

Université de Montréal

Projet pilote d'amélioration de la pratique clinique :

*Planification et développement d'un modèle de soins de pratique avancée en physiothérapie
pédiatrique pour la clientèle atteinte du syndrome douloureux régional complexe (SDRC) au CHUSJ*

Par

Annick Chouinard

FACULTÉ DE MÉDECINE - ÉCOLE DE RÉADAPTATION, DÉPARTEMENT DE PHYSIOTHÉRAPIE

Projet d'intégration présenté en vue de l'obtention du

D.E.P.A. DE PHYSIOTHÉRAPIE AVANCÉE EN NEURO-MUSCULOSQUELETTIQUE

PHT 7402

29-12-2021

© Annick Chouinard, 2021

Université de Montréal

FACULTÉ DE MÉDECINE - ÉCOLE DE RÉADAPTATION DÉPARTEMENT DE PHYSIOTHÉRAPIE

Ce projet d'intégration intitulé

Projet pilote d'amélioration de la pratique clinique :

**Planification et développement d'un modèle de soins de pratique avancée en physiothérapie
pédiatrique pour la clientèle atteinte du syndrome douloureux régional complexe (SDRC) au CHUSJ**

Présenté par

Annick Chouinard

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Anne Hudon Ph.D., pht
Directrice

Carole Fortin Ph.D., pht
Codirectrice

Résumé

Mise en contexte et problématique : Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) pédiatrique est un syndrome de douleur sévère à risque de détérioration et de chronicisation qui occasionne de la détresse, des déficits et restrictions de participation majeurs chez les enfants et les adolescents qui en sont atteints. Il n'existe toutefois pas de parcours de soins typique prédéfini au sein du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHUSJ) et les délais de prise en charge par les ressources appropriées vont bien au-delà de ce qui est recommandé dans la littérature scientifique chez cette clientèle. Les patients n'ont donc pas toujours accès aux professionnels pertinents pour leurs besoins au moment opportun selon une trajectoire de soins claire et définie. Un modèle de soins de physiothérapeute en pratique avancée (PPA) au CHUSJ pourrait constituer une solution clinique novatrice permettant de mieux répondre aux besoins des patients pédiatriques atteints du SDRC et de leur famille.

Objectifs : Cette initiative visait premièrement à développer en collaboration interprofessionnelle un modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique centré sur les besoins des patients et de leur famille dans le contexte spécifique d'un centre hospitalier universitaire tertiaire quaternaire québécois. Puis, dans un second temps, à explorer les perspectives de parties prenantes (gestionnaires, médecins, professionnels paramédicaux) au sujet des barrières et facilitateurs potentiels à l'implantation de ce nouveau modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique dans ce contexte spécifique.

Méthodes : Ce projet d'amélioration de la pratique clinique s'inscrit dans la phase de préimplantation du nouveau modèle de soins et est basé sur une approche pragmatique. Le développement et la planification du modèle de soins ont été soutenus par deux cadres conceptuels, une adaptation du Participatory, Evidence-informed, Patient-centered Process for Advanced Practice Nursing roles (PEPPA) et le Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). La première étape a consisté en un processus itératif et collaboratif de cocréation du modèle de soins à l'aide de rencontres individuelles avec des champions locaux. Lors de la deuxième étape, les barrières et les facilitateurs à l'implantation de ce modèle ont été explorés

auprès d'un échantillon par choix raisonné de 17 parties prenantes. Les perspectives des parties prenantes ont été recueillies à l'aide d'entrevues semi-structurées individuelles et de groupes de discussion selon un guide d'entrevue basé sur les cinq domaines du CFIR. Une analyse de contenu déductive des perspectives recueillies selon tous les domaines du CFIR a été utilisée.

Résultats : Un premier modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique a été développé dans un centre hospitalier tertiaire quaternaire pédiatrique en collaboration interprofessionnelle. Dix-sept parties prenantes ont été ciblées et ont participé au processus de consultation, il n'y a eu aucun refus de participation. Les principales barrières identifiées à l'implantation du modèle sont la clarté du rôle du PPA, le climat d'implantation (p. ex : informations législatives, politiques institutionnelles) et les croyances et les connaissances individuelles d'un petit nombre de parties prenantes. Quant aux facilitateurs, la majorité des parties prenantes a perçu le modèle comme adaptable et flexible aux réalités du milieu clinique. Le fait que ce modèle réponde aux orientations ministérielles d'accès rapide à des soins qui correspondent aux besoins des patients, par le professionnel approprié, au moment opportun, représente une force majeure. Son implantation à coût neutre et le fait qu'il soit basé sur les plus récentes évidences scientifiques augmentent aussi sa crédibilité et sa faisabilité.

Conclusion : Le modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique développé est une première en douleurs pédiatriques. Afin d'assurer le succès de l'implantation de ce nouveau modèle de soins, un processus de consultation a été mené et a permis d'identifier les barrières et facilitateurs spécifiques au contexte du CHUSJ. L'implantation future de ce modèle permettra d'optimiser l'accès et le parcours de soins des jeunes atteints du SDRC et de leur famille et possiblement d'accélérer leur retour fonctionnel.

Mots-clés : accès aux soins, parcours de soins, pratique avancée en physiothérapie, physiothérapeute en pratique avancée (PPA), pédiatrique, syndrome douloureux régional complexe (SDRC), douleur chronique, barrières, facilitateurs, PEPPA, CFIR

Pertinence pour la pratique clinique :

Malgré les évidences scientifiques qui supportent un accès rapide aux soins des patients pédiatriques atteints du SDRC, ces derniers continuent de faire face à de longs délais d'attente et des parcours de soins complexes. Le modèle de soins PPA en SDRC pédiatrique pourrait constituer une solution novatrice à ce problème en permettant une utilisation plus optimale des ressources de physiothérapie au sein de l'équipe de clinique de la douleur afin d'offrir un accès plus rapide et direct à des soins centrés sur les besoins des patients et de leur famille.

L'adaptation du modèle PEPPA a permis de guider de façon flexible et systématique les phases de planification et de développement du nouveau modèle de soins. Un modèle de logique a aidé à partager la vision globale du projet aux parties prenantes.

L'utilisation des cinq domaines du cadre conceptuel CFIR a contribué à identifier, analyser et rapporter de façon systématique les barrières et les facilitateurs à l'implantation à l'aide d'un langage commun aux sciences de l'implantation et ainsi à augmenter la transférabilité des résultats de ce projet.

Des barrières et des facilitateurs à l'implantation ont été identifiés. Les enjeux identifiés seront examinés et résolus avant l'implantation afin d'en assurer le succès. Les principaux enjeux au CHUSJ sont la clarté du rôle du PPA, les pratiques organisationnelles et les croyances et connaissances individuelles. La culture des équipes de soins devra aussi être prise en considération.

La participation de champions et d'intervenants locaux à l'élaboration de ce nouveau modèle de soins a été essentielle à la création d'un modèle qui a été perçu comme adaptable, flexible pour répondre aux besoins locaux et soucieux des coûts par la majorité des parties prenantes. Cette participation des parties prenantes a suscité du soutien et promu l'appropriation du nouveau modèle de soins ce qui a été identifié comme un facilitateur majeur à son implantation.

L'appui et l'engagement actif de gestionnaires immédiats à l'implantation du modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique a facilité la diffusion du nouveau modèle de soins ainsi que la mise en œuvre de changements intérimaires substantiels sur le terrain pour la clientèle.

Abstract

Background: Pediatric complex regional pain syndrome (CRPS) is a severe painful condition considered at risk of deterioration and chronicity that causes distress, major impairments and participation restrictions in children and adolescents who are affected by it. There is a lack of a predetermined clinical pathway at the Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine (CHUSJ) and waiting times to access the appropriate health resources are well beyond what is described as best practice in the scientific literature for pediatric CRPS. Patients therefore don't always have access to the right health care professionals for their specific needs, at the right time, according to a clearly defined clinical pathway. An Advanced Practice Physiotherapy (APP) model of care at the CHUSJ could constitute an innovative solution better suited to answer the needs of the pediatric population affected by CRPS and their families.

Objectives: This initiative's first aim was to develop in interprofessional collaboration a patient and family centered model of care of APP for pediatric CRPS in the specific context of a tertiary quaternary university health center in Quebec. Then, as a second step, to explore the perspectives of stakeholders (administrators, physicians, health care professionals) regarding potential barriers and facilitators to the implementation of this new model of care of APP for pediatric CRPS in this specific context.

Methods: This clinical practice improvement project is based on a pragmatic approach and part of the pre-implementation phase of the new model of care. The development and planning of the model of care was supported by two conceptual frameworks, an adaptation of the Participatory, Evidence-informed, Patient-centered Process for Advanced Practice Nursing roles (PEPPA) and the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR). The first step consisted of an iterative and collaborative process of cocreation of the model of care utilizing individual interviews with local champions. During the second stage, the barriers and facilitators to the implementation of this model were explored from a purposive sample of 17 stakeholders. Stakeholders' perspectives were collected through semi-structured individual interviews and

focus groups using an interview guide based on the five domains of the CFIR. Deductive content analysis of the perspectives collected according to all CFIR domains was conducted.

Results: A novel APP model of care for pediatric CRPS was developed in a tertiary quaternary pediatric hospital center in interprofessional collaboration. Seventeen stakeholders were identified and participated in the consultation process, there were no refusals to participate. The main barriers to the implementation of the model identified are APP role clarity, the implementation climate (e.g.: legislative information, institutional policies) and individual beliefs and knowledge of a small number of stakeholders. As for the facilitators, the majority of stakeholders perceived the model as adaptable and flexible to the realities of the clinical environment. The fact that this model is in alignment with ministerial guidelines for rapid access to care that meets patients' needs, by the appropriate health care professional, at the right time, represents a major strength. Its cost-neutral implementation and the fact that it is based on the most recent scientific evidence also increase its credibility and feasibility.

Conclusion: The APP model of care for pediatric CRPS is the first of its kind to be developed for a pediatric population affected by persistent pain. In order to ensure the successful implementation of this new model of care, a consultation process was carried out and made it possible to identify the barriers and facilitators specific to the context of the CHUSJ. The future implementation of this model will make it possible to optimize access to care and the care pathway for youths affected by CRPS and their families and possibly accelerate their return to function.

Keywords: access to care, model of care, advanced practice physical therapy, advanced practice physiotherapy (APP), pediatric, complex regional pain syndrome (CRPS), persistent pain, barriers, facilitators, PEPPA, CFIR

Relevance to clinical practice:

Despite best scientific evidence supporting rapid access to care for pediatric patients affected by CRPS, this patient population continues to experience long waiting times and complex care pathways. The APP model of care for pediatric CRPS could constitute an innovative solution to this problem by allowing a more optimal use of physiotherapy resources within the pain clinic team to provide faster and more direct access to patient and family centered care.

The adaptation of the PEPPA framework provided flexible and systematic guidance in the planning and development phases of the new model of care. A logic model helped to share the overall vision of the project with stakeholders.

Using all five domains of the CFIR framework permitted a systematic identification, analysis and reporting of implementation barriers and facilitators using a common implementation science language, thus increasing the transferability of this project's results.

Barriers and facilitators to implementation were identified. Identified issues will be reviewed and resolved prior to implementation in order to ensure its success. The main challenges at the CHUSJ are APP role clarity, organizational practices and individual beliefs and knowledge. Team dynamics will also need to be considered.

The involvement of local champions and stakeholders in the development of this new model of care was key in creating a model of care that was felt to be adaptable, flexible to meet local needs and cost conscious amongst the majority of stakeholders. This partnership garnered support and ownership for the new model of care and was identified as a major facilitator to its implementation.

The support and active commitment of immediate managers to the implementation of the APP model of care for pediatric CRPS facilitated the dissemination of the new model of care and the implementation of substantial interim clinical changes for the clientele.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	I
Abstract	V
Liste des tableaux	XIII
Liste des figures	XV
Liste des sigles et abréviations	XVII
Remerciements	XXIII
Chapitre 1 – Introduction	1
1.1 La douleur chronique en pédiatrie.....	1
1.2 Accès aux soins – Douleurs chroniques pédiatriques	2
1.3 Syndrome douloureux régional complexe (SDRC) pédiatrique	2
1.4 Accès aux soins – SDRC pédiatrique.....	4
Chapitre 2 – Mise en situation	5
2.1 Contexte actuel et besoins locaux au CHUSJ – SDRC pédiatrique	5
2.2 Nécessité d’un nouveau modèle de soins.....	8
2.3 Définition de la pratique avancée en physiothérapie.....	9
2.4 Contexte international et canadien	10
2.4.1 Modèles de soins actuels - SDRC pédiatrique.....	10
2.4.2 Perception interprofessionnelle internationale des physiothérapeutes en douleur chronique pédiatrique	12
2.5 Contexte – Système de santé québécois	13
2.6 Objectifs du travail d’intégration	14
2.7 Considérations éthiques.....	14
Chapitre 3 – Méthodologie	15
3.1 Cadres conceptuels	15

3.1.1	Cadre conceptuel PEPPA.....	15
3.1.2	Cadre conceptuel CFIR.....	18
3.2	Processus de consultation des parties prenantes.....	20
3.2.1	Formation du comité organisateur.....	20
3.2.2	Rencontres individuelles - Championnes.....	20
3.2.3	Collecte de données.....	21
3.2.3.1	Groupe de discussion - Intervenants de la clinique de la douleur.....	22
3.2.3.2	Groupe de discussion - Physiatres.....	22
3.3	Analyse.....	23
Chapitre 4 - Résultats.....		25
4.1	Contexte organisationnel - Changements intérimaires.....	25
4.2	Description du nouveau modèle de soins de PPA en SDRC au CHUSJ.....	27
4.2.1	Problématiques actuelles et principaux buts du modèle de soins.....	27
4.2.2	Population cible.....	28
4.2.3	Modèle de soins proposé.....	29
4.2.4	Rôle du physiothérapeute en pratique avancée auprès de la clientèle atteinte du SDRC pédiatrique au CHUSJ.....	35
4.2.5	Modèle de logique.....	35
4.3	Barrières et facilitateurs anticipés à l'implantation du modèle de soins.....	38
4.3.1	Domaine I - Caractéristiques de l'intervention.....	38
4.3.2	Domaine II - Cadre externe.....	39
4.3.3	Domaine III - Cadre interne.....	40
4.3.4	Domaine IV - Caractéristiques de l'individu.....	41
4.3.5	Domaine V - Processus d'implantation.....	43
4.4	Démarches parallèles et retombées.....	49

Chapitre 5 – Discussion	51
5.1 Retour sur les objectifs du modèle de soins et les résultats.....	51
5.2 Rigueur méthodologique	54
5.3 Poursuite du projet d’implantation et futures recherches associées.....	55
5.4 Pertinence clinique.....	59
Chapitre 6 – Conclusion.....	61
Références bibliographiques	63
Annexes.....	81
Annexe 1 – Parcours de soins actuel des patients pédiatriques avec un profil de SDRC au CHUSJ	81
Annexe 2 – Parcours de soins des patients pédiatriques avec un profil de SDRC - PPA.....	82
Annexe 3 – Caractéristiques de professionnels en pratique avancée	83
Annexe 4 – Courriel	84
Annexe 5 – Exemption d’une approbation éthique du C.E.R.C.E.S. de l’Université de Montréal	85
Annexe 6 – Questionnaire d’entrevue semi-structurée	86
Annexe 7 – Requête de physiothérapie PPA, clinique de la douleur (externe).....	87
Annexe 8 – Pediatric Pain Screening Tool (PPST).....	90
Annexe 9 – Interprétation de la cotation du Pediatric Pain Screening Tool (PPST).....	91
Annexe 10 – Description de tâches du physiothérapeute en pratique avancée	92
Annexe 11 – Lettre à l’OPPQ	96
Annexe 12 – Lettre de réponse de l’OPPQ.....	99

Liste des tableaux

Tableau 1. – Cadre conceptuel CFIR.....	19
Tableau 2. – Barrières à l’implantation répertoriées selon les domaines du CFIR	44
Tableau 3. – Facilitateurs à l’implantation répertoriés selon les domaines du CFIR.....	45

Liste des figures

Figure 1. – Cadre conceptuel PEPPA	17
Figure 2. – Modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique au CHUSJ	34
Figure 3. – Modèle de logique.....	37
Figure 4. – Aperçu des déterminants qui influenceront le processus d’implantation selon les perspectives des parties prenantes regroupés selon les domaines et les construits du CFIR.....	47
Figure 5. – Chronologie des changements intérimaires effectués sur le terrain et des futures démarches vers l’objectif d’un modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique au CHUSJ	57

Liste des sigles et abréviations

Abréviation	Signification
AÉTMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
BPI	Brief Pain Inventory
CERSES	Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
CHUSJ	Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
CMDP	Conseil des médecins dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
COVID-19	Corona virus disease - 2019
CRPS	Complex regional pain syndrome
CRVU	Centre de rendez-vous unique
CSACD	Collaboration and Satisfaction About Care Decisions
DSM	Direction des services multidisciplinaires
DSP	Direction des services professionnels
DSQ	Dossier santé Québec
DSR	Direction des services de réadaptation
FDI	Functional Disability Index
GCNP	Groupe consultatif national en physiothérapie
GMF	Groupe de médecine familiale
IASP	International Association for the Study of Pain
IPS	Infirmières praticiennes spécialisées
MPOC-20	Measure of Processes of Care (20 items)
MPR	Médecine physique et réadaptation (physiatrie ¹)

¹ Les noms physiothérapie et physiothérapeute ont été utilisés dans ce rapport au lieu du terme médecine physique et réadaptation (MPR) afin d'alléger le texte.

Abréviation	Signification
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
NRS-11	11 Point Numeric Pain Rating Scale
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPPQ	Ordre de la physiothérapie du Québec
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
PCS	Pain Catastrophising Scale
PEPPA	Participatory, Evidence-informed, Patient-centered Process for Advanced Practice Nursing roles
PPA	Physiothérapeute en pratique avancée
PPST	Pediatric Pain Screening Tool
PSEQ	Pain Self-Efficacy Questionnaire
RUISSS	Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux
SDRC	Syndrome douloureux régional complexe
UÉTMIS-CHUS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
VSQ-9	Visit-Specific Satisfaction Instrument

*À mes parents pour leur soutien indéfectible
et à mes patients de qui j'apprends au quotidien*

« It is easier to build strong children than to repair broken men. »

Frederick Douglas, 1855

Remerciements

Remerciements à mes directrices Anne Hudon Ph.D., pht et Carole Fortin Ph.D., pht pour leur encadrement et leurs suggestions très appréciées tout au long de ce projet.

Merci également à mes collègues Dre Marie-Joëlle Doré-Bergeron, Dre Josée Larochelle et Mélanie Sarda pht et cheffe du service de physiothérapie du CHUSJ pour leur précieuse collaboration et leur soutien.

Merci à Karen Hurtubise PT, BSc.PT, MRSc., PhD et Anne Ayling Campos PT pour le partage plus que généreux de leurs expériences de mise en œuvre de modèles de soins de pratique avancée en physiothérapie pédiatrique ainsi que du fonctionnement des cliniques de la douleur de leur centre hospitalier respectif.

J'aimerais aussi souligner l'implication de Jérôme Gauvin-Lepage Ph.D., inf. pour son œil critique lors de la révision du guide d'entrevue et de mes collègues du D.E.P.A. pour leurs conseils et encouragements.

Chapitre 1 – Introduction

Dans ce chapitre, une recension des écrits scientifiques portant sur les enjeux significatifs d'accessibilité aux soins chez les patients pédiatriques atteints de douleurs chroniques et plus spécifiquement du syndrome douloureux régional complexe (SDRC), ainsi que de l'étendue de la problématique à l'échelle mondiale est présentée.

1.1 La douleur chronique en pédiatrie

La douleur chronique a une prévalence de 11 à 38% chez les enfants et les adolescents selon la revue systématique de King et al. (2011). Il est estimé que de 1 à 3 millions d'enfants, d'adolescents canadiens et leur famille sont affectés par la douleur chronique (Birnie et al., 2019). Cette même douleur a un impact important sur les jeunes et leur famille notamment sur leur fonction et leur qualité de vie (p. ex. absentéisme scolaire, dynamique familiale, relations avec les amis, sommeil, bien-être psychologique) (Palermo, 2000 ; Palermo et al., 2014 ; Vervoort et al., 2014 ; Gauntlett-Gilbert et Eccleston, 2007 ; Forgeron et al., 2010 ; Lewandowski et al., 2010 ; Stanford et al., 2008 ; Valrie et al., 2013 ; Liu et al., 2021), sans compter des coûts sociaux et économiques directs et indirects importants (Ho et al., 2008 ; Ruhe et al., 2013 ; Groenewald et al., 2014). La douleur chez les enfants et les adolescents peut avoir une incidence sur le développement et peut entraîner davantage de douleurs chroniques, la consommation problématique d'opioïdes et des troubles psychologiques à l'âge adulte (Hassett et al., 2013 ; Groenewald et al., 2019 ; Noel et al., 2016). De plus, la douleur chronique chez les enfants et les adolescents est l'une des raisons les plus courantes de consultation médicale, mais reste méconnue et sous-traitée (Stinson et al., 2016). Le parcours de soins de ces patients dans le système de santé actuel est souvent complexe (plusieurs professionnels, tests et traitements) et peut s'échelonner sur plusieurs mois à années avant d'avoir accès aux ressources appropriées telles que des cliniques interdisciplinaires pédiatriques de la douleur d'hôpitaux offrant des soins tertiaires/quaternaires (Campbell et al., 2018 ; Choinière et al., 2020). Une fois les ressources spécifiques identifiées, les listes d'attente pour ces dernières sont habituellement longues allant

de quelques mois à des années (Choinière et al., 2020 ; Groupe de travail canadien sur la douleur, 2020).

1.2 Accès aux soins – Douleurs chroniques pédiatriques

L'accès au traitement de la douleur est un droit humain fondamental (International Association for the Study of Pain [IASP], 2009 ; International Pain Summit of the IASP, 2011 ; World Health Organisation [WHO], 2020). Les interventions interdisciplinaires offertes dans le cadre de cliniques de la douleur, basées sur une approche biopsychosociale incluant une combinaison de pharmacologie, de physiothérapie et de psychologie, sont considérées comme le « Gold Standard » pour les enfants atteints de douleurs chroniques complexes (Ecclestone et Ecclestone, 2004 ; Stinson et al., 2016). Ces interventions requièrent toutefois la mobilisation et l'investissement en temps de plusieurs intervenants, ce qui est coûteux pour le système de santé et peut créer une barrière à l'accès aux soins en temps opportun (Palermo et al., 2019). L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS, 2006), l'IASP (2009), Stinson et al. (2016) et Palermo et al. (2019) recommandent de développer des parcours de soins plus adaptés afin d'orienter les patients vers les ressources appropriées en temps opportun. Selon la revue narrative de Harrison et al. (2019), le dénominateur commun dans la prise en charge optimale des douleurs chroniques pédiatriques est l'intervention rapide en physiothérapie.

1.3 Syndrome douloureux régional complexe (SDRC) pédiatrique

Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC)² est un type de douleur chronique primaire (Nicholas et al., 2019) caractérisé par une douleur régionale sévère, continue, spontanée et/ou évoquée par un stimulus, disproportionnée en intensité et en durée par rapport au trauma initial

² Il existe trois types de SDRC, le type I sans lésion nerveuse périphérique majeure, le type II avec lésion nerveuse périphérique majeure (évidence physique de lésion ou électrodiagnostique) et le SDRC - Not Otherwise Specified (SDRC - NOS) qui rencontre partiellement les critères diagnostiques de Budapest et qui n'est pas mieux expliqué par toute autre condition (Harden et al., 2013). Les études présentées dans ce travail portent sur les SDRC de type I et II.

et associée à des troubles autonomiques, moteurs, sensitifs et trophiques (Harden et al., 2013). En phase aiguë, le SDRC pédiatrique est considéré comme une condition de douleur sévère à haut risque de détérioration et de chronicisation (IASP, 2009). Ce syndrome occasionne de la détresse, des déficits et des restrictions de participation importantes au niveau familial, scolaire, social et de la pratique de sports chez les enfants et les adolescents qui en sont atteints (Abu-Arafeh et Abu-Arafeh, 2016). Selon les données de la littérature scientifique, la physiothérapie accompagnée d'enseignement individualisé sur la douleur au patient et sa famille est considérée comme la pierre angulaire de la prise en charge du SDRC pédiatrique (Sherry et al., 1999 ; Perez et al., 2010 ; Stanton-Hicks, 2010 ; Harden et al., 2013 ; Katholi et al., 2014 ; Barrett et Barnett, 2016 ; Weissmann et Uziel, 2016 ; Harrison et al., 2019 ; Palermo et al., 2019 ; Vescio et al., 2020).

Low et al., 2007 rapportent qu'en moyenne chaque patient de leur cohorte (huit à seize ans) ont consulté 2.7 spécialistes médicaux et effectué trois investigations avant d'accéder à la clinique de la douleur et d'obtenir un diagnostic de SDRC. Des données similaires ont été publiées par Murray et al., 2000, Kachko et al., 2008 et plus récemment par Baerg et al., 2021 dans le cadre d'une étude du Canadian Paediatric Surveillance Program portant sur le SDRC. Il n'y a présentement pas de « Gold Standard » en termes d'investigation par imagerie, de tests sanguins ou génétiques pour confirmer le diagnostic de SDRC (Mesaroli et al., 2021b). Le SDRC est un diagnostic clinique basé sur l'histoire médicale et l'examen physique (Borucki et Greco, 2015 ; Weissmann and Uziel, 2016). Les critères diagnostiques de Budapest ont été développés et validés afin d'établir un diagnostic de SDRC chez les adultes et permettent d'obtenir une excellente sensibilité de 0.99 et une spécificité de 0.68 pour l'usage clinique (Harden et al., 2010). En pédiatrie, aucun outil validé n'existe à cet effet (Friedrich et al., 2019) et malgré ce fait, plusieurs études pédiatriques utilisent les critères de Budapest (Abu-Arafeh et Abu-Arafeh, 2017). Mesaroli et al. (2021b) suggèrent aux cliniciens d'utiliser leur jugement clinique ainsi que les critères de Budapest comme guide pour établir le diagnostic de SDRC en pédiatrie. En général, selon la présentation clinique, les investigations utilisées afin d'exclure une pathologie autre que le SDRC (infectieuse, neurologique, orthopédique, rhumatologique), sont les rayons-X, les scintigraphies osseuses en trois phases, les imageries par résonance magnétique, les analyses sanguines, les

électromyogrammes et les ultrasons (Low et al., 2007 ; Cappello et al., 2012 ; Borucki et Greco, 2015 ; Abu-Arafeh et Abu-Arafeh, 2016 ; Weissmann et Uziel, 2016).

1.4 Accès aux soins – SDRC pédiatrique

Le SDRC pédiatrique est considéré comme une condition sévère de douleur à risque de détérioration ou de chronicisation (IASP, 2019). Le diagnostic et la prise en charge précoces sont importants afin d'améliorer la fonction, prévenir les complications secondaires et l'augmentation de la détresse psychologique (Murray et al., 2000 ; Low et al., 2007 ; Kachko et al., 2008 ; Barrett et Barnett, 2016 ; Weissmann and Uziel, 2016 ; Mesaroli et al., 2019). Selon les études rétrospectives de Mesaroli et al. (2019) et Low et al. (2007), les jeunes qui ont eu une résolution complète de leurs symptômes associés au SDRC présentaient une durée de symptômes significativement plus courte avant la première visite de prise en charge de leur condition par rapport à ceux chez qui les symptômes ont persisté. Les délais moyens entre le début des symptômes et la prise en charge du SDRC rapportés dans les études de Low et al. (2007) et de Mesaroli et al. (2019) étaient de 13.6 et 35.7 semaines respectivement.

Le nombre élevé de spécialistes médicaux consultés et d'investigations médicales, les délais d'identification du SDRC par les intervenants de première ligne (Murray et al., 2000 ; Kachko et al., 2008) et le manque d'un parcours de soins typique défini (Speerin et al., 2014) constituent des raisons qui peuvent expliquer les délais d'accès aux cliniques de la douleur et à l'initiation des traitements de physiothérapie chez les enfants et les adolescents atteints du SDRC. Selon le « Paediatric Pain Pathway » décrit dans le guide de pratique clinique national du gouvernement écossais (Scottish Government, 2018), la prise en charge des cas de SDRC devrait être priorisée « Fast-Tracked ». « L'International Association for the Study of Pain (IASP) Task Force on Wait Times » (IASP, 2009) recommande que les enfants atteints de douleurs sévères, ainsi que les **patients de tous les âges atteints du SDRC en phase aiguë soient pris en charge dans un délai d'une semaine**. Ce même groupe recommande aussi que les patients qui ont des douleurs chroniques sans progression significative des symptômes soient vus dans un délai de huit semaines.

Chapitre 2 – Mise en situation

Dans ce chapitre, une description du contexte actuel de prise en charge des patients atteints du SDRC au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHUSJ) ainsi que des problématiques locales est présentée et les objectifs du travail d'intégration sont décrits. Le lecteur y retrouvera une définition de la pratique avancée en physiothérapie, un bref aperçu de comment celle-ci pourrait s'articuler auprès de la clientèle aux prises avec un SDRC pédiatrique au CHUSJ, ainsi qu'une description des contextes de santé et de l'état de la pratique avancée en physiothérapie au niveau mondial, national et provincial.

2.1 Contexte actuel et besoins locaux au CHUSJ – SDRC pédiatrique

Au Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine (CHUSJ), un centre hospitalier pédiatrique tertiaire/quaternaire, les enfants et les adolescents atteints du SDRC ont des parcours de soins variés. La majorité d'entre eux ont déjà été suivis par plusieurs intervenants en santé et diverses spécialités médicales, telles que, la pédiatrie, la physiatrie, l'orthopédie, la rhumatologie, la neurologie, la plastie et la médecine d'urgence avant d'avoir accès à la physiothérapie et/ou à la clinique de la douleur ([Annexe 1](#)).

La tendance actuelle au CHUSJ, lorsque les patients sont vus par un médecin de l'extérieur du CHUSJ ou par un médecin spécialiste du CHUSJ (pédiatre, orthopédiste, rhumatologue, neurologue, plasticien ou urgentologue) en premier lieu, est de faire une référence en physiatrie. Suite à son évaluation, le physiatre effectue une référence en physiothérapie. Le délai d'attente pour être vu par un physiatre est d'environ un mois et en physiothérapie de 10 jours suivant la réception des requêtes. Le physiothérapeute est, la majorité du temps, l'intervenant qui suggère une référence en clinique de la douleur. La référence est habituellement effectuée après une ou deux sessions, lorsque les enjeux psychosociaux sont prédominants et interfèrent avec le suivi en physiothérapie. Dans ce contexte précis, la référence en clinique de la douleur est effectuée en passant par le médecin de famille ou, par le physiatre au dossier du patient. Le physiatre agit à titre de consultant et n'offre pas de prise en charge complète chez les patients qui ont un

diagnostic de SDRC, celui-ci évalue la condition du patient, puis le réfère pour une prise en charge globale à son médecin de famille et en physiothérapie. Toutefois, il demeure au dossier du patient dans les cas où ce dernier n'a pas de médecin de famille et qu'il lui a prescrit une médication pour la douleur afin d'en faire le suivi.

Cette manière de procéder diffère de ce qui est actuellement décrit dans la littérature comme le « Gold Standard » pour le suivi des patients pédiatriques atteints de douleurs complexes telles le SDRC, soit la prise en charge rapide avec un suivi en physiothérapie dans le cadre de cliniques interdisciplinaires³ de la douleur (Sherry et al., 1999 ; Ecclestone et Ecclestone, 2004 ; Perez et al., 2010 ; Stanton-Hicks, 2010 ; Logan et al., 2012 ; Katholi et al., 2014; Barrett et Barnett, 2016 ; Weissmann et Uziel, 2016 ; Harrison et al., 2019 ; Vescio et al., 2020). Une revue de la portée très récente de Vescio et al. (2020) met en évidence que bien que la pharmacothérapie soit efficace dans les cas d'échec de traitement de physiothérapie et de thérapie cognitivo-comportementale, qu'elle ne devrait pas constituer un traitement de première ligne du SDRC pédiatrique.

La clinique de la douleur du CHUSJ fonctionne présentement en équipe multidisciplinaire avec deux physiothérapeutes qui y participent en alternance à titre de consultantes une demi-journée par semaine. Les professionnels qui œuvrent au sein de la clinique de la douleur du CHUSJ sont cinq anesthésistes, trois infirmières, une pédiatre, une pédopsychiatre, deux physiothérapeutes et un psychologue. La clientèle qui est suivie en clinique de la douleur est constituée de patients de 0 à 18 ans atteints du SDRC, de douleurs chroniques de plus de six semaines de type musculosquelettique, de douleurs diffuses (ex. : fibromyalgie), de douleurs abdominales et de maux de tête. Les requêtes doivent provenir d'un médecin, elles sont triées en ordre chronologique selon leur date de réception par une agente administrative du centre de rendez-vous unique (CRVU) du CHUSJ qui est dédiée à temps partiel à la clinique de la douleur. Celle-ci achemine ensuite par courriel deux questionnaires aux patients ou à leur(s) parent(s) soit le « Brief Pain Inventory » (BPI) et le « Pain Catastrophising Scale » (PCS), puis l'attente est créée. Au retour des questionnaires, le triage est fait par la pédiatre et une des infirmières de la clinique de la douleur lors d'une rencontre hebdomadaire. Les rendez-vous sont par la suite fixés par l'agente

³ Afin de ne pas alourdir le texte et d'en faciliter la lecture, l'adjectif interdisciplinaire a été choisi car c'est le déterminant utilisé dans la majorité des écrits scientifiques présentés.

administrative du CRVU avec les parents ou directement avec les jeunes selon la priorité établie. Les cliniques ont lieu une demi-journée par semaine en après-midi. Lors d'une nouvelle consultation, les patients et leur(s) parent(s) y sont premièrement rencontrés en équipe multidisciplinaire. Un plan d'intervention est par la suite discuté par cette équipe sans la présence des patients et leur(s) parent(s), puis leur est ensuite présenté et ajusté selon leurs préférences et besoins. Une nouvelle consultation en clinique de la douleur inclut l'implication de la pédiatre ou d'un anesthésiste, de la pédopsychiatre ou du psychologue, d'une infirmière et d'une physiothérapeute pendant trois heures; les rencontres de suivi durent environ une heure et demie.

Présentement, les patients sont référés en clinique de la douleur par les infirmières praticiennes spécialisées (IPS), les médecins de famille, les médecins spécialistes et les pédiatres de l'extérieur et au niveau du CHUSJ, par les neurologues, les orthopédistes, les pédiatres, les physiatres, les physiothérapeutes (par l'intermédiaire d'une demande de référence par le médecin traitant), les plasticiens, les rhumatologues et les urgentologues. Plusieurs patients proviennent de régions situées à l'extérieur de Montréal. Le temps d'attente pour la prise en charge initiale en clinique de la douleur est d'environ trois mois et plus en dehors des périodes de vacances et des délais imposés par la COVID-19. Les suivis subséquents sont déterminés selon la sévérité des cas. Les délais pour les suivis sont en moyenne de trois à six mois. Plusieurs patients n'ont pas eu accès à de la physiothérapie ou ont eu des requêtes de physiothérapie tardives après l'essai infructueux de médicaments et autres traitements de nature passive (exemple : botte de décharge, immobilisation) qui contribuent à perpétuer les symptômes (Harden et al., 2013 ; Katholi et al., 2014). Ils ont aussi, dans la grande majorité des cas, subi une batterie d'évaluations médicales exhaustives qui, le plus souvent, démontre des résultats négatifs ou non concluants. Une autre problématique est le fait que pour avoir accès à des soins de psychologie, les patients requièrent une requête d'un médecin du CHUSJ, donc un physiothérapeute qui souhaiterait référer un de ses patients en psychologie pour un suivi en parallèle doit passer par un médecin. Les données probantes sont pourtant claires au sujet du suivi des patients pédiatriques pour les douleurs chroniques et le SDRC, le traitement en psychologie, si le patient l'accepte, est recommandé chez les patients identifiés comme faisant partie des groupes de patients à risques psychosociaux

modérés à sévères (Simons et al., 2015 ; Harrison et al., 2019). Le fait qu'il n'existe pas de parcours de soins typique prédéfini au sein du CHUSJ occasionne des délais de prise en charge par les ressources appropriées chez cette clientèle. **Selon le modèle de soins actuel, la prise en charge au CHUSJ est effectuée suivant des délais qui vont bien au-delà des normes d'une semaine pour le SDRC pédiatrique et de huit semaines pour les douleurs chroniques stables établies par « l'IASP Task Force on Wait-Times » (IASP, 2009).** De plus, les patients n'ont pas toujours accès aux professionnels pertinents pour leurs besoins au moment opportun selon une trajectoire de soins claire et définie telle que recommandée par l'IASP (2009), Speerin et al. (2014), Stinson et al. (2016), Palermo et al. (2019) et le Groupe de travail canadien sur la douleur (2021).

2.2 Nécessité d'un nouveau modèle de soins

Depuis les dernières années, la demande de service est croissante et les listes d'attente augmentent dans les divers départements médicaux du CHUSJ, entre autres la clinique de la douleur, l'orthopédie, la pédiatrie et la psychiatrie, vers lesquels sont acheminées la majorité des requêtes de patients atteints du SDRC. Selon le Groupe de travail canadien sur la douleur (2020), pour relever le défi d'améliorer l'accès au traitement de la douleur, des approches novatrices sont requises. Parmi ces approches, celles considérées les plus efficaces sont des modèles de soins axés sur les patients qui offrent un maximum de souplesse pour répondre à leurs besoins et à leurs objectifs (Groupe de travail canadien sur la douleur, 2020).

Des modèles de soins innovants et alternatifs utilisant des physiothérapeutes en pratique avancée (PPA) sont déjà présents auprès de clientèles pédiatriques en rhumatologie (Campos et al., 2002) et en orthopédie (Belthur et al., 2003 ; Ó Mír, et al., 2016 ; Hurtubise et al., 2017 ; Ó Mír et al., 2018 ; Ó Mír, et al., 2019a ; Ó Mír et al., 2019b ; Ó Mír et al., 2021). Ces modèles ont été démontrés sécuritaires, efficaces pour réduire les listes d'attente et satisfaisants auprès des patients et de leur famille ainsi que des médecins. Ce type de modèle est aussi présent en clinique de la douleur en gériatrie à l'Institut universitaire de Gériatrie de Montréal (Kechichian, 2019), ainsi qu'en clinique de démarche au CHUSJ (Sarda et Trottier, 2020). Le modèle de soins de PPA,

dans le contexte du SDRC au CHUSJ, pourrait constituer une solution clinique efficiente et novatrice afin de mieux répondre aux besoins de cette clientèle.

Dans ce nouveau modèle de soins, le PPA serait un intervenant avec une expertise en douleurs pédiatriques qui effectuerait l'évaluation neuro-musculosquelettique complète et le triage des patients référés au CHUSJ avec un diagnostic ou profil diagnostique de SDRC et qui les dirigerait par la suite vers les ressources appropriées à leurs besoins ([Annexe 2](#)). Ces ressources peuvent être de la physiothérapie, une référence à un médecin spécialiste ou à un autre professionnel de la santé comme le psychologue, ou une référence en clinique de la douleur. Lors des interventions du PPA, l'enseignement sur la condition et sur l'approche de traitement priorisée serait abordé avec les patients et leur famille (Moseley, 2003 ; Moseley et Butler, 2015 ; Louw et al., 2016 ; Robins et al., 2016 ; Pas et al., 2018 ; Pate et al., 2018 ; Lin et al., 2020 ; Leake et al., 2021) ; les interventions physiothérapeutiques plus spécifiques au SDRC et à la douleur seraient amorcées (Campos et al., 2011 ; Bowering et al., 2013 ; Harden et al., 2013 ; Birklein et Dimova, 2017 ; Simons et al., 2020 ; Vescio et al., 2020) ; les patients et leur famille seraient outillés avec des éléments d'auto-gestion de la douleur et les communications avec les référents et les personnes impliquées (directions d'école, professeurs d'éducation physique, entraîneurs, employeurs) dans la vie des jeunes seraient réalisées. Le tout serait accompli suite à une prise de décision partagée avec les patients et leur famille (Standard 8 du « European Pain Federation standards for the diagnosis and management of complex regional pain syndrome » de Goebel et al., 2019).

2.3 Définition de la pratique avancée en physiothérapie

Selon l'étude de Tawiah et al. (2021) et la déclaration de politique du « World Physiotherapy » (2019), la pratique avancée en physiothérapie est définie comme « une combinaison de compétences, de connaissances cliniques et analytiques avancées, de raisonnement clinique, d'attitudes et d'expériences » [traduction libre, World Physiotherapy, 2019] « qui permettent aux physiothérapeutes de gérer sécuritairement les cas avec des besoins complexes et les risques associés » [traduction libre, Tawiah et al., 2021]. La pratique avancée en physiothérapie implique

un niveau rehaussé de pratique, de responsabilités, d'activités et de leadership clinique (World Physiotherapy, 2019).

Smith et al. (2015) décrivent dans leur modèle conceptuel, les caractéristiques de professionnels en pratique avancée qui permettent de différencier les rôles standards des rôles de pratique avancée ([Annexe 3](#)). On y retrouve entre autres une assise basée sur la communication, la collaboration et le professionnalisme. Les trois piliers au centre du modèle représentent l'expertise clinique, l'enseignement et le partage de connaissances ainsi qu'une pratique basée sur les données probantes. Au sommet du modèle figure le leadership clinique, où le professionnel en pratique avancée agit à titre d'agent de changement auprès de sa clientèle, de ses collègues et des instances administratives et politiques.

La description du rôle du PPA en SDRC pédiatrique proposée au CHUSJ, qui est présentée au quatrième chapitre de ce travail ([Section 4.2.4](#)), a été développée à partir de cette définition et de ces caractéristiques.

2.4 Contexte international et canadien

2.4.1 Modèles de soins actuels - SDRC pédiatrique

Une recension des écrits publiés dans les bases de données CINAHL et PubMed et complétée par une recherche dans Google Scholar sur la pratique avancée en physiothérapie chez la clientèle de douleurs chroniques en pédiatrie et plus spécifiquement auprès de la clientèle atteinte du SDRC a été effectuée de janvier 2020 à avril 2021. Actuellement, la littérature adulte sur la physiothérapie en pratique avancée et douleurs concerne les cas de cervicalgies, dorsalgies et lombalgies chroniques (Lafrance et al., 2020) et un mémoire de maîtrise sur l'évaluation du modèle de soins de PPA en clinique de la douleur en gériatrie (Kechichian, 2019). En pédiatrie, les PPA sont présents en orthopédie dans le cadre de cliniques de pieds bots, de scoliose, de genoux, de démarche et de surveillance des hanches chez les patients atteints de paralysie cérébrale (Belthur et al., 2003 ; Ó Mír et al., 2016 ; Hurtubise et al., 2017 ; Ó Mír, et al., 2018 ; Ó Mír, et al.,

2019a ; Ó Mír, et al., 2019b ; Sarda et Trottier, 2020 ; Ó Mír et al., 2021) ainsi qu'en rhumatologie chez les patients atteints d'arthrite juvénile idiopathique (Campos et al., 2002).

Un éditorial de Mesaroli et al. (2021a) décrit une étude de série de cas d'un modèle de soins d'accès rapide pour les patients pédiatriques atteints du SDRC. Ce modèle de soins inclut un triage, une évaluation interprofessionnelle et une prise en charge précoces en physiothérapie et/ou en psychologie des patients référés à la clinique de la douleur de l'hôpital Sick Kids de Toronto avec un diagnostic de SDRC suspecté (Mesaroli et al., 2021a). À la suite d'un processus de triage modifié des requêtes électroniques par les infirmières et le personnel administratif, les patients sont évalués par une équipe interprofessionnelle réduite (anesthésiste, infirmière clinicienne spécialisée, physiothérapeute et psychologue) qui émet un diagnostic et des recommandations de traitement (Mesaroli et al., 2021a). Ce modèle a permis d'atteindre un temps d'attente moyen de 12.5 jours entre la réception de la requête et l'évaluation en clinique d'accès rapide (Mesaroli et al., 2021a).

Devant ce qui semble être une absence de modèle de soins publié incluant un PPA auprès de la clientèle atteinte du SDRC pédiatrique, des recherches d'information sur le terrain ont donc été réalisées par l'auteure. Des physiothérapeutes de diverses cliniques de la douleur à travers le monde ont été identifiés, en partant de la liste de physiothérapeutes pédiatriques établie lors du dernier « International Symposium on Pediatric Pain » de l'IASP en 2019, et rejoints par courriel ([Annexe 4](#)). Deux physiothérapeutes avec expérience de recherche en pratique avancée (cliniques de rhumatologie, pieds bots et scoliose, orthopédie pour surveillance des hanches) du Canada, deux au Royaume-Uni et une en Australie (trois pays où les pratiques avancées sont déjà implantées en pédiatrie orthopédique et rhumatologique) ont répondu au courriel (Janvier et Février 2020). Les deux physiothérapeutes canadiennes ont accordé un entretien téléphonique (31 janvier 2020 et 5 février 2020). La conclusion des recherches sur le terrain a renforcé le résultat de la recension des écrits qu'aucun modèle de PPA en douleurs chroniques ou en SDRC pédiatriques n'a été publié ou du moins ne semble présent au Canada, au Royaume-Uni et en Australie. Tous les physiothérapeutes contactés travaillent au sein d'équipes interdisciplinaires et voient les patients en parallèle avec les autres membres de l'équipe interdisciplinaire de la douleur (basé en majorité sur le modèle d'Ecclestone et Ecclestone, 2004). Les temps d'attente

sont variables d'un centre à l'autre, au Sick Kids à Toronto en Ontario, par exemple, pour une priorité 1, le temps d'attente pour rencontrer l'équipe est d'environ trois mois, ce qui a mené au développement du modèle de soins d'accès rapide pour le SDRC pédiatrique (Mesaroli et al., 2021a) décrit dans le paragraphe précédent (informations obtenues lors de l'entretien téléphonique du 5 février 2020). La majorité de ces enfants ont aussi déjà été suivis par plusieurs intervenants en santé sans succès avant d'arriver en clinique de la douleur, ce qui rajoute encore plusieurs mois jusqu'à même des années à leur parcours de soins et ce, uniquement pour la condition de SDRC. Lorsque questionnées sur les éléments, qui ont contribué au succès de l'implantation de modèles de pratique avancée en physiothérapie dans leurs milieux respectifs, les deux physiothérapeutes canadiennes sont unanimes, l'implantation réussie d'un tel modèle de soins dépend grandement du contexte, c'est-à-dire du soutien administratif de l'établissement de santé et de la vision du corps médical (présence de médecins champions) et des autres professionnels de la santé impliqués.

2.4.2 Perception interprofessionnelle internationale des physiothérapeutes en douleur chronique pédiatrique

Selon le sondage international de Miró et al. (2017), où les professionnels de cliniques de la douleur pédiatriques (des psychologues et anesthésistes en majorité) devaient se prononcer sur une prise en charge idéale de cette clientèle, les physiothérapeutes étaient considérés par 96% des répondants (le plus haut taux) comme les professionnels devant faire partie de telles cliniques interdisciplinaires. Une proportion significative des participants de cette étude estimait aussi que les chefs de programmes de douleur chronique pouvaient venir de n'importe quelle profession. Miró et al. (2017) démontrent clairement la vision favorable de l'apport des physiothérapeutes dans la prise en charge des douleurs et l'ouverture à l'international concernant le « leadership » du physiothérapeute au sein d'une clinique de la douleur pédiatrique. Cette conception favorable du rôle des physiothérapeutes est d'ailleurs aussi présente au niveau du CHUSJ, où les médecins spécialistes et pédiatres ainsi que les psychologues considèrent l'apport de la physiothérapie essentiel à la prise en charge et à l'évolution la plus favorable possible de ces patients par des requêtes en physiothérapie ou des discussions de cas informelles où l'opinion d'un physiothérapeute est sollicitée.

2.5 Contexte – Système de santé québécois

Au Québec, chaque centre hospitalier est responsable d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire socio-sanitaire et de déterminer les mécanismes de coordination de son offre de service (MSSS, 2019). Depuis 1990, l'accès direct en physiothérapie est une réalité au Québec. L'accès direct permet une prise en charge directe en première ligne par un physiothérapeute sans référence médicale. Présentement, au Québec, l'accès direct aux soins de physiothérapie est une réalité bien établie en milieu privé (Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec [OPPQ], 2011). Dans la majorité des milieux publics, en raison de politiques institutionnelles, les patients nécessitent toutefois une référence médicale, au préalable, pour avoir accès à des services de physiothérapie (OPPQ, 2011). Par contre, certains centres hospitaliers (UÉTMIS-CHUS, 2011 ; Desmeules et al., 2013 ; Sarda et Trottier, 2020 ; Gagnon et al., 2021) où les pratiques avancées en physiothérapie sont installées, font exception et présentent une offre de service où le physiothérapeute agit à titre d'intervenant de première ligne. En tant qu'intervenant de première ligne, le physiothérapeute a la responsabilité professionnelle du patient à sa charge à l'intérieur de son champ de pratique et de ses activités réservées, ce qui lui permet entre autres, de donner congé à un patient ou de le réorienter dans le système de santé sans engager la responsabilité d'un médecin. Dans son énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ] et al., 2015), le Collège des médecins du Québec (CMQ) appuie ce mode de fonctionnement en prônant la collaboration interprofessionnelle et la pratique collaborative qui « contribuent à assurer la qualité et la sécurité des soins, améliorent l'accès aux soins et services de santé pour la population et facilitent la coordination et la continuité des soins pour le patient ». Une pratique collaborative interprofessionnelle incluant un PPA serait non seulement légale, mais encouragée par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) ainsi que le CMQ, l'OIIQ et l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ).

2.6 Objectifs du travail d'intégration

Ce travail d'intégration comprend deux objectifs principaux. Le premier objectif est de **développer en collaboration interprofessionnelle un modèle de soins de physiothérapie en pratique avancée dédié à la clientèle atteinte du SDRC au CHUSJ**. Le deuxième objectif est, dans un second temps, **d'explorer les barrières et les facilitateurs à l'implantation de ce modèle auprès des parties prenantes impliquées** (gestionnaires, médecins et professionnels paramédicaux). Ce travail d'intégration entre dans le cadre d'un projet d'amélioration de la pratique clinique dans la prise en charge des enfants et des adolescents atteints du SDRC au CHUSJ et permettra de réaliser les premières étapes nécessaires à l'implantation réussie de ce nouveau modèle de soins.

2.7 Considérations éthiques

Ce projet pilote d'amélioration des soins a été jugé comme tel par le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal et est considéré une activité exemptée d'une approbation éthique ([Annexe 5](#)). La confidentialité des parties prenantes ayant participé aux consultations et à la réalisation du projet d'amélioration continue a été préservée à l'exception des championnes qui sont facilement identifiables. Les trois championnes ont toutes donné leur accord (deux par courriel et une verbalement) à la publication de la description des démarches et de leurs rôles respectifs dans ce rapport. Les parties prenantes ont été informées qu'elles participaient à un projet d'amélioration du modèle de soins qui vise à assurer le suivi et la prise en charge des enfants et des adolescents atteints du SDRC.

Chapitre 3 – Méthodologie

Dans ce chapitre, les cadres conceptuels utilisés afin de guider les étapes de planification et de développement préalables à l'implantation du nouveau modèle de soins sont décrits et leur choix motivé. Une description des processus de développement du nouveau modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique au CHUSJ ainsi que de consultation des parties prenantes sont présentées.

3.1 Cadres conceptuels

Dans l'objectif d'améliorer les pratiques cliniques au CHUSJ, l'implantation d'un modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique est considérée. Afin de mener un projet d'amélioration de la qualité des soins, il est important de se munir de cadres conceptuels. L'utilisation de cadres conceptuels permet d'organiser la stratégie d'intervention, de comprendre les composantes spécifiques, d'identifier les étapes séquentielles charnières au processus d'implantation et les facteurs contextuels qui pourraient avoir un impact sur le nouveau modèle de soins (Booth, 2019).

Les cadres conceptuels du modèle « Participatory, Evidence-informed, Patient-centered Process for Advanced practice nursing roles » (PEPPA) (Bryant-Lukosius et Dicenso, 2004 ; Robarts et al., 2008 ; Hurtubise et al., 2017) et du « Consolidated Framework for Implementation Research » (CFIR) (Damschroder et al., 2009) ont été utilisés afin de guider les étapes de planification, de développement, d'implantation et d'évaluation du nouveau modèle de soins. Un modèle de logique a servi à illustrer les relations entre les diverses composantes soit les investissements, les activités et la participation planifiées, les facteurs externes ainsi que les impacts à court et à long terme anticipés lors de l'implantation d'un PPA auprès de la clientèle atteinte du SDRC au CHUSJ. Le modèle de logique est présenté de façon détaillée au chapitre 4.

3.1.1 Cadre conceptuel PEPPA

Le modèle de processus du PEPPA ([Figure 1](#)) est un cadre conceptuel qui propose une approche pragmatique et systématique pour le développement de nouveaux rôles basé sur les besoins de santé des patients (Bryant-Lukosius, 2009). Le PEPPA a été créé par Bryant-Lukosius et Dicenso

en 2004 afin de de guider l'implantation réussie du rôle d'infirmière en pratique avancée. Ce cadre conceptuel flexible a par la suite été adapté et utilisé avec succès lors de l'implantation de modèles de PPA en clinique d'orthopédie adulte de suivi post-chirurgical de prothèses totales de hanches et de genoux (Robarts et al., 2008), en clinique d'orthopédie pédiatrique de surveillance des hanches chez les patients atteints de paralysie cérébrale (Hurtubise et al., 2017) et en clinique de triage neurochirurgical pour les adultes atteints de cervicalgies et de lombalgies (Booth, 2019). La construction du PEPPA est basée sur les principes de recherche action participative (Bryant-Lukosius et Dicenso, 2004), son utilisation promeut l'engagement et la participation des gestionnaires, des professionnels et des patients partenaires impliqués par le changement. Cet engagement et cette participation des parties prenantes contribuent à ce que chacun s'approprie le nouveau modèle de soins afin de favoriser son support et son intégration.

Dans le modèle de processus du PEPPA ([Figure 1](#)), la phase 1 de planification (étapes 1 à 4), consiste en l'évaluation du contexte et de la satisfaction du modèle actuel par les parties prenantes; la phase 2 de développement (étapes 5 et 6), vise à définir le nouveau modèle de soins, les rôles des intervenants impliqués et à obtenir un consensus auprès des parties prenantes ainsi que de planifier la stratégie d'implantation. Le but est de proposer un modèle pratique et efficace aux yeux des divers acteurs. La phase 3 d'implantation et d'évaluation (étapes 7 à 9), est constituée de cycles « Plan-Do-Act » (cycles de planification, d'action, d'observation et de réflexion) utilisés afin d'initier les nouveaux rôles, de mettre en application le plan d'implantation et de procéder à l'évaluation contextuelle du nouveau modèle de soins à court et à long terme.

Dans le cadre du D.É.P.A., ce projet pilote d'amélioration de la pratique clinique portera sur les étapes 1 à 6 du modèle PEPPA, soit les phases de préimplantation du nouveau modèle de soins de PPA auprès de la clientèle pédiatrique atteinte du SDRC du CHUSJ.

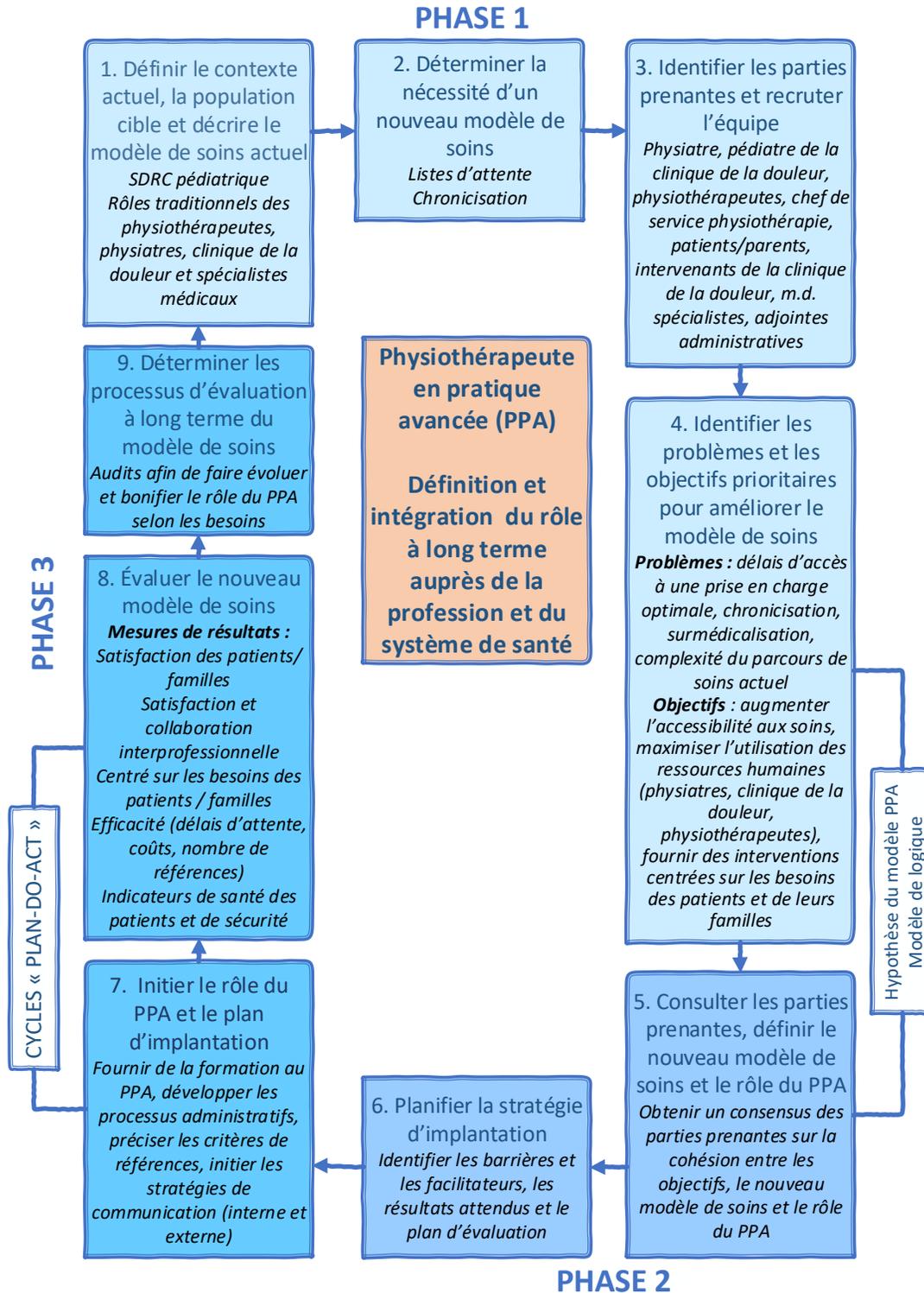


Figure 1. – Cadre conceptuel PEPPA

Adapté des modèles PEPPA de Bryant-Lukosius et Dicenso, 2004 ; Robarts et al., 2008 et Hurtubise et al., 2017

Phase 1 : Planification, Phase 2 : Développement, Phase 3 : Implantation et évaluation

Retour au point : 3.1.1, 4.2.5, 5.3

3.1.2 Cadre conceptuel CFIR

Le modèle de déterminants CFIR ([Tableau 1](#)) est le cadre conceptuel méta-théorique le plus utilisé (Birken et al., 2017) en sciences de l'implantation. Cet outil pragmatique a été conçu pour guider l'évaluation de contextes d'implantation complexes dans les phases de développement, d'implantation et d'évaluation (pré, per et post implantation) dans le domaine de la santé (Damschroder et al., 2009 ; Kirk et al., 2015). Ce modèle de déterminants a été créé pour être flexible dans son application et adapté en fonction des spécificités de l'intervention et du contexte évalué (Damschroder et al., 2009 ; Safaeinili et al., 2019). Le CFIR peut être utilisé pour développer des guides d'entrevue, à titre de guide d'analyse et d'interprétation des données et afin de rapporter les résultats liés à l'implantation (Kirk et al., 2015). Ce cadre permet d'articuler dans un langage commun (Kirk et al., 2015) et d'identifier et de comprendre de façon systématique et exhaustive les barrières et les facilitateurs (déterminants), à plusieurs niveaux (micro, méso et macro (Speerin et al., 2014)), qui peuvent influencer l'implantation d'un changement en santé tel que l'implantation d'un nouveau modèle de soins (Keith et al., 2017). Créé par Damschroder et al. en 2009, le CFIR est le produit de l'amalgame de 19 théories, modèles et cadres conceptuels déjà publiés qui proviennent des sciences de l'implantation. Ce cadre conceptuel ([Tableau 1](#)) est composé de 39 déterminants (construits) divisés en 5 domaines (thèmes) qui interagissent ensemble soit : I) les caractéristiques de l'intervention, II) le cadre externe, III) le cadre interne, IV) les caractéristiques de l'individu et V) le processus d'implantation (Damschroder et al., 2009). Cet outil a récemment été utilisé et publié dans le cadre d'évaluation de pratiques avancées. Le CFIR a entre autres servi à explorer les facteurs qui influencent l'implantation du rôle d'infirmière spécialisée en épilepsie en République d'Irlande dans la phase de développement de ce modèle de soins (Higgins et al., 2020) et à évaluer les retombées de modèles de soins de pratique avancée en physiothérapie déjà implantés dans des départements spécialisés d'orthopédie et de neurochirurgie externe d'hôpitaux australiens (Moretto et al., 2019).

Le modèle de déterminants du CFIR ([Tableau 1](#)) sera utilisé lors de la phase de développement du modèle de soins, Phase 2 du PEPPA, afin d'aider à identifier, à comprendre et à classier de façon systématique les barrières et les facilitateurs spécifiques à l'implantation de ce nouveau modèle de soins au CHUSJ selon des construits déjà établis dans la littérature.

Tableau 1. – Cadre conceptuel CFIR

« Consolidated Framework for Implementation Research » (CFIR)	
Domaines	Description
I. Caractéristiques de l'intervention	Fait référence aux caractéristiques de l'intervention et se concentre sur la source de l'intervention (interne ou externe), le niveau d'évidences pour soutenir son utilisation, le niveau de complexité ou d'adaptabilité relié à l'implantation, l'avantage d'utiliser une intervention par rapport à une autre ainsi que la qualité de la conception et les coûts associés à l'implantation.
II. Cadre externe	Le contexte social / politique / économique élargi dans lequel l'organisation est intégrée. L'objectif de ce domaine est d'explorer l'impact des politiques internationales et nationales ainsi que la mesure dans laquelle les besoins du patient sont connus, priorisés et adressés grâce aux ressources fournies et aux incitatifs. Ce domaine s'intéresse également au niveau de pression concurrentielle d'organisations extérieures et de pairs pour mettre en œuvre le changement.
III. Cadre interne	Les caractéristiques structurelles, politiques et culturelles de l'organisation / du service où l'intervention est appliquée. Le centre d'intérêts de ce domaine repose sur des construits tels que la culture, le leadership, le mentorat, le réseautage, les modes de communication et le climat d'implantation (l'importance ressentie du besoin de changement, le soutien de l'infrastructure, les incitatifs, la facilité d'accès à des sources d'informations et de connaissances).
IV. Caractéristiques de l'individu	Adresse les caractéristiques de l'individu qui fournit l'intervention. L'objectif de ce domaine concerne les connaissances et les croyances de la personne au sujet de l'intervention, son auto-efficacité dans le cadre de la prestation de l'intervention, et d'autres attributs personnels qui peuvent avoir un impact sur l'implantation, comme la motivation, les valeurs, la nature du contrat de travail, les expériences antérieures.
V. Processus d'implantation	Le domaine du processus d'implantation concerne les activités entreprises dans le cadre du processus d'implantation. L'accent de ce domaine est mis sur les construits tels que la planification, l'engagement des personnes appropriées, la qualité du processus de mise en place et des méthodes d'évaluation.

Traduction libre de Higgins et al., 2020 basé sur Damschroder et al., 2009

Retour au point : 3.1.2, 3.3, 4.3

3.2 Processus de consultation des parties prenantes

Plusieurs parties prenantes ont été impliquées dans les deux premières phases du projet guidé par le cadre conceptuel du PEPPA, soit la planification et le développement du modèle de soins de pratique avancée en physiothérapie auprès de la clientèle atteinte du SDRC au CHUSJ. Il est à noter que toutes les personnes impliquées ont participé de façon volontaire et ont consenti au processus de consultation. La figure 5 illustre la chronologie des démarches et des changements intérimaires effectués sur le terrain vers l'objectif ultime d'un modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique au CHUSJ décrit dans cette section ([Figure 5](#)).

3.2.1 Formation du comité organisateur

En premier lieu, un comité organisateur a été formé par l'instigatrice principale (étudiante au D.É.P.A. et PPA initiale). Ce comité est composé de collaboratrices qui ont agi à titre de championnes du présent projet et comprend la cheffe du service de physiothérapie, la pédiatre de la clinique de la douleur, une physiatre ainsi que l'instigatrice principale. La pédiatre de la clinique de la douleur et la physiatre qui ont accepté de supporter le projet sont deux médecins impliquées auprès de la clientèle atteinte du SDRC qui encouragent et préconisent l'implication des physiothérapeutes. Il est important de mentionner que l'opinion de patients et ou de familles partenaires aurait été souhaitable et que des groupes de discussions avec des membres du bureau du patient partenaire du CHUSJ ont été planifiés lors de ce processus. Étant donné les courts délais imposés par le D.É.P.A., cette étape importante sera réalisée ultérieurement dans le milieu et ne se retrouve donc pas dans le présent rapport.

3.2.2 Rencontres individuelles - Championnes

Les trois championnes ont été consultées à plusieurs reprises de façon individuelle par l'instigatrice principale. Les discussions ont porté sur l'étendue du rôle du PPA, le développement du parcours de soins incluant un PPA en SDRC, la pérennité de la nouvelle offre de service ainsi que l'identification des barrières et des leviers potentiels à ce changement. À cet effet, une ébauche du schéma du parcours de soins des patients au sein du nouveau modèle de soins de PPA en SDRC et un modèle de logique illustrant les éléments des trois phases du PEPPA ont été élaborés par l'instigatrice principale, puis utilisés afin d'alimenter les discussions. La physiatre et

l'instigatrice principale ont peaufiné le modèle de soins de PPA en SDRC en utilisant un processus itératif lors de plusieurs échanges. Ce modèle a par la suite été validé par la pédiatre de la clinique de la douleur. La dernière version du schéma du nouveau modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique ([Figure 2](#)) ainsi que le modèle de logique ([Figure 3](#)) seront présentés de façon détaillée au chapitre 4.

3.2.3 Collecte de données

Des consultations auprès d'un échantillon par choix raisonné (« purposive sampling ») de parties prenantes déterminé par l'instigatrice principale et les championnes ont eu lieu sous forme de groupes de discussion (« focus groups »). Ce type d'échantillonnage a permis de sélectionner des personnes représentatives à plusieurs niveaux de l'organisation (gestionnaires, cliniciens, médecins) qui sont en mesure de fournir des informations détaillées par rapport aux objectifs de ce projet pilote. Les groupes de discussion permettent d'obtenir des informations riches, plus approfondies et contextualisées (culture, fonctionnement, normes en vigueur) en encourageant les membres d'un groupe à interagir et à s'exprimer entre eux, ce qui facilite l'expression de nouvelles idées et expériences (Kitzinger, 1995). L'usage de groupes de discussion a été choisi car c'est la méthode considérée la plus appropriée pour explorer les perspectives des parties prenantes dans le contexte des équipes de travail du CHUSJ qui seront affectées par ce changement de modèle de soins.

Lors de ces groupes de discussion, le concept de PPA et le nouveau modèle de soins de PPA en SDRC au CHUSJ ont été présentés et expliqués ; les commentaires ainsi que les considérations face à l'implantation du nouveau modèle de soins (tels que les barrières et les facilitateurs anticipés, la faisabilité, les besoins spécifiques de formation du PPA et l'articulation sur le terrain du modèle de soins) recueillis et les questions des intervenants répondues. Les discussions ont été basées sur un guide d'entrevue semi-structurée composé de questions ouvertes et facilitées par l'instigatrice principale du projet. Ce guide d'entrevue avait été développé au préalable par l'instigatrice principale à partir des cinq domaines du CFIR et des objectifs du projet, puis révisé par la championne physiatre ainsi que J.G.L. chercheur au CHUSJ ([Annexe 6](#)). Les perspectives des parties prenantes ont été recueillies lors des groupes de discussion à l'aide de notes manuscrites détaillées de l'instigatrice principale. Les rencontres n'ont pas été enregistrées (sur conseil de

certaines championnes) afin de promouvoir la participation et de permettre de recueillir le maximum de perspectives dans un format le plus convivial possible pour les intervenants consultés. Une relecture des notes a eu lieu dans les trente minutes suivant chaque groupe de discussion afin d'ajouter des détails contextuels et des précisions aux données recueillies. Les parties prenantes consultées ont été conviées à contacter l'instigatrice principale à la suite des groupes de discussion afin d'ajouter tout élément considéré manquant à leurs perspectives.

3.2.3.1 Groupe de discussion - Intervenants de la clinique de la douleur

En mars 2021, du temps a été dédié à l'instigatrice principale lors de la réunion biannuelle de tous les intervenants de la clinique de la douleur (anesthésistes, infirmières, pédiatre, pédopsychiatre, physiothérapeutes, psychologue et gestionnaires). La totalité des membres de la clinique de la douleur étaient présents à cette réunion, neuf intervenants étaient en présentiel au CHUSJ et quatre d'entre eux étaient en virtuel. La majorité des intervenants présents lors de la rencontre ont verbalisé être en faveur de cette approche, aucun intervenant ne s'est prononcé à l'encontre du nouveau modèle de soins proposé. Des rétroactions ont été recueillies, quant au processus d'identification des patients qui ont un profil de SDRC et du mécanisme de référence aux spécialités médicales et aux professionnels de la santé par le PPA en passant par l'organisation d'une cogestion médicale.

3.2.3.2 Groupe de discussion - Physiatres

Une réunion, similaire à celle des intervenants de la clinique de la douleur, a ensuite été organisée avec les physiatres. Cette rencontre a eu lieu en mars 2021 en virtuel et tous les physiatres qui prennent en charge des cas de SDRC étaient présents. De nouvelles barrières ont été identifiées lors de cette réunion écartant, pour l'instant, la participation des physiatres au modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique. Ces barrières concernent la perception de l'obligation d'engager la responsabilité professionnelle d'un médecin lors du congé de patients vus exclusivement par le PPA et la valeur du diagnostic médical. Ces barrières seront présentées à la [Section 4.3.4](#). Lors de ce groupe de discussion, des suggestions intéressantes pour bonifier le modèle de PPA ont été apportées, telles que la création d'un algorithme décisionnel pour la prise en charge physiothérapique de patients pédiatriques atteints du SDRC et des besoins de formation en

réadaptation du SDRC pédiatrique à combler. Ces suggestions ont permis de valider et de renforcer l'importance de ces deux éléments qui font partie de la description de tâches du futur PPA ([Annexe 10](#)).

3.3 Analyse

Une analyse de contenu des réponses textuelles des deux championnes ayant participé à la cocréation du nouveau modèle de soins ([Section 4.2](#)) a été réalisée à la suite de chaque rencontre individuelle.

Les perspectives des 17 parties prenantes ont été consignées à l'aide de notes manuscrites détaillées lors des rencontres individuelles et des groupes de discussion. Après relecture des notes, les données ont été interprétées, subséquemment codées et analysées de façon déductive en les regroupant selon les cinq domaines théoriques du modèle de déterminants CFIR (Damschroder et al., 2009) ([Tableau 1](#)), puis classées en barrières et facilitateurs par l'instigatrice principale. L'unité d'analyse utilisée est l'organisation du CHUSJ.

Chapitre 4 - Résultats

Dans ce chapitre, les changements organisationnels intérimaires et les retombées des démarches effectuées parallèlement au processus de consultation sont décrits. Par la suite, les résultats qualitatifs du processus de consultation sont présentés, soit la description détaillée du nouveau modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique au CHUSJ ainsi que les résultats de l'analyse déductive des barrières et des facilitateurs potentiels à l'implantation de ce modèle de soins.

4.1 Contexte organisationnel - Changements intérimaires

Ayant participé à la mise sur pied des cliniques de démarche au CHUSJ à titre de PPA, la cheffe du service de physiothérapie a partagé son expérience et offert des conseils pragmatiques à l'instigatrice principale pour tenter de d'implanter déjà à un stade précoce des améliorations dans la prise en charge des patients atteints du SDRC au CHUSJ. À partir des discussions avec cette dernière, des ressources ont été réaménagées à même les ressources actuelles du service de physiothérapie afin de **fournir un minimum d'heures, en clinique externe, dédiées exclusivement à l'évaluation et à la prise en charge des cas de SDRC par les deux physiothérapeutes de la clinique de la douleur** (dont l'instigatrice principale) en juin 2020. Cette initiative a permis de **réduire les délais d'attente de la clientèle SDRC en physiothérapie de 10,1 jours (01-02-2019 au 31-05-2020) à 1,5 jours (01-06-2020 au 30-09-2021)** suivant la réception des requêtes médicales de SDRC. Ayant un corridor de soins spécifique, cette clientèle ne compétitionnait plus avec les cas postopératoires qui sont considérés comme des priorités 1 en clinique externe. Toutefois, le parcours de soins avant de recevoir de la physiothérapie demeurait le même, c'est-à-dire que les patients nécessitaient toujours une requête médicale pour avoir accès aux soins de physiothérapie.

Un « modèle de type parallèle » a également été élaboré et mis sur pied en septembre 2020 par l'instigatrice principale et la championne physiatre afin d'optimiser la prise en charge et le suivi des patients atteints du SRDC. Dans ce modèle, lorsque la championne physiatre recevait un appel pendant sa garde ou une requête pour un patient atteint du SDRC ou avec une suspicion de SDRC,

elle demandait au référent de faire une requête concomitante en physiothérapie pour ce patient. Ces requêtes étaient alors prises en charge par une des deux physiothérapeutes de la clinique de la douleur. Cette étape a permis de répondre plus rapidement aux besoins de la clientèle, en vue d'une migration éventuelle vers un modèle de pratique avancée en physiothérapie. En raison des délais d'attente en psychiatrie d'environ un mois, **les patients étaient la majorité du temps pris en charge en physiothérapie avant le rendez-vous en psychiatrie** (64% des cas du 01-09-2020 au 30-09-2021). De plus, les informations recueillies par la physiothérapeute étaient transmises à la psychiatre, avant le rendez-vous par discussion ou courriel et lui permettaient ainsi d'optimiser son temps et de démontrer une cohésion d'équipe auprès des patients et de leur famille. Pour certains jeunes patients avec une atteinte plus sévère et la présence de problématiques importantes au niveau psychosocial, cette manière de procéder a mené à des références en clinique de la douleur et ce, avant même que le patient ne soit vu en psychiatrie. La physiothérapeute en faisait la demande et la justification auprès de la psychiatre qui remplissait et acheminait la requête au CRVU selon les modalités administratives courantes du CHUSJ. Plusieurs parents ont verbalisé leur satisfaction avec cette approche à la championne psychiatre et à l'instigatrice principale. Une autre collègue psychiatre, qui consulte pour les cas de SDRC, a même adopté cette façon de faire quelques mois plus tard, en novembre 2020, après avoir noté le succès de cette approche.

Bien que le modèle parallèle offre aux patients une prise en charge plus rapide en physiothérapie et permet une meilleure cohésion d'équipe, l'expérience avec ce type de modèle a démontré qu'il ne répond pas à l'ensemble de la problématique actuelle. Ce modèle parallèle ne réduit que partiellement la complexité du parcours de soins des patients atteints de SDRC ainsi que les problèmes d'engorgement du système de santé et ne modifie pas les coûts associés à l'épisode de soins, car le même nombre d'intervenants (ou ressources) sont impliqués. Afin d'adresser ces problématiques, **le modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique serait le modèle le plus approprié**, car il permettrait d'accroître l'accessibilité aux soins, de maximiser l'utilisation des ressources humaines et de fournir des interventions centrées sur les besoins des patients et de leur famille. Le modèle parallèle actuellement utilisé au CHUJS constitue donc un réel tremplin vers le modèle de PPA en SDRC pédiatrique.

4.2 Description du nouveau modèle de soins de PPA en SDRC au CHUSJ

Le modèle de soins de PPA en SDRC au CHUSJ a été développé à la suite du travail interdisciplinaire et collaboratif de l'instigatrice principale et des championnes ainsi que des rétroactions des intervenants et des équipes rencontrés, qui sont des personnes clés dans le cheminement des jeunes atteints du SDRC. Les commentaires des parties prenantes ont été recueillis lors de neuf consultations formelles, totalisant 15 heures de discussion. Ces consultations ont été effectuées dans la phase de préimplantation du modèle de soins de juin 2020 à juin 2021.

4.2.1 Problématiques actuelles et principaux buts du modèle de soins

Le modèle de soins de PPA en SDRC au CHUSJ propose un accès rapide et une intervention ciblée précoce pour la population pédiatrique atteinte du SDRC afin de répondre aux problématiques actuelles de délais d'accès à une prise en charge optimale, de chronicisation, de surmédicalisation et de complexité du parcours de soins des patients et de leur famille. Ce nouveau modèle de soins cible **trois buts spécifiques**, soit **1) augmenter l'accès aux soins, 2) maximiser l'utilisation des ressources humaines et 3) fournir des interventions centrées sur les besoins des patients et de leur famille.**

Le premier but vise à diminuer la chronicisation et la surmédicalisation, qui résultent des délais d'accès à une prise en charge optimale, ainsi qu'à simplifier le parcours de soins en réduisant le nombre de consultations (en vase clos) en première ligne. Le deuxième but vise à maximiser l'utilisation des ressources humaines en psychiatrie, en clinique de la douleur et en physiothérapie. En réduisant la chronicisation, il y aurait une réduction des besoins de médication(s) et des références aux spécialités médicales et en clinique de la douleur. La réduction des références aux spécialités médicales et en clinique de la douleur libérerait ainsi ces ressources pour les cas sévères de SDRC et les jeunes atteints d'autres pathologies chroniques complexes qui nécessitent une évaluation médicale et qui se retrouvent souvent sur des listes d'attente au CHUSJ. Une identification des besoins et une prise en charge plus précoce en physiothérapie permettraient de réduire la longueur de l'épisode de soins pour le SDRC et ainsi de diminuer le nombre d'heures cliniques totales et les coûts associés au suivi de chaque patient atteint du SDRC. Le troisième but

est de fournir des interventions centrées sur les besoins des patients et de leur famille. Le PPA travaille au sein d'un modèle de soins interprofessionnel et collaboratif, ce qui permettrait d'établir avec les patients et leur famille des plans de soins personnalisés et cohérents en collaboration avec les référents et les parties prenantes dans la vie des jeunes. L'efficacité et la cohésion résultant du travail en partenariat avec les autres professionnels de la santé mèneraient possiblement à une augmentation de la satisfaction des patients et de leur famille (Deeter-Schmelz et Kennedy, 2003 ; Hoff et al., 2021).

4.2.2 Population cible

La clientèle cible visée par le changement vers un modèle de pratique avancée en physiothérapie au CHUSJ inclut les patients de huit à dix-huit ans, vus en clinique externe, qui parlent français ou anglais (ou dans le cas échéant, en présence d'un interprète) et qui sont accompagnés de leur(s) parent(s) (Palermo et al., 2018). Les patients ciblés sont atteints du SDRC de type I ou II, ont une suspicion de SDRC ou un profil de SDRC (douleur hors proportion par rapport au trauma ou sans événement traumatique préalable, aucun autre diagnostic ne peut expliquer les signes et symptômes (SDRC-NOS)) affectant un membre (membre inférieur ou membre supérieur) et une durée des symptômes de moins d'un an.

Le choix de la catégorie d'âge s'explique par le fait qu'à huit ans la majorité des enfants sont capables de lire, de comprendre et de compléter des mesures de résultats rapportées par le patient en fournissant une auto-évaluation valide de leur douleur, de leur fonctionnement et de leurs symptômes psychologiques (Palermo et al., 2018); de plus, la moyenne d'âge des patients pédiatriques atteints de SDRC est de huit à seize ans (Stanton-Hicks, 2010). La décision d'exclure les atteintes proximales (tronc et visage) et d'inclure l'atteinte d'un seul membre est supportée par la prépondérance d'atteintes uniques au niveau des membres inférieurs et supérieurs retrouvées chez les cas de SDRC pédiatriques (Low et al., 2007 ; Kachko et al., 2008 ; Tan et al., 2008 ; Stanton-Hicks, 2010 ; Harden et al., 2013 ; Barrett et Barnett, 2016 ; Weissmann et Uziel, 2016 ; Mesaroli et al., 2019 ; Baerg et al., 2021). L'inclusion d'une durée des symptômes de moins d'un an a été déterminée en raison des complications engendrées par la chronicisation du SDRC. Ces complications, telles que les bris de fonctionnement majeurs et l'absentéisme scolaire prolongé (Vervoort et al., 2014), les altérations de la dynamique familiale (Palermo, 2000 ;

Palermo et al., 2014 ; Lewandowski et al., 2010), les problèmes relationnels avec les amis (Forgeron et al., 2010), les déficits chroniques de la quantité et de la qualité du sommeil (Valrie et al., 2013), la dépression (Gauntlett-Gilbert et Eccleston, 2007), l'anxiété (Simons et al., 2012) et les idéations suicidaires (Liu et al., 2021) requièrent une prise en charge multidisciplinaire. À l'opposé, une prise en charge du SDRC pédiatrique en physiothérapie avec ou sans thérapie cognitivo-comportementale peut être tout ce qui est nécessaire comme traitement si le SDRC est détecté de façon précoce (Barrett et Barnett, 2016).

Les patients qui sont atteints des conditions associées suivantes : anémie falciforme, arthrite juvénile idiopathique, autisme, déficience intellectuelle, diagnostic oncologique, diagnostic psychiatrique, lombalgie, radiculopathie, syndrome neurologique ainsi que les patients qui sont non verbaux ne font pas partie de la clientèle desservie par le modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique, ce nouveau modèle de soins étant spécifique au SDRC. D'autre part, il est important d'assurer la compréhension et la capacité des patients de compléter les mesures de résultats rapportées par le patient qui seront utilisées par le PPA lors du triage de ces derniers.

4.2.3 Modèle de soins proposé

Suite aux rétroactions des parties prenantes, le modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique initial a subi plusieurs modifications. La dernière itération du modèle de soins est présentée à la [Figure 2](#).

Dans le nouveau modèle de soins de PPA en SDRC proposé, le PPA est rattaché à la clinique de la douleur et la réception des requêtes de SDRC, de profil ou de suspicion de SDRC est centralisée vers la clinique de la douleur. Les référents, c'est-à-dire les pédiatres, les médecins spécialistes et les urgentologues du CHUSJ ainsi que les IPS et les médecins de l'extérieur du CHUSJ remplissent et acheminent la « Requête de physiothérapie PPA, clinique de la douleur (externe) » ([Annexe 7](#)) directement à la clinique de la douleur. Lors de la réception des requêtes, suivant la procédure déjà établie de la clinique de la douleur du CHUSJ, l'agente administrative du CRVU entre en communication avec les patients et/ou leur(s) parent(s) puis leur achemine les questionnaires du BPI et du PCS par courriel. Lors du retour des questionnaires remplis par les patients, des attentes sont créées en clinique de la douleur par l'agente administrative du CRVU. Un triage des requêtes

est effectué quotidiennement par une des infirmières de la clinique de la douleur attirée à la clientèle externe selon les critères décrits précédemment. Si un patient répond aux critères d'admissibilité, la requête est transmise au PPA. Dans le cas où un patient ne répond pas aux critères d'éligibilité à l'évaluation par le PPA, la requête de ce dernier est directement acheminée au triage de la clinique de la douleur. Il est à noter que les patients vus par le PPA demeurent sur la liste d'attente de la clinique de la douleur en parallèle et ne perdent pas leur priorisation. Ils peuvent toutefois être retirés de la liste d'attente de la clinique de la douleur par le PPA, à la suite de l'évaluation ou du suivi avec celui-ci, après une prise de décision partagée avec les patients et/ou leur(s) parent(s) accompagnateur(s) et une discussion avec l'infirmière de la clinique de la douleur. Les patients et/ou leur(s) parent(s) peuvent aussi se désister de leur rendez-vous en clinique de la douleur en l'indiquant à l'agente administrative du CRVU lors de l'appel pour l'offre de rendez-vous.

Sur réception des requêtes, le PPA effectue une revue des dossiers des patients, puis appelle les patients et/ou leur(s) parent(s) pour fixer un rendez-vous en présentiel. Lors du rendez-vous, le PPA procède à une évaluation neuro-musculosquelettique complète des patients qui consiste à déterminer si les patients sont atteints du SDRC et à éliminer les drapeaux rouges qui requièrent une référence en spécialité médicale ainsi que les drapeaux jaunes qui nécessitent une référence en psychologie, en pédopsychiatrie ou en travail social. Lors de cette évaluation, d'une durée de 75 à 90 minutes, le Pediatric Pain Screening Tool (PPST) est utilisé afin d'aider le PPA à déterminer le niveau de soins requis selon la catégorie de risque associée à des facteurs pronostiques biopsychosociaux tels que les troubles du sommeil, les incapacités, l'absentéisme scolaire, les pensées catastrophiques, l'anxiété et les peurs reliés à la douleur et la dépression. (Simons et al., 2015 ; Harrison et al., 2019 ; Holley et al., 2021) ([Annexe 8](#)).

Le PPST est une adaptation pédiatrique de la version préliminaire musculosquelettique de 9-items du Start Back Screening Tool (SBST) de Keele qui a récemment été validée dans des centres tertiaires comme le CHUSJ auprès de patients de huit à dix-huit ans atteints de douleurs chroniques (Simons et al., 2015) et aiguës (Holley et al., 2021) d'origines variées (dont le SDRC). Le PPST est un outil de triage rapide (qui prend de 1 à 2 minutes à remplir et à coter), de type questionnaire rempli par le patient, qui permet le dépistage précoce du profil de risque

biopsychosocial des jeunes afin d'adapter les soins cliniques à leurs besoins spécifiques (Simons et al., 2015).

Selon la cote obtenue au PPST, les patients sont classifiés dans une des trois catégories, soit risque bas, risque modéré ou risque élevé ([Annexe 9](#)), puis dirigés vers les soins appropriés selon le niveau de risque. Les patients et leur famille considérés à bas risque (peu de facteurs de risque (Sil et al., 2019)) bénéficieront d'un enseignement individualisé sur la neurophysiologie de la douleur (Simons et al., 2015) fait par le PPA de la clinique et de conseils sur la reprise graduelle de leurs activités quotidiennes et de loisirs (ex. : participation aux cours d'éducation physique selon tolérance). Les patients dans la catégorie de risque modéré (nombre élevé de facteurs de risque physiques et bas de facteurs de risque psychologiques (Sil et al., 2019)) nécessiteront un suivi en physiothérapie externe, incluant de l'enseignement individualisé sur la neurophysiologie de la douleur (Simons et al., 2015). Alors que les patients à risque élevé (nombre élevé de facteurs de risque physiques et psychologiques (Sil et al., 2019)) nécessiteront l'apport interdisciplinaire du PPA et du psychologue ou de l'équipe de la clinique de la douleur (Simons et al., 2015 ; Friedrichsdorf et Goubert, 2019 ; Harrison et al., 2019). Selon les divers niveaux de risque, les options de traitement seront présentées aux patients et à leur famille et discutées avec le PPA afin qu'ils puissent prendre une décision éclairée quant au suivi. Il est à noter que les patients évalués par le PPA devraient en général se retrouver dans la catégorie de risque modéré, car ils ont déjà été sélectionnés lors d'un premier triage basé sur la requête initiale par l'infirmière de la clinique de la douleur. Cette catégorisation basée sur les résultats obtenus au PPST peut également être modifiée au besoin selon le raisonnement clinique du PPA et la progression du patient au suivi. Il n'existe toutefois pas de version francophone du PPST, une traduction libre du PPST sera utilisée pour l'instant. Une traduction et une validation en français du PPST sont prévues en parallèle au processus d'implantation.

La douleur est une expérience non linéaire et les soins requis par les patients peuvent varier dans le temps. Le modèle de soins offre une flexibilité de sorte que les patients peuvent changer de catégorie de risque en cours de traitement. Le PPA demeure présent au dossier des patients qu'il a évalués pour la durée de l'épisode de soins relié au SDRC. Pour les cas simples, les professionnels de la santé qui suivent les patients peuvent communiquer avec le PPA lorsque ces derniers

requièrent l'apport d'une autre discipline telle que la psychologie ou la clinique de la douleur afin que le PPA facilite ce type de références.

Dans ce modèle de soins, le PPA peut référer les patients qu'il a évalués aux autres disciplines médicales (spécialistes) et paramédicales (ergothérapeute, psychologue, travailleur social) selon des critères préétablis par ordonnance verbale (CMQ, 2016) après discussion avec le médecin de garde de la clinique de la douleur (cogestionnaire médical). Le cogestionnaire médical assume la responsabilité des références médicales et paramédicales à l'exception des références en physiothérapie, car le PPA peut référer le patient pour des traitements en physiothérapie de façon autonome. Cette procédure a été choisie en raison des politiques institutionnelles du CHUSJ et des politiques de rémunération des médecins présentement en vigueur au Québec afin de faciliter l'acceptation du modèle de soins de PPA en SDRC. Lorsque le PPA détermine, à la lueur des résultats de son évaluation, que des patients requièrent la prescription de nouvelle(s) médication(s), la gestion de leur médication actuelle ou de requêtes pour investigations médicales⁴, il fera part de son avis et de ses recommandations au cogestionnaire médical (CMQ, 2016) qui rencontrera les patients à cet effet. Les résultats de l'évaluation du PPA permettront au cogestionnaire médical de mieux cibler ses interventions et de gagner en efficience. Pour tous les patients évalués, le PPA fera parvenir aux référents une lettre sous la forme d'une feuille de communication indiquant les principaux résultats de l'évaluation et le suivi suggéré.

Cette façon de faire suit les procédés administratifs déjà établis au CHUSJ. Il est toutefois planifié que ce fonctionnement soit amené à être modifié à moyen terme vers un processus d'ordonnance collective conférant une autonomie accrue au PPA pour les références interprofessionnelles et médicales, ce qui réduirait les délais pour les patients et les coûts pour le système de santé québécois. Ce changement éventuel impliquerait des modifications au niveau administratif au CHUSJ à la suite de la phase d'implantation initiale et nécessiterait l'aval de la direction des services multidisciplinaires (DSM), de la direction des services professionnels (DSP), de la direction des services de réadaptation (DSR) et du conseil des médecins (sous-comité du Comité des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)) du CHUSJ. Un accès au dossier santé Québec (DSQ)

⁴ Exemples d'investigations médicales utilisées afin d'exclure une pathologie autre que le SDRC : rayon-x, scintigraphies osseuses en trois phases, imagerie par résonance magnétique, échographie et analyses sanguines.

a été demandé auprès des gestionnaires du CHUSJ pour le futur PPA, à la suite du communiqué de l'OPPQ à cet effet, en juin 2021 (OPPQ, 2021). Cet accès permettra au PPA de consulter les renseignements de santé suivants : les rapports d'imagerie médicale, les résultats de laboratoire et les prescriptions de médicaments des patients (OPPQ, 2021) qui seront à sa charge.

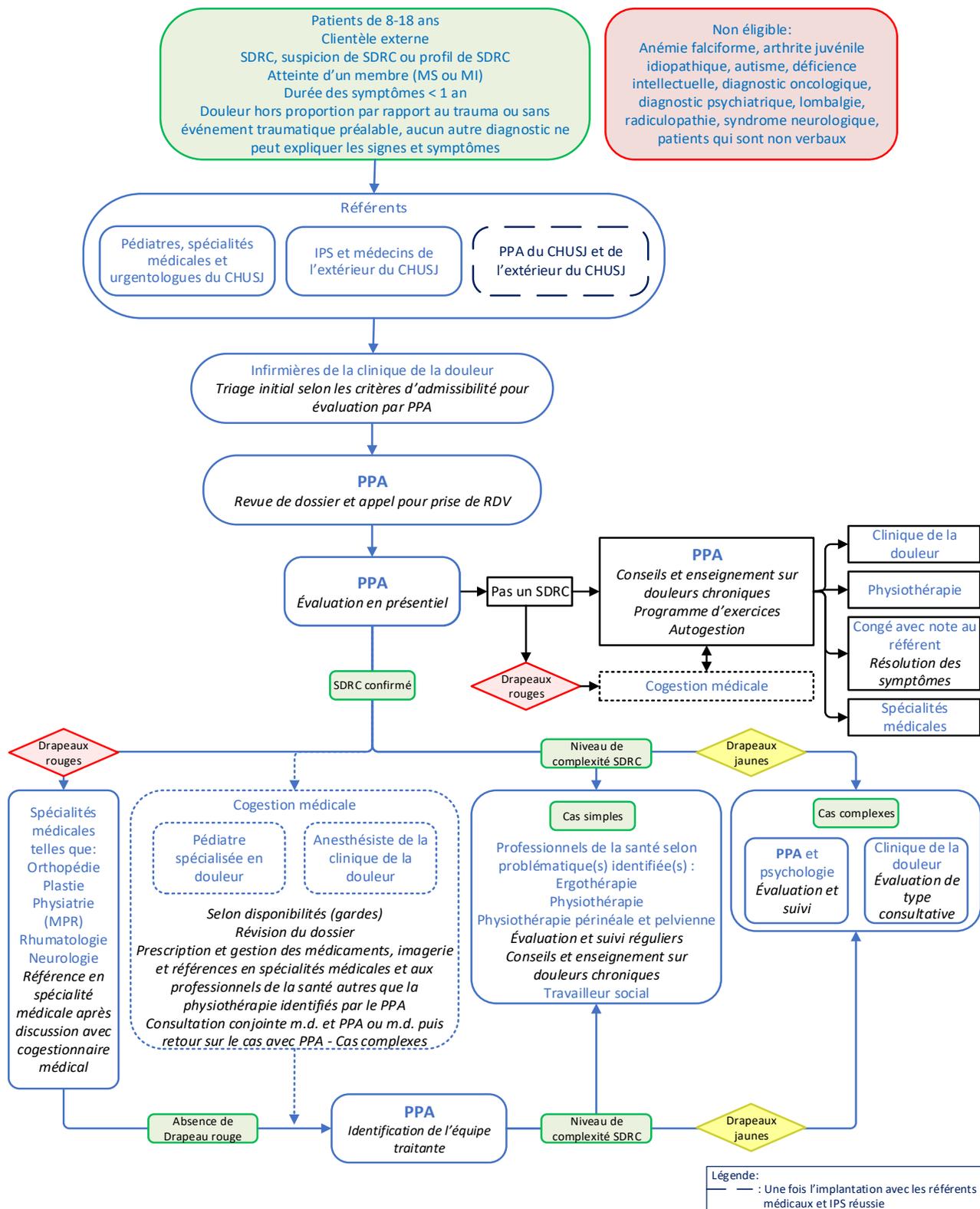


Figure 2. – Modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique au CHUSJ

Retour au point :3.2.2, 4.2.3, 4.3.5

4.2.4 Rôle du physiothérapeute en pratique avancée auprès de la clientèle atteinte du SDRC pédiatrique au CHUSJ

La clarté du rôle de PPA en SDRC pédiatrique est un élément important à adresser afin de favoriser une implantation réussie du modèle et de répondre aux buts visés par ce nouveau modèle de soins au CHUSJ. Une description de tâches du futur PPA en SDRC pédiatrique au CHUSJ ([Annexe 10](#)) a été développée afin de clarifier ce rôle auprès des parties prenantes. Les caractéristiques du PPA, la portée du rôle, dont le champ de pratique, les préalables académiques, les connaissances, les aptitudes, les habiletés et l'expertise en SDRC pédiatrique requises afin d'atteindre les impacts visés qui sont décrits dans le modèle de logique (Booth, 2019) ont été considérés lors de la création de la description de tâches. La description des tâches a été basée et développée à partir du référentiel des compétences rehaussées du D.É.P.A. de physiothérapie avancée en neuro-musculosquelettique de l'Université de Montréal (Programme de physiothérapie de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, 2019) qui est basé sur le profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada (Groupe consultatif national en physiothérapie, 2017), de la déclaration de politique sur la pratique avancée de la physiothérapie du World Physiotherapy (World Physiotherapy, 2019), des caractéristiques des intervenants en pratique avancée définies par Harding et al. (2015), Smith et al. (2015) et Booth (2019) et des résultats des consultations avec les parties prenantes. Cette description des tâches tient compte des expériences d'implantation de modèles de pratique avancée au Canada et à l'international ainsi que dans d'autres corps professionnels.

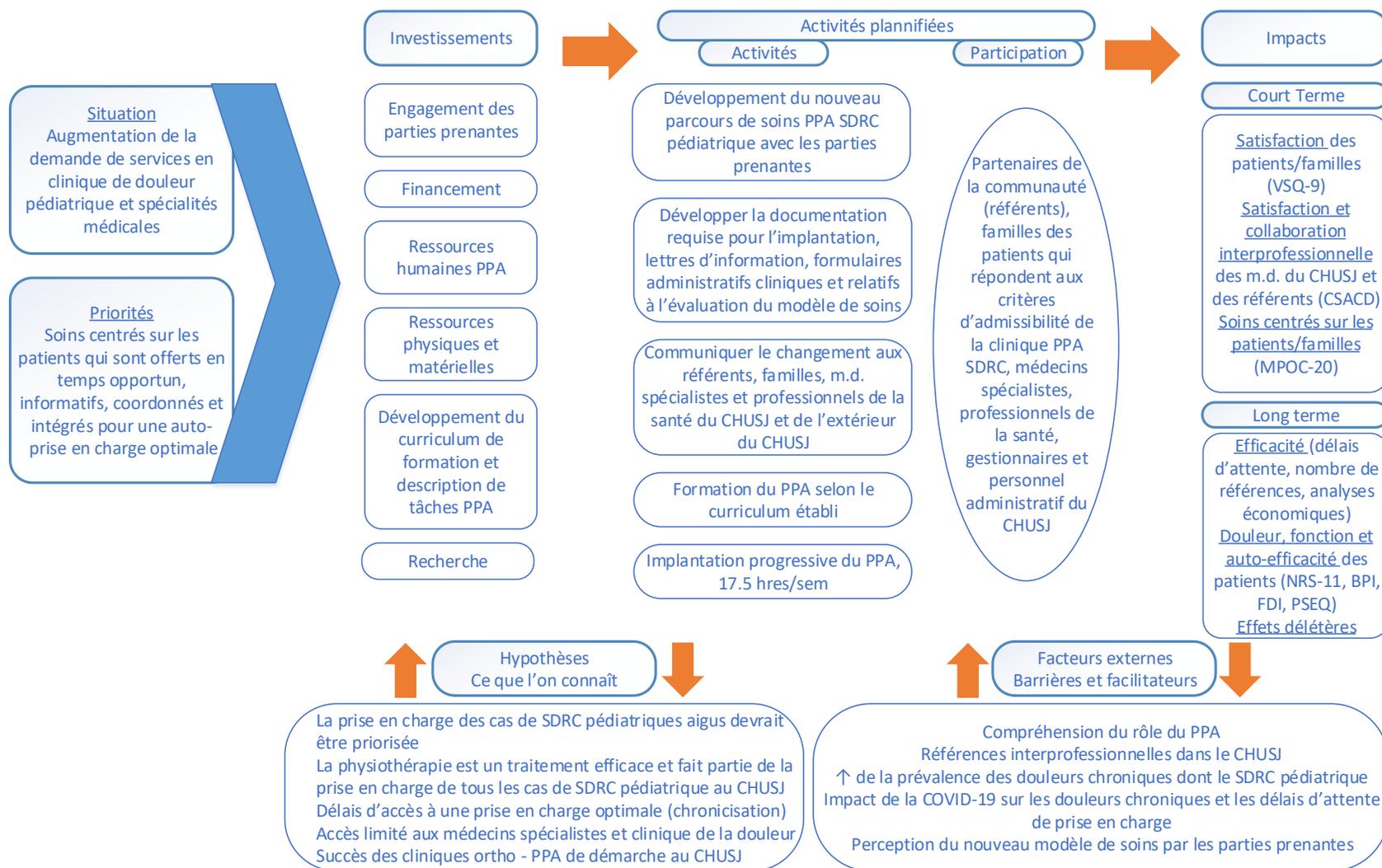
Des rôles clés exercés par le PPA incluent la clinique, le soutien professionnel (par des activités de transfert de connaissances : enseignement de formations continue et universitaire, mentorat et consultation), le développement et l'amélioration de la pratique physiothérapique pédiatrique pour les clientèles atteintes du SDRC et de douleurs chroniques et de la pratique avancée en physiothérapie par la recherche ainsi que l'utilisation des données probantes.

4.2.5 Modèle de logique

Un modèle de logique a été développé par l'instigatrice principale à l'aide des rétroactions des championnes, puis peaufiné à la suite des commentaires des parties prenantes rencontrées ([Figure 3](#)).

Le modèle de logique a servi d'outil de communication de la vision des trois phases du projet (Cadre conceptuel PEPPA [Figure 1](#)) auprès des parties prenantes. Il schématise le processus d'implantation du PPA en SDRC pédiatrique au CHUSJ, c'est-à-dire les investissements en ressources humaines et matérielles, les activités planifiées, les personnes impliquées ainsi que les impacts envisagés à court et à long terme, tout en considérant le contexte de la situation actuelle, les priorités des parties prenantes et les facteurs externes anticipés pouvant influencer l'implantation de ce nouveau modèle de soins (W.K. Kellogg Foundation, 2004).

Modèle de logique – Phases I à III du PEPPA - PPA SDRC pédiatrique



Basé sur les modèles de logiques publiés par W.K. Kellogg Foundation, 2004 et Taylor-Powell et Henert, 2008

Retour au point :3.2.2, 4.2.5, 5.3

Figure 3. – Modèle de logique

4.3 Barrières et facilitateurs anticipés à l'implantation du modèle de soins

Afin de soutenir la mise en place du modèle de soins de PPA en SDRC à l'intérieur du contexte spécifique du CHUSJ, les perspectives des cliniciens et des gestionnaires impliqués auprès de la clientèle atteinte du SDRC concernant les barrières et les facilitateurs anticipés à l'implantation ont été colligées lors d'une première phase de consultation (décrite au Chapitre 3). Les barrières et facilitateurs recueillis auprès de quatorze intervenants et trois gestionnaires ont été codées et analysées de façon déductive selon les cinq domaines du cadre conceptuel CFIR décrits au [Tableau 1](#). Des barrières ont été répertoriées dans trois des cinq domaines du CFIR et des facilitateurs dans chacun des domaines du CFIR. Les résultats pour chaque domaine (thème) du CFIR sont précisés dans le texte et un résumé des barrières et facilitateurs à l'implantation relevés est présenté dans les [Tableaux 2](#) et [3](#). La [Figure 4](#) offre une vue d'ensemble des déterminants (barrières et facilitateurs), qui influenceront le processus d'implantation, regroupés selon les domaines et les construits du CFIR. Le modèle proposé a obtenu le soutien de 88% des intervenants et de 100% des gestionnaires immédiats qui ont participé au processus de consultation.

4.3.1 Domaine I - Caractéristiques de l'intervention

Ce modèle de soins a été perçu par la majorité des intervenants comme un moyen pour les patients de bénéficier d'un accès plus rapide et direct aux soins, ce qui contribuerait à diminuer la chronicisation de leur état et le déconditionnement tout en réduisant la surmédicalisation et les coûts pour le système de santé. C'est à l'unanimité que la physiothérapie a été considérée un traitement efficace basé sur les données probantes qui devrait faire partie de la prise en charge de tous les cas de SDRC. Un avantage, mentionné par certaines personnes lors des discussions, est l'absence apparente de coûts supplémentaires immédiats liés à l'implantation, car ce modèle de soins ne nécessite aucun investissement additionnel en équipement et locaux, n'ajoute pas de tâche au personnel administratif et utilise des ressources infirmières et de physiothérapie déjà dédiées à cette clientèle (les groupes de discussion ont eu lieu après l'instauration d'une offre de service pour la clientèle atteinte du SDRC en physiothérapie en juin 2020). Une personne a exprimé que ce modèle permettrait possiblement de réduire le nombre d'heures cliniques par patient par épisode de soins dans les départements de la clinique de la douleur, de la

physiothérapie et de la physiothérapie, une conséquence de la réduction anticipée de la chronicité et par le fait même de la diminution de la complexité de la condition. L'importance de l'implication d'une cogestion médicale au modèle de soins a été évoquée par trois parties prenantes qui ont souligné que cette cogestion permettrait d'assurer la sécurité du patient et du PPA (en cas de poursuite). Ce point a été supporté par l'une d'entre elles avec l'exemple des IPS qui étaient supervisées par des médecins à leur début avant de pratiquer de façon autonome. Le modèle a été décrit comme adaptable et transférable par une personne qui y voyait la possibilité d'exporter le modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique à d'autres milieux (non seulement pour la clientèle SDRC, mais aussi pour les douleurs chroniques d'origine musculosquelettique) tels que les groupes de médecine familiale (GMF) et les centres hospitaliers primaires. Aucune barrière n'a été explicitée pour ce domaine.

4.3.2 Domaine II - Cadre externe

Selon la majorité des parties prenantes, le modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique présenté concorde non seulement avec les orientations ministérielles qui visent à offrir à la population des soins qui correspondent aux besoins des patients par le bon professionnel en temps opportun, mais répond aussi aux besoins exprimés par les familles qui mentionnent souvent des délais de prise en charge qui sont trop longs et le manque de fluidité du continuum de soins (« parcours du combattant »). Cependant, il a été souligné que le mode de rémunération des médecins au Québec influence les pratiques de références interprofessionnelles et médicales au CHUSJ qui ne permettent pas actuellement au PPA de référer un patient de façon autonome à un autre professionnel paramédical ou à un médecin spécialiste bien qu'il possède les compétences pour le faire. Quoique l'aspect des références interprofessionnelles et médicales soit adressé par la présence d'une cogestion médicale dans le nouveau modèle de soins proposé, plusieurs intervenants ont considéré ce facteur comme une barrière importante au développement ultérieur du rôle de PPA lorsque ce modèle de soins serait établi. Deux personnes ont souligné les faits que le rôle du PPA soit supporté par l'OPPQ et qu'il existe une formation universitaire de troisième cycle de PPA (Université de Montréal, 2021) au Québec adressée aux physiothérapeutes déjà en exercice ce qui, selon ces dernières, apportent une légitimité au rôle de PPA. Trois parties prenantes ont souligné le caractère innovant du modèle de soins proposé

qui serait le premier modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique au Québec et au Canada. Il a été argumenté que ce fait serait perçu favorablement au sein de la direction de l'établissement car ce modèle permettrait à l'organisation de remplir ses mandats de centre tertiaire et universitaire qui sont non seulement de mieux desservir la population, mais aussi d'innover et d'outiller les intervenants du réseau par des activités de transfert de connaissances.

4.3.3 Domaine III - Cadre interne

Plusieurs parties prenantes ont soulevé que les buts du nouveau modèle de soins correspondent aux valeurs mises de l'avant par le CHUSJ (bienveillance, engagement individuel et collectif, quête d'excellence et partenariat avec le patient et sa famille) et supportent la mission de centre hospitalier universitaire de soins tertiaires, d'enseignement et de recherche de l'organisation (CHUSJ, 2020). Le récent succès des cliniques de démarche menées de façon autonome par des physiothérapeutes du CHUSJ dans un rôle de pratique avancée en orthopédie a été nommé par trois personnes comme faisant désormais partie de la culture de l'établissement et considéré un facteur favorable à l'implantation d'un PPA pour desservir la clientèle atteinte du SDRC au CHUSJ. Toutefois, un grand nombre d'intervenants ont exprimé que les politiques institutionnelles concernant les modes de références interprofessionnelles et médicales qui nécessitent l'apport d'un médecin ainsi que l'historique du modèle de soins actuel, selon lequel les patients atteints du SDRC voient un médecin spécialiste avant d'être pris en charge en physiothérapie ou en clinique de la douleur au CHUSJ, constituent des barrières administratives locales à l'implantation du modèle de soins qui limiteraient l'étendue du rôle que pourrait exercer le PPA et la portée éventuelle du modèle de soins. De nombreuses parties prenantes ont identifié le volume élevé de demandes et les listes d'attente importantes en clinique de la douleur et en spécialité médicale ne permettant pas de répondre à la demande dans des délais raisonnables ainsi que les parcours de soins complexes et fragmentés (d'interventions en silo) des patients atteints du SDRC avant d'accéder aux ressources appropriées comme des problématiques récurrentes qui doivent être abordées. Ces intervenants partageaient l'avis que le modèle de soins proposé pourrait contribuer à résoudre ces deux enjeux importants. En contrepartie, trois personnes ont mentionné considérer le temps d'attente pour avoir accès à un médecin spécialiste court et adéquat dans leur département et que, selon leurs perspectives, le besoin ressenti de modifier le

modèle de soins actuel n'était donc pas criant. Des gestionnaires clés du CHUSJ ont exprimé leur support et démontré de l'ouverture face au changement proposé sur la façon d'accéder aux soins. Des actions concrètes ont été posées, telle que la mise en œuvre d'heures cliniques de physiothérapie dédiées au suivi des clientèles desservies par la clinique de la douleur ([Sections 4.1](#) et [4.4](#)), assurant ainsi une certaine pérennité des ressources humaines. Les médecins et les professionnels de la clinique de la douleur ont également affirmé leur soutien du modèle de soins de PPA en SDRC, plus spécifiquement, tous ont offert leur support pour d'éventuelles références interprofessionnelles autonomes par des corridors de soins préétablis ainsi que le processus de cogestion médicale du nouveau modèle de soins proposé. Des enjeux de pérennité de la personne embauchée dans le rôle de PPA ont été soulevés. Le roulement de personnel, les vacances, les congés de maladie et de maternité ont été nommés par les intervenants. La confiance en la compétence des PPA initiaux a été mentionnée à de maintes reprises par diverses parties prenantes. Cependant, plusieurs personnes ont évoqué que le rôle spécifique de PPA en SDRC requiert des physiothérapeutes qui possèdent une expérience, des connaissances et un intérêt pour la clientèle atteinte du SDRC ainsi qu'une expertise pointue en douleurs chroniques pédiatriques, ce qui rendrait ce rôle professionnel difficile à remplacer. De plus, deux intervenants ont mentionné que l'augmentation de la reconnaissance des PPA et du modèle de PPA en SDRC pédiatrique contribuerait à augmenter le nombre de références provenant de l'extérieur et de l'intérieur du CHUSJ. Cette demande accrue créerait une croissance éventuelle des besoins en ressources de PPA. Ces coûts seraient donc à budgéter afin d'assurer la pérennité du modèle de soins.

4.3.4 Domaine IV - Caractéristiques de l'individu

La grande majorité des intervenants ont évoqué la compétence et l'expertise des physiothérapeutes en douleurs chroniques d'origine musculosquelettique pour assumer le rôle de PPA. Plusieurs intervenants (gestionnaires, médecins, professionnels paramédicaux) ont par ailleurs mentionné qu'ils considéraient le PPA plus outillé que les médecins pédiatres et les omnipraticiens pour reconnaître et prendre en charge le SDRC pédiatrique. Pour ces parties prenantes, le rôle du PPA semblait clair et bien compris. En revanche, quelques personnes (12%) ont démontré un manque de compréhension de la portée du rôle de PPA et de la physiothérapie

en général. Pour ces dernières, des enjeux résidaient au niveau de l'aspect du diagnostic médical, car c'est un acte réservé (seuls les médecins peuvent établir un diagnostic différentiel) et qu'il n'existe pas de critères diagnostiques clairs et validés pour le SDRC en pédiatrie qui permettraient aux patients d'être vus en physiothérapie en premier lieu⁵. Ces mêmes parties prenantes croyaient aussi que les patients ne pouvaient pas recevoir un congé de la part d'un physiothérapeute, s'ils n'avaient pas été évalués au préalable par un médecin⁵ et que les patients atteints du SDRC requièrent une prise de médicaments dès le début des interventions afin de pouvoir participer aux autres traitements conservateurs. Ce petit groupe a évoqué la crainte de créer une augmentation des délais de consultation en spécialité médicale si un PPA évaluait les patients atteints du SDRC au préalable. Selon ces parties prenantes, le CHUSJ étant un centre tertiaire, les référents de l'extérieur désirent obtenir une opinion médicale surspécialisée lorsqu'ils réfèrent leurs patients atteints du SDRC. Ces deux personnes n'étaient toutefois pas opposées au modèle de références parallèles des patients aux médecins spécialistes et au PPA afin d'éviter ce délai et de permettre une prise en charge plus rapide en physiothérapie. Le modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique proposé était à leur avis pertinent dans le contexte de la clinique de la douleur. La majorité des intervenants, quant à eux, ont exprimé leur soutien pour le modèle de soins de PPA en SDRC et discuté de futures collaborations afin de faciliter l'accès aux soins des patients et bonifier le modèle de soins de PPA en SDRC proposé.

Il est important de mentionner que les deux groupes de discussion réalisés présentaient des visions dichotomiques ainsi que des stades de changement et des cultures différentes. Un groupe, où la culture est à prédominance hiérarchique, a passé beaucoup de temps à discuter de l'aspect règlementaire et ses intervenants ont démontré de l'ambivalence face à ce changement (une

⁵ En réalité, il n'est pas dans les champs de compétences du physiothérapeute d'émettre un diagnostic médical. Cependant, à partir des informations recueillies lors du processus d'évaluation, le physiothérapeute émet un diagnostic en physiothérapie qui lui permet de prendre en charge un patient. Aucune des activités exercées par un physiothérapeute ne nécessite d'engager la responsabilité d'un médecin, ce qui lui permet entre autres de donner congé à un patient ou de le réorienter dans le système de santé de façon autonome. Tout physiothérapeute, à la suite de son évaluation, est dans l'obligation (responsabilité professionnelle) de référer un patient lorsque la condition de celui-ci est hors de son champ de compétence vers le professionnel approprié. Le PPA est aussi tenu à cette réglementation. (Articles D. 633-2007, a. 9. et D. 633-2007, a. 20. du Code de déontologie des physiothérapeutes et des technologues en physiothérapie, 2021 ; OPPQ, communication par courriel, 27 mai 2021 ([Annexe 12](#)))

personne se décrivant « perplexe »). Alors qu'à l'opposé, l'autre groupe a présenté une approche cohésive et pragmatique avec un discours qui a porté sur des moyens concrets pour mettre le nouveau modèle de soins en application dans l'immédiat.

4.3.5 Domaine V - Processus d'implantation

Aucune barrière n'a été explicitée pour ce domaine. Des championnes locales de disciplines différentes (pédiatrie, physiatrie et physiothérapie) qui occupent des rôles variés au sein de l'organisation (gestionnaires et cliniciennes) ont démontré leur soutien pour le modèle de soins. Notamment, ces championnes ont participé à l'élaboration du modèle de soins, à la diffusion de ce dernier auprès de leurs collègues et équipes ainsi qu'à l'organisation des groupes de discussion. La totalité des gestionnaires immédiats, dont les perspectives ont été recueillies, étaient en faveur du nouveau modèle de soins. Plusieurs parties prenantes ont également mentionné leur soutien pour le nouveau modèle de soins à divers moments lors des groupes de discussion et bonifié des éléments du modèle de soins proposé (entre autres, la cogestion médicale et le processus de références interdisciplinaires et médicales). Les interactions entre les parties prenantes lors des groupes de discussion ont fait émerger des leaders d'opinion (leaders cliniques) positifs. Certains intervenants ont communiqué avec l'instigatrice principale du projet à la suite des groupes de discussion pour ajouter des éléments à leurs perspectives et demandé comment ils pourraient s'impliquer. Les groupes de discussion ont permis d'identifier sous quel service l'intégration du rôle de PPA en SDRC serait la plus appropriée et ferait le plus de sens aux yeux des intervenants. Le modèle de soins a ainsi subi des modifications à la suite des rétroactions recueillies auprès des parties prenantes afin de s'adapter aux besoins exprimés par ces dernières et de devenir la version du modèle présentée dans ce travail ([Figure 2](#)).

Tableau 2. – Barrières à l’implantation répertoriées selon les domaines du CFIR

Domaines du CFIR	Barrières
I. Caractéristiques de l’intervention	Non applicable
II. Cadre externe	<ul style="list-style-type: none"> • Politiques gouvernementales de rémunération des médecins (paiement à l’acte) qui influencent le mode de références interprofessionnelles et médicales actuel
III. Cadre interne	<ul style="list-style-type: none"> • Politiques institutionnelles : <ul style="list-style-type: none"> – Système de références interprofessionnelles et aux médecins spécialistes du CHUSJ qui nécessite l’apport d’un médecin • Historique du modèle de soins actuel au CHUSJ selon lequel les patients atteints du SDRC voient un médecin spécialiste avant d’être pris en charge en physiothérapie • Temps d’attente en physiatrie considéré court et adéquat • Enjeu de pérennité du rôle de PPA <ul style="list-style-type: none"> – Roulement de personnel, congés de maladie, de maternité et autres – Rôle spécifique qui requiert des physiothérapeutes qui possèdent une expérience, des connaissances pointues et un intérêt pour la clientèle atteinte du SDRC – Avec le succès anticipé du modèle de soins une augmentation des ressources de PPA est à prévoir dans les budgets
IV. Caractéristiques de l’individu	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de compréhension de la portée du rôle de PPA et des physiothérapeutes réguliers en lien avec : <ul style="list-style-type: none"> – L’aspect du diagnostic médical – Le congédiement de patients n’ayant pas été évalués par un médecin (aspect règlementaire) • Croyance que les patients atteints du SDRC ont besoin de médicaments dès le début des interventions afin de pouvoir participer aux autres traitements • Crainte d’augmentation des délais de consultation en spécialité médicale <ul style="list-style-type: none"> – Le CHUSJ étant un centre tertiaire, les référents de l’extérieur du CHUSJ désirent obtenir une opinion médicale surspécialisée – Modèle de soins plus approprié dans le contexte de la clinique de la douleur • Ambivalence de quelques intervenants par rapport à l’implantation du nouveau modèle de soins
V. Processus d’implantation	Non applicable

Retour au point : 4.3

Tableau 3. – Facilitateurs à l’implantation répertoriés selon les domaines du CFIR

Domaines du CFIR	Facilitateurs
I. Caractéristiques de l’intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Modèle qui permet un accès plus rapide et direct aux soins <ul style="list-style-type: none"> – Diminution de la chronicisation et du déconditionnement – Réduction de la surmédicalisation et des coûts pour le système de santé • La physiothérapie est considérée un traitement efficace et fait partie de la prise en charge de tous les cas de SDRC au CHUSJ • Intervention à coût neutre, utilisation de ressources humaines (personnel administratif, physiothérapeute, infirmières de la clinique de la douleur) et matérielles (locaux et matériel) déjà existantes pour débiter • Modèle de soins qui utilise les procédés administratifs déjà en place au CHUSJ • Importance d’une cogestion médicale • Efficience économique anticipée au niveau du coût par épisode de soins (heures cliniques par professionnel impliqué : clinique de la douleur, physiatres et physiothérapeutes) • Modèle adaptable et transférable, possibilité d’exportation du modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique à d’autres milieux
II. Cadre externe	<ul style="list-style-type: none"> • Correspond aux orientations gouvernementales d’offrir à la population des soins qui correspondent aux besoins des patients, par le bon professionnel, en temps opportun • Le rôle du PPA est supporté par l’OPPQ • Formation de 3^e cycle universitaire de PPA nouvellement accessible localement • Les professionnels (physiothérapeutes et ergothérapeutes régionaux), les médecins généralistes et les pédiatres veulent être épaulés dans leur prise en charge de ces patients • Caractère innovant du modèle de soins proposé <ul style="list-style-type: none"> – Premier modèle de soins de PPA en SDRC au Québec et au Canada
III. Cadre interne	<ul style="list-style-type: none"> • Concordance des buts du nouveau modèle de soins avec les valeurs et la mission de centre hospitalier universitaire du CHUSJ • Succès récent des cliniques de démarche menées de façon autonome par des physiothérapeutes du CHUSJ dans un rôle de pratique avancée en orthopédie • Forte demande et listes d’attente <ul style="list-style-type: none"> – La clinique de la douleur et les physiatres, selon le modèle actuel, ne peuvent pas répondre à la demande dans des délais raisonnables • Parcours de soins actuel fragmenté des patients atteints du SDRC

Domaines du CFIR	Facilitateurs
	<ul style="list-style-type: none"> • Projet supporté par la cheffe professionnelle du service de physiothérapie et par les cogestionnaires de la clinique de la douleur • Soutien des médecins pour la cogestion médicale et des professionnels de la clinique de la douleur pour les références interprofessionnelles autonomes via des corridors de soins déjà établis • Planification de la relève du PPA en cours par le département de physiothérapie
IV. Caractéristiques de l'individu	<ul style="list-style-type: none"> • Clarté du rôle de PPA • PPA considéré plus outillé que les médecins pédiatres et les omnipraticiens pour reconnaître et prendre en charge le SDRC pédiatrique • Soutien des intervenants de la clinique de la douleur • Attitude pragmatique et discours de changement de nombreux intervenants
V. Processus d'implantation	<ul style="list-style-type: none"> • Modèle de soins supporté par des championnes locales de disciplines différentes qui occupent des rôles variés au sein de l'organisation (gestionnaires et cliniciennes) • Parties prenantes impliquées dans le développement et l'adaptation du nouveau modèle de soins

Retour au point : 4.3

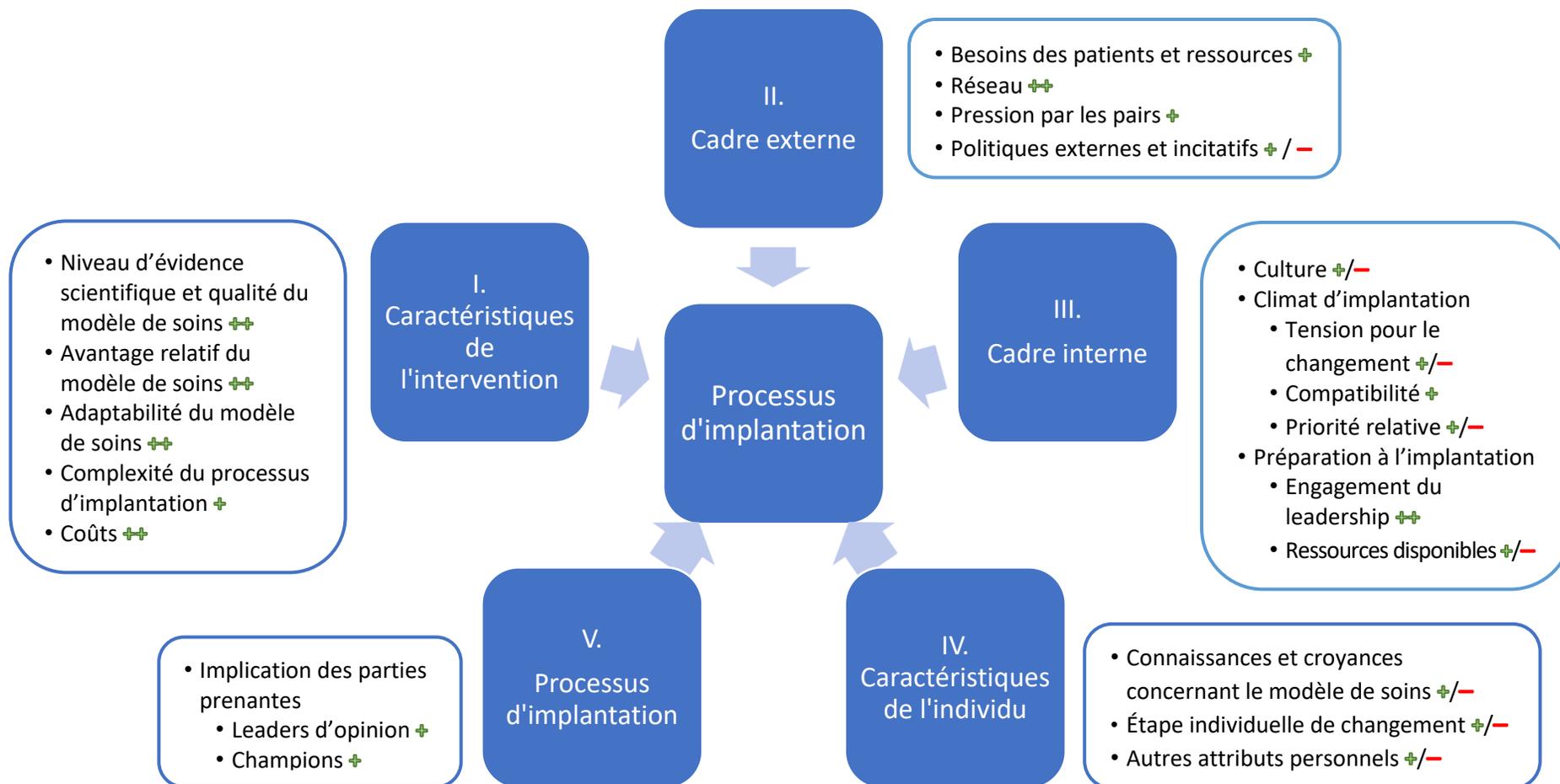


Figure 4. – Aperçu des déterminants qui influenceront le processus d'implantation selon les perspectives des parties prenantes regroupés selon les domaines et les construits du CFIR

Légende : facilitateur : +, facilitateur important : ++, barrière : -, barrière importante : --, influence mixte +/-

Inspiré de Breimaier et al., 2015

Retour au point : 4.3

4.4 Démarches parallèles et retombées

Parallèlement au projet de PPA et considérant l'implication croissante et plus précoce de la physiothérapie auprès de la clientèle atteinte du SDRC, des discussions ont eu lieu en avril et en mai 2021 afin de sécuriser des heures cliniques de physiothérapie, heures qui seraient dédiées formellement aux clientèles desservies par la clinique de la douleur, à même la description des postes actuels de physiothérapeute (solution neutre en termes de coût). Ces démarches ont eu lieu, car les deux physiothérapeutes de la clinique de la douleur opéraient avec des heures cliniques volantes du département de la physiothérapie, heures qui n'étaient pas dédiées spécifiquement à la clinique de la douleur. Cette demande a été accueillie favorablement. Un processus de révision des descriptions de tâches des postes actuels de physiothérapeute est présentement en cours afin d'inclure des heures qui seront consacrées exclusivement à la clinique de la douleur et au suivi des clientèles desservies par cette clinique.

Vu la perception de la présence d'un enjeu important au niveau de la responsabilité professionnelle exprimée par certaines parties prenantes lors des groupes de discussion, une lettre de demande de soutien afin de clarifier cet aspect réglementaire a été acheminée à l'OPPQ en mai 2021 ([Annexe 11](#)). La réponse de l'OPPQ à cette lettre ([Annexe 12](#)) permettra à l'instigatrice principale du projet d'être outillée d'un document officiel lors des prochaines phases de consultation prévues.

Chapitre 5 – Discussion

5.1 Retour sur les objectifs du modèle de soins et les résultats

Ce projet pilote d'amélioration de la pratique clinique a permis de réaliser deux objectifs. Le premier objectif était de **développer en collaboration interprofessionnelle un modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique au CHUSJ**. Le second objectif consistait à **explorer les perspectives de parties prenantes du CHUSJ** (gestionnaires, médecins et professionnels paramédicaux) quant aux barrières et facilitateurs à l'implantation de ce nouveau modèle de soins.

Tel que conseillé par le cadre de processus PEPPA, le nouveau modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique a été développé et adapté en collaboration interprofessionnelle avec l'implication soutenue des championnes et la contribution active des parties prenantes. L'absence de barrières au niveau du Domaine I - Caractéristiques de l'intervention peut en partie être expliquée par cette collaboration qui a permis la cocreation d'un modèle de soins considéré comme adaptable, flexible pour répondre aux besoins locaux, soucieux des coûts et permettant de fournir aux patients et à leur famille un accès plus rapide et direct à des soins appropriés par les parties prenantes.

Le modèle de soins proposé est supporté par la majorité des intervenants (88%) et des gestionnaires (100%) immédiats qui ont participé au processus de consultation. Il bénéficie aussi du support de championnes locales qui occupent des rôles clés variés au sein de l'organisation et de leaders cliniques. Ce type de support est considéré essentiel à l'implantation réussie de nouveaux rôles et de modèles de soins de professionnels en pratique avancée aux niveaux organisationnels et des réseaux de santé (Damschroder et al., 2009 ; Morris et al., 2014 ; Shaw et al., 2018 ; Tawiah et al., 2021).

Les intervenants consultés ont mentionné des bénéfices reliés au modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique soit l'augmentation de l'accès aux soins, l'efficacité économique ainsi que la conformité aux orientations gouvernementales. Ce modèle de soins offert en collaboration interprofessionnelle permettrait d'augmenter l'accessibilité aux soins et la fluidité du parcours de soins des patients et de leur famille, de fournir des interventions centrées sur les besoins des

patients et de leur famille et de réduire les inefficiences du système de santé actuel en faisant une utilisation plus judicieuse des ressources humaines en clinique de la douleur, en physiothérapie ainsi qu'en spécialité médicale. Tous ces éléments suivent les recommandations scientifiques publiées sur l'optimisation des parcours de soins et les guides de pratiques cliniques sur le SDRC et les douleurs chroniques pédiatriques (AÉTMIS, 2006 ; IASP, 2009 ; Speerin et al., 2014 ; Stinson et al., 2016 ; Scottish Government, 2018 ; Palermo et al. 2019 ; Groupe de travail canadien sur la douleur, 2021) et font partie des trois grandes orientations du récent plan d'action en douleurs chroniques 2021-2026 du Québec (MSSS, 2021).

Ce nouveau modèle de soins est vraisemblablement le premier modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique. **Le caractère novateur de ce changement de pratique qui correspond à la mission et aux valeurs de l'organisation** a été reconnu par les parties prenantes. Le CHUSJ est le seul établissement de santé dédié exclusivement aux enfants, aux adolescents et aux mères au Québec (CHUSJ, 2021), le plus grand centre mère-enfant au Canada et l'un des quatre plus importants centres pédiatriques en Amérique. Il est entre autres un partenaire du Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique du réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux (RUISSS) de l'Université de Montréal (MSSS, 2021) ainsi que, depuis peu, le centre affilié francophone du réseau canadien Solutions for Kids in Pain (SKIP) (Solutions for Kids in Pain [SKIP], 2020). L'implantation de ce nouveau modèle de soins renforcerait ainsi la position du CHUSJ comme milieu avant-gardiste ouvert à l'innovation qui place les patients et leur famille au cœur de la pratique (CHUSJ, 2021).

Les barrières identifiées par les parties prenantes à l'implantation réussie de ce modèle de soins au sein du CHUSJ sont similaires à celles qui ont déjà été publiées dans des revues de pairs lors de l'implantation des modèles de PPA (Morris et al., 2014 ; Shaw et al, 2018 ; Tawiah et al., 2021), de l'accès direct en physiothérapie (Igwesi-Chidobe et al., 2021), ainsi que des rôles de professionnels en pratique avancée (Evans et al., 2021).

La compréhension et la clarté du rôle du PPA sont des enjeux importants associés à l'implantation et à la pérennisation de nouveaux modèles de soins qui sont bien documentés dans la littérature (Morris et al., 2014 ; Shaw et al, 2018 ; Evans et al., 2021 ; Igwesi-Chidobe et al., 2021 ; Tawiah et

al., 2021). Les résultats démontrent qu'un faible nombre de personnes manquaient d'informations en lien avec la réglementation actuelle sur la portée du rôle des physiothérapeutes et des PPA. Pour répondre à ce besoin d'information sur la profession, l'accès direct en physiothérapie et la responsabilité professionnelle seront abordés et plus de temps sera alloué afin d'expliquer le rôle du PPA en SDRC pédiatrique, en utilisant des exemples cliniques concrets, lors de futures discussions et communications à propos du modèle de PPA. Un document officiel récent de l'OPPQ ([Annexe 12](#)) sera utilisé à titre de référence afin de soutenir cette démarche.

Le caractère novateur du rôle de PPA implique toutefois une absence de standards de pratique clinique établis par l'OPPQ ou d'inscription distincte au registre de l'OPPQ pour ce rôle spécifique. Présentement, les standards de pratique des PPA au Québec sont donc établis de façon indépendante par les milieux cliniques où la pratique avancée en physiothérapie est déjà établie et grandement dépendante de la perception des corps médicaux et des politiques institutionnelles en vigueur. Ce manque de réglementation limite l'optimisation du champ de pratique des nouveaux gradués PPA et des PPA qui sont déjà en exercice en fonction de l'étendue de leur formation universitaire et de leur expérience clinique, et ne favorise pas une clarté du rôle de PPA. Les résultats du présent projet, de Morris et al. (2014) ainsi que ceux de Tawiah et al. (2021) abondent tous en ce sens. D'éventuelles démarches seront à entreprendre avec l'OPPQ à cet égard.

Bien que l'aspect des références interprofessionnelles et médicales soit adressé par la présence d'une cogestion médicale dans le nouveau modèle de soins proposé, plusieurs intervenants ont considéré ce facteur comme une barrière importante qui nuirait à la fluidité du parcours de soins des patients et au développement ultérieur du rôle de PPA lorsque le modèle de soins sera établi. Les résultats suggèrent que cet enjeu serait dû en partie aux politiques institutionnelles et au système ministériel de rémunération des médecins. Un comité de travail appuyé par le conseil multidisciplinaire du CHUSJ a déjà entamé des démarches en vue d'obtenir l'autonomie des physiothérapeutes pour effectuer ce type de références (CHUSJ, 2019). Un travail de concert avec ce comité est prévu afin de faire progresser ce dossier au niveau local.

La culture des équipes de soins qui ont participées aux groupes de discussion a teinté les perspectives des parties prenantes consultées. Les futures diffusions du modèle de soins tiendront compte de ce déterminant important (Damschroder et al., 2009).

Les consultations préliminaires ont certes fait ressortir certaines réserves chez quelques intervenants (12%), par contre, elles ont clairement démontré le besoin et les avantages d'un tel modèle de soins au sein du service de la clinique de la douleur. Le modèle de soins proposé a donc été adapté en conséquence afin d'offrir une cogestion médicale centralisée à la clinique de la douleur.

5.2 Rigueur méthodologique

Ce projet pilote d'amélioration de la pratique clinique a suivi un processus systématique basé sur les étapes de préimplantation (étapes 1 à 6) du cadre conceptuel PEPPA et d'un modèle de logique afin de prévoir les différentes dimensions liées à l'implantation augmentant ainsi sa faisabilité et sa transférabilité. Une approche pragmatique a été utilisée afin de s'adapter aux réalités du milieu de soins. Le choix de prendre des notes manuscrites détaillées, lors des groupes de discussion et des consultations individuelles, pourrait être considéré comme une limitation méthodologique affectant la crédibilité des données. Ce choix pragmatique a néanmoins contribué à réduire les réticences de participation des intervenants et à recueillir les perspectives de 100% des parties prenantes visées par la première phase de consultation (aucun refus de participation). Une attention particulière a été portée afin d'assurer la contribution de tous les intervenants ciblés lors des groupes de discussion et subséquemment dans la présentation des résultats (dernière version du modèle de soins et les barrières et les facilitateurs potentiels à son implantation). L'influence de l'instigatrice principale sur le processus de consultation a été assumée et prise en considération en utilisant un processus réflexif tout au long de ce projet. L'implication soutenue de la facilitatrice dans le milieu a permis de comprendre et d'adapter le processus de consultation à la réalité clinique (contraintes physiques et temporelles) et aux changements en cours au niveau organisationnel (ex. : projets parallèles) et politique (ex. : avancées de la profession) renforçant ainsi la crédibilité et la faisabilité de ce projet. Tel que

recommandé par Kirk et al. (2015), tous les domaines du CFIR ont été utilisés pour construire le guide d'entrevue semi-structurée, analyser les données recueillies et rapporter les résultats. L'utilisation d'un cadre commun (le CFIR), d'un guide d'entrevue semi-structurée et de descriptions détaillées du contexte, du modèle de soins proposé et du processus de consultation assure la crédibilité et la transférabilité de ce projet.

5.3 Poursuite du projet d'implantation et futures recherches associées

Le modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique a été créé suivant un processus itératif et évolutif lors de la première phase de consultation, la dernière version est présentée dans ce rapport. Ce modèle de soins est adaptatif et évolutif et sera amené à être modifié selon les perspectives d'autres groupes de parties prenantes lors des prochaines phases de diffusion et de consultation qui sont prévues dans l'année à venir. L'identification et la compréhension des barrières et des facilitateurs, qui pourraient influencer l'implantation du modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique au CHUSJ, est une étape cruciale de la phase de développement de ce modèle de soins qui a été débutée dans ce projet auprès de parties prenantes clés du milieu. Les étapes 1 à 5 du modèle PEPPA ainsi qu'une portion de l'étape 6 ([Figure 1](#)) ont été accomplies lors de ce projet.

Les prochaines phases de diffusion et de consultation du nouveau modèle de soins (étape 6 du PEPPA ([Figure 1](#))) seront guidées par les résultats obtenus lors des deux premiers groupes de discussion, c'est-à-dire, de la dernière version du modèle de soins, d'explications plus détaillées sur la législation en vigueur, la portée du rôle des physiothérapeutes en exercice et de l'éventuel rôle du PPA ainsi qu'à l'attention particulière apportée à la culture des équipes consultées. Dû à la limite de temps imposée par le format du D.É.P.A., les perspectives de patients et ou de familles partenaires n'ont pas pu être recueillies lors de ce projet pilote. Ces perspectives sont considérées essentielles au développement et à l'implantation du nouveau modèle de soins qui se veut centré sur les besoins des patients et de leur famille. Des groupes de discussion incluant des patients et ou des familles partenaires sont prévus lors des phases ultérieures de diffusion et de consultation.

La nouvelle vague de diffusion et de communication du changement vers le nouveau modèle de soins de PPA visera spécifiquement les médecins référents. Les urgentologues et les pédiatres du CHUSJ ont été identifiés comme les parties prenantes qui seront ciblées lors de la deuxième phase de diffusion et de consultations du nouveau modèle de soins. Des rencontres sont par la suite prévues vers la fin de 2021 et en 2022 avec les parties prenantes suivantes : soit des patients partenaires du bureau du patient partenaire du CHUSJ, les spécialités médicales du CHUSJ (neurologie, orthopédie, plastie, rhumatologie), la direction des services multidisciplinaires (DSM), la direction des services professionnels (DSP) et la direction des services de réadaptation (DSR) du CHUSJ. La deuxième période de consultation a été planifiée à la fin de l'été 2021 ([Figure 5](#)).

Ces démarches seront suivies par une phase d'implantation (étapes 7 à 9 du modèle PEPPA ([Figure 1](#))). Un plan d'implantation qui inclut l'évaluation et l'optimisation continues du modèle de soins par une collecte de données prospectives ([Figure 3](#)) est déjà planifié. Ce plan prévoit entre autres de colliger des données à court et à long terme portant sur la satisfaction des patients et de leur famille, la satisfaction et la collaboration interprofessionnelle des intervenants, la centralisation des soins sur les besoins de patients et de leur famille, les effets délétères, les données administratives (délais d'attente, nombre de références, analyses économiques) ainsi que la douleur, la fonction et l'auto-efficacité des patients et de leur famille.

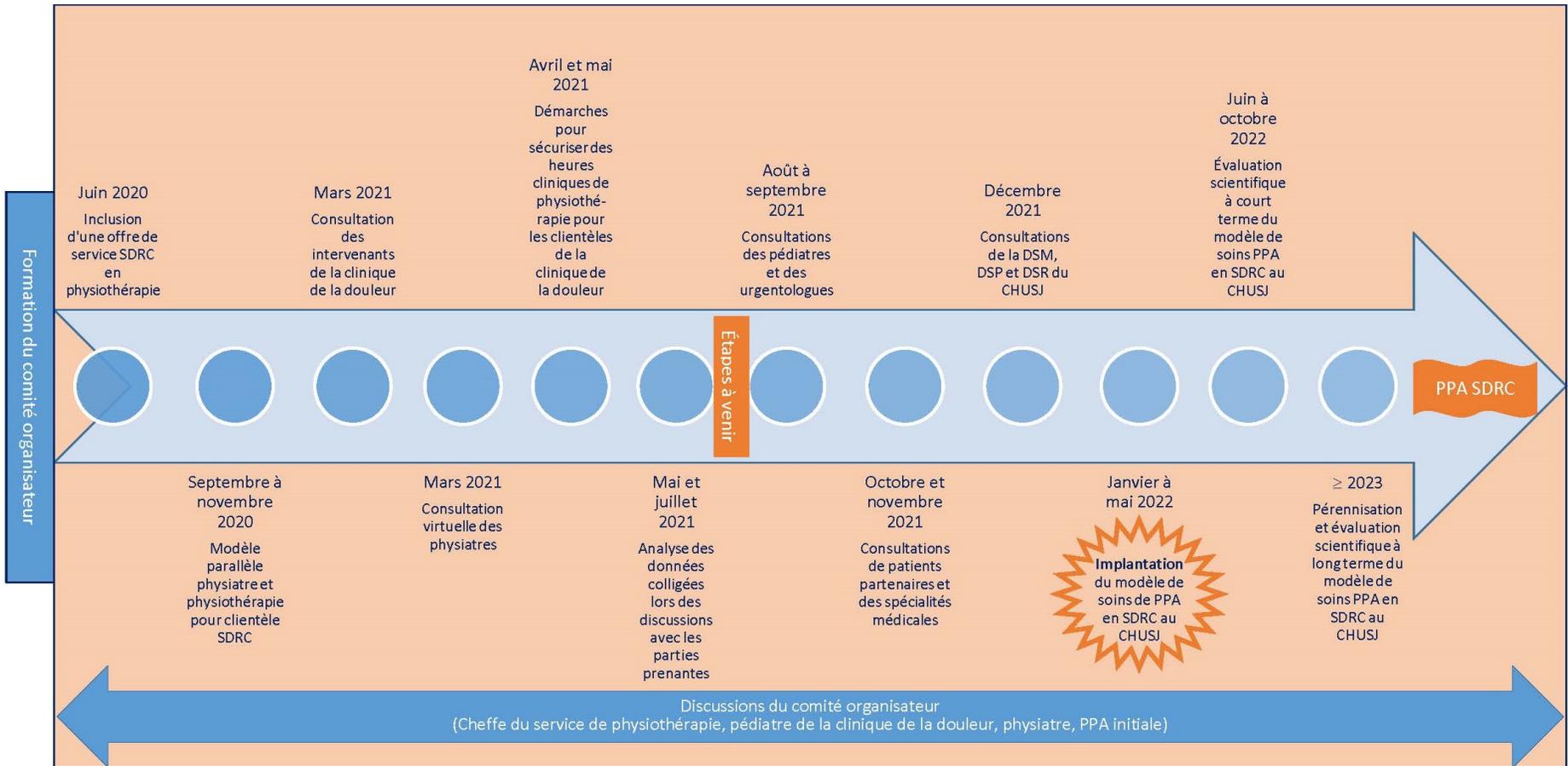


Figure 5. – Chronologie des changements intérimaires effectués sur le terrain et des futures démarches vers l'objectif d'un modèle de

Retour au point : 3.2, 5.3

soins de PPA en SDRC pédiatrique au CHUSJ

5.4 Pertinence clinique

Les démarches qui ont été effectuées lors des phases de préimplantation ont déjà mené à des changements concrets dans le milieu, soit l'inclusion d'heures cliniques (à des postes actuels) en physiothérapie dédiées aux clientèles de la clinique de la douleur et le modèle de soins parallèle en collaboration avec les physiatres. Ces retombées ont eu des répercussions positives sur l'offre de service en physiothérapie pour les patients atteints du SDRC et de douleurs chroniques au CHUSJ.

Cette initiative s'inscrit dans la mouvance collective actuelle au sein des professions médicales et de la physiothérapie **afin de répondre aux besoins des populations desservies en épaulant les médecins de famille et les médecins spécialistes dans certains créneaux spécifiques**. Cette redistribution des tâches permet d'augmenter l'accès aux soins de façon plus précoce et sécuritaire ainsi que de réduire la chronicité des conditions musculosquelettiques en libérant les médecins pour la gestion des cas plus complexes sans pour autant augmenter les coûts du réseau de la santé (Lacoursière, 2019 ; Perreault et al., 2019 ; Demont et al., 2021 ; Gentile et Boily, 2021 ; Médecins québécois pour le régime public, 2021).

Chapitre 6 – Conclusion

Le nouveau modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique au CHUSJ est **vraisemblablement le premier modèle de soins de ce type en existence**. Ce modèle de soins a été développé avec la collaboration et la participation active des parties prenantes (gestionnaires, médecins, professionnels paramédicaux), ce qui constitue une de ses grandes forces. Il est important de reconnaître les barrières et les facilitateurs tôt dans le processus d'implantation afin d'en assurer le succès. Les barrières et les facilitateurs à l'implantation du modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique au CHUSJ ont été explorés auprès de deux groupes de parties prenantes. La clarté du rôle du PPA, le climat d'implantation (informations législatives) et la culture des équipes sont des enjeux qui influenceront les prochaines phases de consultation des référents, de patients et ou de familles partenaires et des hauts gestionnaires du CHUSJ. Plusieurs éléments identifiés contribueront à faciliter l'implantation de ce modèle au CHUSJ. Ce modèle de soins, qui vise une amélioration notable de l'accès aux soins des patients pédiatriques atteints du SDRC, est supporté par des gestionnaires, la majorité des cliniciens consultés ainsi que des champions locaux et a su s'adapter aux réalités du milieu clinique. De plus, il répond aux orientations ministérielles d'offrir un accès rapide à des soins qui correspondent aux besoins des patients par le bon intervenant. Son implantation est à coût neutre et il est basé sur les dernières évidences scientifiques ce qui augmente sa crédibilité et sa faisabilité. Finalement, l'implantation éventuelle de ce changement de pratique novateur permettra au CHUSJ de se positionner comme pionnier en soutien aux enfants qui vivent avec une problématique de douleur invalidante et ce, au bénéfice des patients et de leur famille, en optimisant leur parcours de soins et possiblement en accélérant leur retour fonctionnel.

Références bibliographiques

Abu-Arafeh, H., Abu-Arafeh, I. (2016). Complex regional pain syndrome in children: incidence and clinical characteristics. *Archives of disease in childhood*, 101(8), 719–723. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-310233>

Abu-Arafeh, H., Abu-Arafeh, I. (2017). Complex regional pain syndrome in children: a systematic review of clinical features and movement disorders. *Pain management*, 7(2), 133–140. <https://doi.org/10.2217/pmt-2016-0036>

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AÉTMIS). (2006). Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse) : organisation des services de santé. Rapport préparé par Patricia L. Dobkin et Lucy J. Boothroyd (AETMIS 06-04). Montréal : AETMIS, xvii-97. ISBN 2-550-46600-4. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Autres/2006_04_res_fr.pdf

Baerg, K., Tupper, S. M., Chu, L. M., Cooke, N., Dick, B. D., Doré-Bergeron, M. J., Findlay, S., Ingelmo, P. M., Lamontagne, C., Mesaroli, G., Oberlander, T. F., Poolacherla, R., Spencer, A. O., Stinson, J., Finley, G. A. (2021). Canadian surveillance study of complex regional pain syndrome in children. *Pain*, 10.1097/j.pain.0000000000002482. Advance online publication. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002482>

Barrett, M. J., Barnett, P. L. (2016). Complex Regional Pain Type 1. *Pediatric emergency care*, 32(3), 185–191. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000731>

Belthur, M. V., Clegg, J., Strange, A. (2003). A physiotherapy specialist clinic in paediatric orthopaedics: is it effective? *Postgraduate medical journal*, 79(938), 699–702.

Birken, S. A., Powell, B. J., Shea, C. M., Haines, E. R., Alexis Kirk, M., Leeman, J., Rohweder, C., Damschroder, L., Presseau, J. (2017). Criteria for selecting implementation science theories and frameworks: results from an international survey. *Implementation science*, 12(1), 124. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0656-y>

Birklein, F., Dimova, V. (2017). Complex regional pain syndrome-up-to-date. *Pain reports*, 2(6), e624. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000624>

Birnie, K. A., Dib, K., Ouellette, C., Dib, M. A., Nelson, K., Pahtayken, D., Baerg, K., Chorney, J., Forgeron, P., Lamontagne, C., Noel, M., Poulin, P., Stinson, J. (2019). Partnering For Pain: a Priority Setting Partnership to identify patient-oriented research priorities for pediatric chronic pain in Canada. *CMAJ open*, 7(4), E654–E664. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20190060>

Booth, R. (2019). An advanced practice physiotherapy spine triage service for adults with neck and back pain : A feasibility study (Thèse de doctorat, Université Queen's). QSPACE. https://qspace.library.queensu.ca/bitstream/handle/1974/26551/Booth_Randy_A_201909_PhD.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Borucki, A. N., Greco, C. D. (2015). An update on complex regional pain syndromes in children and adolescents. *Current opinion in pediatrics*, 27(4), 448–452. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000000250>

Bowering, K. J., O'Connell, N. E., Tabor, A., Catley, M. J., Leake, H. B., Moseley, G. L., Stanton, T. R. (2013). The effects of graded motor imagery and its components on chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *The journal of pain*, 14(1), 3–13. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.09.007>

Breimaier, H. E., Heckemann, B., Halfens, R. J., Lohrmann, C. (2015). The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): a useful theoretical framework for guiding and evaluating a guideline implementation process in a hospital-based nursing practice. *BMC nursing*, 14(1), 5.

Breivik, H., Stubhaug, A. (2016). Importance of early diagnosis of complex regional pain syndrome (CRPS-1 and CRPS-2): Delayed diagnosis of CRPS is a major problem. *Scandinavian journal of pain*, 11, 49–51. <https://doi.org/10.1016/j.sipain.2015.11.009>

Bryant-Lukosius, D., Dicenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of advanced nursing*, 48(5), 530–540. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03235.x>

Bryant-Lukosius, D., Cancer Care Ontario (2009). Designing innovative cancer services and advanced practice nursing roles: Toolkit. Repéré le 13-06-2021 à

<https://www.cancercareontario.ca/en/guidelines-advice/treatment-modality/nursing-care/advanced-practice-nursing-toolkit>

Campbell, F., Stinson, J., Ouellette, C., Ostapets, V., Salisbury, G. (2018). The association between pediatric chronic pain clinic attendance and health care utilization: a retrospective analysis. *Can J Pain*. 2(1), 30–36. <https://doi.org/10.1080/24740527.2017.1415701>

Campos, A. A., Graveline, C., Ferguson, J.M., Lundon, K., Feldman, B. M., Schneider, R., Laxer, R. M. (2002). The physical therapy practitioner (PTP) in pediatric rheumatology: High level of patient and parent satisfaction with services. *Physiotherapy Canada*, 54(1), 32–36.

Campos, A.A., Khush, A., Campbell, F., McGrath, P. A. (2011). Clinical impact and evidence base for physiotherapy in treating childhood chronic pain. *Physiotherapy Canada*, 63(1), 21–33. <https://doi.org/10.3138/ptc.2009-59P>

Cappello, Z. J., Kasdan, M. L., Louis, D. S. (2012). Meta-analysis of imaging techniques for the diagnosis of complex regional pain syndrome type I. *The Journal of hand surgery*, 37(2), 288–296. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2011.10.035>

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHUSJ) (2019). Rapport annuel : Faire la différence dans la vie des mères et des enfants. (pp.19). Repéré à <https://www.chusj.org/CORPO/files/40/40cece5d-5ec1-46ae-aa4a-da00edceca0e.pdf>

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHUSJ) (2020). Valeurs et mission – CHUSJ. Repéré le 01-08-2021 à <https://promotionsante.chusj.org/en/A-propos/Valeurs-et-mission>

Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine (CHUSJ) (2021). Le CHU en bref. Repéré le 11-11-2021 à <https://www.chusj.org/fr/a-propos/qui-sommes-nous/Le-CHU-en-bref>

Choinière, M., Peng, P., Gilron, I., Buckley, N., Williamson, O., Janelle-Montcalm, A., Baerg, K., Boulanger, A., Di Renna, T., Finley, G. A., Intrater, H., Lau, B., Pereira, J. (2020). Accessing care in multidisciplinary pain treatment facilities continues to be a challenge in Canada. *Regional anesthesia and pain medicine*, 45(12), 943–948. <https://doi.org/10.1136/rapm-2020-101935>

Code de déontologie des physiothérapeutes et des technologues en physiothérapie. 2021. Chapitre C-26, r. 197, article 9, Alinéa 1, p.2. Repéré le 30-11-2021 à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26,%20r.%20197%20/>

Code de déontologie des physiothérapeutes et des technologues en physiothérapie. 2021. Chapitre C-26, r. 197, article 20, Alinéa 2, p.4 Repéré le 30-11-2021 à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26,%20r.%20197%20/>

Collège des médecins (CMQ) (2016). Orienter n'égalé pas prescrire. Repéré le 16-06-2021 à <http://www.cmq.org/nouvelle/en/orienter-negale-pas-prescrire.aspx>

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>

Deeter-Schmelz, D. R., Kennedy, K. N. (2003). Patient care teams and customer satisfaction: The role of team cohesion. *Journal of Services Marketing*, 17(7), 666–684. <https://doi.org/10.1108/08876040310501232>

Demont, A., Bourmaud, A., Kechichian, A., Desmeules, F. (2021). 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. *Disability and rehabilitation*, 43(12), 1637–1648. <https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1674388>

Desmeules, F., Toliopoulos, P., Roy, J. S., Woodhouse, L. J., Lacelle, M., Leroux, M., Girard, S., Feldman, D. E., Fernandes, J. C. (2013). Validation of an advanced practice physiotherapy model of care in an orthopaedic outpatient clinic. *BMC musculoskeletal disorders*, 14, 162. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-162>

Eccleston, Z., Eccleston, C. (2004). Interdisciplinary management of adolescent chronic pain: developing the role of physiotherapy. *Physiotherapy*, 90, 77–81.

Evans, C., Poku, B., Pearce, R., Eldridge, J., Hendrick, P., Knaggs, R., Blake, H., Yogeswaran, G., McLuskey, J., Tomczak, P., Thow, R., Harris, P., Conway, J., Collier, R. (2021). Characterising the outcomes, impacts and implementation challenges of advanced clinical practice roles in the UK: a scoping review. *BMJ open*, 11(8), e048171. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-048171>

Forgeron, P. A., King, S., Stinson, J. N., McGrath, P. J., MacDonald, A. J., Chambers, C. T. (2010). Social functioning and peer relationships in children and adolescents with chronic pain: A systematic review. *Pain research & management*, 15(1), 27–41. <https://doi.org/10.1155/2010/820407>

Friedrich, Yé, Zurakowski, D., Sieberg, C.B., Logan, D.E., Sethna, N. (2019). Evaluation of the Budapest Criteria. *Affiche présentée au International Symposium on Pediatric Pain*, Basel, Suisse.

Friedrichsdorf, S. J., Goubert, L. (2019). Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children. *Pain reports*, 5(1), e804. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000804>

Gagnon, R., Perreault, K., Berthelot, S., Matifat, E., Desmeules, F., Achou, B., Laroche, M. C., Van Neste, C., Tremblay, S., Leblond, J., Hébert, L. J. (2021). Direct-access physiotherapy to help manage patients with musculoskeletal disorders in an emergency department: Results of a randomized controlled trial. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 10.1111/acem.14237. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/acem.14237>

Gauntlett-Gilbert, J., Eccleston, C. (2007). Disability in adolescents with chronic pain: Patterns and predictors across different domains of functioning. *Pain*, 131(1-2), 132–141. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.12.021>

Gentile, D. et Boily, D. (2021, 23 novembre). Voici comment des physiothérapeutes peuvent aider à réduire l'attente en orthopédie. *Radio-Canada*, Repéré au <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1841864/orthopedie-chirurgie-physiotherapie-hopital-jean-talon-attente-acces?fbclid=IwAR28HXXIVLH7CYY4NRqLsliYuvw5j8L-oDXdzeuQ4JnR8OGrafcsONL06go>

Goebel, A., Barker, C., Birklein, F., Brunner, F., Casale, R., Eccleston, C., Eisenberg, E., McCabe, C. S., Moseley, G. L., Perez, R., Perrot, S., Terkelsen, A., Thomassen, I., Zyluk, A., Wells, C. (2019).

Standards for the diagnosis and management of complex regional pain syndrome: Results of a European Pain Federation task force. *European journal of pain (London, England)*, 23(4), 641–651. <https://doi.org/10.1002/ejp.1362>

Groenewald, C. B., Essner, B. S., Wright, D., Fesinmeyer, M. D., Palermo, T. M. (2014). The economic costs of chronic pain among a cohort of treatment-seeking adolescents in the United States. *The journal of pain*, 15(9), 925–933. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.06.00>

Groenewald, C. B., Law, E. F., Fisher, E., Beals-Erickson, S. E., Palermo, T. M. (2019). Associations Between Adolescent Chronic Pain and Prescription Opioid Misuse in Adulthood. *The journal of pain*, 20(1), 28–37. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.07.007>

Groupe consultatif national en physiothérapie (GCNP) (2017). Profil des compétences essentielles des physiothérapeutes au Canada (2017). 1-23. Repéré le 06-09-2021 à <https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/Profil-competences-essentielles-pht-1.pdf>

Groupe de travail canadien sur la douleur (2019). La douleur chronique au Canada : jeter les bases d'un programme d'action. *Publication Santé Canada*, 1-56. ISBN : 978-0-660-31748-9. https://physiotherapy.ca/sites/default/files/canadian_pain_task_force_june_2019_report_fr.pdf

Groupe de travail canadien sur la douleur (2020). Ce que nous avons entendu : Travailler ensemble pour mieux comprendre, prévenir et gérer la douleur chronique. *Publication Santé Canada*, 1-89. ISBN : 978-0-660-36396-7. https://publications.gc.ca/collections/collection_2020/sc-hc/H134-17-2020-fra.pdf

Groupe de travail canadien sur la douleur (2021). Un plan d'action pour la douleur au Canada. *Publication Santé Canada*, 1-26. ISBN : 978-0-660-38499-3. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/about-health-canada/public-engagement/external-advisory-bodies/canadian-pain-task-force/report-2021-rapport/report-rapport-2021-fra.pdf>

Harden, N. R., Bruehl, S., Perez, R., Birklein, F., Marinus, J., Maihofner, C., Lubenow, T., Buvanendran, A., Mackey, S., Graciosa, J., Mogilevski, M., Ramsden, C., Chont, M., Vatine, J. J. (2010). Validation of proposed diagnostic criteria (the "Budapest Criteria") for Complex Regional Pain Syndrome. *Pain*, 150(2), 268–274. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.04.030>

Harden, R. N., Oaklander, A. L., Burton, A. W., Perez, R. S., Richardson, K., Swan, M., Barthel, J., Costa, B., Graciosa, J. R., Bruehl, S., Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome Association (2013). Complex regional pain syndrome: practical diagnostic and treatment guidelines, 4th edition. *Pain medicine*, 14(2), 180–229. <https://doi.org/10.1111/pme.12033>

Harding, P., Prescott, J., Sayer, J., Pearce, A. (2015). Advanced musculoskeletal physiotherapy clinical education framework supporting an emerging new workforce. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*, 39(3), 271–282. <https://doi.org/10.1071/ah14208>

Harrison, L.E., Pate, J.W., Richardson, P.A., Ickmans, K., Wicksell, R.K., Simons, L.E. (2019). Best-Evidence for the Rehabilitation of Chronic Pain Part 1: Pediatric Pain. *J. Clin. Med.*, 8, 1267. <https://doi.org/10.3390/jcm8091267>

Hassett, A. L., Hilliard, P. E., Goesling, J., Clauw, D. J., Harte, S. E., Brummett, C. M. (2013). Reports of chronic pain in childhood and adolescence among patients at a tertiary care pain clinic. *The journal of pain*, 14(11), 1390–1397. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2013.06.010>

Higgins, A., Murphy, R., Downes, C., Varley, J., Begley, C., Elliott, N. (2020). Factors influencing the implementation of Epilepsy Specialist Nurse role: Using the Consolidation Framework for Implementation Research. *Journal of clinical nursing*, 29(7-8), 1352–1364. <https://doi.org/10.1111/jocn.15197>

Ho, I.K., Goldschneider, K.R., Kashikar-Zuck, S., Kotagal, U., Tessman, C., Jones, B. (2008). Healthcare utilization and indirect burden among families of pediatric patients with chronic pain. *J Musculoskelet Pain*, 16(3), 155–164.

Hoff, T., Prout, K., Carabetta, S. (2021). How teams impact patient satisfaction: A review of the empirical literature. *Health care management review*, 46(1), 75–85. <https://doi.org/10.1097/HMR.000000000000234>

Holley, A, L, Gaultney, W., Turner, H., Wilson, A. C., (2021). The Pediatric Pain Screening Tool (PPST) can Rapidly Identify Elevated Pain and Psychosocial Symptomatology in Treatment-Seeking

Youth with Acute Musculoskeletal Pain, *Journal of Pain*, Prépublication.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.06.012>

Hurtubise, K., Shanks, R., Benard, L. (2017) The Design, Implementation, and Evaluation of a Physiotherapist-Led Clinic for Orthopedic Surveillance for Children with Cerebral Palsy. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 37(4), 399-413,
<https://doi.org/10.1080/01942638.2017.1280869>

Igwesi-Chidobe, C. N., Bishop, A., Humphreys, K., Hughes, E., Protheroe, J., Maddison, J., Bartlam, B. (2021). Implementing patient direct access to musculoskeletal physiotherapy in primary care: views of patients, general practitioners, physiotherapists and clinical commissioners in England. *Physiotherapy*, 111, 31–39. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2020.07.002>

International Association for the Study of Pain (IASP) (2009). IASP Task Force on Wait-Times Summary and Recommendations. Repéré le 26-01-2021 à <https://www.iasp-pain.org/Guidelines?navItemNumber=648>.

International Pain Summit of the IASP (2011). Declaration of Montréal: declaration that access to pain management is a fundamental human right. *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy*, 25(1), 29–31. <https://doi.org/10.3109/15360288.2010.547560>

Kachko, L., Efrat, R., Ben Ami, S., Mukamel, M., Katz, J. (2008). Complex regional pain syndromes in children and adolescents. *Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society*, 50(4), 523–527. <https://doi.org/10.1111/j.1442-200X.2008.02625.x>

Katholi, B.R., Daghestani, S.S., Banez, G.A., Brady, K.K. (2014). Noninvasive treatments for pediatric complex regional pain syndrome: a focused review. *PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation*, 6(10), 926–933. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2014.04.007>

Kechichian, A. (2019). Évaluation des pratiques avancées en physiothérapie comme nouveau modèle de soins au sein d'une clinique de la douleur en gériatrie : résultats préliminaires d'une étude prospective observationnelle dans le contexte Québécois (Mémoire de maîtrise inédit). Sorbonne Université, Paris, France, Université de Montréal, Montréal, Qc.

Keith, R. E., Crosson, J. C., O'Malley, A. S., Crompton, D., & Taylor, E. F. (2017). Using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) to produce actionable findings: a rapid-cycle evaluation approach to improving implementation. *Implementation science*, 12(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0550-7>

King, S., Chambers, C. T., Huguet, A., MacNevin, R. C., McGrath, P. J., Parker, L., MacDonald, A. J. (2011). The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: A systematic review. *Pain*, 152(12), 2729-2738. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.016>

Kirk, M. A., Kelley, C., Yankey, N., Birken, S. A., Abadie, B., & Damschroder, L. (2015). A systematic review of the use of the consolidated framework for implementation research. *Implementation Science*, 11(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0437-z>

Kitzinger, J. (1995). Introducing Focus Groups. *BMJ: British Medical Journal*, 311(7000), 299–302. <http://www.jstor.org/stable/29728251>

Lacoursière, A. (2019, 1^{er} Juin). Pénurie de physiatres au Québec : les physiothérapeutes appelés en renfort. *LaPresse*, Repéré à <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2019-06-01/penurie-de-physiatres-au-quebec-les-physiotherapeutes-appelles-en-renfort>

Lafrance, S., Lapalme, J. G., Méquignon, M., Santaguida, C., Fernandes, J., Desmeules, F. (2020). Advanced practice physiotherapy for adults with spinal pain: a systematic review with meta-analysis. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 10.1007/s00586-020-06648-5. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00586-020-06648-5>

Leake, H. B., Moseley, G. L., Stanton, T. R., O'Hagan, E. T., Heathcote, L. C. (2021). What do patients value learning about pain? A mixed-methods survey on the relevance of target concepts after pain science education. *Pain*. Prépublication. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002244>

Lewandowski, A. S., Palermo, T. M., Stinson, J., Handley, S., Chambers, C. T. (2010). Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *The journal of pain*, 11(11), 1027–1038. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.04.005>

Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., Straker, L., Maher, C. G., O'Sullivan, P. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *British journal of sports medicine*, 54(2), 79–86. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878>

Liu, X., Liu, Z. Z., Yang, Y., Jia, C. X. (2021). Prospective associations of frequent pain symptoms with suicidal behavior in adolescents. *The journal of pain*. Prépublication. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.02.007>

Logan, D. E., Carpino, E. A., Chiang, G., Condon, M., Firn, E., Gaughan, V. J., Hogan, M., Leslie, D. S., Olson, K., Sager, S., Sethna, N., Simons, L. E., Zurakowski, D., Berde, C. B. (2012). A day-hospital approach to treatment of pediatric complex regional pain syndrome: initial functional outcomes. *The Clinical journal of pain*, 28(9), 766–774. <https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e3182457619>

Louw, A., Zimney, K., Puentedura, E. J., Diener, I. (2016). The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiotherapy theory and practice*, 32(5), 332–355. <https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1194646>

Low, A.K., Ward, K., Wines, A.P., (2007). Pediatric Complex Regional Pain Syndrome, *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 27(5), 567-572. <https://doi.org/10.1097/BPO.0b013e318070cc4d>

Médecins québécois pour le régime public (MQRP) (2021, 2 Novembre). Le guichet d'accès pour un médecin de famille : 10 façons pour vider le GAMF sans parler de rémunération. *Presse-toi à gauche!* Repéré à <https://www.pressegauche.org/Le-guichet-d-acces-pour-un-medecin-de-famille-10-facons-pour-vider-le-GAMF-sans>

Mesaroli, G., Ruskin, D., Campbell, F., Kronenberg, S., Klein, S., Hundert, A., Stinson, J. (2019). Clinical features of pediatric complex regional pain syndrome: A 5-year retrospective chart Review. *Clin J Pain*, 35(12), 933-940. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000759>

Mesaroli, G., Dean, G.C., Munns, C., Brown, S. (2021a). Diagnostic delay in pediatric complex regional pain syndrome (CRPS): Current problem and potential solutions. *Pediatric Pain Letter*, 23(1), 1-5. http://ppl.childpain.org/issues/v23n1_2021/v23n1_mesaroli.pdf

Mesaroli, G., Hundert, A., Birnie, K. A., Campbell, F., Stinson, J. (2021b). Screening and diagnostic tools for complex regional pain syndrome: a systematic review. *Pain*, 162(5), 1295–1304. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002146>

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (2019). Portrait organisationnel du réseau : Rôles et responsabilités partagés entre le MSSS et les établissements. Repéré le 16-05-2021 à <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/portrait-organisationnel/>

Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (2021). Continuum de soins et de services en douleur chronique : Orientations et lignes directrices 2021-2026. ISBN: 978-2-550-86253-6. Repéré le 11-11-2021 à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003204/?&date=DESC& sujet=douleur-chronique&critere=sujet>

Miró, J., McGrath, P. J., Finley, G.A., Walco, G.A. (2017). Pediatric chronic pain programs: current and ideal practice. *Pain Reports*, 2(5), e613. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/PR9.0000000000000613>

Moretto, N., Comans, T. A., Chang, A. T., O’Leary, S. P., Osborne, S., Carter, H. E., Smith, D., Cavanagh, T., Blond, D., Raymer, M. (2019). Implementation of simulation modelling to improve service planning in specialist orthopaedic and neurosurgical outpatient services. *Implementation Science*, 14(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0923-1>

Morris, J., Grimmer, K., Gilmore, L., Perera, C., Waddington, G., Kyle, G., Ashman, B., Murphy, K. (2014). Principles to guide sustainable implementation of extended-scope-of-practice physiotherapy workforce redesign initiatives in Australia: stakeholder perspectives, barriers, supports, and incentives. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 7, 249–258. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S59473>

Moseley G. L. (2003). A pain neuromatrix approach to patients with chronic pain. *Manual therapy*, 8(3), 130–140. [https://doi.org/10.1016/s1356-689x\(03\)00051-1](https://doi.org/10.1016/s1356-689x(03)00051-1)

Moseley, G. L., Butler, D. S. (2015). Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *The journal of pain*, 16(9), 807–813. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.05.005>

Murray, C. S., Cohen, A., Perkins, T., Davidson, J. E., Sills, J. A. (2000). Morbidity in reflex sympathetic dystrophy. *Archives of disease in childhood*, 82(3), 231–233. <https://doi.org/10.1136/adc.82.3.231>

Nicholas, M., Vlaeyen, J., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Giamberardino, M. A., Goebel, A., Korwisi, B., Perrot, S., Svensson, P., Wang, S. J., Treede, R. D., IASP Taskforce for the Classification of Chronic Pain (2019). The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*, 160(1), 28–37. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001390>

Noel, M., Groenewald, C. B., Beals-Erickson, S. E., Gebert, J. T., Palermo, T. M. (2016). Chronic pain in adolescence and internalizing mental health disorders: a nationally representative study. *Pain*, 157(6), 1333–1338. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000522>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], Collège des médecins du Québec [CMQ], Ordre des pharmaciens du Québec [OPQ] (2015). Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins. ISBN 978-2-89229-656-3. Repéré le 16-05-2021 à [Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins \(cmq.org\)](#)

Ó Mir, M., Cooney, C., O'Sullivan, C., Blake, C., Kelly, P., Kiely, P., Noel, J., Moore, D. (2016). The efficacy of an extended scope physiotherapy clinic in paediatric orthopaedics. *J Child Orthop*, 10, 169-175. <https://doi.org/10.1007/s11832-016-0725-9>

Ó Mír, M., O'Sullivan, C., Lennon, O., Blake, C. (2018). An evaluation of diagnostic agreement rates between advanced practice physiotherapists and paediatric orthopaedic consultants for children with musculoskeletal complaints. *Musculoskeletal Care*. 16(4), 433-439. <https://doi.org/10.1002/msc.1357>

Ó Mír, M., Rokicki, S., Lennon, O., O'Toole, P.O., Desmeules, F., O'Sullivan, C. (2019a). An Advanced Practice Physiotherapy Clinic in Paediatric Orthopaedics: A Cost Minimisation Analysis. *Physiotherapy Practice and research*, 40(2), 155 – 165.

Ó Mír, M., O' Sullivan, C., Blake, C., Lennon, O. (2019b). An Exploration of Parental Satisfaction With an Advanced Practice Physical Therapy Clinic in Pediatric Orthopedics. *Pediatric Physical Therapy*, 31(2), 192-199. <https://doi.org/10.1097/PEP.0000000000000586>

Ó Mír, M., Blake, C., Cunningham, C., Fennelly, O., O'Sullivan, C. (2021). Orthopaedic consultant surgeons perceptions of an advanced practice physiotherapy service in paediatrics: A qualitative study. *Musculoskeletal Care*. 19(2), 149–157. <https://doi.org/10.1002/msc.1508>

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) (2011). Les pratiques avancées en physiothérapie : une revue systématique de la littérature. ISBN 978-2-9812541-0-8. Repéré le 12-05-2021 à <https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/Pratiques-avancees-Revue-Litterature-2011.pdf>

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) (2021). Dossier santé Québec: accès autorisé aux professionnels de la physiothérapie. Repéré le 25-07-2021 à <https://oppq.qc.ca/membres/actualites-et-dossiers/acces-dossier-sante-quebec/>

Palermo, T. M. (2000). Impact of recurrent and chronic pain on child and family daily functioning: a critical review of the literature. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*, 21(1), 58–69. <https://doi.org/10.1097/00004703-200002000-00011>

Palermo, T. M., Valrie, C. R., Karlson, C. W. (2014). Family and parent influences on pediatric chronic pain: a developmental perspective. *The American psychologist*, 69(2), 142–152. <https://doi.org/10.1037/a0035216>

Palermo, T. M., Kashikar-Zuck, S., Friedrichsdorf, S. J., Powers, S. W. (2018). Special considerations in conducting clinical trials of chronic pain management interventions in children and adolescents and their families. *Pain reports*, 4(3), e649. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000649>

Palermo, T. M., Slack, M., Zhou, C., Aaron, R., Fisher, E., Rodriguez, S. (2019). Waiting for a Pediatric Chronic Pain Clinic Evaluation: A Prospective Study Characterizing Waiting Times and Symptom Trajectories. *The journal of pain*, 20(3), 339–347. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.09.009>

Pas, R., Meeus, M., Malfliet, A., Baert, I., Oosterwijck, S. V., Leysen, L., Nijs, J., Ickmans, K. (2018). Development and feasibility testing of a Pain Neuroscience Education program for children with

chronic pain: treatment protocol. *Brazilian journal of physical therapy*, 22(3), 248–253.
<https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2018.02.004>

Pate, J. W., Hush, J. M., Hancock, M. J., Moseley, G. L., Butler, D. S., Simons, L. E., Pacey, V. (2018). A Child's Concept of Pain: An International Survey of Pediatric Pain Experts. *Children (Basel, Switzerland)*, 5(1), 12. <https://doi.org/10.3390/children5010012>

Perez, R. S., Zollinger, P. E., Dijkstra, P. U., Thomassen-Hilgersom, I. L., Zuurmond, W. W., Rosenbrand, K. C., Geertzen, J. H., CRPS I task force (2010). Evidence based guidelines for complex regional pain syndrome type 1. *BMC neurology*, 10, 20. <https://doi.org/10.1186/1471-2377-10-20>

Perreault, K., Deslauriers, S., Hébert, L.J., Moffet, H., Hudon, A., Lauzon, P.Y., Toutant, M.E., Camden, C., Desmeules, F., Laliberté, M., Wideman, T.H., Feldman, D.E. (2019) Livre blanc sur l'accès aux services de physiothérapie au Québec : constats et cibles d'action pour mieux répondre aux besoins de la population. Association québécoise de la physiothérapie, Québec (QC). 36 p. Repéré à <http://hdl.handle.net/20.500.11794/38587>

Programme de physiothérapie de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal (2019). Profil de compétences du D.É.P.A. de physiothérapie avancée en neuro-musculosquelettique (NMS). [Plan de cours PHT 7402] Université de Montréal, Montréal, QC.

Robarts, S., Kennedy, D., MacLeaod, A.M., Findlay, H., Gollish, J. (2008). A framework for the development and implementation of an advanced practice role for physiotherapists that improves quality of care for patients. *Healthcare Quarterly*, 11(2), 67–75.
<https://doi.org/10.12927/hcq.2008.19619>

Robins, H., Perron, V., Heathcote, L. C., Simons, L. E. (2016). Pain Neuroscience Education: State of the Art and Application in Pediatrics. *Children*, 3(4), 43. <https://doi.org/10.3390/children3040043>

Ruhe, A., Wager, J., Schmidt, P., Zernikow, B. (2013). Economic effects of chronic pain in childhood and adolescence: self-assessment of health care costs for affected families before and after a multidisciplinary inpatient pain therapy. *Schmerz (Berlin, Germany)*, 27(6), 577–587.
<https://doi.org/10.1007/s00482-013-1374-2>

Safaeinili, N., Brown-Johnson, C., Shaw, J. G., Mahoney, M., Winget, M. (2019). CFIR simplified: Pragmatic application of and adaptations to the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) for evaluation of a patient-centered care transformation within a learning health system. *Learning health systems*, 4(1), e10201. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10201>

Sarda, M., Trottier, M.P. (2020). Pratiques avancées en physiothérapie orthopédique pédiatrique : améliorer l'accès à la clinique de démarche. *Physio-Québec*, 46(2), 19-22. https://oppq.qc.ca/wp-content/uploads/5800_OPPQ_PhysioQC_AutHiv2019_Web2.pdf

Scottish Government (2018). Management of Chronic Pain in Children and Young People A National Clinical Guideline: March 2018. *Publication The Scottish Government*, 1-69. ISBN: 978-1-78851-715-7. Repéré le 24-01-2021 à <https://www.gov.scot/publications/management-chronic-pain-children-young-people/>

Shaw, B. R., Heywood, S. E., Page, C. J., Phan, U. M., Harding, P. A., Walter, K., Terrill, D. L., Granger, C. L. (2018). Advanced musculoskeletal physiotherapy: Barriers and enablers to multi-site implementation. *Musculoskeletal care*, 16(4), 440–449. <https://doi.org/10.1002/msc.1358>

Sherry, D. D., Wallace, C. A., Kelley, C., Kidder, M., Sapp, L. (1999). Short- and long-term outcomes of children with complex regional pain syndrome type I treated with exercise therapy. *Clin J Pain*, 15(3), 218-223. <https://doi.org/10.1097/00002508-199909000-00009>

Sil, S., Cohen, L. L., Dampier, C. (2019). Pediatric pain screening identifies youth at risk of chronic pain in sickle cell disease. *Pediatric blood & cancer*, 66(3), e27538. <https://doi.org/10.1002/pbc.27538>

Simons, L. E., Sieberg, C. B., Claar, R. L. (2012). Anxiety and impairment in a large sample of children and adolescents with chronic pain. *Pain research & management*, 17(2), 93–97. <https://doi.org/10.1155/2012/420676>

Simons, L. E.; Smith, A.; Ibagon, C.; Coakley, R. M.; Logan, D. E.; Schechter, N.; Borsook, D.; Hill, J. C. (2015). Pediatric Pain Screen Tool (PPST): Rapid identification of risk in youth with pain complaints. *Pain*, 156(8), 1511–1518. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000199>

Simons, L. E., Vlaeyen, J., Declercq, L., Smith, A. M., Beebe, J., Hogan, M., Li, E., Kronman, C. A., Mahmud, F., Corey, J. R., Sieberg, C. B., Ploski, C. (2020). Avoid or engage? Outcomes of graded exposure in youth with chronic pain using a sequential replicated single-case randomized design. *Pain*, 161(3), 520–531. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001735>

Smith, T., Harris, J., Woznitza, N., Maresse, S., Sale, C. (2015). Conceptualisation of the characteristics of advanced practitioners in the medical radiation professions. *Journal of medical radiation sciences*, 62(3), 204–211. <https://doi.org/10.1002/jmrs.115>

Solutions for Kids in Pain (SKIP) (2020). SKIP Regional Hubs & Affiliates. Repéré le 11-11-2021 à <https://kidsinpain.ca/locations/>

Speerin, R., Slater, H., Li, L., Moore, K., Chan, M., Dreinhöfer, K., Ebeling, P. R., Willcock, S., Briggs, A. M. (2014). Moving from evidence to practice: Models of care for the prevention and management of musculoskeletal conditions. *Best practice & research. Clinical rheumatology*, 28(3), 479–515. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2014.07.001>

Stanford, E. A., Chambers, C. T., Biesanz, J. C., Chen, E. (2008). The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: a population-based approach. *Pain*, 138(1), 11–21. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.10.032>

Stanton-Hicks M. (2010). Plasticity of complex regional pain syndrome (CRPS) in children. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, 11(8), 1216–1223. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.00910.x>

Stinson, J., Connelly, M., Kamper, S. J., Herlin, T., Toupin April, K. (2016). Models of Care for addressing chronic musculoskeletal pain and health in children and adolescents. *Best practice & research. Clinical rheumatology*, 30(3), 468–482. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2016.08.005>

Tan, E. C., Zijlstra, B., Essink, M. L., Goris, R. J., Severijnen, R. S. (2008). Complex regional pain syndrome type I in children. *Acta paediatrica*, 97(7), 875–879. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00744.x>

Tawiah, A.K., Desmeules, F., Wieler, M., Finucane, L., Lewis, J., Woodhouse, L.J., Stokes, E., (2021) Advanced Practice in Physiotherapy: A Global Survey. *Physiotherapy*, doi: <https://doi.org/10.1016/j.physio.2021.01.001>

Taylor-Powell, E. Henert, E. University of Wisconsin-Extension, Program Development and Evaluation. (2008). Developing a logic model : Teaching and training guide. Repéré le 15-03-2021 à <https://fyi.uwex.edu/programdevelopment/files/2016/03/lmguidecomplete.pdf>

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (UÉTMIS-CHUS) (2011). Évaluation des cliniques interdisciplinaires musculosquelettiques en orthopédie : le modèle du CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable. ISBN 978-2-9807538-8-6. Repéré le 25-05-2021 à https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Professionnels/UETMISSS/2011/Evaluation_muscolo_CSSS_AE_26-04-2011_UETMIS_CHUS.pdf

Université de Montréal. (2021). D.E.P.A. de physiothérapie avancée en neuro-musculosquelettique. Repéré le 15-11-2021 à <https://admission.umontreal.ca/programmes/depa-de-physiotherapie-avancee-en-neuro-musculosquelettique/>

Valrie, C. R., Bromberg, M. H., Palermo, T., Schanberg, L. E. (2013). A systematic review of sleep in pediatric pain populations. *Journal of developmental and behavioral pediatrics : JDBP*, 34(2), 120–128. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31827d5848>

Vervoort, T., Logan, D. E., Goubert, L., De Clercq, B., Hublet, A. (2014). Severity of pediatric pain in relation to school-related functioning and teacher support: an epidemiological study among school-aged children and adolescents. *Pain*, 155(6), 1118–1127. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.02.021>

Vescio, A., Testa, G., Culmone, A., Sapienza, M., Valenti, F., Di Maria, F., Pavone, V. (2020). Treatment of Complex Regional Pain Syndrome in Children and Adolescents: A Structured Literature Scoping Review. *Children (Basel, Switzerland)*, 7(11), 245. <https://doi.org/10.3390/children7110245>

Weissmann, R., Uziel, Y. (2016). Pediatric complex regional pain syndrome: a review. *Pediatric rheumatology online journal*, 14(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s12969-016-0090-8>

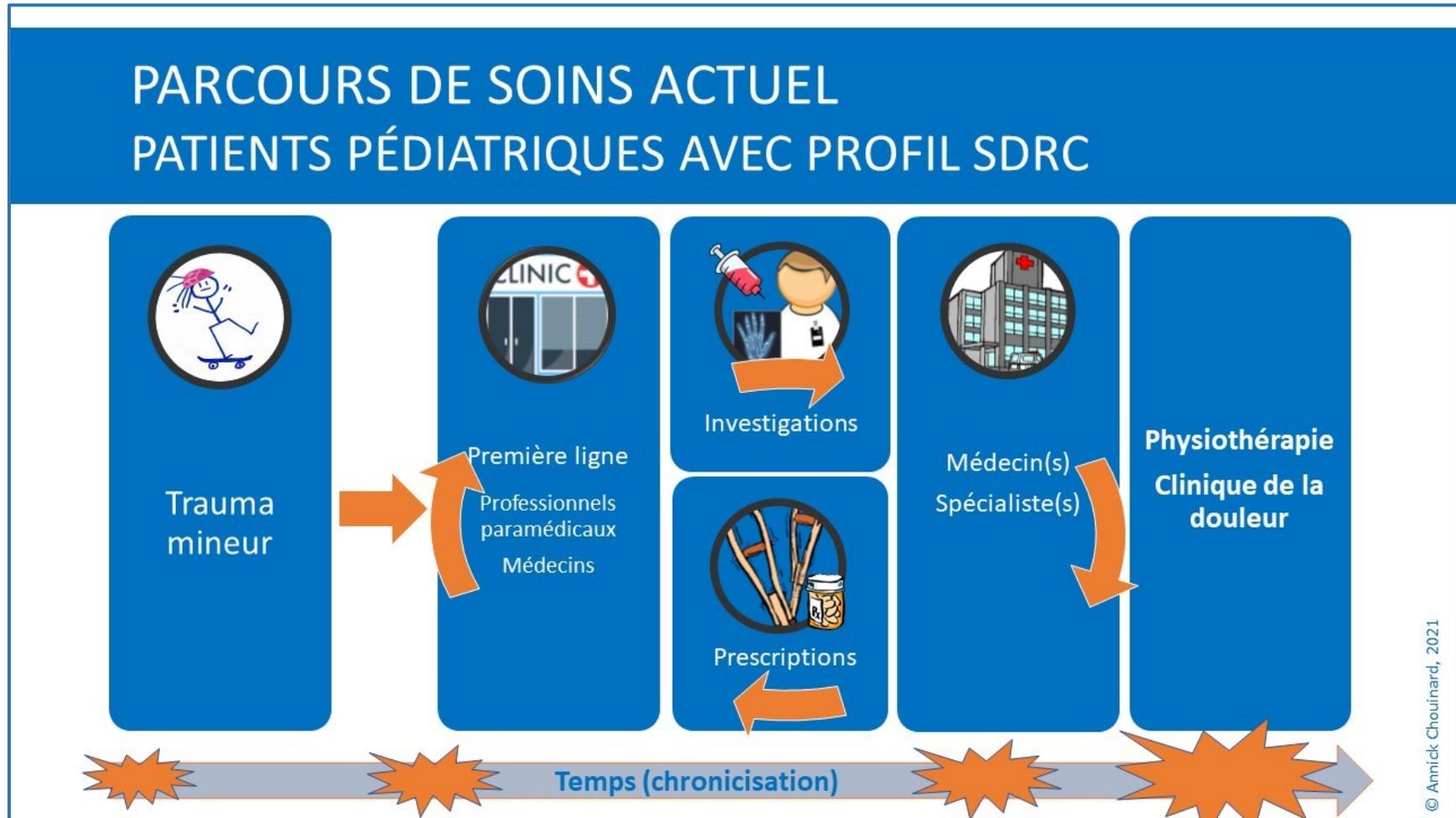
W.K. Kellogg Foundation (2004). Logic Model Development Guide: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action. Repéré le 16-03-2021 à <https://www.wkcf.org/resource-directory/resources/2004/01/logic-model-development-guide>

World Health Organization (WHO) (2020). Guidelines on the management of chronic pain in children. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 1-42. ISBN 978-92-4-001787-0. Repéré le 25-01-2021 à <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017870>

World Physiotherapy (2019). Advanced physical therapy practice: Policy statement. London, U.K., World Physiotherapy, Repéré le 16-02-2021 à <https://world.physio/sites/default/files/2020-07/PS-2019-APTP.pdf>

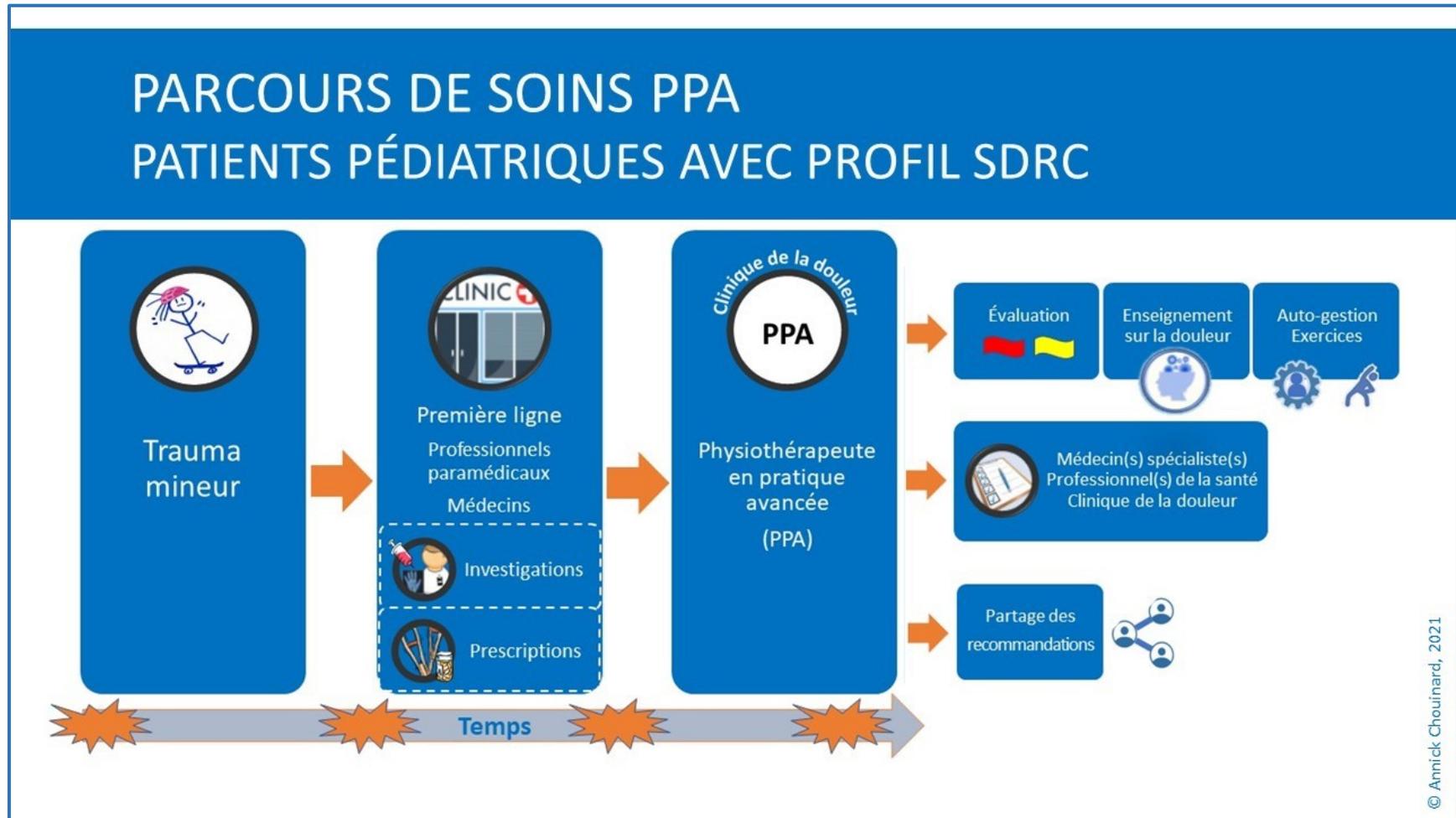
Annexes

Annexe 1 – Parcours de soins actuel des patients pédiatriques avec un profil de SDRC au CHUSJ



Retour au point : 2.1

Annexe 2 – Parcours de soins des patients pédiatriques avec un profil de SDRC - PPA



Retour au point : 2.2

Annexe 3 – Caractéristiques de professionnels en pratique avancée

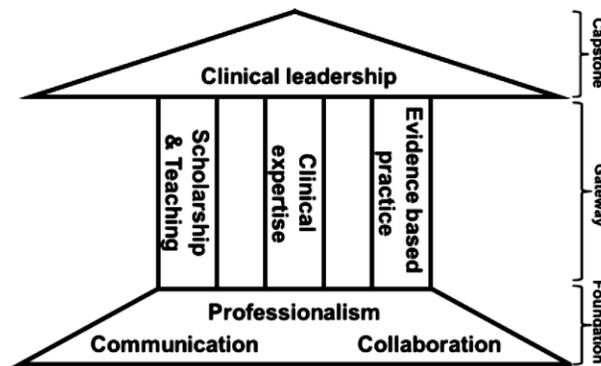


Figure 1. A conceptual model of advanced practice relevant to the medical radiation professions.

Smith et al., *J Med Radiat Sci*, 2015; 62(3) : 206.

Table 1. Examples of key competencies and evaluation criteria for advanced practitioners.

Characteristics	Competencies	Evaluation and evidence
Foundation		
Communication	<ul style="list-style-type: none"> Establishes supportive relationships with patients and carers Elicits and uses relevant information Empathises with patients, regardless of their background Discusses and provides appropriate information with/to patients, carers and other health care providers 	<ul style="list-style-type: none"> Peer review and performance appraisal Patient testimonials Professional portfolio
Collaboration	<ul style="list-style-type: none"> Shares knowledge and information with other members of the health care team Participates in interprofessional activities and contributes to the overall effectiveness of the team 	<ul style="list-style-type: none"> Peer review and performance appraisal Professional portfolio
Professionalism	<ul style="list-style-type: none"> Delivers optimum quality care Displays integrity, honesty and compassion Acts according to social, legal and ethical codes of conduct Engages in professional activities and behaviours 	<ul style="list-style-type: none"> Peer review and performance appraisal Professional portfolio Professional memberships and affiliations
Gateway		
Clinical expertise	<ul style="list-style-type: none"> High level clinical skills to effectively and ethically manage the care of patients within relevant scope of practice Gathers, synthesises and applies relevant clinical data and information Effectively manages complexity Recognises boundaries and limitations Effective clinical consultation skills 	<ul style="list-style-type: none"> Position description Peer review and performance appraisal Professional portfolio
Scholarship and teaching	<ul style="list-style-type: none"> High level academic knowledge and skills Participates and records continuing professional development (CPD) Facilitates learning of patients, students, colleagues and other health professionals 	<ul style="list-style-type: none"> Academic award(s) CPD record Teaching portfolio Participant evaluation of teaching
Evidence based practice	<ul style="list-style-type: none"> Understands and can articulate research design and methodology Applies the principles of critical appraisal of research literature Translates new knowledge into practice 	<ul style="list-style-type: none"> Research track record Conference presentations Peer-reviewed publications
Capstone		
Clinical leadership	<ul style="list-style-type: none"> Accepts responsibility for personal and team performance Advocates for the health and wellbeing of patients and the community Mentors and advocates for colleagues Participates in and influences strategic planning and development 	<ul style="list-style-type: none"> Peer review and performance appraisal Community service portfolio Board/committee representation

Retour au point : 2.3

Smith et al., *J Med Radiat Sci*, 2015; 62(3) : 207.

Annexe 4 – Courriel

January/February 2020

Hello insert name of person here,

My name is Annick Chouinard, I am a physiotherapist from Sainte-Justine Pediatric Hospital in Montreal with an interest in chronic pain.

I am currently looking at the possibility of developing an advanced physiotherapy practice or extended scope of practice model of care for pediatric patients with chronic pain.

Do you have experience with such models with respect to the chronic pain population? What is the present principal mode of referral for pediatric patients who experience chronic pain to physiotherapists working in hospitals in your country? Do you have advance practice physiotherapists, physiotherapists imbedded within pain clinic models or use another model of care?

Looking forward to hearing from you. Thank you for your help.

Annick Chouinard pht
Physiothérapeute Pédiatrie Intégrée, Clinique de la douleur CHUSJ
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine



Retour au point : 2.4.1

Annexe 5 – Exemption d’une approbation éthique du C.E.R.C.E.S. de l’Université de Montréal



Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

Le 30 mars 2021

Mme. Anne Hudon
Professeure adjointe,
Programmes de physiothérapie,
École de Réadaptation, Faculté de Médecine

OBJET : | **Activité exemptée d'une approbation éthique**

Madame,

Le *Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé* (CERSES) de l'Université de Montréal, suite à votre discussion avec Mme Virginie Lecourt le 24 mars 2021, a pris connaissance du document transmis le vendredi 26 mars 2021, soit la description du projet d'amélioration du modèle de soin visant à assurer le suivi et la prise en charge des enfants et adolescents aux prises avec des douleurs chroniques.

Selon l'article 2.5 de l'Énoncé de Politique des trois conseils (EPTC2), politique commune des trois organismes de recherche fédéraux visant à promouvoir la conduite éthique de la recherche avec des êtres humains, « (l)es études consacrées à l'assurance de la qualité et à l'amélioration de la qualité, les activités d'évaluation de programmes et les évaluations de rendement, ou encore les examens habituellement administrés à des personnes dans le contexte de programmes d'enseignement, s'ils servent exclusivement à des fins d'évaluation, de gestion ou d'amélioration, ne constituent pas de la recherche au sens de la Politique et ne relèvent donc pas de la compétence des CER ».

Selon les informations que vous avez soumises au comité, votre projet se classe dans la catégorie décrite au paragraphe précédent et est donc une activité exemptée de l'évaluation par un comité d'éthique de la recherche.

La présente constitue une décision officielle du CERSES. Toute modification à votre projet qui impliquerait de nouveaux participants ou de nouvelles collectes de données devrait être préalablement soumise au CERSES afin de déterminer la nécessité d'obtenir une approbation éthique.

Nous vous prions, Madame, d'accepter nos salutations les meilleures.

Madame Julie Allard, Ph.D.
Conseillère en éthique de la recherche
Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)
Université de Montréal

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3333 Queen-Mary
2e étage, bur. 220
Montréal QC H3V 1A2

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
cerses@umontreal.ca
www.cerses.umontreal.ca

Retour au point : 2.7

Annexe 6 – Questionnaire d’entrevue semi-structurée

Groupes de discussion (focus group) clinique de la douleur et psychiatres

Thèmes⁶

1. Compréhension du rôle physiothérapeute en pratique avancée-(PPA) ^{IV}
 - a. Dans vos propres mots, dites-moi ce qu’est, pour vous, un PPA (définition, rôle, formation, etc.)?
 - b. Décrivez le rôle que le PPA devrait jouer dans le triage et la prise en charge des patients pédiatriques atteints du syndrome douloureux régional complexe (SDRC).
 - c. Selon vous, quelles seraient les limites ou les difficultés auxquelles pourrait être confronté un PPA face à ce rôle auprès des SDRC et comment pourrait-il y pallier?
2. Perception générale du nouveau modèle de soins et enjeux éthiques ^{I, II, III}
 - a. Selon vous, est-ce que le nouveau modèle de soins pourrait être bénéfique pour les jeunes atteints du SDRC?
 - i. Comment pensez-vous que nous pourrions bonifier cette approche?
 - b. Selon vous, quels effets pourraient découler d’un tel modèle de soins?
 - i. Positifs?
 - ii. Délétères? Enjeux de sécurité pour les patients? Enjeux éthiques?
3. Ressources requises ^{III}
 - a. Quelle formation supplémentaire le PPA devrait-il posséder afin d’occuper son rôle auprès de la clientèle atteinte du SDRC?
 - i. Seriez-vous prêt à offrir au futur PPA une formation de type monitorat/fellowship dans votre spécialité?
 - b. Quelles compétences le PPA devrait-il posséder afin d’occuper son rôle auprès de la clientèle atteinte du SDRC?
4. Efficacité du modèle de soins PPA SDRC pédiatrique ^{I, II, III}
 - a. Selon vous, est-ce que l’ajout d’un PPA aura un impact sur l’offre de service pour les patients pédiatriques atteints du SDRC?
 - b. Selon vous, est-ce que l’ajout d’un PPA aura un impact sur l’offre de service et les ressources de votre département?
 - c. Comment pensez-vous que cette offre de service pourrait être intégrée à même les services actuels (les leviers, les freins, etc.)?
5. Processus d’implantation – Planification ^V
 - a. Quelles collaborations seront essentielles au PPA dans un contexte de SDRC pédiatrique (cogestion médicale, corridors de soins préétablis pour références aux spécialités médicales)?
 - i. Comment sont triés et priorisés les cas de SDRC dans votre département?
6. Commentaires additionnels
 - a. Avez-vous d’autres commentaires, des questions à poser?
 - b. Y a-t-il des points dont nous n’avons pas discuté et que vous auriez aimé aborder?

Retour au point : 3.2.3

⁶ Basé sur les construits théoriques de Damschroder et al., 2009 :

I. Caractéristiques de l’intervention, II. Cadre externe, III. Cadre interne, IV. Caractéristiques des individus, V. Processus d’implantation

Annexe 7 – Requête de physiothérapie PPA, clinique de la douleur (externe)

Requête de physiothérapie PPA, clinique de la douleur (externe) Formulaire de triage

Patients de ≤ 18 ans

Pour les patients de plus de 18 ans, veuillez les référer à la clinique de douleur chronique adulte de votre région.

Veuillez compléter ce formulaire en entier, ceci nous aidera à procéder au triage le plus approprié (niveau de sévérité, services professionnels requis).

Informations démographiques	
Nom et prénom du patient : _____	Noms et prénoms des parents : Mère : _____ Père : _____
RAMQ : _____	Téléphone(s) : Mère : _____ Père : _____
DDN : _____	Courriel(s) : _____
Adresse(s) : _____ _____ _____	_____ _____ _____

Référent	Médecin de famille/Pédiatre
Nom du référent :	Nom du médecin de famille/pédiatre (si applicable) :
Téléphone :	Téléphone :
Courriel :	Courriel :
Adresse : _____ _____ _____	Adresse : _____ _____ _____

Cocher la case la plus appropriée :

▪ **Consultation avec physiothérapeute en pratique avancée (PPA)**

Patients avec SDRC, suspicion de SDRC ou profil de SDRC (cause(s) pathologique(s) exclue(s))

▪ **Clinique interdisciplinaire de la douleur**

Patients avec douleurs musculosquelettiques, douleurs neuropathiques, douleurs diffuses

Patients avec douleurs abdominales, maux de tête

Patients avec condition(s) associée(s) : anémie falciforme, arthrite juvénile idiopathique, autisme et ou déficience intellectuelle ne permettant pas une participation active aux traitements, diagnostic oncologique, diagnostic psychiatrique, lombalgie, radiculopathie, syndrome neurologique ainsi que les patients qui sont non verbaux, etc.

Condition(s) associée(s)/ATCD(s):

Condition psychiatrique : Non, Oui, si oui cochez ce qui est applicable ci-bas :

Anxiété

Bipolarité

Dépression

Idéations suicidaires

TDAH

Trouble alimentaire

Trouble de conversion

Trouble de personnalité limite

TSA

Autre :

Est-ce que le patient a un suivi actif pour ce problème ? Non, Oui

Nom du médecin assurant le suivi : _____

Allergie(s) : _____

▪ **Durée des douleurs :**

< 6 semaines, ≥ 6 semaines, ≥ 3 mois, ≥ 6 mois, ≥ 12 mois

La douleur affecte :

le sommeil l'humeur la qualité de vie les activités quotidiennes la douleur est une cause d'absentéisme scolaire

HMA :

Imagerie médicale (RX, IRM, CT scan, écho, ...) :

Test(s) de laboratoire :

Traitement(s) médicaux :

Médicaments et dosages :

Infiltrations

Blocs régionaux : Type : _____ Date : _____

Autre(s) : _____

Traitement(s) en cours ou essayé(s) dans le passé :

Traitement(s) physique(s) :

Acupuncture

Chiropractie

Ergothérapie

Ostéopathie

Physiothérapie

Massage

Autre : _____

Traitement(s) psychologique(s) :

Méditation

Pleine conscience (Mindfulness)

Thérapie cognitivo-comportementale
(Cognitive-Behavioural Therapy - CBT)

Thérapie d'acceptation et d'engagement
(Acceptance Commitment Therapy - ACT)

Relaxation

Autre(s) : _____

Autres professionnels de la santé impliqués et leurs noms :

CLSC impliqué ? Non, Oui, si oui, nom de l'intervenant pivot : _____

T.S. impliqué ? Non, Oui, si oui, nom de l'intervenant social : _____

Langue parlée autre que le Français ou l'Anglais : _____

Interprète requis ? Non, Oui

Signature : _____

Numéro de permis : _____

Date : _____

Adapté de la requête du CHEO (2016), <https://www.cheo.on.ca/en/clinics-services-programs/resources/Documents/Chronic-pain/CHEO-Referral-Transition-Chronic-Pain-Clinic-Sept-22-16-CHEOWeb.pdf>

Retour au point : 4.2.3

Annexe 8 – Pediatric Pain Screening Tool (PPST)

PPST items

Physical subscale

My pain is in more than one body part

I can only walk a short distance because of my pain

It is difficult for me to be at school all day

It is difficult for me to fall asleep and stay asleep at night

Psychosocial subscale

It's not really safe for me to be physically active

I worry about my pain a lot

I feel that my pain is terrible and it's never going to get any better

In general, I don't have as much fun as I used to

Overall, how much has pain been a problem in the last 2 weeks?⁺

Note. ⁺For this item, patients respond "not at all", "a little", "some", "a lot", and "a whole lot." Responses of "a lot" and "a whole lot" are in the agree column and coded as endorsement of bothersomeness for the total scale.

Simons et al., *Pain*, 2015 ; 156(8) : 1512.

Traduction libre du Pediatric Pain Screening Tool

Outil de triage de la douleur pédiatrique

PPST (1 point / item)	
Dimension physique	
Ma douleur est présente dans plus d'une partie de mon corps	
Je peux seulement marcher sur une courte distance à cause de ma douleur	
C'est difficile pour moi d'être à l'école toute la journée	
C'est difficile pour moi de m'endormir et de rester endormi la nuit	
Dimension psychologique	
Ce n'est pas sécuritaire pour moi d'être actif physiquement	
Ma douleur m'inquiète beaucoup	
Je ressens que ma douleur est terrible et qu'elle ne s'améliorera jamais	
En général, je n'ai plus autant de plaisir qu'avant	
Globalement, à quel point la douleur a été un problème dans les 2 dernières semaines?	
Pas du tout	Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

Retour au point : 4.2.3

Annexe 9 – Interprétation de la cotation du Pediatric Pain Screening Tool (PPST)

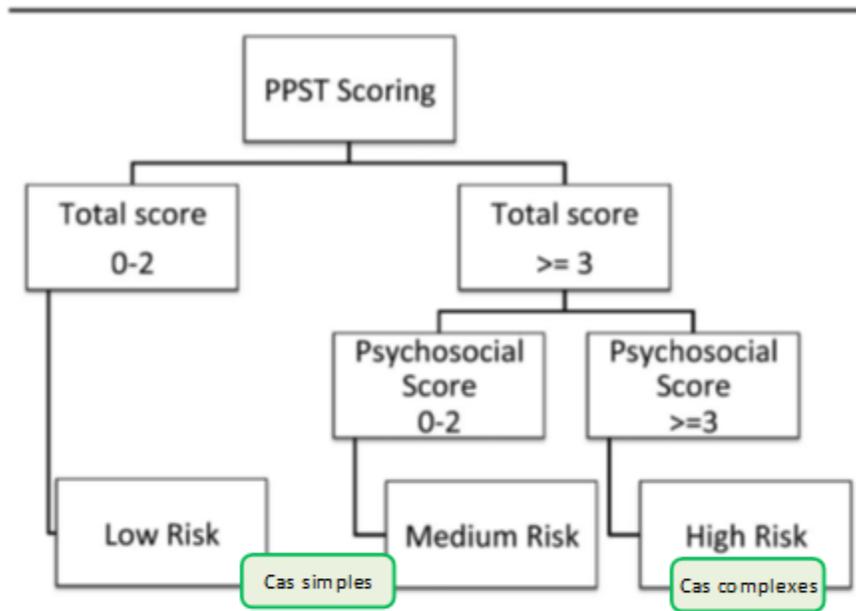


Figure 2. Pediatric Pain Screening Tool scoring rubric.

Simons et al., *Pain*, 2015 ; 156(8) : 1515.

Cas simples : bas risque au PPST et/ou selon jugement clinique du PPA
 Cas complexes : risque moyen et élevé et/ou selon jugement clinique du PPA

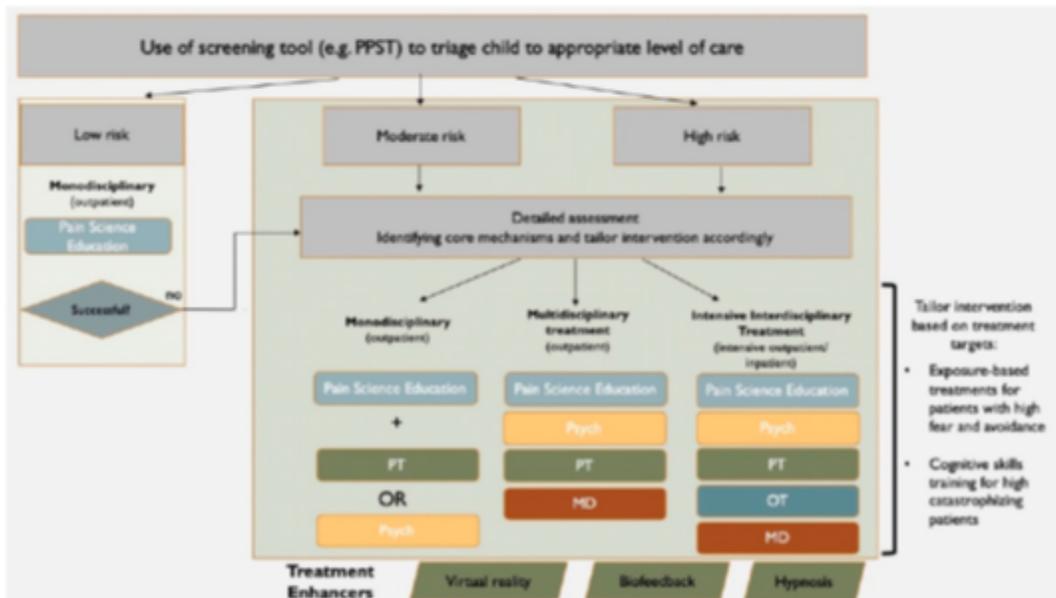


Figure 1. Schematic overview of Potential Future Directions for Clinical Practice. PPST = Pediatric Pain Screening Tool; PT = Physical Therapy; Psych = Psychology; MD = Medical Doctor; OT = Occupational Therapist.

Harrison et al., *J. Clin. Med.*, 2019 ; 8 : 1267.

Retour au point : 4.2.3

Annexe 10 – Description de tâches du physiothérapeute en pratique avancée

Physiothérapeute en pratique avancée (PPA) en SDRC pédiatrique

Description du poste de PPA

Le ou la physiothérapeute en pratique avancée en SDRC pédiatrique œuvre au sein de la clinique de la douleur et travaille dans un modèle de soins interprofessionnel et collaboratif avec le patient ou la patiente et sa famille, les référent(e)s, ainsi que les parties prenantes dans la vie de cette clientèle. C'est un ou une physiothérapeute avec des connaissances et des habiletés rehaussées dans les domaines neuro-musculosquelettique et de la douleur. Le ou la PPA en SDRC pédiatrique possède et démontre une excellente capacité à vulgariser des connaissances de haut niveau sur la douleur; les facteurs biopsychosociaux qui contribuent à la chronicisation et aux déficits; l'impact que peut occasionner la douleur sur les jeunes et leur famille; ainsi que les options de traitement du SDRC telles que l'approche cognitivo-comportementale en psychologie, la médication et les approches de traitements conservateurs offerts en physiothérapie et par les autres professions paramédicales et médicales. L'accent sera mis sur l'évaluation complète, le triage et l'enseignement aux patient(e)s et à leur famille présentant des signes et symptômes de SDRC dans un contexte de soins tertiaires. Le ou la PPA participera à améliorer le parcours de soins du patient ou de la patiente atteint du SDRC par son mandat élargi, son accès direct, son expertise, son travail collaboratif, ses activités d'enseignement aux patient(e)s, aux familles et aux professionnel(le)s de la santé, ses aptitudes pour identifier des besoins de recherche, son implication dans le développement et l'implantation des meilleures pratiques ainsi que par son leadership professionnel et organisationnel. Le ou la PPA contribuera à augmenter l'accès aux soins, maximiser l'utilisation des ressources humaines et fournir des interventions centrées sur les besoins du patient ou de la patiente et de sa famille.

Le rôle de PPA en SDRC pédiatrique en est un à caractère évolutif qui sera amené à changer (s'adapter) selon les besoins des patient(e)s et de leur famille, le contexte organisationnel et politique, les réglementations en vigueur et les nouvelles évidences scientifiques.

Exigences

- Détenir une maîtrise en physiothérapie ou équivalent.
- Avoir complété un D.É.P.A. ou microprogramme de physiothérapie avancée en neuro-musculosquelettique ou un programme de formation équivalent.
- Posséder au moins 5 ans d'expérience clinique en douleur chronique ou auprès d'une clientèle atteinte du SDRC.

- Bénéficier d'une expérience de travail en pratique avancée dans un centre hospitalier tertiaire, en clinique de la douleur, ou en pédiatrie sont des atouts.
- Être membre de l'Ordre de la physiothérapie du Québec (OPPQ).
- Être membre de l'IASP ou de la division Science de la douleur de l'Association canadienne de physiothérapie.

Rôles et responsabilités

Expertise

- Évaluer la douleur, son impact sur la vie quotidienne et la fonction du patient ou de la patiente.
- Effectuer le dépistage des pathologies et drapeaux rouges qui constituent des urgences médicales et drapeaux jaunes des urgences psychologiques (ex. : idéations suicidaires).
- Juger de la pertinence d'une référence en spécialité médicale et à d'autres professionnel(le)s de la santé.
- Émettre une impression clinique physiothérapique par l'identification du type de douleur et des facteurs biopsychosociaux concomitants quant au niveau de risque de chronicisation et référer le patient ou la patiente vers les ressources appropriées.
- Identifier les patients ou patientes qui bénéficieraient d'une prescription ou d'une optimisation de leur(s) médication(s) et/ou d'imagerie (afin d'éliminer les drapeaux rouges) et communiquer avec le ou la médecin de garde de la clinique de la douleur ou avec le ou la médecin de famille des patients ou patientes concerné(e)s à cet égard.
- Prendre en charge des cas de SDRC modérés et sévères en physiothérapie en collaboration avec le ou la psychologue ou l'équipe de la clinique de la douleur.
- Enseigner au patient ou à la patiente et sa famille (enseignement sur la neurophysiologie de la douleur, la ou les structure(s) affecté(es)), rassurer, fournir des outils d'auto-gestion de la douleur et encourager celle-ci, fournir des recommandations sur l'activation progressive, fournir des conseils sur le sommeil et l'hygiène de vie.

Collaboration

- Établir un plan de soins individualisé en partenariat avec le patient ou la patiente et sa famille.
- Collaborer avec les collègues physiothérapeutes ainsi que les intervenant(e)s de la clinique de la douleur afin de concevoir des outils d'enseignement communs pour les patients et les patientes et d'établir les besoins de formation pour le rôle de PPA.
- Collaborer avec les médecins spécialistes, l'infirmier(ère) et le ou la pédiatre ou l'anesthésiste de la clinique de la douleur lors de discussions et de références de cas complexes nécessitant une optimisation de la médication, une/des investigation(s) médicale(s) (imagerie, tests de

laboratoire) et ou une précision du diagnostic médical et ou une prise en charge par la clinique de la douleur ou en spécialité médicale.

- Collaborer avec les partenaires paramédicaux auxquels le ou la PPA réfère des patient(e)s pour une prise en charge (physiothérapeutes, physiothérapeutes en rééducation périnéale, ergothérapeutes, travailleurs ou travailleuses sociaux, psychologues).
- Collaborer avec les intervenant(e)s de la clinique de la douleur à élaborer et fixer des objectifs pour une prise en charge de qualité orientée vers le patient ou la patiente et sa famille des patient(e)s atteints du SDRC et de douleurs chroniques pédiatriques.

Gestion

- Agir à titre d'intervenant ou d'intervenante de première ligne d'une clinique spécialisée pour les patient(e)s qu'il ou qu'elle évalue.
- Organiser les références pour une prise en charge par d'autres professionnel(le)s de la santé et des médecins spécialistes.
- Faire la liaison avec les référent(e)s (partage d'informations sur le rôle du ou de la PPA et collaboration au plan de soins du patient ou de la patiente par consultation clinique).
- Créer des liens avec les partenaires afin de bâtir un réseau vers qui certains patient(e)s seront référé(e)s afin d'assurer la continuité des soins.
- Collaborer avec le ou la cheffe du service de physiothérapie afin d'établir un plan pour la relève et la rétention des PPA.

Leadership

- Agir à titre d'agent ou d'agente de changement dans l'établissement et à l'extérieur du CHUSJ afin de promouvoir le rôle de la physiothérapie en pratique avancée et de la physiothérapie pour la clientèle atteinte du SDRC et de douleurs chroniques chez les médecins référent(e)s et la population québécoise.
- Concevoir, organiser et participer à des activités de transfert de connaissances (Knowledge translation) aux collègues du CHUSJ et du réseau de santé sous forme de consultations pour les cas complexes, de mentorat et d'activités formelles de formation.
- Participer au développement et à l'implantation du modèle de soins de PPA en SDRC pédiatrique et de tout autre modèle de soins similaire/dérivé afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins à la population.

Érudition

- Participer à l'élaboration, l'évaluation, les réévaluations et les ajustements du nouveau modèle de soins (cycle "PLAN-DO-ACT").
- Développer des guides de pratique et des algorithmes interdisciplinaires de prise en charge du SDRC pédiatrique fondés sur des revues de littérature des données probantes actuelles.

- Offrir du support professionnel (projet de consultations en ligne ECHO, partage d'outils cliniques, utilisation de la simulation dans le cadre d'activités d'enseignement).
- Participer à et instiguer des projets de recherche portant sur les douleurs chroniques pédiatriques et la pratique avancée au niveau local, national et international.
- Évaluer de façon critique les données de la littérature et émettre des recommandations sur des changements organisationnels qui sont basés sur les évidences scientifiques.
- Utiliser une pratique réflexive, inclure les nouvelles données probantes à son approche avec les patient(e)s et leur famille et participer à des activités d'actualisation des connaissances.
- Contribuer à la formation des étudiant(e)s et des collègues en supervisant des stages et en enseignant au niveau universitaire et post gradué.

Professionalisme

- Partager ses connaissances et faire de l'accompagnement clinique des collègues et des autres membres de l'équipe interdisciplinaire.
- Évaluer les besoins, planifier et créer des activités et du matériel didactique (capsules vidéo, infographiques, pamphlets d'information) à des fins de partage de connaissances dédié aux patient(e)s et à leur famille et aux partenaires de soins.
- Participer aux cliniques de la douleur et aux réunions départementales de la clinique de la douleur.
- Participer à des comités et des groupes de travail sur l'organisation et la qualité des soins au niveau local, national et international.

Communication

- Répondre aux interrogations du patient ou de la patiente et de sa famille objectivement tout en faisant preuve d'empathie, de respect et en étant sensible à la différence.
- Fournir au patient ou à la patiente et à sa famille les informations pertinentes à son état de santé pour une prise de décision partagée.
- Communiquer avec les parties prenantes dans la vie du patient ou de la patiente (direction d'école, professeur(e)s d'éducation physique, entraîneur(e)s, employeur(euse)s) après avoir obtenu l'autorisation du patient ou de la patiente ou de ses parents.
- Remplir la documentation requise afin d'assurer le suivi du patient ou de la patiente par le partage de l'impression clinique physiothérapique et du plan de soins proposé.

Basé sur les références suivantes : Harding et al., 2015 ; Smith et al., 2015 ; GCNP, 2017 ; Booth, 2019 ; Programme de physiothérapie de l'École de réadaptation de l'Université de Montréal, 2019 ; World Physiotherapy, 2019

Retour au point : 3.2.3.2, 4.2.4

Annexe 11 – Lettre à l'OPPQ

Montréal le 11 mai 2021

Monsieur Pelletier président de l'OPPQ
Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ)

Bonjour monsieur Pelletier,

J'espère que vous allez bien. Comme vous le savez déjà, la première cohorte d'étudiants au D.É.P.A. de l'Université de Montréal graduera sous peu. Faisant partie de cette cohorte, j'espère faire avancer les choses dans le futur. Je suis présentement à l'élaboration d'un projet d'intégration de D.É.P.A. sous la direction de mesdames Anne Hudon Ph.D., pht. et Carole Fortin Ph.D., pht.. Je me permets de vous écrire afin d'attirer votre attention sur la réalité clinique suivante et espérant obtenir l'opinion et le soutien de l'OPPQ. Lors de mon projet de D.É.P.A. visant l'intégration de la pratique avancée en physiothérapie pédiatrique pour la clientèle atteinte du syndrome douloureux régional complexe (SDRC) au CHU Sainte-Justine, je me suis heurtée à certaines barrières. La préoccupation au niveau légal de "responsabilité professionnelle" a été évoquée par des médecins spécialistes si le physiothérapeute en pratique avancée (PPA) s'avérait à voir un patient et à lui donner congé sans qu'un médecin n'ait évalué ce dernier. Cet obstacle crée une embûche majeure à la poursuite de ce projet qui pourrait améliorer l'accès aux soins chez cette population considérée comme vulnérable en raison de son risque de détérioration et de chronicisation (IASP, 2009) et pour qui les services sont présentement limités au Québec (Choinière et al., 2020 ; Groupe de travail canadien sur la douleur, 2020). Cette barrière est bien présente dans la pratique en milieu public, bien que les physiothérapeutes aient obtenu l'accès direct en physiothérapie en 1990. Dans la dernière année, lors du développement de mon projet portant sur la pratique avancée en physiothérapie, j'ai pu attester de la grande importance et de l'impact de cette barrière sur le développement de la profession, mais de façon plus significative, sur l'amélioration de l'accès aux soins pour les patients, incluant les enfants et adolescents aux

prises avec le SDRC. Selon mes recherches, il n'y a pas, d'énoncé clair ou de prise de position par l'OPPQ ou le Ministère de la santé provincial quant à la responsabilité professionnelle du physiothérapeute en pratique avancée pour soutenir cette nouvelle réalité.

L'exemple de la présence de PPA à l'urgence au CHUL ainsi que le document produit par l'OPPQ et intitulé "Les pratiques avancées en physiothérapie : une revue systématique de la littérature" (OPPQ, 2011) ont été utilisés, mais ces documents ne sont malheureusement pas des énoncés officiels de l'OPPQ et donc ont peu de valeur lorsque des revendications au niveau de la création de corridors de soins qui pourraient inclure des PPA doivent être réalisées par les physiothérapeutes cliniciens. À titre d'exemple, dans le cas du développement d'un modèle de soins incluant un PPA pour la prise en charge des patients pédiatriques atteints du SDRC au CHU Ste-Justine, une lettre de l'OPPQ adressée aux gestionnaires médicaux et à la cheffe professionnelle de physiothérapie du CHUSJ affirmant que le PPA dans le cadre de ses fonctions prend en charge la responsabilité professionnelle du suivi et des références subséquentes pour ces patients serait d'un soutien inestimable.

Je souhaitais vous écrire, car il serait grandement facilitant pour ce projet ainsi que les futurs projets de PPA au Québec que l'OPPQ puisse émettre un énoncé de position en rapport avec la responsabilité professionnelle du PPA. Si l'OPPQ se retrouve dans l'impossibilité d'émettre cet énoncé vu la nouveauté du concept de PPA au Québec et le besoin de consulter les membres de façon plus large sur la question, il serait fort apprécié que l'OPPQ rédige une lettre générique à cet effet qui pourrait ensuite être distribuée à ses membres sur demande. Il me ferait plaisir de contribuer à l'élaboration de cette lettre ou de tout autre document en ce sens.

Je vous remercie de l'attention que vous accorderez à ma demande.

Cordialement,

Annick Chouinard pht, candidate au D.É.P.A. de physiothérapie avancée en neuro-musculosquelettique

Références :

Choinière, M., Peng, P., Gilron, I., Buckley, N., Williamson, O., Janelle-Montcalm, A., Baerg, K., Boulanger, A., Di Renna, T., Finley, G. A., Intrater, H., Lau, B., Pereira, J. (2020). Accessing care in multidisciplinary pain treatment facilities continues to be a challenge in Canada. *Regional anesthesia and pain medicine*, 45(12), 943–948. <https://doi.org/10.1136/rapm-2020-101935>.

Groupe de travail canadien sur la douleur (2020). Ce que nous avons entendu : Travailler ensemble pour mieux comprendre, prévenir et gérer la douleur chronique. *Publication Santé Canada*, 1-56. ISBN : 978-0-660-36396-7.

IASP (2009). IASP Task Force on Wait-Times Summary and Recommendations. Repéré le 26-01-2021 à <https://www.iasp-pain.org/Guidelines?navItemNumber=648>.

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ). (2011). Les pratiques avancées en physiothérapie : une revue systématique de la littérature. ISBN 978-2-9812541-0-8. Repéré à <https://oppq.gc.ca/wp-content/uploads/Pratiques-avancees-Revue-Litterature-2011.pdf>

Retour au point : 4.4

Annexe 12 – Lettre de réponse de l’OPPQ



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

PAR COURRIEL

Anjou, le 27 mai 2021

Madame Annick Chouinard, pht

Objet : Votre lettre du 11 mai 2021

Madame,

En réponse à votre lettre du 11 mai dernier, je vous informe qu’un physiothérapeute peut évaluer les patients dans son champ d’exercice et de les libérer, selon les cas, sans une évaluation médicale subséquente.

Cette procédure est conforme aux lois et règlements professionnels actuellement en vigueur. En effet, les activités effectuées par les physiothérapeutes le sont dans le respect de leur champs d’exercice et des activités qui leur sont réservées.

Leur champ d’exercice prévoit qu’ils peuvent : « évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire, déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions dans le but d’obtenir un rendement fonctionnel optimal » (art. 37 para. n du *Code des professions* <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/C-26?&digest=>).

Notons qu’aucune des activités exercées par un physiothérapeute n’est conditionnelle à une évaluation médicale ou une ordonnance.

De plus, chaque professionnel d’une équipe de soins est pleinement responsable des gestes posés dans le cadre de son champ d’exercice et de ses activités réservées. Toutefois, il se doit d’avoir les compétences requises comme tout professionnel pour les réaliser.

S’il y a des doutes quant à la compétence de certains professionnels de l’équipe de soins, il serait souhaitable d’en discuter avec les professionnels et les dirigeants concernés. Le tout afin de vérifier les solutions de remédiation envisageables autres que celle d’imposer une évaluation médicale avant qu’un patient soit libéré.

En effet, la pratique collaborative invite l’équipe de soins à partager de manière dynamique et continue sur les meilleures approches de suivis des patients, que ce soit par le biais de formations ou de séances d’échange d’information planifiées.

Dans une communication récente, le Collège des médecins affirme fermement que la collaboration interprofessionnelle et la pratique collaborative permettent ultimement de rehausser la qualité et la sécurité des soins lorsque toutes les solutions gagnantes sont mises de l'avant (voir Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle: <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-05-01-fr-rehausser-qualite-et-securite-des-soins.pdf?t=1616464715895>)

Pour toute autre interrogation, nous vous référons aux ressources de votre établissement, car l'Ordre ne s'immisce aucunement dans l'organisation des soins au niveau des établissements.

En effet, c'est à l'établissement de fournir les soins et les services requis aux patients selon les ressources humaines et matérielles disponibles et dans le respect des lois professionnelles.

Recevez mes salutations distinguées.

Le Président,



Denis Pelletier, pht, M. Sc.