



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

L'INTERVENTION DU T.R.P.

TABLE DES MATIÈRES

1. Le dossier documentant l'atteinte	3
1.1. Mise en contexte	4
1.2. Le dossier documentant l'atteinte	4
1.3. Le contenu du dossier médical selon le Collège des médecins du Québec	5
1.4. L'interprétation de l'OPPQ	8
1.5. Conclusion	9
2. La portée de la collecte de données évaluatives	10
2.1. Mise en contexte	11
2.2. Le programme de techniques en réadaptation physique	11
2.3. Les objectifs ministériels du programme	11
2.4. L'interprétation de l'OPPQ	13
2.5. Conclusion	14
3. Le portrait fonctionnel	15
3.1. Mise en contexte	16
3.2. Évaluation des besoins en CHSLD	16
3.3. Portrait fonctionnel	17
3.4. L'interprétation de l'OPPQ	17
3.5. Conclusion	18

1. LE DOSSIER DOCUMENTANT L'ATTEINTE

1.1 MISE EN CONTEXTE

Actuellement, il est difficile pour les membres, les inspecteurs, le bureau du syndic ou autres intervenants de déterminer ce que doit contenir le dossier documentant l'atteinte mentionné au *Décret concernant l'intégration des thérapeutes en réadaptation physique à l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec* (Décret). Le dossier documentant l'atteinte est présentement examiné par le T.R.P. dans le but de déterminer s'il permet ou non la prise en charge et *a posteriori* par le comité d'inspection professionnelle ou le syndic à savoir s'il pouvait permettre ou non la prise en charge.

1.2 LE DOSSIER DOCUMENTANT L'ATTEINTE

Articles 3 et 4 du Décret concernant l'intégration des thérapeutes en réadaptation physique à l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec

PHYSIOTHÉRAPEUTES	THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE
Article 37n) du <i>Code des professions</i>	Article 4 du <i>Décret</i>
Évaluer les déficiences et les incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique et cardiorespiratoire	Lorsqu'il dispose préalablement <ul style="list-style-type: none">d'une évaluation faite par un physiothérapeute, oud'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	Déterminer un plan de traitement et / ou
Réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal	Réaliser les interventions dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal

Selon l'article 4 du Décret, **le T.R.P. 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 avant d'entreprendre toute activité professionnelle prévue au Décret. Ces éléments constituent les préalables à une prise en charge par le T.R.P.

Le Comité de discipline de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec est venu statuer sur le fait que le T.R.P. ne peut pas constituer lui-même son dossier documentant l'atteinte à la lumière des informations qu'il recueille auprès du client.¹

Lorsque le T.R.P. dispose des préalables, il peut intervenir dans les cas et conditions et selon les mesures prévues aux paragraphes 1 à 4 de l'article 4 du Décret.

1.3 LE CONTENU DU DOSSIER MÉDICAL SELON LE COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

Les médecins sont tenus de se conformer à leur réglementation, notamment, le *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou bureaux des médecins ainsi que des autres effets*. L'article 6 de ce Règlement encadre le dossier médical :

« 6. Le dossier médical contient, notamment, les renseignements et les documents suivants :

1° la date de la consultation, ou de toute inscription au dossier, ainsi que l'heure dans le cas d'une consultation urgente;

2° toute information pertinente relative à un risque de réaction allergique ;

3° les observations médicales recueillies à la suite de l'anamnèse et de l'examen;

4° toute information relative à un incident, à un accident ou à une complication survenus ou constatés en lien avec la prestation des soins;

5° les demandes et les comptes rendus des examens complémentaires et des consultations avec un autre médecin ou les demandes de services professionnels;

6° le diagnostic;

7° les ordonnances, les rapports et, le cas échéant, les documents iconographiques concernant les actes préventifs, diagnostiques et thérapeutiques effectués par le médecin ou confiés à une autre personne identifiée;

8° le compte rendu opératoire de toute intervention chirurgicale;

9° le compte rendu d'anesthésie, comprenant le nom de toutes les personnes qui y ont participé ainsi que leur rôle respectif;

10° le rapport d'anatomopathologie;

11° les autorisations légales;

12° le rapport d'expertise et la liste des documents ainsi que les documents pertinents en ayant permis la rédaction;

13° un sommaire du dossier contenant un résumé à jour des informations utiles à une appréciation globale de l'état de santé de tout patient pris en charge ou qui consulte régulièrement;

14° tout autre document pertinent concernant une personne qui le consulte, notamment une indication de sa participation de cette personne à un projet de recherche clinique ou à une intervention de santé publique. »

¹ Brillant c. Lorrain, [2006]; Charlebois-Refae c. Mejia, [2007].

Dans le but d'orienter et d'aider ses membres, le Collège des médecins du Québec a adopté plusieurs documents sur la tenue des dossiers :

- *L'appareil musculosquelettique, lignes directrices*, janvier 1999;
- *La tenue des dossiers par le médecin en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, guide d'exercice*, décembre 2005;
- *La rédaction et la tenue des dossiers par le médecin en cabinet de consultation et en CLSC, guide d'exercice*, septembre 2006;
- *La pratique médicale en soins de longue durée, guide d'exercice*, mai 2007.

Dans un premier temps, nous regarderons plus en détail le contenu du dossier médical, particulièrement au niveau des informations recueillies à la suite de l'anamnèse et de l'examen, selon les lignes directrices concernant l'appareil musculo-squelettique adoptées par le Collège des médecins² :

« Voici les renseignements que le médecin devrait consigner :

Éléments importants de l'anamnèse

- motif de la consultation, occasion à laquelle sont apparus les symptômes et gêne fonctionnelle;
- antécédents personnels pertinents y compris l'information sur les accidents, les traumatismes, les interventions chirurgicales et les autres affections musculo-squelettiques;
- recherche des mouvements répétitifs pouvant causer les symptômes;
- précisions sur la douleur (nature, localisation, intensité, fréquence, irradiation);
- nature des traitements antérieurs, de physiothérapie ou autres, s'il y a lieu;
- usage de médicaments (nom, posologie, durée) et infiltrations (site, fréquence); et
- notion de compensation monétaire, s'il y a lieu.

Examen objectif

- Posture et démarche, s'il y a lieu;
- Inspection (érythème, chaleur, œdème, difformité et attitude antalgique);
- Palpation (douleur, identification des structures);
- Amplitude des mouvements, mobilisation active, passive et contre résistance;
- Examen neurologique et vasculaire périphérique, si cela est nécessaire. »³

En ce qui a trait aux **examens complémentaires**, le Collège des médecins écrit dans ses lignes directrices que :

[...] bien souvent il n'est pas indiqué de demander des examens complémentaires et, en particulier, des radiographies. [...]

² Collège des médecins du Québec, *L'appareil musculo-squelettique, lignes directrices*, janvier 1999.

³ *Ibid.*, p. 3.

[...] une anamnèse et un examen objectif bien faits sont souvent suffisants pour poser un diagnostic sans l'ajout d'examen complémentaires. En effet, la qualité des renseignements consignés dans le dossier du patient doit refléter cette évaluation clinique.⁴

En ce qui concerne **les diagnostics**, le Collège des médecins encourage ses membres à utiliser la classification internationale des maladies (CIM). Par contre, il mentionne que ses membres peuvent aussi « utiliser les classifications recommandées par des groupes de travail reconnus pour leur rigueur scientifique, notamment la classification des affections vertébrales et la classification des troubles associés aux entorses cervicales. »⁵

Dans un deuxième temps, nous regarderons ce que doit contenir le dossier médical pour un médecin pratiquant en soins de longue durée, selon le *Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec*. « L'évaluation médicale doit toujours comprendre l'examen subjectif, l'examen objectif et l'évaluation fonctionnelle. »⁶

[...] l'examen subjectif doit porter sur les éléments suivants : la raison de l'admission, l'histoire des problèmes médicaux actuels (qui explique, entre autres, la perte d'autonomie), les antécédents personnels et familiaux pertinents, les habitudes de vie, les allergies, la mise à jour de l'immunisation et le bilan des diverses fonctions.

L'histoire de la maladie actuelle ne doit pas se limiter à l'énumération des diagnostics antérieurs, mais plutôt décrire l'évolution de la maladie ou de la condition qui a conduit le patient à son hébergement. Axée sur la perte d'autonomie, elle en décrit, notamment, la chronologie, les pertes fonctionnelles, les causes et les facteurs précipitants ainsi que tous les facteurs réversibles.⁷

Lors de l'examen objectif, « une attention toute particulière doit être portée à certains éléments de l'examen neurologique et de l'examen du système locomoteur (démarche, équilibre, mouvements anormaux, parésie, atrophie musculaire, spasticité, etc.) »⁸

En ce qui concerne l'évaluation fonctionnelle :

[elle] porte généralement sur les éléments suivants :

- Les activités de la vie quotidienne [...];
- Les activités de la vie domestique [...];
- La mobilité [...];
- Les capacités de communication [...];
- Les fonctions cognitives [...];

⁴ *Loc. cit.*

⁵ *Ibid.*, p. 4.

⁶ *Id.*, *La pratique médicale en soins de longue durée, Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec*, mai 2007, p. 7.

⁷ *Ibid.*, p. 7.

⁸ *Ibid.*, p. 8.

- Le comportement [...] ⁹
«Ainsi, la perte d'autonomie doit être explicitée et non seulement notée, et l'évaluation fonctionnelle du patient doit être documentée.» ¹⁰

1.4 INTERPRÉTATION DE L'OPPQ

L'interprétation de l'OPPQ, en ce qui concerne l'intervention du T.R.P. en lien avec le dossier documentant l'atteinte, s'appuie sur les considérations suivantes :

- compte tenu que le dossier documentant l'atteinte est nécessairement un dossier médical, car il accompagne le diagnostic médical non limité aux symptômes;
- compte tenu que le contenu du dossier médical est encadré par le *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets ou bureaux des médecins ainsi que des autres effets* (il n'est pas de la responsabilité des membres, inspecteurs, syndics ou autres intervenants en physiothérapie de juger du contenu du dossier ou d'exercer un quelconque contrôle sur ce dossier);
- compte tenu qu'une réglementation, que des lignes directrices et que des guides d'exercice rédigés par le Collège des médecins du Québec encadrent la tenue des dossiers des médecins;
- compte tenu que les physiothérapeutes sont les seuls professionnels, dans le champ de la physiothérapie, à intervenir en première ligne et habilités à effectuer une évaluation neuromusculosquelettique à portée diagnostique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique ¹¹;
- compte tenu que l'information requise permettant la prise en charge par un T.R.P. ne peut différer dépendamment si elle provient d'un médecin ou d'un physiothérapeute;

L'interprétation de l'OPPQ en ce qui concerne l'intervention du T.R.P. en lien avec le dossier documentant l'atteinte se résume ainsi:

- le T.R.P. peut prendre en charge un client s'il dispose d'un diagnostic médical non limité aux symptômes ainsi qu'un dossier documentant l'atteinte;
- le dossier documentant l'atteinte, permettant la prise en charge par le T.R.P., est le dossier médical qui doit contenir minimalement les éléments de l'anamnèse et de l'examen qui ont conduit le médecin à poser le diagnostic médical pour lequel il réfère le client en physiothérapie;

⁹ *Ibid.*, p. 9.

¹⁰ *Ibid.*, p. 23.

¹¹ *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Projet de loi 90)

- lorsque la condition du client le requiert, le T.R.P. devrait, après la prise en charge mais avant d'effectuer certaines interventions, s'assurer, notamment, d'avoir les résultats des examens complémentaires, la médication, les précautions et les contre-indications aux traitements de physiothérapie ainsi que l'indication de rappel;
- pour réaliser ses interventions, dont le but est d'obtenir un rendement fonctionnel optimal, le T.R.P. doit détenir l'information documentant les déficiences et les incapacités de la fonction physique en lien avec le diagnostic médical pour lequel le médecin désire un traitement en physiothérapie;
- le T.R.P. doit baser ses interventions sur les informations reliées à la déficience et à l'incapacité qui seront traitées en physiothérapie, qu'elles proviennent de l'évaluation du physiothérapeute ou du dossier du médecin.

1.5 CONCLUSION

Avec cette interprétation, la question n'est plus de se demander si les préalables permettant la prise en charge par le T.R.P. sont suffisants, mais bien de lui permettre d'exécuter ses interventions en fonction de l'information dont il dispose et dans le respect des différentes catégories du Décret.

En diminuant l'ambiguïté de la notion du dossier documentant l'atteinte, la décision d'une prise en charge ou non du T.R.P. sera facilitée. De plus, en précisant que le T.R.P. a l'obligation de détenir de l'information sur la déficience et l'incapacité qu'il aura à traiter en physiothérapie, cette interprétation va dans le même sens que le Décret qui prévoit que le T.R.P. ne peut venir identifier l'origine du problème.

L'Ordre est conscient qu'il est plus probable que le T.R.P. dispose de plus d'informations sur les déficiences et incapacités à traiter en physiothérapie s'il travaille en intradisciplinarité avec un physiothérapeute que s'il travaille à partir d'informations fournies par le médecin. Par contre, le T.R.P., dans un contexte d'interdisciplinarité autant que d'intradisciplinarité, contribuera à offrir des services en physiothérapie dans le respect du modèle de niveaux de responsabilité. Au besoin, il en référera au médecin ou au physiothérapeute afin d'obtenir des compléments d'information comme le *Code de déontologie* l'indique.

2. LA PORTÉE DE LA COLLECTE DE DONNÉES ÉVALUATIVES

2.1 MISE EN CONTEXTE

Le document « Intervention du T.R.P. en lien avec le dossier documentant l'atteinte » précise la notion du dossier documentant l'atteinte ainsi que le cadre de la pratique du T.R.P.

En effet, lorsque le T.R.P. dispose d'une évaluation faite par un physiothérapeute ou d'un diagnostic médical non limité aux symptômes et d'un dossier documentant l'atteinte, il peut intervenir sur les informations reliées à la déficience et à l'incapacité de la fonction physique qui seront traitées en physiothérapie.

Le document présent vise à définir la portée de la « collecte de données évaluatives » effectuée par le T.R.P. dans le cadre de son intervention.

2.2 LE PROGRAMME DE TECHNIQUES DE RÉADAPTATION PHYSIQUE

« Le programme *Techniques de réadaptation physique* vise à former des thérapeutes en réadaptation physique qui seront aptes à prendre connaissance des renseignements inscrits dans le dossier de l'usagère ou de l'utilisateur, **à procéder à la collecte de données évaluatives**, à établir un plan de traitement, à appliquer ce plan, à modifier le traitement en fonction de la situation, à tenir à jour le dossier et à collaborer avec d'autres personnes-ressources. »¹²

2.3 LES OBJECTIFS MINISTÉRIELS DU PROGRAMME

Les objectifs ministériels font état de l'enseignement d'interventions diverses reliées à la collecte de données évaluatives, notamment :

« Énoncé de la compétence

Rééduquer des personnes éprouvant des problèmes orthopédiques et rhumatologiques.

Contexte de réalisation

À partir du diagnostic médical documenté, de l'information sur l'étiologie ou sur la nature biomécanique du problème et ses contre-indications ou de l'évaluation du ou de la physiothérapeute.

Éléments de la compétence

1. [...]
2. Procéder à la collecte de données évaluatives
 - 2.1. [...]
 - 2.2. [...]
 - 2.3. Questions pertinentes concernant les signes et les symptômes.

¹² <http://www.mels.gouv.qc.ca/ens-sup/ens-coll/cahiers/program/144A0.asp>

- 2.4. Exécution correcte des tests et des mesures.
 - 2.5. Interprétation juste de l'ensemble des données. »¹³
-

« Énoncé de la compétence

Rééduquer des personnes éprouvant des problèmes neurologiques.

Contexte de réalisation

À partir du diagnostic médical documenté ou de l'évaluation du ou de la physiothérapeute.

Éléments de la compétence

1. [...]
 2. Procéder à la collecte de données évaluatives
 - 2.1. [...]
 - 2.2. [...]
 - 2.3. Questions pertinentes concernant les signes et les symptômes ;
 - 2.4. Exécution correcte des tests et des mesures ;
 - 2.5. Interprétation juste de l'ensemble des données. »¹⁴
-

« Énoncé de la compétence

Rééduquer des personnes éprouvant des problèmes vasculaires et respiratoires.

Contexte de réalisation

À partir du diagnostic médical documenté ou de l'évaluation du ou de la physiothérapeute.

Éléments de la compétence

1. [...]
 2. Procéder à une collecte de données complémentaires
 - 2.1. [...]
 - 2.2. [...]
 - 2.3. Questions pertinentes concernant les signes et les symptômes ;
 - 2.4. Exécution correcte des tests et des mesures ;
 - 2.5. Interprétation juste de l'ensemble des données. »¹⁵
-

« Énoncé de la compétence

Procéder à une rééducation adaptée aux personnes âgées.

Contexte de réalisation

À partir du diagnostic médical documenté ou de l'évaluation du ou de la physiothérapeute.

¹³ *Objectifs ministériels du programme de T.R.P., CODE : 003K*

¹⁴ *Ibid., CODE : 003L*

¹⁵ *Ibid., CODE : 003N*

Éléments de la compétence

1. [...]
2. Procéder à la collecte de données évaluatives au regard de l'autonomie fonctionnelle
 - 2.1. [...]
 - 2.2. [...]
 - 2.3. Questions concernant les symptômes et les difficultés fonctionnelles adaptées à la clientèle ;
 - 2.4. Exécution des tests et des mesures adaptée à la clientèle.
 - 2.5. Vérification appropriée des difficultés et des limites fonctionnelles. »¹⁶

2.4 INTERPRÉTATION DE L'OPPQ

L'interprétation de l'OPPQ en ce qui concerne la portée de la collecte de données évaluatives s'appuie sur les considérations suivantes :

- compte tenu que le programme de techniques de réadaptation physique vise notamment à former le T.R.P. à procéder à la collecte de données évaluatives;
- compte tenu que les objectifs ministériels du programme prévoient un contexte de réalisation impliquant la présence d'un diagnostic médical documenté ou de l'évaluation du ou de la physiothérapeute;
- compte tenu que les objectifs ministériels du programme prévoient, comme éléments de la compétence pour le T.R.P., de procéder à la collecte de données évaluatives;
- compte tenu que les physiothérapeutes sont les seuls professionnels, dans le champ de la physiothérapie, habilités à effectuer une évaluation neuromusculosquelettique d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique¹⁷;
- compte tenu que le T.R.P. doit baser ses interventions sur les informations reliées à la déficience et à l'incapacité qui seront traitées en physiothérapie, qu'elles proviennent :
 - de l'évaluation du physiothérapeute identifiant la nature, le degré et l'impact de toute déficience ou incapacité de la fonction physique d'un individu ainsi que la dysfonction à l'origine de ces problèmes ; ou
 - du diagnostic médical non-limité aux symptômes accompagné du dossier documentant l'atteinte ;
- compte tenu que le *Règlement sur la tenue des dossiers, des cabinets de consultation, le maintien des équipements et la cessation d'exercice des*

¹⁶ *Ibid.*, CODE : 003P

¹⁷ *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Projet de loi 90)

membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec prévoit ce que doit notamment consigner le membre dans le dossier de chaque client ;

- compte tenu que les guides sur la tenue des dossiers de physiothérapie s'adressant aux thérapeutes en réadaptation physique, élaborés par le Comité d'inspection professionnelle, précisent les items qui doivent se retrouver dans le dossier du client;

L'interprétation de l'OPPQ en ce qui concerne la portée de la collecte de données évaluatives se résume ainsi:

- le T.R.P. doit procéder à une collecte de données évaluatives en lien avec la déficience et l'incapacité de la fonction physique identifiées et notées au dossier du médecin ou du physiothérapeute ;
- la collecte de données évaluatives comprend les données relatives à l'histoire du client, les données subjectives en lien avec la raison de la consultation ainsi que les données objectives ayant pour but d'orienter le traitement et d'assurer un choix de modalités appropriées en fonction des précautions et contre-indications (sécurité du client) ou d'assurer un suivi rigoureux de l'évolution de la condition du client, le tout dans le respect des niveaux de responsabilité du Décret ;
- lorsque la collecte de données évaluatives a permis d'identifier d'autres signes ou symptômes en lien avec la déficience et l'incapacité traitées en physiothérapie, le T.R.P. devra communiquer avec le référent à savoir s'il y a lieu d'intervenir à ce niveau ;
- dans l'esprit d'une bonne pratique en physiothérapie, le T.R.P. doit s'assurer que les articulations adjacentes sont fonctionnelles et asymptomatiques. S'il y observe une problématique, il devra référer le client au physiothérapeute ou au médecin pour une évaluation à portée diagnostique, avant toute intervention en physiothérapie.

2.5 CONCLUSION

Cette interprétation concernant la portée de la collecte de données évaluatives découle directement de celle concernant l'intervention du T.R.P. en lien avec le dossier documentant l'atteinte. Ainsi, puisque le T.R.P. intervient sur la déficience et l'incapacité de la fonction physique identifiées par le médecin ou le physiothérapeute, la collecte de données évaluatives ne peut qu'être en lien avec cette dernière.

Il est évident que, plus le médecin ou le physiothérapeute fait un examen exhaustif en regard de la déficience et de l'incapacité, plus la collecte de données évaluatives et l'intervention du T.R.P. seront élaborées et il pourra alors mettre à profit une plus grande partie de ses connaissances.

3. PORTRAIT FONCTIONNEL

3.1 MISE EN CONTEXTE

Le thérapeute en réadaptation physique peut-il exercer des activités cliniques qui ne sont pas prévues au Décret ? Si oui, quels en sont alors les paramètres ?

Une de ces activités concerne le portrait fonctionnel à l'entrée effectué par le thérapeute en réadaptation physique en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et dans plusieurs autres types d'établissements de santé.

3.2 ÉVALUATION DES BESOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

L'établissement doit notamment : recevoir toute personne qui requiert ses services et évaluer ses besoins [...] (LSSSS, art. 101). L'établissement doit élaborer pour les usagers [...] un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'usager par les divers intervenants concernés de l'établissement (LSSSS, art. 102).

Rappelons que « le centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) est un milieu de vie et de soins où les personnes résident en permanence. D'après la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la mission d'un CHSLD consiste à offrir de façon temporaire ou permanente des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation. Ces services s'adressent aux adultes en perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, principalement les personnes âgées, qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel. »¹⁸

Le physiothérapeute est le professionnel qui peut porter un jugement clinique au sens d'une évaluation diagnostique en physiothérapie sur la condition d'une personne présentant une déficience et une incapacité de sa fonction physique. Les programmes de l'établissement devraient donc prévoir les mécanismes d'accès des résidents à l'évaluation de la condition neuromusculosquelettique lorsque nécessaire (nouvelle admission, nouvelle condition, programme de prévention des chutes, etc.) afin d'identifier la nature de leurs besoins physiothérapeutiques et les intégrer au plan d'intervention individualisé (PII).

¹⁸ Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, consulté en septembre 2007. [<http://www.aqesss.qc.ca/fr/index.aspx?sortcode=1.18.19.23>]

3.3 PORTRAIT FONCTIONNEL

Le portrait fonctionnel effectué par le thérapeute en réadaptation physique est une activité qui devrait trouver son rationnel à l'intérieur d'une offre de services en physiothérapie. Cette offre de service devrait être élaborée afin de répondre à l'ensemble des besoins physiothérapeutiques des résidents de l'établissement en prévoyant, notamment, les mécanismes d'accès aux physiothérapeutes¹⁹.

Le portrait fonctionnel effectué par le thérapeute en réadaptation physique pourrait consister à dresser un portrait de ce que peut réaliser un résident au niveau de sa fonction physique. Ce portrait fonctionnel peut être effectué, notamment, suite à l'admission d'un nouveau résident.

Le portrait fonctionnel ne consiste pas en l'évaluation neuromusculosquelettique de la condition d'une personne (activité réservée au physiothérapeute). Il ne vise donc pas à définir ou préciser une atteinte, une déficience ou incapacité.

Le portrait fonctionnel consiste plutôt à préciser les capacités de la personne, notamment, par la réalisation de tests standardisés ou de bilans fonctionnels.

3.4 INTERPRÉTATION DE L'OPPQ

L'interprétation de l'OPPQ en ce qui concerne le portrait fonctionnel s'appuie sur les considérations suivantes :

- compte tenu des éléments, précisés précédemment, que pourrait contenir le portrait fonctionnel ;
- compte tenu que le portrait fonctionnel n'a pas pour objectif de prévoir des traitements en physiothérapie;
- compte tenu que le portrait fonctionnel effectué par le thérapeute en réadaptation physique ne remplace aucunement le besoin de l'évaluation neuromusculosquelettique effectuée par le physiothérapeute ;

L'Ordre considère que le portrait fonctionnel est une activité qui ne requiert pas les préalables du Décret. Le thérapeute en réadaptation physique peut donc effectuer le portrait fonctionnel.

¹⁹ Principes cadres pour une organisation optimale des ressources professionnelles en physiothérapie, document adopté au Bureau du 1^{er} et 2 novembre 2007

3.5 CONCLUSION

Cette interprétation permet au thérapeute en réadaptation physique d'effectuer un portrait fonctionnel en établissements de santé. Cette activité ne vise pas à établir un plan de traitement ou à réaliser des interventions en lien avec un traitement. Cette activité ne nécessite donc pas les préalables prévus au Décret. De par sa formation, le thérapeute en réadaptation physique peut être le professionnel tout indiqué pour réaliser cette activité.