richesse collective. In: Service de la surveillance de l'état de santé du ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut national de santé publique du Québec, editor.: Rapport du directeur national de santé publique 2016; 2016.
19. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Cadre général de projet: Projets d'implantation ciblée en GMF pour rehausser l'accès aux services de santé et services sociaux avec le soutien des 2e et 3e lignes de services. 2014.
20. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Le Québec peut maintenant compter sur plus de 300 groupes de médecine de famille <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqué-1309/2017> [
21. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U). In: Québec. Pd, editor. 2016.
22. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille. In: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, editor. 2017.
23. Muldoon LK, Hogg WE, Levitt M. Primary care (PC) and primary health care (PHC): what is the difference? *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*. 2006:409-11.
24. Starfield B. Primary care in Canada: coming or going? *Healthcare Papers*. 2008;8(2):58.
25. Santé Canada. Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires : Résumé des initiatives. 2007.
26. Aggarwal M, Hutchison B. Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé; 2012 Decembre 2012.
27. Cartier T, Mercier A, De Pourville N, Huas C, Ruelle Y, Zerbib Y, et al. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. *Exercer*. 2012;101(101):65-71.
28. Organisation mondiale de la Santé . Déclaration d'Alma-Ata. Alma-Ata, USSR,. 1978.
29. World Health Organization (OMS). Rapport sur la santé dans le monde 2008: les soins de santé primaires-maintenant plus que jamais. 2008.
30. Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. *Health Affairs*. 2010;29(5):766-72.

31. Verga-Gérard A, Afonso M, Bénard A, Chapron A, Chau K, Doussiet E, et al. Les soins primaires: une définition du champ pour développer la recherche. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2018;66(2):157-62.
32. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. *Les solutions émergentes 2000*.
33. Crismer A, Belche J-L, Van der Vennet J-L. Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne. *Santé Publique*. 2016;28(3).
34. Trottier L, Fournier M, Diene CP, Contandriopoulos A. Les soins de santé primaires au Québec. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé; 2003 Juillet 2003.
35. Breton M, Lévesque JF, Pineault R, Hogg W. L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Pratiques et Organisation des Soins*. 2011;42(2).
36. ROMANOW RJ. *Guidé par nos valeurs: L'avenir des soins de santé au Canada*, 2002.
37. Hutchison B. A long time coming: primary healthcare renewal in Canada. *Healthcarepapers*. 2008;8(2):10-24.
38. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec*. 2008.
39. Bourgueil Y, Marek A, Mousquès J. La pratique collective en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives dans le contexte français. *Santé Publique*. 2009;21(hs1).
40. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. *Plan Stratégique du MSSS du Québec 2015-2020*. 2015.
41. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. *Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille*. 2015.
42. Collège des médecins du Québec. *Rapport annuel 2017-2018*. Collège des médecins du Québec, . 2018.
43. Institut de la statistique du Québec. *Proportion de la population inscrite auprès d'un médecin de famille*. Régie de l'assurance maladie du Québec; 2018 16 novembre 2018.
44. Nordeman L, Nilsson B, Möller M, Gunnarsson R. Early access to physical therapy treatment for subacute low back pain in primary health care: a prospective randomized clinical trial. *The Clinical journal of pain*. 2006;22(6):505-11.
45. 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.
46. 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 & therapy*. 2012;14(1):205.
47. Santé Montréal. *Maladies chroniques 2018* [cited 2019. Available from: <https://santemontreal.qc.ca/maladies-chroniques/>].
48. Agboli K. *L'impact des maladies chroniques sur l'utilisation des services de santé: UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL*; 2012.
49. Coté J, Savard S, Scarfone S. *Le vieillissement de la population et l'économie du Québec*. Institut du Québec; 2017.
50. World Health Organization (OMS). *Rapport sur la santé dans le monde : Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. In: Santé Omdl, editor. 2002.

51. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*. 1987;40(5):373-83.
52. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. Guide de gestion de l'urgence. In: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, editor.: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2006.
53. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Programme de désignation réseau pour les groupes de médecine de famille. Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2017.
54. COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA. Prise en charge des maladies chroniques dans un centre de médecine de famille. COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA; 2016 Juin 2016.
55. Projet de loi numéro 90: Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, (2002).
56. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Guide d'intégration des professionnels en GMF Infirmière clinicienne. 2015.
57. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Cahier des exigences structurelles et de contenu: Projets d'implantation ciblée en GMF pour rehausser l'accès aux services de santé et services sociaux avec le soutien des 2e et 3e lignes de services. 2014.
58. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005;19 Suppl 1:116-31.
59. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec. In: Équipe d'évaluation des GMF Direction de l'évaluation, editor. www.msss.gouv.qc.ca/gmf ed2008.
60. Kilpatrick K, Tchouaket E, Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A. Relationship Between Clinical Nurse Specialist Role Implementation, Satisfaction, and Intent to Stay. *Clin Nurse Spec*. 2016;30(3):159-66.
61. Kilpatrick K, Tchouaket E, Landry V, Fernandez N, Paquette L. Psychometric evaluation of a questionnaire to measure patient and family perceptions of team effectiveness in acute and primary care teams. Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec Pilot projects competition 2015.
62. D'amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of interprofessional care*. 2005;19(sup1):8-20.
63. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martin-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:188.
64. Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé. Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. 2010 Février 2010.
65. Bronstein L. A Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work*. 2003;48(3):297-306.
66. Perreault K, Pineault R, Borgès Da Silva R, Provost S, Feldman DE. What can organizations do to improve family physicians' interprofessional collaboration? *Canadian Family Physician • Le Médecin de famille canadien*. 2017;63:381-8.

67. Perreault K, Careau E. Interprofessional collaboration: one or multiple realities? *J Interprof Care*. 2012;26(4):256-8.
68. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Collège des médecins du Québec. *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne. Lignes directrices*. 2018.
69. Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec. *Mémoire de l'AIPSQ*. AIPSQ; 2017 mai 2017.
70. Ouverture du diagnostic aux IPS [press release]. 25 février 2019 2019.
71. Fiche d'information sur la définition des rôles: La définition des rôles, un élément indispensable de l'intégration des IPSPL [press release]. octobre 2014 2014.
72. Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. La consultation d'un médecin spécialiste: regard sur l'expérience vécue par les Québécois*. Gouvernement du Québec; 2016 Juin 2013.
73. Association médicale canadienne. *Le rôle des médecins dans la prévention de la maladie et la promotion de la santé. Politique de l'AMC*. 2015.
74. Ashworth NL, Chad KE, Harrison EL, Reeder BA, Marshall SC. Home versus center based physical activity programs in older adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005(1).
75. Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. Interventions for promoting physical activity. *Europe PMC Funders*; 2005.
76. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(4).
77. Jordan JL, Holden MA, Mason EE, Foster NE. Interventions to improve adherence to exercise for chronic musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(1).
78. Bridgwood B, Lager KE, Mistri AK, Khunti K, Wilson AD, Modi P. Interventions for improving modifiable risk factor control in the secondary prevention of stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018(5).
79. Stock S, Baril R, Dion-Hubert C, Lapointe C, Paquette S, Sauvage J, et al. *Troubles musculo-squelettiques - Guide et outils pour le maintien et le retour au travail*. IRSST; 2015.
80. Shrier I, Feldman DE, Gaudet MC, Rossignol M, Zukor D, Tanzer M, et al. Conservative non-pharmacological treatment options are not frequently used in the management of hip osteoarthritis. *J Sci Med Sport*. 2006;9(1-2):81-6.
81. Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*. Gouvernement du Québec; 2016 Juin 2013.
82. Raymond MH, Demers L, Feldman DE. Waiting list management practices for home-care occupational therapy in the province of Quebec, Canada. *Health Soc Care Community*. 2016;24(2):154-64.
83. Raymond MH, Feldman DE, M.P. Ph, Demers L. Who's next? Referral prioritisation criteria for home care occupational therapy. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2013;20(12):580-9.
84. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. *Activités professionnelles en physiothérapie: Champ d'exercice de la physiothérapie*. 2017.

85. Dufour S. Understanding the Roles of Physiotherapists Within Ontario Primary Health Care Teams: A Mixed Methods Inquiry [Integrated Article]: University of Western Ontario London, Ontario, Canada; 2011.
86. Le protecteur des citoyens. Rapport annuel d'activités 2016-2017. In: Assemblée nationale du Québec, editor. 2017.
87. Lebrun LA, Dubay LC. Access to primary and preventive care among foreign-born adults in Canada and the United States. *Health Serv Res.* 2010;45(6 Pt 1):1693-719.
88. Meyer S, Schroeder N, Willhelm C, Gortner L, Girisch W. Clinical recommendations of Cochrane reviews in three different fields of pediatrics (neonatology, neuropaediatrics, and complementary and alternative medicine): A systematic analysis. *Pediatrics International.* 2013;55(3):396-8.
89. Sulaiman M, Nizamuddin F, Sunny TC. **RETRACTED:** Is exercise therapy effective in the older people? A systematic review. Elsevier; 2015.
90. Guodemar-Pérez J, Ruiz-López M, Rodríguez-López E, García-Fernández P, Hervás-Pérez JP. Physiotherapy Treatments in Musculoskeletal Pathologies Associated with Haemophilia. *Hämostaseologie.* 2018;38(03):141-9.
91. Tomlinson CL, Herd CP, Clarke CE, Meek C, Patel S, Stowe R, et al. Physiotherapy for Parkinson's disease: a comparison of techniques. *The Cochrane Library.* 2014(6).
92. Capato T, Fen C, Barbosa E. classification and recommendation of nonpharmacological therapies for Parkinson's disease: 2089. *Movement Disorders.* 2016;31:S690.
93. Dagfinrud H, Hagen KB, Kvien TK. Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. *Cochrane database of systematic reviews.* 2004(4).
94. Meyer C, Denis CM, Berquin AD. Secondary prevention of chronic musculoskeletal pain: a systematic review of clinical trials. *Lancet.* 2011;378:1560-71.
95. Yan Y, Wu T, Yin X, Wang BY, Liu GJ, Dong BR. Chest physiotherapy for pneumonia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2007(1).
96. Smart KM, Wand BM, O'Connell NE. Physiotherapy for pain and disability in adults with complex regional pain syndrome (CRPS) types I and II. *The Cochrane Library.* 2016.
97. Green S, Buchbinder R, Barnsley L, Hall S, White M, Smidt N, et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for treating lateral elbow pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2001(4).
98. Canadian Physiotherapy Association. Description of Physiotherapy in Canada. 2012.
99. Canadian Physiotherapy Association. Position Statement : Primary Health Care. 2006.
100. Jogodka CE, Lebec MT. 236: Physical Therapist Consultation in the Emergency Department for the Treatment of Whiplash: An Analysis of Effectiveness. *Annals of Emergency Medicine.* 2008;51(4):542-3.
101. Lau PM-Y, Chow DH-K, Pope MH. Early physiotherapy intervention in an accident and emergency department reduces pain and improves satisfaction for patients with acute low back pain: a randomised trial. *Australian Journal of physiotherapy.* 2008;54(4):243-9.
102. Richardson B, Shepstone L, Poland F, Mugford M, Finlayson B, Clemence N. Randomised controlled trial and cost consequences study comparing initial physiotherapy assessment and management with routine practice for selected patients in an accident and emergency department of an acute hospital. *Emerg Med J.* 2005;22(2):87-92.
103. Kilner E. What evidence is there that a physiotherapy service in the emergency department improves health outcomes? A systematic review. *J Health Serv Res Policy.* 2011;16(1):51-8.

104. Taylor NF, Norman E, Roddy L, Tang C, Pagram A, Hearn K. Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial. *Physiotherapy*. 2011;97(2):107-14.
105. Anaf S, Sheppard LA. Describing physiotherapy interventions in an emergency department setting: an observational pilot study. *Accid Emerg Nurs*. 2007;15(1):34-9.
106. Morris CD, Hawes SJ. The value of accident and emergency based physiotherapy services. *J Accid Emerg Med*. 1996;13(2):111-3.
107. Gordon J, Sheppard LA, Anaf S. The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research. *Int Emerg Nurs*. 2010;18(2):80-8.
108. Byrne G, Richardson M, Brunson J, Patel A. Patient satisfaction with emergency nurse practitioners in A & E. *J Clin Nurs*. 2000;9(1):83-92.
109. 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.
110. Johnston V, Beales D. Enhancing direct access and authority for work capacity certificates to physiotherapists. *Man Ther*. 2016;25:100-3.
111. Ojha HA, Snyder RS, Davenport TE. Direct access compared with referred physical therapy episodes of care: a systematic review. *Phys Ther*. 2014;94(1):14-30.
112. Rymaszewski LA, Sharma S, McGill PE, Murdoch A, Freeman S, Loh T. A team approach to musculo-skeletal disorders. *Ann R Coll Surg Engl*. 2005;87(3):174-80.
113. Stanhope J, Beaton, Grimmer-Somers K, Morris. The role of extended scope physiotherapists in managing patients with inflammatory arthropathies: a systematic review. *Open Access Rheumatology: Research and Reviews*. 2012:49.
114. 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;13:107.
115. Holdsworth L, Webster V, McFadyen A. Physiotherapists' and general practitioners' views of self-referral and physiotherapy scope of practice: results from a national trial. *Physiotherapy*. 2008;94(3):236-43.
116. Murphy BP, Greathouse D, Matsui I. Primary care physical therapy practice models. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2005;35(11):699-707.
117. Aiken AB, McColl MA. Diagnostic and treatment concordance between a physiotherapist and an orthopedic surgeon--a pilot study. *J Interprof Care*. 2008;22(3):253-61.
118. Desmeules F, Toliopoulos P, Roy JS, Woodhouse LJ, Lacelle M, Leroux M, et al. Validation of an advanced practice physiotherapy model of care in an orthopaedic outpatient clinic. *BMC Musculoskelet Disord*. 2013;14:162.
119. MacKay C, Davis AM, Mahomed N, Badley EM. Expanding roles in orthopaedic care: a comparison of physiotherapist and orthopaedic surgeon recommendations for triage. *J Eval Clin Pract*. 2009;15(1):178-83.
120. Razmjou H, Robarts S, Kennedy D, McKnight C, Macleod AM, Holtby R. Evaluation of an advanced-practice physical therapist in a specialty shoulder clinic: diagnostic agreement and effect on wait times. *Physiother Can*. 2013;65(1):46-55.
121. Oldmeadow LB, Bedi HS, Burch HT, Smith JS, Leahy ES, Goldwasser M. Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care. *Med J Aust*. 2007;186(12):625-8.

122. Belthur MV, Clegg J, Strange A. A physiotherapy specialist clinic in paediatric orthopaedics: is it effective? *Postgrad Med J*. 2003;79(938):699-702.
123. Daker-White G, Carr AJ, Harvey I, Woolhead G, Bannister G, Nelson I, et al. A randomised controlled trial. Shifting boundaries of doctors and physiotherapists in orthopaedic outpatient departments. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53(10):643-50.
124. McClellan CM, Greenwood R, Bengner JR. Effect of an extended scope physiotherapy service on patient satisfaction and the outcome of soft tissue injuries in an adult emergency department. *Emerg Med J*. 2006;23(5):384-7.
125. Croft KL. How does a full time physiotherapy service in the emergency department influence patient flow? *New Zealand Journal of Physiotherapy*. 2006;34(2):105- 1p.
126. Jibuike OO, Paul-Taylor G, Maulvi S, Richmond P, Fairclough J. Management of soft tissue knee injuries in an accident and emergency department: the effect of the introduction of a physiotherapy practitioner. *Emerg Med J*. 2003;20(1):37-9.
127. Blackburn MS, Cowan SM, Cary B, Nall C. Physiotherapy-led triage clinic for low back pain. *Aust Health Rev*. 2009;33(4):663-70.
128. Décary S, Fallaha M, Belzile S, Martel-Pelletier J, Pelletier J-P, Feldman D, et al. Clinical diagnosis of partial or complete anterior cruciate ligament tears using patients' history elements and physical examination tests. *PloS one*. 2018;13(6):e0198797.
129. Decary S, Fallaha M, Pelletier B, Pelletier J-P, Martel-Pelletier J, Feldman D, et al. Diagnostic and surgical triage concordance between a physiotherapist and physicians for patients suffering from knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2016;24:S414.
130. Hattam P. The effectiveness of orthopaedic triage by extended scope physiotherapists. *Clinical Governance: An International Journal*. 2004;9(4):244-52.
131. Université de Montréal. Portrait du CUMF MaisonneuveRosemont. 2017.
132. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Portrait du Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux de l'Est-de-l'Île de Montréal. 2015 9 février 2015.
133. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. Activités d'information, de promotion de la santé et de prévention de la maladie et des accidents dans le contexte de la physiothérapie. 2013 13 Décembre 2013.
134. Gouvernement du Québec. Règlement sur les dossiers, les lieux d'exercice, les équipements et la cessation d'exercice des membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. In: *LegisQuébec*, editor. Code des professions: Centre de services partagés du Québec; 2015.
135. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. Guide de rédaction simplifiée des dossiers. 2015.
136. Townsend P. Deprivation. *Journal of social policy*. 1987;16(2):125-46.
137. Institut National de Santé Publique du Québec. Indice de défavorisation pour l'étude de la santé et du bien-être au Québec - Mise à jour 2001. 2004.
138. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Santé Mentale <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/2018> [updated 8 novembre 2018].
139. Ware JE, Kosinski M, Dewey JE, Gandek B. SF-36 health survey: manual and interpretation guide: Quality Metric Inc.; 2000.
140. Garratt AM, Ruta DA, Abdalla MI, Buckingham JK, Russell IT. The SF36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *Bmj*. 1993;306(6890):1440-4.

141. Ware JE, Keller SD, Kosinski M. SF-36 physical and mental health summary scales: Health Assessment Lab Boston; 1994.
142. McNaughton HK, Weatherall M, McPherson KM. Functional measures across neurologic disease states: analysis of factors in common. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2005;86(11):2184-8.
143. Van Leeuwen C, Van Der Woude L, Post M. Validity of the mental health subscale of the SF-36 in persons with spinal cord injury. *Spinal Cord*. 2012;50(9):707.
144. Keller SD, Majkut TC, Kosinski M, Ware Jr JE. Monitoring health outcomes among patients with arthritis using the SF-36 Health Survey: overview. *Medical Care*. 1999;MS1-MS9.
145. Leplège A, Ecosse E, Verdier A, Perneger TV. The French SF-36 Health Survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of clinical epidemiology*. 1998;51(11):1013-23.
146. Beaton DE, Hogg-Johnson S, Bombardier C. Evaluating changes in health status: reliability and responsiveness of five generic health status measures in workers with musculoskeletal disorders. *Journal of clinical epidemiology*. 1997;50(1):79-93.
147. Schellingerhout JM, Heymans MW, Verhagen AP, de Vet HC, Koes BW, Terwee CB. Measurement properties of translated versions of neck-specific questionnaires: a systematic review. *BMC medical research methodology*. 2011;11(1):87.
148. Denis I, Fortin L. Development of a French-Canadian version of the Oswestry Disability Index: cross-cultural adaptation and validation. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2012;37(7):E439-44.
149. Durand MJ, Vachon B, Hong QN, Loisel P. The cross-cultural adaptation of the DASH questionnaire in Canadian French. *J Hand Ther*. 2005;18(1):34-9.
150. Rene F, Casimiro L, Tremblay M, Brosseau L, Lefebvre A, Beaudouin M, et al. Une version canadienne franc,aise du Lower Extremity Functional Scale (LEFS) : L'Échelle fonctionnelle des membres inférieurs (ÉFMI), partie I. *Physiother Can*. 2011;63(2):242-8.
151. Carreon LY, Glassman SD, Campbell MJ, Anderson PA. Neck Disability Index, short form-36 physical component summary, and pain scales for neck and arm pain: the minimum clinically important difference and substantial clinical benefit after cervical spine fusion. *The Spine Journal*. 2010;10(6):469-74.
152. Cleland JA, Childs JD, Whitman JM. Psychometric properties of the Neck Disability Index and Numeric Pain Rating Scale in patients with mechanical neck pain. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2008;89(1):69-74.
153. Cleland JA, Fritz JM, Whitman JM, Palmer JA. The reliability and construct validity of the Neck Disability Index and patient specific functional scale in patients with cervical radiculopathy. *Spine*. 2006;31(5):598-602.
154. Macdermid JC, Walton DM, Avery S, Blanchard A, Etruw E, Mcalpine C, et al. Measurement properties of the neck disability index: a systematic review. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy*. 2009;39(5):400-C12.
155. Pool JJ, Ostelo RW, Hoving JL, Bouter LM, De Vet HC. Minimal clinically important change of the Neck Disability Index and the Numerical Rating Scale for patients with neck pain. *Spine*. 2007;32(26):3047-51.
156. Frost H, Lamb SE, Stewart-Brown S. Responsiveness of a patient specific outcome measure compared with the Oswestry Disability Index v2. 1 and Roland and Morris Disability Questionnaire for patients with subacute and chronic low back pain. *Spine*. 2008;33(22):2450-7.

157. Haro H, Maekawa S, Hamada Y. Prospective analysis of clinical evaluation and self-assessment by patients after decompression surgery for degenerative lumbar canal stenosis. *The Spine journal*. 2008;8(2):380-4.
158. Johnsen LG, Hellum C, Nygaard ØP, Storheim K, Brox JI, Rossvoll I, et al. Comparison of the SF6D, the EQ5D, and the Oswestry disability index in patients with chronic low back pain and degenerative disc disease. *BMC musculoskeletal disorders*. 2013;14(1):148.
159. Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry disability index. *Spine*. 2000;25(22):2940-53.
160. MacDermid J, Wessel J, Humphrey R, Ross D, Roth J. Validity of self-report measures of pain and disability for persons who have undergone arthroplasty for osteoarthritis of the carpometacarpal joint of the hand. *Osteoarthritis and cartilage*. 2007;15(5):524-30.
161. Slobogean GP, Noonan VK, O'Brien PJ. The reliability and validity of the Disabilities of Arm, Shoulder, and Hand, EuroQol-5D, Health Utilities Index, and Short Form-6D outcome instruments in patients with proximal humeral fractures. *Journal of shoulder and elbow surgery*. 2010;19(3):342-8.
162. Bilberg A, Bremell T, Mannerkorpi K. Disability of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire in Swedish Patients with Rheumatoid Arthritis: A Validity Study. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2012;44(1):7-11.
163. Schmitt JS, Di Fabio RP. Reliable change and minimum important difference (MID) proportions facilitated group responsiveness comparisons using individual threshold criteria. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2004;57(10):1008-18.
164. Angst F, Schwyzer H-K, Aeschlimann A, Simmen BR, Goldhahn J. Measures of adult shoulder function: Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand Questionnaire (DASH) and Its Short Version (QuickDASH), Shoulder Pain and Disability Index (SPADI), American Shoulder and Elbow Surgeons (ASES) Society Standardized Shoulder Assessment Form, Constant (Murley) Score (CS), Simple Shoulder Test (SST), Oxford Shoulder Score (OSS), Shoulder Disability Questionnaire (SDQ), and Western Ontario Shoulder Instability Index (WOSI). *Arthritis Care & Research*. 2011;63(S11):S174-S88.
165. Alcock GK, Werstine MS, Robbins SM, Stratford PW. Longitudinal changes in the lower extremity functional scale after anterior cruciate ligament reconstructive surgery. *Clinical Journal of Sport Medicine*. 2012;22(3):234-9.
166. Lin C-WC, Moseley AM, Refshauge KM, Bundy AC. The lower extremity functional scale has good clinimetric properties in people with ankle fracture. *Physical therapy*. 2009;89(6):580-8.
167. Domzalski T, Cook C, Attarian DE, Kelley SS, Bolognesi MP, Vail TP. Activity scale for arthroplasty patients after total hip arthroplasty. *The Journal of arthroplasty*. 2010;25(1):152-7.
168. Kennedy DM, Stratford PW, Riddle DL, Hanna SE, Gollish JD. Assessing recovery and establishing prognosis following total knee arthroplasty. *Physical therapy*. 2008;88(1):22-32.
169. Verheijde JL, White F, Tompkins J, Dahl P, Hentz JG, Lebec MT, et al. Reliability, validity, and sensitivity to change of the lower extremity functional scale in individuals affected by stroke. *PM&R*. 2013;5(12):1019-25.
170. Binkley JM, Stratford PW, Lott SA, Riddle DL. The Lower Extremity Functional Scale (LEFS): scale development, measurement properties, and clinical application. *Physical therapy*. 1999;79(4):371-83.

171. Yeung TS, Wessel J, Stratford P, MacDermid J. Reliability, validity, and responsiveness of the lower extremity functional scale for inpatients of an orthopaedic rehabilitation ward. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2009;39(6):468-77.
172. Ware Jr JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Medical Care*. 1988;26(4):393-402.
173. Kennedy DM, Robarts S, Woodhouse L. Patients are satisfied with advanced practice physiotherapists in a role traditionally performed by orthopaedic surgeons. *Physiother Can*. 2010;62(4):298-305.
174. Beattie P, Dowda M, Turner C, Michener L, Nelson R. Longitudinal Continuity of Care Is Associated With High Patient Satisfaction With Physical Therapy. *Physical Therapy*. 2005;85(10):1046 - 52.
175. Beattie P, Pinto MB, Nelson MK, Nelson R. Patient Satisfaction With Outpatient Physical Therapy: Instrument Validation. *Physical Therapy*. 2002;82(6):557-65.
176. Yung V, Mackey M, Wand BM, Adams R, Nelson R. Patient satisfaction with musculoskeletal physiotherapy care in Australia is high. *World Physical Therapy*. 2011.
177. Hush JM, Yung V, Mackey M, Adams R, Wand BM, Nelson R, et al. Patient satisfaction with musculoskeletal physiotherapy care in Australia: an international comparison. *J Man Manip Ther*. 2012;20(4):201-8.
178. Hingarajia DN. A psychometric analysis of patient satisfaction with physical therapy care. *Innovative Journal of Medical and Health Science*. 2013;3(5):219 - 23.
179. Beattie P, Nelson R, Lis A. Spanish-Language Version of the MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction With Physical Therapy Care (MRPS): Preliminary Validation. *Physical Therapy*. 2007;87(6):793 - 800.
180. Hush JM, Lee H, Yung V, Adams R, Mackey M, Wand BM, et al. Intercultural comparison of patient satisfaction with physiotherapy care in Australia and Korea: an exploratory factor analysis. *J Man Manip Ther*. 2013;21(2):103-12.
181. Kilpatrick K, Tchouaket É, Paquette L, Guillemette C, Jabbour M, Desmeules F, et al. Measuring patient and family perceptions of team processes and outcomes in healthcare teams: questionnaire development and psychometric evaluation. *BMC Health Services Research*. 2019;19(1):9.
182. Institut National de Santé Publique du Québec. Développement d'un système d'évaluation de la défavorisation des communautés locales et des clientèles de CLSC. 2004.
183. Organisation mondiale de la Santé. OBÉSITÉ : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale 1997;894.
184. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Bmj*. 2000;320(7244):1240.
185. National Institutes of Health. Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. National Institutes of Health; National Heart, Lung, and Blood Institute; September 1998. Publication No. 98-4083. 2006.
186. Angst F, Aeschlimann A, Stucki G. Smallest detectable and minimal clinically important differences of rehabilitation intervention with their implications for required sample sizes using WOMAC and SF-36 quality of life measurement instruments in patients with osteoarthritis of the lower extremities. *Arthritis Care & Research*. 2001;45(4):384-91.
187. Deslauriers S, Toutant M, editors. La collaboration entre physiothérapeutes et médecins pour la prise en charge de troubles musculosquelettiques en première ligne : Un modèle de pratique novateur en GMF. *Physiothérapie 360*; 2017 11 novembre 2017; Lévis.

188. Hopman WM, Towheed T, Anastassiades T, Tenenhouse A, Poliquin S, Berger C, et al. Canadian normative data for the SF-36 health survey. *Cmaj*. 2000;163(3):265-71.
189. Heo M, Allison DB, Faith MS, Zhu S, Fontaine KR. Obesity and quality of life: mediating effects of pain and comorbidities. *Obesity research*. 2003;11(2):209-16.
190. Smith AW, Reeve BB, Bellizzi KM, Harlan LC, Klabunde CN, Amsellem M, et al. Cancer, comorbidities, and health-related quality of life of older adults. *Health care financing review*. 2008;29(4):41.
191. Nieto R, Miró J, Huguet A. Disability in subacute whiplash patients: usefulness of the neck disability index. *Spine*. 2008;33(18):E630-E5.
192. Binkley JM, Stratford P, Lott SA, Riddle D. The Lower Extremity Functional Scale (LEFS): Scale Development, Measurement Properties, and Clinical Application. *Physical Therapy*. 1999;79(4):371 - 83.
193. Deslauriers S, Raymond M-H, Laliberté M, Lavoie A, Desmeules F, Feldman DE, et al. Access to publicly funded outpatient physiotherapy services in Quebec: waiting lists and management strategies. *Disability and Rehabilitation*. 2017;39(26):2648-56.
194. Deslauriers S, Raymond MH, Laliberte M, Lavoie A, Desmeules F, Feldman DE, et al. Variations in demand and provision for publicly funded outpatient musculoskeletal physiotherapy services across Quebec, Canada. *J Eval Clin Pract*. 2017;23(6):1489-97.
195. Bursch SG. Interrater reliability of diastasis recti abdominis measurement. *Physical therapy*. 1987;67(7):1077-9.
196. Irvine C, Taylor NF. Progressive resistance exercise improves glycaemic control in people with type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Australian Journal of Physiotherapy*. 2009;55(4):237-46.
197. Hunt RH, Choquette D, Craig BN, De Angelis C, Habal F, Fulthorpe G, et al. Approach to managing musculoskeletal pain. Acetaminophen, cyclooxygenase-2 inhibitors, or traditional NSAIDs? 2007;53(7):1177-84.
198. Ziltener J-L, Leal S, Fournier P-E. Non-steroidal anti-inflammatory drugs for athletes: an update. *Annals of physical and rehabilitation medicine*. 2010;53(4):278-88.
199. Tannenbaum H, Bombardier C, Davis P, Russell AS. An evidence-based approach to prescribing nonsteroidal antiinflammatory drugs. Third Canadian Consensus Conference. *The Journal of Rheumatology*. 2006;33(1):140-57.
200. Moore RA, Derry S, Makinson GT, McQuay HJ. Tolerability and adverse events in clinical trials of celecoxib in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: systematic review and meta-analysis of information from company clinical trial reports. *Arthritis Research & Therapy*. 2005;7(3):R644.
201. Hudon C, Fortin M, Soubhi H. Chronic musculoskeletal conditions and comorbidities in primary care settings. *Canadian Family Physician*. 2008;54(1):74-5.
202. Guy-Coichard C, Rostaing-Rigattieri S, Doubrère J-F, Boureau F. Conduite à tenir vis-à-vis d'une douleur chronique. *EMC-Anesthésie-Réanimation*. 2005;2(1):1-22.
203. Coté R, Hao Dao H. Répertoire des compétences médicales en gestion de la douleur non cancéreuse et en prescription d'opioïdes. INSPQ; 2016 27 sept 2016.
204. Daigle J, Tremblay É. Portrait de l'usage des opioïdes chez les personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments du Québec. Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux (INESSS); 2018.

205. Pineault R, Provost S, Hamel M, Couture A, Levesque J. L'influence des modèles d'organisation de soins de santé primaires sur l'expérience de soins de patients atteints de différentes maladies chroniques. *Maladies chroniques et blessures au Canada*. 2011;31(3).
206. Laliberte M, Ehrmann Feldman D. Patient Prioritization Preferences among Physiotherapy Entry-Level Students: The Importance of Chronic Pain. *Physiother Can*. 2013;65(4):353-7.
207. Organization WH. Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO working group. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.
208. Martin PR, Rose MJ, Nichols† PJR, Russell PL, Hughes IG. Physiotherapy exercises for low back pain: Process and clinical outcome. *International Rehabilitation Medicine*. 1986;8(1):34-8.
209. Hanratty CE, McVeigh JG, Kerr DP, Basford JR, Finch MB, Pendleton A, et al., editors. The effectiveness of physiotherapy exercises in subacromial impingement syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Seminars in arthritis and rheumatism*; 2012: Elsevier.
210. Artz N, Elvers KT, Lowe CM, Sackley C, Jepson P, Beswick AD. Effectiveness of physiotherapy exercise following total knee replacement: systematic review and meta-analysis. *BMC musculoskeletal disorders*. 2015;16(1):15.
211. Hoeksma HL, Dekker J, Ronday HK, Heering A, Van Der Lubbe N, Vel C, et al. Comparison of manual therapy and exercise therapy in osteoarthritis of the hip: a randomized clinical trial. *Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology*. 2004;51(5):722-9.
212. Miller J, Gross A, D'Sylva J, Burnie SJ, Goldsmith CH, Graham N, et al. Manual therapy and exercise for neck pain: a systematic review. *Manual therapy*. 2010;15(4):334-54.
213. Gross A, Kay T, Hondras M, Goldsmith C, Haines T, Peloso P, et al. Manual therapy for mechanical neck disorders: a systematic review. *Manual therapy*. 2002;7(3):131-49.
214. Carnes D, Mars TS, Mullinger B, Froud R, Underwood M. Adverse events and manual therapy: a systematic review. *Manual therapy*. 2010;15(4):355-63.
215. Desmeules F, Côté CH, Frémont P. Therapeutic exercise and orthopedic manual therapy for impingement syndrome: a systematic review. *Clinical Journal of Sport Medicine*. 2003;13(3):176-82.
216. 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):19.
217. Ojha HA, Wyrsta NJ, Davenport TE, Egan WE, Gellhorn AC. Timing of physical therapy initiation for nonsurgical management of musculoskeletal disorders and effects on patient outcomes: a systematic review. *Journal of orthopaedic & sports physical therapy*. 2016;46(2):56-70.
218. Hush J, Cameron K, Mackey M. Patient Satisfaction With Musculoskeletal Physical Therapy Care: A Systematic Review. *Physical Therapy*. 2011;91(1):25-36.
219. Beattie P, Turner C, Dowda M, Michener L, Nelson R. The MedRisk Instrument for Measuring Patient Satisfaction With Physical Therapy Care: A Psychometric Analysis. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2005;35(1):24-32.
220. <Perreault 2014.pdf>.

221. Perreault K, Boivin A, Pauze E, Terry AL, Newton C, Dawkins S, et al. Interdisciplinary primary health care research training through TUTOR-PHC: the insiders' view. *J Interprof Care*. 2009;23(4):414-6.
222. Careau E, Brière N, Houle N, Dumont S, Maziade J, Paré L, et al. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux-Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). 2014.
223. Kilpatrick K, Tchouaket E, Landry V, Paquette L, Guillemette C, Jabbour M, et al. Measuring processes in healthcare teams from the perspective of patients, families and their loved ones: Questionnaire development and psychometric evaluation. . 2019;Under review.
224. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Guide d'intégration des professionnels en GMF - physiothérapeute. 2015.
225. Contandriopoulos D, Brousselle A, Dubois CA, Perroux M, Beaulieu MD, Brault I, et al. A process-based framework to guide nurse practitioners integration into primary healthcare teams: results from a logic analysis. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:78.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Certificat d'éthique



Le 19 juillet 2016

Monsieur François Desmeules
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Installation Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Objet : Approbation finale du Comité d'éthique de la recherche

Projet n° 2017-337

Titre : *Évaluation d'un nouveau modèle de pratique de la physiothérapie en première ligne pour les patients souffrant de pathologies musculosquelettiques*

Monsieur Desmeules,

Le Comité d'éthique du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a évalué, en comité accéléré, les aspects éthiques de votre projet de recherche. Lors de cette réunion, les documents suivants ont été examinés :

- Protocole de recherche [date : 2016-06-16, version : 1]
- Formulaire d'information et de consentement [date : 2016-06-14, version : 1]
- Budget pour projet de recherche au CEMTL (Budget_2016-06-14.pdf)
- Questionnaire (Etude de dossiers objectif 2) [date : 2016-06-16, version : 1]
- Questionnaire (Etude de dossiers objectif 1) [date : 2016-06-16, version : 1]
- Questionnaire (Feuille de renseignements participants) [date : 2016-06-16, version : 1]
- Questionnaire (VSQ9) [date : 2016-06-20, version : 1]
- Questionnaire (SF36) [date : 2016-06-20, version : 1]
- Questionnaire (Oswestry) [date : 2016-06-20, version : 1]
- Questionnaire (NDI) [date : 2016-06-20, version : 1]
- Questionnaire (LEFS) [date : 2016-06-20, version : 1]
- Questionnaire (DASH) [date : 2016-06-20, version : 1]
- lettre d'octroi de fonds de l'organisme subventionnaire [date : 2016-06-14]
- Engagement (Chercheur responsable local) [date : 2016-06-16, version : 1]

Suite à cette réunion, une approbation conditionnelle vous a été émise en date du 30 juin 2016. Vous nous avez soumis en date du 18 juillet 2016, les documents suivants :

- Formulaire d'information et de consentement [date : 2016-07-14, version : 2]
- Autorisation du Directeur des services professionnels [date : 2016-07-15, version : 1]
- Autorisation du programme (Autorisation directrice UMF Rosemont) [date : 2016-07-13, version : 1]

Vos réponses et les modifications apportées à votre projet de recherche ont fait l'objet d'une évaluation. Le tout étant jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé à l'unanimité par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Cette approbation éthique est valide pour un an à compter du 19 juillet 2016, date de l'approbation finale. Deux mois avant la date d'échéance, vous devrez faire une demande de renouvellement auprès du Comité, en utilisant le document du Comité prévu à cet effet.

Dans le cadre du suivi continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires du Comité prévus à cet effet :

1. De soumettre toute demande de modification au projet de recherche ou à tout document approuvé par le Comité pour la réalisation de votre projet;
2. De soumettre tout nouveau renseignement ou toute modification à l'équilibre clinique susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche, d'accroître les risques et les inconvénients pour les participants, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un participant de continuer à participer au projet;
3. De soumettre, le cas échéant, les réactions indésirables qui rencontrent tous les critères suivants :
 - A) Cette réaction a eu lieu dans notre établissement ou dans un établissement pour lequel le CÉR a juridiction; B) Il doit s'agir de réaction indésirable ou de réaction indésirable grave ou de réaction indésirable et inattendue; C) Cette réaction doit être reliée ou possiblement, probablement ou certainement reliée au médicament à l'étude ou à une procédure de l'étude.
4. De soumettre tout accident survenu dans votre site;
5. De soumettre l'interruption prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente;
6. De soumettre tout problème constaté à la suite d'une activité de surveillance ou de vérification menée par un tiers et susceptible de remettre en question l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche;
7. De soumettre toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation;
8. De soumettre toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthicité ainsi que des résultats de la procédure;
9. De soumettre, toute déviation au projet de recherche susceptible d'augmenter le niveau de risque ou susceptible d'influer sur le bien-être du participant ou d'entacher le consentement du participant;
10. De soumettre une demande de renouvellement annuel de l'approbation du projet de recherche;
11. De soumettre le rapport de la fin du projet de recherche.

Nous vous rappelons que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Le CÉR achemine votre projet au bureau de la personne formellement mandatée responsable pour obtenir l'autorisation de la réalisation de votre projet au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Il est entendu que vous ne pouvez commencer la réalisation de votre projet avant d'avoir obtenu cette autorisation.

De plus, nous vous rappelons que vous devez conserver pour une période d'au moins un an suivant la fin du projet, un répertoire distinct comprenant les noms, prénoms, coordonnées, date du début et de fin de la participation de chaque sujet de recherche.

Le Comité d'éthique du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal est institué par le ministre de la Santé et des Services sociaux pour les fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec et suit les règles émises par l'Énoncé de politique des trois conseils et les Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Je vous prie d'agréer, monsieur Desmeules, mes meilleures salutations.

Stéphane P. Ahern, M.A., M.D., Ph.D.
Président intérimaire
Comité d'éthique de la recherche
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

ANNEXE 2 : Étude rétrospective – Formulaire pour la revue de dossiers



Étude de dossiers

Date : ____ / ____ / ____

Numéro de dossier : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ (jj/mm/aaaa) Âge : ____

Sexe : ♀ ♂

Taille (en mètre) : _____ m Poids (en kilogrammes) : _____ kg

Lieu de résidence (code postal) : _____

Statut social :

<input type="checkbox"/>	Célibataire
<input type="checkbox"/>	Marié(e) / En union de fait
<input type="checkbox"/>	Divorcé(e) / Séparé(e)
<input type="checkbox"/>	Veuf (ve)

Situation d'emploi :

<input type="checkbox"/>	Travailleur (se)
<input type="checkbox"/>	En recherche d'emploi
<input type="checkbox"/>	En congés maladie / En accident du travail
<input type="checkbox"/>	Retraité(e)
<input type="checkbox"/>	Sans emploi
<input type="checkbox"/>	Étudiant(e)

Diagnostic médical

Date de la consultation : ____ / ____ / _____

Raison de la visite :

	Visite initiale		Visite de suivi		Accident du travail		Accident de la voie publique
--	-----------------	--	-----------------	--	---------------------	--	------------------------------

Localisation de la pathologie principale :

	Cervicales		Lombaires		Membre supérieur		Membre inférieur
--	------------	--	-----------	--	------------------	--	------------------

En cas de pathologies à localisation multiples, compléter le nombre de questionnaire correspondant

Type de pathologie :

	Musculaire		Tendineux		Articulaire		Autre
Précisions							

Imageries et examens demandés :

Type d'imagerie ou d'examen	Date	Résultat

Présence de comorbidités associées :

	Infarctus du myocarde		Insuffisance cardiaque congestive		Insuffisance vasculaire périphérique		AVC ou AIT
	Démence		Pathologie pulmonaire chronique		Maladie du tissu conjonctif		Pathologie ulcéreuse peptique
	Pathologie hépatique		Diabète		Hémiplégie		Insuffisance rénale
	Diabète avec lésions organiques		Tumeur sans métastases		Leucémie		Lymphome
	Pathologie hépatique modérée ou sévère		Tumeur solide métastatique		SIDA		Âge
					Score associé		

Demande d'avis complémentaire :

	Orthopédiste		Rhumatologue		Chirurgien		Centre de la douleur
--	--------------	--	--------------	--	------------	--	----------------------

Prescriptions :

Médicaments							
	Analgésiques		Anti-inflammatoires		Injection		Autres

Aides techniques					
	Aide à la marche		Attelles		Orthèses

Références						
	Ergothérapie		Orthophoniste		Podiatre	
	Travailleur social		Nutritionniste		Autres	

Physiothérapie

Diagnostic :

Date de la consultation : ____ / ____ / _____ Durée de l'attente (en jours) : _____

Localisation de la pathologie principale :

	Cervicales		Lombaires		Membre supérieur		Membre inférieur
--	------------	--	-----------	--	------------------	--	------------------

En cas de pathologies à localisation multiples, compléter le nombre de questionnaire correspondant

Type de pathologie :

	Musculaire		Tendineux		Articulaire		Autre
Précisions							

Imageries et examens suggérées :

Type d'imagerie ou d'examen	Date	Résultat

Tests et Questionnaires réalisés :

Questionnaires							
	NDI	ODI	LEFS	DASH	Autres (précisez)		
Score obtenu							

Tests							
Nom							
Score obtenu							

Diagnostic en accord avec le diagnostic du médecin : Oui Non

ANNEXE 3: Formulaire d'Information et de Consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	<i>Évaluation d'un nouveau modèle de pratique de la physiothérapie en première ligne pour les patients souffrant de pathologies musculosquelettiques.</i>
Chercheur responsable du projet de recherche :	François Desmeules, pht. Ph.D.
Co-chercheur :	Marie-Claude Lefebvre, M.D ; Marie Authier, Ph.D Kadija Perreault, pht, Ph.D./
Membre du personnel de recherche :	Thibault Julien, étudiant à la maîtrise en Sciences de la Réadaptation, Université de Montréal
Installation ou site (CLSC)	Établissement : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal Installation : Unité de Médecine Familiale Hôpital Maisonneuve-Rosemont 5415, boul. de l'Assomption Montréal (Québec) H1T 2M4

1. Introduction.

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

2. Nature et objectifs du projet de recherche.

Vous avez été référés par votre médecin au service de physiothérapie de l'Unité de Médecine Familiale (UMF) de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) afin d'y recevoir des soins de réadaptation. La pratique de la physiothérapie au sein de l'UMF HMR est novatrice de part son accessibilité, son financement compris dans votre pris en charge au sein de l'UMF, et par la proximité entre les différents acteurs de santé. Cette proximité entre le physiothérapeute et les médecins vous permettra par exemple, en cas de besoins, de bénéficier de tests ou d'examen complémentaires de manière plus rapide que chez un autre physiothérapeute. Cette proximité favorise également les discussions entre professionnels, favorisant ainsi le suivi de votre dossier.

Nous souhaitons réaliser un projet de recherche visant à évaluer la pratique de la physiothérapie au sein de l'UMF HMR, auprès de patients souffrants de troubles musculosquelettiques. Pour cela, nous allons nous baser sur trois objectifs :

- Décrire l'évolution de vos douleurs, de vos fonctions et de votre qualité de vie durant votre prise en charge par le physiothérapeute.
- Connaitre votre satisfaction envers cette prise en charge en physiothérapie.
- Décrire les interactions entre le physiothérapeute et votre médecin de famille.

Pour la réalisation de ce projet de recherche, nous comptons recruter 75 participants, hommes et femmes, âgés de 18 ans et plus, atteints de troubles musculosquelettiques.

3. Déroulement du projet de recherche.

3.1 Durée et nombre de visites.

Votre participation à ce projet de recherche durera 3 mois et comprendra 2 visites. La première visite aura lieu le jour de votre premier rendez-vous avec le physiothérapeute. Vous serez invités à revenir pour la deuxième visite, trois mois après la première visite.

3.2 Nature de votre participation.

Nous désirons décrire l'évolution de votre douleur, de vos capacités fonctionnelles et de votre qualité de vie, à l'aide de questionnaires. Vous aurez aussi à répondre à des questions sur votre état de santé général, l'aide que vous avez de votre entourage et sur la détresse psychologique que vous pouvez ressentir de façon générale. Afin de décrire l'évolution de ces paramètres en fonction de la prise en charge en physiothérapie, il vous sera demandé de remplir ces questionnaires à deux reprises, soit à chacune des visites. Le temps pour compléter ces questionnaires est estimé à environ 30 minutes.

Lors de votre seconde visite, nous vous demanderons de remplir un questionnaire de satisfaction vis-à-vis des soins reçus en physiothérapie. Le temps pour compléter est de moins de 10 minutes. Les réponses à ce questionnaire ne seront en aucun cas divulguées à votre physiothérapeute, seuls les membres de l'équipe de recherche y auront accès.

Afin de décrire les interactions entre le physiothérapeute et votre médecin, nous préleverons dans votre dossier médical toutes les informations nécessaires à cette description.

Ce projet de recherche vise à décrire la pratique de la physiothérapie au sein de l'UMF HMR. Pour cela, l'équipe de recherche n'intervient en rien sur les soins que vous recevez à l'UMF par votre médecin ou le physiothérapeute. Le physiothérapeute, le médecin et les autres praticiens de santé restent totalement libres et indépendants de leurs pratiques.

4. Avantages associés au projet de recherche.

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine de recherche.

5. Inconvénients associés au projet de recherche.

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche et le déplacement, vous ne rencontrerez aucun inconvénient lié à la participation au projet de recherche

6. Participation volontaire et possibilité de retrait.

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable de ce projet ou à l'un des membres de son personnel de recherche.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins et des services auxquels vous avez droit ou sur votre relation avec le chercheur responsable de ce projet et les autres intervenants.

Le chercheur responsable de ce projet ou le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, si de nouvelles découvertes ou informations indiquent que votre participation au projet n'est plus dans votre intérêt, si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez ou êtes retiré du projet, l'information déjà obtenue dans le cadre de ce projet sera conservée aussi longtemps que nécessaire pour se conformer aux exigences réglementaires.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait affecter votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée sans délai verbalement et par écrit.

7. Confidentialité.

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis.

Ces renseignements peuvent comprendre les informations concernant votre état de santé passé et présent, vos habitudes de vie ainsi que les réponses aux questionnaires et les résultats de tous les tests, examens et procédures qui seront réalisés. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance et votre origine ethnique.

Tous les renseignements recueillis demeureront confidentiels dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Les renseignements recueillis, à titre de données de recherche, seront utilisés par le chercheur responsable de ce projet dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Les données de recherche pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Également, les données de recherche pourraient servir pour d'autres analyses de données reliées au projet ou pour l'élaboration de projets de recherches futurs. Par ailleurs, vos renseignements personnels, tels que votre nom ou vos coordonnées, seront conservés pendant 5 ans après la fin du projet par le chercheur responsable de ce projet de recherche et seront détruits par la suite.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de l'installation du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal ou par l'établissement ou par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement, vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire à part maintenu par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable de ce projet de recherche détient ces informations.

8. Participation à des études ultérieures.

Acceptez-vous que le chercheur responsable de ce projet de recherche ou un membre de son personnel de recherche reprenne contact avec vous pour vous proposer de participer à d'autres projets de recherche? Bien sûr, lors de cet appel, vous serez libre d'accepter ou de refuser de participer aux projets de recherche proposés.

Oui **Non**

9. Compensation.

Aucune compensation ne sera versée pour la participation à la recherche.

10. Indemnisation en cas de préjudice et droits du participant à la recherche.

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez le chercheur responsable de ce projet de recherche et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

11. Identification des personnes-ressources.

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche, François Desmeules, pht. , Ph.D. chercheur principal au numéro suivant : (514) 252-3400 poste 5607.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal au (514) 514-3400, poste 3510.

12. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche.

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche et au formulaire d'information et de consentement. Pour toute information, vous pouvez communiquer avec le secrétariat du Comité au (514) 252.3400.

Consentement

Titre du projet de recherche : *Évaluation d'un nouveau modèle de pratique de la physiothérapie en première ligne pour les patients souffrant de pathologies musculosquelettiques.*

1. Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement me sera remise. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom et signature du participant

Date

2. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche.

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

3. Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom et signature du chercheur responsable du projet de recherche

Date

ANNEXE 4 : Feuille de renseignements des participants



Feuille de renseignements

Date : ____ / ____ / ____

Numéro du participant : _____

Sexe : ♀ ♂

Date de naissance : ____ / ____ / ____ (jj/mm/aaaa)

Taille (en mètre) : _____ m

Poids (en kilogrammes) : _____ kg

Lieu de résidence (code postal) : _____

Merci de cocher la réponse qui vous correspond :

- **Statut social** : Célibataire
 Marié(e) / En union de fait
 Divorcé(e) / Séparé(e)
 Veuf (ve)

- **Situation d'emploi** : Travailleur (se)
 En recherche d'emploi
 En congés maladie / En accident du travail
 Retraité(e)
 Sans emploi
 Étudiant(e)

- **Dernier niveau scolaire complété :** Primaire
 Secondaire
 Collégial
 Universitaire 1^{er} cycle
 Universitaire cycles supérieurs

- **Avez-vous été diagnostiqué pour l'une (ou plusieurs) de ces pathologies :**

- Infarctus du myocarde
- Insuffisance cardiaque congestive
- Insuffisance vasculaire périphérique (incluant anévrisme aortique > 6 cm)
- Accident vasculaire cérébral avec ou sans séquelle ou accident ischémique transitoire
- Démence
- Pathologie pulmonaire chronique
- Maladie du tissu conjonctif
- Pathologie ulcéreuse peptique
- Pathologie hépatique
- Diabète (exclue le diabète traité par régime uniquement)
- Hémiplégie
- Insuffisance rénale (modérée à sévère)
- Diabète avec lésions organiques
- Tumeur sans métastases (exclue tumeurs diagnostiquées depuis plus de 5 ans)
- Leucémie (aigüe ou chronique)
- Lymphome
- Pathologie hépatique modérée ou sévère
- Tumeur solide métastatique
- SIDA (non pas sérologie positive uniquement)
- Aucune de ces pathologies

ANNEXE 5: Questionnaire SF-36v2



Questionnaire SF-36

Date : ____ / ____ / ____ (JJ / MM / AAAA)

Numéro du participant : ____

Évaluation : Initiale

Post-intervention

Les questions qui suivent portent sur votre santé, telle que vous la percevez. Vos réponses permettront de suivre l'évolution de votre état de santé et de savoir dans quelle mesure vous pouvez accomplir vos activités courantes.

Pensez à votre santé générale, en incluant la cause de votre consultation chez le physiothérapeute, mais aussi en pensant à tout autre problème physique ou mental qui pourrait influencer votre santé.

Choisissez la réponse qui représente le mieux votre situation ou ce que vous ressentez.

1. En général, diriez-vous que votre santé est :

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Passable
- Mauvaise

2. EN COMPARAISON AVEC LA SEMAINE DERNIERE, comment évaluez-vous, maintenant, votre santé générale ?

- Bien meilleure que la semaine dernière
- Un peu meilleure que la semaine dernière
- À peu près la même que la semaine dernière
- Un peu moins bonne que la semaine dernière
- Bien moins bonne que la semaine dernière

3. Les questions suivantes portent sur les activités que vous pourriez avoir à faire au cours d'une journée normale. Votre état de santé générale actuel, incluant la cause de votre consultation, vous limite-t-il dans ces activités ? Si c'est le cas, dans quelle mesure ?

À quel point votre état de santé vous limite-t-il ...

	Mon état de santé me limite beaucoup	Mon état de santé me limite un peu	Mon état de santé ne me limite pas du tout
a. Dans les activités exigeant un effort physique important comme courir, soulever des poids lourds, pratiquer des sports violents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Dans les activités modérées comme déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux quilles ou au golf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Pour soulever ou transporter des sacs d'épicerie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Pour monter plusieurs étages à pied	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Pour monter un seul étage à pied	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Pour me pencher, me mettre à genoux ou m'accroupir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Pour faire plus d'un kilomètre à pied	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Pour faire deux cents mètres à pied (plusieurs coins de rue)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Pour faire cent mètre à pied (un coin de rue)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Pour prendre un bain ou m'habiller	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE, à quelle fréquence avez-vous eu l'une ou l'autre des difficultés suivantes au travail ou dans vos autres activités quotidiennes à cause de votre santé physique ?

À quelle fréquence :

	Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
a. Avez-vous dû consacrer moins de temps à votre travail ou à d'autres activités ?	<input type="radio"/>				
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous l'auriez voulu ?	<input type="radio"/>				
c. Avez-vous fait votre travail ou vos activités avec moins de soins qu'à l'habitude ?	<input type="radio"/>				

5. AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE, à quelle fréquence avez-vous eu l'une ou l'autre des difficultés au travail ou dans vos autres activités quotidiennes À CAUSE DE L'ÉTAT DE VOTRE MORAL (comme le fait de vous sentir déprimé(e) ou anxieux (se)) ?

À quelle fréquence :

	Tout le temps	La plupart du temps	Parfois	Rarement	Jamais
a. Avez-vous dû consacrer moins de temps à votre travail ou à d'autres activités ?	<input type="radio"/>				
b. Avez-vous accompli moins de choses que vous l'auriez voulu ?	<input type="radio"/>				
c. Avez-vous été limité(e) dans la nature de vos tâches ou de vos autres activités ?	<input type="radio"/>				
d. Avez-vous eu de la difficulté à accomplir votre travail ou vos autres activités (par exemple vous a-t-il fallu fournir un effort supplémentaire) ?	<input type="radio"/>				

6. AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE, dans quelle mesure votre état physique ou moral a-t-il nui à vos activités sociales habituelles avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?

- Pas du tout
- Un peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Énormément

7. AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE, avez-vous éprouvé des douleurs physiques ?

- Aucune douleur
- Douleurs très légères
- Douleurs légères
- Douleurs moyennes
- Douleurs intenses
- Douleurs très intenses

8. AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE, dans quelle mesure la douleur a-t-elle nui à vos activités habituelles (au travail comme à la maison) ?

- Pas du tout
- Un peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Énormément

9. Les questions suivantes portent sur LA DERNIÈRE SEMAINE. Pour chacune des questions, donnez la réponse qui s'approche le plus de la façon dont vous vous êtes senti(e).

Au cours de LA DERNIÈRE SEMAINE, à quelle fréquence :

	Tout le temps	La plupart Du temps	Parfois	Rarement	Jamais
a. Vous êtes-vous senti(e) plein(e) d'entrain (de pep) ?	<input type="radio"/>				
b. Avez-vous été très nerveux (se) ?	<input type="radio"/>				
c. Vous êtes-vous senti(e) si déprimé(e) que rien ne pouvait vous remonter le moral ?	<input type="radio"/>				
d. Vous êtes-vous senti(e) calme et serein(e) ?	<input type="radio"/>				
e. Avez-vous eu beaucoup d'énergie ?	<input type="radio"/>				
f. Vous êtes-vous senti(e) triste et démoralisé(e) ?	<input type="radio"/>				
g. Vous êtes-vous senti(e) épuisé(e) et vidé(e) ?	<input type="radio"/>				
h. Vous êtes-vous senti(e) heureux (se) ?	<input type="radio"/>				
i. Vous êtes-vous senti(e) fatigué(e) ?	<input type="radio"/>				

10. AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE, combien de fois votre état physique ou moral a-t-il nui à vos activités sociales comme visiter des amis, des parents, etc. ?

- Tout le temps
 La plupart du temps
 Parfois
 Rarement
 Jamais

11. Dans quelle mesure chacun des énoncés suivants est-il VRAI ou FAUX dans votre cas ?

	Tout à fait vrai	Plutôt vrai	Ne sais pas	Plutôt faux	Tout à fait faux
a. Il me semble que je tombe malade un peu plus facilement que les autres	<input type="radio"/>				
b. Je suis aussi en santé que les gens que je connais	<input type="radio"/>				
c. Je m'attends à ce que ma santé se détériore	<input type="radio"/>				
d. Ma santé est excellente	<input type="radio"/>				

ANNEXE 6: Neck Disability Index



Questionnaire NDI

Date : ____ / ____ / ____ (JJ / MM / AAAA)

Numéro du participant : ____

Évaluation : Initiale

Post-intervention

Ce questionnaire a été établi afin d'apprécier le retentissement de vos douleurs cervicales sur votre vie au quotidien.

Veillez répondre à toutes les questions en ne cochant que LA case qui vous correspond le mieux. Bien que 2 réponses dans une même rubrique puissent vous correspondre, nous vous remercions de ne cocher qu'une seule case, celle qui se rapporte plus précisément à votre cas.

1. Intensité des douleurs cervicales

- Je n'ai pas de douleurs en ce moment.
- La douleur est très légère en ce moment.
- La douleur est moyenne en ce moment.
- La douleur est assez intense en ce moment.
- La douleur est très intense en ce moment.
- La douleur est la pire que je puisse imaginer en ce moment.

2. Soins personnels (se laver, s'habiller etc.)

- Je peux prendre soin de moi normalement sans entraîner plus de douleurs que d'ordinaire.
- Je peux prendre soin de moi normalement mais cela provoque plus de douleurs que d'ordinaire.
- M'occuper de moi est douloureux, et je le fais lentement et avec précaution.
- J'ai besoin d'aide mais je me débrouille pour la plupart de mes soins personnels.
- J'ai besoin d'une aide quotidienne pour la plupart de mes soins personnels.
- Je ne peux pas m'habiller, je me lave avec difficulté et je reste au lit.

3. Soulever des charges

- Je peux soulever des charges lourdes sans plus de douleurs que d'ordinaire.
- Je peux soulever des charges lourdes mais cela provoque plus de douleurs que d'ordinaire.
- Les douleurs cervicales m'empêchent de soulever des charges lourdes du sol, mais je peux y arriver si elles sont placées commodément, par exemple sur une table.
- Les douleurs cervicales m'empêchent de soulever des charges lourdes, mais je peux soulever des charges moyennes ou légères si elles sont posées commodément.
- Je ne peux soulever que de très légères charges.
- Je ne peux rien soulever ou porter du tout.

4. Lecture

- Je peux lire autant que je le veux, sans douleurs cervicales
- Je peux lire autant que je le veux, avec de légères douleurs cervicales.
- Je peux lire autant que je le veux, avec des douleurs cervicales modérées.
- Je ne peux pas lire autant que je le veux à cause de douleurs cervicales modérées.
- Je peux à peine lire à cause de douleurs cervicales intenses.
- Je ne pas lire du tout à cause de mes douleurs cervicales.

5. Maux de tête

- Je n'ai pas du tout de maux de tête.
- J'ai des maux de tête légers et peu fréquents.
- J'ai des maux de tête modérés et peu fréquents.
- J'ai des maux de tête modérés et fréquents.
- J'ai des maux de tête intenses et fréquents.
- J'ai presque tout le temps des maux de tête.

6. Concentration

- Je peux me concentrer complètement sans difficultés, quand je le veux.
- Je peux me concentrer complètement avec de légères difficultés, quand je le veux.
- Il m'est relativement difficile de me concentrer, quand je le veux.
- J'ai beaucoup de difficultés à me concentrer, quand je le veux.
- J'ai d'énormes difficultés à me concentrer, quand je le veux.
- Je n'arrive pas du tout à me concentrer.

7. Travail (professionnel ou personnel)

- Je peux travailler autant que je le veux.
- Je ne peux faire que mon travail courant, mais rien de plus.
- Je peux faire la plus grande partie de mon travail courant, mais rien de plus.
- Je ne peux pas faire mon travail courant.
- Je peux à peine travailler.
- Je ne peux pas travailler du tout.

8. Conduite

- Je peux conduire ma voiture sans aucune douleur cervicale.
- Je peux conduire ma voiture autant que je le veux, avec de légères douleurs cervicales.
- Je peux conduire ma voiture autant que je le veux, avec des douleurs cervicales modérées.
- Je ne peux pas conduire ma voiture autant que je le veux, en raison de douleurs cervicales modérées.
- Je peux à peine conduire en raison de douleurs cervicales intenses.
- Je ne peux pas du tout conduire ma voiture à cause des douleurs cervicales.

9. Sommeil

- Mon sommeil n'est pas perturbé.
- Mon sommeil est à peine perturbé (moins d'1 heure sans dormir).
- Mon sommeil est un peu perturbé (1-2 heures sans dormir).
- Mon sommeil est modérément perturbé (2-3 heures sans dormir).
- Mon sommeil est très perturbé (3-5 heures sans dormir).
- Mon sommeil est complètement perturbé (5-7 heures sans dormir).

10. Loisirs (cuisine, sports, activités manuelles...)

- Je peux participer à toutes mes activités de loisirs sans aucune douleur cervicale.
- Je ne peux participer à aucune activité de loisir à cause de mes douleurs cervicales.
- Je peux à peine participer à des activités de loisirs, à cause de mes douleurs cervicales.
- Je ne peux participer qu'à quelques unes de mes activités de loisirs habituelles, à cause de mes douleurs cervicales.
- Je peux participer à la plupart de mes activités habituelles de loisirs, mais pas à toutes, à cause de mes douleurs cervicales.
- Je peux participer à toutes mes activités de loisirs, avec quelques douleurs cervicales.

ANNEXE 7: Oswestry Disability Index



Questionnaire Oswestry

Date : ____ / ____ / _____ (JJ / MM / AAAA)

Numéro du participant : _____

Évaluation : Initiale

Post-intervention

Merci de bien vouloir compléter ce questionnaire.

Il est conçu pour nous donner des informations sur la façon dont votre mal au dos (ou votre douleur dans la jambe) a influencé votre capacité à vous débrouiller dans la vie de tous les jours.

**Veillez répondre à toutes les sections du questionnaire.
Pour chaque section, cochez une seule case, celle qui vous décrit le mieux actuellement.**

1. Intensité de la douleur

- Je n'ai pas mal actuellement.
- La douleur est très légère actuellement.
- La douleur est modérée actuellement.
- La douleur est plutôt intense actuellement.
- La douleur est très intense actuellement.
- La douleur est la pire que l'on puisse imaginer actuellement.

2. Soins personnels (se laver, s'habiller etc.)

- Je peux prendre soin de moi normalement, sans augmenter la douleur.
- Je peux prendre soin de moi normalement, mais c'est très douloureux.
- Cela me fait mal de prendre soin de moi, et je le fait lentement et en faisant attention.
- J'ai besoin d'aide, mais dans l'ensemble je parviens à me débrouiller seul.
- J'ai besoin d'aide tous les jours pour la plupart de ces gestes quotidiens.
- Je ne m'habille pas, me lave avec difficulté et reste au lit.

3. Marche à pied

- La douleur ne limite absolument pas mes déplacements.
- La douleur m'empêche de marcher plus de 1-2 km.
- La douleur m'empêche de marcher plus de 500 m
- La douleur m'empêche de marcher plus de 100 m.
- Je me déplace seulement avec une canne ou des béquilles.
- Je reste au lit la plupart de temps et je me traîne seulement jusqu'au WC.

4. Manutention de charges

- Je peux soulever des charges lourdes sans augmenter mon mal de dos.
- Je peux soulever des charges lourdes mais cela augmente ma douleur.
- La douleur m'empêche de soulever des charges lourdes à partir du sol mais j'y parviens si la charge est bien placée (par exemple sur une table).
- La douleur m'empêche de soulever des charges lourdes mais je peux déplacer des charges légères ou de poids moyen si elles sont correctement placées.
- Je peux seulement soulever des objets très légers.
- Je ne peux soulever ni transporter quoi que ce soit.

5. Position assise

- Je peux rester assis sur un siège aussi longtemps que je veux.
- Je peux rester assis aussi longtemps que je veux mais seulement sur mon siège favori.
- La douleur m'empêche de rester assis plus d'une heure.
- La douleur m'empêche de rester assis plus de 30 minutes.
- La douleur m'empêche de rester assis plus de 10 minutes.
- La douleur m'empêche de rester assis.

6. Position debout

- Je peux rester debout aussi longtemps que je veux sans augmenter la douleur.
- Je peux rester debout aussi longtemps que je veux mais cela augmente la douleur.
- La douleur m'empêche de rester debout plus d'une heure.
- La douleur m'empêche de rester debout plus de 30 minutes.
- La douleur m'empêche de rester debout plus de 10 minutes.
- La douleur m'empêche de rester debout.

7. Sommeil

- Mon sommeil n'est jamais perturbé par la douleur.
- Mon sommeil est parfois perturbé par la douleur.
- A cause de la douleur, je dors moins de 6 heures.
- A cause de la douleur, je dors moins de 4 heures.
- A cause de la douleur, je dors moins de 2 heures.
- La douleur m'empêche complètement de dormir.

ANNEXE 8: Disability of the Arm, Shoulder and Hand questionnaire



Questionnaire DASH

Sur les incapacités reliées à une atteinte aux membres supérieurs

Date : ____ / ____ / ____ (JJ / MM / AAAA)

Numéro du participant : ____

Évaluation : Initiale

Post-intervention

Ce questionnaire porte sur vos symptômes ainsi que sur votre capacité à réaliser certaines activités.

En vous basant sur votre condition de la dernière semaine, veuillez répondre à toutes les questions, en encerclant le numéro approprié.

Si vous n'avez pas eu l'occasion de réaliser une activité au cours de la dernière semaine, faites de votre mieux pour choisir la réponse qui serait la plus juste.

Répondez en vous basant sur votre capacité à réaliser la tâche sans vous soucier de comment vous l'effectuez ou de quelle main vous utilisez pour réaliser l'activité.

Évaluez votre capacité à faire les activités suivantes au cours de la dernière semaine.
Répondez en vous basant sur votre capacité à réaliser la tâche sans vous soucier de comment vous l'effectuez ou de quelle main vous utilisez pour réaliser l'activité.

	Pas de difficultés	Difficulté légère	Difficulté moyenne	Difficulté sévère	Incapacité
1. Ouvrir un pot neuf ou fermé serré.	<input type="radio"/>				
2. Écrire.	<input type="radio"/>				
3. Tourner une clé.	<input type="radio"/>				
4. Préparer un repas.	<input type="radio"/>				
5. Ouvrir une porte lourde en poussant.	<input type="radio"/>				
6. Placer un objet sur une tablette située au dessus de votre tête.	<input type="radio"/>				
7. Faire de gros travaux ménagers (ex.: laver les murs, laver les planchers).	<input type="radio"/>				
8. Jardiner ou faire l'entretien d'un terrain.	<input type="radio"/>				
9. Faire un lit.	<input type="radio"/>				
10. Transporter un sac d'épicerie ou un porte-document (valise).	<input type="radio"/>				
11. Transporter un objet lourd (plus de 10 livres).	<input type="radio"/>				
12. Changer une ampoule située au-dessus de votre tête.	<input type="radio"/>				
13. Laver vos cheveux ou sécher vos cheveux à l'aide d'un séchoir	<input type="radio"/>				
14. Laver votre dos.	<input type="radio"/>				
15. Mettre un chandail.	<input type="radio"/>				
16. Utiliser un couteau pour couper des aliments.	<input type="radio"/>				
17. Activités de loisirs qui exigent peu d'effort (ex.: jouer aux cartes, etc.).	<input type="radio"/>				
18. Activités de loisirs dans lesquelles votre bras, votre épaule ou votre main subit un impact (ex.: golf, utiliser un marteau, tennis, etc.).	<input type="radio"/>				
19. Activités de loisirs durant lesquelles vous bougez votre bras librement (ex.: jouer au frisbee, au badminton, etc.).	<input type="radio"/>				
20. Déplacements (transports).	<input type="radio"/>				
21. Activités sexuelles.	<input type="radio"/>				

22. Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure votre problème au bras, à l'épaule ou à la main a-t-il nui à vos activités sociales habituelles avec votre famille, amis, voisins ou groupes?

Pas du tout	Un peu	Moyennement	Beaucoup	Extrêmement
<input type="radio"/>				

23. Au cours de la dernière semaine, avez-vous été limité dans votre travail ou dans vos autres activités habituelles à cause de votre problème au bras, à l'épaule ou à la main?

Pas limité du tout	Légèrement limité	Moyennement limité	Très limité	Incapable
<input type="radio"/>				

Évaluez la sévérité des symptômes suivants au cours de la dernière semaine.

	Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême
24. Douleur au bras, à l'épaule ou à la main.	<input type="radio"/>				
25. Douleur au bras, à l'épaule ou à la main lorsque vous réalisez toute activité spécifique.	<input type="radio"/>				
26. Picotements (fourmillements) au bras, à l'épaule ou à la main.	<input type="radio"/>				
27. Faiblesse au bras, à l'épaule ou à la main.	<input type="radio"/>				
28. Raideurs (manque de souplesse) au bras, à l'épaule ou à la main.	<input type="radio"/>				

	Pas de difficulté	Difficulté légère	Difficulté moyenne	Difficulté sévère	Tellement de difficulté que je ne peux pas dormir
29. Au cours de la dernière semaine, dans quelle mesure avez-vous eu de la difficulté à dormir à cause de votre douleur au bras, à l'épaule ou à la main?	<input type="radio"/>				

	Fortement en désaccord	En désaccord	Ni d'accord, ni en désaccord	En accord	Fortement en accord
30. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec la phrase suivante : « Je me sens moins capable, moins confiant ou moins utile à cause de mon problème au bras, à l'épaule ou à la main ».	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANNEXE 9: Lower Extremity Functional Scale



Questionnaire LEFS

Évaluation fonctionnelles des membres inférieurs

Date : ____ / ____ / _____ (JJ / MM / AAAA)

Numéro du participant : ____

Évaluation : Initiale

Post-intervention

Ce questionnaire vous demande votre opinion sur votre hanche ou votre genou. Il nous permettra de mieux connaître ce que vous ressentez et ce que vous êtes capable de faire dans vos activités de tous les jours.

Répondez à chaque question. Veuillez cocher une seule case par question. En cas de doute, cochez la case qui vous semble la plus adaptée à votre cas.

Aujourd'hui, auriez-vous ou avez-vous de la difficulté à :

	Extrêmement difficile	Beaucoup de difficulté	Modéré	Peu de difficulté	Aucune difficulté
a. Faire vos activités habituelles au travail, à la maison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Participer à vos passe-temps, vos loisirs ou vos activités sportives habituelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Entrer ou sortir du bain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Marcher dans la maison	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Mettre vos souliers ou bas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Vous accroupir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Soulever un objet du plancher (ex : sac d'épicerie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Activités légères dans la maison (ex : laver le comptoir)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Activités lourdes dans la maison (ex : passer l'aspirateur)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j. Entrer ou sortir de la voiture	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. Marcher au moins 2 coins de rues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Marcher au moins 1 kilomètre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Monter ou descendre 10 marches (1 étage)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Vous tenir debout pendant une heure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Rester assis pendant une heure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. Courir sur un terrain plat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q. Courir sur un terrain inégal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r. Changer brusquement de direction (en courant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s. Sautiller sur place	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t. Vous retourner dans le lit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANNEXE 10 : 9-item Visit Specific Satisfaction Questionnaire



Questionnaire de satisfaction VSQ-9

Date : ____ / ____ / ____ (jj/mm/aaaa) Numéro du participant : _____

En vous rappelant votre visite initiale avec le physiothérapeute de l'UMF HMR, comment évaluez-vous :

	Mauvais	Passable	Bon	Très bon	Excellent
1. Le temps que vous avez attendu pour obtenir un rendez-vous	<input type="radio"/>				
2. La commodité de l'emplacement du service de physiothérapie	<input type="radio"/>				
3. La possibilité de joindre le service par téléphone	<input type="radio"/>				
4. La durée d'attente dans le service	<input type="radio"/>				
5. Le temps passé avec le physiothérapeute	<input type="radio"/>				
6. Les explications de ce qui a été fait pour vous.	<input type="radio"/>				
7. Les compétences techniques du physiothérapeute (perfection, précision et compétence)	<input type="radio"/>				
8. La manière personnelle du physiothérapeute (courtoisie, respect, sensibilité, convivialité).	<input type="radio"/>				
9. La visite en général	<input type="radio"/>				

ANNEXE 11 : MedRisk Questionnaire



Questionnaire de satisfaction MedRisk

Date : ____ / ____ / ____ (jj/mm/aaaa) Numéro du participant : _____

Veillez répondre aux questions suivantes en sélectionnant la réponse qui décrit le mieux votre opinion au sujet de votre traitement en physiothérapie.

	Fortement en désaccord	En désaccord	Ni en accord, ni en désaccord	En accord	Fortement en accord
1. La réceptionniste est courtoise.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Le processus d'enregistrement est approprié.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. La salle d'attente est confortable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Mon thérapeute ne passe pas assez de temps avec moi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Mon thérapeute m'explique en détail le(s) traitement(s) que je reçois.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mon thérapeute me traite respectueusement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Mon thérapeute n'est pas à l'écoute de mes préoccupations.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Mon thérapeute répond à toutes mes questions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Mon thérapeute me conseille sur les moyens d'éviter des problèmes dans le futur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Mon thérapeute me donne des instructions détaillées quant à mon programme d'exercices à domicile.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Dans l'ensemble, je suis complètement satisfait des services que je reçois de mon thérapeute.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Je retournerais dans cette unité pour des services ou soins dans le futur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANNEXE 12 : Questionnaire pour les patients/proches : Perceptions de l'efficacité de l'équipe de soins



Questionnaire pour les patients/proches: Perceptions de l'efficacité de l'équipe de soins

SECTION I – ÉQUIPE DE SOINS

Dans cette section, nous sommes intéressés par les caractéristiques de l'équipe de soins de santé qui travaille avec vous.

1. Veuillez indiquer la province ou le territoire du Canada où est situé votre équipe de soins. (Cochez une seule réponse)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Colombie-Britannique | <input type="checkbox"/> ₆ Québec | <input type="checkbox"/> ₁₁ Yukon |
| <input type="checkbox"/> ₂ Alberta | <input type="checkbox"/> ₇ Nouveau-Brunswick | <input type="checkbox"/> ₁₂ Territoires du Nord-Ouest |
| <input type="checkbox"/> ₃ Saskatchewan | <input type="checkbox"/> ₈ Nouvelle-Écosse | <input type="checkbox"/> ₁₃ Nunavut |
| <input type="checkbox"/> ₄ Manitoba | <input type="checkbox"/> ₉ Terre-Neuve et Labrador | |
| <input type="checkbox"/> ₅ Ontario | <input type="checkbox"/> ₁₀ Île-du-Prince-Édouard | |

2. Dans quel type de milieu de soins travaille votre équipe de soins? (Cochez une seule réponse)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Unité d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> ₄ Établissement de soins de longue durée |
| <input type="checkbox"/> ₂ Clinique externe d'un hôpital | <input type="checkbox"/> ₅ Soins à domicile |
| <input type="checkbox"/> ₃ Soins ambulatoires/de première ligne | <input type="checkbox"/> ₆ Gouvernement (provincial ou fédéral) |

3. Décrivez la région dans laquelle est située votre équipe de soins. (Cochez une seule réponse)

- ₁ Milieu urbain (Municipalité comptant plus de 10 000 habitants)
- ₂ Milieu rural (Municipalité /ville comptant moins de 10 000 habitants située à proximité d'un centre urbain)
- ₃ Région éloignée (Municipalité / ville ayant peu d'interaction sociale ou économique avec les régions urbaines)
- ₄ Milieu mixte (Mélange de régions rurales et urbaines sur le territoire desservi du milieu de soins)

4. Quelle est la taille de votre équipe de soins? (Cochez une seule réponse)

- ₁ Petite (Moins de 5 membres d'équipe)
₂ Moyenne (Entre 5 et 10 membres d'équipe)
₃ Grande (Plus de 10 membres d'équipe)

5. Quel est le principal domaine de spécialité de votre équipe de soins? (Cochez une seule réponse)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Soins de santé primaire | <input type="checkbox"/> ₆ Soins cardiovasculaires | <input type="checkbox"/> ₁₁ Oncologie |
| <input type="checkbox"/> ₂ Médecine | <input type="checkbox"/> ₇ Réadaptation | <input type="checkbox"/> ₁₂ Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> ₃ Chirurgie | <input type="checkbox"/> ₈ Hospice-Soins palliatifs | <input type="checkbox"/> ₁₃ Santé mentale |
| <input type="checkbox"/> ₄ Soins maternels et périnataux | <input type="checkbox"/> ₉ Santé communautaire | <input type="checkbox"/> ₁₄ Soins de longue durée |
| <input type="checkbox"/> ₅ Urgence-Soins intensifs | <input type="checkbox"/> ₁₀ Soins à domicile | <input type="checkbox"/> ₁₅ Autre _____ |
- (veuillez préciser)*

6. Choisissez l'énoncé qui décrit le mieux la raison de votre suivi avec l'équipe de soins. (Cochez une seule réponse)

- ₁ Examen de routine/examen annuel/prescription/renouvellement
₂ Suivi de grossesse
₃ Suivi d'un problème de santé chronique
₄ Nouveau problème de santé
₅ Problème de santé urgent
₆ Suivi pour plusieurs conditions de santé chroniques

7. Depuis combien de temps êtes-vous (votre proche) suivi par votre équipe de soins?

_____ années Si moins d'une année: _____ mois

Les **infirmières praticiennes spécialisées** possèdent une expérience et une formation plus approfondies pour poser des diagnostics, prescrire des médicaments et accomplir des procédures médicales spécifiques de façon autonome.

8. Mon équipe de soins comprend une infirmière praticienne spécialisée

- ₁ Oui ₂ Non ₃ Ne sais pas

SECTION II—LES PROCESSUS DE L'ÉQUIPE DE SOINS

S'il vous plaît pensez à votre plus récente expérience ou contact avec votre équipe de soins.

Dans cette section, nous sommes intéressés à mieux comprendre comment les membres de l'équipe travaillent ensemble pour vous offrir des soins de santé et quels facteurs influencent vos croyances sur l'efficacité de l'équipe de soins.

Veuillez sélectionner la réponse qui reflète le mieux votre point de vue. Si vous êtes un membre de la famille ou un proche, s'il vous plaît sélectionner la réponse qui reflète le mieux votre point de vue des soins prodigués à l'être cher.

Question	<i>Fortement en désaccord</i>	<i>En désaccord</i>	<i>Un peu en désaccord</i>	<i>Un peu en accord</i>	<i>En accord</i>	<i>Fortement en accord</i>
1	2	3	4	5	6	
9. Les rôles des membres de l'équipe de soins sont bien définis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je suis content(e) de la manière dont le travail est divisé entre les membres de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'ai un rôle à jouer dans l'équipe de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ma contribution est valorisée par l'équipe de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. J'ai confiance à tous les membres de l'équipe de soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Mon équipe de soins est efficace à fournir des soins de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Les membres de l'équipe de soins partagent les informations nécessaires pour m'aider à prendre des décisions sur mes soins de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Le plan de traitement et les objectifs de mes soins de santé sont clairement indiqués dans mon dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Les résultats d'examen et les consultations sont à jour dans mon dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. L'échange d'information entre les membres de l'équipe et les patients et les proches est restreint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>Fortement en désaccord</i>	<i>En désaccord</i>	<i>Un peu en désaccord</i>	<i>Un peu en accord</i>	<i>En accord</i>	<i>Fortement en accord</i>
Question	1	2	3	4	5	6
19. Les membres de l'équipe travaillent ensemble pour régler des questions portant sur mes soins de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je sais quelles seront les prochaines étapes de mes soins de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. L'équipe de soins ajuste les traitements face aux changements dans ma condition de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mes idées, informations ou observations sont prises en compte par les membres de l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Les différences d'opinion parmi les membres de l'équipe sont respectées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Les membres de l'équipe de soins ne travaillent pas avec les familles ou les proches pour régler des questions portant sur les soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Mes soins sont bien organisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION III – RÉSULTATS DE SOINS

S'il vous plaît pensez à votre plus récente expérience ou contact avec votre équipe de soins.

La section suivante porte sur les résultats de soins fournis par votre équipe de soins de santé.

Veuillez sélectionner la réponse qui reflète le mieux votre point de vue. Si vous êtes un membre de la famille, s'il vous plaît sélectionner la réponse qui reflète le mieux votre point de vue des soins prodigués à l'être cher.

	<i>Fortement en désaccord</i>	<i>En désaccord</i>	<i>Un peu en désaccord</i>	<i>Un peu en accord</i>	<i>En accord</i>	<i>Fortement en accord</i>
Question	1	2	3	4	5	6
26. Les soins de santé sont offerts dans un délai convenable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Les complications potentielles ou réelles sont gérées rapidement par l'équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Je retourne à la maison avec des questionnements sur ma médication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Toutes les informations pertinentes sont disponibles à l'équipe de soins si je dois consulter un autre intervenant ou changer de service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Je retourne à la maison avec toutes les questions sur mes soins de santé répondues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Les membres de l'équipe possèdent les connaissances approfondies et l'expertise nécessaires pour prodiguer les soins de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION IV – PROFIL DEMOGRAPHIQUE
Patients, membre de la famille ou proche

Dans cette section nous sommes intéressés à en apprendre plus sur vous. **Si vous êtes un membre de la famille ou un proche**, SVP répondre aux questions pour vous décrire.

32. Répondez-VOUS en tant que?

₁ Patient → *Passez à la question 33*

₂ Proche



Si vous êtes un proche, prière d'identifier votre lien avec le patient

₁ Conjoint(e)

₅ Nièce/Neveu

₉ Petit-enfant

₂ Mère/Père

₆ Cousin(e)

₁₀ Tuteur(-rice)

₃ Frère/Sœur

₇ Ami(e)

₁₁ Belle-famille

₄ Enfant

₈ Voisin(e)

₁₂ Autre

33. En général, diriez-VOUS que votre santé est

₁ Excellente

₂ Très bonne

₃ Bonne

₄ Passable

₅ Mauvaise

34. Quelle est VOTRE année de naissance? _____
aaaa

35. VOUS êtes

₁ Homme

₂ Femme

36. Êtes-VOUS né(e) au Canada?

₁ Oui

₂ Non →

Si non :

En quelle année êtes-vous arrivé au Canada? _____

Dans quel pays êtes-vous né(e)? (veuillez préciser) : _____

37. Quelle(s) langue(s) parlez-VOUS habituellement avec vos amis et proches?

- ₁ L'anglais seulement
- ₂ Le français seulement
- ₃ Une autre langue seulement
- ₄ Plus d'une langue

38. Êtes-VOUS actuellement

- ₁ Marié(e) ou conjoint(e) de fait
- ₂ Séparé(e)
- ₃ Divorcé(e)
- ₄ Veuf(ve)
- ₅ Célibataire

39. Quel est le plus haut niveau de scolarité que VOUS avez atteint?

- ₁ Études secondaires non complétées
- ₂ Études secondaires complètes
- ₃ Études universitaires partielles ou études complètes dans un collège technique ou un programme d'études postsecondaires (p. ex. CÉGEP)
- ₄ Baccalauréat terminé (p. ex. B.A., B.Sc., B.Sc. Inf.)
- ₅ Diplôme d'études supérieures ou diplôme professionnel (p. ex. M.D., Ph.D.)

40. Lequel des énoncés suivants VOUS décrit le mieux?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Travail à temps plein | <input type="checkbox"/> ₅ Mère/père au foyer |
| <input type="checkbox"/> ₂ Travail à temps partiel | <input type="checkbox"/> ₆ À la retraite d'un emploi rémunéré |
| <input type="checkbox"/> ₃ Sans emploi et à la recherche d'un emploi | <input type="checkbox"/> ₇ Incapable de travailler en raison d'une maladie ou d'une invalidité de longue durée |
| <input type="checkbox"/> ₄ Étudiant ou inscrit à un programme de formation à temps plein | |

41. Comment percevez-VOUS votre situation financière par rapport à d'autres personnes de votre âge?

- ₁ Vous vous considérez à l'aise financièrement
- ₂ Vous considérez que vos revenus sont suffisants
- ₃ Vous vous considérez pauvre
- ₄ Vous vous considérez très pauvre
- ₅ Ne souhaite pas répondre

42. Les problèmes de santé suivants interfèrent-ils avec VOS activités quotidiennes?

	<i>Jamais</i>	<i>Rarement</i>	<i>À l'occasion</i>	<i>Souvent</i>	<i>Constamment</i>	<i>Je n'ai pas cette condition</i>
Condition	1	2	3	4	5	
a. Diabète	<input type="checkbox"/>					
b. Problème respiratoire	<input type="checkbox"/>					
c. Problème rénal	<input type="checkbox"/>					
d. Problème cardiaque	<input type="checkbox"/>					
e. Problème de santé mentale	<input type="checkbox"/>					
f. Problème de mobilité	<input type="checkbox"/>					
g. Douleur	<input type="checkbox"/>					

43. N'hésitez pas à nous faire part de tout autre commentaire que vous désirez ajouter au sujet de votre équipe de soins?

MERCI! Nous apprécions que vous ayez pris le temps de participer à cette étude.
 Si vous avez des questions au sujet de ce projet de recherche, veuillez communiquer avec :
 Kelley Kilpatrick, inf. PhD
 CIUSSS EIM-Installation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
 CSA - RC - Aile bleue - Bureau F121
 5415 boul. l'Assomption, Montréal (QC) H1T 2M4
 Téléphone : (514) 252-3400 poste 4993, Télécopieur: (514) 251-7094
 Courriel : kkilpatrick.hmr@ssss.gouv.qc.ca

Annexe 13

	Patients inclus dans les analyses n = 52		Patients exclus pour non-présentation à l'entretien final n = 10		Valeur p
	n (%)	Moyenne (écart-type)	n (%)	Moyenne (écart-type)	
Genre : Femme Homme	37 (71 %) 15 (29 %)		5 (50%) 5 (50%)		0,18
Âge moyen (années)		56,6 (15,5)		52,4 (18,3)	0,14
Situation matrimoniale - Vit seul(e) - Marié(e)/En couple	21 (40 %) 31 (60 %)		3 (30%) 7 (70%)		0,
Lieu de résidence - Territoire du CIUSSS* de l'Est de l'île de Montréal - Reste de l'agglomération de Montréal - Communauté métropolitaine de Montréal - Autre lieu	30 (57 %) 13 (25 %) 5 (10 %) 4 (8 %)		7 (70%) 1 (10%) 2 (20%)		
Éducation : - Secondaire ou moins - Collège - Université	12 (23 %) 29 (56 %) 11 (21 %)		1 (10%) 7 (70%) 2 (20%)		
Emploi : - Employé - Sans emploi - Retraité(e)	25 (48 %) 4 (8 %) 23 (44 %)		6 (60%) 1 (10%) 3 (30%)		

Revenus personnels (CAD) :					
- 0 - 29 999\$	18 (35 %)		2 (20%)		
- 30 000\$ - 59 999\$	22 (42 %)		6 (60%)		
- > 60 000 \$	5 (10 %)		1 (10%)		
- Ne souhaite pas répondre	7 (13 %)		1 (10%)		
Profils selon l'index de défavorisation :					
- Conditions matériellement et socialement plus favorables que la moyenne	0 (0 %)		0 (0 %)		
- Conditions moyennes	6 (12 %)		1 (10 %)		
- Conditions plus défavorables socialement mais pas matériellement	18 (35 %)		3 (30 %)		
- Conditions plus défavorables matériellement mais pas socialement	7 (13 %)		1 (10 %)		
- Conditions matériellement et socialement plus défavorables	18 (35 %)		3 (30 %)		
- Non applicable	3 (6 %)		2 (20 %)		
Indice de Masse Corporel moyen (kg/m ²)					
Classification selon l'IMC					
- En santé (≤ 25 kg/m ²)	18 (35 %)	28,2 (5,9)	4 (40 %)	30,5 (9,9)	0,32
- Embonpoint (entre 25 et 30 kg/m ²)	13 (25 %)		3 (30 %)		
- Obésité (≥ 30 kg/m ²)	21 (40 %)		3 (30 %)		
Score moyen à l'index de comorbidités de Charlson					
- 0	43 (82 %)		10 (100 %)		
- 1 - 2	5 (10 %)		0 (0 %)		
- 3 - 4	4 (8 %)		0 (0 %)		
- 5 ou plus	0 (0 %)		0 (0 %)		

Localisation de la pathologie :					
- Région cervicale	4 (7,7 %)		1 (10 %)		
- Région lombaire	14 (26,9 %)		1 (10 %)		
- Membre supérieur	17 (32,7 %)		2 (20 %)		
- Membre inférieur	17 (32,7 %)		6 (60%)		
Présence d'un deuxième trouble nécessitant une prise en charge en physiothérapie	3 (5,8 %)		1 (10 %)		
Résultats au questionnaire SF-36v2 lors de l'entretien initial :					
- Activité physique (PF)		58,7 (27,0)		67,0 (31,6)	0,39
- Limitations liées à la santé physique (RP)		49,4 (27,1)		55,0 (28,8)	0,56
- Douleurs physiques (BP)		43,4 (15,9)		48,8 (23,6)	0,37
- Santé Globale (GH)		64,4 (18,7)		62,9 (25,5)	0,83
- Bien-être social (SF)		71,4 (24,2)		76,3 (27,3)	0,57
- État psychique (MH)		64,6 (19,5)		70,0 (21,7)	0,44
- Limitations liées à la santé mentale (RE)		65,7 (28,0)		66,7 (32,2)	0,92
- Vitalité (VT)		51,0 (18,1)		53,8 (17,0)	0,65
- Score physique global (PCS)		39,7 (8,7)		41,8 (9,2)	0,50
- Score mental global (MCS)		45,6 (12,5)		46,8 (13,0)	0,77
Scores fonctionnels selon la région symptomatique :					
- NDI	4 (7,7 %)	26,5 (16,8)	2 (18,2 %)	22,0 (11,3)	0,55
- ODI	15 (27,8 %)	31,5 (15,8)	1 (9,1 %)	48,0 (N /A)	0,25
- DASH	18 (33,4 %)	34,8 (15,4)	2 (18,2 %)	21,3 (5,3)	0,25
- LEFS	17 (32,7 %)	47,2 (20,2)	6 (54,5%)	51,7 (15,6)	0,63
Satisfaction des participants à l'étude envers le service de physiothérapie (résultats au questionnaire VSQ-9)	33	82,2 (13,1)	8	76,0 (18,1)	0,28

Annexe 14 : Associations entre les scores du questionnaire « Perception de l'efficacité de l'équipe de soins » et du questionnaire SF-36v2 (n=49).

Section Dimension Thème		Processus de soins						
		Perception	Perception	Perception	Perception	Perception	Perception	Perception
		Efficacité	Prise de décision	Communication	Coordination	Cohésion	Résolution de problèmes	Focus patient
Activité physique (PF)	Corrélation de Pearson	,277	,184	,240	,290*	,315*	-,016	,217
	Valeur p	,054	,205	,097	,043	,028	,915	,134
Limitations liées à la santé physique (RP)	Corrélation de Pearson	,161	,265	,241	,208	,121	-,003	,310*
	Valeur p	,270	,065	,096	,152	,409	,981	,030
Douleurs physiques (BP)	Corrélation de Pearson	,188	,113	,100	,120	,270	,096	,160
	Valeur p	,195	,438	,495	,413	,061	,513	,272
Santé Globale (GH)	Corrélation de Pearson	-,164	-,142	,022	-,039	,108	-,144	,071
	Valeur p	,259	,330	,878	,790	,459	,325	,626
Bien-être social (SF)	Corrélation de Pearson	,154	,045	,111	,253	,178	,039	,252
	Valeur p	,290	,758	,448	,079	,222	,791	,080
État psychique (MH)	Corrélation de Pearson	,028	,054	,049	,080	,093	,046	-,015
	Valeur p	,847	,712	,739	,585	,526	,751	,919
Limitations liées à la santé mentale (RE)	Corrélation de Pearson	,266	,056	,194	,356*	,248	,047	,028
	Valeur p	,065	,702	,181	,012	,086	,749	,849
Vitalité (VT)	Corrélation de Pearson	,094	,091	,189	,186	,186	,086	,205
	Valeur p	,522	,536	,193	,200	,200	,557	,157
Modification perçue de l'état de santé (HT)	Corrélation de Pearson	-,319*	-,157	-,262	-,018	-,196	-,148	-,235
	Valeur p	,026	,282	,069	,903	,178	,312	,104
Score physique global (PCS)	Corrélation de Pearson	,168	,192	,206	,158	,251	-,028	,318*
	Valeur p	,249	,187	,156	,279	,082	,850	,026
Score mental global (MCS)	Corrélation de Pearson	,111	,004	,097	,221	,142	,069	,023
	Valeur p	,448	,979	,506	,127	,331	,640	,876

