



Ordre professionnel
de la physiothérapie
du Québec

7151, rue Jean-Talon Est, bureau 1000, Anjou (Québec) H1M 3N8

Téléphone : (514) 351-2770 ou 1 800-361-2001

Télécopieur : (514) 351-2658

physio@oppq.qc.ca

www.oppq.qc.ca

PRINCIPES CADRES
POUR UNE ORGANISATION OPTIMALE
DES RESSOURCES PROFESSIONNELLES
EN PHYSIOTHÉRAPIE

ORDRE PROFESSIONNEL DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DU QUÉBEC

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec

7151, rue Jean-Talon Est, bureau 1000

Anjou (Québec) H1M 3N8

514-351-2770 ou 1-800-361-2001

Télécopieur : 514-351-2658

Courriel : physio@oppq.qc.ca

Site web : www.oppq.qc.ca

Document préparé par :

Direction des services professionnels

Avec la collaboration de :

Paul Castonguay, Président et directeur général

Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec

Septembre 2007

Note : *Toute reproduction de ce document, en tout ou en partie, doit en indiquer la source.*

Afin d'en alléger le texte, le mot Ordre est employé pour signifier : Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec.

Dans le présent texte, le générique masculin est utilisé sans discrimination.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	4
1. PRÉAMBULE	5
2. MISSION ET VALEURS DE L'OPPQ	6
3. RÉALITÉS DE LA PRATIQUE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE.....	7
3.1 Le physiothérapeute occupe tout le champ de la physiothérapie	7
3.2 Le physiothérapeute est un intervenant de première ligne	8
3.3 Le physiothérapeute évalue la fonction neuromusculosquelettique	8
3.4 Le thérapeute en réadaptation physique occupe une partie du champ de la physiothérapie	9
3.5 La répartition non uniforme des ressources professionnelles	11
3.6 Les seuls professionnels du domaine de la physiothérapie	12
4. PRINCIPES CADRES	13
4.1 La création d'équipes de physiothérapie	13
4.2 Le développement maximal des compétences	13
4.3 La collaboration intradisciplinaire comme modèle de prestation de service en physiothérapie	14
5. CONCLUSION	15
ANNEXE 1	16
ANNEXE 2	18

SOMMAIRE

La réunion, en 2003, des deux professionnels de la physiothérapie a été l'occasion pour l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (Ordre) de porter une réflexion quant à l'exercice de la physiothérapie au Québec afin de favoriser une réponse optimale aux besoins physiothérapiques de la population. Cela a mené, en 2006, au développement du concept de la collaboration intradisciplinaire qui propose la création d'une synergie entre les membres de l'Ordre par l'utilisation optimale des compétences de chacun.

En 2007, l'Ordre a révisé les activités réservées que ses membres peuvent exercer selon leur catégorie de permis. Cette décision occasionne une modification du cadre d'exercice du thérapeute en réadaptation physique. L'Ordre présente *Les principes cadres pour une organisation optimale des ressources professionnelles en physiothérapie* afin d'informer les décideurs des changements survenus. Ce document est produit en support aux différentes organisations afin de leur permettre d'optimiser leur offre de service en faisant le choix du bon intervenant, au bon moment, au bon endroit et au meilleur coût.

Ce document synthétise tout d'abord les nouvelles spécificités des deux catégories de professionnels de la physiothérapie :

Le physiothérapeute :

- occupe tout le champ de la physiothérapie,
- peut exercer les neuf activités réservées aux membres de l'Ordre,
- est un intervenant de 1^{ère} ligne.

Le thérapeute en réadaptation physique :

- occupe une partie du champ de la physiothérapie,
- peut exercer deux activités réservées aux membres de l'Ordre,
- a un rôle actif dans la prestation des soins.

Ces spécificités font ressortir l'interrelation nécessaire entre les membres de l'Ordre et sont à la base des principes cadres proposés :

- La création d'équipes de physiothérapie : toute organisation devrait disposer de l'expertise des deux professionnels de la physiothérapie ;
- Le développement maximal des compétences des professionnels ;
- La collaboration intradisciplinaire comme modèle de prestation de service en physiothérapie : elle implique une interrelation entre les membres de l'équipe dans une logique d'utilisation des compétences maximales de chacun.

En proposant l'utilisation de l'expertise spécifique des deux catégories de professionnels de la physiothérapie, l'Ordre témoigne d'une vision intégrée et hiérarchisée de la physiothérapie favorisant la complémentarité entre professionnels afin de répondre de façon optimale aux besoins de la population. Cette vision illustre le passage d'une logique de prestation de service à une logique de responsabilisation à l'égard des besoins de la population.

1. PRÉAMBULE

La reconnaissance des thérapeutes en réadaptation physique par le système professionnel québécois et leur intégration à l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec, en 2003, a été un événement marquant dans le domaine de la physiothérapie. D'autres changements importants se profilent à l'horizon de la physiothérapie. Notons particulièrement l'avènement de la maîtrise professionnelle comme diplôme donnant accès à la profession de physiothérapeute (premières cohortes du nouveau continuum de formation baccalauréat/maîtrise professionnelle débutant à l'automne 2007) et le développement du concept du diagnostic posé par le physiothérapeute.

Dans ce contexte, la réunion des deux professionnels de la physiothérapie a été l'occasion d'une réflexion quant à l'exercice de la physiothérapie au Québec et dont le fruit a été le développement, en 2006, du concept de la collaboration intradisciplinaire¹.

En 2003, les physiothérapeutes s'étaient vus attribuer neuf activités réservées par la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Loi 90). En 2007, l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (l'Ordre) a révisé le partage des activités que ses membres peuvent exercer selon leur catégorie de permis². Cette décision a un impact sur l'organisation des services de physiothérapie : en précisant les activités exercées par le thérapeute en réadaptation physique, elle sous-entend le rôle que le physiothérapeute doit jouer.

L'Ordre présente *Les principes cadres pour une organisation optimale des ressources professionnelles en physiothérapie* afin d'informer les décideurs des changements survenus. La formulation de principes cadres apparaît comme un moyen de favoriser un arrimage entre l'expertise offerte par les deux catégories de professionnels de la physiothérapie. Ce document est produit en support aux différentes organisations afin de leur permettre d'optimiser leur offre de service en faisant le choix du bon intervenant, au bon moment, au bon endroit et au meilleur coût.

Ces principes cadres s'adressent principalement aux décideurs (autant du domaine public que privé) mais aussi à toute personne intéressée par la vision de l'Ordre quant aux éléments à la base d'une organisation optimale des ressources professionnelles en physiothérapie.

¹ OPPQ : **Définition, principes et cadre de la collaboration intradisciplinaire**, Juin 2006.

[<http://www.oppq.qc.ca/docs/collaboration-intra.pdf>].

² OPPQ : **Révision des activités réservées aux membres de l'Ordre**, Février 2007.

[<http://www.oppq.qc.ca/docs/activites-reserves.pdf>].

2. MISSION ET VALEURS DE L'OPPQ

L'élaboration de ce document découle de la mission première d'un ordre professionnel qui est la protection du public. Par une information pertinente, l'Ordre désire présenter les éléments à la base d'une décision éclairée quant à l'organisation des ressources professionnelles en physiothérapie en vue d'une réponse optimale à l'offre de services. Par ailleurs, la démarche effectuée s'appuie sur les valeurs de l'Ordre. Nous les rappelons brièvement.

MISSION

L'Ordre a pour mission d'assurer la protection du public en surveillant l'exercice de la physiothérapie par ses membres et en contribuant à leur développement professionnel. La nature et la qualité des services rendus par les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique doivent répondre aux besoins des personnes et tenir compte de l'évolution de la science et des pratiques physiothérapeutiques.

VALEURS

L'Ordre s'appuie sur des valeurs d'excellence, de respect des personnes et d'engagement pour assumer la réalisation de sa mission.

L'expression de la compétence du physiothérapeute et du thérapeute en réadaptation physique, par des actes professionnels de qualité optimale, traduit leur responsabilisation dans leur recherche de l'excellence.

De plus, le physiothérapeute et le thérapeute en réadaptation physique établissent une relation de confiance avec tous leurs clients et font preuve de respect des personnes, en les traitant avec dignité et intégrité. L'engagement à leur profession témoigne de leur sentiment d'appartenance et de leur fierté à s'impliquer dans les différents volets de leur profession.

Compte tenu de l'évolution du système de santé et de l'exercice de la physiothérapie (notamment par les données probantes), une nouvelle valeur a été ajoutée, soit la collaboration. Elle lie les autres valeurs en un tout, dans une dimension collective. Cette collaboration peut s'effectuer à deux niveaux :

- la collaboration multidisciplinaire ou interdisciplinaire (entre les membres de l'Ordre et les autres professionnels de la santé) ;
- la collaboration intradisciplinaire³ (entre les membres de l'Ordre). Ce concept de collaboration a été développé par l'Ordre et il formalise les liens entre membres de l'Ordre afin de répondre de façon optimale aux besoins physiothérapeutiques de la population.

³ OPPQ : Définition, principes et cadre de la collaboration intradisciplinaire, Juin 2006.
[<http://www.oppq.qc.ca/docs/collaboration-intra.pdf>].

3. REALITÉS DE LA PRATIQUE PHYSIOTHÉRAPIQUE

L'Ordre présente maintenant les particularités propres à la pratique des deux catégories de professionnels en physiothérapie. Elles tiennent compte de la révision des activités réservées effectuée en 2007. En précisant les spécificités de ses professionnels, l'Ordre désire mettre en évidence les rôles qui les distinguent. Cette démarche ne vise donc pas à dresser une liste exhaustive de tous les rôles qu'ils peuvent exercer mais bien à préciser les éléments à la base d'une prise de décision éclairée quant à l'organisation efficiente des ressources professionnelles dans le domaine de la physiothérapie.

3.1 Le physiothérapeute occupe tout le champ de la physiothérapie

Le *Code des professions*⁴ définit le champ de la physiothérapie comme suit :

37 n) 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 ;

Le physiothérapeute est habilité à exercer l'ensemble des composantes du processus clinique (évaluer, déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions) et ce, pour tous les domaines d'intervention (orthopédie, neurologie, cardiorespiratoire, pédiatrie, rééducation périnéale et pelvienne, etc.).(figure 1)

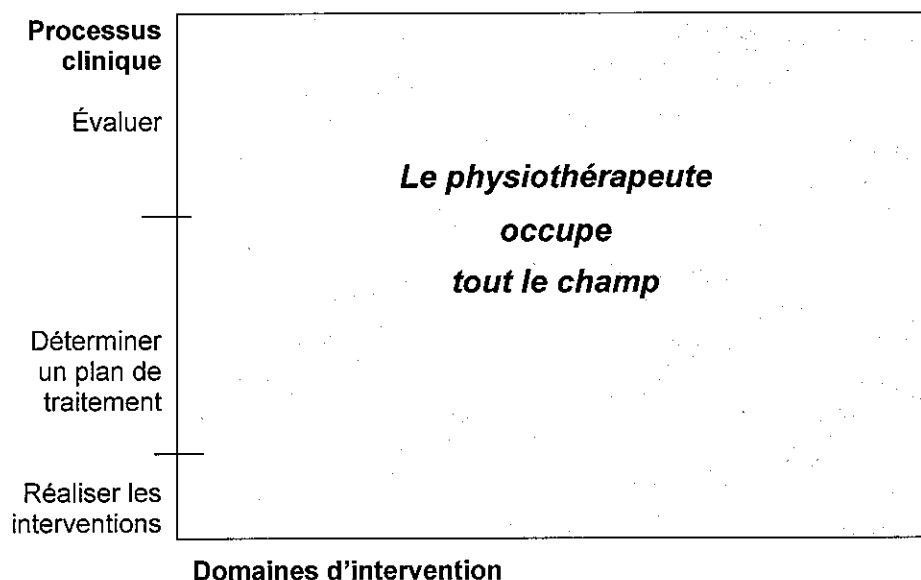
En outre, il peut exercer les neuf activités professionnelles réservées aux membres de l'Ordre⁵:

- a) évaluer la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique ;
- b) procéder à l'évaluation fonctionnelle d'une personne lorsque cette évaluation est requise en application d'une loi ;
- c) introduire un instrument ou un doigt dans le corps humain au-delà des grandes lèvres ou de la marge de l'anus ;
- d) introduire un instrument dans le corps humain dans et au-delà du pharynx ou au-delà du vestibule nasal ;
- e) utiliser des formes d'énergie invasives ;
- f) prodiguer des traitements reliés aux plaies ;
- g) décider de l'utilisation des mesures de contention ;
- h) utiliser des aiguilles sous le derme pour atténuer l'inflammation, en complément de l'utilisation d'autres moyens, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 ;
- i) procéder à des manipulations vertébrales et articulaires, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94 (activité dont l'entrée en vigueur n'a pas encore été fixée).

⁴ *Code des professions*, L.R.Q., c. C-26, [<http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/>].

⁵ *Ibidem*, article 37.1.

Figure 1. Champ de la physiothérapie et le physiothérapeute



NOTE : Cette figure est présentée pour seule fin de compréhension. Les proportions illustrées sont approximatives.

3.2 Le physiothérapeute est un intervenant de première ligne

Depuis la modification, en 1990, de l'article 3.01.08 du *Code de déontologie des physiothérapeutes*, la population québécoise peut consulter directement un physiothérapeute sans qu'il soit requis d'obtenir au préalable un diagnostic du médecin. Cet accès direct a permis de reconnaître le physiothérapeute comme un intervenant de première ligne.

Les programmes de formation donnant ouverture au permis de physiothérapeute développent les compétences nécessaires et habilite le physiothérapeute à poser une impression clinique en appréciant, notamment, la gravité des conditions.

L'accès direct permet au physiothérapeute notamment, de jouer un rôle de consultant auprès des équipes soignantes en pouvant poser une impression clinique sans nécessiter de référence médicale.

3.3 Le physiothérapeute évalue la fonction neuromusculosquelettique

Dans le champ de la physiothérapie, la Loi 90 a réservé l'évaluation de la fonction neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique au physiothérapeute. La notion d'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le

professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement⁶. Ce jugement clinique porté par un professionnel est reconnu par la Cour d'appel comme étant un diagnostic posé dans son champ de pratique⁷. Un comité de travail a été mandaté par l'Ordre afin de développer le concept du diagnostic posé par le physiothérapeute. Leurs conclusions sont attendues en 2008.

Par ailleurs, le diagnostic médical ne comporte pas l'information suffisante pour orienter le traitement en physiothérapie⁸. Ainsi, il est impossible, à partir de diagnostics médicaux tels Parkinson, polyarthrite rhumatoïde, paralysie cérébrale d'établir un plan de traitement physiothérapeutique spécifique.

L'évaluation du physiothérapeute contient les informations qui précisent les déficiences et les incapacités de la personne ainsi que leur impact sur la fonction de cette personne. En complétant le diagnostic médical, elle permet un traitement spécifique.

Cette évaluation joue trois rôles importants dans le contexte de la physiothérapie au Québec. Il permet de :

- déterminer les déficiences et les incapacités de la personne et leur impact sur la fonction de cette personne et compléter, au besoin, le diagnostic médical ;
- déterminer les orientations de traitement en fonction des interventions les plus efficaces selon les données probantes ;
- déterminer, selon le cas, la nature des interventions nécessitées par la condition de la personne.

Ultimement, l'évaluation de la fonction neuromusculosquelettique est à la base d'une réponse optimale aux besoins de la personne. Dans le cadre de l'intégration des thérapeutes en réadaptation physique, elle devient un élément essentiel à la base d'une organisation de service efficace et efficiente dans le domaine de la physiothérapie. En complétant le diagnostic médical, l'évaluation de la fonction neuromusculosquelettique permet de mieux préciser la nature des interventions nécessitées par la condition d'une personne et ainsi de déterminer le(s) professionnel(s) de la physiothérapie habilité(s) à répondre à ses besoins.

3.4 Le thérapeute en réadaptation physique occupe une partie du champ de la physiothérapie

Le cadre d'exercice du thérapeute en réadaptation physique est défini par les articles 3 et 4 du *Décret concernant l'intégration des thérapeutes en réadaptation physique à l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec*⁹ (Décret) (annexe 1). Cet

⁶ OPQ: *Cahier explicatif –Loi 90 - Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, page 9, consulté en juillet 2007, [<http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/docs/PDF/Cahier-explicatif-PL90.pdf>].

⁷ *Association des chiropraticiens du Québec c. Office des professions du Québec*, n° 200-05-015542-017 (25 février 2003), [www.jugements.qc.ca].

⁸ Sahrman SA : *Diagnosis by the physical therapist-A prerequisite for treatment. A special communication*. *Phys Ther* 1988, Nov.; 68(11)1703-6.

⁹ Décret concernant l'intégration des thérapeutes en réadaptation physique à l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec, (L.R.Q., c. C-26, r.178.1.1)

encadrement précise que le thérapeute en réadaptation physique exerce ses activités professionnelles dans le champ de la physiothérapie lorsqu'il dispose préalablement d'une évaluation faite par un physiothérapeute ou d'un diagnostic médical non limité aux symptômes qui indique, s'il y a lieu, le type de structure atteinte et qui est accompagné d'un dossier documentant l'atteinte. Il peut, dans les conditions et aux cas prévus, déterminer le plan de traitement et réaliser les interventions dans le but d'obtenir le rendement fonctionnel optimal d'un patient.

En d'autres mots, la contribution du thérapeute en réadaptation physique consiste à dispenser un ensemble d'interventions dans le champ de la physiothérapie. Il peut aussi déterminer ou participer à l'orientation de traitement pour certaines catégories d'atteintes.

Quatre facteurs permettent de comprendre le cadre d'exercice du thérapeute en réadaptation physique dans le champ de la physiothérapie :

- **Le thérapeute en réadaptation physique intervient sur référence du physiothérapeute ou du médecin.** Le Décret prévoit que le thérapeute en réadaptation physique doit disposer préalablement d'une évaluation faite par un physiothérapeute ou d'un diagnostic médical non limité aux symptômes qui indique, s'il y a lieu, le type de structure atteinte et qui est accompagné d'un dossier documentant l'atteinte.
- **Le thérapeute en réadaptation physique intervient pour certaines conditions dans les domaines tels l'orthopédie, la rhumatologie, la gériatrie, la neurologie, la pneumologie et les problèmes vasculaires périphériques.** Ainsi, le thérapeute en réadaptation physique peut exercer dans plusieurs des domaines de la physiothérapie.
- **Le thérapeute en réadaptation physique exerce en fonction de quatre niveaux de responsabilité.** Le Décret prévoit les niveaux de responsabilité du thérapeute en réadaptation physique pour les conditions où il peut intervenir. Il peut, selon le cas :
 - déterminer l'orientation de traitement, effectuer le choix des modalités et dispenser le traitement ;
 - participer à l'orientation de traitement, effectuer le choix des modalités et dispenser le traitement ;
 - effectuer le choix des modalités et dispenser le traitement ;
 - dispenser un traitement d'usage général confié par un médecin ou un physiothérapeute.

Ainsi, l'intervention du thérapeute en réadaptation physique varie en fonction de la catégorie d'atteinte de la personne qui viendra déterminer son niveau de responsabilité.

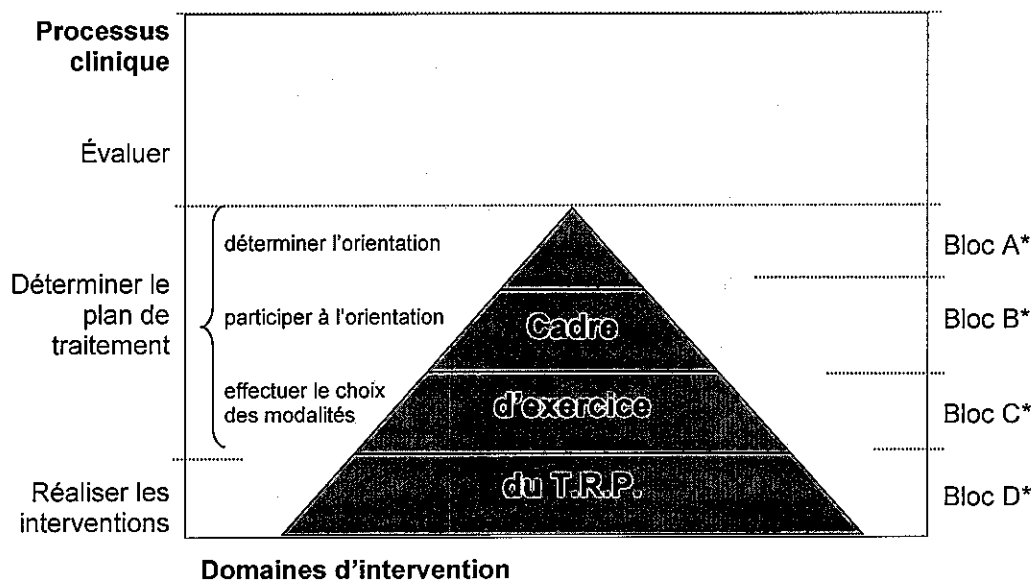
- **Le thérapeute en réadaptation physique peut exercer deux activités réservées aux membres de l'Ordre :** En 2007, l'Ordre a révisé les activités réservées que les thérapeutes en réadaptation physique peuvent exercer. Des neuf activités réservées aux physiothérapeutes par la Loi 90, le thérapeute en

[http://www2_publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC%20%2FC26R178_1_1.htm].

réadaptation physique peut en exercer deux, soit *utiliser des formes d'énergie invasives* ainsi que *prodiguer des traitements reliés aux plaies*. Il peut exercer ces deux activités réservées en fonction des niveaux de responsabilité prévus par le Décret.

La figure 2 donne un aperçu du cadre d'exercice du thérapeute en réadaptation physique (gris foncé) dans le champ de la physiothérapie (gris clair). Il exerce dans plusieurs domaines d'intervention. Son apport au processus clinique consiste principalement à dispenser un traitement en réalisant un ensemble d'interventions : il peut exercer ce rôle dans les quatre catégories d'atteintes prévues au Décret. En outre, il peut, en fonction des catégories d'atteintes, déterminer ou participer à l'orientation de traitement ou effectuer le choix des modalités de traitement.

Figure 2. Champ de la physiothérapie et le thérapeute en réadaptation physique



NOTE : Cette figure est présentée pour seule fin de compréhension. Les proportions illustrées sont approximatives.

- * : Bloc A : le thérapeute en réadaptation physique peut déterminer l'orientation de traitement pour les atteintes en catégorie I
- Bloc B : le thérapeute en réadaptation physique peut participer à l'orientation de traitement pour les atteintes en catégorie I et 2
- Bloc C : le thérapeute en réadaptation physique peut effectuer le choix des modalités de traitement pour les atteintes en catégorie I et 2 et 3
- Bloc D : le thérapeute en réadaptation physique peut réaliser des interventions pour les atteintes en catégorie I et 2 et 3 et 4

3.5 La répartition non uniforme des ressources professionnelles

L'Ordre constate une répartition non uniforme des professionnels de la physiothérapie dans les différents établissements du réseau de la santé.

D'une part, on ne retrouve pas de physiothérapeutes dans tous les établissements. Cette situation fait en sorte que les services offerts par ces établissements ne couvrent pas tout le champ de la physiothérapie et ne peuvent donc pas répondre de façon optimale aux besoins de leurs clientèles.

D'autre part, on ne retrouve pas de thérapeutes en réadaptation physique dans tous les établissements. Cela fait en sorte que des physiothérapeutes dispensent des services qui pourraient être offerts par des thérapeutes en réadaptation physique. Cette situation est fréquente notamment en centre hospitalier ou en centre de réadaptation.

Par ailleurs, la Direction générale de la planification de la main-d'œuvre du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)^{10,11} constate une pénurie de physiothérapeutes depuis 1990. Une des recommandations émises dans le plan d'action consistait à revoir l'organisation du travail¹².

L'Ordre est en accord avec cette recommandation et considère que la réorganisation du travail devrait être effectuée en tenant compte des principes cadres qui seront énoncés au chapitre suivant.

3.6 Les seuls professionnels du domaine de la physiothérapie

Les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique sont les seuls professionnels reconnus par le système professionnel pour exercer dans le champ de la physiothérapie. Ce sont les seuls à intervenir au niveau de la déficience et de l'incapacité de la fonction physique chez un individu dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal. Ils sont les seuls habilités à offrir des traitements de physiothérapie et à exercer les activités réservées aux membres de l'Ordre.

Dans le cadre de leur travail, les membres de l'Ordre sont appelés à travailler en interdisciplinarité avec d'autres intervenants. À partir des éléments d'information recueillis et mis en commun par les divers intervenants impliqués, ces derniers établissent des objectifs communs à partir desquels chaque intervenant sera appelé à dresser son plan de traitement spécifique dans son champ d'activité.

¹⁰ MSSS : Groupe de travail sur la main-d'œuvre en physiothérapie, **La main-d'œuvre en physiothérapie et en techniques de réadaptation physique au Québec**, Juin 1990.

¹¹ MSSS : Groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation physique, **Planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation physique**, Juillet 2002.

¹² Ibidem.

4. PRINCIPES CADRES

Le rôle de l'Ordre consiste à assurer la protection du public en contrôlant notamment l'exercice de la profession par ses membres. Maintenant que le champ de la physiothérapie regroupe deux catégories de professionnels, la protection du public exige de l'Ordre de :

- préciser leurs apports spécifiques qui les distinguent ; et de
- formuler des principes cadres qui permettent de rationaliser leur utilisation en intégrant les apports spécifiques de chacun afin de supporter les différentes organisations dans leur réponse aux besoins de la population.

Ces principes cadres traduisent une vision novatrice en lien avec l'évolution du système de santé. Cette vision s'appuie sur les principes sous-tendant la création des centres de santé et de services sociaux soit la hiérarchisation des services et la responsabilité populationnelle.

La responsabilité populationnelle signifie que les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la compose.

Le principe de hiérarchisation implique d'améliorer la complémentarité pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services, suivant des mécanismes de référence entre les intervenants. Ces mécanismes touchent non seulement les références entre la première et la deuxième ligne mais également les références entre la deuxième ligne et les services surspécialisés de troisième ligne. Une meilleure accessibilité sera assurée par les ententes et corridors de services établis entre les dispensateurs. Cela implique la mise en place de mécanismes bidirectionnels assurant la référence mais aussi la planification du retour de la personne dans son milieu de vie. Le centre de santé et de services sociaux a donc l'obligation de référer les personnes aux services requis et de rediriger celles-ci à un autre endroit pour qu'elles obtiennent réponse à leurs besoins lorsque le service n'est pas disponible en respectant les droits des personnes, les normes éthiques et les standards de pertinence et d'accès reconnus.¹³

La formulation par l'Ordre de trois principes cadres apparaît comme un moyen de favoriser un arrimage entre l'expertise offerte par les deux catégories de professionnels de la physiothérapie et les services offerts à la population afin de répondre de façon

¹³ MSSS. **Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.** Octobre 2004. p.11.
[<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-05.pdf>].

optimale aux besoins de la population : le bon intervenant au bon moment, au bon endroit et au meilleur coût.

Par ces principes cadres, l'Ordre favorise, à l'instar du réseau de la santé, le passage d'une logique de prestation de service à une logique de responsabilisation à l'égard des besoins de la population, logique qui implique une hiérarchisation, une organisation des services offerts par les membres de l'Ordre.

4.1 La création d'équipes de physiothérapie

L'Ordre considère que toute organisation (autant dans le système public que privé) devrait disposer de l'expertise offerte par les deux professionnels. L'accessibilité au physiothérapeute est la seule façon pour une organisation de bénéficier d'une expertise qui couvre tout le champ de la physiothérapie. Par ailleurs, la présence du thérapeute en réadaptation physique permet d'offrir des interventions dans plusieurs domaines de la physiothérapie dégageant ainsi le physiothérapeute pour d'autres activités.

La création d'équipes de physiothérapie (incluant des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique) est donc la première étape à la base d'une démarche visant l'arrimage entre l'expertise offerte par ces deux catégories de professionnels.

4.2 Le développement maximal des compétences

L'Ordre favorise le développement maximal des compétences de chacun des professionnels de la physiothérapie. Cela témoigne d'une vision mobilisatrice où chacun des membres est appelé à développer sa plus-value sur le plan professionnel.

La plus-value du physiothérapeute incitera les organisations à développer et à utiliser ses compétences principalement à quatre niveaux :

- évaluer la fonction neuromusculosquelettique ;
- exercer les activités réservées qui lui sont propres ;
- prendre en charge la clientèle pour les domaines d'intervention non accessibles aux thérapeutes en réadaptation physique ;
- compléter les traitements offerts par les thérapeutes en réadaptation physique par l'application de certaines approches de traitement qui ne leur sont pas accessibles.

La plus-value du thérapeute en réadaptation physique incitera les organisations à développer et à utiliser ses compétences principalement à trois niveaux :

- exercer les activités réservées qui lui sont permises ;
- participer ou déterminer les orientations de traitement, effectuer le choix des modalités de traitement, selon les niveaux de responsabilité prévus au Décret ;
- réaliser les interventions pour tous les domaines accessibles aux thérapeutes en réadaptation physique.

Une telle structuration du développement des compétences des membres permettra aux organisations d'optimiser l'expertise offerte par l'équipe. La collaboration intradisciplinaire permettra l'utilisation de cette expertise de façon efficiente.

4.3 La collaboration intradisciplinaire comme modèle de prestation de service en physiothérapie

Ce modèle de prestation de service a été développé par l'Ordre en 2006¹⁴. La définition proposée de la collaboration intradisciplinaire est la suivante :

La structuration d'une action synergique entre membres partenaires, en situation d'intradépendance, par la communication de l'information et la prise de décision en vue de répondre de façon optimale aux besoins de la population.

L'Ordre considère cette collaboration essentielle. Elle peut s'effectuer entre physiothérapeutes, entre thérapeutes en réadaptation physique ou entre un physiothérapeute et un thérapeute en réadaptation physique. Dans ce dernier cas, la collaboration intradisciplinaire permet de réaliser le plein potentiel de la réunion des professionnels de la physiothérapie au sein d'un même ordre. Ce modèle de prestation de service crée une synergie dont l'efficacité sera supérieure.

La collaboration intradisciplinaire implique une interrelation entre les professionnels de la physiothérapie dans une logique de responsabilisation à l'égard des besoins de la population. Le besoin de cette collaboration peut survenir à toutes les étapes du processus de réadaptation.

L'Ordre estime que les organisations, avec le support de leurs équipes de physiothérapie, devraient prévoir les mécanismes facilitant cette collaboration. Ces mécanismes tiendront compte de la composition des équipes et des compétences développées. Deux exemples de collaboration intradisciplinaire sont présentés à l'annexe 2.

5. CONCLUSION

De par son mandat de protection du public, l'Ordre a assumé son rôle de leadership par le développement de principes cadres quant à une organisation optimale des ressources professionnelles en physiothérapie.

L'implantation et l'opérationnalisation de ces principes cadres dans chaque milieu de travail exigent un investissement d'énergie au niveau de la planification, de la mobilisation du personnel et du suivi de ce travail d'équipe afin d'en assurer la réussite. Les gestionnaires, les responsables cliniques et les membres de l'Ordre sont les personnes clés qui doivent exercer le leadership nécessaire afin de mettre en place une

¹⁴ OPPQ : **Définition, principes et cadre de la collaboration intradisciplinaire**, Juin 2006. [<http://www.oppq.qc.ca/docs/collaboration-intra.pdf>].

organisation des ressources en physiothérapie qui réponde de façon optimale aux besoins de leur clientèle.

L'Ordre considère que l'avancement et le développement de la physiothérapie passent obligatoirement par le développement maximal des compétences de chacun de ses professionnels dans une vision intégrée et hiérarchisée de la physiothérapie favorisant ainsi la complémentarité entre professionnels membres d'une équipe.

ANNEXE 1

Décret concernant l'intégration des thérapeutes en réadaptation physique à l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec, *Code des professions* (L.R.Q., c. C-26, r.178.1.1)

Articles 3 et 4

3. Les activités professionnelles que les membres de l'Ordre peuvent exercer, outre celles qui leur sont autrement permises par la loi, sont celles prévues au paragraphe *n* de l'article 37 du *Code des professions* et au paragraphe 3 de l'article 37.1 de ce code.

4. Un physiothérapeute peut exercer l'ensemble des activités professionnelles prévues à l'article 3.

Un thérapeute en réadaptation physique peut exercer, parmi celles prévues à l'article 3, les activités professionnelles suivantes : lorsqu'il dispose préalablement d'une évaluation faite par un physiothérapeute ou d'un diagnostic médical non limité aux symptômes qui indique, s'il y a lieu, le type de structure atteinte et qui est accompagné d'un dossier documentant l'atteinte, déterminer un plan de traitement et réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal, dans la mesure, aux conditions et dans les cas suivants :

1° déterminer l'orientation de traitement, effectuer le choix des modalités de traitement et dispenser le traitement à l'égard d'un patient présentant une atteinte :

- a) pour laquelle il existe un protocole établi dans un établissement au sens de la Loi sur les services de santé et services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) ;
- b) séquellaire nécessitant une rééducation à l'autonomie fonctionnelle ou une rééducation de perfectionnement ou de maintien des acquis.

2° participer à l'orientation de traitement, effectuer le choix des modalités de traitement et dispenser le traitement à l'égard d'un patient dont le traitement vise :

- a) une atteinte orthopédique ou rhumatologique autre que celles visées au sous-paragraphe *a* du paragraphe 3° ou au sous-paragraphe *e* du paragraphe 4°;
- b) à prévenir des complications découlant d'atteintes vasculaires périphériques.

Dans les cas où il dispose de l'information étiologique ou d'une information suffisante sur la nature biomécanique de l'atteinte et sur les contre-indications et, s'il y a lieu, d'une indication du rappel, il peut en outre déterminer l'orientation du traitement.

3° effectuer le choix des modalités de traitement et dispenser le traitement à l'égard d'un patient présentant :

- a) une atteinte orthopédique ou rhumatologique dont le traitement interfère sur le processus de croissance ;
- b) une atteinte dont la période de réadaptation fonctionnelle intensive est terminée ;

- c) une atteinte respiratoire chronique et contrôlée ;
- d) une atteinte vasculaire périphérique ;
- e) une brûlure ou une plaie ;
- f) une lésion nerveuse périphérique.

4° dispenser un traitement d'usage général confié par un médecin ou un physiothérapeute à l'égard d'un patient présentant une atteinte :

- a) impliquant une réadaptation fonctionnelle intensive ;
- b) impliquant des soins applicables à un grand brûlé ;
- c) impliquant une stimulation électrique d'un muscle dénervé ;
- d) neurologique ou résultant d'une maladie dégénérative, concernant un enfant ;
- e) orthopédique ou rhumatologique impliquant une approche ou une thérapie spécialisée;
- f) respiratoire non contrôlée ou en phase aiguë ;
- g) vasculaire centrale.

ANNEXE 2

Organisation optimale des ressources professionnelles en physiothérapie

Cas 1

Monsieur Côté, 79 ans, réside depuis 3 ans dans un Centre hospitalier de soins de longue durée qui fait partie d'un CSSS.

Le mois dernier, M. Côté a fait un accident vasculaire cérébral (AVC) pour lequel il a été transféré en centre hospitalier quelques jours. Il est retourné dans son CHSLD, compte tenu qu'il ne répond pas aux critères d'admission pour être admis dans une unité de réadaptation intensive.

Il présente cependant un certain potentiel de récupération qui lui permettrait de continuer à s'alimenter seul. Le médecin traitant en CHSLD réfère M. Côté en physiothérapie pour un AVC sylvien gauche.

Sans collaboration intradisciplinaire	Avec collaboration intradisciplinaire
<ul style="list-style-type: none">• Le CHSLD, où réside M. Côté, dispose d'un thérapeute en réadaptation physique pour offrir les services de physiothérapie ;• Étant donné que M. Côté est toujours en phase de récupération et n'est pas en phase séquellaire de son AVC, le thérapeute en réadaptation physique peut offrir un <u>traitement d'usage général</u> confié par un médecin ou un physiothérapeute (catégorie 4 g) de l'article 4 du Décret) ;• Lors de sa référence en physiothérapie, le médecin de M. Côté doit préciser à la thérapeute en réadaptation physique les traitements de physiothérapie demandés : exercices de souplesse articulaire, transferts au lit, positionnement ;• Le thérapeute en réadaptation physique effectue sa collecte de données évaluatives et applique le traitement d'usage général prescrit ;• Le Décret ne permet pas au thérapeute en réadaptation physique de dispenser l'ensemble des interventions nécessitées par la condition de M. Côté. Malgré les traitements offerts, l'objectif ne pourra être atteint.	<ul style="list-style-type: none">• Le CHSLD, où réside Monsieur Côté, dispose des services d'un physiothérapeute 7 h/sem. suite à un échange de services avec le CH (le thérapeute en réadaptation physique y effectue 7 h/sem.) ;• Le physiothérapeute évalue la condition de M. Côté, dresse la liste de ses déficiences et incapacités, il établit les orientations et le plan de traitement, incluant les exercices qui constitueront le traitement d'usage général qui sera effectué par le thérapeute en réadaptation physique ;• M. Côté reçoit 4 traitements/semaine pour le premier mois (dont deux par le physiothérapeute, principalement pour effectuer un traitement orienté sur la tâche). Par la suite, le suivi est principalement réalisé par le thérapeute en réadaptation physique (physiothérapeute 1 fois/sem.) ;• Après trois mois de traitements offerts en collaboration, M. Côté peut s'alimenter seul mais avec difficulté.• Compte tenu de l'implication de M. Côté, le plan de traitement est réajusté et poursuivi pendant un an post AVC avec la collaboration occasionnelle du physiothérapeute ;• Les données probantes actuelles indiquent que la récupération neurologique atteint un maximum entre 3 et 6 mois post AVC et qu'une certaine récupération fonctionnelle peut survenir entre 6 mois et 3 ans post AVC.

Cet exemple a pour seul but d'illustrer comment la collaboration intradisciplinaire peut permettre une réponse aux besoins de la population.

Cas 2

Mme Guay consulte son médecin de famille pour des douleurs lombaires apparues sans cause précise depuis un mois. Mme Guay a 48 ans et ne présente pas de problème de santé particulier si ce n'est qu'elle est en préménopause et qu'il y a des problèmes lombaires fréquents du côté de sa famille. Elle pratique le ski alpin régulièrement.

Suite à l'examen clinique, le médecin diagnostique un dérangement intervertébral mineur lombaire L5-S1. Aucun autre examen n'est prescrit et il réfère Mme Guay en physiothérapie pour diminuer ses douleurs. Elle prend rendez-vous dans une clinique privée de physiothérapie et on lui demande d'apporter une copie de son dossier médical.

Mme Guay se présente pour débiter ses traitements de physiothérapie et elle rencontre un thérapeute en réadaptation physique (les préalables sont respectés pour une atteinte de catégorie 2). Le dossier médical apporte les informations suivantes quant à la nature du problème : bonne santé générale, pas de signes neurologiques, légère raideur lombaire en extension \geq flexion, douleur à la palpation épineuses L3-4-5 et sacro-iliaques.

Sans collaboration intradisciplinaire	Avec collaboration intradisciplinaire
<ul style="list-style-type: none">• Le thérapeute en réadaptation physique effectue sa collecte de données évaluatives, complète les orientations de traitement et débute les interventions ;• Après quelques séances, la condition de Mme Guay s'améliore : les douleurs sont moins vives et elle a repris certaines activités. Elle atteint par la suite un plateau de récupération malgré le fait que le plan de traitement soit modifié ;• Mme Guay reçoit son congé de physiothérapie : elle a récupéré au maximum de sa condition en fonction de la précision des informations dont disposait le thérapeute en réadaptation physique pour élaborer son plan de traitement.	<ul style="list-style-type: none">• Le thérapeute en réadaptation physique effectue sa collecte de données évaluatives, complète les orientations de traitement et débute les interventions ;• Après quelques séances, il constate que le profil clinique de Mme Guay est plus complexe que rapporté dans le dossier documentant l'atteinte. Il demande une consultation du physiothérapeute.• L'évaluation du physiothérapeute permet de préciser la nature des dysfonctions : dérangement lombaire L5-S1 en extension, un ilium postérieur droit causant une légère rotoscoliose, raccourcissement des chaînes musculaires postérieures ainsi que des signes de tension neurale au membre inférieur droit au niveau de la racine L5-S1 ;• Le physiothérapeute propose un suivi conjoint où il procédera à des mobilisations spécifiques au niveau des articulations atteintes et du tissu neural. Il précisera certaines orientations de traitement que le thérapeute en réadaptation physique pourra compléter en vue d'appliquer les interventions nécessaires ;• Les informations apportées par l'évaluation du physiothérapeute complètent le diagnostic médical et permettent au thérapeute en réadaptation physique une plus grande participation au traitement ;• La récupération est complète après 9 traitements.

Cet exemple a pour seul but d'illustrer comment la collaboration intradisciplinaire peut permettre une réponse aux besoins de la population.