

PROJET DE MODIFICATION DE L'ARTICLE 4 DU RÈGLEMENT 94m)

Version actuelle du Règlement	Problématique	Recommandations
SECTION PRÉALABLES		
NA	Plusieurs interventions peuvent être faites sans préalable par les T.R.P., mais cela n'est pas nécessairement connu de tous.	Modifier le règlement et promouvoir le document de l'OPPQ portant sur l'article 39.4. https://oppq.gc.ca/wp-content/uploads/Article_39-4_Code_des_professions.pdf
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	Ce libellé rend la référence aux T.R.P. par la voie du médecin difficile, car il exige que le diagnostic soit non limité aux symptômes. Dans les faits, plusieurs médecins inscrivent des diagnostics médicaux limités aux symptômes sur leurs références en physiothérapie.	Modifier le libellé pour la catégorie 1 : Diagnostic médical qui indique, s'il y a lieu, le type de structure atteinte et les informations médicales pertinentes.
SECTION CATÉGORIES D'ATTEINTE		
NA	Le Règlement actuel ne précise pas si la catégorie d'atteinte est choisie en fonction d'un diagnostic ou en fonction du motif de référence pour lequel des interventions en physiothérapie sont requises.	Ajouter les explications suivantes dans le cahier explicatif : « La catégorie d'atteinte est déterminée par le motif de référence pour lequel le client est référé. - Nous proposons d'ajouter des exemples dans le cahier explicatif : <ul style="list-style-type: none"> • Patient ayant subi un AVC référé pour maintenir l'autonomie au transfert (catégorie 1 et non catégorie 3 ou 4) • Patient ayant subi un AVC référé pour une douleur à l'épaule (catégorie 2 et non catégorie 3 ou 4) • Patient avec une MPOC consultant pour un déconditionnement à la suite d'un épisode de bronchite (catégorie 1 au lieu de 3)

Version actuelle du Règlement	Problématique	Recommandations
SECTION CATÉGORIES D'ATTEINTE -CATÉGORIE 1-		
<p>Patient présentant une atteinte pour laquelle une perte d'autonomie établie ou des séquelles nécessitent une rééducation pour maintenir les acquis ou une rééducation à l'autonomie fonctionnelle.</p>	<p>Les termes « perte d'autonomie établie » et « rééducation à l'autonomie fonctionnelle » semblent manquer de clarté, malgré la définition proposée dans le cahier explicatif.</p>	<p>Nous proposons de modifier le libellé de la catégorie 1 par ceci :</p> <p>« Patient consultant pour une perte d'autonomie ou des séquelles découlant d'une condition connue et contrôlée qui nécessite une rééducation pour optimiser ou maintenir l'autonomie fonctionnelle. »</p> <p>Nous proposons de modifier la définition au cahier explicatif par ce qui suit :</p> <p>« Une période de la réadaptation où l'objectif est d'optimiser ou de maintenir le niveau fonctionnel de la personne sur le plan des activités de base telles que les déplacements, les activités de la vie quotidienne ou les activités de la vie domestique ».</p>
SECTION CATÉGORIES D'ATTEINTE -CATÉGORIE 2-		
<p>Patient présentant une atteinte orthopédique ou rhumatologique qui n'interfère pas sur le processus de croissance.</p>	<p>Le terme « processus de croissance » semble manquer de clarté et aucune définition n'est proposée dans le cahier explicatif.</p>	<p>Nous proposons d'ajouter une précision et des exemples dans le cahier explicatif pour le terme processus de croissance :</p> <p>« La notion de processus de croissance fait référence à l'ensemble des différenciations et modifications tissulaires chez l'enfant et l'adolescent permettant d'atteindre la maturité du système neuromusculosquelettique, plus particulièrement à la croissance osseuse. Cette notion ne fait pas référence à l'âge chronologique du client, mais plutôt à son âge osseux. Par exemple, il est possible qu'un adolescent grandisse encore après 18 ans et qu'une condition orthopédique ou rhumatologique puisse interférer sur son processus de croissance. Dans les cas orthopédiques, l'interférence sur le processus de croissance concerne principalement les conditions touchant les plaques de croissance.</p>

Version actuelle du Règlement	Problématique	Recommandations
		<p>Par exemple, si un patient de 19 ans consultant pour une fracture de type 4 selon la classification de Salter-Harris (atteinte de la plaque de croissance) qui interfère avec le processus de croissance, l'atteinte pourrait se situer en catégorie 3a) du Règlement 94m). Toutefois, un enfant de 12 ans consultant pour une fracture diaphysaire pourrait être pris en charge par le T.R.P. en catégorie 2. »</p>
NA	<p>Les conditions orthopédiques avec signes et symptômes neurologiques ne peuvent être vus en catégorie 2.</p>	<p>- Nous proposons un nouveau libellé pour la catégorie 2 :</p> <p>« Il peut intervenir lorsqu'il détient une liste de problèmes ou des objectifs de traitement à l'égard d'un patient présentant une atteinte orthopédique ou rhumatologique, que cette atteinte entraîne ou non des symptômes neurologiques, et qui n'interfère pas sur le processus de croissance.»</p> <p>Par exemple, un patient consultant pour une hernie discale avec des symptômes d'engourdissements et de picotements et dont l'examen neurologique du physiothérapeute ne démontre pas de signes neurologiques, ce patient pourrait être pris en charge par le T.R.P en catégorie 2.</p>
SECTION CATÉGORIES D'ATTEINTE -CATÉGORIE 3-		
<p>Patient présentant : b) une atteinte neurologique chez l'adulte sans période de réadaptation fonctionnelle intensive ou dont la période de réadaptation fonctionnelle intensive est terminée;</p>	<p>Le terme « période de réadaptation fonctionnelle intensive » semble manquer de clarté malgré la définition proposée dans le cahier explicatif.</p>	<p>- Nous proposons de modifier la définition de la façon suivante :</p> <p>« La notion de réadaptation fonctionnelle intensive réfère à la phase de besoins thérapeutiques. Elle ne réfère ni au programme gouvernemental de RFI, ni à la mission d'un établissement. Ainsi, cette période correspond à un épisode de soins et services de réadaptation offerts de manière intensive et limitée dans le temps, soit en mode hospitalisation ou externe. Ces services sont destinés à la clientèle qui présente des incapacités fonctionnelles significatives, ayant passé la phase aigüe d'une maladie et présentant un potentiel d'amélioration et de récupération identifié. L'objectif est d'optimiser le niveau d'autonomie fonctionnelle afin d'entreprendre de façon sécuritaire les activités de la vie quotidienne. »</p>

Version actuelle du Règlement	Problématique	Recommandations
		<p>- Nous proposons d'ajouter des exemples dans le cahier explicatif :</p> <p>« Un client présentant une atteinte en période de RFI peut se trouver en catégorie 2, 3 ou 4 selon la nature et la complexité de l'atteinte. La seule clientèle en période de RFI qui se situe systématiquement en catégorie 4 est celle ayant une atteinte neurologique.</p> <p>Par exemple, un patient ayant subi un AVC pourrait commencer une période de réadaptation fonctionnelle intensive et être traité comme une atteinte en catégorie 4 par un T.R.P. Une fois la phase de RFI terminée, il pourrait être traité en catégorie 3. L'année suivante, ce même patient a été immobilisé plusieurs semaines à la suite d'une pneumonie et il est référé en physiothérapie pour optimiser son autonomie fonctionnelle, alors il pourrait être pris en charge en catégorie 1. »</p>
<p>d) une atteinte vasculaire périphérique;</p>	<p>- Telle que définie, cette catégorie semble manquer de clarté.</p> <p>- Le système lymphatique est exclu avec le libellé actuel.</p>	<p>- Nous proposons d'ajouter « atteinte lymphatique » au libellé.</p> <p>- Nous proposons d'ajouter des exemples dans le cahier explicatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pied diabétique • Claudication intermittente • Thrombose veineuse profonde • Lymphœdème (si ajout du système lymphatique à la définition) • Insuffisance veineuse
<p>Patient présentant : f) un profil gériatrique dont la condition nécessite une investigation.</p>	<p>La catégorie 3f) semble manquer de clarté malgré la définition proposée dans le cahier explicatif.</p>	<p>- Nous recommandons de bonifier la définition de la manière suivante :</p> <p>« Désigne un changement du niveau d'autonomie d'une personne. Cette diminution d'autonomie soudaine ne découle pas d'une condition connue et contrôlée et doit être investiguée et expliquée afin d'élaborer un plan d'intervention adéquat.</p>

Version actuelle du Règlement	Problématique	Recommandations
		<p>L'appartenance au profil gériatrique (pluripathologie, pluripharmacologie, dépendance, fragilité et autres) fait référence à la condition de la personne et non à son âge. Un profil gériatrique sous investigation implique donc une perte d'autonomie soudaine et demande une évaluation des systèmes pour cerner les problèmes pour lesquels le client est en perte d'autonomie. Ces patients sont ensuite dirigés dans le continuum de soins. »</p> <p>- Nous recommandons d'ajouter des exemples dans le cahier explicatif :</p> <p>Exemple 1: une cliente avec diagnostic de Parkinson qui expérimente des vertiges et des étourdissements expliqués, après investigation, par un épisode de VPPB.</p> <p>Exemple 2: Un client en rééducation post AVC chez qui vous observez une baisse de l'état général et qui sera diagnostiqué après investigation avec une pneumonie.</p>
SECTION INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES -CATÉGORIE 2-		
Liste de problèmes	Selon le Règlement, les T.R.P. ne peuvent pas déduire les problèmes à partir des objectifs alors que c'est souvent l'information supplémentaire qui leur est transmise.	Nous proposons de modifier le libellé du règlement de la façon suivante : Liste de problèmes ou objectifs de traitement.
SECTION INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES -CATÉGORIE 3-		
Liste de problèmes, objectifs de traitement et des contre-indications ou précautions.	- Confusion importante autour des exigences des contre-indications et des précautions. On ne sait pas si ce sont les CI aux modalités ou aux atteintes identifiées.	Proposition de retirer cette exigence réglementaire puisque c'est au référent de spécifier s'il y a des CI ou précautions en regard du client référé en physiothérapie peu importe la catégorie d'atteinte. C'est également la responsabilité professionnelle du membre de s'assurer qu'il n'y a pas de CI ou précautions. Ceci pourrait être expliqué dans le cahier explicatif du Règlement.

Version actuelle du Règlement	Problématique	Recommandations
SECTION RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES -CATÉGORIE 2-		
<p>Contribuer à l'élaboration de la liste de problèmes, déterminer les objectifs de traitement, effectuer le choix des modalités de traitement et dispenser le traitement.</p>	<p>Le terme « contribuer » porte à confusion malgré la définition fournie dans le cahier explicatif.</p>	<p>Nous proposons de ne plus utiliser le terme « contribuer » puisqu'il n'est pas bien compris des membres et de modifier le libellé du Règlement de la façon suivante :</p> <p>Déterminer la liste de problèmes ou les objectifs de traitement, effectuer le choix des modalités de traitement et dispenser le traitement.</p>
	<p>Le Règlement devra refléter les différentes possibilités des responsabilités professionnelles qui découlent du changement à la catégorie 2.</p>	<p>Nous proposons d'ajouter dans le cahier explicatif un rappel relatif à l'obligation déontologique de compléter s'il y a lieu la liste de problèmes ou d'objectifs en lien avec le motif de consultation.</p> <p>« Lorsqu'il est dit que le T.R.P. peut déterminer la liste de problèmes ou les objectifs de traitement, cela implique que deux scénarios sont possibles :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le physiothérapeute ou le médecin identifie des problèmes et la contribution du T.R.P. consiste à les documenter et à établir les objectifs de traitement. 2. Le physiothérapeute ou le médecin identifie des objectifs de traitement et la contribution du T.R.P. consiste à les documenter et à élaborer la liste de problèmes. <p>Lorsque le T.R.P. identifie de nouveaux problèmes ou objectifs de traitement lors de sa collecte de données évaluatives, il devrait en aviser le physiothérapeute ou le médecin. »</p>

AUTRES		
NA	Le concept de fluidité entre les catégories, c'est à dire la possibilité pour un patient de passer d'une catégorie à l'autre selon l'évolution de sa condition, n'est pas bien compris.	<p>Nous proposons d'ajouter dans l'introduction du cahier explicatif le texte qui suit :</p> <p>« À propos de la notion de fluidité dans les catégories, il est important de rappeler que le T.R.P. se doit de respecter en tout temps les exigences de chaque catégorie lorsqu'il prend un patient en charge. Selon l'évolution de la condition du patient dans le temps et selon le motif de référence, il est possible que la catégorie de prise en charge ne soit plus la même. Il est de la responsabilité du T.R.P. de s'assurer qu'il détient toujours les préalables. »</p>
NA	Il n'est pas clair ni pour les référents, ni pour les T.R.P. de déterminer dans quelle catégorie se trouvent les personnes amputées.	<p>Si le choix de la catégorie d'atteinte est déterminé par le motif de référence, il n'y a plus de problème à identifier la catégorie dans laquelle se trouve un amputé.</p> <p>« Par exemple, un amputé récent est en catégorie 3 car les systèmes neuromusculo-squelettique et vasculaire ont été affectés. Par la suite, selon l'évolution de la condition et le motif de référence, il pourra être redirigé vers une autre catégorie.</p> <p>Ainsi, un amputé récent pourrait être admis en réadaptation fonctionnelle intensive et être pris en charge par un T.R.P. en catégorie 3. Après avoir terminé une période de réadaptation fonctionnelle intensive, ce patient consulte en physiothérapie pour un entraînement en vue d'un appareillage. Il pourrait alors être pris en charge en catégorie 2 pour ce motif. Un an plus tard, à la suite d'une infection, un déconditionnement de son état général est observé. Il pourrait alors être pris en charge par le T.R.P. en catégorie 1 dans le but d'optimiser son autonomie fonctionnelle. »</p>
NA	Il n'est pas clair ni pour les référents, ni pour les T.R.P. de déterminer dans quelle catégorie se trouvent les personnes souffrant de douleur chronique.	<p>L'explication suivante pourrait être fournie dans le cahier explicatif :</p> <p>« La douleur chronique se trouve en catégorie 3 car une évaluation des différents systèmes est requise pour que l'on puisse y apprécier la contribution respective de ces systèmes. Par exemple, un patient référé pour une douleur chronique doit être évalué par le physiothérapeute ou le médecin pour bien connaître l'importance de l'implication des systèmes neuromusculosquelettique et vasculaire. Par la suite, une migration vers une autre catégorie est possible. »</p>