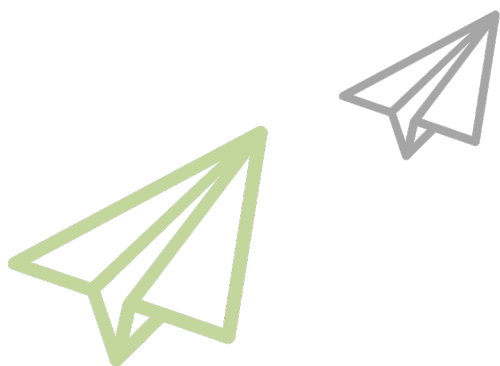


# Comment la pratique avancée en physiothérapie optimise le parcours clinique vers l'orthopédie et la neurochirurgie

*How advanced practice physiotherapy  
optimizes the clinical pathway to orthopedics and neurosurgery*

Valérie Chevrette pht D.É.P.A (c) physiothérapie avancée  
Marjorie Gingras fellow pht D.É.P.A. physiothérapie avancée  
CISSS Montérégie Centre

10<sup>ième</sup> congrès national **Choisir avec soin**  
Montréal 15 et 16 avril 2024



# Déclaration de conflit d'intérêts

## Conflit d'intérêts de nature **commerciale**

Formatrice pour l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (MG)

Formatrice pour la compagnie Atlas Médic (MG)

## Conflit d'intérêts de nature **intellectuelle**

Membre élue au CA de l'Association québécoise de la physiothérapie (MG)

Co-présidente de l'Association Physio Montréal (MG)

Diplômée D.É.P.A. de 3<sup>e</sup> cycle en physiothérapie avancée UdeM (MG et VC (c))



# Physio-consultantes

## *Valérie Chevrette*

Baccalauréat physio Université McGill 2004

Candidate au D.É.P.A. physiothérapie avancée UdeM

Clinique de neurochirurgie Hôpital Charles-LeMoyne depuis janvier 2023

– triage demandes CRDS

## *Marjorie Gingras*

Baccalauréat physio Université de Montréal 1999

D.É.P.A. physiothérapie avancée UdeM 2021

GMF clinique Azur depuis 2021

– physio « de famille »

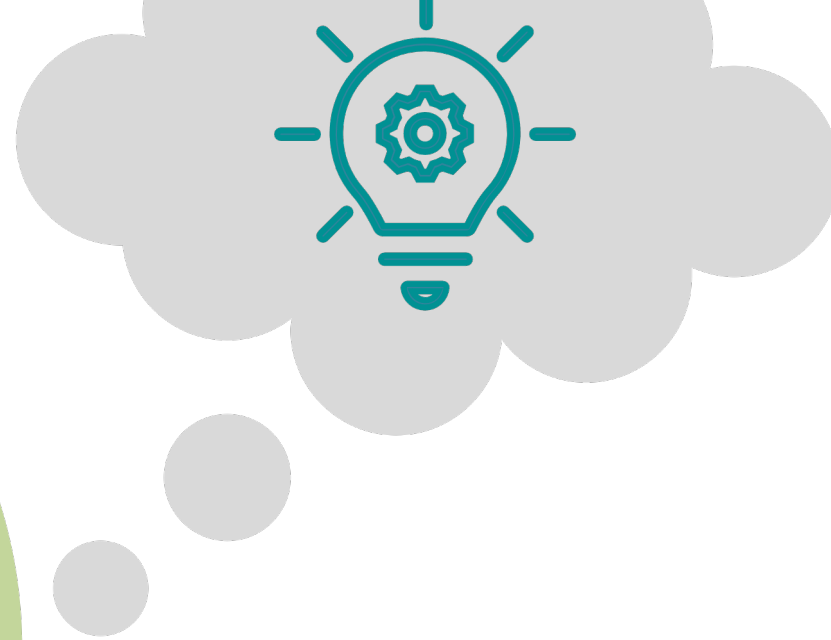
# Enjeux en soins et services neuro-musculosquelettiques (nmsq)

- Explosion des troubles nmsq – jusqu'à **30%** des consultations en première ligne
- Accès limité à l'expertise nmsq – **risque de surtraitement et chronicisation/persistance des conditions**
- Taux de re-consultation au SRV ou auprès du md pour la même problématique nmsq
- On prévoit que les affections msq augmenteront en prévalence ET en impact
- Risque augmenté de développer des comorbidités en contexte de douleur persistante

**L'innovation pour un meilleur accès nécessite un engagement de tous et à tous les niveaux des soins et services en santé**

*Cehade et al. (2020) Innovations to improve access to musculoskeletal care. Best Practice & Research Clinical Rheumatology*





# PHYSIO pour son cerveau

# Valeur de l'expertise Dx physio

## Accord physio-urgento

- n = 113
- 3 physios et 37 urgentologues
- concordance Dx **88%**

Matifat et al. (2019) *Concordance between physiotherapists and physicians for care of patients with musculoskeletal disorders presenting to the emergency department. BMC Emergency Medicine*

## Accord physio-ortho

- n = 120
- 1 physios et 3 orthopédistes
- concordance Dx **88%**

Desmeules et al. (2013) *Validation of an advanced practice physiotherapy model of care in an orthopaedic outpatient clinic. BMC musculoskeletal disorders*

## Accord physio-chirurgien colonne

- n = 46
- 10 physios et 3 md (ortho ou neurochx)
- concordance Dx **89 %** triage chirurgical **94%**

Lafrance et al. (2023) *Advanced practice physiotherapy surgical triage and management of adults with spinal disorders referred to specialized spine medical care: a retrospective observational study. Physiotherapy Theory and Practice*

> [Physiother Theory Pract.](#) 2023 Jan 3;1-10. doi: 10.1080/09593985.2022.2158699.  
Online ahead of print.

## Advanced practice physiotherapy surgical triage and management of adults with spinal disorders referred to specialized spine medical care: a retrospective observational study

Simon Lafrance<sup>1, 2</sup>, François Desmeules<sup>1, 2</sup>, Maxime Charron<sup>2</sup>, Lior M Elkaim<sup>3</sup>,  
Julio Fernandes<sup>4, 5</sup>, Carlo Santaguida<sup>3</sup>

Desmeules et al. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2013, **14**:162  
<http://www.biomedcentral.com/1471-2474/14/162>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

## Validation of an advanced practice physiotherapy model of care in an orthopaedic outpatient clinic

François Desmeules<sup>1,2\*</sup>, Panagiota Toliopoulos<sup>2</sup>, Jean-Sébastien Roy<sup>3,4</sup>, Linda June Woodhouse<sup>5,6</sup>, Marc Lacelle<sup>7</sup>,  
Manon Leroux<sup>7</sup>, Steven Girard<sup>2</sup>, Debbie E Feldman<sup>1,8,9</sup> and Julio C Fernandes<sup>10,11</sup>

Décary et al. *BMC Musculoskeletal Disorders* (2017) 18:445  
DOI 10.1186/s12891-017-1799-3

BMC Musculoskeletal  
Disorders

RESEARCH ARTICLE

Open Access

## Diagnostic validity and triage concordance of a physiotherapist compared to physicians' diagnoses for common knee disorders

S. Décary<sup>1,2\*</sup>, M. Fallaha<sup>3</sup>, B. Pelletier<sup>3</sup>, P. Frémont<sup>4</sup>, J. Martel-Pelletier<sup>5</sup>, J.-P. Pelletier<sup>5</sup>, D. E. Feldman<sup>1</sup>, M.-P. Sylvestre<sup>6</sup>,  
P.-A. Vendittoli<sup>2,3</sup> and F. Desmeules<sup>1,2</sup>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

## Concordance between physiotherapists and physicians for care of patients with musculoskeletal disorders presenting to the emergency department

E. Matifat<sup>1,2</sup>, K. Perreault<sup>3,4</sup>, J.-S. Roy<sup>3,4</sup>, A. Aiken<sup>5</sup>, E. Gagnon<sup>2</sup>, M. Mequignon<sup>1,6</sup>, V. Lowry<sup>1,7</sup>, S. Décary<sup>1</sup>, B. Hamelin<sup>2</sup>,  
M. Ambrosio<sup>8</sup>, N. Farley<sup>7,8</sup>, D. Pelletier<sup>9</sup>, L. Carlesso<sup>1,10</sup> and F. Desmeules<sup>1,7\*</sup>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

## Acceptability of physiotherapists as primary care practitioners and advanced practice physiotherapists for care of patients with musculoskeletal disorders: a survey of a university community within the province of Quebec

Ariel Desjardins-Charbonneau<sup>1</sup>, Jean-Sébastien Roy<sup>2,3</sup>, Julie Thibault<sup>4</sup>, Vincent T. Ciccone<sup>2</sup>  
and François Desmeules<sup>1,4\*</sup>

BMC Musculoskeletal  
Disorders

*J Shoulder Elbow Surg* (2020) 29, 1564-1572



BASIC SCIENCE

## Physiotherapists' ability to diagnose and manage shoulder disorders in an outpatient orthopedic clinic: results from a concordance study

Veronique Lowry, PT, PhD(c)<sup>a,b,\*</sup>, Alec Bass, PT, MSc<sup>a,b</sup>,  
Patrick Lavigne, MD, FRSC, PhD<sup>a</sup>, Benjamin Léger-St-Jean, MD, FRSC<sup>a</sup>,  
David Blanchette, MD, FRSC<sup>a</sup>, Kadija Perreault, PT, PhD<sup>c,d</sup>,  
Jean-Sébastien Roy, PT, PhD<sup>c,d</sup>, Alice Aiken, PT, PhD<sup>e</sup>, Simon Décary, PT, PhD<sup>f</sup>,  
François Desmeules, PT, PhD<sup>a,b</sup>

> [Disabil Rehabil.](#) 2021 Jun;43(12):1637-1648. doi: 10.1080/09638288.2019.1674388.  
Epub 2019 Oct 11.

## The impact of direct access physiotherapy compared to primary care physician led usual care for patients with musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature

Anthony Demont<sup>1</sup>, Aurélie Bourmaud<sup>1</sup>, Amélie Kechichian<sup>2</sup>, François Desmeules<sup>3, 4</sup>

©marjorieingraspht2023



# Ailleurs dans le monde

## Health effects of direct triaging to physiotherapists in primary care for patients with musculoskeletal disorders: a pragmatic randomized controlled trial

Lena Bornhöft, Maria EH Larsson, Lena Nordeman, Robert Eggertsen and Jörgen Thorn



Ther Adv Musculoskel Dis 2019, Vol. 11: 1–13  
DOI: 10.1177/1759720X19827504  
© The Author(s), 2019. Article reuse guidelines: sagepub.com/journals-



## Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union

T.J. Bury<sup>a</sup>, E.K. Stokes<sup>a,b,\*</sup>

<sup>a</sup> World Confederation for Physical Therapy, UK  
<sup>b</sup> Department of Physiotherapy, Trinity College Dublin, Dublin, Ireland



Physiotherapy 113 (2021) 116–130



Systematic review

## Advanced practice physiotherapists are effective in the management of musculoskeletal disorders: a systematic review of systematic reviews

Mario Vedanayagam, Martina Buzak, Duncan Reid\*, Nicola Saywell

Department of Physiotherapy, School of Clinical Sciences, Faculty of Health and Behavioural Sciences AUT University, PO Box 92006, Auckland 622, New Zealand



## PROJECT REPORT

### Implementation of an expanded-scope-of-practice physiotherapist role in a regional hospital emergency department

#### AUTHORS

Donna Goodman<sup>1</sup> PhD, Executive Director Allied Health at Cairns & Hinterlar Adjunct Associate Professor, Division of Tropical Health and Medicine, James Cook University  
Desley Harvey<sup>2</sup> PhD, Principal Research Fellow \*, desley.harvey@health.qld.gov.au  
Tania Cavanagh<sup>3</sup> B Physiotherapy, Director of Physiotherapy  
Rebecca Nieman<sup>4</sup> B Physiotherapy, Senior Physiotherapist



Pellekooren et al. BMC Health Services Research (2022) 22:529  
https://doi.org/10.1186/s12913-022-07906-6

## RESEARCH Open Access

### The introduction of advanced practice physiotherapy within Dutch primary care is a quest for possibilities, added value, and mutual trust: a qualitative study amongst advanced practice physiotherapists and general practitioners

Sylvia Pellekooren<sup>1,2\*</sup>, Marianne Donker<sup>1</sup>, Eddy Reijnders<sup>3</sup>, Lamyae Boutalab<sup>1</sup>, Raymond Ostelo<sup>1,4</sup>, Maurits van Tulder<sup>2</sup> and Annelies Pool-Goudzwaard<sup>2,5</sup>

## Physiotherapy Practice in Primary Health Care: A Survey of Physiotherapists in Team-Based Primary Care Organizations in Ontario

Kyle Vader, MScPT, PT; \*<sup>†</sup> Rachele Ashcroft, PhD, RSW; <sup>‡</sup> Brenna Bath, PhD, PT; <sup>§</sup> Simon Décary, PhD, PT; <sup>¶</sup> Simon Deslauriers, MSc, PT; \*<sup>†</sup> François Desmeules, PhD, PT; <sup>††</sup> Catherine Donnelly, PhD, OT Reg(Ont.); \*<sup>†</sup> Kadija Perreault, PhD, PT; \*<sup>†</sup> Julie Richardson, PhD, PT; <sup>‡‡</sup> Sarah Wojkowski, PhD, PT; <sup>‡‡</sup> Jordan Miller, PhD, PT\*<sup>†</sup>



Br J Gen Pract. 2019 May; 69(682): e314–e320.  
Published online 2019 Apr 9. doi: 10.3399/bjgp19X702245

PMCID: PMC6478452  
PMID: 30962224

## Physiotherapists as an alternative to a GP for musculoskeletal conditions: a 2-year service evaluation of UK primary care data

## Cost-Effectiveness and Outcomes of Direct Access to Physical Therapy for Musculoskeletal Disorders Compared to Physician-First Access in the United States: Systematic Review and Meta-Analysis

Sandra Hon, MS, PT, DPT<sup>1,\*</sup>, Richard Ritter, PT, MA, DPT<sup>1</sup>, Diane D. Allen, PT, PhD<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Graduate Program in Physical Therapy, University California, San Francisco/San Francisco State University, San Francisco, California, USA  
\*Address all correspondence to Dr Hon at: sandra.hon.dpt@gmail.com

# Prévenir la persistance

## The Elephant in the Room: Too Much Medicine in Musculoskeletal Practice

### Éviter la **médicalisation**

Médicaliser la normalité = quand une normalité de la fonction ou de la condition humaine est étiquetée comme anormale

[J Orthop Sports Phys Ther 2020;50\(1\):1-4. doi:10.2519/jospt.2020.0601](#)

Lewis et al. (2020) *The elephant in the room: too much medicine in musculoskeletal practice. journal of orthopaedic & sports physical therapy*

### 4 aspects du **sur-Dx** – Facteurs potentiels de surutilisation des soins et services nmsk

1. **Surinvestigation** où les patients ont des tests inutiles
2. **Surdétection** où les cliniciens agissent selon des résultats cliniquement sans importance
3. **Surdéfinition** où les frontières entre la maladie et la santé sont modifiées et encouragent plus de soins de santé
4. **Surtraitement** où la culture, l'industrie et les systèmes de santé encouragent les traitements sans bénéfice prouvé

Maher et al. (2019) *Musculoskeletal healthcare: Have we over-egged the pudding? International journal of rheumatic diseases*

# Trouvailles à l'imagerie chez la population asymptomatique

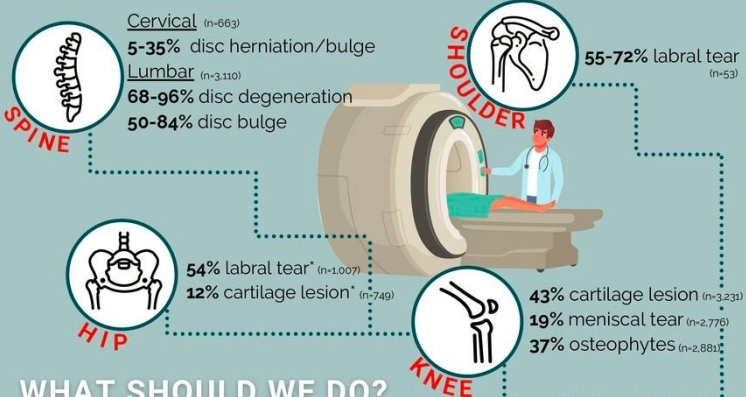
## REFRAMING MRI ABNORMALITIES AS A NORMAL PART OF AGEING

### WHAT DO WE KNOW?

- MRI findings of joint deterioration are often interpreted as causes of pain triggering costly medical treatments and surgery.
- But many of these MRI changes do not cause pain - they are instead part of normal ageing.

### WHAT DO WE SEE?

MRI findings are common in asymptomatic people >40 years



### WHAT SHOULD WE DO?

- 1 **Treat the patient, not the scan!**
- 2 **Recognise** that many so-called "abnormal" findings are just a normal part of ageing and don't need "fixing"
- 3 **Discuss MRI findings with patients** in the context of asymptomatic populations to minimise fear of damage
- 4 **Language matters** - shift from "degenerative" labels to "normal age-related changes"

\* More evidence is needed to confirm if points 3 & 4 improve outcomes



Designed by  
M Pazzinatto  
A Culvenor  
J Heerey

#### References:

Cervical Spine: D'Antonio & Croft, J Whiplash Rel Dis 2006  
Lumbar Spine: Brijnijkj et al., AJNR Am J Neuroradiol 2015  
Shoulder: Schwartzberg et al., Orthop J Sports Med 2016  
Knee: Culvenor et al., Br J Sports Med 2019  
Hip: Heerey et al., Br J Sports Med 2018 (includes data from adults of all ages)



Imaging is useful for the differential diagnosis of many conditions, including ruling out serious diseases that can present as musculoskeletal pain, and should be used with appropriate clinical reasoning

- Arthrose
- Hernie discale
- Déchirure méniscale
- Déchirure tendon sus-épineux
- ...



## Soucieux de ce que montre votre IRM ou vos rayons X?

Chaque jour, des milliers de patients deviennent des victimes de la technologie de l'imagerie médicale. Ceux qui le deviennent ont montré suivre plus de visites médicales, plus de douleurs durables, plus d'handicaps et un faible sentiment de bien-être.<sup>1,2,3</sup>

Les procédures d'imagerie médicale telles que les rayons X, les ultrasons, la tomodensitométrie et l'IRM peuvent être très utiles pour identifier des conditions médicales graves telles que les fractures, les luxations, les lésions de la moelle épinière, etc. Cependant, une fois que les graves problèmes ont été écartés par un médecin, les résultats mineurs n'ont pas de valeur pour aider à expliquer la majorité des maux et des douleurs. En fait, non seulement la majorité des résultats de l'imagerie n'est pas utile, mais des études soutiennent qu'elle est même nuisible d'un point de vue psychologique. Surtout lorsque les rapports disent que les patients sont atteints d'arthrite, de disques dégénératifs, de renflements discaux, de déchirures de tendon, etc.

Voici quelques faits importants victimes de l'imagerie médicale. Dont vous devez avoir connaissance pour vous empêcher de devenir une victime d'imagerie médicale.

#### La colonne lombaire

Des études ont montré que la dégénérescence discale lombaire est présente chez 40% des individus âgés de moins de 30 ans et est présente chez plus de 90% de ceux âgés de 50 à 55 ans.<sup>4</sup> Une autre étude a montré que chez les jeunes adultes en bonne santé âgés de 20-22 ans sans maux de dos, 48% avaient au moins un disque dégénératif et 25% avaient un renflement d'un disque.<sup>5</sup>

Les principaux médecins du département de neurochirurgie à l'Université de Californie déconseillent fortement l'utilisation systématique de l'IRM pour la lombalgie, car ils n'ont trouvé AUCUN LIEN entre les changements dégénératifs observés sur les rayons X ou les IRM et les douleurs lombaires.<sup>10</sup>

Traduction: Ne paniquez pas si vos rayons X ou votre IRM montre des «problèmes» avec vos disques; il s'agit tout simplement de changements NORMAUX qui se produisent dès l'âge de 20 ans.

#### La colonne thoracique

Des études sur l'IRM d'adultes sains sans antécédent de douleur au niveau du haut ou du bas du dos ont constaté que 47% avaient une dégénérescence des disques, 53% avaient des renflements de disque et 58% avaient les déchirures discales dans la colonne vertébrale thoracique. Étonnamment 29% de ces adultes en bonne santé avaient un renflement discal qui déformait et appuyait effectivement sur la moelle épinière, mais ils ne le savaient même pas.<sup>6,7</sup>

Traduction: Ne paniquez pas si vos rayons X ou votre IRM montre des «problèmes» avec vos disques; il s'agit tout simplement de conclusions habituelles et NORMALES.

#### La colonne cervicale

Une étude sur l'IRM d'adultes et de personnes âgées en bonne santé a constaté que 98% des hommes et des femmes sans douleur à la nuque avaient des preuves de changements dégénératifs dans leurs disques cervicaux.<sup>8</sup> Une étude sur 10 années a comparé les IRM de personnes en bonne santé à celles qui ont des blessures de type coup de lapin. Immédiatement et 10 ans plus tard, les deux groupes avaient des IRM similaires dont 3/4 des renflements de disques cervicaux.<sup>5</sup>

Traduction: La grande majorité des adultes en bonne santé développe une dégénérescence de la nuque (arthrite) et des renflements de disque, ce qui signifie qu'ils ont un processus NORMAL de vieillissement! Par conséquent l'arthrite de la nuque ou des renflements légers à modérés de disques ne peut pas être une explication éventuellement raisonnable à votre douleur de la nuque, ou bien 98% de la population auraient des douleurs de la nuque.

#### L'épaule

Des études sur l'IRM d'adultes qui n'ont pas de douleur aux épaules montrant que 20% d'entre eux ont des déchirures partielles de la coiffe des rotateurs et 1.5% ont des déchirures complètes. En outre, chez les personnes de 60 ans et plus, 50% qui n'avaient pas de douleur ou de blessure avaient des déchirures de la coiffe des rotateurs sur leur IRM dont ils ignoraient l'existence.<sup>12</sup>

Une étude sur les lanceurs de baseball professionnels a montré que 40% d'entre eux avaient des déchirures soit partielles ou complètes de la coiffe des rotateurs, mais n'avaient encore aucune douleur tout en jouant et sont restés sans douleur même 5 ans après



#### La hanche

Il n'y a qu'un faible lien entre le rétrécissement de l'espace articulaire vu sur les rayons X de la hanche et les symptômes présents.<sup>11</sup> En fait, une étude a montré que 77% des joueurs de hockey en bonne santé qui n'avaient pas de douleur, avaient des anomalies sur leur IRM de la hanche et de l'aine.<sup>13</sup>

Traduction: Ne paniquez pas si vos rayons X de la hanche ou votre IRM montre des ruptures de cartilage ou un rétrécissement; ce N'EST PAS un signe de douleur ou d'invalidité permanente.

# Optimiser l'utilisation des ressources

- Moins de tests d'imagerie
- Moins de médication (d'ordonnance, opioïdes) et infiltrations corticostéroïdes?
- Moins de douleur (donc moins de prescription/prise de médication)
- Moins de re-consultations et de consultations inutiles
- Approche sécuritaire sans augmentation d'évènement indésirable
- Accès plus rapide aux soins-services physio
- Satisfaction élevée des usagers et des collaborateurs
- Économie des coûts en santé

Lafrance et al. (2021) *Economic evaluation of advanced practice physiotherapy models of care: a systematic review with meta-analyses*. *BMC Health*

Gagnon et al. (2021) *Direct-access physiotherapy to help manage patients with musculoskeletal disorders in an emergency department: results of a randomized controlled trial*. *Academic Emergency Medicine*



CONSULTATION EN ORTHOPÉDIE ADULTE 2018

Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire.

Nom et prénom de l'utilisateur  
N° d'assurance maladie  
Nom et prénom du parent  
Ind. rég. N° téléphone  
Adresse

Physio x 3 mois  
2 infiltrations corticostéroïdes



CONSULTATION EN NEUROCHIRURGIE ADULTE 2022

Attention : 1- Pour les alertes cliniques et les priorités A et B (voir verso), communiquer avec le neurochirurgien de garde.

2- Apporter une copie CD-ROM des imageries pour le rendez-vous.

3- Remplir le formulaire de consultation et compléter la section Impression diagnostique et les alertes cliniques obligatoires.

Nom et prénom de l'utilisateur  
N° d'assurance maladie  
Expiration Année Mois  
Nom et prénom du parent  
Ind. rég. N° téléphone  
Ind. rég. N° téléphone (autre)  
Adresse  
Code postal

Raison de consultation Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jrs B : ≤ 7 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois

\* Traitement = 3 mois de physiothérapie et 2 infiltrations réalisées.

Épaule	<input type="checkbox"/> Rupture complète de la coiffe des rotateurs aiguë prouvée à l'IRM ou à l'écho (usager < 50 ans) (Prérequis : rapport IRM ou écho)	C	Pied/Cheville	<input type="checkbox"/> Rupture complète du tendon d'Achille	
	<input type="checkbox"/> Maladie de la coiffe des rotateurs (bursite, tendinite, accrochage, déchirure chronique coiffe des rotateurs, tendinose) (Prérequis : échec au traitement* et rapport IRM ou écho)	D		<input type="checkbox"/> Entorse sévère persistante cheville (symptômes plus de 2 mois malgré immobilisation et physio) (Prérequis : rapport RX et IRM)	
	<input type="checkbox"/> Luxation récidivante épaule avec physiothérapie débutée (Prérequis : rapport RX, arthro-IRM)	D		<input type="checkbox"/> Arthrose invalidante cheville (Prérequis : échec au traitement*)	
	<input type="checkbox"/> Arthrose invalidante épaule (Prérequis : échec au traitement* et rapport RX)	D		<input type="checkbox"/> Hallux valgus ou bunion (Prérequis : rapport RX)	
Coude	<input type="checkbox"/> Rupture complète du tendon biceps distal	B	Autres	<input type="checkbox"/> Fracture aiguë non immobilisée <sup>1</sup> ou comminée (Prérequis : RX)	
	<input type="checkbox"/> Épicondylite et épitrochléite (Prérequis : traitement* et rapport écho ou IRM)	D		<input type="checkbox"/> Néoplasie musculaire (Prérequis : rapport IRM)	
Genou	Rupture complète du tendon : <input type="checkbox"/> Rotulien <input type="checkbox"/> Quadriceps	B	<input type="checkbox"/> Entorse sévère genou (symptômes plus de 2 mois malgré immobilisation et physio) (Prérequis : rapport RX et IRM)		
	<input type="checkbox"/> Rupture ligament croisé avec physiothérapie initiée (Prérequis : rapport IRM)	C	<input type="checkbox"/> Arthrose invalidante genou (Prérequis : échec au traitement*)		
	<input type="checkbox"/> Déchirure méniscale aiguë ou traumatique (usager < 60 ans) (Prérequis : rapport IRM)	D	<input type="checkbox"/> Syndrome du tunnel carpien confirmé à l'EMG (Prérequis : rapport IRM)		
	<input type="checkbox"/> Arthrose invalidante du genou (Prérequis : échec au traitement* et rapport RX)	D			

IMAGERIE  
"Échec" physio x 8 sem + Mx

PHYSIO EN AMONT =  
Examen physique nmsq  
Trauma - Faiblesse subite marquée?  
Signes neurologiques francs?  
Claudication neurogène à l'histoire?  
Pertinence imagerie?  
Pertinence référence?

Raison de consultation Échelle de priorité clinique : B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 12 mois Pour les consultations de priorité A (≤ 3 jrs), ne pas les transmettre au CRDS ; utiliser les corridors suivants : spécialiste de garde, accueil clinique, etc.

Tumeur	<input type="checkbox"/> Tumeurs intracrâniennes extracérébrales : méningiome, neurinome, schwannome, tumeur hypophysaire, base ou voûte du crâne (Prérequis : rapport d'IRM ou TDM et autres rapports d'investigation)	C	<input type="checkbox"/> Avec symptôme neurologique progressif	C
	<input type="checkbox"/> Avec symptômes sévères et limitation fonctionnelle (AVD/AVQ) > 8 semaines	D	<input type="checkbox"/> Sans symptôme neurologique progressif	D
	<input type="checkbox"/> Avec symptômes modérés chroniques > 8 semaines	E		
	<input type="checkbox"/> Cervicalgie/dorsalgie avec instabilité anatomique, démontrée à l'imagerie, sans atteinte médullaire ou radiculaire (Prérequis : rapport d'IRM < 12 mois et autres rapports d'investigation) (ex: hernie discale cervicale)	D		
Vasculaire	<input type="checkbox"/> Anévrisme cérébral, malformation artério-veineuse fistule durale, angiome caverneux (sans hémorragie) (Prérequis : rapport d'IRM ou TDM et autres rapports d'investigation)	D		D
	<input type="checkbox"/> Sténose carotidienne asymptomatique (≥ 70 %) (Prérequis : rapport d'imagerie et autres rapports d'investigation)	D		D
Fonctionnel	<input type="checkbox"/> Névralgie crano-faciale (ex. : trijumeau) réfractaire au traitement médical (Prérequis : rapport d'IRM et autres rapports d'investigation)	D		D
	<input type="checkbox"/> Neuromodulation pour syndrome douloureux chronique ou pour spasticité (Prérequis : rapports d'investigation)	E		E
Crâniens divers	<input type="checkbox"/> Hydrocéphalie chronique ou à pression normale (Prérequis : rapport d'imagerie et autres rapports d'investigation)	E		D
	<input type="checkbox"/> Kyste intracrânien (ex. : arachnoïdien, glande pinéale) (Prérequis : rapport d'IRM ou TDM et autres rapports d'investigation)	D		E
	<input type="checkbox"/> Lésion osseuse crânienne d'aspect bénin (ex. : kyste, malformation osseuse) (Prérequis : rapport d'IRM ou TDM et autres rapports d'investigation)	E		E
Nerfs périphériques	<input type="checkbox"/> Malformation de Chiari type 1 : Symptomatique <sup>1</sup> ou avec Syring	D		D
	<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :			

Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires

Si prérequis exigé(s) :  
 Disponible(s) dans DSQ  
 Annexé(s) à la présente demande

Besoins spéciaux :

Identification du médecin référent et du point de service  
Nom du médecin référent N° de permis  
Ind. rég. N° de téléphone N° de poste Ind. rég. N° de télécopieur  
Nom du point de service  
Signature Date (année, mois, jour)  
Médecin de famille :  Idem au médecin référent  Usager sans médecin de famille  
Nom du médecin de famille  
Nom du point de service

Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires

Si prérequis exigé(s) :  
 Disponible(s) dans DSQ  
 Annexé(s) à la présente demande

Besoins spéciaux :

Identification du médecin référent et du point de service  
Nom du médecin référent N° de permis  
Ind. rég. N° de téléphone N° de poste Ind. rég. N° de télécopieur  
Nom du point de service  
Signature Date (année, mois, jour)  
Médecin de famille :  Idem au médecin référent  Usager sans médecin de famille  
Nom du médecin de famille  
Nom du point de service  
Référence nominative (si requis)  
Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier

# Référence **pertinente** en chirurgie orthopédique et neurochirurgie spinale

## 1ère ÉTAPE

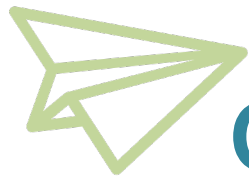
Le rôle du md spécialiste est-il défini et compris?

Est-ce que le patient est ouvert à une option chirurgicale?

### **Adresser les habitudes de vie (HDV)**

**Modulables et influentes sur la douleur et les incapacités**

(sommeil, niveau activité physique, alimentation, tabagisme, gestion pondérale, etc)



## **ORTHO**

- \*Hx de trauma\* (R-X R/O Fx mais tissus mous?)
- Faiblesse soudaine (ex: rupture biceps distal)
- Blocage mécanique (ex: déchirure méniscale complexe)



## **NEUROCHX**

- Signes neurologiques (examen)
- Claudication neurogène (histoire)



## Stratégies **ACTIVES** \*\*\*sans risque ni effet secondaire\*\*\*

- **Éducation** (comprendre l'hypothèse Dx, auto-gestion HDV)
- Choisir en équipe des objectifs spécifiques au patient
- Stimuler activité physique significative et adaptée (auto-responsabilisation)
- Approche multidimensionnelle (le patient dans sa globalité)

## Indications stratégies passives

- Pertinence comme traitement de première intention?
- Option si irritabilité incontrôlée
- Lorsque intervention plus invasive non-souhaitée
- Poursuivi/répété **SI efficace et permet impact positif sur la fonction**

# Défis

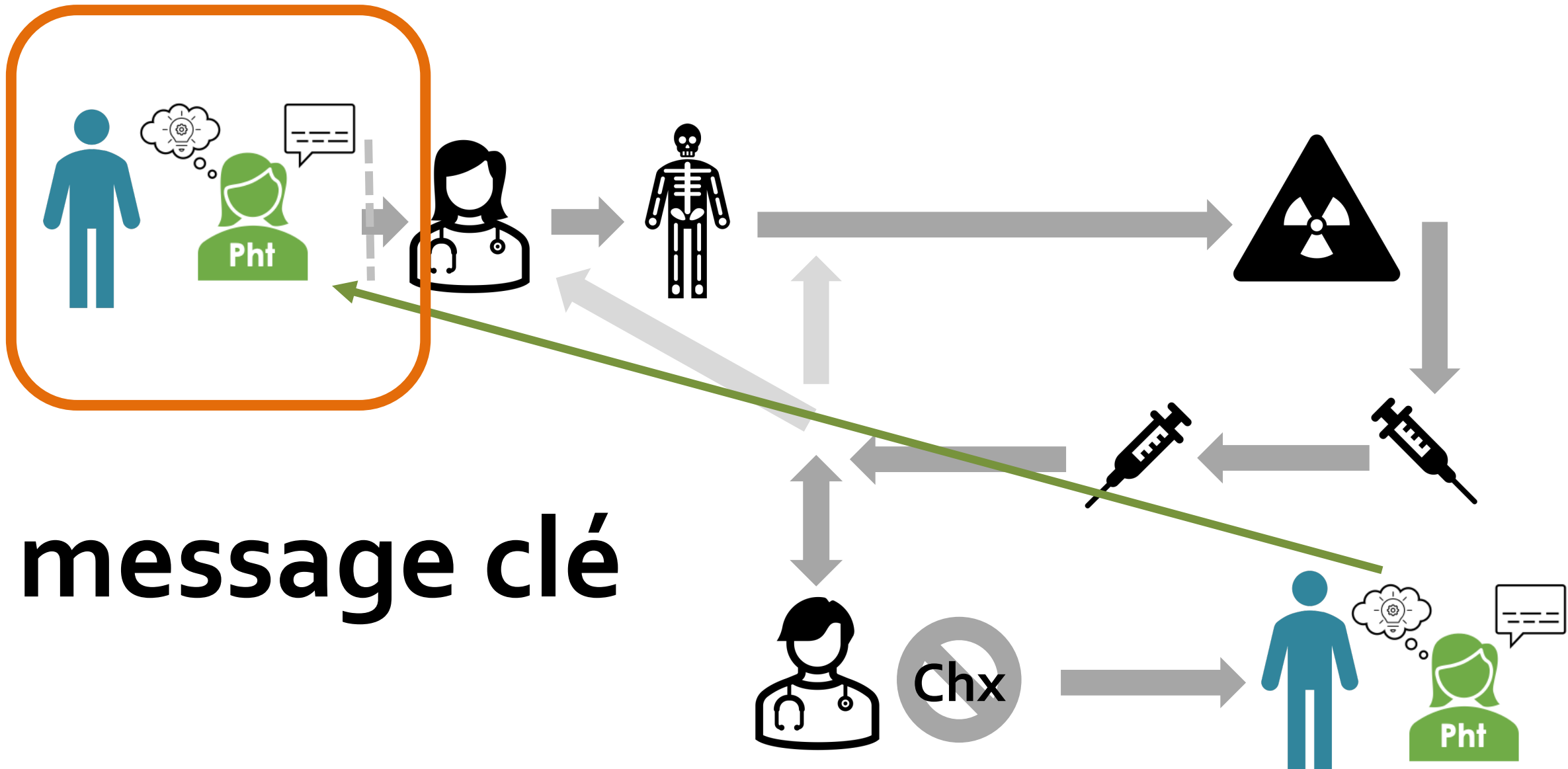
- Le patient impatient et/ou le professionnel de la santé impatient
- Accès avis Dx en physio en 1<sup>ère</sup> ligne
- Même le parcours optimal implique des délais (public vs privé)
- La santé individuelle au cœur d'une santé collective
- Accès suivi/accompagnement physio
- Réalités et variabilités régionales
- Traditions, cultures, mythes, croyances...

# Pistes de solutions

- La présence du physio en amont de la 1<sup>ère</sup> ligne pour les troubles nmsq (GMF, GAP, cliniques IPS, urgence/SRV)
- La CONSULTATION un outil puissant

*Lafrance et al. (2021) Single session compared with multiple sessions of education and exercise for older adults with spinal pain in an advanced practice physiotherapy model of care: protocol for a randomised controlled trial. BMJ open*

- Clarifier les objectifs et attentes des patients
- Prise de décision éclairée et partagée
- Le développement des cliniques MSQ: le lien entre 1<sup>ère</sup> et 3<sup>e</sup> ligne (projet pilote évaluation et suivi bref CRDS)



message clé

# Autres références et liens

- Vedanayagam et al. (2021) *Advanced practice physiotherapists are effective in the management of musculoskeletal disorders: a systematic review of systematic reviews. Physiotherapy*
- <https://www.csp.org.uk/professional-clinical/improvement-innovation/first-contact-physiotherapy/physiotherapy-primary-care>
- Desmeules, Hébert, Hudon, Perreault, Toutant, Lauzon ... & Moffet (2019) *Livre blanc sur l'accès aux services de physiothérapie au Québec: constats et cibles d'action pour mieux répondre aux besoins de la population*
- <https://readaptation.umontreal.ca/etudes/formation-en-physiotherapie/physiotherapie-avancee-en-neuro-musculosquelettique/>

# Merci

valerie.chevrette.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca  
marjorie.gingras.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca

