

ANNEXE - AIDE À LA PERTINENCE ET À LA CONCISION DE LA TENUE DE DOSSIER EN SOUTIEN À DOMICILE

SECTION A

Situation avec défis, bonnes pratiques et exemples de notes au dossier

SECTION B

Exemples de rédaction structurée

SECTION A - Situations avec défis, bonnes pratiques et exemples de notes au dossier

1 - ANALYSER LA DEMANDE DE SERVICES

Demande de services large et imprécise	
Situations avec défis	Bonnes pratiques
<p>Extrait « demande de services » :</p> <p>« Service ergothérapie SVP, pour chutes et évaluation globale des besoins à domicile. — Signature, inf. B. Sc –SAD »</p> <p>Défi 1 : Cette demande très large et imprécise peut amener l’ergothérapeute à évaluer et documenter plus d’habitudes de vie (HDV) que nécessaire.</p> <p>Défi 2 : Tous les besoins de l’usager et de la famille ne doivent pas nécessairement être adressés en ergothérapie. L’ergothérapeute peut restreindre son mandat selon son jugement professionnel en fonction de son processus de recadrage de la demande de services.</p>	<p>Stratégies recommandées</p> <p>Quoi ?</p> <ul style="list-style-type: none">• Questionner le référent, les autres intervenants au dossier, l’usager et l’entourage pour identifier les <u>HDV réellement problématiques</u> qui <u>compromettent le maintien à domicile</u>, et qui sont pertinentes d’adresser en ergothérapie. <p>Pourquoi ?</p> <p>Résultat : Un travail de recadrage de la demande de services permet d’identifier les HDV réellement problématiques et facteurs personnels et environnementaux contributifs qui devront être évalués.</p> <p>Ainsi, l’ergothérapeute n’aura pas l’impression de devoir tout évaluer. Cette étape est cruciale pour éviter à l’ergothérapeute de s’éparpiller et pour offrir une base solide aux étapes suivantes du processus d’intervention.</p>

2- ÉVALUER LES BESOINS DE L'USAGER

Données recueillies : Rapport d'évaluation peu concis	
Situations avec défis	Bonnes pratiques
<p>Extrait : « Hygiène à la douche » (MS) :</p> <p>« L'utilisateur me dit ne pas être longtemps dans la douche parce qu'il devient essoufflé et les jambes tremblantes surtout qu'il mentionne n'a pas d'aide à cette activité; lave ses cheveux au lavabo avec l'aide de sa fille et parfois son gendre et que cette façon de faire fonctionne bien. Dit qu'il lave ses pieds à l'extérieur de la douche avec un bain de pieds assis au salon. Cette portion du soin d'hygiène n'est pas problématique selon la famille. Dit que lorsqu'il a terminé, il s'assoit sur la toilette pour finaliser l'essuyage et l'habillage. Aucune difficulté à cette étape ni chute. Pour la douche, M. enjambe le seuil en s'appuyant sur les panneaux de verre de la main gauche et sur la barre de serviette de sa main droite, puis s'appuie ensuite sur les robinets. Cette manœuvre est faite avec peu d'équilibre. Déséquilibre augmenté lorsqu'il simule laver le bas du corps mais station debout plus stable pour atteindre le haut du corps. Dyspnée notée en fin de tâche. »</p> <p>Défi : L'ergothérapeute documente les HDV de son usager sous forme de verbatim et il est difficile de distinguer comment les données ont été obtenues ce qui constitue un obstacle à la concision et à la clarté.</p>	<p>Stratégies recommandées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Éviter de documenter ce qui n'est pas problématique. • Utiliser des sous-titres (structure les écrits), • Indiquer la méthode d'évaluation (élimine les mots « il dit, il a fait, il mentionne » qui alourdit le texte). • Regrouper les données obtenues par la même méthode d'évaluation. • Utiliser un temps de verbe au présent (allège la formulation). • Éviter d'exposer les observations de façon chronologique (il a débuté par...ensuite il a fait...pour finalement faire...). <p>Exemple reformulé après avoir retenu certaines de ces stratégies :</p> <p><u>Hygiène à la douche :</u></p> <p>Habitudes de vie (EC et EP) : Aucune problématique soulevée à l'hygiène des cheveux et pieds, essuyage et habillage. À la douche, ne reçoit pas d'aide, fait son hygiène debout, chutes répétitives et récentes en enjambant le seuil de la douche.</p> <p>Évaluation (MS-simulation) : Oscillation de la station debout et tapis extérieur bouge à l'enjambement du seuil avec prise d'appui sur les panneaux de verre et la barre à serviette. Hygiène debout avec appui sur la robinetterie, déséquilibre amplifié lorsqu'atteint le bas du corps. Dyspnée modérée notée en fin de MS.</p> <p>Résultat : Distinction claire de ce qui a été dit versus ce qui a été observé. Permet un regroupement des données, élimine le verbatim. Donc, amène davantage de clarté et de concision.</p>

2- ÉVALUER LES BESOINS DE L'USAGER (suite)

Mauvaise interprétation du principe : « Si ce n'est pas écrit, ce n'est pas fait »	
Situations avec défis	Bonnes pratiques
<p>Mise en contexte :</p> <p>À la suite d'un travail de recadrage de la demande de services, l'ergothérapeute comprend que les chutes répétitives et récentes de l'utilisateur ont eu lieu à la douche, en enjambant le seuil, en se déplaçant dans la SDB et à l'hygiène. L'ergothérapeute détermine aussi qu'elle doit s'attarder à la chute qui a eu lieu il y a 2 ans à l'extérieur du domicile en se rendant à l'autobus du transport adapté. Elle considère aussi que M. vit seul et craint qu'il y ait des problèmes dans les AVD et AVQ, dans un contexte de maladie évolutive, bien que la famille et l'utilisateur n'en rapportent pas.</p> <p>Défi : Bien que le recadrage de la demande de services indique que les HDV problématiques sont les transferts à la douche, les déplacements à la SDB et l'hygiène, l'ergothérapeute, par souci de bien faire ou par une fausse interprétation du principe « si ce n'est pas écrit, ce n'est pas fait », décide tout de même de documenter l'ensemble des HDV (AVQ comme AVD) et l'ensemble des facteurs personnels et environnementaux, notamment le risque de chute dans les déplacements extérieurs (même si la chute est unique et ancienne).</p>	<p>Stratégies recommandées</p> <p>Évaluer les HDV problématiques et les facteurs contributifs pertinents (environnementaux et personnels) identifiés lors du recadrage de la demande de services. Éviter de compléter toutes les cases ou champs d'écriture du canevas sans se demander s'il est vraiment pertinent de le faire. Le principe « si ce n'est pas écrit, ce n'est pas fait » ne doit pas être interprété comme une obligation de consigner toutes les informations recueillies lors du processus d'évaluation.</p> <p>* Bien sûr, si en cours d'évaluation des indices persistent l'ergothérapeute sur la présence d'autres HDV problématiques qui compromettent le MAD, il doit établir la pertinence de les évaluer selon son jugement professionnel.</p> <p>Résultat : Permet une cohérence entre le recadrage qui identifie les HDV et facteurs contributifs problématiques et l'évaluation de ceux-ci. Évite à l'ergothérapeute de s'éparpiller et permet d'établir un fil conducteur solide entre les étapes du processus d'intervention.</p>

2- ÉVALUER LES BESOINS DE L'USAGER (suite)

L'analyse	
Situations avec défis	Bonnes pratiques
<p>Extrait d'une « analyse » :</p> <p>« Diminution du rendement occupationnel aux AVQ et AVD en raison des déficits physiques multiples liés aux diagnostics de Parkinson et d'arthrose. En effet, l'utilisateur est en perte d'autonomie importante à la préparation de repas, ménage et entretien ménager qui sont bien compensés par la famille. Il y a aussi un risque de chute lors de l'hygiène, le transfert à la douche et les déplacements dans la salle de bain mais les déplacements et transferts dans les autres pièces sont sécuritaires. Cependant, avons observé qu'il n'y a pas d'appui dans la salle de bain, le corridor menant au bain est de 2 pieds seulement, la zone de transfert est aussi de 2 pieds par 3 pieds et l'utilisateur s'appuie sur la poignée de porte et la barre à serviette. »</p> <p>Défi 1 : L'ergothérapeute étend son analyse sur l'ensemble des HDV de l'utilisateur bien que le recadrage de la demande de services indique un nombre restreint d'HDV problématiques (transferts, déplacement et hygiène à la SDB).</p> <p>Défi 2 : Liens analytiques incomplets. Par exemple, l'ergothérapeute inscrit un risque de chute aux transferts, déplacement et hygiène sans établir de lien avec les facteurs personnels et environnementaux contributifs.</p> <p>Défi 3 : Répétition ou apparition de nouvelles données. Par exemple, la répétition des dimensions de la zone de transfert est inutile puisqu'elle devrait déjà être documentée en amont, dans la collecte de données.</p>	<p>Stratégies recommandées</p> <ul style="list-style-type: none"> • Répondre à la demande de services recadrée; • Cibler les HDV problématiques soulevées dans la demande recadrée; • Préciser ce qui cause problème dans la réalisation de l'HDV (ex : est-ce un problème de sécurité? de perte d'autonomie? de réduction de qualité de vie? etc.); • Établir des liens analytiques clairs entre les HDV problématiques et les facteurs personnels et environnementaux contributifs; • Éviter d'inclure les détails liés aux données qui sont de toute façon déjà consignées dans la collecte de donnée. <p>Résultat :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permet une cohérence entre le recadrage de la demande de services et l'analyse (fil conducteur); • Évite l'éparpillement, permet une analyse pertinente, concise et axée sur les HDV problématiques qui compromettent le MAD.

2- ÉVALUER LES BESOINS DE L'USAGER (suite)

Cas : Assignation fermée et nouvelle demande en ergothérapie pour cet usager ayant un nouveau problème (Ça arrive, nous n'avons pas de boule de cristal!)	
Situations avec défis	Bonnes pratiques
<p>Mise en contexte :</p> <p>L'usager a été vu lors d'une première assignation, il y 3 mois pour des chutes répétitives à la marche et aux transferts liées notamment au diagnostic de démence à corps de Lewy. Le dossier a été fermé à la suite de l'atteinte des objectifs. Il y a 2 semaines, il a fait un AIT avec réapparition des chutes conséquemment, une référence a alors été faite en ergothérapie et en physiothérapie. À noter qu'au moment de la prise en charge en ergothérapie, la physiothérapeute a déjà évalué l'usager et a versé son rapport au dossier. Dans ce rapport, l'ergothérapeute identifie les données pertinentes relatives aux dimensions physiques se trouvant dans le rapport de la physiothérapeute (nouvelle faiblesse MIG, équilibre davantage précaire, nouvelle présence d'étourdissements). À la suite de son évaluation, l'ergothérapeute identifie des changements dans certaines HDV (marche, transfert à la douche) mais l'environnement (social et physique), les difficultés cognitives, les autres HDV et autres dimensions physiques n'ont pas changés.</p> <p>Défi 1 : Éviter de répéter les écrits pertinents d'une évaluation précédente récente en ergothérapie.</p> <p>Défi 2 : Éviter d'évaluer à nouveau ce qui a été évalué récemment par un autre professionnel (ex : physiothérapeute) si cela est jugé pertinent. Si c'est l'ergothérapeute qui complète l'OCCI, y référer dans le rapport en ergothérapie plutôt que d'y répéter le contenu.</p> <p>Nouvelles données provenant de l'évaluation ergo et physio utilisées dans la nouvelle analyse</p> <p>Anciennes données utilisées dans la nouvelle analyse</p>	<p>Stratégies recommandées:</p> <ul style="list-style-type: none">• Identifier ce qui est pertinent d'écrire (ce qui a changé dans la situation de l'usager) de ce qui peut être référé au rapport précédent (ce qui n'a pas changé depuis la dernière évaluation en ergothérapie);• Identifier ce qui a déjà été évalué par un autre professionnel (ex : en physiothérapie) qui est pertinent à considérer dans l'évaluation en ergothérapie (ex : rapport professionnel, OCCI);• Identifier les nouvelles HDV problématiques et les facteurs contributifs pertinents (environnementaux et personnels) en recadrant la DDS (Voir détail au référentiel 1.1.1);• Éviter de compléter toutes les cases (ou champs) du canevas sans se demander s'il est vraiment pertinent de le faire. <p>Exemples illustrant ces stratégies</p> <p>Extrait d'un rapport- section Collecte de données :</p> <p><u>Marche (O)</u> : Changement noté dans le patron de marche (voir détails au rapport pht du 2024-07-12). L'usager s'appuie sur le mobilier pour contrôler les pertes d'équilibre. Sinon, idem au rapport ergo du 2024-04-15.</p> <p><u>Transfert au fauteuil de repos (O)</u> : Idem au rapport ergo du 2024-04-15 sauf pour la phase d'ascension qui est maintenant plus lente et moins fluide.</p> <p><u>Équilibre debout (O)</u> : Diminué par rapport à la dernière évaluation surtout en rétropulsion au test des poussées.</p> <p><u>Coordination, environnement, difficulté cognitive (O)</u> : Idem au rapport ergo du 2024-04-15.</p> <p>Extrait d'une analyse :</p> <p>« Problématique de chutes répétitives à la marche en raison de <u>l'équilibre précaire</u>, d'une <u>coordination altérée</u>, d'une difficulté à identifier les situations à risque, d'un environnement encombré (...) Diminution de la sécurité dans les transferts à la douche en raison de (...). Sinon, idem à l'analyse du rapport ergo du 2024-04-15 concernant les transferts au lit, (...) considérant que les changements de la dimension physique n'ont actuellement pas d'impact sur ces HDV. »</p> <p>Résultat : Concision, clarté et diminution du temps de rédaction.</p>

3- ÉLABORER LE PLAN D'INTERVENTION

La structure du PI

Situations avec défis	Bonnes pratiques
<p>Extrait fictif de notes de suivi :</p> <p>« Pour la douche, j'explique que le fait d'être assis représente une économie d'énergie et donc, diminue le risque de chutes. L'usager me dit comprendre mais préfère garder ses habitudes debout pour le moment. J'explique que le tapis utilisé à la sortie de la douche ne demeure pas fixe au plancher et que cela représente un risque de chute. Me dit qu'il demandera à sa fille de lui en acheter un autre mais ne veut pas de tapis antidérapant à l'intérieur de la douche disant que le fond de la douche est déjà texturé. Rappels faits sur le risque de glissades à la douche en lien avec eau et savon. Me dit ne pas craindre de glisser dans sa douche. »</p> <p>Défi 1: Objectifs et moyens d'intervention non dissociés.</p> <p>Défi 2 : et inclusion de verbatim nuisent à la clarté et à la concision.</p>	<p>Stratégies recommandées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Structurer les écrits en dissociant les objectifs des moyens d'interventions; • Formuler des objectifs axés sur les HDV problématiques identifiés lors du recadrage de la demande de services; • Formuler les objectifs et les moyens d'intervention de façon claire et précise. <p>Exemple illustrant ces stratégies :</p> <p><u>Objectif 1</u> : Monsieur fera ses transferts à la douche debout et son hygiène assis, en toute sécurité, d'ici une semaine.</p> <p><u>Moyens d'intervention</u> : Enseignement des principes d'économie d'énergie et de prévention des chutes, recommandation d'utiliser un banc de douche, et du tapis antidérapant (refuse d'appliquer les enseignements et recommandations). L'usager accepte de faire l'installation de barres murales.</p> <p>Résultat : Amène davantage de clarté et de concision.</p>

4 – MENER L'INTERVENTION

Les notes regroupées (notes de synthèse)	
Situations avec défis	Bonnes pratiques
<p>Notes de suivis multiples :</p> <p>2025-06-16 SUIVI EN ERGOTHÉRAPIE Demande de soumission pour l'obtention du quadriporteur modèle Bariatrique : Hyper 4 avec support pour marchette, via M. Jean-Philippe Blais, représentant pour la compagnie Orthofab (jpblais@orthofab.com), complétée ce jour.</p> <p>2025-06-20 SUIVI EN ERGOTHÉRAPIE Formulaire « Demande de gestion d'équipement » complété pour l'obtention d'un coussin ROHO 20 pouces de large x 16 pouces de profond x 2 pouces hauteur via le programme AVQ-AVD et remis aux préposés au matériel et équipement thérapeutique tel que l'établissement le prévoit.</p> <p>2025-06-21 SUIVI EN ERGOTHÉRAPIE Réception d'un courriel via prêt d'équipement pour m'aviser que le coussin ROHO (20 pouces de large x 16 pouces de profond x 2 pouces hauteur) demandé n'est pas disponible.</p> <p>Demande de soumission pour l'obtention du coussin ROHO via différents fournisseurs (ex. Medicus, Maison André Viger), complétée ce jour.</p>	<p>Après utilisation de stratégies recommandées :</p> <p>2025-07-10 Démarches réalisées les 2025-06-16 et 2025-07-10 et complétées ce jour pour l'obtention d'un quadriporteur modèle Bariatrique : Hyper 4 avec support pour marchette, via le « Programme d'attribution des triporteurs/ quadriporteurs/ ambulateurs/ tricycles et vélos adaptés » via l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal.</p> <p>De plus, démarches pour l'obtention d'un coussin ROHO 20 pouces de large x 16 pouces de profond x 2 pouces hauteur via le programme AVQ-AVD, réalisées le 2025-06-20, 2025-06-21 et 2025-07-10, complétées ce jour.</p> <p>Résultat : Le recours à une note synthèse (ou note groupée) est une stratégie proposée, il n'y a aucune obligation d'y avoir recours. Toutefois, afin de respecter le cadre normatif (I-CLSC)¹ et le guide de pertinence statistique², ce format de note ne doit être utilisé que pour les interventions de nature administrative qui ne sont pas comptabilisées dans les statistiques.</p>

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des aînés et des proches aidants. (2024, avril). *Cadre normatif : Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)*.

² Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2024, octobre). *Guide de pertinence statistique en soutien à domicile : Cadre normatif – Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)*.

4 – MENER L'INTERVENTION

2025-07-10

SUIVI EN ERGOTHÉRAPIE

Réception par courriel, en mon absence, d'une soumission pour l'obtention d'un **quadriporteur modèle Bariatrique** : Hyper 4 avec support pour marchette.

Envoi des documents nécessaires à la demande d'attribution d'un quadriporteur au Programme d'attribution des triporteurs/quadriporteurs/ambulateurs/tricycles et vélos adaptés via l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal (originaux au dossier) via programmes.ministériels.irglm@ssss.gouv.qc.ca.

2025-07-10

SUIVI EN ERGOTHÉRAPIE

Réception par courriel, des soumissions demandées pour l'obtention **coussin ROHO** (20 pouces de large x 16 pouces de profond x 2 pouces hauteur). Formulaire « Demande de gestion d'équipement » complété et transmis à Mme Elsa St-Pierre, erg et coordonnatrice professionnelle en ergothérapie. Demande d'achat autorisée par Mme St-Pierre. Le formulaire, ainsi que la soumission la moins cher obtenue pour le produit demandé, transmis par courriel au programme AVQ-AVD.

4 – MENER L’INTERVENTION(suite)

Fermer les dossiers complexes pour donner un meilleur accès aux services en ergothérapie	
Situations avec défis	Bonnes pratiques
<p>Exemple abrégé :</p> <p>« L’usager atteint de paralysie supra nucléaire progressive ayant un problème de chutes répétitives, vivant à domicile avec sa conjointe. »</p> <p>À la suite du recadrage de la demande de services, l’ergothérapeute décide d’orienter son évaluation sur les HDV dans lesquels l’usager chute et d’agir sur les facteurs y contribuant.</p> <p>Défi : Identifier quand il est pertinent de mettre fin à l’intervention, surtout qu’en SAD, les usagers sont en perte d’autonomie et pourraient avoir d’autres besoins dans le futur.</p>	<p>Stratégies recommandées</p> <p>Établir la pertinence de mettre fin à l’intervention :</p> <ul style="list-style-type: none">• En évaluant le degré d’atteinte des objectifs d’intervention. S’ils ne sont pas tous atteints, se demander s’il y a encore des actions en ergothérapie qui peuvent être faits pour les atteindre et si la modification ou l’ajustement des objectifs ou des moyens d’intervention sont nécessaires;• En identifiant les limites et les effets de l’intervention en ergothérapie sur les HDV problématiques et facteurs contributifs. <p>Évolution du dossier illustrant ces stratégies : L’ergothérapeute parvient à faire les interventions prévues au PI, ce qui lui permet d’atteindre ses objectifs. Bien qu’il soit prévisible que la condition de santé et l’autonomie de l’usager se dégraderont, l’ergothérapeute juge pertinent de fermer son assignation puisque le MAD est actuellement stable et sécuritaire.</p> <p>Résultat de l’application de cette stratégie : Fermeture pertinente de l’assignation en ergothérapie, évite que les services en ergothérapie ne soient offerts qu’à quelques usagers dont les dossiers demeurent toujours ouverts pour pallier tous les besoins futurs sans savoir si ces besoins seront prioritaires par rapport aux besoins des usagers qui sont sur la liste d’attente.</p>

SECTION B - Exemples de rédaction structurée

1. Structurée en POINTS DE FORME

ENVIRONNEMENT

PHYSIQUE : Modalité d'évaluation* sauf indication contraire : 0

- Type de bâtiment/propriété : appartement/condo, vaste avec cadre de porte élargit, bien dégagé.
- Chambre : Aucun lit, fauteuil auto-souleveur (FAS) muni d'appuis-pieds et dossier motorisés dont la dimension convient à la taille et morphologie de M. Assise de type confort.
- Salle de bain : Barre plafond-plancher à la douche, appuis sécuritaires à la toilette, toilette modèle haut, zones de transfert vastes.
- Salon : FAS trop large et haut pour la taille et morphologie de M. Assise de type confort.

2. Structurée en TABLEAU

Soins personnels

SUP : Supervision APP : Aide physique partielle A : Autonome EC : Entrevue client EP : Entrevue proche MS : Mise en situation

Rendement Occupationnel actuel	Niveau d'autonomie	Description	Modalité d'évaluation
Transfert à la toilette	SUP de la conjointe	Traction sur la barre plafond-plancher (p-p) pour les transferts A-D qui sont bien contrôlés. S'appuie sur barre transversale pour le pivot debout qui est oscillant d'autant plus que la barre entrave la zone de transfert (positionnement originalement conçu pour la douche et non la toilette).	MS
Hygiène	APP	SHC par ASSS 1X/sem. Au lavabo majoritairement assis sur le FR et debout avec appui sur barre p-p pour hygiène du siège. Aucun problème soulevé à cette activité.	EC, EP
		Transfert A-D effectué avec efficacité par traction sur la barre p-p. Maintient la station debout avec stabilité et suffisamment longtemps pour faire le changement de culotte et l'hygiène du siège.	MS
Transfert, positionnement et mobilité au fauteuil autosouleveur (FAS)	A	Dort au FAS (n'utilise pas de lit) et y effectue les activités diurnes (23h/24) en DD ½ assis. Ne reçoit pas d'aide aux transferts et à la mobilité. Soins de plaies faits au FAS.	EC, EP
		Transfert A-D effectué à l'aide des composantes motrices du FAS. Ne touche pas au sol pendant l'inclinaison de l'assise. Glisse le bassin sur l'assise pour atteindre le sol (facteur de frottement et cisaillement au site de la plaie). Surface de type confort, ne fait pas de mobilisation spontanée de décharge (pression au site de la plaie) sauf en élevant les MI avec appui-pieds motorisé. Ne parvient pas à adopter une position ½ DL au FAS, peu de dégagement et d'accès au site de la plaie pour les soins inf.	MS

3. Structurée en SOUS-TITRE

ANALYSE

À la lumière des évaluations, observations et entrevue avec M. et son aidante, il en ressort que :

EN GÉNÉRAL

MAD stable avec diminution de la sécurité notamment dans les activités au FAS qui compromettent l'intégrité de la peau associée notamment à des habitudes de vie sédentaires. De plus, le MAD est compromis à moyen terme en lien avec grande charge de compensation de la conjointe aux AVQ et AVD associée au système de répit qui ne répond actuellement pas aux besoins du couple.

SPÉCIFIQUEMENT

- 1. Positionnement, transfert et sommeil au FAS : Risque important de persistance des plaies au siège en raison des périodes prolongées sur surface n'offrant pas de réduction de la pression, activités sédentaires entraînées par plusieurs déficits physiques (ne marche plus, endurance limitée, faiblesse aux MI, dyskinésie, équilibre debout précaire), non utilisation du lit ne permettant pas de dégagement au site des plaies en DL, peu de mouvements de décharge en station assise (force limitée, coordination altérée), facteur de cisaillement / frottement dans les transferts au FAS, dx faisant obstacle à la guérison / prévention des plaies (MCAS, MPOC, HTA).*
- 2. Transfert à la toilette : Bien que M. reçoive de l'aide, risque de chutes en lien avec positionnement actuel de la barre plafond-plancher qui ne permet pas de compenser l'équilibre précaire, la coordination altérée, l'endurance limitée, la faiblesse et les limitations articulaires aux MI.*
- 3. (...)*

En partenariat avec :

