

# Les services de physiothérapie dans le système de santé public québécois : état de la situation et cibles d'action

*Mémoire déposé au Commissaire à la santé et au bien-être dans le cadre de la consultation publique sur le panier de services*

Par :



Association  
québécoise de la  
physiothérapie

*Auteurs :*

Kadija Perreault  
Luc J. Hébert  
François Desmeules  
Simon Deslauriers  
Jasmine Martineau  
Marc Perron  
Hélène Moffet  
Jacynthe Giguère  
Debbie E. Feldman

Janvier 2016

***Auteurs et affiliations :***

Kadija Perreault, pht, Ph.D., professeure adjointe, Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval

Luc J. Hébert, pht, Ph.D., CD, Président de l'Association québécoise de la physiothérapie\*; professeur agrégé, Département de réadaptation, et Directeur de la recherche, Département de radiologie, Faculté de médecine, Université Laval

François Desmeules, pht, Ph.D., professeur adjoint, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

Simon Deslauriers, pht, M.Sc. (candidat), Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval

Jasmine Martineau, pht, Directrice des services multidisciplinaires, CHU de Québec-Université Laval

Marc Perron, pht, M.Sc., chargé d'enseignement en médecine, Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval

Hélène Moffet, pht, Ph.D., Trésorière de l'Association québécoise de la physiothérapie\*; Directrice du Département de réadaptation et professeure titulaire, Faculté de médecine, Université Laval

Jacynthe Giguère, pht, Programme des lésions médullaires, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, CIUSSS de la Capitale Nationale

Debbie E. Feldman, pht, Ph.D., professeure titulaire, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal

\* L'Association québécoise de la physiothérapie est une association professionnelle qui a été fondée en juillet 2014 et officiellement lancée le 14 novembre 2015. Sa mission est de représenter les intérêts de ses membres (principalement des physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique), de la profession et du public dans le but d'optimiser l'apport de la physiothérapie dans l'amélioration du système de santé québécois ([www.aqp.quebec](http://www.aqp.quebec)).

Ce mémoire est déposé par l'Association québécoise de la physiothérapie. Il a été rédigé par des professeurs-chercheurs, cliniciens et gestionnaires qui sont tous des professionnels de la physiothérapie et dont la diversité des expertises permet de dresser un portrait large des besoins en termes d'accès aux services assurés en physiothérapie au Québec.

## 1. INTRODUCTION

---

L'accès restreint, pour des milliers de Québécoises et Québécois, à des services de physiothérapie dans le panier de services actuel est un fait très préoccupant. Les services de physiothérapie visent l'amélioration des capacités physiques de personnes de tous les âges qui présentent ou sont à risque de présenter divers problèmes de santé. Elles incluent par exemple, sans s'y limiter:

- des nouveau-nés et des enfants ayant des retards de développement ou des maladies congénitales;
- des enfants, des adultes et des aînés qui présentent des problèmes musculosquelettiques ou rhumatologiques variés (p. ex. lombalgie, tendinite, fracture, arthrose, polyarthrite rhumatoïde, remplacement de genou et de hanche);
- des enfants, des adultes et des aînés ayant des problèmes neurologiques (p. ex. suite à un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme crânien, maladies neurodégénératives telles que la sclérose en plaques);
- des enfants, des adultes et des aînés qui souffrent de problèmes cardio-respiratoires ou métaboliques (p. ex. asthme, insuffisance cardiaque, maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète).

Actuellement, l'accès à des services de physiothérapie jugés essentiels est limité, voire même compromis pour plusieurs de ces personnes.

Répondant à l'appel de mémoires du Commissaire à la santé et au bien-être sur le panier de services assurés au Québec, dans le présent mémoire, nous dressons un bref portrait de l'état de la situation de l'accès aux services de physiothérapie dans le panier de services actuel; nous mettons en lumière plusieurs conséquences d'un accès limité aux services pour la population; nous décrivons la valeur ajoutée des services de physiothérapie dans le panier de services et nous proposons certaines cibles d'action à considérer en vue d'améliorer et d'optimiser les services offerts à la population.

À noter, l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) a fourni une lettre en appui au dépôt du présent mémoire. Dans cette lettre, l'OPPQ souligne, entre autres, « l'importance, pour le gouvernement du Québec, de se pencher sur les impacts que pourrait avoir l'amélioration de la couverture des services de réadaptation au Québec ». Cette lettre a été placée en annexe suite aux références.

## 2. LA SITUATION ACTUELLE : ACCÈS LIMITÉ AUX SERVICES DE PHYSIOTHÉRAPIE, TROUS DE SERVICES ET LONGS DÉLAIS D'ATTENTE

---

Au Québec, les services de physiothérapie sont offerts par des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique qui se partagent neuf activités réservées aux membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec<sup>1,2</sup>. Les domaines d'action de la physiothérapie incluent la prévention et la promotion de la santé, l'évaluation, le diagnostic en physiothérapie, le traitement et la réadaptation auprès de personnes qui présentent des problématiques affectant les systèmes neurologique, musculosquelettique et/ou cardiorespiratoire<sup>2</sup>. De par leurs services, les professionnels de la physiothérapie déterminent les besoins des personnes et fournissent des interventions appropriées visant à prévenir et à

réduire certaines déficiences et limitations physiques. Ces interventions prennent la forme par exemple d'enseignement, de conseils et recommandations, d'exercices, et de mobilisations. Ces services aident les personnes à améliorer leurs capacités physiques, à réaliser leurs activités quotidiennes et ainsi pouvoir jouer un rôle actif dans notre société (p. ex. travailler, étudier, s'occuper de ses enfants).

Actuellement, la population québécoise bénéficie principalement de services de physiothérapie assurés par l'État dans les centres hospitaliers, les centres de réadaptation ou dans les centres de santé et de services sociaux (maintenant les CISSS, CIUSSS ou centres hospitaliers universitaires). Les personnes qui reçoivent ces services sont par exemple celles qui sont en perte d'autonomie, ont subi une chirurgie et nécessitent des soins postopératoires (p. ex. suite à une fracture complexe, une prothèse du genou/hanche, une chirurgie cardiaque/pulmonaire), ont vécu un traumatisme majeur tel qu'un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme crânien important, ou les enfants ayant des atteintes motrices sévères. Toutefois, dans le panier de services assurés actuel, l'accès aux services de physiothérapie est très restreint, ce qui est un frein majeur pour le maintien et l'amélioration de la santé des québécois.

D'abord, l'intensité et la fréquence des services de physiothérapie reçus par la population ne sont pas toujours optimales. Les ressources limitées en termes de professionnels de la physiothérapie « sur le terrain », que ce soit les physiothérapeutes ou les thérapeutes en réadaptation physique, font en sorte que l'offre de services en physiothérapie demeure limitée. Pour ceux et celles qui ont accès à ces services, le manque d'intensité en services de réadaptation a notamment été relevé dans un rapport sur les trajectoires de services de réadaptation au Québec pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral<sup>3</sup>. Le même constat a été fait pour certaines personnes ayant été opérées pour une prothèse totale de hanche ou de genou; les services assurés fournis par les centres de santé et de services sociaux suite à la sortie de l'hôpital n'arrivent pas toujours à combler les besoins. Ainsi, bien que dans certains cas les services soient offerts, ils peuvent l'être en quantité limitée, ce qui nuit à la récupération optimale des personnes.

Ensuite, plusieurs personnes qui auraient besoin de services en physiothérapie n'y ont pas accès du tout ou doivent attendre très longtemps avant d'en recevoir. En effet, l'accès aux services de physiothérapie pour les personnes de retour chez elles après un épisode de soins, ou pour celles qui ne sont pas priorisées par les programmes des centres de réadaptation ou les soins à domicile, est actuellement très limité au Québec. En milieu hospitalier, la priorité est souvent donnée aux personnes hospitalisées ou ayant subi une chirurgie<sup>4</sup>. Seulement si les ressources le permettent, certaines personnes non hospitalisées recevront des services ambulatoires<sup>4</sup>. Plusieurs personnes sont plutôt placées sur les listes d'attente pour des services de physiothérapie dans les cliniques externes des centres hospitaliers; la majorité de ces personnes requérant habituellement des services pour des problèmes musculosquelettiques<sup>5-7</sup>, tels que des lombalgies, des cervicalgies, des tendinites. À elles seules, les lombalgies comptent parmi les problèmes de santé chroniques les plus prévalents au Québec<sup>8</sup>. Les délais d'attente pour obtenir des services en clinique externe de centre hospitalier peuvent varier de quelques semaines à plusieurs mois, voire des années, selon la condition, d'après des rapports du Protecteur du citoyen<sup>4,9</sup>. Les résultats de travaux de recherche menés actuellement par certains des auteurs de ce mémoire (KP, FD, SD, DEF) soutiennent effectivement de longs délais d'attente dans plusieurs centres hospitaliers. Cette situation est plus qu'inquiétante puisque les personnes dont les conditions sont chroniques (p. ex. douleur chronique, arthrite/arthrose) constitueraient la

majorité des personnes sur les listes d'attente pour des services de physiothérapie en centre hospitalier<sup>10</sup> et seraient les moins priorisées pour obtenir des services<sup>11</sup>. Or ce sont aussi celles qui peuvent avoir les plus grands besoins de services et qui sont effectivement de grands utilisateurs de services de santé. Par exemple, la présence de douleur chronique a été associée à une plus grande utilisation des services en termes de consultations médicales, de visites à l'urgence et de durées de séjour en centre hospitalier<sup>12</sup>.

L'accès limité à des services appropriés de réadaptation pour la population québécoise a aussi été démontré pour une multitude de conditions de santé. Selon les résultats d'une étude sur les services de réadaptation pulmonaire offerts au Canada, seuls 0,4 % des 2,5 millions de Canadiens atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique avaient accès à de tels services, ce pourcentage s'élevant à seulement 0,8% pour les personnes dont l'atteinte était jugée modérée ou grave<sup>13</sup>. Selon les résultats de quelques études réalisées par une des auteurs de ce mémoire (DEF)<sup>14-16</sup>, pour les personnes souffrant d'arthrite, les services de physiothérapie ne sont pas disponibles en temps opportun dans le réseau public québécois. Dans des travaux menés en 2002-2004 portant sur l'accès à des services de réadaptation pour des enfants d'âge préscolaire ayant des problèmes neuro-moteurs, plus de la moitié des enfants avaient dû attendre plus de sept mois pour obtenir des services de physiothérapie<sup>17,18</sup>. Le rapport 2010-2011 du Protecteur du citoyen cite d'ailleurs le cas d'un parent ayant été informé qu'il aurait à attendre plus de 18 mois pour obtenir des services pour son enfant de 3 ans ayant des déficiences physiques<sup>9</sup>. Pourtant, le Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience<sup>19</sup> prévoit que cet enfant devait être pris en charge en moins de 90 jours. D'autres travaux récents soulignent également les difficultés d'accès aux services de réadaptation pédiatrique au Québec, incluant des services de physiothérapie<sup>20</sup>.

Un autre fait préoccupant est l'iniquité dans l'accès à des services de physiothérapie pour certains sous-groupes de la population dans le panier de services actuel; un problème qui a aussi été relevé par le Protecteur du citoyen dans ses rapports de 2006-2007 et 2010-2011<sup>4,9</sup>. En effet, les personnes couvertes par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ou le programme d'Indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) peuvent recevoir des services de physiothérapie payés dans le secteur privé ou en centre hospitalier. En contrepartie, les personnes qui ne sont pas couvertes par la CSST par exemple, ou qui n'ont pas d'assurances de santé privées doivent soit payer pour des services eux-mêmes dans le secteur privé ou être placées sur une liste d'attente en centre hospitalier si elles satisfont aux critères d'accès. Il en résulte un accès inéquitable aux services, ce qui soulève de grands enjeux éthiques liés à l'accès aux services de physiothérapie au Québec<sup>21</sup>. En raison de longs délais avant d'obtenir des services, plusieurs parents se tournent actuellement vers le secteur privé pour obtenir des services ou des thérapies alternatives ou complémentaires<sup>22</sup>. Ils doivent alors payer pour ces services eux-mêmes s'ils n'ont aucune couverture d'assurance<sup>23</sup>. Mais les familles qui ne peuvent se permettre de telles dépenses ou qui n'ont pas d'assurance n'ont aucune autre option que d'attendre. Il en résulte, encore ici, un accès inéquitable aux services pour plusieurs Québécoises et Québécois.

Ainsi, bien que certains services de physiothérapie soient actuellement disponibles dans le panier de services assurés, les ressources professionnelles disponibles sont nettement insuffisantes pour répondre aux besoins des clientèles et offrir des services optimaux en termes d'intensité, de fréquence et de précocité de services. Les services assurés de physiothérapie demeurent inaccessibles pour plusieurs Québécoises et Québécois, notamment ceux qui ne sont

pas couverts par la CSST, la SAAQ, l'IVAC ou une assurance privée. Cette iniquité dans la distribution des services de physiothérapie et les problématiques importantes d'accès (trous de services et longs délais d'attente) sont des éléments centraux sur lesquels des actions doivent être entreprises et pour lesquels nous proposons des cibles d'action réalistes.

### **3. LES CONSÉQUENCES D'UN ACCÈS LIMITÉ AUX SERVICES: L'URGENCE D'AGIR**

---

Tel que mentionné précédemment, les professionnels de la physiothérapie agissent notamment auprès de personnes qui présentent des problèmes de santé affectant de nombreux systèmes corporels, que ce soit le système neurologique, musculosquelettique ou respiratoire<sup>1</sup>. L'impossibilité d'obtenir des services de physiothérapie ou de devoir attendre plusieurs semaines, mois, voire même des années, a des effets délétères sur la santé de plusieurs Québécoises et Québécois. Si elles n'ont pas accès aux interventions appropriées en temps opportun, ces personnes peuvent se voir limitées dans leurs capacités à réaliser leurs activités de tous les jours et à participer activement dans la société. À plus long terme, les conséquences peuvent se traduire par la chronicisation de leur condition et des coûts additionnels pour la société, des coûts qui pourraient être évités.

Chez les enfants, l'accès limité ou des délais indus avant d'obtenir les services requis peuvent contribuer à la persistance de retards de développement<sup>24</sup> et à l'aggravation de symptômes tels que de la douleur et des limitations physiques, en plus de contribuer grandement au stress de la famille. À l'échelle canadienne, près de 3,7% des enfants ayant moins de 15 ans présentent des déficiences physiques<sup>25</sup>. Comme mentionné dans le Plan stratégique 2015-2020 du Ministère de la santé et des services sociaux<sup>26</sup>, l'accès en temps opportun à des services spécialisés de réadaptation est essentiel pour les enfants ayant une déficience physique, par exemple ceux ayant un retard de développement important, sans quoi le développement de leur autonomie pourrait être compromis. Le rationnel sous-tendant l'intervention précoce est dérivé d'études dans les domaines développemental et en neurosciences révélant la présence de certaines périodes critiques du développement<sup>27</sup>, au-delà desquelles les progrès pourraient être plus difficiles à réaliser<sup>28</sup>. Les services de réadaptation précoces sont donc cruciaux pour ces enfants qui présentent des conditions telles que le spina bifida ou la paralysie cérébrale, afin de réduire les complications secondaires, les conséquences à long terme et réduire le besoin de services spécialisés coûteux ultérieurement<sup>29-31</sup>. Des consultations offertes en temps opportun peuvent aussi aider la famille à mieux gérer les défis de la vie quotidienne<sup>32</sup>.

Cette restriction d'accès aux services de physiothérapie fera aussi qu'un travailleur qui se blesse au dos en chutant sur la glace en dehors des heures de travail et qui n'est pas couvert par une assurance privée devra attendre souvent plusieurs mois avant d'obtenir des services de physiothérapie dans le réseau public. Ces longs délais d'attente pourront retarder ou compromettre le retour au travail, engendrer une augmentation de la consommation de médicaments ou des consultations médicales répétées et même accroître le risque que la condition devienne chronique. En Ontario, Landry et al.<sup>6</sup> ont observé que suite à la réduction de l'accès aux services de physiothérapie offerts dans la communauté, les personnes qui pouvaient toujours accéder à des services (publics ou privés; payés par des assurances ou par la personne qui consulte) avaient 10 fois plus de chances de se dire en bonne ou en excellente santé comparativement à celles qui n'y avaient plus accès. Ainsi, de longs délais avant d'obtenir des services peuvent engendrer des conséquences désastreuses sur les personnes et leurs proches :

sur le plan de la santé physique et mentale (p. ex. détresse psychologique, anxiété), et sur le plan financier, notamment en pertes de revenus<sup>33,34</sup>. Les conséquences sont également importantes à l'échelle sociétale, notamment en termes de pertes de revenus et de productivité et en coûts de santé puisque la prévalence de troubles musculosquelettiques comme les maux de dos chroniques est élevée (près de 16%) au Québec (voir <sup>8</sup>). Et autre constatation qui n'est pas anodine, les coûts des services de santé associés à la douleur chronique sont équivalents à ceux dédiés aux maladies cardiovasculaires ou au cancer<sup>35</sup>. Pour l'ensemble du Canada, fournir des services de gestion de la douleur adéquats pour les personnes souffrant d'arthrite pourrait amener des économies de près de 488 milliards de dollars sur les 30 prochaines années, incluant environ 41 milliards en coûts directs<sup>36</sup>.

#### 4. LA VALEUR AJOUTÉE DE LA PHYSIOTHÉRAPIE DANS LE PANIER DE SERVICES

---

La physiothérapie est une profession jeune qui se préoccupe de l'efficacité et des fondements des services qu'elle prône<sup>37</sup>. La croissance exponentielle de la recherche sur les services de physiothérapie et l'efficacité des interventions des professionnels de la physiothérapie témoigne de cette préoccupation constante. Ainsi, plusieurs évidences soutenant l'efficacité des interventions sont maintenant disponibles. Par exemple, pour les personnes ayant des troubles musculosquelettiques, les professionnels de la physiothérapie offrent des interventions efficaces telles que des exercices<sup>38</sup>, de l'enseignement<sup>39</sup>, de la réassurance<sup>40</sup> et des techniques de thérapie manuelle<sup>41</sup>. Les professionnels de la physiothérapie font aussi partie des professionnels qui peuvent aider la population québécoise à agir en amont du développement des problèmes de santé, en prévention et en promotion de la santé<sup>2,42</sup>, soit par la promotion de l'activité physique, le dépistage de facteurs de risque de développement de problèmes de santé tels que des troubles musculosquelettiques ou des risques de chute, notamment par leurs contributions à des programmes provinciaux de prévention des chutes chez les aînés<sup>43</sup>.

Au Québec, la prévalence des incapacités physiques liées à la mobilité ou à l'agilité est de plus de 13% et elle grimpe à 34% pour les personnes de 65 ans et plus<sup>44</sup>. Cette situation risque de s'aggraver grandement dans les prochaines années avec le vieillissement de la population et la prévalence croissante des maladies chroniques<sup>45</sup>. Par leurs interventions quotidiennes, les professionnels de la physiothérapie aident les enfants, les adultes et les aînés à reprendre leurs capacités, notamment à bouger leurs membres (p. ex. suite à une fracture ou une brûlure), à marcher (p. ex. suite à un accident vasculaire cérébral, une chute), à monter des escaliers, à se tenir debout (p. ex. pour un enfant ayant des retards de développement), à courir, etc. Bref, ils leur permettent de faire ou de réapprendre les gestes, les activités dont ils ont besoin pour occuper leurs rôles dans la société, que ce soit en travaillant, en maintenant leur autonomie à domicile, en assumant leurs responsabilités familiales ou en allant à l'école.

De plus, les professionnels de la physiothérapie ont un champ d'expertise spécifique qu'ils exercent en collaboration avec les autres professionnels de la santé afin de mieux répondre aux besoins de la population. Tout d'abord, les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique travaillent en collaboration, en intradisciplinarité, afin d'offrir les meilleurs services de physiothérapie à la population québécoise dans le respect de leurs niveaux de responsabilité respectifs. L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec encadre au plan règlementaire la pratique de ces professionnels et des activités qui leur sont réservées tel que stipulé dans la Loi 90<sup>1</sup>, et ce, selon leurs niveaux de responsabilité<sup>2,46</sup>. Les professionnels de

la physiothérapie travaillent aussi étroitement avec d'autres professionnels de la santé, tels que des médecins de famille, des médecins spécialistes, des pharmaciens, des infirmières, des ergothérapeutes, des psychologues ou des travailleurs sociaux. Par exemple, un cadre de collaboration entre pharmaciens et physiothérapeutes en première ligne a récemment été adopté en vue d'optimiser l'efficacité des services offerts à la population<sup>47</sup>. Les physiothérapeutes travaillant en première ligne peuvent également référer un client, pour lequel ils ont identifié un besoin spécifique, à un médecin spécialiste sans passer par le médecin de famille. Cette mesure a été mise en place afin de favoriser la continuité des soins et services à la population<sup>48</sup>. Ce travail collaboratif, qui est au cœur des pratiques des professionnels de la physiothérapie, contribue à l'amélioration de la santé des personnes et à accroître la qualité des services offerts à la population québécoise.

## **5. DES CIBLES D'ACTION POUR AMÉLIORER LA SANTÉ DE LA POPULATION QUÉBÉCOISE ET RÉDUIRE LES COÛTS**

Dans le présent mémoire, il a jusqu'à maintenant été question du rôle essentiel des professionnels de la physiothérapie et de l'importance d'assurer l'accès aux services de physiothérapie dans le panier de services assurés, et ce, au bénéfice des individus et de la population. Ici, nous proposons trois cibles d'action à considérer en vue d'améliorer l'accès à des services de physiothérapie essentiels pour mieux répondre aux besoins de la population.

### ***Première cible d'action : Mieux soutenir les services de physiothérapie actuellement assurés***

Comme mentionné précédemment, les ressources allouées aux services de physiothérapie dans le panier de services actuels ne permettent pas de répondre aux besoins de plusieurs Québécoises et Québécois et il y a des iniquités dans l'accès aux services pour certains sous-groupes de la population. Il est donc urgent de renforcer l'offre de services actuelle dans les établissements du réseau, que ce soit en centre hospitalier, de réadaptation ou en centre de santé et de services sociaux (CISSS ou CIUSSS), notamment en s'assurant que des ressources suffisantes soient allouées dans tous les secteurs. Il s'agit d'une première cible d'action nécessaire afin d'améliorer la santé de la population, prévenir le développement de problèmes chroniques qui mènent à des conséquences néfastes sur les plans individuel et sociétal, et favoriser une bonne utilisation des ressources du réseau.

### ***Deuxième cible d'action : Favoriser l'intégration de pratiques novatrices dans le réseau***

Les physiothérapeutes sont reconnus comme des professionnels de la santé formés pour intervenir en première ligne, qui peuvent être consultés en accès direct, c'est-à-dire sans prescription médicale préalable<sup>2</sup>. Dans plusieurs pays, des pratiques novatrices impliquant des physiothérapeutes ont été mises en œuvre avec des résultats positifs sur plusieurs plans. Par exemple, en Australie, les physiothérapeutes sont des professionnels de premier contact dans plusieurs hôpitaux publics et effectuent du triage pour les personnes qui présentent des problèmes d'arthrose de la hanche ou du genou, les enfants ayant des problèmes orthopédiques ou les personnes qui se présentent à l'urgence pour des problèmes musculosquelettiques. Les études effectuées indiquent que les interventions menées par les physiothérapeutes dans ces contextes sont sécuritaires, produisent des bénéfices pour les organisations et sont bien reçues par les personnes recevant les services de même que les professionnels<sup>49-51</sup>. Au Québec, les physiothérapeutes seraient bien placés pour occuper des



rôles traditionnellement occupés par des médecins<sup>50</sup>. Des exemples de rôles qui ont été étudiés pour prise en charge par des physiothérapeutes incluent notamment la prescription de tests d'imagerie tels que les rayons X et l'imagerie par résonance magnétique, la prescription de certains médicaments, ainsi que la réalisation de traitements tels que des infiltrations de médicaments. Des résultats de plusieurs études indiquent que ces pratiques par les physiothérapeutes seraient au moins aussi bénéfiques que celles des médecins en termes d'évaluation diagnostique, d'efficacité d'interventions, d'utilisation de ressources, de coûts et de satisfaction des personnes<sup>49</sup>. Un des auteurs de ce mémoire (FD) a d'ailleurs validé l'implantation d'un modèle de pratique impliquant un physiothérapeute dans une clinique d'orthopédie en centre hospitalier à Montréal, et ce, avec des résultats concluants<sup>52</sup>. Autre exemple, les gains potentiels associés à la mise en place d'une clinique interdisciplinaire musculosquelettique en orthopédie ont été évalués au Centre de santé et des services sociaux (CSSS) Arthabaska-de-l'Érable<sup>53</sup>. Selon les conclusions de ce rapport, l'utilisation du diagnostic émis par le physiothérapeute<sup>54</sup> pourrait permettre de réduire de façon très importante les délais d'attente pour une consultation, tout en conservant un haut niveau de qualité des soins et des services.

Ainsi, l'implantation de pratiques novatrices des professionnels de la physiothérapie en respectant leurs compétences, dans des secteurs tels que l'orthopédie et l'urgence, pourrait contribuer à améliorer l'accès aux services en diminuant les temps d'attente, les coûts directs pour les hôpitaux, tout en assurant la satisfaction de la population<sup>55</sup>.

***Troisième cible d'action : Développer les services de physiothérapie en Unité de Médecine Familiale (UMF) ou en Groupe de Médecine Familiale (GMF)***

Dès le début des années 2000, le rapport Romanow<sup>56</sup> proposait de favoriser le modèle de soins de santé primaires qui comprend, notamment, le traitement des maladies aiguës, la prévention des maladies et des blessures, la promotion de la santé, la gestion des maladies chroniques et l'accès à un professionnel de la santé au moment opportun, et ce, pour améliorer les soins de santé au Canada et assurer leur viabilité. Assurer l'accès à des soins et services de santé de première ligne est une préoccupation actuelle importante du Ministère de la Santé et des Services sociaux dans son plan stratégique 2015-2020<sup>26</sup>.

Comme mentionné précédemment, la plus grande partie des services de physiothérapie assurés sont actuellement offerts en centre hospitalier, de réadaptation ou en centre de santé et de services sociaux. Les occasions de recevoir des services de physiothérapie de première ligne dans le réseau public de la santé sont très limitées et en fait, la grande partie des services offerts en première ligne en physiothérapie l'est dans le secteur privé<sup>23</sup>. Ce secteur se serait d'ailleurs grandement développé pour combler le manque de services offerts dans le réseau public<sup>23</sup>. Bien que les cliniques offrent principalement des services pour les clientèles musculosquelettiques, plusieurs cliniques ont aussi développé, par exemple, une offre de services de soins à domicile pour pallier l'accès limité à ces services dans le panier de services actuel<sup>23</sup>. Toutefois, défrayer des coûts pour obtenir des services de physiothérapie de première ligne dans le secteur privé n'étant pas une avenue possible pour plusieurs Québécoises et Québécois, d'autres mesures doivent être prises.

Jusqu'à maintenant, certaines initiatives prometteuses ont été implantées de façon très limitée au Québec en première ligne, soit l'intégration de physiothérapeutes dans des équipes

professionnelles en UMF ou en GMF. Selon un document qui a été publié par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec<sup>57</sup>, les clientèles qui pourraient bénéficier de l'expertise de physiothérapeutes en GMF incluent entre autres les personnes présentant une problématique musculosquelettique ou rhumatologique (p. ex. lombalgie, tendinite, épicondylite, arthrose, arthrite), celles ayant une maladie chronique (p. ex. maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète), des aînés en perte d'autonomie ou à risque de chute, des bébés avec torticolis/plagiocéphalie, des enfants ayant un retard de développement et des femmes enceintes ou en période post-partum. La présence de physiothérapeutes dans les équipes professionnelles pourrait permettre aussi de faciliter les communications et la collaboration interprofessionnelles. Des résultats préliminaires d'une de ces initiatives laissent entrevoir des bénéfices, notamment sur la réduction des consultations médicales récurrentes pour des problèmes musculosquelettiques<sup>57</sup>. Bien qu'une grande partie de leur clientèle pourrait bénéficier de services de physiothérapie, seuls quelques UMF/GMF incluent actuellement des physiothérapeutes dans leurs équipes professionnelles.

Ainsi, les physiothérapeutes pourraient, en intégrant les UMF/GMF, offrir de nombreux services à la population en première ligne, aidant ainsi à combler des besoins urgents et réduire les risques d'incapacités, et permettant d'éviter le développement de problèmes chroniques. Plus la population aura accès à des services de physiothérapie de façon précoce et préventive, plus elle pourra s'éloigner de l'utilisation de services qui sont plus coûteux. L'accès à des services de physiothérapie de première ligne dans le panier de services assurés est donc primordial.

## 6. CONCLUSION

---

Au Québec comme au Canada, l'accès aux services de physiothérapie dans le secteur public a été très restreint au cours des dernières années<sup>58</sup>. Assurer un plus grand accès à des services de physiothérapie assurés est justifié par les différents critères ayant été ciblés jusqu'à maintenant par le Commissaire à la santé et au bien-être pour juger des services à inclure dans le panier de services, notamment :

- les bénéfices supplémentaires et les spécificités que la physiothérapie apporte;
- la gravité, la sévérité, l'aspect urgent et la grande prévalence de plusieurs des problèmes de santé pour lesquels les services des professionnels de la physiothérapie jouent un rôle crucial (p. ex. troubles musculosquelettiques, neurologiques ou cardiovasculaires invalidants, troubles physiques chez l'enfant);
- la présence de trous de services et de longs délais d'attente pour plusieurs personnes qui ne peuvent avoir accès à des services actuellement;
- l'importance des coûts qui pourraient être économisés par une meilleure utilisation des services de physiothérapie (p. ex. par la réduction de la prise de médicaments, de l'utilisation de services médicaux, la prévention du développement de problèmes chroniques);
- ainsi que la démonstration des bases académiques et scientifiques sur lesquelles reposent les services de physiothérapie offerts à la population.

Nous savons que l'accès aux soins et services est une préoccupation importante pour le Ministère de la Santé et des Services sociaux<sup>26</sup>. Ceux-ci doivent être fournis aux personnes qui en ont besoin, à l'endroit et au moment opportuns. De plus, le réseau doit assurer un accès équitable aux soins et services « en fonction des seuls besoins des personnes, sans égard à des

caractéristiques personnelles comme le revenu, l'éducation, le lieu de résidence, etc. »<sup>26</sup> (p. 7). Ce n'est pas le cas actuellement, certaines personnes pouvant notamment obtenir des services plus promptement si elles peuvent défrayer elles-mêmes pour des services de physiothérapie dans le secteur privé ou si elles sont bénéficiaires de la CSST, de la SAAQ ou de l'IVAC. Ces iniquités dans l'accès devraient être éliminées en renforçant l'offre de services de physiothérapie dans le panier de services assurés. Assurer un plus grand accès à des services de physiothérapie dans des secteurs tels qu'en orthopédie ou à l'urgence, à domicile et en première ligne en UMF/GMF, pourrait permettre de contribuer à réduire la demande notamment pour des consultations médicales, aider à éviter la chronicisation de problèmes, et permettre aux personnes de réaliser pleinement leur activités habituelles. Dans un contexte où les demandes de services de physiothérapie risquent d'augmenter avec le vieillissement de la population et la prévalence croissante des maladies chroniques<sup>45</sup>, il est impératif d'agir pour améliorer l'accès aux services de physiothérapie assurés, et ce, afin de répondre de façon adéquate aux besoins de la population.

L'amélioration de l'accès à des services de physiothérapie repose sur plusieurs facteurs. Il faut reconnaître les besoins non comblés actuellement chez plusieurs Québécoises et Québécois, ainsi que le manque de ressources, les trous de services et les longs délais d'attente. De plus, il faut reconnaître l'apport de la physiothérapie pour améliorer la santé de la population et agir pour mieux utiliser les compétences des professionnels de la physiothérapie, physiothérapeutes et thérapeutes en réadaptation physique, dans l'offre de services de santé publics au Québec. Il est espéré que le présent mémoire mette en lumière l'importance de renforcer la place qu'occupe la physiothérapie dans le panier de services assurés au Québec pour améliorer l'efficacité des services, assurer à toutes et à tous, sans exception, l'accès à des services de qualité et maintenir la participation active à la société des Québécoises et Québécois.

## 7. RÉFÉRENCES

---

1. Assemblée nationale. (2002) *Projet de loi 90: Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Québec, Éditeur Officiel du Québec; 21 p.
2. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. (2016) *Site web de l'OPPQ*. [En ligne]. <http://https://oppq.qc.ca> (page consultée 5 janvier 2016).
3. Richards CL, et collaborateurs. (2013) *Trajectoires de services de réadaptation post-AVC: Un continuum centré sur la personne*. Comité d'experts sur l'offre de services de réadaptation post-AVC, 285 p.
4. Protecteur du citoyen. (2007) *Compassion, équité, impartialité, respect: rapport annuel 2006-2007*. Québec; Protecteur du citoyen, 309 p.
5. Cecchi F, Paperini A, Molino Lova R, et al. (2015) Pain in patients attending outpatient rehabilitation: results of a pilot study. *Intern Emerg Med*; 10(3): 351-7.
6. Landry MD, Deber RB, Jaglal S, et al. (2006) Assessing the consequences of delisting publicly funded community-based physical therapy on self-reported health in Ontario, Canada: a prospective cohort study. *Int J Rehabil Res*; 29(4): 303-307.
7. Landry MD, Passalent LA, Cott CA. (2008) Availability and structure of ambulatory rehabilitation services: a survey of hospitals with designated rehabilitation beds in ontario, Canada. *Physiother Can*; 60(3): 246-54.
8. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015) *Programme national de santé publique 2015-2025*. Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 85 p.
9. Protecteur du citoyen. (2011) *Rapport annuel d'activités 2010-2011*. Québec; Protecteur du citoyen, 164 p.
10. Passalent LA, Landry MD, Cott CA. (2010) Exploring wait list prioritization and management strategies for publicly funded ambulatory rehabilitation services in Ontario, Canada: further evidence of barriers to access for people with chronic disease. *Health Policy*; 5(4): e139-56.
11. Laliberte M, Ehrmann Feldman D. (2013) Patient Prioritization Preferences among Physiotherapy Entry-Level Students: The Importance of Chronic Pain. *Physiother Can*; 65(4): 353-7.
12. Meghani SH, Polomano RC, Tait RC, et al. (2011) Advancing a National Agenda to Eliminate Disparities in Pain Care: Directions for Health Policy, Education, Practice, and Research. *Pain Med*; 13(1): 5-28.
13. Camp PG, Hernandez P, Bourbeau J, et al. (2015) Pulmonary rehabilitation in Canada: A report from the Canadian Thoracic Society COPD Clinical Assembly. *Canadian Respiratory Journal : Journal of the Canadian Thoracic Society*; 22(3): 147-152.
14. Delaurier A, Bernatsky S, Raymond MH, et al. (2013) Wait times for physical and occupational therapy in the public system for people with arthritis in Quebec. *Physiother Can*; 65(3): 238-43.
15. Feldman DE, Bernatsky S, Levesque JF, et al. (2010) Access and perceived need for physical and occupational therapy in chronic arthritis. *Disabil Rehabil*; 32(22): 1827-32.
16. Shrier I, Feldman DE, Gaudet MC, et al. (2006) Conservative non-pharmacological treatment options are not frequently used in the management of hip osteoarthritis. *J Sci Med Sport*; 9(1-2): 81-6.

17. Feldman DE, Champagne F, Korner-Bitensky N, *et al.* (2002) Waiting time for rehabilitation services for children with physical disabilities. *Child Care Health Dev*; 28(5): 351-8.
18. Grilli L, Feldman DE, Swaine B, *et al.* (2007) Wait times for paediatric rehabilitation. *Healthc Policy*; 2(3): e171-87.
19. Ministère de la santé et des services sociaux. (2008) *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience*. Montréal; Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec, 44 p.
20. Camden C, Swaine B, Tetreault S, *et al.* (2013) Development, implementation, and evaluation of the Apollo model of pediatric rehabilitation service delivery. *Phys Occup Ther Pediatr*; 33(2): 213-29.
21. Hudon A, Laliberte M, Hunt M, *et al.* (2015) Quality of physiotherapy services for injured workers compensated by workers' compensation in quebec: a focus group study of physiotherapy professionals. *Healthc Policy*; 10(3): 32-47.
22. April KT, Feldman DE, Zunzunegui MV, *et al.* (2009) Complementary and alternative health care use in young children with physical disabilities waiting for rehabilitation services in Canada. *Disabil Rehabil*; 31(25): 2111-7.
23. Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec. (2006) *Éviter qu'un Québec vieillissant devienne un Québec impotent*. Montréal; Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales, 20 p.
24. Feldman DE, Swaine B, Gosselin J, *et al.* (2008) Is waiting for rehabilitation services associated with changes in function and quality of life in children with physical disabilities? *Phys Occup Ther Pediatr*; 28(4): 291-304; discussion 305-7.
25. Canadian Institute for Child Health. (2012) *Section 3- Health Outcomes. The Health of Canada's Children and Youth: A CICH Profile*. Ottawa; Canadian Institute for Child Health 22 p.
26. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015) *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 2015-2020*. Gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 24 p.
27. Johnston MV. (2009) Plasticity in the developing brain: implications for rehabilitation. *Dev Disabil Res Rev*; 15(2): 94-101.
28. Miller AR, Armstrong RW, Masse LC, *et al.* (2008) Waiting for child developmental and rehabilitation services: an overview of issues and needs. *Dev Med Child Neurol*; 50(11): 815-21.
29. Majnemer A, Shevell MI, Rosenbaum P, *et al.* (2002) Early rehabilitation service utilization patterns in young children with developmental delays. *Child Care Health Dev*; 28(1): 29-37.
30. Halfon N, Regalado M, Sareen H, *et al.* (2004) Assessing development in the pediatric office. *Pediatrics*; 113(6 Suppl): 1926-33.
31. Simpson GA, Colpe L, Greenspan S. (2003) Measuring functional developmental delay in infants and young children: prevalence rates from the NHIS-D. *Paediatr Perinat Epidemiol*; 17(1): 68-80.
32. Tetreault S, Beaulieu J, Martin G, *et al.* (2000) [Time management: realities for parents living with children with motor deficiencies]. *Can J Occup Ther*; 67(4): 260-70.
33. Wait Time Alliance. (2014) *Time to close the gap: Report card on wait times in Canada*. 19 p.

34. Guerriere DN, Choiniere M, Dion D, *et al.* (2010) The Canadian STOP-PAIN project - Part 2: What is the cost of pain for patients on waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Can J Anaesth*; 57(6): 549-58.
35. Sessle B. (2011) Unrelieved pain: a crisis. *Pain Res Manag*; 16(6): 416-20.
36. Arthritis Alliance of Canada. (2011) *The Impact of Arthritis in Canada: Today and Over the Next 30 Years*. Arthritis Alliance of Canada, 52 p.
37. Association canadienne de physiothérapie. (2012) *La pratique fondée sur l'expérience clinique et les faits scientifiques en physiothérapie*. Association canadienne de physiothérapie, 2 p.
38. Kay TM, Gross A, Goldsmith CH, *et al.* (2012) Exercises for mechanical neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev*; 8: CD004250.
39. Louw A, Diener I, Butler DS, *et al.* (2011) The effect of neuroscience education on pain, disability, anxiety, and stress in chronic musculoskeletal pain. *Arch Phys Med Rehabil*; 92(12): 2041-56.
40. Pincus T, Holt N, Vogel S, *et al.* (2013) Cognitive and affective reassurance and patient outcomes in primary care: a systematic review. *Pain*; 154(11): 2407-16.
41. Graham N, Gross AR, Carlesso LC, *et al.* (2013) An ICON Overview on Physical Modalities for Neck Pain and Associated Disorders. *Open Orthop J*; 7: 440-60.
42. Canadian Physiotherapy Association. (2001) *Position statement: Health promotion and disease prevention*. Canadian Physiotherapy Association, [En ligne]. <http://www.physiotherapy.ca/pdfs/healthpromo.pdf>.
43. Directeur de santé publique de Montréal. (2015) *Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)*. [En ligne]. [http://http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers\\_thematiques/autres\\_thematiques/thematique/prevention\\_des\\_chutes\\_chez\\_les\\_aines\\_vivant\\_a\\_domicile/documentatio n/programme\\_integre\\_dequilibre\\_dynamique.html](http://http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/autres_thematiques/thematique/prevention_des_chutes_chez_les_aines_vivant_a_domicile/documentatio n/programme_integre_dequilibre_dynamique.html) (page consultée 2016).
44. Institut de la statistique du Québec. (2013) *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011: Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité Vol 2*. Gouvernement du Québec,, p.
45. Landry MD, Jaglal S, Wodchis WP, *et al.* (2008) Analysis of factors affecting demand for rehabilitation services in Ontario, Canada: a health-policy perspective. *Disabil Rehabil*; 30(24): 1837-47.
46. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. (2015) *Règlement 94m*. [En ligne]. <http://http://oppq.qc.ca/membres/inspection-syndic-et-reglements/reglement-94m/> (page consultée 10 avril 2015).
47. Ordre des pharmaciens du Québec, Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. (2015) *Cadre de collaboration de première ligne à l'intention des pharmaciens et des physiothérapeutes*. 6 p.
48. Pelletier D, Laurent C. (2015) *La référence du physiothérapeute à un médecin spécialiste*. Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, 2 p.
49. Desmeules F, Roy JS, MacDermid JC, *et al.* (2012) Advanced practice physiotherapy in patients with musculoskeletal disorders: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*; 13: 107.
50. Taylor NF, Norman E, Roddy L, *et al.* (2011) Primary contact physiotherapy in emergency departments can reduce length of stay for patients with peripheral musculoskeletal injuries compared with secondary contact physiotherapy: a prospective non-randomised controlled trial. *Physiotherapy*; 97(2): 107-14.

51. Sheppard LA, Anaf S, Gordon J. (2010) Patient satisfaction with physiotherapy in the emergency department. *Int Emerg Nurs*; 18(4): 196-202.
52. Desmeules F, Toliopoulos P, Roy JS, et al. (2013) Validation of an advanced practice physiotherapy model of care in an orthopaedic outpatient clinic. *BMC Musculoskeletal Disord*; 14: 162.
53. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. (2011) *Évaluation des cliniques interdisciplinaires musculosquelettiques en orthopédie : le modèle du CSSS d'Athabaska-et-de-l'Érable*. Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 119 p.
54. Hébert LJ, Perron M, Brosseau R, et al. (2009) *Proposition d'une définition conceptuelle du diagnostic émis par le physiothérapeute, rapport du comité d'étude sur le diagnostic en physiothérapie*. Anjou; Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, 151 p.
55. Desmeules F. (2011) *Les pratiques avancées en physiothérapie: une revue systématique de la littérature*. Anjou; Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, 74 p.
56. Romanow RJ. (2002) *Guidé par nos valeurs: l'avenir des soins de santé au Canada: rapport final*. Saskatoon; Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 388 p.
57. Ministère de la santé et des services sociaux. (2015) *Guide d'intégration des professionnels en GMF - Physiothérapeute*. Gouvernement du Québec, 2 p.
58. Canadian Physiotherapy Association. (2010) *Position statement: Access to Physiotherapy*. Ottawa; Canadian Physiotherapy Association, 1 p.



Anjou, le 28 janvier 2016

Monsieur Robert Salois, commissaire  
CSBE – Commissaire à la santé et au bien-être Québec  
1020, route de l'Église  
Québec (Québec) G1V 3V9

OBJET : Appui au mémoire déposé par l'Association québécoise de physiothérapie dans  
le cadre de la consultation publique sur le panier de services assurés québécois

---

Monsieur le Commissaire,

L'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ) est un organisme dont la mission est de protéger le public en s'assurant de la qualité des services professionnels fournis par ses membres. Il regroupe tous les professionnels œuvrant en physiothérapie au Québec, autant dans le réseau public que privé, et qui sont répartis selon deux catégories de professionnels, soit les physiothérapeutes (pht) et les thérapeutes en réadaptation physique (T.R.P.). Au total, ce sont près de 7 500 professionnels qui sont membres de l'Ordre, soit environ 5 000 pht et 2 500 T.R.P., dont plus de 50 % exercent dans le réseau public de la santé et des services sociaux. En ce sens, il apparaît pertinent et important pour l'OPPQ de remettre au Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) la présente lettre en appui au mémoire présenté par l'Association québécoise de physiothérapie (AQP) dans le cadre de la consultation publique sur le panier québécois de services assurés.

En effet, et comme largement expliqué dans le mémoire de l'AQP, les professionnels de la physiothérapie sont grandement impliqués dans les soins de santé offerts à la population en établissement public, notamment dans les soins de réadaptation. Ils sont soucieux d'offrir à la population des soins sécuritaires et de qualité, et ce, dans un délai de prise en charge le plus court possible. L'OPPQ est très préoccupé par la mise en contexte et l'enjeu soulevé par le CSBE selon lequel les besoins en santé et en services sociaux sont croissants, les ressources sont limitées et les coûts associés aux systèmes sont accrus. L'OPPQ craint que des services d'abord mis en place pour assurer une accessibilité et une équité pour la population soient retirés du panier de services assurés. À notre avis, il est important de maintenir, voire d'améliorer la couverture publique des services de réadaptation offerts dans les établissements de santé du Québec, dans le but d'assurer l'accessibilité aux soins et la qualité des services à la population.

.../2



En ce sens, nous appuyons les préoccupations exprimées par l'AQP dans son mémoire et demandons au CSBE de porter une attention particulière aux enjeux soulevés ainsi qu'aux cibles d'actions proposées pour améliorer la santé de la population québécoise. De par leur champ d'exercice<sup>1</sup>, les physiothérapeutes et les T.R.P. sont des professionnels de choix dans la réadaptation de la population aux prises avec des conditions reliées aux systèmes musculosquelettiques, neurologiques et cardiorespiratoires. Le mémoire de l'AQP fait d'ailleurs mention de plusieurs exemples concrets à cet effet.

Les données démographiques au Québec sont claires. La population québécoise est vieillissante, entraînant une augmentation de la prévalence des maladies chroniques, ainsi qu'une augmentation des besoins de soins reliés à la mobilité. En 2031, une personne sur quatre sera âgée de 65 ans ou plus. De plus, en raison de l'amélioration de l'espérance de vie, le pourcentage de la population de 85 ans et plus sera passé, au Québec, de 1,56 % (en 2006) à 3,7 %<sup>2</sup>. La population doit avoir la possibilité d'accéder rapidement à des soins préventifs et de réadaptation afin de maintenir son autonomie et prévenir des complications. Les professionnels de la réadaptation sont tout indiqués pour accompagner la personne dans sa réadaptation et réduire ou limiter ses incapacités.

Présentement, comme le précise l'AQP, la conjoncture observée dans le réseau public de la santé et des services sociaux fait en sorte que plusieurs clients qui nécessitent des soins et services de réadaptation n'accèdent pas assez rapidement aux services. Pour ces patients, l'impact des délais dans leur processus de réadaptation peut être important : risque accru d'absence au travail, retard de guérison, chronicisation de la condition, augmentation du nombre de traitements nécessaires à la récupération. De plus, une iniquité est observée dans l'accès aux soins de réadaptation, ce qui va à l'encontre des choix et des valeurs de notre société.

Les physiothérapeutes et les T.R.P. ont la possibilité de contribuer, de par leur expertise et leurs services, à maintenir une population québécoise active, en santé et autonome le plus longtemps possible pour le bien-être social et économique de notre société. Nous réitérons donc notre appui aux propos de l'AQP et soulignons l'importance, pour le gouvernement du Québec, de se pencher sur les impacts que pourrait avoir l'amélioration de la couverture des services de réadaptation au Québec. Favoriser l'accès à des traitements essentiels au maintien de l'autonomie de la population du Québec ne peut qu'avoir une influence bénéfique sur la santé de la population en général et sur les coûts associés pour le Québec.

En terminant, je vous prie d'agréer, Monsieur le Commissaire, l'assurance de ma considération distinguée.

Le président,



---

<sup>1</sup> Le champ d'exercice des physiothérapeutes et des T.R.P. est décrit comme suit dans le Code des professions : « 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. » (article 37n).

<sup>2</sup> Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2011). *6 Cibles pour faire face au vieillissement*, p.10 12.