

Université de Montréal

Implantation d'un modèle de soins d'accès adapté avec un physiothérapeute en pratique
avancée pour la clientèle musculosquelettique au GMF-Universitaire des Faubourgs

Par

Sébastien Dion

Département de Physiothérapie, École de réadaptation, Faculté de médecine

Travail d'intégration présenté en vue de l'obtention du grade de DEPA en pratique avancée en
physiothérapie neuro-musculosquelettique

31 juillet 2021

© Sébastien Dion, 2021

Université de Montréal

Unité académique : département de physiothérapie/école de réadaptation, Faculté de
médecine

Ce travail dirigé intitulé

**Implantation d'un modèle de soins d'accès adapté avec un physiothérapeute en pratique
avancée pour la clientèle musculosquelettique au GMF-Universitaire des Faubourgs**

Présenté par

Sébastien Dion

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Jean-Louis Larochelle

Directeur de recherche

Ce document a été rédigé en utilisant le masculin neutre afin d'en alléger le style et d'en préserver la lisibilité.

Résumé

L'accès en physiothérapie dans le système public québécois actuel est très restreint, avec un temps d'attente moyen de près de 4 mois et demi. Pour améliorer l'accès des patients atteints d'un trouble musculosquelettique, un nouveau modèle de soins comprenant un physiothérapeute en pratique avancée est proposé pour favoriser l'accès adapté en physiothérapie en première ligne. Ce dernier permet à ces patients de rencontrer rapidement, en moins de 48 heures, un physiothérapeute pour les outiller sur leur condition et débiter des exercices dans le but de prévenir la détérioration et promouvoir la récupération de ceux-ci, et ce sans avoir à consulter un médecin préalablement. L'objectif de ce projet d'amélioration continue de la qualité des soins est de démontrer la faisabilité et la pertinence d'implanter un tel modèle de soins d'accès adapté en physiothérapie avec un physiothérapeute en pratique avancée au sans rendez-vous du Groupe de médecine de famille universitaire des Faubourgs afin de diminuer les délais de consultation pour les troubles musculosquelettiques. Toutes les étapes de l'implantation sont décrites à l'aide du cadre conceptuel *PEPPA* « *Participatory, Evidence-Based, Patient-Focused Process for Advanced Practice Nursing* », suivies de quelques recommandations pour améliorer le projet. L'implantation s'est avérée être une réussite, se reflétant entre autres par une satisfaction élevée auprès de l'entièreté des patients. De plus, malgré les défis soulevés quant à la clarification du rôle et des responsabilités de toutes les parties prenantes, une très forte collaboration interprofessionnelle avec les médecins, résidents et infirmiers a été rapportée comme l'un des plus grands avantages de ce projet. De plus, un ajustement selon l'offre et la demande des rendez-vous devra être pris en considération pour s'assurer de la pérennité du projet. Le succès de ce projet prouve qu'il est possible de développer et d'implanter, dans un délai restreint, de nouveaux modèles de soins en accès adapté via un physiothérapeute en pratique avancée sans ajout de ressources supplémentaires, et ce, même en période de crise pandémique.

Mots-clés : accès adapté en physiothérapie, groupe de médecine de famille, sans rendez-vous, collaboration interprofessionnelle, trouble musculosquelettique, PPA, interdisciplinarité, première ligne, médecin de famille, PEPPA

Abstract

Access to physiotherapy in the Quebec public system is currently very limited, with an average wait time of several months. In order to improve this reality for patients with a musculoskeletal disorder, this pilot project presents a new model of care meant to promote advanced access in physiotherapy within a medical clinic. This concept would allow patients to meet within 48 hours a advanced practice physiotherapist that can provide more information on their condition and get started on some exercises with the aim of reducing the risk of deterioration, without having to consult a doctor beforehand. The main objective is to demonstrate the feasibility and the relevance of implementing a new model of care with advanced access in physiotherapy at the walk-in clinic “Groupe de médecine de famille universitaire des Faubourgs” so as to decrease the delays of consultation for patients with musculoskeletal disorders. All of the steps required to implement this project are described following the PEPPA framework « Participatory, Evidence-Based, Patient-Focused Process for Advanced Practice Nursing » as well as recommendations offered to improve this project. This pilot project turned out to be successful, with all of the patients reporting “very good” or “excellent” satisfaction. Additionally, a very strong interprofessional collaboration with doctors, residents and nurses was mentioned as one of the greatest advantages of this model. Therefore, establishing the roles and responsibilities of each professional involved is extremely important. Furthermore, to ensure continuous development of this project the offer and demand must be considered. The positive results of this project conclude that it is possible to create in a short period of time a new model of care without needing additional resources or money even during a pandemic.

Keywords : Advanced access in physiotherapy, groupe de médecine de famille, walk-in clinic, interprofessional collaboration, musculoskeletal disorder, APP, interdisciplinarity, first health center, general practitioner, GP, PEPPA

Table des matières

Résumé	5
Abstract	7
Table des matières	9
Liste des tableaux	15
Liste des figures	17
Liste des sigles et abréviations	19
Dédicace	20
Remerciements	21
Introduction.....	23
Accès adapté	23
Accès aux soins musculosquelettiques	25
Accès adapté en physiothérapie	26
Physiothérapeute en pratique avancée	27
GMF-U des Faubourgs.....	29
Objectifs du projet.....	32
Le modèle PEPPA.....	33
Étape 1 : Définir la population cible et décrire le modèle de soins actuel	34
Étape 2 : Identifier les parties prenantes et les impliquer	36
Instigateur	36
Administrateurs.....	36
Cliniciens.....	37
Étape 3 : Déterminer les besoins d'un nouveau modèle de soins.....	39

Étape 4 : Identifier les problèmes et objectifs prioritaires pour améliorer le modèle de soins	41
Problématique.....	41
Objectifs prioritaires.....	41
Objectifs secondaires	41
Étape 5 : Définir le modèle de soins et le rôle du PPA dans ce modèle	42
Nouveau modèle de soins proposé au GMF-U des Faubourgs.....	42
Description du rôle du PPA dans ce nouveau modèle de soins.....	44
Nouveaux rôles des différentes parties prenantes.....	45
Étape 6 : Définir une stratégie d’implantation.....	47
Identifier les facilitateurs à l’implantation du modèle et aux rôles du PPA	47
Ressources organisationnelles	47
Gouvernance organisationnelle	47
Procédures cliniques	47
Caractéristique du modèle proposé.....	48
Identifier les barrières à l’implantation du modèle et aux rôles du PPA.....	48
Ressources organisationnelles	48
Procédures cliniques	48
Autres facteurs divers	49
Identifier les résultats attendus	49
Définir un plan d’évaluation et la collecte de donnée au temps 0.....	50
Données administratives.....	50
Sondage de satisfaction des patients.....	51
Sondage de satisfaction des différentes parties prenantes.....	51
Étape 7 : Mettre en œuvre l’implantation du PPA.....	53

Développement et consultation	53
Prétest	53
Mise en œuvre	53
Étape 8 : Évaluer le rôle du PPA et le nouveau modèle de soins.....	54
Utilisation des services	54
Taux de consultation	54
Utilisation des plages horaires du PPA au SRV.....	54
Évaluations supplémentaires au SRV	54
Durée de consultation.....	54
Trajectoire de soins	55
Références pour un acte médical à la suite de l'évaluation du PPA.....	55
Suivi en physiothérapie	55
Enseignement musculosquelettique aux résidents ou externes	55
Satisfaction des patients	56
Satisfaction des parties prenantes	58
Thème : Procédure	58
Thème : Collaboration interprofessionnelle	59
Thème : Retombée du projet	59
Charge de travail	60
Résultat spécifique du PPA.....	60
Avantages du projet	60
Inconvénients du projet	61
Suggestions ou solutions proposées	61

Étape 9 : Mettre en place un monitoring à long terme du rôle du PPA et du nouveau modèle de soins.....	63
Autres modèles de soins avec un PPA au SRV	64
GMF-R Maisonneuve-Rosemont à Montréal	64
GMF-U Laurier à Québec.....	64
Clinique Azur/GMF-R sur la Rive-Sud de Montréal.....	65
Comparaison des différents modèles avec celui du GMF-U des Faubourgs	66
Discussion générale.....	68
Retour sur les objectifs initiaux.....	68
Faisabilité du projet.....	68
Pertinence du projet	70
Satisfaction des patients	70
Collaboration interprofessionnelle	70
Satisfaction des parties prenantes	71
Référence au médecin pour une évaluation complète.....	72
Enseignement musculosquelettique auprès des résidents	73
Tableaux résumés des principales recommandations découlant de ce projet	74
Limites du projet	74
Recommandation pour améliorer le nouveau modèle de soins actuel.....	75
Enjeux futurs	76
Enjeux en recherche.....	77
Conclusion	78
Références bibliographiques.....	80
Annexes	83

Annexe 1 : Algorithme décisionnel	83
Annexe 2 : Critères de référence en physiothérapie établis par le GMF-U des Faubourgs	84
Annexe 3 : Lettre explicative du projet	85
Annexe 4 : Sondage de satisfaction des patients.....	86
Annexe 5 : Sondage des parties prenantes.....	88
Annexe 6 : Protocole du projet d’implantation présenté au comité éthique	92

Liste des tableaux

Tableau 1. – Description des rôles et responsabilités dans l’élaboration et la mise en place du projet.	46
Tableau 2. – Tableau résumé des principales données administratives recueillies.	56
Tableau 3. – Résumé des sondages sur les principaux avantages du modèle de soins.	61
Tableau 4. – Résumé des sondages sur les principaux inconvénients rencontrés.	61
Tableau 5. – Résumé des sondages sur les principales suggestions pour améliorer le modèle de soins.	62
Tableau 6. – Comparaison de différents enjeux face aux modèles présentés et les tâches du PPA pour les différents GMF.	67
Tableau 7. – Tableau résumé des principaux points marquants à la suite de l’implantation de ce modèle de soins.	74
Tableau 8. – Résumé des principales suggestions à la suite de l’analyse des résultats des données administratives et des sondages des parties prenantes.	76

Liste des figures

Figure 1. – Étapes du modèle PEPPA.	33
Figure 2. – Les résultats du niveau de satisfaction des patients qui ont vu la PPA au SRV.....	57
Figure 3. – Résultat de la satisfaction moyenne de tous les patients sous forme de pourcentage.....	57
Figure 4. – Résultats de la satisfaction de tous les participants aux sondages des parties prenantes pour les questions fermées et la question fermée adressée aux médecins et résidents.	58
Figure 5. – Triage téléphonique pour prévoir une rencontre avec le PPA au SRV	83

Liste des sigles et abréviations

AACQ : Agente d'amélioration continue de la qualité

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CNESST : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

DEPA : Diplôme d'études professionnelles approfondies

GMF : Groupe de médecine de famille

GMF-R : Groupe de médecine de famille - Réseau

GMF-U : Groupe de médecine de famille - Universitaire

IC : Intervalle de confiance

IPS : Infirmier en pratique spécialisée

IRM : Imagerie par résonance magnétique

IVAC : Indemnisation des victimes d'actes criminels

M. Sc. : Maîtrise en science

PEPPA: Participatory, Evidence-based, Patient-focused Process for Advanced practice nursing

Ph. D. : Doctorat en philosophie

PPA : Physiothérapeute en pratique avancée

SAAQ : Société de l'assurance automobile du Québec

SRV : Sans rendez-vous

TMS : Trouble musculosquelettique

Dédicace

*Je dédie ce travail à **Mélissa** et **Maxime***

pour leur encouragement et support

continuel à travers mes études.

Merci de croire en moi.

Je vous aime fort.

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier particulièrement **Tatiana Vukobrat**, physiothérapeute au GMF-U des Faubourgs, de m'avoir donné l'opportunité de m'impliquer dans ce beau projet. Son investissement professionnel et sa rigueur ont permis de contribuer grandement à la réussite de ce projet. Tatiana a été un pilier central dans l'implantation de ce nouveau modèle de soins.

Je tiens également à remercier l'équipe de soutien au projet constitué de :

- **Josée Archambault**, agente d'amélioration continue de la qualité, pour son expertise dans le domaine et ses suivis constants tout au long du projet.
- **Jean-Louis Larochelle**, physiothérapeute et directeur principal de ce projet, pour son encadrement constant et ses suggestions intéressantes.
- **Lawrence Morse**, physiothérapeute et étudiant au DEPA, pour ses encouragements et ses propositions d'amélioration.

Aussi, j'aimerais souligner l'implication et la collaboration interprofessionnelle de qualité de toute **l'équipe du sans rendez-vous du GMF-Universitaire des Faubourgs** (médecins, résidents, infirmiers, gestionnaires, etc.) dans ce projet. Vous avez permis de mettre en place un nouveau modèle de soins avec votre ouverture et votre enthousiasme.

Finalement, un gros merci à **Jean-Gabriel Lapalme** et **Marie-Ève Toutant** pour avoir partagé leur expérience de physiothérapeute en pratique avancée dans leur GMF respectif. Votre participation a permis d'enrichir ce travail et de transmettre des recommandations plus fortes pour améliorer le modèle initial.

Introduction

Depuis plusieurs années, il est reconnu qu'un nombre insuffisant de patients ont un médecin de famille attiré, soit environ 77% au Québec comparativement à 90% en Ontario (Breton & Guilbert-Couture, 2016). De ces patients, plusieurs ne réussissent pas à prendre un rendez-vous avec leur médecin au moment opportun pour leur condition, ce qui contribue à l'engorgement des urgences (Murray & Berwick, 2003). Pour remédier à ce problème, l'utilisation de la clinique sans rendez-vous (SRV) dans les groupes de médecine de famille (GMF) est encouragée (L'Association Canadienne De Protection Médicale, 2019). La clinique du SRV desservie par un GMF permet aux patients inscrits d'obtenir une consultation rapide, soit la journée même, avec un médecin ou un résident pour un problème de santé pour lequel le patient n'a pas pu obtenir un rendez-vous dans un délai approprié avec son médecin traitant ou une affection pressante (L'Association Canadienne De Protection Médicale, 2019). Cela dit, le SRV ne réussit pas actuellement à satisfaire la demande de la population qui est vieillissante et qui présente une prévalence élevée de conditions chroniques susceptibles d'entraîner des épisodes ponctuels d'exacerbation (Bishop et al., 2017; Deslauriers et al., 2019). Ainsi, l'accessibilité pour voir un médecin demeure difficile et la continuation des soins est limitée par la rencontre de différents médecins de famille au SRV. Or, depuis 2003, un nouveau modèle de soins est proposé pour améliorer le modèle de soins actuel : *l'accès adapté* ou « *advanced access* » en anglais (Murray & Berwick, 2003).

Accès adapté

Un nouveau modèle d'accès en première ligne auprès des médecins en GMF gagne en popularité depuis les dernières années, soit le modèle d'accès adapté (Ahluwalia & Offredy, 2005; Breton & Guilbert-Couture, 2016; Dixon, Sampson, O'Cathain, & Pickin, 2005; Rose, Ross, & Horwitz, 2011). Ce modèle de soins a été conçu pour **diminuer les délais chez les médecins de famille**, ce qui contribue à **améliorer l'accès** à ceux-ci tout en favorisant une redistribution des patients, dont la condition est connue, à d'autres professionnels (Ahluwalia & Offredy, 2005; Breton & Guilbert-Couture, 2016; Dixon et al., 2005; Murray & Berwick, 2003; Rose et al., 2011).

L'accès adapté se définit comme une pratique où chaque patient peut avoir accès à des services médicaux de première ligne en temps opportun, en maximisant le potentiel de chaque professionnel (Breton & Guilbert-Couture, 2016; Murray & Berwick, 2003). Il vise à améliorer l'accessibilité aux soins et la continuité des soins sans augmenter la charge de travail des médecins de famille et les ressources disponibles (Murray & Berwick, 2003; Rose et al., 2011). Ainsi, l'objectif est de voir le patient le jour même, dans la mesure du possible, indépendamment du niveau d'urgence, par le médecin de famille en question (Ahluwalia & Offredy, 2005; Murray & Berwick, 2003; Rose et al., 2011) ou le professionnel le mieux outillé pour répondre à ses besoins (Dixon et al., 2005). Ce modèle permet de diminuer de façon significative les délais pour voir un médecin de famille en première ligne (Ahluwalia & Offredy, 2005; Dixon et al., 2005; Murray & Berwick, 2003; Rose et al., 2011), diminuer les absences aux rendez-vous (Murray & Berwick, 2003; Rose et al., 2011), diminuer l'utilisation du SRV et des urgences en plus d'engendrer une plus grande satisfaction auprès des patients et des professionnels (Ahluwalia & Offredy, 2005; Breton & Guilbert-Couture, 2016; Dixon et al., 2005), (Ahluwalia & Offredy, 2005; Rose et al., 2011).

Pour arriver au succès de ce modèle, il est important de bien équilibrer l'offre et la demande des rendez-vous dans l'horaire des médecins de famille et d'éviter de tenir une liste d'attente (Breton & Guilbert-Couture, 2016; Murray & Berwick, 2003). Ainsi, les rendez-vous annuels seraient complètement éliminés et l'horaire des médecins ne serait ouvert que deux semaines à l'avance (Breton & Guilbert-Couture, 2016) pour que les patients puissent être vus dans la journée de l'appel autant que possible (Breton & Guilbert-Couture, 2016; Dixon et al., 2005; Murray & Berwick, 2003). Il est recommandé qu'un maximum de 35% des plages horaires soit prévus pour des rendez-vous dans les 2 prochaines semaines (Murray & Berwick, 2003). Le succès dépend aussi du travail interdisciplinaire (Breton & Guilbert-Couture, 2016; Dixon et al., 2005; Murray & Berwick, 2003). En effet, un grand nombre de tâches ou de suivis effectués par les médecins de famille peut être fait par l'adjointe administrative, l'infirmier auxiliaire, l'infirmier praticien, le travailleur social ou même possiblement le physiothérapeute, lorsque la condition des patients est connue (Breton & Guilbert-Couture, 2016; Murray & Berwick, 2003). Par exemple, l'adjointe administrative peut faxer des documents au pharmacien d'un patient, l'infirmier peut s'occuper

des suivis des patients diabétiques et le physiothérapeute peut prendre en charge un trouble musculosquelettique bénin d'un patient. Cette décharge de responsabilité et cette confiance en la pratique interdisciplinaire permettent d'augmenter l'offre de service et d'améliorer l'accès aux soins en première ligne chez les médecins de famille (Breton & Guilbert-Couture, 2016; Dixon et al., 2005; Murray & Berwick, 2003). Par ailleurs, il est encouragé de régler tous les problèmes du patient dans une même rencontre pour éviter que les patients reviennent à plusieurs reprises et ainsi éviter des pertes de temps inutiles (Murray & Berwick, 2003). Peu de rendez-vous de suivi sont proposés, c'est pourquoi les patients sont encouragés à s'engager dans leur soin et à effectuer davantage d'autogestion (Breton & Guilbert-Couture, 2016; Dixon et al., 2005), ce qui peut rendre certaines populations plus à risque de se détériorer comme, par exemple, les personnes âgées (Ahluwalia & Offredy, 2005; Dixon et al., 2005; Rose et al., 2011). En cas de besoin, les patients peuvent reprendre rendez-vous si leur condition se détériore et pourront être vus dans les 48 heures suivant l'appel (Murray & Berwick, 2003).

Accès aux soins musculosquelettiques

Parmi toutes les conditions évaluées par un médecin de famille, un certain pourcentage, estimé autour de 21%, est relié aux troubles musculosquelettiques (TMS) (Bishop et al., 2017). Ceux-ci sont définis par une ou des atteintes des structures locomotrices, telles que les muscles, tendons, os, articulations, ligaments et/ou nerfs (Sanon, 2021, Janvier).

Environ 30% de la population âgée de 25 à 74 ans aux États-Unis présente un TMS et près de 15% de la même population ont des symptômes sévères qui restreignent certaines activités ou nécessitent des soins médicaux (Lee, 1994). Au Canada, près d'un million de Canadiens présentent des incapacités dues à un TMS, soit le double de la somme de tous les cancers confondus au pays (Lee, 1994). En 1994, les coûts pour les TMS s'élèvent à 25,6 billions par année au Canada, ce qui représente l'équivalent de 3,4% des coûts domestiques totaux pour une année (Coyte, Asche, Croxford, Chan, & Rheumatology, 1998). Au Québec, plus d'un million de travailleurs sont atteints d'un TMS non traumatiques et un travailleur sur quatre mentionne être atteint d'un TMS important chaque année (Sanon, 2021, Janvier; Tissot, 2020), dont les douleurs lombaires sont les plus prévalentes (Coyte et al., 1998; Lee, 1994). Les coûts indemnisés

seulement par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) entre 2005 et 2007 s'élèvent à 4,62 milliards en moyenne par année (Sanon, 2021, Janvier).

Les physiothérapeutes sont des professionnels de la santé qui ont les connaissances et les habiletés requises pour diagnostiquer et pour traiter une grande variété de TMS (Desjardins-Charbonneau, Roy, Thibault, Ciccone, & Desmeules, 2016; Holdsworth, Webster, McFadyen, & Physiotherapy, 2008). Cependant, l'accès en physiothérapie est limité dans le système public, où 79% des médecins de famille au Canada en déplorent l'accès (Deslauriers, Toutant, Lacasse, Desmeules, & Perreault, 2017). De plus, les TMS génèrent des coûts monétaires considérables, mais aussi des coûts importants en termes de morbidité et d'invalidité, ce qui aura tendance à augmenter avec l'âge et la population vieillissante (Coyte et al., 1998; Lee, 1994). Les données actuelles démontrent la nécessité de développer de nouveaux modèles de soins plus efficaces pour la prise en charge des TMS (Coyte et al., 1998; Lee, 1994) puisque ceux-ci ont un impact important sur le système de santé canadien (Coyte et al., 1998).

Accès adapté en physiothérapie

Le concept d'accès adapté n'est pas encore utilisé dans le domaine de la physiothérapie, mais il aurait tout à fait sa place en première ligne. Dans le cas présent, l'accès adapté en physiothérapie viserait à améliorer l'accessibilité aux soins chez les patients avec TMS en première ligne, au SRV d'un GMF, pour orienter les patients vers le bon professionnel, au moment opportun. En effet, l'accès direct en physiothérapie, au SRV, à l'intérieur de 24-48h, permettrait de diriger le patient vers le professionnel le mieux adapté pour répondre à son besoin en évitant, entre autres, des références en médecine de spécialité, ce qui a tendance à alourdir le système de santé. En effet, il est estimé qu'entre 55% et 90% des références en orthopédie ne sont pas pertinentes et devraient plutôt être traitées de façon conservatrice, par exemple en physiothérapie (Desmeules et al., 2013). Ceci pourrait être en lien avec le fait que bon nombre de médecins de famille sont moins confortables à traiter ce type de clientèle (Moffatt, Goodwin, Hendrick, & development, 2018). Tout comme l'accès adapté pour les médecins de famille, l'accès adapté en physiothérapie permettrait également d'outiller les patients pour qu'ils se prennent en charge par eux-mêmes,

avec quelques exercices ou de l'éducation adaptée, en attendant d'être pris en charge convenablement par un physiothérapeute qui sera en mesure de faire des suivis et des traitements plus complets, s'il y a lieu. L'éducation et les exercices, avec ou sans combinaison avec un traitement pharmacologique, sont supportés par de nombreuses évidences de niveau modérés à élevés pour le traitement de plusieurs TMS (Bronfort et al., 2012; Clauw, Essex, Pitman, & Jones, 2019; Ko, 2007).

L'accès adapté en physiothérapie repose aussi sur une collaboration interprofessionnelle forte avec les médecins de famille, notamment pour la prise en charge optimale des patients. Cette collaboration, basée sur une communication efficace et une écoute active, permet aux médecins de demander rapidement un avis secondaire concernant certains patients avec un TMS tandis qu'elle permet au physiothérapeute d'expliquer efficacement la condition d'un patient en vue d'un acte médical qu'il n'a pas l'autorisation de prodiguer. Ainsi, l'objectif de l'accès adapté en physiothérapie est de bénéficier de l'accès rapide au SRV avec un physiothérapeute pour favoriser la prise en charge précoce des patients musculosquelettiques et par le fait même limiter les délais avant de consulter un professionnel, ce qui assurera une prise en charge optimale en favorisant l'autogestion des symptômes par le patient. Toutefois, étant donné que certaines tâches effectuées par le physiothérapeute sont non-traditionnelles dans ce contexte de première ligne, le recours à un physiothérapeute en pratique avancée (PPA) serait plus approprié pour y parvenir.

Physiothérapeute en pratique avancée

Un PPA est un physiothérapeute qui se démarque dans sa pratique puisqu'il occupe un rôle non traditionnel où ses tâches vont au-delà de son mandat reconnu (World Physiotherapy, 2021). Par exemple : un physiothérapeute qui fait du triage préopératoire afin de diriger des patients vers une chirurgie ou un traitement conservateur, sans que ceux-ci n'aient rencontré le chirurgien préalablement (World Physiotherapy 2019, 2019). Pour le moment, ce titre n'est pas reconnu officiellement au Québec, malgré que certains physiothérapeutes effectuent déjà certaines tâches qui sont considérées comme de la pratique avancée. Lorsque le titre de PPA sera reconnu, certains actes médicaux pourraient être autorisés à ce professionnel tels que la prescription de

rayon X et de certains médicaments, si ceux-ci sont en lien avec l'amélioration de l'accès des soins et l'efficacité des traitements (World Physiotherapy, 2021).

Le PPA doit également démontrer des connaissances, des habiletés et un raisonnement clinique élevés sur les diagnostics différentiels médicaux possibles (Salmon, Humphreys, Price, Smith, & Heaton, 2017; World Physiotherapy 2019, 2019; World Physiotherapy, 2021). Un leadership clinique positif pour supporter les décisions cliniques est également désiré (Brykczynski, 2021). Idéalement, une formation supplémentaire reconnue, comme le Diplôme d'études professionnelles approfondies (DEPA) en pratique avancée en physiothérapie neuro-musculosquelettique à l'Université de Montréal, serait un atout intéressant afin de parfaire ce raisonnement clinique et ce leadership.

Des modèles de soins comparables en première ligne avec un PPA commencent à être implantés un peu partout dans le monde, dont au Canada, avec, entre autres, la création des *Équipes Santé Famille* en Ontario (Deslauriers et al., 2017). D'ailleurs, la physiothérapie en pratique avancée est de plus en plus documentée dans la littérature et se développe un peu partout dans le monde, notamment au Royaume-Uni, en Australie, en Israël, aux États-Unis, en Nouvelle-Zélande, en Norvège, etc. (Salmon et al., 2017; World Physiotherapy 2019, 2019). Plusieurs études scientifiques supportent l'implantation d'un PPA comme intervenant de première ligne engendrant des retombées positives telles qu'une diminution de douleur, des incapacités, du nombre de rendez-vous de suivi avec un médecin omnipraticien, du nombre de prescriptions d'imagerie et de médication d'ordonnance tout en ayant une aussi bonne satisfaction auprès des patients (Demont, Bourmaud, Kechichian, Desmeules, & Rehabilitation, 2019; Desmeules et al., 2012). Ces effets peuvent se faire sentir à plusieurs niveaux, soit par une diminution de références en chirurgie, une diminution de la liste d'attente du système public et une diminution des coûts directs et indirects (Demont et al., 2019; Desmeules et al., 2012). Le PPA réussit à poser un diagnostic plus précis que les médecins de famille pour les TMS, comparable à celui émis par un chirurgien orthopédique, ce qui pourrait s'avérer pertinent dans un contexte de première ligne (Desmeules et al., 2012; Desmeules et al., 2013). De plus, l'apport d'un PPA permet de diminuer le taux de référence en médecine spécialisée (Chang, Gavaghan, O'Leary, McBride, & Raymer, 2018).. Ainsi, la prise en charge avec un PPA permettrait aux patients d'être actifs face à leur

réadaptation précoce à l'aide de l'éducation et d'un ou deux exercices, tout en limitant les traitements pharmacologiques. Justement, comme le témoigne une étude, la prescription d'exercice serait plus efficace et accessible qu'un traitement pharmacologique sur la douleur, les incapacités et la dépression (Ko, 2007).

GMF-U des Faubourgs

Le présent projet se déroule au SRV du GMF-Universitaire (GMF-U) des Faubourgs, qui est considéré comme un GMF-U de niveau 5 depuis le début de l'année 2021 avec 11 300 patients inscrits et un taux de pondération de plus de 18 000 patients (Université de Montréal, 2021). C'est en 1987 que l'Unité de médecine familiale des Faubourgs a vu le jour avec pour mission l'engagement pour la santé de la population desservie et l'enseignement auprès des étudiants de l'Université de Montréal (Université de Montréal, 2021). Son nom a changé pour le GMF-U des Faubourgs avec la mise en place des GMF en 2016 (Université de Montréal, 2021).

L'équipe est composée de 80 à 90 médecins, employés et résidents dont 25 médecins enseignants qui supervisent jusqu'à 24 résidents en médecine familiale, un psychologue, cinq infirmiers auxiliaires, quatre infirmiers praticiens spécialisés, un pharmacien, une physiothérapeute, deux travailleurs sociaux, une nutritionniste, huit agents administratifs, un chef de service, un directeur médical, une agente d'amélioration continue de la qualité et plusieurs secrétaires médicales (Université de Montréal, 2021). Le GMF-U des Faubourgs est divisé en trois sites distincts (Université de Montréal, 2021) :

- Le site Sainte-Catherine au 66 rue Sainte-Catherine Est – métro Saint-Laurent, où se situe le bureau du physiothérapeute et plusieurs bureaux de médecins
- Le site Visitation au 1705 rue de la Visitation – métro Beaudry, où se situe le SRV
- Le site Parthenais au 2260 rue Parthenais – métro Frontenac, où se situent plusieurs bureaux des médecins

Seuls les patients inscrits au GMF-U des Faubourgs peuvent prendre rendez-vous au SRV de ce GMF-U et le taux d'assiduité de ce celui-ci est de 88,2 % (Ministère de la santé et des services sociaux, 2021). Au moment de mettre en œuvre le présent projet, les mesures sanitaires en vigueur concernant la COVID-19 encouragent les consultations médicales au SRV par voie

téléphonique, sauf pour quelques cas nécessitant une évaluation en personne, dont les patients présentant un TMS.

Au GMF-U des Faubourgs, environ 14%¹ des raisons de consultations au SRV concernent les TMS et il serait justifié de penser que celles-ci auront tendance à augmenter dans les prochaines années en regard du vieillissement de la population et la prévalence des conditions chroniques (Bishop et al., 2017; Deslauriers et al., 2019). Un bon nombre des consultations faites au SRV pour un TMS est par la suite référé en physiothérapie pour optimiser la prise en charge, soit dans le réseau public (dont le physiothérapeute du GMF-U) ou au privé. Cette procédure entraîne des délais inhérents à l'accès en physiothérapie. En effet, plusieurs patients se détériorent avant d'avoir l'occasion d'être pris en charge par un physiothérapeute qui pourrait offrir de l'enseignement sur leur condition ainsi qu'une prescription pour un ou deux exercices leur permettant de s'améliorer (Deslauriers et al., 2019).

Actuellement, les patients du GMF-U ont accès à un médecin de famille dans un délai raisonnable pour les TMS, mais les délais pour rencontrer un physiothérapeute dans le système public nuisent à la prise en charge optimale de ces patients (Deslauriers et al., 2019). L'ajout d'un physiothérapeute en accès adapté au SRV du GMF-U des Faubourgs permettrait aux patients d'avoir accès rapidement à un professionnel de la santé qui a les connaissances et les habiletés pour évaluer et entreprendre le bon traitement pour les TMS en minimisant l'utilisation d'imagerie et/ou de médicaments, tels que les opiacés, et ainsi éviter le surtraitement et le surdiagnostic (Desjardins-Charbonneau et al., 2016; Holdsworth et al., 2008). Ces derniers bénéficieront d'un accès adapté qui vise à améliorer l'accessibilité aux traitements en physiothérapie et la continuation des soins. Cette première rencontre permettra aux patients d'optimiser l'autogestion de leurs symptômes et de débiter leur réadaptation en attendant d'être pris en charge de façon adéquate. Ainsi, l'apport d'un modèle d'accès direct en première ligne en physiothérapie permettra un accès adapté selon les besoins des patients avec un TMS,

¹ 14% des patients au sans rendez-vous du GMF-U des Faubourgs se sont présentés pour un TMS entre le 1^{er} septembre 2020 et le 31 décembre 2020. À chaque jour, jusqu'à quatre patients avec un TMS se présentent au SRV du GMF-U des Faubourgs.

modèle qui est appliqué partiellement dans certains GMF de la province (ex. : le GMF Maisonneuve-Rosemont, GMF-U Laurier, Clinique Azur, etc.).

Objectifs du projet

L'objectif principal de ce projet est :

- 1. Démontrer la faisabilité et la pertinence d'implanter un modèle d'accès adapté en physiothérapie avec un PPA au SRV du GMF-U des Faubourgs pour diminuer les délais de consultation pour les TMS en physiothérapie.**

Les objectifs secondaires en lien sont :

- 1. Faisabilité**

- a. S'assurer d'une diminution des délais avant de rencontrer un physiothérapeute, un engagement des patients dans l'autogestion de leurs symptômes et une utilisation élevée du PPA au SRV

- 2. Pertinence**

- a. S'assurer d'une satisfaction élevée auprès des patients
- b. S'assurer d'une satisfaction élevée et d'une bonne collaboration auprès des parties prenantes.
- c. Démontrer un faible pourcentage de référence au médecin pour une évaluation complète.

Afin de mieux guider le processus d'implantation de ce nouveau modèle de soins, le modèle PEPPA (*A Participatory, Evidence-Based, Patient-Focused Process for Advanced Practice Nursing*) a été utilisé (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004). L'utilisation d'un cadre conceptuel est grandement encouragée et elle contribue de façon importante au succès de l'implantation d'un nouveau modèle de soins en pratique avancée (Denise Bryant-Lukosius, Ziegler, Kilpatrick, & Martin-Misener, 2020; Fealy et al., 2018).

Le modèle PEPPA

Le modèle PEPPA est un modèle construit, à la base, pour le développement des pratiques avancées en sciences infirmières (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; Lecocq, 2015). Ce modèle a l'avantage de présenter clairement les étapes clés de l'implantation d'un nouveau modèle de soins pour s'assurer du succès de l'implantation (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004). Ce modèle a déjà été utilisé à quelques reprises en physiothérapie, dont à l'hôpital Sunnybrooke à Toronto au Canada pour l'implantation d'un modèle de soins avec un PPA au triage orthopédique (Robarts, Kennedy, MacLeod, Findlay, & Gollish, 2008). Les différentes étapes du projet proposé d'accès adapté en physiothérapie avancée au SRV du GMF-U des Faubourgs seront détaillées en suivant l'ordre exhaustif du modèle PEPPA.

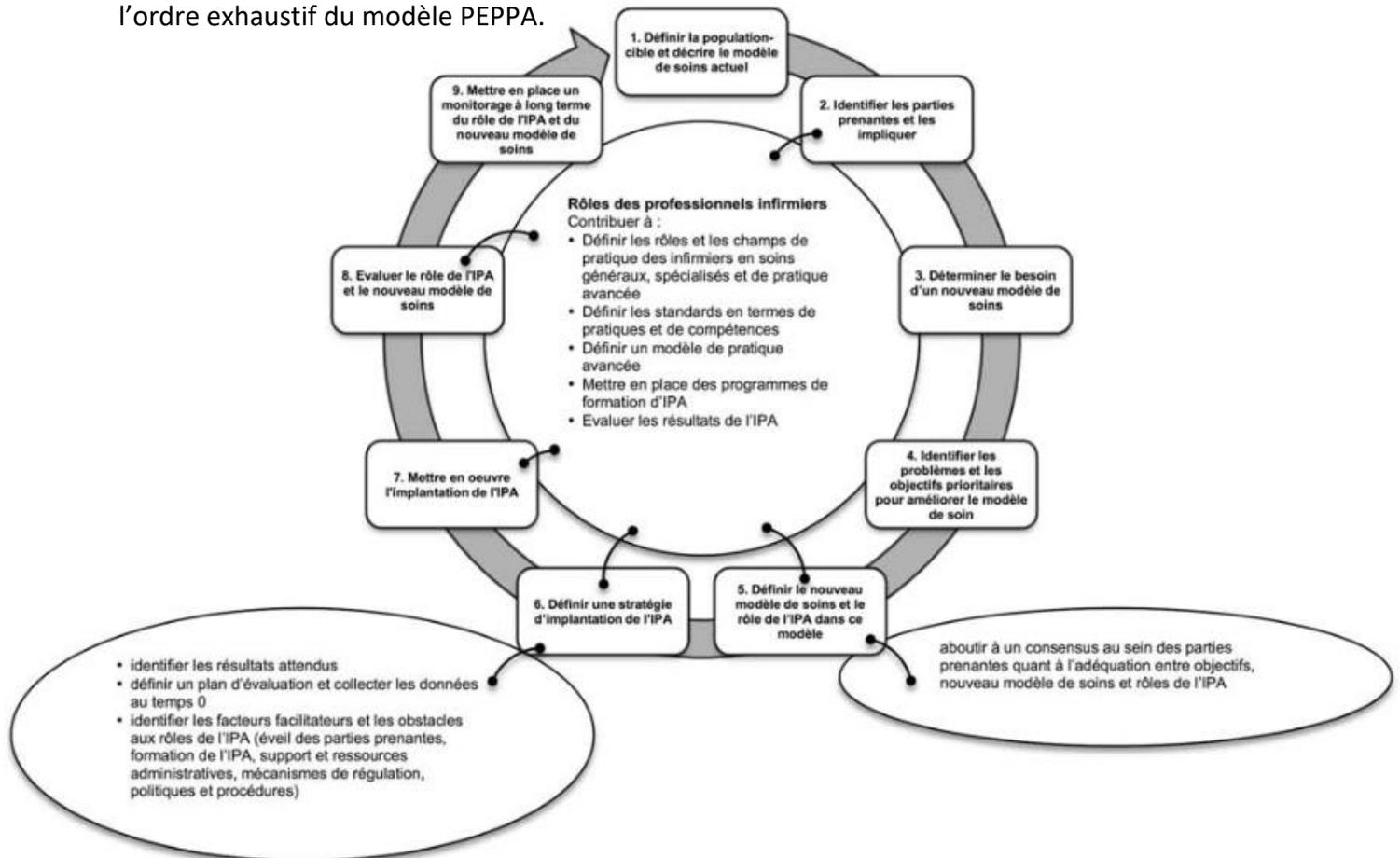


Figure 1. – Étapes du modèle PEPPA. Image tirée de Lecocq 2015

Étape 1 : Définir la population cible et décrire le modèle de soins actuel

La population ciblée dans ce projet est les patients adultes présentant un TMS suspecté. Tous les patients nécessitant une attestation médicale pour être admissibles à un programme de réclamations de services de santé payés par un tiers tel que la CNESST, la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou l'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) seront exclus de ce projet pilote pour des raisons médico-administratives et aussi parce que les services de physiothérapies pour cette clientèle spécifique sont couverts par le système privé.

Généralement, dans les GMF, lorsqu'un patient désire rencontrer un médecin pour un problème de santé, trois choix s'offrent à lui : 1- Si le problème de santé est urgent et nécessite une assistance médicale immédiate, le patient doit se diriger à l'urgence d'un hôpital (L'Association Canadienne De Protection Médicale, 2019). 2- Si la gravité du problème de santé ne nécessite pas d'urgence, il peut téléphoner à la clinique médicale de son médecin de famille et prendre rendez-vous (L'Association Canadienne De Protection Médicale, 2019). Le manque de disponibilité et le changement de milieu de travail de certains médecins font en sorte que les patients auront souvent des rendez-vous dans quelques jours, plus probablement 2-3 semaines plus tard. 3- Si le patient désire voir un médecin le jour même, il peut se diriger à la clinique de SRV de son GMF (L'Association Canadienne De Protection Médicale, 2019).

Avec les mesures sanitaires instaurées depuis le début de la pandémie de COVID-19, le fonctionnement du GMF-U des Faubourgs a adapté sa procédure d'inscription à la clinique de SRV médicale. Donc pour avoir accès au SRV du GMF-U des Faubourgs, les patients inscrits à ce GMF, et seulement ceux-ci, doivent téléphoner au numéro de téléphone pour le SRV du GMF-U, le matin dès 8h, où un infirmier auxiliaire effectuera un aiguillage téléphonique², car ce GMF-U n'utilise pas les services de « Bonjour Santé ». L'infirmier auxiliaire détermine si les patients sont admissibles au SRV et propose une plage horaire, la journée même, au SRV situé sur la rue Visitation à Montréal, où 16 plages horaires sont dédiées aux patients chaque jour de la semaine. Les heures disponibles ont été raccourcies de 13h à 17h, du lundi au vendredi. Considérant ce

² L'aiguillage téléphonique permet de déterminer s'il est nécessaire pour un patient de se présenter au SRV, de classer la raison de consultation et de déterminer l'ordre des patients qui se présentent au SRV. Ceci ressemble au triage, par contre, le triage est réservé aux infirmiers et non aux infirmiers auxiliaires.

contexte, plusieurs patients sont évalués en téléconsultation pour limiter les contacts directs et seulement les patients présentant un TMS se présentent en présentiel. Avant la pandémie, les patients avaient un rendez-vous en présentiel la journée même entre 9h et 16h.

Les patients atteints d'un TMS sont habituellement attribués à l'horaire du médecin et/ou résident en médecine familiale de garde au courant de l'après-midi. Suite à l'évaluation, le patient peut être référé en physiothérapie au privé, s'il possède des assurances ou en a les moyens, ou encore dans le système public, avec la physiothérapeute au GMF-U des Faubourgs ou avec d'autres professionnels de la santé. Suivant la rencontre médicale, certains patients auront seulement besoin d'un rendez-vous ponctuel et ne nécessiteront pas d'un suivi, tandis que d'autres devront revoir leur médecin pour faire le suivi de leur condition. Ce parcours de soins induit des délais inhérents à la prestation des soins en physiothérapie, principalement pour les patients qui peuvent seulement être suivis dans le système public, puisqu'ils n'ont pas les moyens de payer des soins de physiothérapie en clinique privée.

Étape 2 : Identifier les parties prenantes et les impliquer

Dans le cadre de ce projet, plusieurs acteurs clés sont importants à impliquer pour s'assurer d'organiser rigoureusement et systématiquement le reste du projet tout en minimisant les risques de conflits (Denise Bryant-Lukosius et al., 2020; Fealy et al., 2018): les professionnels dispensant les soins (PPA, médecins, résidents et infirmiers auxiliaires), les gestionnaires du GMF et des consultants externes qui composent l'équipe de soutien pour l'amélioration continue de la qualité des soins. Bien entendu, le patient est au cœur du projet et sa collaboration est primordiale, surtout dans un contexte où l'on souhaite que le patient prenne en charge sa condition. Le rôle de tous les professionnels dans le nouveau modèle de soins sera décrit plus précisément, en détail à la section 3,5.

Instigateur

Tout d'abord, la **PPA**, possédant une maîtrise en sciences (M. Sc.), est au cœur du projet et est en mesure de prendre ce nouveau rôle du fait de son parcours enrichi et varié autant dans le système public que privé. Dans le contexte du présent projet, la PPA est non seulement interpellée à prendre en charge les patients présentant des TMS, mais elle est aussi appelée à participer à la gestion de ce projet, d'où son titre de porteur de dossier. Ainsi, la PPA agit comme leader du projet dans le milieu de travail et permet les communications entre les différentes parties prenantes (D. Bryant-Lukosius et al., 2010). Elle s'assure que les gestionnaires connaissent l'évolution du projet et elle vérifie la faisabilité du projet. Celle-ci travaille conjointement avec l'équipe de soutien à amélioration de la qualité des soins dans l'élaboration des étapes importantes de l'implantation.

Administrateurs

L'équipe de soutien pour l'amélioration continue de la qualité des soins comporte le **coordonnateur du projet et auteur de ce rapport**, physiothérapeute M. Sc. et étudiant au DEPA en pratique avancée en physiothérapie neuro-musculosquelettique, dont le rôle est principalement de faire une revue de la littérature sur le sujet et de proposer un nouveau modèle de soins qui permettra d'améliorer le système de soins actuel tout en prenant en considération la réalité du milieu clinique du GMF-U des Faubourgs. Le coordonnateur du projet sera supervisé

par un **professeur adjoint de clinique** à l'Université de Montréal, physiothérapeute en clinique privée en pratique traditionnelle possédant un doctorat en philosophie (Ph. D.), directeur de l'étudiant au DEPA. **L'agente d'amélioration continue de la qualité** (AACQ) au GMF-U des Faubourgs, Ph. D, s'assurera de la gestion informatique du SRV et recueillera les principaux indicateurs de la qualité des soins. Cette équipe s'assure avec l'équipe éthique de l'organisation que le projet proposé est considéré comme projet d'amélioration de la qualité en lui présentant le protocole de celui-ci. L'équipe s'assure aussi de proposer un modèle de soins qui est plausible avec la réalité du SRV du GMF et évaluera l'implantation de ce projet.

Par ailleurs, les **gestionnaires** sont essentiels pour approuver le projet et favoriser la mise en place de celui-ci par des réunions d'équipe et le transfert d'informations importantes auprès de toute l'équipe qui travaille au SRV (Denise Bryant-Lukosius et al., 2020; Fealy et al., 2018). Des échanges fréquents, aux deux à quatre semaines, sur l'évolution du projet sont effectués pour s'assurer du maintien de la motivation des gestionnaires à ce nouveau changement et avoir leur avis sur les changements effectués (Denise Bryant-Lukosius et al., 2020).

Cliniciens

Par la suite, les **médecins et résidents** sont, entre autres, impliqués pour connaître les principales barrières qui pourraient être rencontrées et tenter de les minimiser pour assurer le succès de l'implantation du projet (voir la section 3.6.2) (Denise Bryant-Lukosius et al., 2020; Fealy et al., 2018). Il est à noter que l'implantation d'un PPA au SRV peut avoir des impacts sur la rémunération de certains médecins selon leur mode de rémunération, sur la charge de travail s'ils doivent revoir plusieurs patients, sur la gestion de l'espace physique au SRV, sur la gestion de l'horaire, etc. Certaines discussions à propos de la gestion des rendez-vous sont de mises, principalement afin de prévoir les critères de référence pour voir la PPA et prévoir comment les patients pourront être vus par le médecin après la PPA en cas de besoin. L'horaire des médecins au SRV risque d'être légèrement modifié pour s'assurer qu'ils ne soient pas surchargés. De plus, étant donné la mission universitaire du GMF-U des Faubourgs, l'exposition aux patients atteints d'un TMS des résidents en médecin est cruciale afin de leur permettre développer les habiletés nécessaires dans ce domaine.

Finalement, les **infirmiers auxiliaires** à l'aiguillage téléphonique du SRV apporteront leur expertise pour clarifier les critères de références pour voir la PPA au SRV et s'assurer que l'algorithme décisionnel pour la distribution des patients est clair pour tous (Fealy et al., 2018). Ceux-ci effectueront l'attribution des patients à l'horaire des médecins et du physiothérapeute. Une mauvaise compréhension des critères de l'algorithme décisionnel impliquerait que des patients soient mal distribués, ce qui augmenterait la charge de travail des professionnels et une perte de temps précieux.

Étape 3 : Déterminer les besoins d'un nouveau modèle de soins

Le modèle de soins actuel présente plusieurs lacunes. En effet, l'accès à des services de physiothérapie en première ligne dans le réseau de la santé publique québécois est sous-optimal pour la majorité des patients atteints d'un TMS puisque l'accès à ces services est restreint et débute tardivement.

De façon générale, l'accès aux soins musculosquelettiques en première ligne est sous-optimal au Québec, où l'on observe des patients de plus en plus complexes à traiter (Deslauriers et al., 2019). La population est vieillissante, présente de multiples comorbidités et de plus en plus de conditions chroniques, ce qui augmente la lourdeur des cas et le temps passé avec les patients (Bishop et al., 2017; Deslauriers et al., 2019). De plus, l'accessibilité en physiothérapie dans le système public est très difficile avec un temps médian d'attente au Québec de 4,6 mois, ce qui nuit à la qualité des soins auprès de cette clientèle et augmente le risque de douleur et d'incapacité (Deslauriers et al., 2019). Par conséquent, plusieurs patients se détériorent avant d'avoir la chance de consulter un physiothérapeute (Deslauriers et al., 2019). Considérant que la clientèle desservie par le GMF-U des Faubourgs est considérée socioéconomiquement vulnérable, soit plus défavorisée, il peut être plus difficile pour ces patients de rencontrer un physiothérapeute puisque ces patients ont probablement moins accès à des services dans le système privé (Université de Montréal, 2021).

Dans le modèle de soins actuel, les délais pour rencontrer le physiothérapeute du GMF-U peuvent varier entre deux et huit semaines et la plupart des cas plus chroniques ne pourront tout simplement pas être pris en charge dans ce contexte clinique. Présentement, à moins que les patients se présentent dans une clinique privée s'ils en ont les moyens, ceux-ci doivent rencontrer un médecin avant de pouvoir être référés en physiothérapie, et ce, si le médecin reconnaît l'apport de la physiothérapie pour les TMS (Boucher, 2016).

Des solutions sont de mises, mais les preuves doivent se faire préalablement à petite échelle. C'est pourquoi un projet d'amélioration de la qualité des soins avec un nouveau modèle de soins d'accès adapté en physiothérapie au GMF-U des Faubourgs a été proposé. L'implantation de ce projet s'insère dans une démarche d'amélioration continue des soins délivrés qui a

principalement pour but de réduire le délai pour les patients qui seront éventuellement pris en charge en physiothérapie et d'outiller tous les patients pour qu'ils puissent se prendre en charge par eux-mêmes afin d'améliorer leur condition.

Étape 4 : Identifier les problèmes et objectifs prioritaires pour améliorer le modèle de soins

Problématique

- Malgré que les patients atteints d'un TMS du GMF-U des Faubourgs aient accès à un médecin de famille dans un délai raisonnable, des délais importants pour rencontrer un physiothérapeute dans le système public nuisent à la prise en charge optimale de ces patients (Deslauriers et al., 2019).

Objectifs prioritaires

- S'assurer d'implanter un nouveau modèle de soins d'accès adapté en physiothérapie pour que les patients présentant un TMS puissent rencontrer rapidement un PPA, en accès-direct, sans référence médicale, de façon ponctuelle, afin que celui-ci puisse leur fournir suffisamment d'éducation sur la gestion de la douleur et des exercices pour qu'ils puissent débiter leur réadaptation de façon précoce à la maison en attendant de pouvoir rencontrer un physiothérapeute pour obtenir des traitements plus complets et personnalisés.

Objectifs secondaires

- S'assurer d'établir une bonne collaboration interprofessionnelle au sein de l'équipe du SRV pour favoriser la continuité des soins.
- Décharger les médecins des patients atteints d'un TMS simple.
- Optimiser l'autogestion par les patients atteints d'un TMS à l'aide d'éducation et d'exercices spécifiques à leur condition.

L'implantation d'un accès adapté en physiothérapie, contrairement au modèle actuel d'accès indirect avec référence médicale en physiothérapie, permettra d'atteindre cet objectif. La responsabilisation du patient est au cœur de ce modèle de soins. De cette façon, les patients pourront voir un physiothérapeute rapidement et débiter un traitement conservateur, plutôt qu'attendre passivement et risquer d'avoir une aggravation de leur condition ou une chronicisation de leurs symptômes. De plus, un travail collaboratif avec les médecins est de mise puisque certains patients devront tout de même voir le médecin s'ils ont besoin d'une prescription ou d'un arrêt de travail. Ainsi, la continuation des soins sera préservée tout en améliorant l'accès à la physiothérapie, deux éléments clés de l'accès adapté en physiothérapie.

Étape 5 : Définir le modèle de soins et le rôle du PPA dans ce modèle

Pour répondre aux objectifs fixés préalablement, un modèle de soins d'accès adapté en physiothérapie avec une PPA a été défini au SRV du GMF-U des Faubourgs. Ce nouveau modèle de soins vise principalement à améliorer l'accessibilité en physiothérapie pour les patients atteints d'un TMS. Dans cette section, le nouveau modèle de soins et le rôle du PPA et des différentes parties prenantes dans ce modèle seront détaillés.

Nouveau modèle de soins proposé au GMF-U des Faubourgs

Lorsqu'un patient appellera pour prendre rendez-vous au GMF-U des Faubourgs pour un TMS, l'infirmier auxiliaire effectuant l'aiguillage téléphonique offrira d'abord un rendez-vous au patient dans une plage horaire dédiée au physiothérapeute en expliquant le rôle du physiothérapeute et que le patient pourra toujours être revu par le médecin suivant l'évaluation de celui-ci. Autrement, le patient sera redirigé, tel qu'à l'habitude, auprès des résidents et/ou médecins déjà en place au SRV. Un patient sera mis à l'horaire des médecins s'il ne veut pas être vu par un physiothérapeute, si les plages horaires du physiothérapeute sont déjà remplies, si le patient est admissible à un programme de réclamations de services de santé payés par un tiers ou encore si finalement la condition requiert une investigation à l'urgence. Pour faciliter l'aiguillage téléphonique, un algorithme décisionnel (voir annexe 1) a été conçu et converti sous forme de « Formulaire Google » pour faciliter le triage.

Lors du rendez-vous, d'une durée approximative de 20 minutes avec le patient, la PPA effectuera l'évaluation de la condition pour établir une impression clinique en physiothérapie en éliminant toute présence de drapeaux rouges. Selon les résultats de son évaluation et en respectant son champ de compétences, la PPA jugera des meilleurs soins à prodiguer. Ceci peut inclure la recommandation d'un traitement pharmacologique, la prescription d'un test d'imagerie, la recommandation d'un arrêt de travail, la référence au médecin du GMF-U, ou encore à un autre professionnel de la santé, dont un physiothérapeute en clinique privée, s'ils en ont les moyens. Dans l'éventualité où un acte médical réservé est nécessaire, la PPA pourra en informer le résident ou le médecin présent à la clinique du SRV. De plus, la séance ponctuelle avec la PPA se terminera avec une intervention au cours de laquelle de l'éducation sur la gestion de la douleur,

l'utilisation d'une aide technique et/ou finalement la prescription d'un ou deux exercices à faire à domicile seront privilégiées au traitement pharmacologique puisqu'elles sont démontrées efficaces pour les TMS (Bronfort et al., 2012; Clauw et al., 2019; Ko, 2007). Dans la majorité des cas, aucun suivi ne sera offert aux patients et, occasionnellement, des suivis téléphoniques de 5 à 15 minutes, une semaine suivant le rendez-vous, pourraient être effectués. Dans de rares cas, un suivi en personne pourra être fait avec la physiothérapeute du GMF-U en suivant les critères de références établis par le GMF-U (voir annexe 2). Ainsi, les patients sans assurance pour de la physiothérapie en clinique privée et qui présentent un TMS très aigu pourront recevoir quelques traitements avec la PPA du GMF-U.

Pour augmenter l'efficacité de ce projet et en raison de l'organisation géographique du GMF-U des Faubourgs, la PPA sera disponible au SRV à raison de deux séances hebdomadaires de 2h (de 13h à 15h), les lundis et jeudis pour couvrir et répartir l'offre au début et la fin de la semaine. Durant une journée au SRV, le physiothérapeute sera en mesure de rencontrer quatre patients pour une durée de 30 minutes, dont 20 minutes seront accordées avec le patient en plus de 10 minutes de rédaction et/ou communication avec un autre professionnel (médecin, résident et/ou infirmier). Afin de ne pas surcharger la tâche du médecin au SRV, celui-ci verra deux patients de moins par quart de travail (ex. : 14 patients au lieu de 16 patients sur quatre heures)) pour avoir le temps de collaborer avec la PPA au besoin et ainsi avoir une marge de manœuvre pour prendre en charge un patient qui requerrait une attention médicale sur le champ. Puisque l'enseignement est une valeur fondamentale dans la mission universitaire du GMF-U des Faubourgs, environ 50% des patients avec un TMS vont être évalués par les résidents pour maintenir une exposition avec cette clientèle. C'est pourquoi seulement un total de quatre heures par semaine a été prévues pour la physiothérapeute. En revanche, les résidents en médecine sont encouragés à participer au rendez-vous avec la PPA pour qu'ils puissent développer leur raisonnement clinique avec les patients présentant un TMS.

Bien entendu, les patients devront consentir à voir la PPA en donnant leur consentement libre et éclairé, à la suite d'une explication des compétences et du rôle du PPA et en expliquant que le patient pourra toujours être revu par le médecin suite à l'évaluation du PPA, s'il en fait la demande. Une lettre explicative (voir annexe 3) du projet sera fournie aux patients avant de

rencontrer le physiothérapeute. Les patients devront aussi consentir à répondre à des questions de satisfaction suivant leur visite, dans le cadre de l'évaluation de l'implantation du projet.

L'ajout d'une PPA au SRV ne signifie pas que l'on remplace le médecin au SRV pour les TMS. Certes, la PPA prendra en charge complètement certains patients qui n'ont pas besoin d'être vus par le médecin, ce qui lui permettrait de se concentrer sur les cas non musculosquelettiques (Bishop et al., 2017; Moffatt et al., 2018). Le rôle du médecin pour les patients avec un TMS sera donc légèrement différent. Il sera davantage considéré comme un collaborateur pour la prise en charge de ces patients et un gestionnaire des comorbidités et des autres problématiques systémiques affectant la présence du patient au SRV. Par ailleurs, le rôle de l'infirmier auxiliaire sera de répartir adéquatement les patients au médecin ou au PPA lors de la prise d'appel pour le SRV.

Ce modèle de soins répond à l'objectif fixé préalablement. En effet, jusqu'à huit patients par semaine pourront bénéficier d'un accès rapide en physiothérapie pour leur permettre de s'engager rapidement dans leur réadaptation et éviter une détérioration avant d'être pris en charge pour recevoir des traitements.

Description du rôle du PPA dans ce nouveau modèle de soins

Dans ce modèle de soins au GMF-U des Faubourgs, la PPA sera appelée à effectuer une prise en charge de patient en accès direct, c'est-à-dire sans référence médicale, dans le système public en effectuant une évaluation concise pour les TMS et à poser un diagnostic en physiothérapie avec un suivi limité. La PPA aura donc la responsabilité de prendre ces patients en charge de façon complètement autonome au SRV et d'effectuer des congédiements sans suivi médical systématique. Elle devra également référer au médecin et prendre des décisions conjointes avec celui-ci pour la prescription de tests d'imagerie, de médication ou d'arrêt de travail ainsi que la référence vers d'autres professionnels. Cette pratique est bien différente de la pratique usuelle en GMF où les médecins réfèrent habituellement les patients pour obtenir un avis supplémentaire après quelques visites avec le médecin (World Physiotherapy 2019, 2019; World Physiotherapy, 2021). Ainsi, pour parvenir à la réussite d'un tel modèle de soins, une approche collaborative avec

tous les professionnels est privilégiée. La description du rôle du PPA dans ce projet est décrite de façon exhaustive dans le Tableau 1.

La physiothérapeute en poste possède les qualités et les compétences pour être considérée comme une PPA. C'est-à-dire, qu'elle a l'expérience clinique, le raisonnement et les connaissances requises auprès de cette clientèle (plus de 13 ans, dont en GMF depuis 3 ans). De plus, elle est impliquée activement dans des activités nécessitant un leadership significatif pour le développement de la pratique de la physiothérapie, dont avoir été directrice générale de l'Association québécoise de la physiothérapie pendant 3 ans et être membre du comité directeur pour le plan stratégique 2018-2023 de l'Association canadienne de physiothérapie. Enfin, en plus de collaborer avec les médecins et résidents régulièrement au GMF, elle enseigne aux futurs résidents dans le domaine neuro-musculosquelettique au Département de médecine de famille et médecine d'urgence de l'Université de Montréal.

Nouveaux rôles des différentes parties prenantes

Dans le développement des pratiques avancées, l'expérience des infirmiers dans la création de leur nouveau rôle d'infirmier en pratique spécialisée (IPS) a démontré plusieurs facilitateurs pertinents à prendre en considération dans l'implantation de modèles de soins avec un PPA (Denise Bryant-Lukosius et al., 2020; Fealy et al., 2018). Entre autres, la clarté des rôles de chaque professionnel est importante pour limiter les ambiguïtés et le chevauchement des tâches de chacun (D. Bryant-Lukosius et al., 2010; Denise Bryant-Lukosius et al., 2020; Fealy et al., 2018). Une bonne compréhension des rôles ainsi que des attentes claires seront donc impératives pour éviter des frustrations, des conflits ou même un échec à l'implantation du projet (Fealy et al., 2018).

Les rôles de l'équipe de soutien, du PPA, des médecins ou résidents en médecine, des infirmiers et des gestionnaires sont décrits dans le Tableau 1. À noter que l'équipe de soutien comprend principalement le coordonnateur du projet qui est chapeauté par le directeur de l'étudiant, l'agente d'amélioration continue de la qualité et la PPA du GMF-U des Faubourgs.

Rôles et responsabilités des principales parties prenantes	Équipe de soutien	PPA	Médecin/résident	Infirmier	Gestionnaire
Rôles des principales parties prenantes durant l'élaboration du projet					
Revue de la littérature sur les meilleures évidences pour la pratique avancée en physiothérapie en première ligne	✓				
Élaborer les étapes importantes de l'implantation	✓				
Développer un modèle de soins réaliste selon la réalité du milieu	✓				
S'assurer que le projet est conforme aux recommandations éthiques du CIUSSS	✓				
Informar les gestionnaires sur l'évolution du projet		✓			
Évaluer les principales barrières au projet	✓	✓	✓		✓
Proposer des alternatives pour pallier aux barrières	✓	✓	✓	✓	✓
Définir les rôles de toutes les parties prenantes	✓				
Définir les critères de références au médecin	✓				
Développer un algorithme décisionnel pour le triage téléphonique	✓				
Définir l'horaire du PPA au SRV	✓				
Approuver le projet					✓
Organiser les rencontres d'équipe					✓
Rôles des principales parties prenantes durant la mise en place du projet					
Leader clinique du projet		✓			
Pilier de communication entre les différentes parties prenantes		✓			
Utiliser l'algorithme décisionnel pour le triage téléphonique				✓	
Attribuer les patients avec un TMS aux médecins ou au PPA				✓	
Gérer les salles d'évaluations au SRV		✓	✓	✓	
Prendre en charge les patients avec un TMS		✓	✓		
Évaluer la condition musculosquelettique des patients		✓	✓		
Poser un diagnostic ou un diagnostic en physiothérapie		✓	✓		
Référer les patients aux médecins si besoin		✓			
Recommander une prescription, référence ou arrêt de travail		✓			
Effectuer une prescription, référence ou arrêt de travail			✓		

Tableau 1. – Description des rôles et responsabilités dans l'élaboration et la mise en place du projet.

Étape 6 : Définir une stratégie d'implantation

Dans la présente section, une stratégie d'implantation est développée pour identifier les facilitateurs et obstacles à l'implantation. Par la suite, les retombées attendues du projet et un plan d'évaluation de l'implantation sont décrits.

Identifier les facilitateurs à l'implantation du modèle et aux rôles du PPA

Ressources organisationnelles

L'équipe possède déjà toutes les ressources matérielles, humaines et économiques nécessaires pour effectuer ce projet qui consiste en une réorganisation des rôles et des procédures en place, plutôt qu'à l'ajout de personnel. Par conséquent, aucune ressource supplémentaire n'est prévue pour l'implantation de ce projet. Il est à noter qu'au niveau de l'environnement physique, le nombre de salles est suffisant pour accueillir un professionnel supplémentaire. De plus, ce partage de l'espace physique de travail et la proximité des professionnels permettra d'augmenter la collaboration interprofessionnelle (Denise Bryant-Lukosius et al., 2020). Essentiellement, le seul changement logistique effectué est la redistribution des heures de travail du PPA de sa clinique usuelle avec les patients référés par les médecins à son nouveau rôle au SRV.

Gouvernance organisationnelle

L'initiative proposée a été accueillie avec grande ouverture et intérêt de la part de l'équipe de gestion qui voyait en ce projet novateur une façon de poursuivre la mission universitaire du GMF-U en visant l'amélioration des services, ainsi que la facilitation de la mise en place des meilleures pratiques. Ainsi, l'équipe de direction du GMF-U des Faubourgs approuve et supporte ce projet d'amélioration continue pour les services au SRV. Il y a aussi un soutien à la coordination des lieux, géré par l'agente d'amélioration continue de la qualité, pour s'assurer que l'implantation se déroule de façon optimale.

Procédures cliniques

La collaboration interprofessionnelle entre la physiothérapeute, le groupe de médecins et les autres professionnels est déjà jugée bonne, ce qui est un atout majeur et reconnu comme un fort facilitateur dans l'élaboration d'un nouveau modèle de soins (Denise Bryant-Lukosius et al., 2020;

Fealy et al., 2018; Moffatt et al., 2018). De plus, il est reconnu par l'équipe médicale de ce milieu que les physiothérapeutes possèdent une expertise en neuro-musculosquelettique.

Caractéristique du modèle proposé

Plusieurs données probantes supportent l'ajout d'un PPA en première ligne, principalement au Royaume-Unis et en Australie, où la pratique avancée en physiothérapie est beaucoup plus développée qu'au Québec (Bishop et al., 2017; Demont et al., 2019; Desmeules et al., 2012). En effet, ils ont démontré que l'ajout d'un PPA dans un contexte clinique de première ligne menait à une diminution de la médication prescrite, de l'imagerie médicale prescrite ainsi que des coûts sur le système de santé, tout en s'assurant d'une aussi bonne, voire parfois meilleure, satisfaction auprès des patients (Bishop et al., 2017; Demont et al., 2019; Desmeules et al., 2012).

Identifier les barrières à l'implantation du modèle et aux rôles du PPA

Ressources organisationnelles

L'environnement physique est l'un des plus grands enjeux dans l'implantation puisque le GMF-U des Faubourgs est divisé en trois sites distincts où le bureau de la PPA est à Sainte-Catherine et le SRV est à Visitation, soit à une distance de deux stations de métro. Il a été proposé de faire deux après-midis au SRV plutôt qu'être présente tous les jours afin de pallier cet enjeu, tout en minimisant la perte de temps pour se déplacer entre les deux sites. Ainsi, les patients sont regroupés à deux moments dans la semaine et l'aiguillage téléphonique pourra proposer ces deux journées aux patients.

Procédures cliniques

Un autre enjeu concerne la gestion des prescriptions pharmacologique, d'imagerie, de référence et/ou d'arrêt de travail, puisque ce sont des actes médicaux réservés aux médecins et/ou aux IPS. Récemment, certains physiothérapeutes, qui ont suivi une formation reconnue, ont le droit de prescrire une radiographie à la suite d'un trauma de moins de 72 heures, ce qui est le cas de la PPA qui travaille dans ce projet. Aussi, plusieurs alternatives sont possibles afin d'éviter une prescription pharmacologique (Bronfort et al., 2012; Clauw et al., 2019; Ko, 2007), sans compter

que peu de cas non traumatiques nécessitent une radiographie dès la visite initiale selon les guides de pratique, ce qui facilite l'autonomie du PPA et minimise cette barrière. En revanche, selon une physiothérapeute d'un autre GMF-U, la plus grande difficulté rencontrée pour maximiser l'autonomie du PPA est la signature des arrêts de travail. En effet, la plupart des compagnies d'assurance n'approuvent pas les arrêts de travail signés par un physiothérapeute.

Dans le cas où la PPA devra collaborer avec le médecin, elle pourra cogner à la porte de celui-ci et résumer rapidement la situation pour demander une prescription, sans qu'il n'ait besoin de passer beaucoup de temps avec le patient, dans la mesure du possible (Fealy et al., 2018). Une consultation conjointe pourrait avoir lieu si l'expertise des deux professionnels est de mise.

Autres facteurs divers

Certains aspects restent néanmoins à être considérés, tels que l'expérience passée des patients, le manque de temps des autres professionnels (médecin, infirmier ...) pour discuter des patients ainsi que la méconnaissance du rôle du PPA (Boucher, 2016; Fealy et al., 2018). Deux rencontres préparatoires avec l'intégrité de l'équipe médicale sont prévues pour expliquer le nouveau rôle du PPA au SRV et le nouveau modèle de soins proposé pour favoriser l'implantation de ce projet.

Identifier les résultats attendus

Ce modèle de soins d'accès adapté en physiothérapie proposé vise principalement à diminuer les délais de consultation en physiothérapie en consultant la PPA dès la visite initiale pour mieux gérer leur douleur et leurs limitations, tout en s'assurant d'une très bonne satisfaction auprès des patients. De plus, il ne doit pas nuire à la continuité des soins ni à la collaboration et la satisfaction auprès des différentes parties prenantes : médecins, résidents, PPA, infirmiers auxiliaires et gestionnaires. Troisièmement, il doit décharger le médecin des patients atteints d'un TMS. Quatrièmement, les patients doivent être en mesure d'avoir les outils pour gérer leurs propres symptômes.

Ce type de modèle a été documenté dans plusieurs études scientifiques qui supportent l'implantation d'un PPA comme intervenant de première ligne, afin de diminuer la douleur et les incapacités tout en préservant une bonne satisfaction auprès des patients (Demont et al., 2019;

Desmeules et al., 2012). Il est donc aussi attendu qu'une prise en charge rapide et ponctuelle en physiothérapie permettrait des retombées bénéfiques pour les patients (Fashanu & Rastall, 2002).

Définir un plan d'évaluation et la collecte de donnée au temps 0

Pour s'assurer du succès de l'implantation de ce nouveau modèle de soins, un plan d'évaluation est prévu avec une étude observationnelle de type « stratégie d'implantation » pour l'amélioration continue de la qualité des soins.

Pour répondre aux objectifs fixés préalablement, plusieurs types de données seront récoltées : des données administratives, des sondages de satisfaction auprès des patients présentant un TMS et des sondages de satisfaction des différentes parties prenantes.

Données administratives

Les données administratives qui seront récoltées sont principalement des indicateurs de productivité et de la qualité des services facilement accessibles au GMF-U. Celles-ci seront mesurées durant deux mois, de façon systématique, afin de monitorer les retombées de ce modèle :

- Le nombre et le pourcentage de patients avec un TMS sur le nombre total de consultations au SRV;
- Le pourcentage de patients qui sont vus par la PPA sur le nombre de patients total avec un TMS au SRV;
- Le pourcentage des plages horaires remplies par la PPA au SRV;
- La durée moyenne de la consultation;
- Le nombre de patients supplémentaires vus par semaine au SRV depuis l'implantation du PPA, soit le « flot » de patients;
- Le pourcentage de patients avec un TMS qui voient d'abord la PPA et qui sont ensuite référés au médecin pour un acte médical (prescriptions ou autres).

**Notez que l'utilisation du terme médecin dans cette section réfère autant au médecin de famille qu'au résident en médecine familiale.*

Sondage de satisfaction des patients

Des sondages sur la satisfaction des patients à la suite de leur visite au SRV sont distribués systématiquement à tous les patients présents pendant la durée du séjour du PPA au SRV dans le contexte du projet actuel. Ceci permet de récolter des sondages sur la satisfaction des patients pris en charge par les médecins et la PPA, et qui pourront être comparés ultérieurement. Le sondage sera remis, avant la séance, en format papier, comprenant neuf questions sur une échelle de 1 à 5, basé sur le questionnaire VSQ-9. En raison de modifications proposées par les gestionnaires, le sondage a été raccourci à sept questions en cours de route (voir section 3.7).

Les patients doivent coter leur niveau de satisfaction entre excellent, très bon, bon, moyen et mauvais pour sept points :

- 1) Les informations sur le rôle du professionnel
- 2) Le temps passé avec le professionnel
- 3) Les explications sur ce qui a été fait au cours de la consultation
- 4) L'information sur le diagnostic et les options de traitements
- 5) Le professionnalisme du clinicien (courtoisie, respect, tact, gentillesse)
- 6) Les habiletés du professionnel (geste, choix des tests, savoir-faire)
- 7) La visite en général

Chaque sondage est scellé dans une enveloppe pour s'assurer de l'anonymat des patients. Les sondages sont récoltés pour une durée de deux mois, en même temps que les données administratives. Le sondage, modifié en cours de parcours, est disponible en annexe 4.

Sondage de satisfaction des différentes parties prenantes

Finalement, un sondage de satisfaction pour les différentes parties prenantes a été élaboré par le coordinateur du projet et son équipe de soutien, il sera envoyé, après les deux mois du projet, aux médecins, résidents en médecine, infirmiers auxiliaires, PPA et gestionnaires qui ont participé ou contribué au projet. Ce sondage est remis de façon électronique, par courriel, sous format « Formulaire Google » pour faciliter la récolte de données.

Le sondage comprend une section générale de six questions fermées où le participant doit choisir son niveau de satisfaction entre très satisfaisant, satisfaisant, peu satisfaisant, insatisfaisant et non applicable. Voici les questions qui étaient posées :

- 1) La présentation du nouveau rôle du physiothérapeute dans le contexte du SRV était :
- 2) Les explications des étapes préalables à l'arrivée du physiothérapeute dans son nouveau rôle étaient :
- 3) La compréhension et le respect du champ d'exercice de chaque professionnel dans l'intégration de ce nouveau modèle de soins avec le physiothérapeute au SRV est :
- 4) La collaboration interprofessionnelle (par exemple : entraide, avis secondaire, communication efficace ...) avec le physiothérapeute dans son nouveau rôle au SRV est :
- 5) L'intégration de ce nouveau rôle du physiothérapeute semble accroître l'accessibilité aux soins des patients atteints d'un trouble musculosquelettique au SRV de manière :
- 6) Votre appréciation globale de l'arrivée du physiothérapeute dans un contexte de première ligne au SRV est :

Ce sondage comprend également trois questions ouvertes sur les avantages et inconvénients de ce nouveau projet, ainsi que les principales suggestions des répondants afin d'améliorer le modèle proposé. De plus, il y a aussi une section spécifique pour chaque professionnel, d'un maximum de trois questions. Le sondage des parties prenantes est disponible en intégrité en annexe 5.

Étape 7 : Mettre en œuvre l'implantation du PPA

Développement et consultation

Le présent projet d'amélioration continue de la qualité d'accès adapté en physiothérapie a pris forme au début du mois de janvier 2021. Afin d'impliquer les parties prenantes, il y a eu quelques rencontres avec les gestionnaires du GMF-U, une rencontre avec les infirmiers auxiliaires pour expliquer l'aiguillage téléphonique des patients avec un TMS et deux rencontres avec toute l'équipe du GMF-U qui ont été mises en place avant l'implantation officielle du projet, dont la dernière a eu lieu le 29 mars 2021. Ces rencontres ont aussi permis de s'assurer que le rôle de tous les professionnels ne se chevauche pas et à décrire clairement les tâches du PPA au SRV.

L'approbation du comité éthique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal pour le protocole du projet (voir annexe 6) fut obtenue en février et le comité a confirmé qu'il s'agit bel et bien d'un projet d'amélioration continue des soins.

Prétest

Une période de rodage de deux fois 2h au SRV a été effectuée la semaine précédant le début officiel du projet. De plus, le coordonnateur du projet a aussi observé deux différents GMF, à Québec et à Montréal, où œuvre déjà un PPA en contexte d'intervenant de première ligne afin de comparer différentes façons de procéder, ce qui est détaillé davantage dans la section 4.

Aucune modification sur le rôle des différentes parties prenantes n'a été effectuée durant l'implantation.

Mise en œuvre

La collecte de données pour surveiller les retombées sur la qualité des soins a eu lieu du 8 avril au 10 juin 2021, soit un total de 17 demi-journées de deux heures, durant lesquelles le coordonnateur du projet a effectué cinq jours de résidence comme PPA pour participer au projet.

Étape 8 : Évaluer le rôle du PPA et le nouveau modèle de soins

Utilisation des services

Les principaux résultats sont présentés dans le Tableau 2.

Taux de consultation

Selon les données administratives récoltées lors des deux mois de cueillette de données, 728 patients ont utilisé le SRV du GMF-U des Faubourgs, du lundi au dimanche, dont **101 sont considérés comme des patients avec un TMS**, ce qui représente une proportion de 13.4% (101/728) de TMS au SRV. Sur ce, **35 patients ont été pris en charge initialement par la PPA** soit environ 5% de toutes les consultations au SRV. Des 35 patients, un cas était considéré comme un vertige positionnel paroxystique bénin et trois cas ont été rajoutés par des médecins de famille lors d'un suivi (et non par l'aiguillage téléphonique) pour un second avis musculosquelettique. Aucun sondage n'a été proposé à ces derniers. Aucun patient n'a refusé de voir la PPA sur le nombre total de patients éligibles.

Utilisation des plages horaires du PPA au SRV

51,4% des plages horaires prévues (35/68) pour la PPA ont été utilisées sur une possibilité de 68 plages horaires (17 demi-journées X 4 plages horaires). Le taux moyen de patient était de 1.9 patient/jour les jeudis, comparativement à 2.3 patients/jour les lundis. Toutes les données principales sont résumées dans la Table 2.

Évaluations supplémentaires au SRV

Puisque les médecins ont réduit leur charge de travail à 14 patients au lieu de 16 lorsque la PPA est présente (34 patients sur 17 jours), c'est seulement un patient de plus qui a été évalué au SRV comparativement au modèle initial. Ainsi, le flot de patients au SRV dans le contexte de ce projet n'a pas vraiment été augmenté.

Durée de consultation

Selon les données recueillies par la PPA, la durée moyenne de consultation avec la PPA est de **30 minutes**, dont 20 minutes avec le patient et 10 minutes sont prévues pour des échanges

interprofessionnels et la rédaction de dossier. De leur côté, les médecins prennent 15 minutes par patients et les résidents peuvent prendre jusqu'à 45 minutes puisqu'ils sont en situation d'apprentissage.

Trajectoire de soins

Références pour un acte médical à la suite de l'évaluation du PPA

Pour 15 patients sur 35 (42.9%), la PPA a dû avoir recours au médecin pour un acte médical réservé. Ce n'est pas tous ces médecins qui voulaient rencontrer les patients, certains de ceux-ci faisaient une requête que la PPA donnait directement au patient. De ces 15 patients, huit nécessitaient une radiographie, sept de la médication et neuf un arrêt de travail. Seulement **5 patients sur 35 (14.3%) nécessitaient une expertise médicale** pour la prise en charge du cas, dont deux évaluations pour une blessure reliée au travail (CNESST), une référence à l'urgence à la suite d'une chute, une opinion pour une possibilité de rhumatisme avec référence en rhumatologie et un suivi narcotique en plus d'un TMS. Une échographie musculosquelettique d'un tendon d'Achille a été effectuée par le résident en physiothérapie du DEPA accompagné du PPA.

Suivi en physiothérapie

Un total de 11 patients (31.4%) ont eu un suivi par la PPA du GMF-U, dont la majorité des suivis se sont faits de façon téléphonique, afin de s'assurer de l'amélioration de la condition des patients. De plus, 10 patients (28.6%) ont été référés en physiothérapie privée pour optimiser leur condition.

Enseignement musculosquelettique aux résidents ou externes

Au total, 11 évaluations ont été complétées avec la présence d'un résident ou d'un externe, question de favoriser l'enseignement de la prise en charge des problématiques musculosquelettiques par un PPA. Cet enseignement a principalement eu lieu dans le dernier mois de la cueillette de données. Dans un contexte de SRV, la coordination des rencontres était parfois complexe et certains résidents n'ont pas pu se présenter à temps pour voir certaines des évaluations.

Pourcentage de patients avec un TMS sur le nombre total de consultations	13.4% (101/728)
Pourcentage de patients avec un TMS évalué par la PPA sur le nombre total de TMS	35% (35/101)
Pourcentage des plages horaires remplies par la PPA au SRV	51.4% (35/68)
Pourcentage de patients avec un TMS qui voient la PPA et le médecin pour un acte médical	42.9% (15/35)
Pourcentage de patients avec un TMS qui voient la PPA et qui sont ensuite référés au médecin pour une évaluation médicale	14.3% (5/35)
Nombre de suivi effectué par la PPA dans le cadre de son nouveau rôle au SRV du GMF-U	31.4% (11/35)
Référence en physiothérapie	28.6% (10/35)
Nombre d'évaluations avec un résident ou un externe pour favoriser l'enseignement musculosquelettique	31.4% (11/35)

Tableau 2. – Tableau résumé des principales données administratives recueillies.

Satisfaction des patients

Aucun des patients vus par les médecins ou résidents n'a complété le sondage en raison d'un manque de ressource humaine pour coordonner cet aspect. Ainsi, seuls les sondages des patients qui ont vu la PPA seront analysés. Au total, 61.3 % des patients ont répondu au sondage, soit 19/31 patients, puisqu'aucun sondage n'a été proposé au cas de vertige et les trois cas rajoutés par des médecins avec un rendez-vous (35-1-3=31).

De façon générale, pour toutes les questions, le pourcentage des répondants ayant répondu « très bon » et « excellent » est d'au moins 95%. Globalement, la **satisfaction moyenne des patients est de 98.5%**.

Les commentaires des patients reflètent également leur satisfaction face à ce modèle de soins. Voici trois commentaires inclus à la fin des sondages :

1. « Excellent. Recommande fortement. Très bonne idée. »
2. « Très satisfait de la rencontre. Excellente explication et de bons mouvements pour soulager le mal. »
3. « Très bonne idée d'avoir accès au physio. ».

Les résultats pour chaque question sont disponibles à la figure 2. Une moyenne de tous les sondages démontre la satisfaction moyenne des patients à la figure 3.

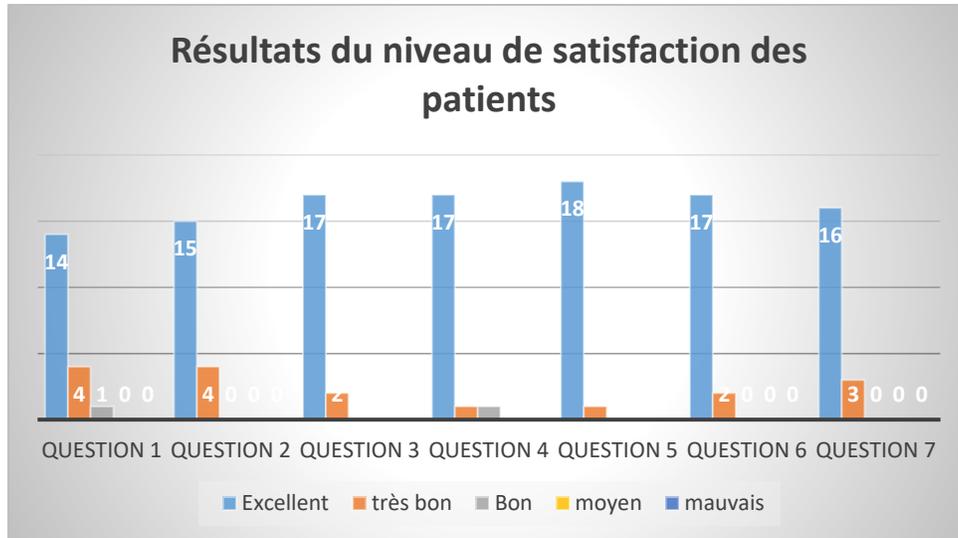


Figure 2. – Les résultats du niveau de satisfaction des patients qui ont vu la PPA au SRV. Le taux de satisfaction entre très bon et excellent est de 95% pour la question 1 et 4 et 100% pour la question 2, 3, 5, 6 et 7) pour une moyenne globale de 98.5% et plus.

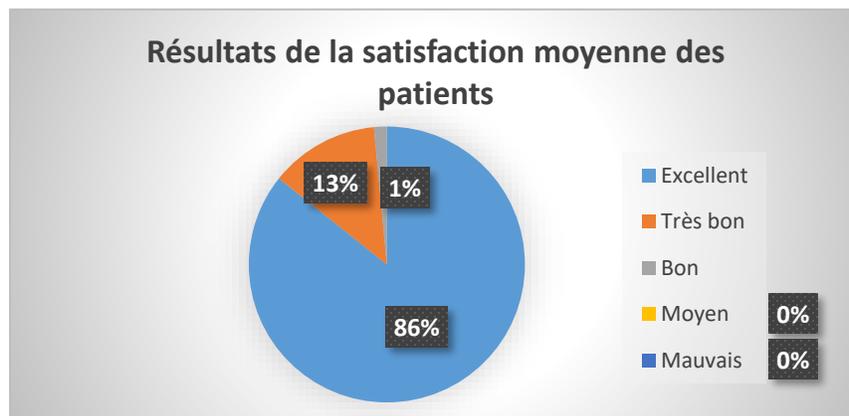


Figure 3. – Résultat de la satisfaction moyenne de tous les patients sous forme de pourcentage. En moyenne 98.5% des patients ont eu une satisfaction entre très bonne et excellente et 86% des patients jugent leur satisfaction d'excellente.

Satisfaction des parties prenantes

Le sondage des parties prenantes a été envoyé de façon électronique avec deux rappels envoyés. Celui-ci comprend 3 sections distinctes : des questions fermées, des questions ouvertes et des questions selon l'occupation de chaque partie prenante (voir annexe 5). 16 participants ont répondu au sondage, dont 11 médecins de famille, un résident, un infirmier auxiliaire, un gestionnaire et deux physiothérapeutes. Les résultats des questions fermées sont présentés dans la figure 4. Tous les résultats sont résumés par thème, avec plus de détails sur ceux-ci, dans les sous-sections qui suivent.

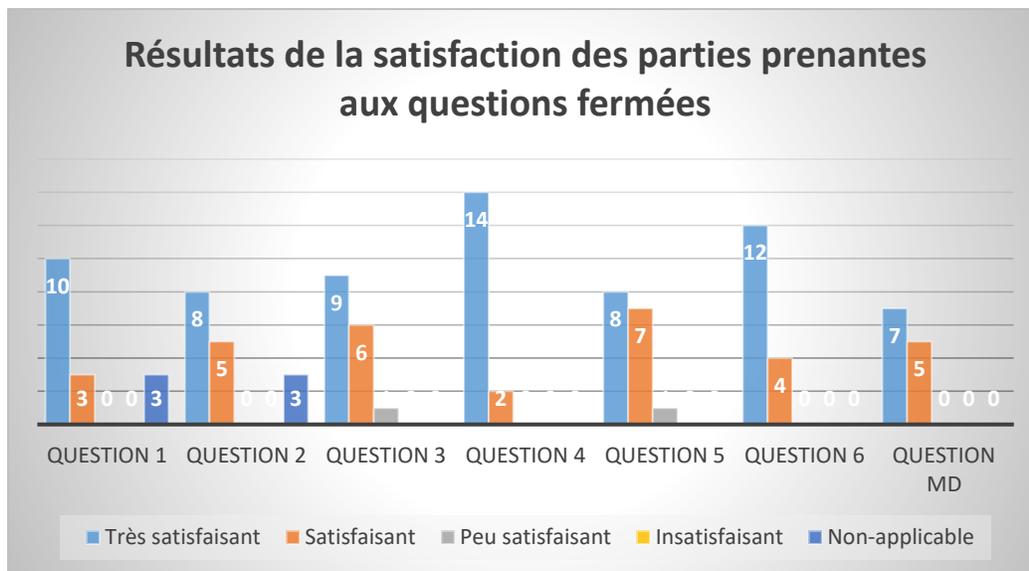


Figure 4. – Résultats de la satisfaction de tous les participants aux sondages des parties prenantes pour les questions fermées et la question fermée adressée aux médecins et résidents.

Thème : Procédure

La **présentation du nouveau rôle du PPA** dans le contexte du SRV (question 1) est notée très satisfaisante ou satisfaisante chez 81.2% (13/16) et 18.8% (3/16) des participants ont coté « non applicable ». Personne n'a jugé la présentation « insatisfaisante » ou « peu satisfaisante ». Les deux rencontres effectuées par la PPA ont eu lieu par zoom et plusieurs personnes étaient absentes pour diverses raisons. Cela pourrait expliquer qu'autant de gens ont noté « non applicable ».

Pour ce qui est des **explications des étapes préalables à l'arrivée du PPA** dans son nouveau rôle (question 2), le taux de participant très satisfaisant et satisfait est de 81.2% (13/16) et 18.8% (3/16) des participants ont coté « non applicable ». Personne n'a jugé la présentation « insatisfaisante » ou « peu satisfaisante ».

Thème : Collaboration interprofessionnelle

La **compréhension et le respect du champ d'exercice de chaque professionnel** dans l'intégration de ce nouveau modèle de soins (question 3) est jugé très satisfaisant et satisfaisant par 93.7% (15/16) et peu satisfaisant à 6.3% (1/16). Les sondages soulèvent également que le rôle ou le champ de pratique de la physiothérapie au SRV aurait avantage à être mieux défini (5/16).

La **collaboration interprofessionnelle** en termes d'entraide, d'avis secondaire et de communication efficace avec la PPA (question 4) est cotée très satisfaisante ou satisfaisante à 100% (16/16). Aucun participant n'a choisi « peu satisfaisant » ou « insatisfaisant ». La collaboration est d'ailleurs l'un des principaux avantages qui a été soulevée par les sondages des parties prenantes (9/16). En effet, certains patients nécessitant une prescription de médicament, une imagerie ou un arrêt de travail ont pu bénéficier de cette forte collaboration entre le médecin et la PPA.

Par ailleurs, les **consultations conjointes avec la PPA** au SRV (Question médecin) sont jugées très satisfaisantes ou satisfaisantes à 100% (12/12).

Thème : Retombée du projet

L'intégration du nouveau rôle du PPA semble accroître **l'accessibilité aux soins des patients atteints d'un TMS** au SRV (question 5) de manière très satisfaisante à 93.7% (15/16) et peu satisfaisante à 6.3% (1/16). Selon les sondages, le projet a permis d'améliorer l'accès pour les patients avec un TMS (12/16); c'est d'ailleurs le principal avantage mentionné.

L'appréciation globale de l'arrivée du PPA en première ligne (question 6) est très satisfaisante ou satisfaisante à 100% (16/16).

Charge de travail

8 médecins sur 11 trouvent que leur **charge de travail au SRV est diminuée** depuis la présence du PPA au SRV. Deux médecins ayant complété le sondage ne constatent pas de changement et un trouve qu'elle l'augmente.

Résultat spécifique du PPA

Dès les premières journées d'implantation, la PPA au SRV a noté une très belle collaboration interprofessionnelle entre la PPA, les médecins et les infirmiers auxiliaires, probablement favorisée par une communication efficace entre les différentes parties prenantes (D. Bryant-Lukosius et al., 2010; Denise Bryant-Lukosius et al., 2020; Fealy et al., 2018). Selon la PPA, la collaboration avec les médecins a permis de mieux rassurer les patients en ayant un même discours, c'est-à-dire une concordance professionnelle.

Un enjeu soulevé par la PPA est le temps de rédaction de dossier. En effet, les exigences de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec en matière de tenue de dossier ne sont pas encore adaptées à tous les contextes de pratique avancée en physiothérapie. En effet, la rédaction de dossier n'est pas aussi efficiente que celle des médecins. Par ailleurs, ce nouveau modèle augmente légèrement le temps d'attente pour les patients s'ils doivent revoir le médecin après la PPA.

Avantages du projet

Les questions ouvertes des sondages ont fait ressortir trois principaux avantages : **l'amélioration de l'accès en physiothérapie** pour les patients avec un TMS afin de favoriser de meilleurs soins auprès des patients, **la collaboration interprofessionnelle** et l'apport d'une **approche centrée sur la réadaptation et l'éducation** permettant de débiter des exercices précocement. Selon le sondage de l'infirmier auxiliaire, l'algorithme décisionnel était facile à utiliser et les patients étaient contents de pouvoir rencontrer une PPA au SRV pour un TMS. De plus, ce projet ne présente aucun coût supplémentaire et ne demandait pas l'ajout de ressource supplémentaire. Une liste résumée de tous les avantages est détaillée au Tableau 3. Les chiffres entre parenthèses représentent le nombre de personnes qui sont en accord avec l'aspect présenté.

Avantages

Améliore l'accès pour les patients avec un TMS dans le but d'améliorer leur soin (12)
Collaboration interprofessionnelle et échange professionnel (9)
Approche centrée sur la réadaptation et des conseils plutôt que pharmacologique (5)
Enseignement auprès des résidents (1)
Bonne gestion des ressources (1)
Meilleure répartition des cas (1)
Les patients sont satisfaits (1)

Tableau 3. – Résumé des sondages sur les principaux avantages du modèle de soins.

Inconvénients du projet

Deux principaux inconvénients ont été soulevés par les sondages : **l'utilisation sous-optimale du PPA en raison de l'inconstance de l'offre et la demande** au SRV, ainsi que **la limite professionnelle du physiothérapeute** (prescription et arrêt de travail) menant au questionnement sur la responsabilité médico-légale du médecin.

Inconvénients

Inconstance au SRV (selon l'offre et la demande) = utilisation sous-optimale du physiothérapeute (7)
Limite professionnelle en première ligne (prescription/arrêt de travail) et responsabilité médico-légale (5)
Aucun inconvénient (3)
Diminution de l'exposition des médecins au TMS (2)
Plus longue rencontre au SRV (1)
Synchronisation pour l'enseignement avec les résidents difficile (1)
Cas CNESST (1)
Manque de ressources humaines en physiothérapie (1)
SRV désuet avant l'arrivée de ce projet (1)
Communication avec la PPA à améliorer (1)

Tableau 4. – Résumé des sondages sur les principaux inconvénients rencontrés.

Suggestions ou solutions proposées

Plusieurs suggestions intéressantes ont été proposées. Voici les principales : permettre au PPA **d'être présent à tous les jours au SRV** pour offrir un service constant, combiner l'offre de physiothérapie au SRV et d'accès adapté en permettant **d'ajouter à l'horaire des patients** ayant un suivi régulier avec leur médecin de famille **pour un deuxième avis musculosquelettique** puisque l'horaire du PPA était rarement rempli, **mieux définir la responsabilité professionnelle de chaque professionnel** et s'assurer que **le bureau du PPA soit au même site que le SRV** pour

éviter des pertes de temps en déplacement. Un résumé des suggestions est disponible dans le tableau 5.

Suggestions pour améliorer le modèle de soins

Augmenter la présence du PPA à tous les jours au SRV (4)
Combiner l'offre du SRV avec l'ajout de patients pour un second avis avec rendez-vous (3)
Centraliser la clinique du SRV au même site où la PPA travaille (2)
Mieux définir la responsabilité professionnelle de chacun (2)
Aucun (2)
Tous les patients avec un TMS devraient passer par la PPA en premier (1)
Le médecin doit voir le patient en premier (1)
Développer des attestations pour la PPA pour des actes de bases (arrêt de travail, catégorie de médicaments et imagerie) (1)
Inclure une période fixe d'enseignement musculosquelettique pour les résidents tous les jours (1)

Tableau 5. – Résumé des sondages sur les principales suggestions pour améliorer le modèle de soins.

Étape 9 : Mettre en place un monitoring à long terme du rôle du PPA et du nouveau modèle de soins

Devant l'expérience positive que ce projet a apportée, les gestionnaires ont la ferme intention d'adopter ce modèle de soins aux pratiques du GMF-U des Faubourgs. Ceux-ci feront des ajustements au modèle de soins selon l'analyse des résultats obtenus dans les sondages et le présent travail. Afin d'informer et intégrer toutes les personnes concernées, un vidéo résumé d'une dizaine de minutes sur les retombées et des recommandations à faire sur ce projet sera présenté à l'ensemble des employés qui travaillent au SRV. De plus, une capsule vidéo de cinq minutes résumant le projet sera aussi produite pour partager ce modèle de soins d'accès adapté en physiothérapie chez les physiothérapeutes et technologues en physiothérapie.

Afin d'assurer la pérennité du projet, un monitoring à long terme doit être prévu. Idéalement, les mêmes données administratives qui ont été utilisées dans le présent projet seraient de nouveau analysées à six mois et à un an pour s'assurer que le modèle se perfectionne. Un seul élément supplémentaire devra être surveillé, il s'agit de mesurer l'impact sur les services traditionnels offerts en physiothérapie au GMF-U auprès de la clientèle inscrite. En répartissant la tâche du physiothérapeute entre le modèle du PPA et celui traditionnel, il faudra évaluer l'impact sur l'accès, particulièrement quant au pourcentage de la clientèle recevant un suivi, la longueur de la liste d'attente et les délais pour recevoir un suivi.

Autres modèles de soins avec un PPA au SRV

Dans le cadre de ce travail, trois autres milieux cliniques de type GMF ont été approchés pour comparer leur modèle de soins à celui du GMF-U des Faubourgs. Ces milieux effectuent des soins en physiothérapie en première ligne, dont certaines tâches caractéristiques du travail d'un PPA.

GMF-R Maisonneuve-Rosemont à Montréal

Au GMF-Réseau (GMF-R) de Maisonneuve-Rosemont, le physiothérapeute effectue certaines tâches qui se rapprochent de celles d'un PPA lors d'évaluation d'un patient avec un TMS au SRV. Toutefois, contrairement au présent projet, cela n'est pas effectué selon une offre de services structurée et les moments où le physiothérapeute effectue des tâches de PPA ne sont pas prévus formellement à l'horaire. La durée de ses évaluations varie entre 30 et 45 minutes selon les cas. La prise en charge des patients est faite principalement en personne avec des suivis de maximum quatre ou cinq visites. Les interventions du physiothérapeute ressemblent à celles effectuées par la PPA dans le présent projet, c'est-à-dire de l'enseignement sur la gestion de la douleur et de la condition et une prescription d'un ou deux exercices thérapeutiques. À l'occasion, il peut prodiguer des soins tels que certains traitements manuels et l'application de « tape » au besoin, puisque la durée des séances le permet.

Aucun cadre ou modèle n'est utilisé et les rôles de chaque professionnel ne sont pas clairement définis, ce qui pourrait créer beaucoup d'inconstances (Denise Bryant-Lukosius et al., 2020; Fealy et al., 2018). À noter que l'autonomie du physiothérapeute est restreinte puisque la présence du médecin est nécessaire lors de toutes les évaluations au SRV. Le physiothérapeute au GMF-R Maisonneuve-Rosemont observe que la proximité physique avec les médecins influence grandement la demande, où l'on observe jusqu'à trois fois plus d'avis sollicités s'ils se situent dans le même corridor que celui du physiothérapeute.

GMF-U Laurier à Québec

Depuis la pandémie, la physiothérapeute de ce GMF-U peut recevoir des patients inscrits en accès direct selon un mécanisme formel. Contrairement au présent projet, la physiothérapeute

effectue un triage téléphonique à la suite du pré-triage de l'infirmier, afin de vérifier la pertinence de consulter le patient directement en physiothérapie et le met à son horaire dans la journée au besoin. Après l'évaluation, si le patient nécessite un arrêt de travail ou une prescription, il est référé à un médecin disponible au GMF, ce qui s'apparente au modèle proposé dans le présent projet. Au niveau de la collaboration interprofessionnelle, comme dans les autres modèles, la physiothérapeute est disponible de façon informelle pour répondre à des questions rapides lorsqu'un médecin vient cogner à son bureau et elle effectue des suivis avec certains patients qui n'ont pas d'assurance pour de la physiothérapie privée.

Étant donnée la mission universitaire du GMF-U, l'enseignement auprès des résidents est très important, comme c'est le cas pour le GMF-U des Faubourgs. C'est pourquoi la physiothérapeute du GMF-U Laurier effectue tous les jours une évaluation conjointe d'une durée de 30 minutes avec un résident en médecine familiale dans un objectif d'enseignement musculosquelettique, ce qui est aussi considéré comme de la pratique avancée.

Aussi, elle rapporte que la proximité physique avec les médecins du milieu contribue à une très forte collaboration avec les médecins permettant de créer un lien de confiance et favoriser la mise en place d'un modèle de soins avec certaines tâches d'un PPA.

Clinique Azur/GMF-R sur la Rive-Sud de Montréal

À la clinique Azur (GMF-R), il y a de la physiothérapie avancée où comme dans le présent modèle, les physiothérapeutes effectuent des soins en première ligne aux patients consultant au SRV pour des TMS avant qu'ils aient été évalués par le médecin. En effet, trois physiothérapeutes à temps partiel se partagent les heures au GMF-R afin d'offrir un horaire temps plein. Le physiothérapeute voit des patients orphelins avec un TMS et des cas de priorité quatre ou cinq qui ont été référés de l'urgence de l'hôpital Charles-Lemoyne. Le physiothérapeute voit les patients de façon ponctuelle et prévoit rarement un ou deux rendez-vous de suivi, s'ils n'ont pas d'assurance pour de la physiothérapie en clinique privée. L'objectif est d'orienter les patients vers la bonne ressource et de les soulager immédiatement. Dans ce modèle de soins, le physiothérapeute fait un compte-rendu au médecin qui veille à finaliser le congédiement. Pour cette raison, une bonne communication entre le physiothérapeute et le médecin est essentielle pour s'assurer de délivrer

le même message auprès des patients et ainsi mieux le rassurer (Denise Bryant-Lukosius et al., 2020).

Ce modèle est basé sur une grande collaboration entre le physiothérapeute et le médecin, ce qui favorise grandement l'auto-prise en charge des patients. Les physiothérapeutes du milieu constatent un faible taux de reconsultation dans leur clinique. Il est à noter que ce modèle a pu être implanté grâce à un partenariat avec une clinique de physiothérapie privée et n'est pas offert par le service de physiothérapie du CIUSSS.

Comparaison des différents modèles avec celui du GMF-U des Faubourgs

Les différentes tâches des PPA et les enjeux importants des différents modèles de soins sont comparés dans le Tableau 6. Les éléments en vert représentent les avantages souhaitables, tandis que ceux en rouge reflètent les indésirables à une prise en charge complète par un PPA.

Noms des différents GMF	GMF-R HMR	GMF-U Laurier	Clinique Azur	GMF-U Faubourgs
Tâches du PPA				
Triage téléphonique pour l'accès direct en physiothérapie	NON	OUI	NON	OUI
Évaluation en physiothérapie avant le médecin	Parfois	Parfois	OUI	OUI
Possibilité de congédiement sans consultation médicale	NON	NON	NON	OUI
Enseignement auprès des résidents	NON	OUI	NON	OUI
Durée de l'évaluation	Variable	30 min	45-60 min	30 min
Suivi en physiothérapie au GMF limité	OUI	OUI	OUI ++	OUI
Favorise l'engagement des patients (éducation et prescription d'exercices)	OUI	OUI	OUI	OUI
Enjeux des modèles de soins avec un PPA				
Modèle défini de façon formelle au niveau de la gouvernance	NON	OUI	OUI	OUI
Clarté du rôle de chaque professionnel explicitée	NON	OUI	OUI	OUI
Proximité du bureau du PPA	OUI	OUI	OUI	NON
Niveau de collaboration interprofessionnelle	Modérée	Élevée	Élevée	Élevée
Autonomie du PPA	Modéré	Modéré	NON	OUI
Nombre de PPA dans le GMF	Un	Un	Trois	Un
Participation des médecins au modèle	Plus de la moitié	Majorité	Entièrement	Entièrement
La pratique avancée représente la majorité de la tâche du physiothérapeute	NON	NON	OUI	NON

Tableau 6. – Comparaison de différents enjeux face aux modèles présentés et les tâches du PPA pour les différents GMF.

Discussion générale

L'objectif principal de ce projet est de démontrer la faisabilité et la pertinence d'implanter un modèle de soins d'accès adapté en physiothérapie avec un PPA au SRV du GMF-U des Faubourgs pour **diminuer les délais de consultation en physiothérapie pour les TMS**.

La faisabilité du projet est entre autres évaluée par les objectifs du modèle de soins qui sont de s'assurer d'établir une bonne collaboration interprofessionnelle pour favoriser la continuation des soins, de décharger les médecins des patients atteints d'un TMS et de s'assurer que les patients aient les outils pour gérer leurs symptômes par eux-mêmes. La pertinence du projet est évaluée grâce aux objectifs secondaires du projet qui sont d'obtenir une satisfaction élevée auprès des patients, de s'assurer d'une satisfaction élevée ainsi qu'une bonne collaboration auprès des parties prenantes et de démontrer un faible pourcentage de référence au médecin pour une évaluation complète.

Retour sur les objectifs initiaux

Faisabilité du projet

L'objectif sur la faisabilité d'implanter ce type de modèle a été complètement **atteint**, grâce à une mise en place rapide et efficace du projet selon les délais fixés en suivant les étapes du modèle PEPPA (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; Fealy et al., 2018). En effet, l'une des principales forces est d'avoir pu créer et encadrer un modèle de soins novateur en moins de trois mois, et ce en plein milieu d'une crise pandémique. Il va sans dire que le but du modèle cadrerait parfaitement avec la pression posée par la pandémie sur le système de santé en vue de contrer les problèmes d'accès aux soins en découlant. Ceci pouvait alors justifier de procéder à l'implantation malgré les autres contraintes entraînées par cette dernière sur les gestionnaires. Il a d'ailleurs été possible de rencontrer relativement beaucoup de patients, malgré le contexte actuel de la Covid-19, et d'inclure facilement la PPA au sein de l'équipe de la première ligne. De plus, il est à souligner que ce modèle de soins promeut une utilisation efficiente des ressources puisqu'il s'agit d'une réorganisation des rôles et responsabilités, et non la création additionnelle d'un poste,

n'impliquant donc aucun coût, équipement ou ressources humaines supplémentaires significatives. À notre connaissance, ce projet constitue le premier modèle de soins, avec un physiothérapeute au SRV d'un GMF, formellement développé et encadré dans un contexte d'amélioration continue de la qualité des soins au Québec.

Cette diminution des délais d'attente souhaitée avant de rencontrer un physiothérapeute a été grandement appréciée par les différentes parties prenantes, même qu'elle est considérée le principal avantage dans le sondage autant pour les patients que le personnel, la gouvernance et les cliniciens. La PPA sent également qu'il y a une meilleure organisation des services de physiothérapie dans le système public puisque les patients peuvent être vus plus rapidement.

La gestion du temps du PPA au SRV est très importante et a été un défi réalisable dans le cadre de ce projet. En 30 minutes, la PPA doit faire l'évaluation avec le patient, lui donner des stratégies de gestion de la douleur, faire la rédaction de dossier et discuter avec le médecin au besoin. Dans le cadre de sa pratique usuelle, la physiothérapeute a habituellement entre 45 et 60 minutes pour effectuer l'intégralité de ces tâches lors de la prise en charge initiale des patients, comme dans la majorité des milieux en pratique traditionnelle. Il faut donc une plus grande capacité de priorisation des tests cliniques pertinents qu'en physiothérapie traditionnelle, ce qui se rapproche davantage d'un niveau de pratique comparable aux médecins de famille.

Par ailleurs, l'horaire du PPA s'est avéré inconstant au SRV où l'on observait que certaines journées étaient moins achalandées que prévu. Ceci a un impact direct sur le nombre de patients qui ont pu être vus par semaine et sur l'efficacité de la PPA au SRV. D'ailleurs, dans les sondages auprès des parties prenantes, il a été suggéré d'offrir un service plus constant au SRV en s'assurant que la PPA soit présente à tous les jours au SRV, quitte à inscrire des rendez-vous de second avis référé par les médecins pour les plages non réservées. En effet, l'horaire de la PPA au SRV pourrait être adapté en fonction l'achalandage des patients présentant un TMS noté dans ce projet. Par exemple, la PPA pourrait évaluer deux patients par jours du mardi au vendredi et trois patients le lundi. *Toutefois contrairement à notre modèle, il faut dans les GMF multisite que le SRV médical et le bureau du physiothérapeute soient sur un même site.*

Pertinence du projet

Satisfaction des patients

Le modèle implanté s'est accompagné d'excellents taux de satisfaction auprès des patients. Ceci n'est pas surprenant considérant que plusieurs études ont démontré une grande satisfaction des patients étant pris en charge par un PPA dans un contexte de première ligne (Demont et al., 2019; Desmeules et al., 2012). Ceci est très encourageant considérant que le patient se voit utiliser une trajectoire de soins très inhabituelle en l'absence totale de contact avec le médecin pour la majorité des cas qui pourtant s'attendent à être vus par un médecin. L'une des raisons qui pourrait expliquer ce taux de satisfaction est le fait que la PPA prend plus de temps avec le patient, qu'elle effectue des tests fonctionnels que le patient peut reproduire tous les jours et que celui-ci puisse avoir parfois un soulagement immédiat de sa douleur avec quelques mouvements ou mobilisations, ce que les médecins de famille ne font pas lors de leur évaluation, probablement par manque de temps et/ou de connaissances. De plus, pour les patients qui voient ensuite le médecin avant d'être congédiés, la présentation d'un même discours par les deux professionnels rend le patient beaucoup plus confiant face à son plan de traitement (D. Bryant-Lukosius et al., 2010). Les sondages des patients démontrent aussi qu'ils sont très ouverts à ce nouveau modèle de soins et sont en mesure de s'adapter facilement à ce changement de façon de faire dans la prise en charge de leur TMS.

Collaboration interprofessionnelle

La collaboration interprofessionnelle a été soulevée comme un avantage important dans ce projet en termes d'entraide, d'avis secondaire et de communication efficace avec la PPA. L'équipe du GMF-U des Faubourgs est dévouée auprès de ses patients et très ouverte au changement, ce qui a favorisé la mise en place d'une forte collaboration en vue de cette vision commune. D'ailleurs, plusieurs qualités interprofessionnelles dans l'équipe du SRV, telles que l'écoute active, le respect et la communication efficace ont contribué à de beaux échanges professionnels. Selon la PPA, ces échanges auraient permis aux autres professionnels de mieux comprendre ce qu'est la physiothérapie. En effet, chaque professionnel apprenait l'un de l'autre ce qui permet d'améliorer les compétences respectives de chacun.

De plus, la proximité physique des lieux avec le SRV est primordiale afin de favoriser la collaboration entre les professionnels ainsi que le succès de l'implantation du nouveau modèle de soins (Fealy et al., 2018; Moffatt et al., 2018). C'est d'ailleurs le cas dans ce projet puisque la PPA partage l'espace physique avec les médecins et résidents, ce qui encourage la collaboration et influence positivement la confiance entre les professionnels (Denise Bryant-Lukosius et al., 2020). Dans la mesure où la prescription de médication d'ordonnance, de tests d'imagerie et d'arrêts de travail par un physiothérapeute n'est pas encore permise, une collaboration interprofessionnelle forte et une communication efficace sont nécessaires pour créer un modèle d'accès adapté fonctionnel en physiothérapie (D. Bryant-Lukosius et al., 2010; Denise Bryant-Lukosius et al., 2020).

Toutefois, une certaine ambiguïté semble être présente quant à la responsabilité médico-légale et la responsabilité professionnelle face aux prescriptions et arrêts de travail. En effet, il apparaît logique que les médecins hésitent à signer une prescription sans avoir vu directement le patient directement. Advenant un problème, la personne responsable ne serait pas le physiothérapeute, mais plutôt le médecin. Un retour sur la responsabilité et le rôle du PPA devra donc être effectué auprès des médecins qui travaillent au SRV puisque la clarté des rôles est essentielle pour instaurer un nouveau modèle qui perdurera (Denise Bryant-Lukosius et al., 2020).

Satisfaction des parties prenantes

L'équipe du projet est également très satisfaite du projet. En effet, la majorité des médecins trouve que leur charge de travail a été réduite depuis que la PPA est présente au SRV. Il est aussi intéressant de noter que plusieurs ont spécifié que l'approche centrée sur la réadaptation et l'éducation semble plus avantageuse pour ces patients que des traitements pharmacologiques, permettant ainsi aux patients de débiter rapidement des exercices à la maison. Ceci supporte donc les concepts de base de l'accès adapté en physiothérapie, où l'on désire impliquer les patients dans leur réadaptation en les outillant pour qu'ils puissent gérer eux-mêmes leurs symptômes.

Malgré une très bonne collaboration avec les médecins présents au SRV, la réalité clinique a démontré que les méthodes de travail sont différentes entre chaque médecin. Certains médecins

ont une plus grande confiance envers la PPA que d'autres, qui eux désirent rencontrer tous les patients présentant un TMS et se faire leur propre opinion. Il serait donc facilitant d'intégrer tous les médecins dans un tel modèle si l'organisation en faisait une procédure officielle applicable à tous les patients (Fealy et al., 2018). Toutefois, pour palier à la crainte plausible soulevée par les médecins de perdre leurs habiletés de prendre en charge des patients présentant des conditions impliquant le système musculosquelettique, il faut prévoir un minimum de plages hebdomadaires au SRV où les patients avec un TMS seront vus par le médecin.

Référence au médecin pour une évaluation complète

Un faible pourcentage de référence au médecin pour une évaluation complète a été observé. Ceci ne comprend pas la collaboration avec la PPA pour des références au médecin qui sont faites seulement pour une prescription d'imagerie (8 patients) et/ou de médicaments (7 patients) ou un arrêt de travail (9 patients), mais bien pour une prise en charge complète d'un patient avec une partie d'évaluation subjective et objective. La principale raison était pour une raison médicale concernant un autre système que musculosquelettique (ex. : comorbidité telle que l'insomnie) ou une affection musculosquelettique systémique (ex : maladie inflammatoire). Cela s'est appliqué à **moins d'un patient sur cinq**.

Ceci confirme que la PPA pourrait être complètement autonome à prendre en charge les patients avec un TMS, dans la majorité des cas, si certains droits supplémentaires lui étaient accordés, tels que la possibilité de rédiger des attestations d'arrêt de travail reconnues, ainsi qu'effectuer les prescriptions pour certains tests imagerie et certaines médications d'ordonnances. Toutefois, lors de notre implantation nous n'avons pas évalué directement la satisfaction et les résultats cliniques à court et moyen terme après consultation des patients ayant pris part au nouveau modèle. Nous ne pouvons donc exclure que des patients n'aient pas eu les résultats escomptés. Mais selon la littérature, les taux de sur ou sous-utilisation de tests et de soins, ainsi que les résultats de santé attendus seraient équivalents ou supérieurs en physiothérapie comparativement à ceux des médecins de famille (Desmeules et al., 2012).

Un peu **plus de la moitié des patients** ont pu être pris en charge **uniquement par la PPA**. Cela dit, un grand pourcentage des patients a tout de même rencontré le médecin à la suite de l'évaluation

du physiothérapeute. Selon la PPA du projet, ceci s'explique par l'attente des patients de rencontrer un médecin puisqu'ils se présentent dans une clinique médicale. En effet, comme la PPA le mentionne, les gens s'attendent à recevoir des médicaments ou demandent d'obtenir un arrêt de travail lorsqu'ils consultent un médecin dans une clinique au SRV (Moffatt et al., 2018). Il y a aussi la possibilité que les patients ne croient pas vraiment en la physiothérapie et qu'ils préfèrent avoir l'avis du médecin. À la lumière de ces informations, il serait important de prévoir la possibilité d'une rencontre rapide de quelques minutes avec le médecin à la suite de chaque évaluation avec la PPA pour une possible prescription.

Enseignement musculosquelettique auprès des résidents

L'enseignement auprès des résidents, qui est au cœur de la mission du GMF-U, n'a pu être intégré entièrement dans cette phase initiale du projet. Ce dernier devra être adapté en conséquence pour répondre aux exigences d'enseignement. Néanmoins, le tiers des évaluations effectuées par la PPA ont eu lieu en présence de résidents ou d'externes, ce qui suggère un bon potentiel de faisabilité. La principale suggestion serait d'ajouter une plage horaire spécifique à l'évaluation conjointe résidente-PPA dans le contexte du SRV afin de favoriser cet enseignement musculosquelettique, dans le contexte universitaire de ce GMF.

Tableaux résumés des principales recommandations découlant de ce projet

Les principales recommandations du projet sont présentées au Tableau 7.

Points marquants du projet
1. Il est réaliste d'implanter rapidement un modèle de soins avec un PPA au SRV d'un GMF sans coût supplémentaire ou d'équipement spécialisé.
2. Tant que les PPA n'auront pas le droit de prescrire un arrêt de travail, un médicament de base ou une imagerie, il sera impossible de créer un modèle de soins en première ligne où le PPA peut œuvrer de façon complètement autonome. D'ici là, une collaboration forte avec les médecins de famille est nécessaire. Il faut aussi prévoir des procédures qui respectent le confort du médecin à contresigner ou non ces prescriptions
3. Une collaboration interprofessionnelle forte permet aux autres professionnels de mieux connaître les compétences et le rôle du PPA et vice versa.
4. Il est primordial de prendre en considération les besoins et contraintes du milieu (exemple : organisation des services sur trois sites, mission d'enseignement auprès des résidents, etc.)
5. Il est important de bien évaluer l'offre et la demande des patients présentant des TMS afin de s'assurer que le modèle de soins proposé s'assure de l'utilisation efficiente du PPA dans son nouveau rôle.
6. La majorité des patients se présentant au SRV avec un TMS sont pris en charge par un PPA. De ces patients, la plupart de ceux nécessitant une rencontre avec le médecin après l'évaluation du PPA avaient seulement besoin d'une prescription ou d'une signature pour un arrêt de travail. Ainsi, il est important d'envisager d'instaurer de courtes périodes d'échanges avec les médecins à cet effet.

Tableau 7. – Tableau résumé des principaux points marquants à la suite de l'implantation de ce modèle de soins.

Limites du projet

Nous n'avons pas documenté des indicateurs de résultats cliniques pour bien dresser l'impact de ce nouveau modèle de soins sur la trajectoire et la santé des patients. Par exemple, les changements quant aux capacités fonctionnelles et à la douleur perçues à court et moyen terme, ainsi que l'utilisation subséquente des services de santé comme le retour au SRV ou le recours à l'urgence. De plus, aucun sondage de satisfaction des patients n'a été rempli par les patients ayant été pris en charge par les médecins et résidents du GMF-U. Cependant, les évidences ailleurs au

Canada et dans le monde laissent présager des impacts similaires sinon meilleurs au modèle traditionnel (Desmeules et al., 2012).

Recommandation pour améliorer le nouveau modèle de soins actuel

Dans un souci d'optimiser l'efficacité du PPA en place au SRV, quelques recommandations ressortent de l'évaluation du modèle actuel, et sont résumées dans le Tableau 8. Tout d'abord, une meilleure distribution des heures du PPA, d'environ une heure par jour, permettrait de voir plus de patients par semaine et d'améliorer l'efficacité de celui-ci au SRV. Ainsi, en étant présente à tous les jours au SRV, la PPA peut élargir l'offre de service et donc l'accès des patients ayant un TMS. De plus, ceci facilitera aussi la communication et la collaboration avec un plus grand nombre de médecins couvrant le SRV. Rappelons que cet enjeu est important pour améliorer la compréhension des rôles de chacun des professionnels impliqués dans l'équipe traitante au SRV (Denise Bryant-Lukosius et al., 2020).

Aussi, il est important de prévoir, une rencontre rapide de deux ou trois minutes avec le médecin suivant l'évaluation avec la PPA pour une possible prescription. Par ailleurs, la proximité des lieux physiques permettrait d'éviter une perte de temps dans les déplacements de la PPA (Fealy et al., 2018; Moffatt et al., 2018). Finalement, l'ajout de l'enseignement auprès des résidents à une heure fixe tous les jours conjointement avec la PPA les exposerait davantage à la clientèle présentant un TMS. Pour des raisons logistiques, il serait plus facile de prévoir une évaluation conjointe pour le premier rendez-vous du quart de travail, afin de s'assurer que les personnes impliquées (PPA et résidents) soient présentes à l'heure prévue et qu'il n'y ait pas de retard avec les patients. L'expertise du PPA sera très pertinente à l'apprentissage des résidents en médecine de famille et ceux-ci pourront en apprendre davantage sur la physiothérapie.

Suggestions pour améliorer le nouveau modèle de soins

1. Offrir un service aux usagers plus constant où la PPA sera **présente tous les jours** au SRV.
2. S'ajuster à l'offre et la demande du SRV pour que la PPA puisse voir **deux patients chaque jour** de la semaine au SRV.
3. Combiner l'offre de service du SRV avec **l'ajout de patients ayant un suivi avec un médecin de famille pour un second avis** sur la condition musculosquelettique de certains patients. Ceci permettrait de bonifier l'accès adapté en physiothérapie pour tous les patients du GMF-U présentant un TMS. Le nombre serait à évaluer selon la demande des médecins.
4. Prévoir un **bureau pour la physiothérapeute au même site que le SRV** afin de minimiser les déplacements et favoriser la proximité avec les autres professionnels du SRV.
5. Prendre le temps de bien **définir la responsabilité de chaque professionnel** et le rôle de la physiothérapeute au SRV. Éventuellement, développer des attestations pour les physiothérapeutes pour des actes de bases (arrêt de travail, certaines catégories d'analgésiques de base et d'imagerie).
6. Prévoir une **rencontre rapide de quelques minutes avec le médecin** du SRV à la suite de l'évaluation avec la PPA pour une possible prescription.
7. Prévoir de **l'enseignement musculosquelettique** tous les jours, à une période fixe, idéalement **avec le premier patient prévu au SRV**, afin de mieux synchroniser les disponibilités de la PPA et des résidents.
8. Possibilité d'inclure les patients CNESST pour une évaluation rapide par la PPA et ensuite référer au médecin.

Tableau 8. – Résumé des principales suggestions à la suite de l'analyse des résultats des données administratives et des sondages des parties prenantes.

Enjeux futurs

La collaboration PPA-médecin pour obtenir une prescription d'arrêt de travail, de médicament ou d'imagerie telle que nous l'avons implantée n'est pas optimale à long terme. Malheureusement, la législature actuelle ne permet pas de l'améliorer. Avec la reconnaissance du titre de PPA, le Collège des médecins et l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec devront éventuellement se pencher sur la possibilité de déléguer certains droits réservés aux médecins, tels que prescrire des imageries médicales et prescrire de la médication de base aux PPA formés à cet effet. De plus, il faudra convaincre les assureurs des régimes publics et privés de reconnaître les arrêts de travail émis par les PPA. Tout comme la maîtrise est actuellement obligatoire pour

les infirmiers œuvrant en pratique avancée au Québec, leur permettant d'effectuer certains actes qui étaient préalablement réservés aux médecins, la réussite d'un programme de 3^e cycle, tel que le DEPA de physiothérapie en neuro-musculosquelettique avancée, pourrait permettre l'obtention de ce titre et ces nouveaux droits qui optimiseraient l'autonomie professionnelle du PPA.

Enjeux en recherche

Si ce modèle est implanté dans d'autres GMF, il serait intéressant d'effectuer des études de devis expérimental, avec un plus grand nombre de PPA inclus dans l'étude, question d'avoir une plus grande représentativité des résultats afin de documenter rigoureusement les retombées de la prise en charge d'un PPA comparée à celle d'un médecin de famille face à la douleur et la fonction des patients se présentant au SRV avec un TMS. De plus, il serait intéressant d'y effectuer des analyses économiques entre le modèle de soins actuellement utilisé dans les GMF du Québec et celui proposé dans ce projet.

Conclusion

Ce projet d'amélioration continue des soins consiste en l'implantation d'un nouveau modèle de soins d'accès adapté en physiothérapie avec un PPA pour prendre en charge la clientèle musculosquelettique au SRV du GMF-U des Faubourgs. À notre connaissance, il constitue le premier modèle de soins de ce genre formellement mis en œuvre au Québec.

L'objectif de l'accès adapté en physiothérapie est d'améliorer l'accès pour les patients avec un TMS au SRV dans le but de les orienter le plus rapidement possible vers le physiothérapeute. L'accès rapide par une rencontre immédiate au SRV avec un PPA, sans avoir consulté le médecin préalablement, permet de réduire les délais avant de voir un physiothérapeute, mais accélère également l'engagement des patients dans l'autogestion de leurs symptômes. Ainsi, le PPA outille le patient via des exercices, conseils, etc. afin de prévenir une détérioration ou une chronicisation de sa condition, considérant que les délais pour rencontrer un physiothérapeute dans le système public peuvent être très longs. En cas de besoin, les patients peuvent rencontrer le médecin après la prise en charge du PPA selon une décision partagée avec celui-ci.

L'objectif principal de ce projet est de démontrer la faisabilité et la pertinence de ce modèle de soins pour améliorer l'accès aux patients qui souffrent d'un TMS en diminuant les délais pour rencontrer un physiothérapeute. Les objectifs secondaires sont de s'assurer d'une satisfaction élevée auprès des patients et parties prenantes, d'obtenir une bonne collaboration interprofessionnelle ainsi qu'un faible pourcentage de référence au médecin pour une évaluation complète.

Suivant la période d'implantation de deux mois, nous avons constaté qu'un grand nombre de patients ont pu se prévaloir de ce nouveau modèle en rencontrant la PPA au SRV. Ces derniers sont grandement satisfaits de leur visite et des outils obtenus pour mieux gérer leur condition. Au niveau de l'équipe de première ligne, une forte collaboration interprofessionnelle a été observée, facilitant ainsi l'implantation de ce projet permettant de créer une expérience très enrichissante au SRV. De manière générale, les différentes parties prenantes sont également satisfaites de l'implantation de ce nouveau projet pour améliorer l'accessibilité des soins chez

cette clientèle. De plus, les médecins se sentent déchargés par la présence de la PPA au SRV et une faible minorité de patients a nécessité une évaluation complète par un médecin. Ainsi, tous les objectifs fixés préalablement ont été atteints; le projet est considéré une réussite.

Afin de s'assurer de la pérennité du projet, nous recommandons que la PPA soit présente à tous les jours au SRV. De plus, l'enseignement auprès des résidents devra être intégré au modèle afin de mieux répondre à la mission universitaire du GMF-U et de favoriser la prise en charge optimale des patients atteints d'un TMS par les des futurs médecins de famille.

Le succès de l'implantation de ce projet prouve qu'il est possible de mettre en œuvre, dans un délai restreint, de nouveaux modèles de soins à partir des ressources existantes, et ce, même en période de crise pandémique. Considérant le succès du modèle proposé dans ce projet, il serait pertinent de l'adapter dans d'autres GMF du Québec afin que l'ensemble de la population puisse bénéficier de ce type de prise en charge.

Références bibliographiques

- Ahluwalia, S., & Offredy, M. (2005). A qualitative study of the impact of the implementation of advanced access in primary healthcare on the working lives of general practice staff. *BMC Family Practice*, 6(1), 39. doi:10.1186/1471-2296-6-39
- Bishop, A., Ogollah, R. O., Jowett, S., Kigozi, J., Tooth, S., Protheroe, J., . . . Foster, N. E. (2017). STEMS pilot trial: A pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open*, 7(3).
- Boucher, J.-P. e. a. (2016). UNE PREMIÈRE LIGNE FORTE DE L'EXPERTISE DU MÉDECIN DE FAMILLE. Service des communication.
- Breton, M., & Guilbert-Couture, A. (2016). *L'ACCÈS ADAPTÉ: UNE INNOVATION POUR AMÉLIORER L'ACCÈS EN TEMPS OPPORTUN EN PREMIÈRE LIGNE*. Retrieved from
- Bronfort, G., Evans, R., Anderson, A. V., Svendsen, K. H., Bracha, Y., & Grimm, R. H. (2012). Spinal manipulation, medication, or home exercise with advice for acute and subacute neck pain: a randomized trial. *Ann Intern Med*, 156(1 Pt 1), 1-10. doi:10.7326/0003-4819-156-1-201201030-00002
- Bryant-Lukosius, D., Carter, N., Kilpatrick, K., Martin-Misener, R., Donald, F., Kaasalainen, S., . . . DiCenso, A. (2010). The clinical nurse specialist role in Canada. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 23 Spec No 2010, 140-166. doi:10.12927/cjnl.2010.22273
- Bryant-Lukosius, D., Ziegler, E., Kilpatrick, K., & Martin-Misener, R. (2020). Advanced Practice Nursing in Canada. In *Advanced Practice Nursing Leadership: A Global Perspective* (pp. 77-92): Springer.
- Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. J. J. o. a. n. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *48(5)*, 530-540.
- Bryczynski, K. A. (2021). Role Development of the Advanced Practice Nurse.
- Chang, A. T., Gavaghan, B., O'Leary, S., McBride, L.-J., & Raymer, M. (2018). Do patients discharged from advanced practice physiotherapy-led clinics re-present to specialist medical services? *Australian Health Review*. 42(3), 334-339. doi:<https://doi.org/10.1071/AH16222>
- Clauw, D. J., Essex, M. N., Pitman, V., & Jones, K. D. J. P. m. (2019). Reframing chronic pain as a disease, not a symptom: rationale and implications for pain management. *131(3)*, 185-198.
- Coyte, P. C., Asche, C. V., Croxford, R., Chan, B. J. A., & Rheumatology, R. O. J. o. t. A. C. o. (1998). The economic cost of musculoskeletal disorders in Canada. *11(5)*, 315-325.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. J. I. s. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *4(1)*, 1-15.
- Demont, A., Bourmaud, A., Kechichian, A., Desmeules, F. J. D., & Rehabilitation. (2019). The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. 1-12.
- Desjardins-Charbonneau, A., Roy, J.-S., Thibault, J., Ciccone, V. T., & Desmeules, F. J. B. m. d. (2016). Acceptability of physiotherapists as primary care practitioners and advanced

- practice physiotherapists for care of patients with musculoskeletal disorders: a survey of a university community within the province of Quebec. *17*(1), 1-8.
- Deslauriers, S., Dery, J., Proulx, K., Laliberte, M., Desmeules, F., Feldman, D. E., . . . Rehabilitation. (2019). Effects of waiting for outpatient physiotherapy services in persons with musculoskeletal disorders: a systematic review. 1-10.
- Deslauriers, S., Toutant, M.-E., Lacasse, M., Desmeules, F., & Perreault, K. (2017). L'intégration des physiothérapeutes dans les services publics de première ligne: un appel à l'action. In: University of Toronto Press.
- Desmeules, F., Roy, J.-S., MacDermid, J. C., Champagne, F., Hinse, O., & Woodhouse, L. J. J. B. m. d. (2012). Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *13*(1), 107.
- Desmeules, F., Toliopoulos, P., Roy, J.-S., Woodhouse, L. J., Lacelle, M., Leroux, M., . . . Fernandes, J. C. J. B. m. d. (2013). Validation of an advanced practice physiotherapy model of care in an orthopaedic outpatient clinic. *14*(1), 162.
- Dixon, S., Sampson, F. C., O'Cathain, A., & Pickin, M. (2005). Advanced access: more than just GP waiting times? *Family Practice*, *23*(2), 233-239. doi:10.1093/fampra/cmi104 %J Family Practice
- Fashanu, B., & Rastall, M. J. P. (2002). Effect of Early One-off Physiotherapy Intervention on Patients Referred with Chronic Musculoskeletal Problems. *12*(88), 762-763.
- Fealy, G. M., Casey, M., O'Leary, D. F., McNamara, M. S., O'Brien, D., O'Connor, L., . . . Stokes, D. J. J. o. c. n. (2018). Developing and sustaining specialist and advanced practice roles in nursing and midwifery: a discourse on enablers and barriers. *27*(19-20), 3797-3809.
- Holdsworth, L. K., Webster, V. S., McFadyen, A. K., & Physiotherapy, S. P. S. R. S. G. J. (2008). Physiotherapists' and general practitioners' views of self-referral and physiotherapy scope of practice: results from a national trial. *94*(3), 236-243.
- Ko, J. K. (2007). [Comparing the effects of drug therapy, physical therapy, and exercise on pain, disability, and depression in patients with chronic low back pain]. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, *37*(5), 645-654. doi:10.4040/jkan.2007.37.5.645
- L'Association Canadienne De Protection Médicale. (2019). Cliniques sans rendez-vous : Qualité des soins et risques médico-légaux.
- Lecocq, D. M., Yves; Pirson, Magali. (2015). Comment développer la pratique infirmière avancée dans des systèmes de soins de santé complexes ?
- Lee, P. (1994). The Economic Impact of Musculoskeletal Disorders. *Quality of Life Research*, *3*, S85-S91.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2021). Accès aux services médicaux de première ligne
- Moffatt, F., Goodwin, R., Hendrick, P. J. P. h. c. r., & development. (2018). Physiotherapy-as-first-point-of-contact-service for patients with musculoskeletal complaints: understanding the challenges of implementation. *19*(2), 121-130.
- Murray, M., & Berwick, D. M. J. J. (2003). Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *289*(8), 1035-1040.
- Robarts, S., Kennedy, D., MacLeod, A. M., Findlay, H., & Gollish, J. J. H. Q. (2008). A framework for the development and implementation of an advanced practice role for physiotherapists that improves access and quality of care for patients. *11*(2), 67-75.

- Rose, K. D., Ross, J. S., & Horwitz, L. I. (2011). Advanced Access Scheduling Outcomes: A Systematic Review. *Archives of Internal Medicine*, 171(13), 1150-1159. doi:10.1001/archinternmed.2011.168 %J Archives of Internal Medicine
- Salmon, P., Humphreys, K., Price, J., Smith, C., & Heaton, R. (2017). Can physiotherapy first contact practitioners reduce the burden on general practitioners and improve the management of musculoskeletal conditions? *Physiotherapy (United Kingdom)*, 103 (Supplement 1), e97-e98.
- Sanon, L. M. E. S., Susan. (2021, Janvier). Les troubles musculo-squelettiques liés au travail: un fardeau humain et économique évitable. *INSPQ: Institut National de Santé Publique Québec*, https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2714_troubles_musculo_squelettiques_fardeau.pdf, 5.
- Tissot, F. S., Susan; Nicolakakis, Nektaria. (2020). Portrait des troubles musculo-squelettiques d'origine non traumatique liés au travail : résultats de l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015. *INSPQ: Institut National de Santé Publique Québec*, https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2632_troubles_musculo-squelettiques_non_traumatiques_travail.pdf?fbclid=IwAROK8EgfDOIbT06nPaeVldvleSV0tyyTW4LfTrCGRW-V0vc72TpdSSfc-E, 42 pages.
- Université de Montréal, F., DépartementDeMédecineDeFamilleEtDeMédecineD'urgence (2021). CUMF des Faubourgs
- World Physiotherapy 2019. (2019). Pratique avancée de la physiothérapie: Déclaration de politique.
- World Physiotherapy. (2021). Policy statement: Advanced physical therapy practice.

Annexes

Annexe 1 : Algorithme décisionnel

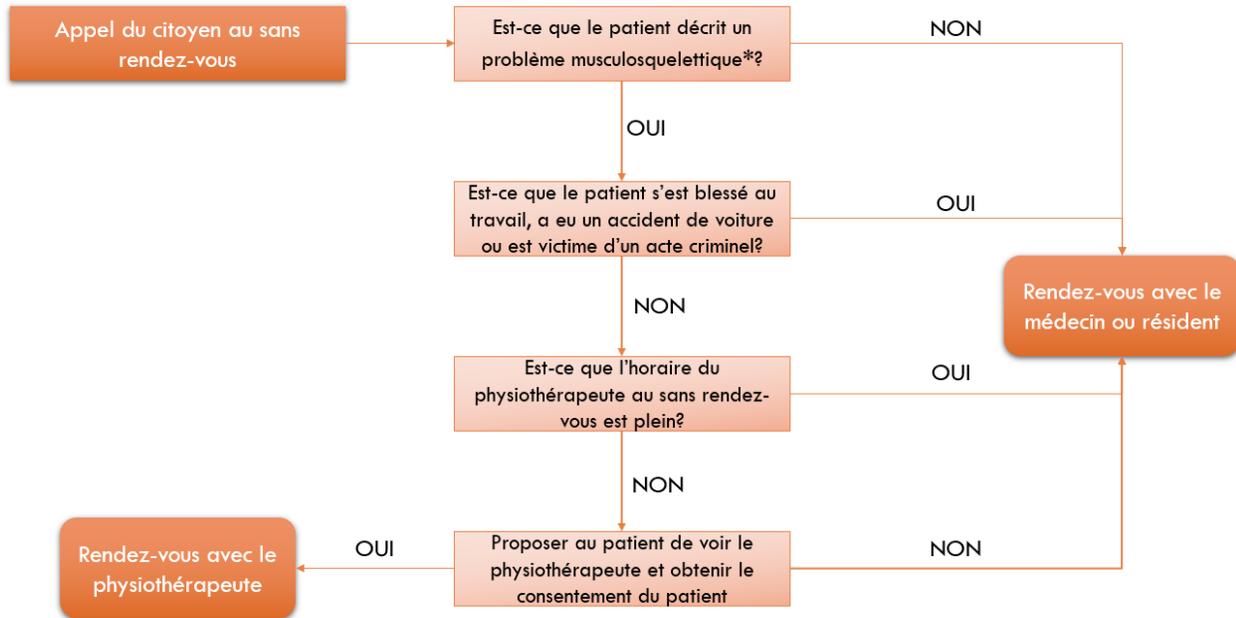


Figure 5. – Triage téléphonique pour prévoir une rencontre avec le PPA au SRV

***Problème musculosquelettique :** Tous types de douleur provenant du cou, dos, épaule, bras, coude, main, poignet, doigt, pouce, bassin, sacro-iliaque, hanche, jambe, genou, cheville, pied, orteil ...

Le patient peut décrire le problème comme une entorse, cervicalgie, lombalgie, nerf de coincé, tendinite, tendinopathie, arthrose, bursite, hernie discale, déchirures musculaires, tensions, épicondylite, lombalgie, ténosynovite, torticolis, blocage au mouvement, craquement, atteinte méniscale ...

Annexe 2 : Critères de référence en physiothérapie établis par le GMF-U des Faubourgs

Pour les patients qui n'ont pas d'assurance pour de la physiothérapie au privé

- 1- Problème MSQ aigu ou subaigu (clientèle adulte et pédiatrique);
- 2- Problème de douleur chronique chez un patient n'ayant jamais reçu de services de physiothérapie en attente de PEC par un programme de douleur chronique;
- 3- Problèmes reliés à un VPPB;
- 4- Syndrome post-commotion cérébrale;
- 5- Évaluation pour une vignette de stationnement / transport adapté / prescription aide technique chez un patient déjà connu de la physiothérapeute ou également référé pour un autre problème

Annexe 3 : Lettre explicative du projet

LETTRE EXPLICATIVE : PHYSIOTHÉRAPIE AU SANS RENDEZ-VOUS

Vous avez été invité(e) à consulter un(e) physiothérapeute au sans rendez-vous au lieu d'un(e) médecin pour la douleur que vous ressentez. L'objectif de ce projet pilote est d'offrir des soins plus rapidement aux personnes ayant des douleurs articulaires ou musculaires.

AVEZ-VOUS DÉJÀ ESSAYÉ OU ENTENDU PARLER DE LA PHYSIOTHÉRAPIE?

La physiothérapie est une science de la santé dont le rôle est de vous permettre de retrouver le maximum de vos capacités physiques afin que vous puissiez réaliser vos activités quotidiennes, accomplir un travail ou pratiquer un loisir. Le (ou la) physiothérapeute est un professionnel de la santé formé à l'université pour évaluer les douleurs et/ou les problèmes physiques reliés aux articulations, aux os, aux muscles et même au système neurologique. Plus les personnes aux prises avec ces problèmes sont vues rapidement en physiothérapie, plus elles ont de chances d'être soulagées et de reprendre rapidement leurs occupations. Présentement, les délais pour consulter un(e) physiothérapeute dans le réseau public peuvent prendre plusieurs semaines.

Durant la visite avec le (ou la) physiothérapeute, vous aurez droit à une évaluation de votre condition, des explications sur le meilleur traitement et des conseils importants pour contrôler la douleur. Le (ou la) physiothérapeute jugera s'il est pertinent que vous voyiez un médecin selon votre cas, par exemple si vous avez besoin d'une prescription de médicament ou d'un examen particulier.

LIBERTÉ DE PARTICIPATION AU PROJET ET DROIT DE RETRAIT

Vous n'êtes pas obligé(e) de voir le (ou la) physiothérapeute. En tout temps vous pouvez refuser sans avoir à vous justifier et demander un rendez-vous avec le (ou la) médecin. Le personnel soignant se fera un devoir de respecter votre décision.

SONDAGE

Suite à votre visite avec le (ou la) physiothérapeute, nous vous demandons de remplir, de façon **anonyme**, un court sondage de satisfaction de 9 questions. Le (ou la) physiothérapeute n'aura pas accès aux réponses du sondage. Vous n'êtes pas obligé(e) de répondre à ce sondage. Votre décision demeure confidentielle et ne sera jamais transmise au physiothérapeute et/ou au médecin.

Aucune information personnelle ou en lien avec votre condition ne sera utilisée dans ce projet.

Annexe 4 : Sondage de satisfaction des patients

Sondage de satisfaction

Consultation musculosquelettique à la clinique de sans rendez-vous
du Groupe de médecine de famille universitaire des Faubourgs

Voici quelques questions à propos de votre consultation d'aujourd'hui concernant votre problème musculosquelettique. Veuillez, s'il vous plaît, le remplir de façon anonyme.

Cochez le professionnel de la santé que vous avez consulté aujourd'hui :

Médecin/Résident

Physiothérapeute

Date : (année/mois/jour) _____ (Encercler un chiffre sur chaque ligne)

En termes de satisfaction, comment noteriez-vous chacun des éléments suivants?	Excellent	Très bon	Bon	Moyen	Mauvais
1. Les informations sur le rôle du professionnel	1	2	3		5
2. Le temps passé avec le professionnel	1	2	3	4	5
3. Les explications sur ce qui a été fait au cours de la consultation	1	2	3		5
4. L'information sur le diagnostic et les options de traitements	1	2	3		5
5. Le professionnalisme du clinicien (courtoisie, respect, tact, gentillesse)	1	2	3		5
6. Les habiletés du professionnel (gestes, choix des tests, savoir-faire)	1	2	3		5
7. La visite en général	1	2	3	4	5

Commentaires ou suggestions :

Veuillez déposer ce questionnaire rempli dans la BOÎTE À SONDAGE placée à l'accueil.

Merci de votre précieuse collaboration !

Satisfaction Survey

Musculoskeletal consultation at the walk-in clinic at the Groupe de médecine de famille universitaire des Faubourgs

Here are some questions about your consultation today regarding your musculoskeletal problem. Please complete it anonymously.

Please check the right health professional you consulted today :

Doctor/Resident in medicine Physiotherapist

Date : (year/month/day) _____ (Circle one number in each line)

In terms of your satisfaction, how would you rate each of the following?	Excellent	Very Good	Good	Fair	Poor
1. Information about the role of the professional	1	2	3		5
2. Time spent with the professional	1	2	3		5
3. Explanations of what was done during the consultation	1	2	3		5
4. Information on the diagnosis and the treatment options	1	2	3		5
5. The professionalism of the clinician (courtesy, respect, tact, kindness)	1	2	3		5
6. The technical skills of the professional (thoroughness, carefulness, competence)	1	2	3		5
7. The overall visit	1	2	3	4	5

Comments or suggestions :

Please return this completed questionnaire in the SURVEY BOX at the reception.

Thank you for your precious collaboration!

Annexe 5 : Sondage des parties prenantes

Sondage sur la satisfaction des différentes parties prenantes

Ce sondage a été créé dans le but d'évaluer votre niveau d'appréciation du **projet d'implantation d'accès adapté en physiothérapie** au « **sans rendez-vous** » du GMF-U des Faubourgs. Nous souhaitons connaître votre **niveau de satisfaction** et vos **suggestions** au sujet de votre expérience avec l'implantation de ce modèle de soins. Merci de votre précieuse collaboration.

Le sondage comporte 6 questions fermées et 3 questions ouvertes, d'une durée approximative de 5 minutes. Veuillez répondre à toutes les questions en cochant la réponse qui représente le mieux votre opinion et lorsqu'approprié, veuillez laisser un commentaire. Vos réponses seront complètement anonymes. Votre participation se fait sur une base volontaire.

Veuillez choisir votre titre professionnel.

Médecin	Résident en médecine	Infirmier auxiliaire	Gestionnaire	Physiothérapeute	Autres
---------	----------------------	----------------------	--------------	------------------	--------

Section générale – Questions fermées

1. La présentation du nouveau rôle du physiothérapeute dans le contexte du sans rendez-vous était :

2.

Très satisfaisante	Satisfaisante	Peu satisfaisante	Insatisfaisante	n/a

3. L'explication des étapes préalables à l'arrivée du physiothérapeute dans son nouveau rôle était :

Très satisfaisante	Satisfaisante	Peu satisfaisante	Insatisfaisante	n/a

4. La compréhension et le respect du champ d'exercice de chaque professionnel dans l'intégration de ce nouveau modèle de soins avec le physiothérapeute au sans rendez-vous est :

Très satisfaisante	Satisfaisante	Peu satisfaisante	Insatisfaisante	n/a

5. La collaboration interprofessionnelle (par exemple : entraide, avis secondaire, communication efficace ...) avec le physiothérapeute dans son nouveau rôle au sans rendez-vous est :

Très satisfaisante	Satisfaisante	Peu satisfaisante	Insatisfaisante	n/a

6. L'intégration de ce nouveau rôle du physiothérapeute semble accroître l'accessibilité aux soins des patients atteints d'un trouble musculosquelettique au sans rendez-vous de manière :

Très satisfaisante	Satisfaisante	Peu satisfaisante	Insatisfaisante	n/a

7. Votre appréciation globale de l'arrivée du physiothérapeute dans un contexte de première ligne au sans rendez-vous est :

Très satisfaisante	Satisfaisante	Peu satisfaisante	Insatisfaisante	n/a

Questions ouvertes

8. Donnez **deux** avantages de ce nouveau modèle de soins au sans rendez-vous du GMF-U?

--

9. Donnez **deux** inconvénients ou difficultés rencontrées avec ce nouveau modèle de soins?

--

10. Quelle est **votre principale** suggestion pour améliorer l'implantation de ce projet?

--

Section propre aux médecins de famille / résidents en médecine de famille

1. De façon générale, les consultations conjointes avec le physiothérapeute au sans rendez-vous, par exemple lorsqu'un patient nécessite une prescription, se déroule de façon :

Très satisfaisante	Satisfaisante	Peu satisfaisante	Insatisfaisante	n/a

2. Est-ce que la présence du physiothérapeute dans son nouveau rôle au sans rendez-vous augmente votre charge de travail? Et si oui, comment?

Section propre à l'infirmière auxiliaire au triage :

1. Comment avez-vous apprécié l'utilisation de l'algorithme décisionnel et du « Google formulaire » pour référer les patients au physiothérapeute ou au médecin?

2. De façon générale, comment était la réaction des patients lors de l'attribution des rendez-vous avec le physiothérapeute plutôt qu'avec le médecin?

Section propre au physiothérapeute :

1. Comment qualifiez-vous la gestion de l'horaire et l'attribution des patients que vous recevez au sans rendez-vous?

2. Comment s'est avérée la gestion des salles d'évaluation et la facilité à rencontrer un médecin suite à une évaluation au sans rendez-vous?

3. Comment qualifiez-vous la charge de travail supplémentaire occasionnée par la référence au médecin pour la signature des prescriptions et des arrêts de travail?

Section propre aux gestionnaires du GMF-U :

1. Comment qualifiez-vous le rendement du physiothérapeute au sans rendez-vous?

2. Que pensez-vous des plages horaires du physiothérapeute de deux heures, deux fois par semaine au sans rendez-vous? Est-ce suffisant? Que feriez-vous de différent?

Annexe 6 : Protocole du projet d'implantation présenté au comité éthique

Projet d'amélioration des soins

Titre du projet : Implantation d'un modèle de soins d'accès adapté en physiothérapie pour la clientèle musculosquelettique au groupe de médecine de famille universitaire des Faubourgs

PROBLÉMATIQUE

Dans le groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) des Faubourgs, environ 14%³ des raisons de consultations au sans rendez-vous concernent un trouble musculosquelettique (TMS) et celles-ci auront tendance à augmenter dans les prochaines années avec le vieillissement de la population et la prévalence des conditions chroniques (1,2). La clinique du sans rendez-vous (SRV) desservie par le GMF-U des Faubourgs permet aux patients inscrits d'obtenir une consultation rapide avec un médecin ou un résident pour un problème de santé, tel qu'un TMS, pour lequel le patient n'a pu obtenir un rendez-vous dans un délai approprié avec son médecin traitant. De ces consultations au SRV pour un TMS, bon nombre sont par la suite référées en physiothérapie pour optimiser la prise en charge. Cette procédure entraîne des délais inhérents à l'accès en physiothérapie, surtout que plusieurs patients ne pourront pas être suivis par le physiothérapeute du GMF-U et devront être référés dans le système public. D'ailleurs, l'accessibilité en physiothérapie dans le système public est très difficile avec un temps médian d'attente au Québec de 4,6 mois, ce qui nuit à l'amélioration des soins auprès de cette clientèle et augmente le risque de douleur et d'incapacité (2).

NOUVEAU MODÈLE PROPOSÉ

L'objectif principal est d'améliorer l'accès adapté aux soins de santé en orientant mieux les besoins des patients vers le bon professionnel au moment opportun, plus spécifiquement avec l'accès adapté en physiothérapie au SRV.

En fait, lorsqu'un patient appellera pour prendre rendez-vous au GMF-U des Faubourgs pour un TMS, l'infirmier ou l'infirmière auxiliaire effectuant le triage, offrira d'abord un rendez-vous au patient dans une plage horaire dédiée au physiothérapeute en expliquant le rôle du physiothérapeute et que le patient pourra toujours être revu par le médecin suite à l'évaluation de celui-ci. Autrement, si le patient ne veut pas être vu par un physiothérapeute, que les plages horaires du physiothérapeute sont déjà remplies ou que la condition demande une investigation plus rapide, alors le patient sera redirigé, tel qu'à l'habitude, auprès des résidents et/ou médecins déjà en place au sans rendez-vous.

³ 14% des patients au sans rendez-vous du GMF-U des Faubourgs se sont présentés pour un trouble NMSQ entre le 1^{er} septembre 2020 et le 31 décembre 2020.

Lors du rendez-vous, d'une durée approximative de 20 minutes, le physiothérapeute effectuera l'évaluation de la condition pour établir une impression clinique en physiothérapie. Selon les résultats de son évaluation et en respect de son champ de compétences, le physiothérapeute jugera de la meilleure condition à suivre. Ceci peut inclure la recommandation d'un traitement pharmacologique, la prescription d'un test d'imagerie, la recommandation d'un arrêt de travail et/ou la référence au médecin ou à un autre professionnel de la santé. Dans l'éventualité où un acte médical réservé est nécessaire, le physiothérapeute pourra en informer le médecin présent à la clinique du SRV. Afin de ne pas surcharger le médecin au sans rendez-vous, celui-ci verra 14 patients au lieu de 16 patients pour permettre une meilleure collaboration avec le physiothérapeute et se donner du temps pour rencontrer un patient qui changerait d'idée à être évalué par le physiothérapeute. De plus, la séance avec le physiothérapeute se terminera avec une intervention ponctuelle au cours de laquelle de l'éducation sur la gestion de la douleur, l'utilisation d'une aide technique et 1-2 exercices à faire à la maison seront privilégiées. Pour augmenter l'efficacité de ce projet et en raison de l'organisation géographique du GMF-U des Faubourgs, le physiothérapeute sera disponible 2 journées au sans rendez-vous à raison de 2 séances de 2h par semaine pour un total de 4h, les lundis et jeudis. Les résidents en médecine pourront participer au rendez-vous pour qu'ils puissent développer leur raisonnement clinique avec un TMS, ce qui s'inscrit à l'intérieur de la mission universitaire du GMF-U des Faubourgs.

La population ciblée dans ce projet sera les patients adultes présentant un TMS suspecté. Les patients nécessitant une attestation médicale pour être admissibles à un programme de réclamations de services de santé payés par un tiers tels que la CNESST, la SAAQ ou l'IVAC seront exclus de ce projet pilote.

RETOMBÉES ATTENDUES

Ce modèle de soins permettra principalement de diminuer les délais de consultation en physiothérapie puisque les patients pourront voir le physiothérapeute dès la visite initiale pour mieux gérer leur douleur et leurs limitations. Secondairement, il y aura une augmentation du nombre de plages horaires médicales disponibles pour les patients avec un trouble non musculosquelettique. Il est également attendu que les patients et l'équipe du sans rendez-vous du GMF-U des Faubourgs aient une bonne satisfaction des services rendus.

Ce modèle proposé a été documenté dans plusieurs études scientifiques qui supportent l'implantation d'un physiothérapeute comme intervenant de première ligne, afin de diminuer la douleur et les incapacités tout en préservant une bonne satisfaction auprès des patients (3,4). De plus, les évidences suggèrent que l'expertise du physiothérapeute permet de poser une qualité de diagnostic pour un TMS comparable à celui émis par un spécialiste en orthopédie (4,5). Ainsi, l'apport d'un modèle d'accès direct en première ligne en physiothérapie permettrait d'obtenir un accès adapté selon les besoins des patients avec un TMS, modèle de plus en plus utilisé dans les GMF de la province (ex. : le GMF Maisonneuve-Rosemont, Azur, etc.) ou en Ontario avec la création d'Équipe Santé Familiale (6). Une prise en charge rapide et ponctuelle en physiothérapie permettra des retombées bénéfiques pour les patients (7).

VARIABLES MESURÉES

Des indicateurs de productivité et de la qualité des services facilement accessibles au GMF-U seront mesurés durant 3 mois pour assurer les bénéfices souhaités par ce modèle :

- Le nombre et le pourcentage de patients avec un TMS sur le nombre total de consultations au SRV
- Le pourcentage de patients qui seront vus par le physiothérapeute sur le nombre de patients total avec un TMS au SRV
- Le pourcentage des plages horaires remplies par le physiothérapeute au SRV
- La durée moyenne de la consultation
- Le nombre de patients supplémentaire vu par semaine au SRV depuis l'implantation du physiothérapeute (flot de patients)
- Le pourcentage de patients avec un TMS qui voit d'abord le physiothérapeute et qui sont référés au médecin pour une attention médicale

**Notez que l'utilisation du terme médecin dans cette section réfère autant au médecin de famille qu'au résident en médecine familiale.*

À ceux-ci, s'ajoutent des sondages sur la satisfaction suite à la visite qui seront utilisés uniquement à l'interne et non-diffusés :

- Satisfaction des patients remis sous un format papier après la séance avec 9 questions sur une échelle de 1 à 5
 - Exemple : En termes de satisfaction, comment est-ce que vous coteriez... 1) le temps d'attente à la clinique? 2) les informations reçues sur le diagnostic et les options de traitements? 3) les habiletés techniques du professionnel? 4) votre visite en générale?
- Satisfaction du modèle par les parties prenantes remis sous un format électronique par courriel après 3 mois d'implantation
 - Physiothérapeute (ex. : satisfaction de la gestion de l'horaire, la collaboration avec les autres professionnels, la gestion des salles d'évaluation au SRV, l'attribution des patients au physiothérapeute)
 - Résidents (ex. : satisfaction sur les observations avec le physiothérapeute, l'enseignement du physiothérapeute, la gestion des salles d'évaluation SRV)
 - Médecins (ex. : satisfaction sur le fardeau de contresigner les prescriptions/arrêt de travail)
 - Gestionnaires (ex. : satisfaction du rendement du physiothérapeute, l'achalandage au sans rendez-vous, organisation des plages horaires)

- Infirmiers (ex. : satisfaction sur l'attribution des patients au physiothérapeute, la facilité de donner des rendez-vous au physiothérapeute)

MISE EN CONTEXTE DU PROJET

L'équipe de direction du GMF-U des Faubourgs approuve et supporte ce projet d'amélioration continu pour les services au SRV. De plus, l'équipe possède les ressources matérielles, humaines et monétaires, nécessaires pour effectuer ce projet. Aucun coût supplémentaire n'est prévu pour l'implantation de ce projet à l'exception du salaire du physiothérapeute, où cinq heures seront redistribuées au SRV plutôt qu'à des traitements avec des patients référés par les médecins. Il y aura aussi un soutien à la coordination des lieux pour s'assurer que l'implantation se déroule de façon optimale. Le physiothérapeute partagera aussi les bureaux d'évaluation avec les médecins au SRV, où le nombre de salles est amplement suffisant pour accueillir un professionnel supplémentaire.

Bien entendu, les patients devront consentir à voir un physiothérapeute en demandant leur consentement libre et éclairé, suite à une explication des compétences et du rôle du physiothérapeute et en expliquant que le patient pourra toujours être revu par le médecin suite à l'évaluation du physiothérapeute, s'il en fait la demande. Une lettre explicative du projet sera fournie aux patients avant de rencontrer le physiothérapeute. Les patients devront aussi consentir à répondre à des questions de satisfaction suite à leur visite.

Ce projet s'insère dans le cadre d'un projet d'étude universitaire d'un programme de 3^{ème} cycle, un D.E.P.A (Diplôme d'Étude Professionnel Approfondi) en pratique avancée en physiothérapie neuro-musculosquelettique, qui se termine avec un projet d'intégration de 12 crédits universitaires à la fin du mois de juillet.

PLAN DE DIFFUSION

Une fois le projet en place et fonctionnel, un résumé du modèle de soins et de ses bénéfices aura lieu avec l'équipe du GMF-U des Faubourgs. De plus, une démarche de diffusion de connaissances sera effectuée avec capsule vidéo de 3 minutes résumant le projet d'amélioration de la qualité des soins pour partager auprès des autres milieux et des cliniciens intéressés par cet enjeu.

ÉCHÉANCIER

Idéalement, le modèle de soins serait opérationnel pour la fin du mois de mars. Des réajustements pourront être faits au besoin durant une période de rodage de deux semaines. La surveillance des retombées attendues se ferait du 8 avril au 1 juillet inclusivement et le tout sera discuté par l'équipe du GMF-U des Faubourgs avant les vacances estivales.

ÉQUIPE

Tatiana Vukobrat, pht, M. Sc., physiothérapeute et porteuse du projet au GMF-U des Faubourgs
Josée Archambault, Ph. D., Agente d'amélioration continue de la qualité (AACQ) au GMF-U des Faubourgs

Sébastien Dion, pht, M. Sc., étudiant au D.E.P.A en pratique avancée en physiothérapie et coordonnateur du projet

Jean-Louis Larochelle, pht, Ph. D., professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal, directeur des étudiants au DEPA

Lawrence Morse, pht, M. Sc., étudiant au D.E.P.A en pratique avancée en physiothérapie et en support à l'équipe du projet

RÉFÉRENCES

1. Bishop A, Ogollah RO, Jowett S, Kigozi J, Tooth S, Protheroe J, et al. STEMS pilot trial: A pilot cluster randomised controlled trial to investigate the addition of patient direct access to physiotherapy to usual GP-led primary care for adults with musculoskeletal pain. *BMJ Open*. 2017;7(3)
2. Deslauriers S, Dery J, Proulx K, Laliberte M, Desmeules F, Feldman DE, et al. Effects of waiting for outpatients physiotherapy services in persons with musculoskeletal disorders: a systematic review. 2019:1-10
3. Demont A, Bourmand A, Kechichian A, Desmeules FJD, Rehabilitation. The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature. 2019:1-12
4. Desmeules F, Roy J-S, MacDermid JC, Champagne F, Hinse O, Woodhouse LJJ*Bmd*. Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. 2012;13(1):107
5. Desmeules F, Toliopoulos P, Roy J-S, Woodhouse LJ, Lacelle M, Leroux M, et al. Validation of an advanced practice physiotherapy model of care in an orthopaedic outpatient clinic. 2013;14(1):162.
6. Deslauriers S, Toutant M-E, Lacasse M, Desmeules F, Perreault K. L'intégration des physiothérapeutes dans les services publics de première ligne : un appel à l'action. : University of Toronto Press; 2017.
7. Fashanu B, RastallMJP. Effect of Early One-off Physiotherapy Intervention on Patients Referred with Chronic Musculoskeletal Problems. 2002;12(88):762-3.