

# SOINS POSTAIGUS

## PROGRAMMATION CLINIQUE

Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées  
Coordination des Programmes spéciaux

Juin 2018



Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal

Québec 

# SOINS POSTAIGUS

## PROGRAMMATION CLINIQUE

### RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE DES SOINS POSTAIGUS

#### ONT PARTICIPÉS À L'ÉLABORATION DE CE DOCUMENT :

Émilie Turner, *Thérapeute en réadaptation physique*  
Geneviève Tessier, *Ergothérapeute*  
Jodie Bélanger, *Technicienne en travail social*  
Liane Lapointe, *Infirmière*  
Linda Labelle, *Conseillère cadre en physiothérapie*  
Lisette Cano, *Chef unité Lits postaigus*  
Louis-Jean Desrosiers, *ASI Lits postaigus*  
Magalie Dubé, *Thérapeute en réadaptation physique*  
Marie-Claude Lagotte, *Coordonnatrice des programmes spécifiques*  
Martine Blackburn, *Travailleuse sociale*  
Martine Lachapelle, *Ergothérapeute*  
Martine Lajoie, *ASI URFI*  
Matthieu Mourou, *Chef d'unité Lits postaigus*  
Nathalie Le Blanc, *Conseillère cadre en ergothérapie*  
Pablo Placeres, *Thérapeute en réadaptation physique*  
Quang Dinh Can, *Physiothérapeute*  
Sara Auclair, *Chef unité Lits postaigus*  
Sylvie Lefebvre, *Nutritionniste*  
Valérie Boudreault, *ASI UTRF*

# TABLE DES MATIÈRES

## **Rôles et responsabilités de l'équipe des lits postaigus**

<b>1. Mission</b>	<b>3</b>
<b>2. Accès aux soins postaigus</b>	<b>3</b>
2.1. Clientèle ciblée	3
2.2 Critères d'orientations	3
<b>3. Fonctionnement d'équipe</b>	<b>4</b>
3.1. Rencontre interdisciplinaire	4
3.2. Rencontre hebdomadaire	4
3.3. Planification précoce et conjointe de congés (PPCC)	4
<b>4. Rôles et responsabilités de l'équipe de soins postaigus</b>	<b>5</b>
4.1. Équipe de soins	5
4.1.1. Chef d'unité	5
4.1.2 Assistante du supérieur immédiat (asi)	5
4.1.3. Pharmacien	6
4.1.4. Médecin	6
4.1.5 Infirmière (gestionnaire de cas)	6
4.1.6. Infirmière auxiliaire	7
4.1.7. Préposé aux bénéficiaires	7
4.1.8. Préposé aux bénéficiaires réadaptation	7
4.2. Équipe de professionnels en réadaptation physique	8
4.2.1. Ergothérapeute	8
4.2.2. Professionnels en physiothérapie	9
4.3. Équipe psychosociale et nutrition	11
4.3.1. Technicien en travail social	11
4.3.2. Nutritionniste	11
4.4. Personnel de soutien	12
4.4.1. Agente administrative	12
<b>5. Indicateurs</b>	<b>13</b>
<b>6. Annexes</b>	<b>13</b>
Annexe 1 : Critères d'admissions généraux	14
Annexe 2 : Fonctionnement général du ciuss et critères d'orientation	16
Annexe 3 : Enveloppe de départ CHSGS	18
Annexe 4 : Planification précoce et conjointe de congés (PPCC)	19
Annexe 5 : Ergothérapie	21
Annexe 6 : Physiothérapie	22
Annexe 7 : Nutrition	25
Aide-Mémoire : Vocabulaire en nutrition	27

## ACRONYMES

<b>AVD</b>	Activité de la vie domestique
<b>AVQ</b>	Activité de la vie quotidienne
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>CHR</b>	Centre hospitalier régional
<b>CHSGS</b>	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
<b>CHSLD</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CIUSSS</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
<b>CT SCAN</b>	Du terme anglais "Computerized tomographie"
<b>DMS</b>	Durée moyenne de séjour
<b>DSIE</b>	Demande de service inter établissements
<b>ERV</b>	Entérocoque résistant à la vancomycine
<b>IRM</b>	Imagerie par résonance magnétique
<b>SPA</b>	Soins postaigus
<b>PCI</b>	Prévention et contrôle des infections nosocomiales
<b>PFSI</b>	Programme fédéral de santé intérimaire
<b>PII</b>	Plan d'intervention individualisé
<b>PTI</b>	Plan thérapeutique infirmier
<b>RAD</b>	Retour à domicile
<b>RAMQ</b>	Régie de l'assurance maladie du Québec
<b>RI</b>	Ressource intermédiaire
<b>RTF</b>	Ressource de type familial
<b>SAD</b>	Soutien à domicile
<b>SAAQ</b>	Société de l'assurance automobile du Québec
<b>SARCA</b>	Services ambulatoires de réadaptation pour la clientèle âgée
<b>SARM</b>	Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline
<b>SMAF</b>	Système de de mesure de l'autonomie fonctionnelle
<b>PID</b>	Plan d'intervention disciplinaire
<b>PII</b>	Plan d'intervention interdisciplinaire
<b>PI</b>	Plan d'intervention
<b>PSI</b>	Plan de service interdisciplinaire
<b>TRP</b>	Thérapeute en réadaptation physique
<b>PhT</b>	Physiothérapeute
<b>SAPA</b>	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
<b>DP</b>	Déficiência physique
<b>PPCC</b>	Planification précoce et conjointe de congés

## 1. MISSION

La mission du service des soins postaigus (SPA) est d'offrir des soins et des services de réadaptation adaptés aux personnes ayant eu un épisode de soins aigus en centre hospitalier (CH) et dont le retour immédiat dans leur milieu de vie est compromis en raison d'incapacité fonctionnelle.

Il a aussi pour mission d'offrir des services d'évaluation et de récupération fonctionnelle en provenance du domicile si l'usager a un état de santé stable mais qui nécessite d'avoir un séjour afin d'atteindre des objectifs établis au plan d'intervention ou encore de donner un répit pour les aidants naturels.

## 2. ACCÈS AUX SOINS POSTAIGUS

### 2.1. CLIENTÈLE CIBLÉE

La clientèle desservie en soins postaigus est majoritairement âgée de plus de 65 ans et présente une perte d'autonomie.

Le programme des soins postaigus s'adresse aux cas (annexe 1) où la clientèle répond aux critères généraux prévu au cadre de référence montréalais soient :

- Retour à domicile anticipé par le Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) comme complexe ou compromis et jugé non sécuritaire dans l'immédiat malgré les services offerts ou à offrir par le soutien à domicile (SAD).
- Une convalescence, une récupération ou une réadaptation à raison de 0 à 4 fois semaine est nécessaire pour un retour à domicile sécuritaire.

### 2.2 CRITÈRES D'ORIENTATIONS

Les usagers peuvent être référés aux SPA (annexe 2), s'ils présentent :

- Des incapacités fonctionnelles importantes limitant l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ) et de la vie domestique (AVD);
- Un potentiel de récupération fonctionnelle ou de réadaptation (0 à 4 fois par semaine) contribuant à la reprise de l'autonomie fonctionnelle antérieure à l'hospitalisation;
- Un déconditionnement;
- Une capacité de mise en charge ou non;
- Un besoin d'adaptation à ses incapacités;
- Un potentiel de récupération malgré une condition qui oriente vers l'hébergement afin de permettre d'améliorer l'autonomie et faire la différence dans le type d'orientation à l'hébergement (résidence privée ou RTF ou RI ou CHSLD);
- Un besoin de répit ou en réponse à une situation d'urgence sociale.

Toutes demandes doivent être envoyées au guichet d'accès en santé physique du CIUSSS CEMTL. (Annexes 2 et 3)

## 3. FONCTIONNEMENT D'ÉQUIPE

### 3.1. RENCONTRE INTERDISCIPLINAIRE

Le travail d'équipe est nécessaire pour atteindre les objectifs visés pour les usagers.

L'approche collaborative vise à faire participer l'utilisateur et ses proches avec l'équipe interdisciplinaire dans l'atteinte des résultats.

Les rencontres interdisciplinaires ont pour objectif de partager l'information clinique entre les intervenants afin d'avoir une vision commune de la situation de l'utilisateur pour des cas complexes. Les échanges permettent d'établir les objectifs à atteindre et de faire l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire (PII). Ce dernier doit être partagé avec l'utilisateur et ses proches afin qu'il collabore à l'atteinte des objectifs.

- Les rencontres ont lieu en présence de l'utilisateur et de ses proches au besoin;
- Les personnes présentes lors de cette rencontre doivent être impliquées auprès de l'utilisateur. L'animation se fait par l'assistant du supérieur immédiat.

### 3.2. RENCONTRE HEBDOMADAIRE

Le but premier de cette rencontre est de planifier le congé de l'utilisateur dès le premier jour de son admission afin que le retour à domicile se fasse de façon adéquate et sécuritaire. La rencontre a lieu une fois par semaine et est animée par le chef d'unité ou l'ASI. Il s'agit de suivre l'évolution de la condition des usagers et de s'assurer qu'il est toujours opportun qu'ils reçoivent des services en soins post-aigus. Lors de cette rencontre, il est déterminé que si l'utilisateur a besoin ou non de service à domicile et s'il y a lieu, la complétion d'une DSIE selon les besoins est effectuée pour la demande de service et envoyée au CLSC du territoire.

### 3.3. PLANIFICATION PRÉCOCE ET CONJOINTE DE CONGÉS (PPCC)

Ce processus systématique et continu de la planification conjointe de congé dont les équipes de réadaptation et de soutien à domicile (SAD) vise à (Annexe 4):

- Instaurer un processus systématique et continu de planification de congé en coresponsabilité (équipe du service post-hospitalier et intervenant pivot du soutien à domicile SAD);
- Mettre en place des conditions favorables au retour à domicile dès l'arrivée dans un lit post-hospitalier;
- Coordonner le processus de retour à domicile rapide et sécuritaire;
- Collaborer à assurer la sécurité et la pertinence des décisions relatives à l'orientation de l'utilisateur en fonction de ses besoins et de sa réalité;
- Améliorer la trajectoire des personnes âgées;
- Réduire le taux de NSA (niveau de soin alternatif);
- Réduire le taux d'hébergement à partir des lits post-hospitaliers;
- Optimiser la durée de séjour dans un lit post-hospitalier;
- Le retour à domicile demeure le premier choix.

## 4. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE DE SOINS POSTAIGUS

### 4.1. ÉQUIPE DE SOINS

#### 4.1.1. CHEF D'UNITÉ

Le chef d'unité, soutient son équipe dans l'actualisation de la mission d'unité de réadaptation fonctionnelle, de convalescence et de répit;

Il planifie et veille à la gestion des soins postagigus :

- Accompagne l'équipe dans une vision décloisonnée de soins postagigus qui s'adapte aux besoins évolutifs des usagers en terme de réadaptation;
- Harmonise les pratiques et les offres de services, veille à l'application de ces dernières ainsi qu'à leur pérennisation;
- Participe au déploiement d'un continuum de services en réadaptation dans le CIUSSS;
- Veille à ce que les usagers et leur famille soient informés et formés au sujet de leur rôle en ce qui concerne leur sécurité (lavage des mains, prévention des infections et des chutes, administration des médicaments) et de leur implication dans le processus de réadaptation;
- Assure la gestion des soins et la gestion de la durée moyenne de séjour (DMS);
- Collabore avec les partenaires internes et externes;
- Veille à l'efficacité des ressources sous sa responsabilité;
- Assure l'amélioration constante par une implication active au niveau de la révision des processus de travail, du maintien et du développement des compétences requises pour offrir des services adaptés aux différents profils des usagers, à l'application et au respect des normes professionnelles.

#### 4.1.2 ASSISTANTE DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT (ASI)

Coordonne les activités :

- Veille à l'application de l'approche de réadaptation fonctionnelle dans l'ensemble des soins et des services offerts aux usagers;
- Anime les rencontres interdisciplinaires et voit à la mise en place du plan d'intervention interdisciplinaire (PII);
- Veille aux besoins des usagers dans l'approche patient/partenaire;
- Veille à la préparation des admissions (24 heures à l'avance);
- Gère la prévention et le contrôle des infections / vaccinations;
- Effectue les analyses des AH-223 (rapports d'accident-incident) et voit à l'application des mesures correctives et de prévention;
- Valide les transferts aux urgences;
- Veille à la disponibilité en suffisance de matériel de soins, d'aides techniques, et d'équipements;
- Accompagne les intervenants dans la gestion du changement;
- Assure la planification des congés dès l'arrivée de l'usager;
- Assure la transmission d'information sur chaque quart de travail et aux points de transition;

- Participe à l'élaboration des outils cliniques.

#### **4.1.3. PHARMACIEN**

Le pharmacien au sein des soins postaigus joue un rôle crucial dans la gestion des médicaments. Plus spécifiquement :

- Assure l'usage optimal des médicaments;
- Assure un suivi des traitements en lien avec les médecins;
- Réalise un bilan comparatif des médicaments (BCM) pour chaque usager;
- Réalise les feuilles d'administration des médicaments (FADM).

La médication est servie en alvéole (DISPILL) ce qui permet de faire l'enseignement à l'usager avant son congé. L'automédication est débutée après évaluation de l'infirmière. Au congé, l'ensemble de la médication sera remis à l'usager et une référence vers la pharmacie communautaire sera effectuée.

#### **4.1.4. MÉDECIN**

Les médecins dédiés aux soins postaigus admettent les usagers lors de leurs visites à l'unité. Ils prennent connaissance du dossier et rencontre l'usager au besoin. Au cours du séjour l'infirmière a la responsabilité de référer au médecin si l'état de l'usager le requiert. La responsabilité du congé de l'usager relève de l'équipe interdisciplinaire.

#### **4.1.5 INFIRMIÈRE (GESTIONNAIRE DE CAS)**

- Procède à l'admission des usagers;
- Effectue la collecte de données;
- Fait l'évaluation clinique;
- Fait les références pertinentes aux professionnels concernés en fonction de l'évaluation de l'usager;
- Applique l'approche de réadaptation fonctionnelle dans l'ensemble des soins et des services offerts à l'usager;
- Assure une fluidité de la communication quant aux objectifs à réaliser pour chaque client entre les différents membres de l'équipe interdisciplinaire;
- Assure le leadership infirmier;
- Délégué et coordonne au quotidien les soins à son équipe soignante (infirmière auxiliaire et PAB);
- Collabore et participe aux rencontres interdisciplinaires;
- Ouvre, complète et envoie la demande de services inter établissements (DSIE);
- Travaille en collaboration avec l'équipe interdisciplinaire en lien avec la planification des congés dès l'arrivée de l'usager;
- Travaille en étroite collaboration avec les médecins;
- Planifie, dispense, évalue l'enseignement de l'usager et de ses proches, incluant la gestion de l'automédication;
- Fait la mise à jour au quotidien des plans de travail de l'infirmière, de l'infirmière auxiliaire et du préposé aux bénéficiaires en tenant compte des recommandations des différents membres de l'équipe.



#### **4.1.6. INFIRMIÈRE AUXILIAIRE**

- Participe et collabore aux objectifs à réaliser pour chaque usager avec les différents membres de l'équipe soignante;
- Participe, si besoin, aux rencontres interdisciplinaires avec les intervenants, les usagers et les proches aidants;
- Assure une fluidité de la communication quant aux objectifs réalisés pour chaque usager entre les différents membres de l'équipe;
- Participe à l'enseignement de l'usager et du proche aidant;
- Applique l'approche de réadaptation fonctionnelle lors des soins.

#### **4.1.7. PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES**

- Accueille les usagers à leur admission et s'assure au quotidien de leur confort et de leur intégration sur l'unité;
- Respecte les heures de thérapie inscrites au tableau en assistant l'usager dans ses AVQ au besoin;
- Applique l'approche de réadaptation fonctionnelle lors des soins;
- Encourage la prise d'autonomie de l'usager dans la mesure de ses capacités fonctionnelles dans l'ensemble de ses AVQ incluant ses déplacements et transferts sur l'unité;
- Participe à l'application du plan d'intervention incluant une communication fluide quant aux résultats obtenus pour chaque usager avec les différents membres de l'équipe;
- Récupère le matériel prêté par l'Établissement au congé de l'usager;
- Veille à ce que chaque usager ait des vêtements personnels et des chaussures adéquates pour son séjour en réadaptation;
- Installe à la chambre le matériel standard (fauteuil roulant ou fixe).

#### **4.1.8. PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES RÉADAPTATION**

- Identifie, désinfecte et récupère le matériel de réadaptation sur les unités;
- Accompagne les usagers vers la salle de réadaptation (puis ramène à leur chambre) selon les heures prévues au tableau de réadaptation;
- Livre et installe du matériel spécialisé selon la recommandation ou en assistance de l'équipe de réadaptation (marchette, fauteuil roulant adapté, moniteur de mobilité, etc.) aux unités et s'assure du bon fonctionnement;
- Assiste le professionnel durant les traitements et veille à la sécurité des usagers au cours de la réalisation de leurs exercices;
- Participe et collabore à la mobilisation des usagers selon les directives du plan d'intervention délégué par le professionnel;
- Organise la salle de thérapie en début et en fin de journée (nettoyage des surfaces, tâches de buanderie, réorganisation de la salle, etc.).

## 4.2. ÉQUIPE DE PROFESSIONNELS EN RÉADAPTION PHYSIQUE

Les références à la main d'œuvre de la réadaptation s'inscrivent dans la philosophie du continuum de soins privilégié par l'organisation d'où l'importance pour les référents de s'interroger et de consulter le profil d'autonomie antérieure de l'utilisateur ainsi que les services déjà assurés par un ou des programmes- clientèles de l'organisation, dans un souci d'efficacité et de pertinence des références.

Les professionnels de cette équipe ont en commun certaines responsabilités déontologiques et organisationnelles, notamment les suivantes :

### En cours de séjour :

Travaille en étroite collaboration avec l'utilisateur et ses proches ainsi qu'avec l'équipe interdisciplinaire :

- Participe activement aux rencontres hebdomadaires et rencontres interdisciplinaires s'il y a lieu (ex : élaboration d'un PII ou PSI, planification du congé, etc.);
- Veille à ce que son PID tienne compte des objectifs réalistes de l'utilisateur ainsi que des objectifs décrits, s'il y a lieu, au PII/PSI;
- Assure la prise en charge de l'utilisateur jusqu'à l'atteinte des objectifs décrits dans son PID/PII ou d'un plateau dans la récupération;
- Fait des recommandations et dispense l'enseignement requis;
- Promeut l'approche réadaptation fonctionnelle, notamment en profitant des opportunités de coaching dans l'action qui se présentent.
- Effectue une tenue de dossiers conforme aux exigences professionnelles et organisationnelles;
- Avise le gestionnaire lorsque les délais maximaux de prise en charge établis ne peuvent pas être respectés.

### Au congé :

- Remplit la section appropriée de la DSIE lorsqu'un patient est référé aux soins à domicile ou aux services courants.

### 4.2.1. ERGOTHÉRAPEUTE

Dans le cadre de la réadaptation du programme des soins post-aigus, l'ergothérapeute sera mise à contribution pour son expertise, lors d'un écart entre le portrait d'autonomie actuel et celui visé et qui a pour conséquence de faire obstacle à un retour à domicile fonctionnel et sécuritaire. Ses actions viseront l'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur lorsque les sphères d'activité de la vie quotidienne suivantes seront compromises :

- Se nourrir;
- Se laver et les activités associées à prendre soin de sa personne;
- S'habiller;
- Utiliser les toilettes;
- Réaliser les transferts (au lit, au bain, au fauteuil, à la douche);
- Se déplacer à l'aide d'un fauteuil roulant ;

- Assurer sa sécurité à domicile notamment, signaler un appel à l'aide.

De façon occasionnelle, l'ergothérapeute pourra aussi être sollicité dans l'appréciation des déficits cognitifs en lien avec leur impact sur l'autonomie fonctionnelle de l'utilisateur à :

- Réaliser les AVQ et AVD (ex : préparation de repas simple), dans des situations de retour à domicile incertain ou de relocalisation.

Finalement, l'ergothérapeute en lien avec certaines activités réservées ou de prévention et promotion de la santé, pourra aussi apporter un support à l'équipe interdisciplinaire dans des situations particulières de soins, telles :

- Condition de plaie nécessitant une surface thérapeutique ou une aide technique spécialisée en fonction de l'algorithme décisionnel (Annexe 4) associé à la réflexion clinique ;
- Risque de chutes associé à des enjeux d'aménagement de l'environnement, les habitudes de vie de l'utilisateur ou des besoins d'aides techniques spécialisées;
- Contrôle de la douleur nécessitant un positionnement spécifique;
- Mesures anthropométriques non standard ou des besoins particuliers nécessitant le recours à un équipement hors dimension ou spécialisé.

L'ensemble des motifs de prise en charge définis pour l'ergothérapeute sont regroupés selon une échelle de critères de priorisation décrite à l'Annexe 4, pour une gestion efficace du temps et des ressources consacrées au programme. La majorité des activités cliniques réalisées, seront des interventions individuelles, ponctuelles ou des prises en charge brèves. En dépit de l'intensité de services déployés, l'ergothérapeute devra rendre compte de sa démarche ainsi que des actes cliniques posés par une tenue de dossier rigoureuse et efficace, reflétant son modèle de pratique.

Les soins et services associés à la récupération motrice entourant les habiletés de marche et l'usage d'une aide à la marche sont volontairement exclus des rôles et responsabilités à l'ergothérapeute aux soins post-aigus. Quant aux limites de mobilité qui nécessiteront la suppléance de la fonction de marche au-delà du séjour au programme des lits pot-aigus, elles seront évaluées et prises en charge par les intervenants des programmes de soutien à domicile (SAPA) et (DP), selon le cas. Il en sera de même pour les habiletés touchant la gestion des biens.

#### **4.2.2. PROFESSIONNELS EN PHYSIOTHÉRAPIE**

Deux types de professionnels partagent le même champ d'exercice de la physiothérapie, de certaines activités professionnelles et de deux activités réservées : le physiothérapeute (pht) et le thérapeute en réadaptation physique (T.R.P.). L'Annexe 5 présente sommairement les différences entre la pratique de ces deux professionnels d'un point de vue réglementaire.

Pour chaque usager ayant des déficiences ou des incapacités de la fonction physique reliées aux systèmes neurologique, musculosquelettique ou cardiorespiratoire, et pour lequel une requête en physiothérapie est reçue:

- Effectue une évaluation brève du portrait fonctionnel de l'utilisateur (transferts, mobilité au lit et marche) dans les meilleurs délais possibles suivant son admission pour les raisons suivantes :
  - Attribution, s'il y a lieu, d'une aide à la marche ou à la mobilité ;
  - Communication de ses recommandations et dispensation de l'enseignement requis à l'utilisateur et à ses proches, ainsi qu'à son infirmière attitrée selon la modalité prévue à cet

- effet, afin que l'équipe soignante puisse contribuer à maintenir et à développer l'autonomie fonctionnelle et la mobilité de l'utilisateur de façon sécuritaire et optimale ;
- Priorisation de la requête.
  - Prend en charge les usagers selon le mode de répartition des requêtes et les critères de priorisation établis (Annexe 5), ainsi que dans le respect du cadre réglementaire de sa pratique :
    - Réalise une évaluation à portée diagnostique (pht) ou, pour le T.R.P., une collecte de données évaluatives;
    - Détermine un PID individualisé (plan de traitement)<sup>1</sup>;
    - Fait des recommandations et dispense l'enseignement requis à l'utilisateur et à ses proches, ainsi qu'à l'équipe soignante;
    - Réalise les interventions appropriées (individuelles ou de groupe<sup>2</sup>) dans le but d'obtenir un rendement fonctionnel optimal jusqu'à l'atteinte des objectifs réalistes décrits au PID/PII ou d'un plateau dans la récupération;
    - Ajuste en continu la fréquence de ses interventions selon les besoins et l'évolution de chaque usager, et selon le volume des usagers requérant des services en physiothérapie aux soins postaigus.
  - Avise le gestionnaire lorsque les délais maximaux de prise en charge établis ne peuvent pas être respectés ;
  - Travaille en étroite collaboration intra disciplinaire. Ainsi, l'entraide entre les pht et les T.R.P. pour répondre aux besoins globaux de tous les usagers référés en physiothérapie mais également pour répondre de façon optimale à leurs besoins individuels spécifiques. Ceci signifie pour le T.R.P., de référer au pht en temps opportun, et pour le pht, d'assurer le suivi des demandes issues des T.R.P. avec diligence, particulièrement dans les situations suivantes :
    - Cas pour lesquels les préalables/informations fournis par le référent ne permettent pas la prise en charge par le T.R.P. (Annexe 7) ;
    - Cas nécessitant une évaluation physiothérapique à portée diagnostique du pht pour déterminer les causes à l'origine des déficiences et des incapacités neuromusculosquelettique identifiées (ex. problème d'équilibre). Cette évaluation permettra d'orienter le traitement et de guider la conception du plan d'intervention ainsi que le choix
    - Cas cliniques plus complexes (ex. profil de récupération atypique, condition non contrôlée) ou se retrouvant dans la catégorie d'atteinte 4 (ex. usager présentant une atteinte neurologique dont la période de réadaptation fonctionnelle intensive n'est pas terminée) ;
    - Cas pour lesquels une évaluation finale effectuée par le pht (note de congé) permettrait une prise en charge optimale par le T.R.P. œuvrant dans un autre établissement/installation (continuité des services en physiothérapie) ;
    - Cas pour lesquels une demande de rappel a été effectuée par le pht pour réévaluer la condition;
    - Selon le jugement clinique du professionnel de la physiothérapie.

---

<sup>1</sup> Exception : si l'atteinte de l'utilisateur se situe en catégorie 4, le T.R.P. ne peut pas effectuer le choix des modalités; il ne peut qu'appliquer les modalités de traitement précisées par le médecin ou par le physiothérapeute.

<sup>2</sup> Interventions de groupe : suivi de plusieurs usagers à la fois assuré en fonction des besoins spécifiques de chacun.

## 4.3. ÉQUIPE PSYCHOSOCIALE ET NUTRITION

### 4.3.1. TECHNICIEN EN TRAVAIL SOCIAL

L'intervenante sociale au service des soins postaigus joue un rôle de liaison. Cette dernière fait le lien entre les intervenants du soutien à domicile si l'utilisateur est connu. Elle communique les progrès de l'utilisateur à l'intervenant pivot du CLSC.

Elle peut agir en collaborant au plan d'intervention interdisciplinaire. L'intervenant du CLSC demeure l'intervenant responsable (pivot) du dossier. Elle agit sur réception d'une requête de service professionnel. Il est primordial d'identifier les besoins de service de façon précoce durant le séjour.

Plus spécifiquement :

- Oriente et réfère les usagers vers les bonnes ressources (internes ou externes);
- Consulte un spécialiste en activités cliniques désigné par le programme SAPA lors de situation complexe ou à risque;
- Effectue des interventions cliniques requises en fonction de son champ de pratique et de l'offre de service du programme;
- Intervient avec diligence en situation de crise, assure un suivi et une relance au besoin, et ce, en utilisant le soutien clinique approprié ;
- Offre un accompagnement à l'utilisateur non connu du SAD pour identifier les ressources dont il a besoin, selon le plan d'intervention (PI-PII) ou le plan de services(PSI) établi;
- Réfère les clients aux organismes du réseau en fonction des critères d'admissibilité aux divers programmes;
- Informe l'intervenant pivot lors du dépistage d'une situation complexe ou à risque;
- Assure de la continuité des services de la clientèle desservie;
- Consigne ses évaluations, ses PI-PII-PSI, ses interventions, et ses observations au dossier de chacun des usagers;
- Participe aux rencontres de l'équipe interdisciplinaire;
- Collabore avec les partenaires internes et externes et agit comme personne ressource auprès de la communauté.

### 4.3.2. NUTRITIONNISTE

La pratique de la nutritionniste consiste principalement à évaluer l'état nutritionnel d'un usager, dans le but de déterminer la voie d'alimentation et le plan de traitement nutritionnel, incluant sa mise en œuvre et son suivi. Le maintien, le rétablissement ou l'amélioration de l'état nutritionnel, de la santé et de la qualité de vie de l'individu sont les résultats visés lors de l'intervention nutritionnelle.

Dans le cadre de ses activités pour les usagers du programme de soins postaigus, la nutritionniste :

- Priorise et planifie les activités notamment, selon les demandes reçues et la charge de travail en respectant les recommandations de priorisation cliniques présentées à l'Annexe 6;
- Détermine les méthodes appropriées pour l'évaluation des besoins nutritionnels par un bilan des facteurs les influençant (médication, antécédents de santé, âge, examen physique, données anthropométriques et biochimiques, histoire alimentaire, etc.);
- Réalise l'évaluation nutritionnelle, y compris la détermination du diagnostic nutritionnel;
- Considère les aspects éthiques et culturels, le niveau de soins et les aspects juridiques liés aux soins;
- Considère le bagage biopsychosocial de la personne (mythes, croyances et attitudes, connaissances);
- Considère les ressources humaines, physiques et financières du milieu de soins ou du milieu de vie pour mettre en œuvre et assurer le suivi du plan de traitement;
- Détermine la voie d'alimentation et les risques/bénéfices associés;
- Élabore l'intervention nutritionnelle selon le portrait clinique et établir les modalités d'administration des nutriments ou aliments requis (mise en œuvre);
- Réalise un enseignement, pour une condition nouvellement diagnostiquée qui soit approprié et adapté à l'utilisateur et aux professionnels impliqués tout en favorisant l'adhésion au plan de traitement par l'ensemble des personnes touchées;
- Adapte l'intervention aux capacités physiques, mentales et cognitives de l'utilisateur;
- Surveille l'état nutritionnel et réajuster le plan;
- Consigne les notes d'évaluation, d'intervention et d'évolution au dossier de l'utilisateur.

La nutritionniste peut obtenir des informations lui facilitant le suivi du séjour de l'utilisateur dans le « tableau quotidien » de l'étage où l'utilisateur est admis.

Lorsqu'un utilisateur est référé aux soins à domicile ou aux services courants, la DSIE est complétée par la nutritionniste. La note de la nutritionniste est placée en pièce jointe dans la DSIE sous la catégorie «surveillance de l'état nutritionnel » pour le faire parvenir au CLSC. Il est indiqué dans la note que le rapport d'évaluation et les notes de suivi se retrouvent dans *E-Clinibase*.

## **4.4. PERSONNEL DE SOUTIEN**

### **4.4.1. AGENTE ADMINISTRATIVE**

L'agente administrative au service des soins postaigus joue un rôle primordial dans l'équipe car elle supporte au plan clérical l'ensemble de l'équipe de l'unité.

Plus spécifiquement :

- Fait la gestion du dossier d'admission;
- Accueille l'utilisateur et sa famille à leurs arrivées sur l'unité;
- Remet l'information nécessaire (pochette d'accueil);
- Fait signer les consentements suite aux explications données à l'utilisateur et ses proches;
- Fait la gestion des rendez-vous des utilisateurs et s'assure que ces derniers soient accompagnés par leurs familles et qu'il y ait un transport pour la personne;
- Gère les appels de l'unité et s'assure de faire le lien avec les intervenants de l'unité;

- Fait le lien avec les partenaires externes comme la pharmacie et le curateur public;
- Collabore avec le guichet d'accès afin d'assurer une fluidité lors des départs et des admissions;
- Complète les différents tableaux (ex. registre des mouvements)

## **5. INDICATEURS**

Les indicateurs sont les suivants :

- La durée moyenne de séjour visé est de 24 jours;
- Retour à domicile avec ou sans service soit au moins 80 % des admissions;
- Admission suivant la demande dans les 4 jours ou moins.

## **6. ANNEXES**

Référez à la section suivante.

## ANNEXE 1 : CRITÈRES D'ADMISSIONS GÉNÉRAUX

### Critère généraux

- 1) Résidents de l'île de Montréal. Pour les usagers de l'extérieur de l'île, ce sont les règles habituelles qui s'appliquent (rapatriement et appartenance) à l'exception des soins qui leurs sont dédiés;
- 2) Âgé de 18 ans et plus;
- 3) Retour à domicile impossible dans l'immédiat sans soins de soins postaigus ou de réadaptation santé physique :
  - Référence au guichet CIUSSS pour les soins de soins postaigus (de 0 à 4 fois par semaine de services de convalescence/récupération/réadaptation);
  - Référence au guichet CIUSSS pour les soins de réadaptation santé physique (5 fois et plus par semaine de services de réadaptation)
- 4) Consentement de l'utilisateur aux soins et à la transmission de l'information clinique, si requis;
- 5) Signature du formulaire d'engagement de l'utilisateur;
- 6) États médical et psychique stabilisés (sans risque prévisible de décompensation à court terme);
- 7) Refus 0 incluant les usagers suivants :
  - Présence de bactéries multi résistantes. Toutefois, la transmission de l'information concernant la présence de bactéries multi résistantes demeure une responsabilité du CHSGS référant;
  - Soins particuliers et médicaments onéreux requis;
  - Besoin d'équipements adaptés à la condition de l'utilisateur;
  - Avec des troubles cognitifs;
  - Avec besoin de transport pour soins médicaux;
  - Résident à Montréal sans carte de la RAMQ (La démarche pour l'obtention de la carte doit débiter au CHSGS);
  - Avec un dossier SAAQ (La démarche pour ouverture d'un dossier avec la SAAQ (Numéro de dossier) doit avoir été amorcée dès l'hospitalisation);
  - Avec un besoin de contention, en autant que l'utilisateur soit médicalement stable (physique et psychique);
  - Sans domicile fixe;
  - Réfugié réinstallé et demandeur d'asile admissible s'il peut avoir recours au programme fédéral de santé intérimaire (PFSI) (Vérification nécessaire via Croix Bleue Medavie selon le tableau des avantages).
- 8) L'utilisateur peut refuser la référence dans un lit de soins postaigus ou de réadaptation santé physique mais devra retourner à la maison selon l'offre de services disponible;
- 9) Accès aux soins postaigus :
  - L'utilisateur référé peut provenir du CHSGS, du domicile ou du CHR;



- Lorsqu'un usager retourne en soins actifs au CHSGS, le lit de soins post-aigus est réservé pour une période de 48 heures ou jusqu'à confirmation de son hospitalisation sur une unité de soins;
- L'usager peut être admis s'il ne répond pas aux critères des continuums de neurologie ainsi que gériatrique seulement et seulement si la demande a été refusée suite à l'évaluation par le guichet concerné.

10) Accès aux soins de réadaptation santé physique : Aux critères ci-haut mentionnés, s'ajoutent les critères du cadre de référence régional post-hospitalier, volet de réadaptation santé physique y compris la réadaptation gériatrique;

11) Exclusions :

- Hébergement : Tous les usagers en attente d'hébergement (sans capacité de récupération/réadaptation) sont exclus des programmes disponibles dans les soins post-aigus;
- Soins palliatifs :
  - Les usagers avec pronostic de moins de 90 jours ne sont pas admissibles pour un transfert vers les soins post-aigus (soins de fin de vie);
  - Les usagers avec pronostic de plus de 90 jours pourraient être acceptés, après évaluation de chaque CIUSSS.

## ANNEXE 2 : FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL DU CIUSSS ET CRITÈRES D'ORIENTATION

### Fonctionnement général CIUSSS et critère d'orientation

#### Heures d'ouverture guichet CIUSSS :

- En semaine : de 8h à 16h;

#### **Si le soutien à domicile (SAD) ne peut répondre aux besoins de l'utilisateur (incluant services ambulatoires de réadaptation pour clientèle adulte (SARCA)), le guichet CIUSSS :**

- 1) S'assure du respect des critères d'admission généraux pour la demande de l'utilisateur (fiche 1);
- 2) Étudie la demande selon les critères cliniques ici-bas;
- 3) Traite les demandes selon l'ordre de réception et répond au CHSGS, par DSIE, dans le respect du délai maximum ciblé de 24 heures (orientation) en indiquant le lieu de la ressource où sera transféré l'utilisateur, si possible, et sous toute réserve. Dans le cas où le lieu ne peut pas être identifié, le guichet CIUSSS fera suivre le lieu d'accueil de l'utilisateur de façon ultérieure, par un suivi de l'intervention via DSIE;
- 4) S'assure du transfert de l'utilisateur à partir du CHSGS dans un lit de soins postaigus dans un délai maximal de 4 jours calendrier suivant l'envoi de la demande;
- 5) S'assure qu'il y aura mise en place des :
  - Soins et services particuliers requis (ex. : VAC, antibiothérapie);
  - Équipements requis (banque locale, banque régionale ou location d'équipements).
- 6) Dans le cas où les soins postaigus du CIUSSS sont occupés à 100%, il peut demander, selon la procédure entendue régionalement (fiche 3), un lit surnuméraire, au guichet CIUSSS Centre-Sud, qui en assure la gestion. Et si aucun lit surnuméraire n'est pas disponible, le guichet CIUSSS peut regarder la disponibilité des lits en santé physique).

#### **Critères d'orientation dans les soins postaigus :**

- Besoins de convalescence, de récupération ou de réadaptation à raison de de 0 à 4 fois par semaine;
- Retour à domicile anticipé par le CHSGS comme complexe ou compromis et jugé non sécuritaire **dans l'immédiat** malgré les services offerts par le SAD. Une convalescence, une récupération ou une réadaptation est nécessaire avant le retour à domicile pour un retour à domicile sécuritaire;
- Incapacités fonctionnelles importantes limitant l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ) et de la vie domestique (AVD);
- Présence d'un potentiel de récupération fonctionnelle ou de réadaptation (0 à 4 fois par semaine) contribuant à la reprise de l'autonomie fonctionnelle antérieure à l'hospitalisation;
- Déconditionnement;
- Avec ou sans capacité de mise en charge;
- Favoriser l'adaptation de l'utilisateur à ses incapacités;
- Besoin de répit ou un lit en urgence sociale;

- À partir du domicile : Prise en charge nécessaire étant donné un risque de rupture d'équilibre pouvant entraîner une hospitalisation via l'urgence;
- **Pour ceux dont un hébergement est envisagé, sous la condition suivante** : Les usagers qui présentent un potentiel de récupération malgré une condition qui oriente vers l'hébergement peuvent être dirigés dans les soins de soins postaigus après avoir été évalués par le SAD et ce, afin de permettre d'améliorer l'autonomie et faire la différence dans le type d'orientation à l'hébergement (résidence privée ou RTF ou RI ou CHSLD);
- Les soins postaigus peuvent aussi accueillir des usagers dont l'orientation est incertaine (RAD versus hébergement) et qui ont véritablement besoin d'être évalués plus à fond pour être orientés;
- L'utilisateur doit être référé dans UN seul guichet à la fois, soit celui de son CIUSSS d'appartenance en fonction de son territoire.

## **ANNEXE 3 : ENVELOPPE DE DÉPART CHSGS**

### **Enveloppe de départ CHSGS**

#### **Inclure :**

1. La feuille sommaire médicale;
2. Le consentement du patient : consentement général de soins et formulaire d'autorisation de communiquer des renseignements contenus au dossier de l'utilisateur, si requis (hors CIUSSS ou CHSGS non affilié);
3. Le formulaire d'engagement de l'utilisateur;
4. L'ordonnance de départ et le profil pharmacologique (feuille d'administration des médicaments) doivent être dans l'enveloppe de départ;
5. La prescription de départ doit dater de moins de 72 heures et le profil pharmacologique en date du jour du transport;
6. La démarche pour obtenir les médicaments avec la pharmacie doit être assumée à partir du lit post-aigu de l'utilisateur. Cependant, le CHSGS doit inclure la médication jusqu'au prochain jour ouvrable;
7. Les rapports de laboratoires (hématologie, biochimie, RIN (INR) des 5 derniers jours, etc.) et radiologiques (CT Scan, IRM, etc.) pertinents;
8. Les rendez-vous de suivi planifiés avec le(s) médecin(s) spécialiste(s), s'il y a lieu;
9. Les rapports récents des procédures demandant un suivi durant la période de réadaptation (pose de parapluie de la veine cave inférieure, pacemaker, shunt, gastrostomie, stomie (date de changement prévue et plan d'enseignement de l'infirmier(ère), etc.);
10. La confirmation du prélèvement de SARM (ou ERV si pertinent) 24 heures avant le transfert vers le CHR/URFI ou les soins post-aigus;
11. Tous les rapports pertinents, le plan de soins, le plan thérapeutique infirmier, les plans d'interventions professionnelles et le niveau de soins, s'il est disponible.

**24 heures avant le départ de l'hôpital, appliquer la procédure concernant le test confirmant ou infirmant la présence de bactéries multi résistantes.**

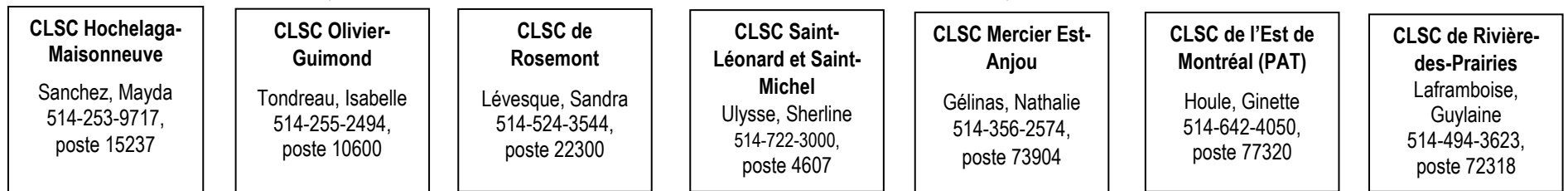
## ANNEXE 4 : PLANIFICATION PRÉCOCE ET CONJOINTE DE CONGÉS (PPCC)

### Algorithme de communication entre les services du SAD et ceux du post hospitaliers Pour les usagers admis dans un lit post hospitalier (soins post aigus, RFI et UTRF)

Lorsque l'admission d'un usager est confirmée dans un lit post hospitalier, pour les usagers connus l'agente administrative du guichet d'accès informe l'intervenant pivot identifié dans ICLSC en lui envoyant un courriel indiquant :

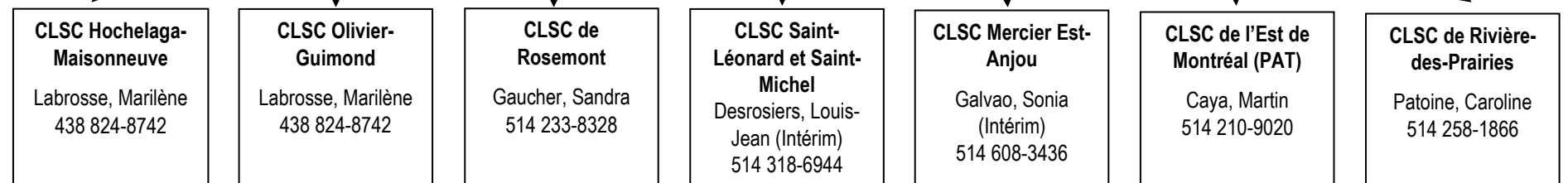
- Nom de l'utilisateur
- Unité de lits post hospitaliers où est admis l'utilisateur avec coordonnées du milieu
- Consignes à l'intervenant pivot de communiquer avec l'unité dans les 48 heures ouvrables pour amorcer la planification de congé

Si l'unité n'a pas d'appel téléphonique de l'intervenant pivot > 48 heures ouvrables suivant l'admission, l'ASI ou l'infirmière de liaison (le cas échéant) de l'unité communique avec le SAD selon le territoire de l'utilisateur



Si l'unité n'a pas de suivi de la part de l'intervenant pivot > 48 heures ouvrables : informe le chef d'unité

Le chef d'unité téléphone au chef de programme du SAD



**Algorithme de communication entre les services du SAD et ceux du post hospitaliers  
Pour les usagers admis dans un lit post hospitalier (soins post aigus, RFI et UTRF)**

**Si l'intervenant pivot du SAD n'a pas eu de retour d'appel de l'unité > 48 heures ouvrables après son premier contact téléphonique, il tente à nouveau de contacter l'ASI de l'unité**

<b>Richardson</b>  514-484-7878 3e étage : #2300 4e étage : #2400	<b>Hôpital Notre-Dame</b>  Dupuis, Rachel 514-413-8677, poste 21531	<b>CHSLD Jeanne-LeBer Unité 2</b>  Rivera, Sue-Hellen 514-251-6000, poste 45215	<b>CHSLD Jeanne-LeBer Unité 3</b>  Rastoll, Édith 514-251-6000, poste 45325	<b>CHSLD J-Henri Charbonneau URFI</b>  Lemaire, Rosemary 514-523-1173, poste 35340	<b>Manoir Claudette-Barré UTRF</b>  Toussaint, Julie 514-351-0200, poste 5203	<b>Hôpital Marie-Clarac</b>  Voir l'algorithme de HMC en annexe 514-321-8800	<b>Institut universitaire de Gériatrie de Montréal</b>  Vixama, Tamara 514-340-2800, poste 3556
---	---	---	---	--	---	---	---

**Si l'intervenant pivot du SAD n'a pas de suivi de la part de l'unité > 48 heures ouvrables suivant son deuxième message : informe son chef de programme**



**Le chef de programme du SAD téléphone au chef de l'unité concernée**

<b>Richardson</b>  Chin, Diana 514-484-7878, poste 2210	<b>Hôpital Notre-Dame</b>  Prince, Cinthia 514-889-6508	<b>CHSLD Jeanne-LeBer Unité 2</b>  Auclair, Sara 514-226-5303	<b>CHSLD Jeanne-LeBer Unité 3</b>  Cano, Lissette 514-219-3451	<b>CHSLD J-Henri Charbonneau URFI</b>  Mourou, Matthieu 514-233-6119	<b>Manoir Claudette-Barré UTRF</b>  Cano, Lissette 514-219-3451	<b>Hôpital Marie-Clarac</b>  Voir l'algorithme de HMC en annexe 514-321-8800	<b>Institut universitaire de Gériatrie de Montréal</b>  Tremblay, Joëlle 514-340-2800, poste 3575
---	--	--	---	---	--	---	---

## ANNEXE 5 : ERGOTHÉRAPIE

Conseil d'expertise :  
Support aux équipes de soins

Le Code des professions définit le champ d'exercice de l'ergothérapeute ainsi :

« Évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser une autonomie optimale de l'être humain en interaction avec son environnement.

P1

### Interventions Prioritaires

À l'unité

Risque de chute multifactoriel  
Risque élevé d'escarre de pression  
(11 et moins)  
Diminution de l'autonomie en lien des besoins de transferts (lit et fauteuil) et d'élimination

Délai : Jusqu'à 72 heures ouvrables

P2

### Soins spécifiques

En vue du RAD

Diminution de l'autonomie en lien des besoins de transferts (au bain ou à la douche) en vue d'un RAD  
RAD fortement questionné au plan de l'autonomie dans les besoins primaires et assurer sa sécurité à domicile  
À l'unité  
Contrôle de la douleur nécessitant un positionnement spécifique  
Mesures anthropométriques non standard ou des besoins particuliers nécessitant le recours à un équipement hors dimension ou spécialisé.

Délai: jusqu'à 7 jours ouvrables

P3

### Services généraux

en vue du RAD

Diminution de l'autonomie en lien avec l'alimentation, l'hygiène (incluant les soins personnels tels se peigner et se brosser les dents) et l'habillement  
à l'unité  
Diminution de l'autonomie en lien avec des besoins de sur l'unité l'aide d'un fauteuil roulant (enseignement des manœuvres de base)

Délai: jusqu'à 21 jours ouvrables

Mise en contexte : Pyramide<sup>+</sup> des priorités en ergothérapie pour la clientèle au des soins postaigus

## ANNEXE 6 : PHYSIOTHÉRAPIE

### CADRE RÉGLEMENTAIRE

Deux types de professionnels en physiothérapie, membres de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPQ), sont reconnus par le système professionnel québécois: le physiothérapeute (pht) et le thérapeute en réadaptation physique (T.R.P.).

Leur champ d'exercice est décrit comme suit à l'article 37n) du *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 ».

Toutefois, à la différence du physiothérapeute, le T.R.P. n'effectue pas d'évaluation à portée diagnostique de la fonction neuro-musculosquelettique<sup>3</sup> de l'utilisateur, et exerce ses activités professionnelles sous certaines conditions et restriction précisées au *Règlement sur les catégories de permis délivrés par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec*.

En effet, le T.R.P. doit disposer de l'un des préalables suivants avant d'intervenir auprès d'un usager :

- Évaluation faite par un physiothérapeute;
- Diagnostic médical non limité aux symptômes qui indique, s'il y a lieu, le type de structure atteinte et qui est accompagné des informations médicales pertinentes.

De plus, selon le type d'atteinte de l'utilisateur (catégorie 2, 3 ou 4), le T.R.P. doit aussi disposer, avant d'intervenir, d'informations supplémentaires (ex : liste de problèmes, objectifs de traitement, contre-indications et précautions, modalités de paiement). L'annexe 3 présente, pour chacune des catégories d'atteinte, quelles informations supplémentaires sont nécessaires.

Il est à noter que le T.R.P. peut intervenir sans préalable pour promouvoir la santé ou pour assurer, de façon ponctuelle, le soulagement de la douleur ou la sécurité d'un usager. Il devra toutefois référer ce dernier, à un médecin ou à un physiothérapeute, s'il y a lieu, avant de prendre en charge l'utilisateur dans le cadre d'un suivi thérapeutique.

Le T.R.P. peut également, dans un contexte de continuité de services inter établissements [ou inter installations], « prendre en charge le client, sans nouvelle évaluation d'un physiothérapeute ou d'un médecin, s'il juge que les informations dont il dispose constituent les préalables requis selon la catégorie d'atteinte dans laquelle se situe le client »<sup>4</sup>. Ainsi, le dossier complet tenu par le professionnel en physiothérapie doit être acheminé à l'établissement qui prend le relais afin de maximiser le suivi en physiothérapie.

La présence de ces deux professionnels (pht et T.R.P.), travaillant en étroite collaboration au sein d'une même unité, assure donc une prise en charge optimale de l'utilisateur en physiothérapie, en permettant d'avoir recours rapidement aux conclusions de l'évaluation neuro-musculosquelettique du physiothérapeute, palliant ainsi à la difficulté, pour le T.R.P., d'obtenir les informations requises auprès du médecin.

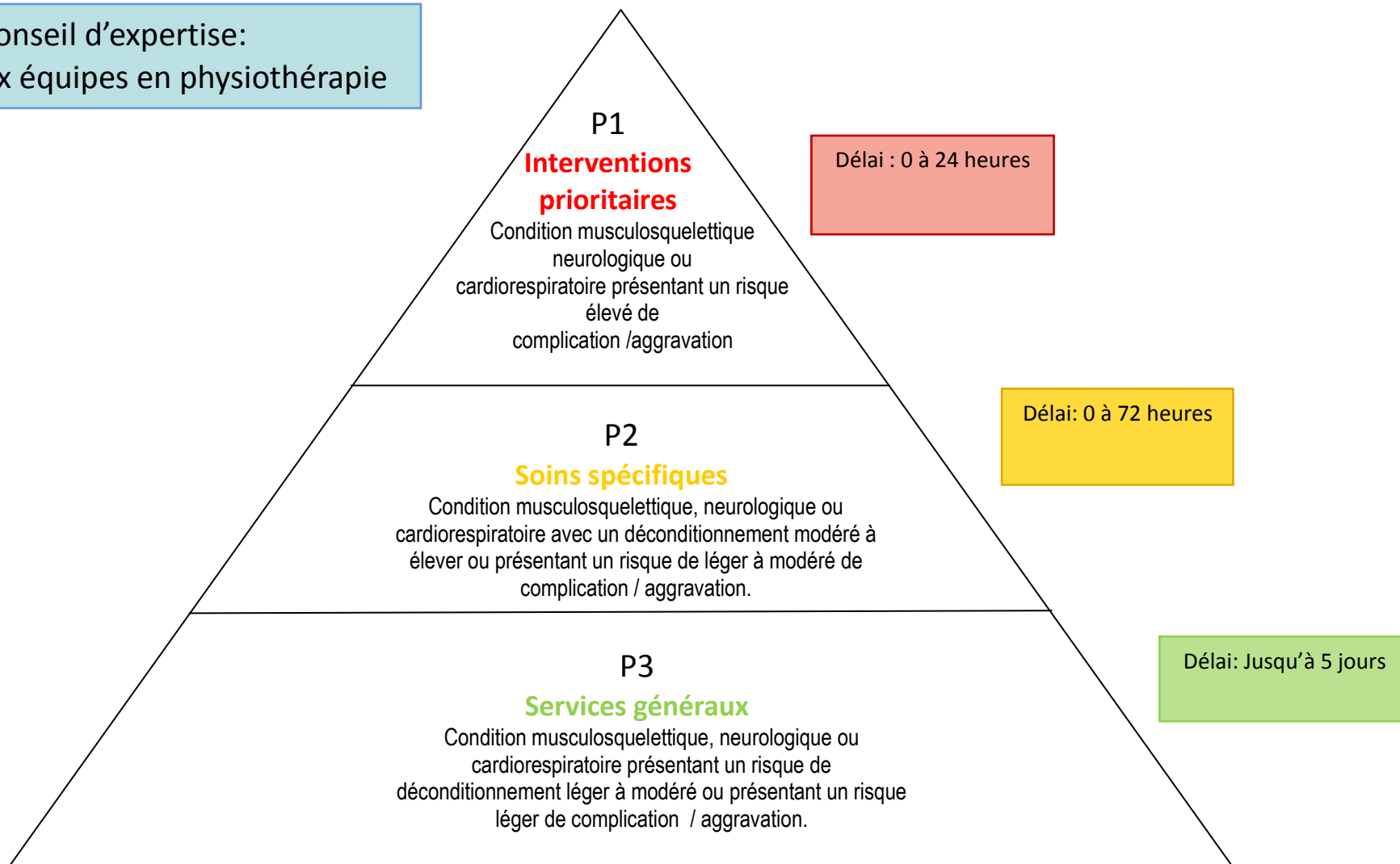
---

<sup>3</sup> Cette activité fait partie des activités réservées pouvant être exercées par les physiothérapeutes mais non par les thérapeutes en réadaptation physique. En effet, en vertu du Code des professions (article 37.1, paragraphe 3), les physiothérapeutes peuvent exercer l'ensemble des neuf activités réservées, alors que les thérapeutes en réadaptation physique peuvent en exercer deux.

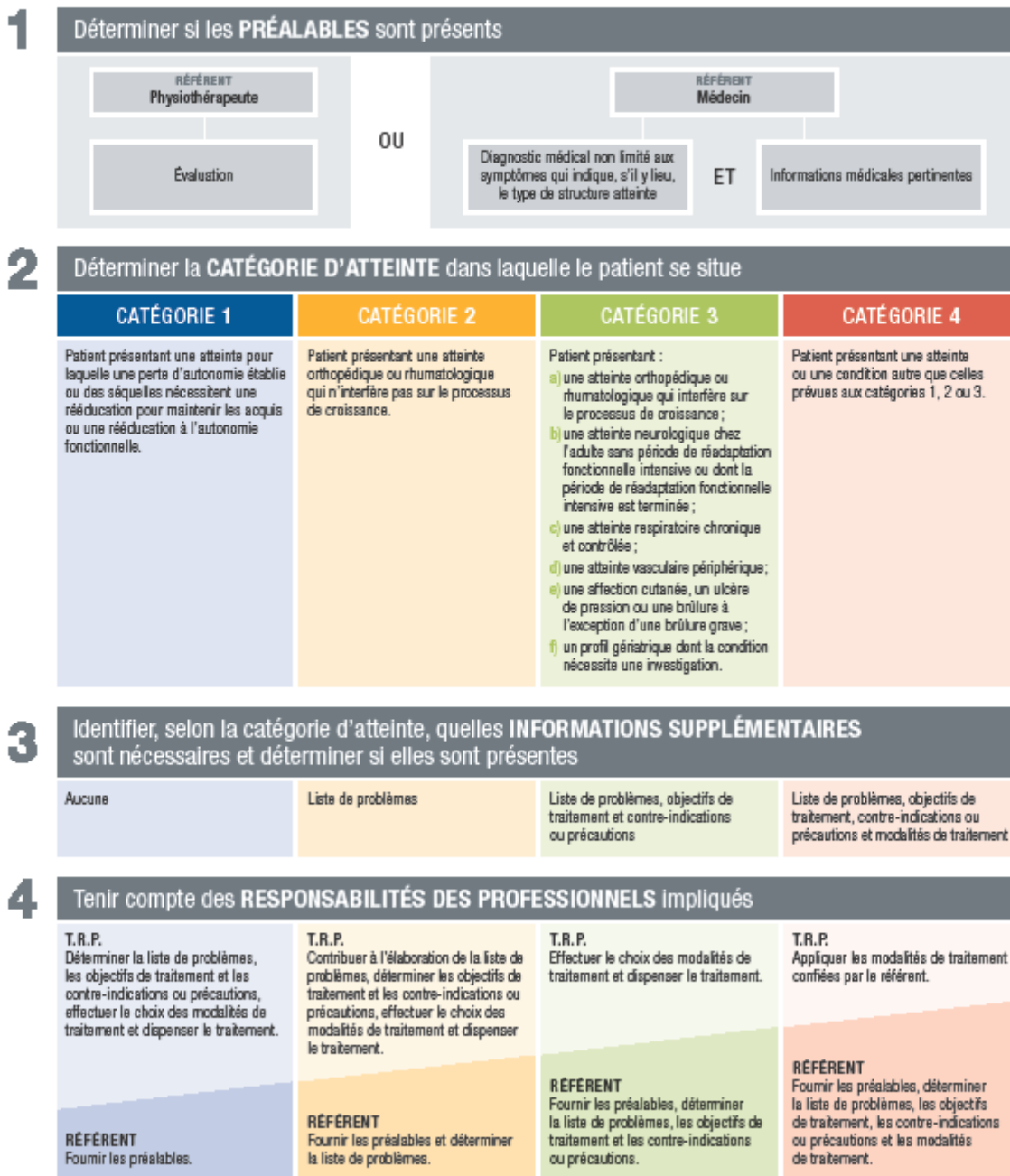
<sup>4</sup> Site de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec. Page consultée le 11 décembre 2017.



Conseil d'expertise:  
Support aux équipes en physiothérapie



## DÉMARCHE À SUIVRE POUR LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT PAR UN T.R.P.



## **ANNEXE 7 : NUTRITION**

### **\*Normes de compétences du diététiste en nutrition clinique – Ordre professionnel des diététistes du Québec**

#### **\*Article 37 c) du Code des professions**

##### **Activités réservées**

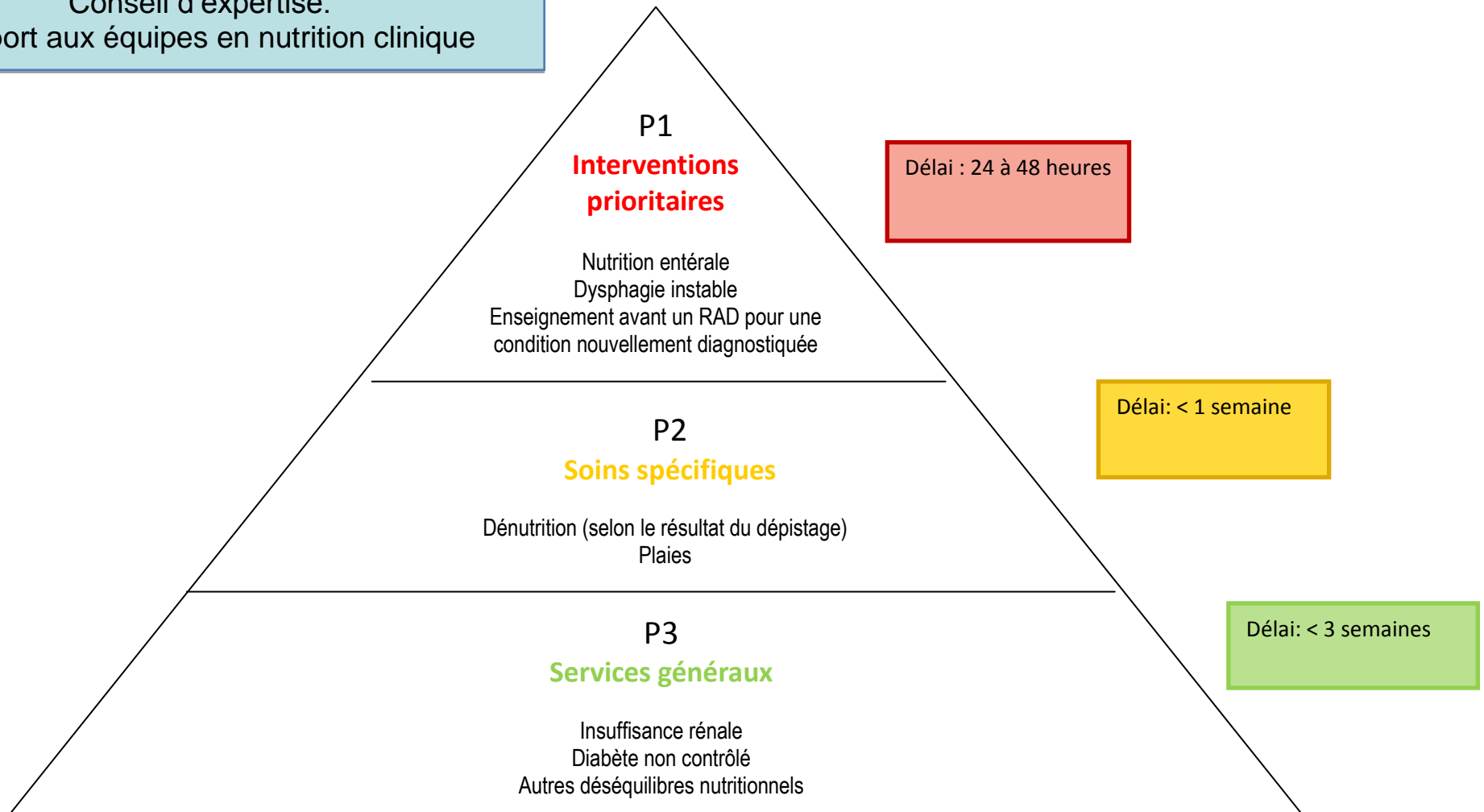
1. Déterminer le plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée, lorsqu'une ordonnance individuelle indique que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie;
2. Surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé.

#### **\*Article 37.1 a) du Code des professions**

##### **Les compétences professionnelles des nutritionnistes en nutrition clinique**

3. Évaluer la présence de risque nutritionnel;
4. Évaluer l'état nutritionnel;
5. Déterminer un plan de traitement nutritionnel personnalisé;
6. Communiquer avec le patient et/ ou les personnes concernées quant au plan de traitement nutritionnel;
7. Surveiller l'état nutritionnel de la personne dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé;
8. Consigner les notes au dossier du patient;
9. Partager son expertise;
10. Contribuer à la recherche et au développement de la profession;
11. Gérer son développement professionnel;
12. Respecter les principes éthiques.

Conseil d'expertise:  
Support aux équipes en nutrition clinique



Mise en contexte : Pyramide<sup>+</sup> des priorités en nutrition clinique pour la clientèle des soins postaigus

## AIDE-MÉMOIRE : VOCABULAIRE EN NUTRITION

**Dysphagie** : Les signes cliniques à observer sont la toux aux repas, le raclement de la gorge, le changement de voix, l'inconfort ou la douleur lors de l'alimentation. Il faut également signaler à la nutrition clinique le refus de s'alimenter ou de s'hydrater avec les textures et consistances modifiées ainsi que les apports insuffisants.

**Enseignement** : Les conditions nouvellement diagnostiquées sont celles ayant été décelées durant la dernière hospitalisation et pour lesquels il n'y a pas eu d'enseignement avant le congé de l'hôpital référent. Aviser le plus rapidement possible la nutrition clinique durant le séjour.

**Dénutrition** : L'infirmière qui procède à l'admission pose les deux questions de l'OUTIL CANADIEN DE DÉPISTAGE NUTRITIONNEL (OCDN) :

1. Au cours des 6 derniers mois (avant l'hospitalisation), avez-vous perdu du poids SANS AVOIR ESSAYÉ de perdre ce poids ?
2. Depuis plus d'une semaine, mangez-vous moins que d'habitude ?

Si la réponse est «oui» aux deux questions, faire une référence en nutrition clinique pour évaluation.

*Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
l'Île-de-Montréal*

Québec 