

PROTOCOLE INTERDISCIPLINAIRE	Numéro : PROT - INT – 005
TITRE : Protocole d'intervention interdisciplinaire pour la clientèle atteinte de dysphagie en courte durée	
Destinataires : ergothérapeutes, infirmières, infirmières auxiliaires, préposé(s) aux bénéficiaires, nutritionnistes, orthophonistes, médecins, pharmaciens, inhalothérapeutes, techniciennes en diététique	Date d'entrée en vigueur : Année/mois/jour Date de révision :
Remplace les documents suivants :	Adoption par : Date d'adoption :
Responsable de l'implantation : Direction chirurgie, service ambulatoire et réadaptation	Responsable(s) de l'application : Gestionnaires concernés

1. TITRE

PRÉAMBULE

Le présent document découle d'une série de réunions d'un comité formé en décembre 2004 qui visait à établir l'organisation du travail en dysphagie. Ce comité se composait au départ de la chef des activités d'alimentation et de nutrition clinique, la coordonnatrice des services de réadaptation, la nutritionniste et l'orthophoniste de l'équipe de neurologie, la nutritionniste et l'orthophoniste siégeant sur le comité du projet de loi 90. Par la suite, l'ergothérapeute de l'équipe de neurologie et l'ergothérapeute du comité du projet de la loi 90 se sont jointes au comité. En cours de route, différents intervenants ont pris part aux discussions selon le besoin.

Le projet de loi 90 modifiant le Code des professions ne réserve pas les activités d'intervention en dysphagie (entre autres l'évaluation de la déglutition) comme champ de compétence à une profession en particulier. Le rôle des différents intervenants ayant des compétences en dysphagie (ergothérapeutes, nutritionnistes et orthophonistes) n'étant pas circonscrit, des tensions se faisaient sentir dans le travail au quotidien auprès de cette clientèle.

Pour ces mêmes raisons, au-delà de notre établissement, un comité inter-Ordres professionnels a été créé en octobre 2004 impliquant des représentants des trois professions visées et ayant comme mandat de définir l'expertise spécifique propre à chaque discipline dans l'intervention en matière de dysphagie. Toutefois, aucune conclusion concernant la répartition du travail n'a été émise. En novembre 2011, une entente de principe entre les 3 ordres professionnels a été conclue, soutenant l'interdisciplinarité dans l'intervention en dysphagie (voir annexe 1).

Il relève du devoir et de la responsabilité de la direction de baliser la répartition et l'organisation du travail à l'intérieur de notre établissement, en conformité avec les compétences et champs d'exercice de chacun des intervenants (voir annexe 2). Ceci afin d'offrir des services de qualité, assurant ainsi la sécurité pour la clientèle dysphagique.

Au fil des rencontres et des discussions cliniques, l'effort de précision de l'expertise de chaque profession a permis à l'ensemble des membres de reconnaître la nécessité d'une intervention interdisciplinaire auprès de la clientèle dysphagique, et ce pour le grand bénéfice du client et de ses proches. Une entente unanime sur un premier document : « Approche interdisciplinaire pour la clientèle atteinte de dysphagie : protocole d'intervention » a été convenue entre les 3 groupes de professionnels en juillet 2010. Ce document fut soumis à la DSI afin d'y joindre le volet des soins infirmiers.

Ce protocole confirme donc l'orientation interdisciplinaire et balise l'organisation du travail auprès de la clientèle dysphagique en courte durée en intégrant chacune des disciplines selon son expertise propre et en établissant le mode de fonctionnement qui, en consensus, apparaît le plus efficient.

Adoption par le CMDP :	[Redacted Signature]	Date : 2013-03-12
Acceptation par le directeur général adjoint aux affaires médicales et directeur des services professionnels - Dr Toussaint	[Redacted Signature]	Date : 13-3-13
Acceptation par le chef de département de médecine spécialisé dr M. Larocque	[Redacted Signature]	Date : 6-2-2013
Acceptation par le chef de département de l'urgence dr. More	[Redacted Signature]	Date : 2013/3/6
Acceptation par le chef du service de l'O.R.L. dr. Cataphard	[Redacted Signature]	Date : 2013-02-25
Acceptation par le chef du service de neurologie dr. A. Tudorescu	[Redacted Signature]	Date : 2013-02-25
Acceptation par la directrice des soins infirmiers - Madame Olga Medeir	[Redacted Signature]	Date : 2013-01-04

OBJECTIFS DU PROTOCOLE

- Favoriser un dépistage, une évaluation et une prise en charge rapide de la dysphagie en équipe interdisciplinaire.
- Instaurer une culture de vigilance quant au dépistage de la dysphagie à l'intérieur de l'établissement et procéder à la référence rapide vers l'équipe spécialisée en dysphagie pour une prise en charge lorsque nécessaire.
- Diminuer les conséquences directes et indirectes de la dysphagie : perte d'autonomie, dénutrition progressive, hospitalisations pour complications broncho-pulmonaires, perte de qualité de vie, morbidité, etc.
- Favoriser l'interdisciplinarité, chaque profession contribuant de son expertise dans la recherche et l'application de solutions pour le meilleur intérêt du client.
- Éviter la duplication d'actes auprès du client.
- Favoriser une bonne communication et coopération entre les intervenants.
- Assurer une cohésion entre les interventions et enseignements des différents professionnels.
- Utiliser un document de prise en charge interdisciplinaire et intégrée pour les clients présentant de la dysphagie.

2. DÉFINITIONS

- Client dysphagique (ou atteint de troubles de la déglutition): personne présentant des difficultés, de l'inconfort ou une incapacité lors de l'une ou plusieurs des phases de la déglutition : anticipatoire, orale préparatoire, orale de transport, pharyngée ou œsophagienne, secondaire à un problème subit ou évolutif, d'ordre neurologique, chirurgical, structurel ou fonctionnel.
- Signes cliniques de la dysphagie : toux, raclement de la gorge, changement de la voix (enrouée ou mouillée), mastication ou déglutition difficile, résidus alimentaires dans la bouche et écoulement hors de la bouche.
- Plan d'intervention : outil de synthèse et de communication des différents résultats d'interventions que l'équipe vise à mettre en place et qu'elle veut communiquer aux autres intervenants impliqués auprès du client.

3. CONTEXTE (facultatif)

4. INTERVENANTS CONCERNÉS – clientèle, secteurs, programmes ou services visés

Le client dysphagique est pris en charge par **une équipe spécialisée en dysphagie** qui se compose de :

- La nutritionniste
- L'orthophoniste
- L'ergothérapeute

Les autres professionnels visés par le protocole interdisciplinaire sont :

- Les membres de l'équipe de soins infirmiers (infirmière, CEPI, infirmière auxiliaire, externe en soins infirmiers et préposé aux bénéficiaires)
- Le médecin
- Le pharmacien
- L'inhalothérapeute
- La technicienne en diététique

Tout client présentant ou à risque de présenter un trouble de la déglutition, qu'il soit enregistré ou admis en courte durée, est visé par le présent protocole interdisciplinaire.

5. CONDITIONS

Partage des rôles

Afin d'offrir une intervention efficace selon les compétences de chaque professionnel en évitant toute duplication d'intervention, les rôles de chacun doivent être bien définis. Comme établissement, nous convenons du partage des tâches suivantes :

L'équipe spécialisée en dysphagie :

L'orthophoniste

L'orthophoniste évalue la fonction du mécanisme oro-pharyngé et laryngé dans le but de déterminer la nature du trouble et la réadaptation nécessaire. Elle observe le client lors de la prise d'un repas afin de compléter le portrait des capacités et incapacités en situation de repas.

Suite à cette évaluation, l'orthophoniste juge de la présence et de la sévérité de la dysphagie du client. Elle est en mesure d'expliquer la nature et les causes physiologiques et/ou neurologiques possibles reliées au trouble de déglutition observé. Elle se prononce sur la sécurité des consistances des solides et des liquides. De ses conclusions, elle suggère, au besoin, des exercices et des manœuvres de réadaptation ainsi que des techniques compensatoires tenant compte des capacités du client. Si elle le juge pertinent, elle suggère et effectue, suite à l'ordonnance médicale, la gorgée barytée modifiée qui permettra d'obtenir des informations supplémentaires et d'évaluer l'efficacité de certaines manœuvres compensatoires.

Au dossier, l'orthophoniste fait des recommandations concernant les consistances des aliments solides et liquides qu'elle juge sécuritaires d'après son évaluation du mécanisme de la déglutition. Elle peut recommander de ne pas alimenter le client oralement pour des raisons de sécurité de la déglutition. Le potentiel d'amélioration devrait aussi être mentionné au dossier si possible.

La nutritionniste

La nutritionniste évalue la capacité du client à couvrir ses besoins nutritionnels en tenant compte des incapacités et handicaps liés à la déglutition. Cette évaluation implique l'observation du client en situation de repas.

Suite à ses observations cliniques, elle est en mesure de dire s'il y a dysphagie aux solides et/ou aux liquides et adapte la consistance des solides et des liquides afin de minimiser les symptômes, tout en permettant une nutrition adéquate.

Son plan de traitement tient compte de l'ensemble des données subjectives et objectives à sa disposition, incluant les recommandations et observations des autres intervenants. Parmi les données subjectives, la nutritionniste note ses observations concernant les mécanismes oro-pharyngés qui influencent ou justifient son plan de traitement nutritionnel.

Selon le projet de loi 90 modifiant le Code des professions, la détermination du plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation appropriée, est une activité réservée aux nutritionnistes lorsqu'une ordonnance individuelle indique que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie. C'est donc la nutritionniste qui statue s'il y a lieu d'alimenter oralement et qui modifiera au besoin, selon l'évaluation, la consistance des solides et des liquides à offrir au client.

Il est important de mentionner que le plan de traitement nutritionnel établi est souvent le résultat de compromis entre une alimentation sécuritaire, acceptable/faisable aux yeux du client, en conformité avec le plan de traitement nutritionnel pour toute autre co-morbidité et permettant la couverture des besoins nutritionnels à moyen/long terme incluant les besoins hydriques.

Au dossier du client, le plan de traitement nutritionnel, ainsi que les données ayant mené à sa détermination, sont documentés, en particulier dans le cas où le plan de traitement nutritionnel ne représente pas une décision partagée entre les intervenants.

L'ergothérapeute

L'ergothérapeute évalue l'autonomie fonctionnelle à l'alimentation afin de déterminer les capacités de l'individu à s'alimenter en termes d'efficacité et d'indépendance, en tenant compte des aspects liés à la sécurité.

Suite à son évaluation, elle planifie et applique un programme d'activités adapté aux besoins du client. Ce programme d'activités intègre notamment le renforcement musculaire, la stimulation sensorielle, la conscientisation et la gestion des déficits ainsi que la stimulation des fonctions exécutives. Au besoin, elle met en place des moyens compensatoires tels que le positionnement et /ou l'utilisation d'aides techniques qu'elle adapte selon l'évolution de la condition. Le plan de traitement ergothérapique vise un équilibre entre l'alimentation orale, la gestion des risques d'aspiration discutée en équipe et la qualité de vie de la personne dysphagique.

Au dossier, l'ergothérapeute spécifie le niveau d'autonomie du client pour s'alimenter en tenant compte de l'aspect dysphagique. Elle y inscrit ses recommandations pour compenser les déficits objectivés et suggère, au besoin, un programme d'activités de réadaptation.

Les autres professionnels impliqués dans le protocole interdisciplinaire :

L'infirmière/CEPI :

L'infirmière évalue l'état de santé du client, détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers. Elle prodigue les soins et traitements infirmiers ainsi que médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie. Lorsqu'un client démontre des signes cliniques d'AVC ou des signes cliniques de dysphagie, elle procède au dépistage de la dysphagie dans le cadre de son évaluation initiale via l'outil de dépistage de la dysphagie (voir annexe 3), avant que l'on entame la prise par voie orale de médicaments, de liquides ou

d'aliments. Si nécessaire, elle apporte des modifications telles que suggérées par l'outil de dépistage afin d'assurer la sécurité et réfère à l'équipe spécialisée en dysphagie si le dépistage s'avère positif. Elle élabore un plan thérapeutique infirmier (PTI) car la dysphagie est une problématique prioritaire (risque d'étouffement ou de pneumonie d'aspiration) et procède à la mise à jour du plan de soins en incluant les soins de bouche, la surveillance clinique lors des repas, la prise de médication, la mobilisation et le positionnement. Elle travaille en étroite collaboration avec l'équipe spécialisée en dysphagie, les autres professionnels impliqués et les membres de l'équipe de soins infirmiers, assurant ainsi le suivi de l'évolution clinique du client sur les trois quarts de travail. Elle applique les ordonnances médicales et assure un suivi avec la pharmacie afin de recevoir la présentation médicamenteuse adaptée à la dysphagie.

Au dossier, l'infirmière notera ses observations sur l'état clinique de l'usager, ainsi que toute intervention qui aura été nécessaire.

L'infirmière auxiliaire/externe en soins infirmiers/préposé aux bénéficiaires :

L'infirmière auxiliaire, l'externe en soins infirmiers et le préposé aux bénéficiaires collaborent aux soins, suivent les directives du médecin, de l'infirmière et de l'équipe spécialisée en dysphagie (orthophoniste, nutritionniste et ergothérapeute) et assurent auprès de l'infirmière un suivi de leurs observations et intervention. L'infirmière auxiliaire et l'externe en soins infirmiers appliquent selon leur champ de pratique les ordonnances médicales et assure un suivi (nom et no. de dossier) avec la pharmacie afin de recevoir la présentation médicamenteuse adaptée à la dysphagie.

L'infirmière auxiliaire et l'externe en soins infirmiers noteront au dossier leurs observations sur l'état clinique de l'usager, ainsi que toute intervention qui aura été nécessaire.

Le médecin :

Le médecin recueille les évaluations et informations de l'équipe spécialisée en dysphagie et de l'équipe de soins infirmiers afin d'établir un diagnostic et de diriger son traitement.

Le pharmacien :

Le pharmacien à la distribution ou à l'étage reçoit le plan d'intervention de l'équipe interdisciplinaire en dysphagie et révisé la forme pharmaceutique des médicaments au dossier afin d'assurer une administration sécuritaire et optimale des médicaments.

Suite à la revue du dossier, le pharmacien apporte les modifications nécessaires à la pharmacothérapie du client, lorsque requis. Plusieurs modifications sont possibles. Il peut décider d'écraser ou de couper les comprimés, d'ouvrir les capsules ou de changer la forme pharmaceutique. Ces changements sont effectués dans le but d'éviter un sous dosage, un surdosage, l'inefficacité ou une irritation des muqueuses. Le pharmacien doit également analyser le profil médicamenteux pour exclure toute cause iatrogénique à la dysphagie.

Dans le cas où un changement de molécule ou l'arrêt d'un médicament est envisagé, le pharmacien communique avec le médecin traitant pour l'informer de la problématique et apporter les modifications jugées nécessaires.

La technicienne en diététique :

La technicienne en diététique s'assure que tous les patients reçoivent des repas correspondants aux régimes thérapeutiques prescrits. Elle adapte leur menu en fonction de leurs goûts, habitudes et particularités culturelles. Lors des visites aux repas des patients, elle note et informe la nutritionniste et/ou le personnel soignant de ses observations concernant les apports alimentaires, l'acceptation par le patient de la consistance des solides et liquides reçus ou de toute problématique observée.

L'inhalothérapeute :

L'inhalothérapeute traite des problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire. Il est en charge de l'assistance ventilatoire, qui consiste à pallier à une incapacité transitoire ou définitive de la fonction respiratoire d'un client. Cette activité n'est pas limitée simplement à la ventilation artificielle mécanique mais également, à tout dispositif ayant pour but d'apporter une assistance aux clients en difficulté respiratoire. L'inhalothérapeute peut, selon une ordonnance, procéder à l'aspiration et l'instillation des sécrétions bronchiques chez des patients ventilés ou non, ainsi que ceux qui sont porteurs d'une canule trachéale.

L'inhalothérapeute est donc présent lorsque la situation présente un risque connu, par exemple lors d'essais alimentaires chez un patient trachéotomisé ou lors d'examen comme la gorgée barytée modifiée.

Au dossier, l'inhalothérapeute notera ses observations sur l'état clinique de l'usager, ainsi que toute intervention qui aura été nécessaire.

Cas particuliers

➤ Clients trachéotomisés

- La nutritionniste et l'orthophoniste font conjointement les essais alimentaires auprès du client trachéotomisé.
- L'orthophoniste détermine si le client doit porter une valve uni-directionnelle sur la canule de trachéo lors des essais alimentaires.
- L'inhalothérapeute est présent pour aspirer le client avant et après les essais.
- L'ergothérapeute est impliqué au besoin.

➤ Troubles de l'œsophage

Les clients atteints de troubles de l'œsophage ne requièrent pas nécessairement une prise en charge en équipe. L'adaptation de l'alimentation et l'enseignement sont effectués par la nutritionniste. Les autres intervenants seront impliqués au besoin.

➤ Consultations médicales et examens paracliniques

Dans le but d'apporter des précisions sur le diagnostic, l'équipe spécialisée en dysphagie peut suggérer au médecin traitant diverses consultations en médecine spécialisée (neurologie, gastroentérologie, oto-rhino-laryngologie, etc.) ainsi que certains examens paracliniques (gorgée barytée, gorgée barytée modifiée, évaluation fibro-endoscopique de la déglutition).

6. DIRECTIVES

6.1 L'identification des clients dysphagiques :

L'identification des clients à risque ou atteints de troubles de la déglutition se fait, en général, de la façon suivante :

- Une constatation du médecin, du personnel infirmier ou de tout autre professionnel de la santé;
- Une demande de modification de la consistance des solides ou des liquides constatée par la technicienne en diététique;
- Une plainte de la famille ou du client lui-même.

6.2 Outil de dépistage – dysphagie (courte durée)

Dès qu'un client a un diagnostic d'AVC ou présente des signes cliniques de dysphagie l'infirmier / CEPI procède au dépistage avec l'outil de dépistage de la dysphagie (voir annexe 3) afin de sécuriser l'alimentation et l'hydratation. Elle s'assure que le client porte ses prothèses dentaires, s'il y a lieu, et voit à ce que les soins de bouche soient prodigués.

Le client est référé à l'équipe spécialisée en dysphagie si le résultat est positif. Ce test est disponible sur toutes les unités de soins via l'intranet.

6.3 La demande d'intervention : « Équipe spécialisée en dysphagie » :

Du moment où un client obtient un résultat positif à l'outil de dépistage (voir annexe 3), la requête écrite doit être faite à l'un des membres de l'équipe spécialisé en dysphagie. Cette requête peut être complétée par tout professionnel.

Le professionnel de l'équipe spécialisée en dysphagie informé d'un cas de dysphagie rejoint les autres professionnels de l'équipe sur leur téléavertisseur dans un souci d'intervention rapide.

6.4 Procédure pour l'observation du client lors d'essai alimentaire

Le moment prévu pour les essais alimentaires doit être planifié afin de permettre la présence de tous les intervenants de l'équipe spécialisée. La nutritionniste et l'orthophoniste s'entendent, avant l'intervention, sur les types d'essais à faire auprès du client.

Pour les essais alimentaires aux repas, la nutritionniste contacte la technicienne en diététique avant le début de l'assemblage des plateaux et mentionne les aliments dont l'équipe aura besoin.

En dehors des heures de repas, une trousse d'aliments pour évaluation de la déglutition est disponible au service alimentaire (voir annexe 4).

Durant l'essai, chaque professionnel recueille les observations propres à son rôle. Suite à cette évaluation, les professionnels impliqués échangent sur les conclusions de leurs observations respectives et ce, même si un des membres n'a pu se présenter. Une décision commune est prise par la suite quant aux recommandations en collaboration avec les autres professionnels impliqués. Ces recommandations sont consignées au plan d'intervention.

6.5 Détermination du plan d'intervention

Le plan d'intervention est le résultat du consensus de l'ensemble des intervenants sur le meilleur compromis visant la sécurité, la couverture des besoins nutritionnels et la qualité de vie (voir annexe 5). Le client ou son répondant est impliqué tout au cours du processus de décision et doit apporter son consentement valide au plan d'intervention retenu. Le plan d'intervention interdisciplinaire est consigné au dossier. Des méthodes d'identification du client dysphagique sont proposées (exemples : une fiche au chevet, un collant de couleur sur le bracelet afin d'identifier la problématique). Le comité de dysphagie poursuit son objectif de déterminer les moyens qui seront efficaces. Ils seront diffusés ultérieurement.

6.6 Communication du plan d'intervention et des recommandations

Le client et ses proches

Chaque intervenant présente au client et/ou à sa famille les conclusions de son évaluation, ses objectifs spécifiques et son implication dans l'atteinte des objectifs communs.

Une fiche contenant une série de mesures à respecter au moment de la prise d'aliments solides ou liquides par le client est placée au chevet (voir annexe 6). Elle contient aussi le nom et numéro de chambre du client, le nom et le titre des intervenants l'ayant produite ainsi que la date de production. Si un transfert de chambre ou d'unité est effectué, la fiche doit suivre le client.

Elle est produite par un des membres de l'équipe spécialisée en dysphagie suite à la détermination du plan d'intervention.

Le personnel soignant:

Afin d'assurer la réalisation et la continuité du plan d'intervention par l'ensemble du personnel soignant, l'outil « Médiclinic » est utilisé pour transmettre les recommandations.

Un des membres de l'équipe spécialisée saisit les informations dans Médiclinic (voir annexe 7). Ces informations sont accessibles aux préposés aux bénéficiaires via leur feuille de route qu'ils impriment quotidiennement.

La consistance des aliments solides et liquides est consignée par la nutritionniste dans Médiclinic. L'infirmière du client s'assure du suivi auprès du personnel de l'unité de soins de la famille et des proches du client.

Par contre, sur les unités où le Médiclinic n'est pas disponible (urgence, observation, soins intensifs et U.E.T.T.), un des membres de l'équipe spécialisée en dysphagie informe verbalement l'infirmière des recommandations qui les notera au plan de soins du client.

Le service alimentaire :

La technicienne en diététique obtient les changements à effectuer via le rapport de « régime alimentaire » de Médiclinic. En cas de doute et en l'absence de la nutritionniste, la technicienne en diététique offrira des liquides « miel » et des solides en purée lisse.

Par contre, sur les unités où le Médiclinic n'est pas disponible, la technicienne en diététique obtient les changements à effectuer via SIURGE (à l'urgence et à l'observation) et via la feuille Excel à cet effet (aux soins intensifs et UETT).

Notez que lors de la réadmission d'un patient qui avait une diète de dysphagie lors de l'hospitalisation précédente, la technicienne en diététique applique cette même prescription et avise la nutritionniste pour qu'elle vérifie sa pertinence. Avant le congé d'un patient dysphagique, la nutritionniste peut donner une consigne à la technicienne en diététique sur la conduite à adopter concernant les consistances, advenant une réadmission. La technicienne inscrit cette note dans le logiciel de menu et l'appliquera en temps opportun.

Le pharmacien :

Le plan d'intervention réalisé par l'équipe spécialisée en dysphagie doit être faxé à la pharmacie lors de la première évaluation et lors des évaluations subséquentes lorsqu'il y a un changement au niveau de l'impact sur les médicaments. Numéro de fax #2298.

6.7 Le suivi et la révision du plan d'intervention

Chaque professionnel fait ses suivis et la fréquence est laissée à sa discrétion. L'intervenant qui constate que la condition du client a changé, discute avec l'équipe de la pertinence d'une réévaluation. Toute modification apportée au plan d'intervention est discutée en équipe afin de permettre les ajustements nécessaires au plan de traitement de chaque discipline et ainsi maintenir la cohésion de l'intervention professionnelle.

Lors de l'évaluation, les intervenants s'entendent, à la lumière de leurs connaissances et de leur expérience respective, sur le délai à prévoir avant une réévaluation conjointe.

Pour les cas de dysphagie secondaire à une maladie dégénérative ou à toute autre condition où il n'y a pas d'amélioration attendue à court terme, une discussion et une approche cas par cas permettront de déterminer si une réévaluation est nécessaire durant l'hospitalisation.

Comme pour l'évaluation initiale, le moment prévu pour les essais alimentaires doit être planifié afin de permettre la présence des intervenants qui le jugent nécessaire.

6.8 Fin des interventions

Lorsque tous les intervenants jugent la situation de la dysphagie stable ou qu'aucune autre intervention n'est prévue, une mention de fin des interventions ou d'intervention PRN est indiquée au plan d'intervention. Au congé du client, les recommandations sont transmises à son milieu de vie.

L'enseignement au client/famille :

Enseignement par l'orthophoniste

- Expliquer les structures et le fonctionnement de la déglutition ainsi que le problème spécifique du client.
- Expliquer la raison et l'impact sur la déglutition de la modification des consistances et des moyens compensatoires.
- Enseigner les techniques et moyens compensatoires incluant la position particulière de la tête.
- Enseigner les exercices pour stimuler la fonction laryngée et la musculature oro-pharyngée.
- Proposer des solutions en cas d'étouffement léger ou d'inconfort.
- Recommander des stratégies environnementales.

Enseignement par la nutritionniste

- Identifier les changements nécessaires au niveau de la consistance des aliments solides et liquides.
- Enseigner la méthode de préparation des aliments permettant d'obtenir les consistances recommandées.
- Proposer des choix d'aliments permettant l'atteinte ou le maintien d'un état nutritionnel adéquat (incluant l'état d'hydratation) et compatible avec tout autre comorbidité.
- Proposer des suppléments nutritifs au besoin.
- Enseigner les modalités de nutrition entérale s'il y a lieu.
- Encourager la position assise pour les repas.

Enseignement par l'ergothérapeute

- Expliquer le niveau d'autonomie fonctionnelle à l'alimentation.
- Expliquer les recommandations quant au choix du positionnement, des modifications organisationnelles et/ou des aides techniques.
- Enseigner, le programme d'activités élaboré afin d'augmenter l'autonomie à l'alimentation.
- Enseigner les moyens compensatoires visant une diminution des situations de handicap.

7. DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES

Champ de compétence respectif des professionnels impliqués auprès des clients présentant un trouble de la déglutition

Les professionnels se doivent de procéder aux évaluations et aux interventions requises auprès de la personne dysphagique selon la finalité de leur champ d'exercice et dans le respect des compétences de chacun (voir annexe 2).

Note de l'INESSS - Organisation et la prestation des services de réadaptation pour les personnes ayant subi un AVC et leurs proches, pages 36-37, mai 2012) (voir annexe 8).

8. RÉFÉRENCES

- Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (2012). Évaluation initiale de l'infirmière, unité dédié AVC
- CSSS Haut-Richelieu-Rouville (2012). Règle de soins infirmiers. *Activités réservées aux infirmières auxiliaires*. Direction des soins infirmiers.
- CSSS Haut-Richelieu-Rouville (2006). *Liste des nouvelles activités de soins déléguées aux préposés aux bénéficiaires*. Direction des soins infirmiers.
- OIIQ (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*.
- Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires (2011). La qualité des soins de l'AVC au Canada.
- ETMIS 2012. L'organisation et la prestation de services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leur proches p. 36-37, Vol.8 : no 9.
- OEQ (2006). Au-delà de la dysphagie, la personne avant tout. Rôle de l'ergothérapie auprès des personnes présentant des difficultés à s'alimenter ou à être alimentées.
- Perry L., (2001) Screening Swallowing Function of Patients with Acute Stroke. Part two : Detailed Evaluation of the Tool Used by Nurses. *Journal of Clinical Nursing* 10, 474-481.

9. ÉLABORATION DU PROTOCOLE

- Karine James, ergothérapeute
- Marjolaine D'amours, nutritionniste
- Stéphanie Villeneuve, orthophoniste
- Lynda Dufresne, Cadre conseil en soins infirmiers
- Diane Raymond, chef clinico-administrative des services de réadaptation et de nutrition clinique
- Collaborateurs :
 - Sylvie Raymond, assistante chef en inhalothérapie
 - Myriam Lalande, pharmacienne
 - Marie-Philip Lalancette, stagiaire

10. CONSULTATION

Les professionnelles membres des services de l'ergothérapie, de l'orthophonie et de la nutrition clinique qui oeuvrent au sein du milieu hospitalier (hhr).

Coordonneurs des services de la réadaptation et de la nutrition clinique, chef en inhalothérapie, chef en pharmacie, chef du service alimentaire, conseillères en soins infirmiers spécialisés.

Le C.I.

Le CM



11. ANNEXES

Le 16 novembre 2011

Objet : Entente historique entre les ordres dans le dossier de la dysphagie

Chers membres,

Depuis plusieurs années, le système professionnel québécois fait l'objet d'une importante modernisation. Dans le domaine de la santé, la réflexion qui a notamment soutenu l'adoption des projets de loi 90 et 21 s'appuie sur la conviction profonde que l'intérêt du patient doit être au cœur de l'exercice d'activités en interdisciplinarité.

Dans cette foulée, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec et l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec ont collaboré à de multiples travaux visant à établir une vision commune de la collaboration interdisciplinaire, notamment auprès des personnes dysphagiques ou à risque de l'être. Dans ce domaine particulier, nous sommes fiers de vous annoncer qu'une entente de principe a récemment été conclue. Ces derniers jours, le contexte du recours juridique intenté par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec contre le CHUM nous a donné l'occasion de convenir d'un message univoque soutenant l'interdisciplinarité. Précisons que ce recours concerne les directives organisationnelles émises par l'établissement à propos des interventions thérapeutiques auprès des clientèles dysphagiques ou à risque de l'être.

Le CHUM s'étant montré favorable à cette entente de principe développée avec la collaboration du Collège des médecins du Québec, la Cour demeure saisie du dossier, mais en a suspendu l'audition jusqu'en mars 2012 afin de permettre aux instances décisionnelles de l'établissement d'agréer officiellement à l'entente et de réviser les modalités organisationnelles en cause. Cela fait, l'entente sera déposée à la Cour ce qui permettra de clore le dossier. À défaut, l'audition reprendra au terme de l'échéance précitée.

Les principes définis dans l'entente s'appuient essentiellement sur notre mandat commun de protection du public et sur la législation professionnelle, notamment en ce qui concerne la définition des champs d'exercice, leur finalité respective et les activités réservées inscrites au Code des professions. Ils reconnaissent l'importance que l'interdisciplinarité s'actualise à travers une communication ouverte entre les intervenants et dans le respect de l'autonomie et de l'expertise des professionnels. En contexte de collaboration interdisciplinaire, les professionnels doivent prendre en considération que leurs interventions sont étroitement liées et, de ce fait, ils doivent avoir la préoccupation constante des effets de leurs interventions sur les plans de traitement et d'intervention des autres.

Il faut comprendre que la présente entente vise uniquement les services offerts au CHUM. Toutefois, force est de constater que les principes définis s'appliquent à tout milieu. Aussi pourrait-elle inciter d'autres établissements à revoir leur organisation du travail même si l'entente ne comporte pas une telle obligation. En effet, nous savons précisément que plusieurs d'entre vous exercez dans des établissements qui promeuvent déjà des principes conformes à l'entente de principes intervenue. Cette dernière ne devrait donc que vous conforter dans une organisation du travail adéquate déterminée en fonction des principes énoncés, des ressources humaines et matérielles disponibles et du mandat particulier donné à votre établissement.

La signature de cette entente constitue la pierre d'assise sur laquelle se poursuivra notre collaboration inter-ordres. Nous nous sommes effectivement engagés à produire des communications communes sur le sujet afin de vous tenir informés des avancements dans ce domaine. Vous êtes donc invités à surveiller les publications de votre ordre respectif pour suivre l'évolution du dossier.

Cordialement,

Mme Anne Gagné, Dt.P., nutritionniste, présidente

Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ)

M. Alain Bibeau, erg., M.Sc., ergothérapeute, président et directeur général

Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec (OEQ)

Mme Marie-Pierre Caouette, M.O.A., orthophoniste, présidente et directrice générale

Ordre professionnel des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ)

Champs de compétence respectifs des professionnels impliqués auprès des clients présentant un trouble de la déglutition

Les professionnels se doivent de procéder aux évaluations et aux interventions requises auprès de la personne dysphagique selon la finalité de leur champ d'exercice et dans le respect des compétences de chacun.

Champ d'exercice de la nutritionniste *

Évaluer l'état nutritionnel d'une personne, déterminer et assurer la mise en œuvre d'une stratégie d'intervention visant à adapter l'alimentation en fonction des besoins pour maintenir ou rétablir la santé.

Champ d'exercice de l'orthophoniste *

Évaluer les fonctions du langage, de la voix et de la parole, déterminer un plan de traitement et d'intervention et en assurer la mise en œuvre dans le but d'améliorer ou de rétablir la communication.

Champ d'exercice de l'ergothérapeute *

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 d'adapter l'environnement dans le but de favoriser une autonomie optimale

* Le texte fait référence au chapitre 8 de la loi 90.

Installation : _____

OUTIL DE DÉPISTAGE-DYSPHAGIE (Courte durée)

BLOC 1	NON	OUI
1. Est-ce que l'utilisateur est alerte et éveillé, répond-il à la parole?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Est-ce que l'utilisateur est capable de maintenir une position assise et a le contrôle de sa tête?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Si vous avez répondu non à l'une des questions : ne pas procéder au dépistage. Aviser le médecin pour assurer une hydratation adéquate de l'utilisateur. Réévaluer dans 24 heures. Si aucun changement : aviser le médecin pour assurer la nutrition de l'utilisateur.</p>		
<p>Si vous avez répondu oui aux 2 questions : poursuivre avec le bloc 2 ci-dessous.</p>		
BLOC 2	NON	OUI
3. Est-ce que l'utilisateur peut tousser sur demande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est-ce que l'utilisateur est en mesure de contrôler sa salive?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Est-ce que l'utilisateur est capable de toucher ses lèvres supérieure et inférieure avec sa langue?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Est-ce que l'utilisateur est capable de respirer librement? (i.e. exempt de difficultés respiratoires ou aucun problème à maintenir un SpO ₂ adéquate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Si vous avez répondu non à l'une des questions : ne pas procéder au dépistage. Référer à l'équipe spécialisée en dysphagie.</p>		
<p>Si vous avez répondu oui aux 4 questions : poursuivre avec le bloc 3 ci-dessous.</p>		
BLOC 3	NON	OUI
7. Est-ce que l'utilisateur a une voix mouillée ou enrouée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Si vous avez répondu oui à la question : ne pas procéder au dépistage. Référer à l'équipe spécialisée en dysphagie.</p>		
<p>Si vous avez répondu non à la question : procéder au test de dépistage (verso).</p>		
<p>AAAA/MM/JJ</p>		
Signature de l'infirmière	Date	Heure

OUTIL DE DÉPISTAGE

Consignes préalables :

- Installer le patient assis à 90°
- Faire hygiène buccale avant le test de dépistage
- Administrer la quantité d'eau selon les différentes étapes et observer la réponse de l'utilisateur
- En présence de signes cliniques de dysphagie, ne pas poursuivre le dépistage et référer conjointement à l'équipe spécialisée en dysphagie pour une évaluation

Principaux signes cliniques de dysphagie

- Toux ou raclement de gorge
- Changement de la voix (enrouée ou mouillée)
- Mastication ou déglutition difficile
- Stagnation du bol alimentaire dans la bouche
- Écoulement hors de la bouche

ÉTAPES	ÉTAPE NON-RÉALISÉE	AUCUN PROBLÈME	SIGNES CLINIQUES DE DYSPHAGIE (Détailler dans la note d'évolution en soins infirmiers)
1. Donner 5 mL d'eau à la cuillère à thé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Donner 5 mL d'eau à la cuillère à thé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Donner 5 mL d'eau à la cuillère à thé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Donner 50 mL d'eau au verre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Test réussi (aucun problème à toutes les étapes) :

Alimentation selon ordonnance. Lors du premier repas :

- S'assurer que le patient est bien positionné.
- Référer à l'équipe spécialisée en dysphagie en cas de doute.
- Demeurer vigilant.

Test échoué :

- Référer à l'équipe spécialisée en dysphagie.
- Demander une diète dysphagique (liquide et solide).
- Observer lors du premier repas.

En cas de doute, mettre le patient NPO et aviser le médecin. S'informer de la voie d'administration de la médication.

Commentaires :

Signature de l'infirmière

Date

Heure

Source : Adapté du centre hospitalier affilié universitaire de Québec

Trousse d'évaluation de la déglutition entre les repas

- ☐ 1 verre de jus miel (1/2 boîte)
- ☐ 1 verre de jus nectar (1/2 boîte)
- ☐ Purée de fruits
- ☐ Fruits en morceaux
- ☐ Pouding Jell-o
- ☐ Biscuits secs
- ☐ 1 tranche de pain blanc + margarine
- ☐ 1 cuillère en plastique
- ☐ 1 grosse paille
- ☐ 1 couteau en plastique

Procédure :

1. L'orthophoniste et la nutritionniste communiquent ensemble avant de faire l'essai alimentaire pour favoriser une approche par équipe.
2. Selon la prescription diététique du client, la nutritionniste informe l'orthophoniste si certains aliments de la trousse d'évaluation de la déglutition sont contre-indiqués.
3. L'orthophoniste ou la nutritionniste va elle-même chercher la trousse d'évaluation de la déglutition au service alimentaire.
4. Pour se procurer la trousse, se présenter au poste #3 entre 9h00 et 10h30 ou entre 13h30 et 15h30.

Annexe 5

Plan d'intervention
de l'équipe interdisciplinaire en dysphagie

	Date : <u> </u>	Date : <u> </u>	Date : <u> </u>
Textures et consistances jugées sécuritaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Textures et consistances offertes : Justification :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Manœuvres compensatoires :	Nutritionniste : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Aides techniques :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Positionnement :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Impact sur les médicaments :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Suivi :	<input type="checkbox"/>		
Ergothérapeute : Nutritionniste : Orthophoniste :	 		

S.v.p., faxer à la pharmacie au numéro 2298 : Date : - Heure :

**Plan d'intervention
de l'équipe interdisciplinaire en dysphagie**

	Date : <u> </u>	Date : <u> </u>	Date : <u> </u>
Textures et consistances jugées sécuritaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Textures et consistances offertes : Justification :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Manœuvres compensatoires :	Nutritionniste :		Nutritionniste :
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Aides techniques :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Positionnement :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Impact sur les médicaments :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Suivi :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergothérapeute : Nutritionniste : Orthophoniste :	 	 	

S.v.p., faxer à la pharmacie au numéro 2298 : Date : - Heure :

Liste des consignes prédéterminées pour la fiche au chevet

CONSIGNES À L'ALIMENTATION

- Repas au fauteuil gériatrique
- Repas au fauteuil roulant adapté
- Amener le client au poste pour les repas
- Asseoir très droit, la tête inclinée vers l'avant, tournée vers la gauche
- Asseoir très droit, la tête inclinée vers l'avant, tournée vers la droite
- Besoin d'aide complète pour s'alimenter
- Besoin d'aide partielle pour s'alimenter
- Aide requise pour préparer le plateau
- Présenter un plat à la fois
- Besoin de supervision au repas
- Utiliser les ustensiles adaptés
- Se placer du côté droit de la personne. Encourager la rotation de la tête à droite
- S'assurer que les aliments sont déposés sur le côté gauche de la langue
- Se placer du côté gauche de la personne. Encourager la rotation de la tête à gauche
- S'assurer que les aliments sont déposés sur le côté droit de la langue
- Lui rappeler d'avaler
- Pilules écrasées dans la compote
- Pilules dans la compote. Écrasées si trop grosses
- Avaler avec force
- Lui rappeler de manger plus lentement
- Lui demander d'avaler une deuxième fois avant de donner une autre bouchée
- S'assurer que la bouche soit vide avant de procéder à la bouchée suivante
- Avaler deux fois à chaque bouchée
- Racler la gorge après 2-3 bouchées
- Couper le souffle avant d'avaler
- Donner les liquides permis à la cuillère
- Utiliser une paille pour les liquides permis
- Utiliser une grosse paille pour les liquides permis
- Utiliser une tasse adaptée pour les liquides permis
- NE PAS donner des liquides lorsqu'il y a de la nourriture dans la bouche
- Aucun liquide permis
- Aucun liquide clair permis. PAS DE VERRE D'EAU
- Avec supervision, verre d'eau permis entre les repas
- S'informer auprès de l'infirmière avant de donner tout aliment ou boisson
- (*inscrire consignes à l'environnement*)

Modalités d'utilisation :

Chaque groupe de professionnels, ergothérapie, nutrition et orthophonie, à accès de son poste informatique au modèle du document et aux macros des consignes prédéterminées.

Suite à l'évaluation, un des intervenants est désigné pour identifier la fiche au nom du client, la remplir en sélectionnant les consignes retenues et les noms des professionnels impliqués, l'imprimer et l'afficher.

MÉDICLINIC
CONSIGNES D'ALIMENTATION
Section autonomie

Recommandations professionnelles

- ◆ Pour sa sécurité reçoit aliments et liquides adaptés.
- ◆ Alimentation avec aide – s'asseoir à sa hauteur.
- ◆ Alimentation sous supervision.
- ◆ Repas au fauteuil adapté (assis à 90°).
- ◆ Tête penchée vers l'avant.
- ◆ Lui rappeler d'avaler.
- ◆ S'assurer qu'il a vidé le contenu de la bouche avant de procéder à la bouchée suivante.
- ◆ Pas de pot d'eau.
- ◆ Donner les liquides permis à la petite cuillère.
- ◆ Utiliser une paille pour les liquides permis.
- ◆ Alternier les liquides et les solides.
- ◆ Éviter de faire descendre les solides avec du liquide.
- ◆ Hygiène buccale après chaque repas.
- ◆ Amener au poste pour repas.
- ◆ Utiliser ustensiles adaptés.
- ◆ Besoin de stimulation aux repas, encourager le client toute la durée du repas.
- ◆ Ralentir le client.

Orthophoniste recommande

- ◆ Se placer du côté droit du client. Encourager la rotation de la tête à droite.
- ◆ S'assurer que les aliments sont déposés sur le côté gauche de la langue.
- ◆ Se placer du côté gauche du client. Encourager la rotation de la tête à gauche.
- ◆ S'assurer que les aliments sont déposés sur le côté droit de la langue.
- ◆ Lui rappeler de racler (se dérhumer) la gorge après 2-3 déglutitions.
- ◆ Lui demander d'avaler une deuxième fois avant de donner une autre bouchée.
- ◆ Transvider les liquides permis dans la tasse adaptée propre.

Ergothérapeute recommande

- ◆ Mettre un miroir devant le client lors de l'alimentation.
- ◆ Soutenir la mâchoire et guider le mouvement de mastication.
- ◆ Soutenir le poignet et guider le mouvement d'approche de l'ustensile à la bouche.
- ◆ Offrir guidance du mouvement pour préhension de l'ustensile.
- ◆ Supporter l'arrière de la tête pour pencher légèrement la tête vers l'avant.
- ◆ Supporter au niveau du menton pour ramener la tête droite.
- ◆ Éteindre la télévision, tirer le rideau lors du repas.
- ◆ Encourager le client à regarder les aliments sur la droite.
- ◆ Encourager le client à regarder les aliments sur la gauche.

Tiré du rapport de l'INESSS, l'organisation et la prestation de services de réadaptation pour les personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) et leurs proches, mai 2012 p.36-37

5.7 Dysphagie

Entre un tiers et deux tiers des personnes ayant subi un AVC souffrent de dysphagie (c.à.d. une anomalie de la déglutition) [Teasell *et al.* 2011a]. La dysphagie est associée à une augmentation du risque de pneumonie d'aspiration, de déshydratation et de malnutrition, qui peuvent entraîner un prolongement du séjour hospitalier et ultimement influencer sur le milieu de destination au congé [NSF, 2010].

Selon les recommandations de la Stratégie canadienne, toutes les personnes ayant subi un AVC devraient, avant d'ingérer quoi que ce soit, être soumises à un examen de dépistage de la dysphagie en utilisant un protocole simple, valide et fiable, applicable au chevet de l'utilisateur par un professionnel formé (niveau de preuve B) [Lindsay *et al.*, 2010]. Un examen complet de la fonction de déglutition devrait être fait par un orthophoniste ou un spécialiste dûment formé si une dysphagie est soupçonnée (niveau de preuve A) [Lindsay *et al.*, 2010].

Un audit basé sur l'information portée au dossier médical d'un échantillon de personnes ayant subi un AVC admises dans un centre de soins de courte durée, au Canada, en 2008--2009, a révélé que seulement 50 % d'entre elles auraient été soumises à un dépistage de la dysphagie. Ce résultat n'est pas optimal, mais comme on sait que l'enregistrement de renseignements sur des examens de routine peut être déficient, la proportion observée peut être une sous-estimation de la réalité. Par contre, chez 5,7 % de ces personnes, on a noté un diagnostic de pneumonie d'aspiration, une affection qui peut être évitée par une bonne évaluation de la déglutition et des interventions appropriées [Réseau canadien contre les accidents **cérébrovasculaires**, 2011].

Plusieurs professionnels sont appelés à intervenir dans l'évaluation et le traitement de la dysphagie. Leurs rôles et responsabilités diffèrent d'un milieu à l'autre et suscitent parfois des tiraillements. Les processus favorisés dans l'implantation des services dépendent des ressources disponibles dans chaque région. L'Alberta Provincial Stroke Strategy propose la création d'équipes interdisciplinaires pour l'évaluation et le traitement de la dysphagie. L'équipe peut être composée d'ergothérapeutes, de diététistes et d'orthophonistes. De plus, la stratégie propose que les milieux aient un programme de formation sur le dépistage de la dysphagie pour

Les infirmières et les autres fournisseurs de services. Enfin, les résultats devraient être inscrits dans le dossier de l'utilisateur [APSS, 2007].

La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé au Québec, communément appelée la loi 90, est entrée en vigueur en 2003. Elle concerne onze professions du domaine de la santé physique régies par des ordres professionnels, dont les ergothérapeutes, les diététistes, les orthophonistes et audiologistes.

L'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec a produit un document en réponse à la Loi [OOAQ, 2003]. Le message principal est que les orthophonistes continuent d'agir en dysphagie, c'est-à-dire :

«Au regard de l'évaluation de la fonction oropharyngée, l'orthophoniste continue de réaliser l'évaluation Et le traitement de la dysphagie oropharyngée (celle-ci étant intimement liée à l'évaluation de la voix et de la parole), de formuler les conclusions qui s'imposent, de faire ses recommandations (ce qui n'exclut évidemment pas la possibilité de donner des indications sur la voie qui devrait être privilégiée pour alimenter le client) et d'entreprendre la rééducation. La réserve de la détermination du plan de traitement nutritionnel ne réserve pas l'évaluation de la fonction oropharyngée au diététiste.»

L'Ordre des ergothérapeutes du Québec a également produit un document pour expliquer la portée de la loi 90. On y trouve, entre autres, une section portant sur la dysphagie. Les points principaux sont repris ici [OEQ, 2004].

«Une des activités réservées des diététistes est de 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.»

« Le choix de la voie d'alimentation est une activité réservée aux diététistes. Dans bien des cas, pour être en mesure de choisir la voie d'alimentation appropriée, il faut procéder à une évaluation de la déglutition chez la

personne. L'évaluation de la déglutition n'est pas une activité réservée par la Loi. Les professionnels qui procèdent le plus souvent à cette évaluation, notamment les ergothérapeutes, les orthophonistes et les diététistes, peuvent donc le faire, selon leurs compétences et les paramètres de leur champ d'exercice respectif. Or, la notion même d'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir de l'information dont le professionnel dispose. Ainsi, celui qui procède à l'évaluation de la déglutition peut notamment émettre une opinion clinique sur la capacité de la personne à s'alimenter par la voie orale. Le diététiste fondera notamment sa décision portant sur le choix de la voie d'alimentation appropriée, sur les recommandations ou les suggestions du ou des professionnels qui auront procédé à l'évaluation ».

En conclusion :

« L'Ordre des ergothérapeutes du Québec, l'Ordre professionnel des diététistes du Québec et l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec considèrent tous trois que l'intervention auprès de cette clientèle relève souvent d'une intervention interdisciplinaire, qui doit se réaliser dans le respect des connaissances et des compétences de chacun des professionnels impliqués et surtout dans l'intérêt de la personne »

L'évaluation de la dysphagie peut consister en une évaluation clinique au chevet ou en une évaluation par méthode instrumentale (examen de la gorgée barytée modifiée). Afin de standardiser les services, le Scottish Intercollegiate Guidelines Network (guide 119) recommande d'utiliser l'outil d'évaluation clinique au chevet de l'usager créé par Logemann²⁹ ou un outil similaire [SIGN, 2010b]. Le guide de pratique clinique australien privilégie le *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) et le *Toronto Bedside Swallowing Screening test* (TOR-BSST), les deux ayant des niveaux acceptables de sensibilité (100 % et 91,3 % respectivement) et de spécificité (50 % à 69 % et 66,7 % respectivement) [NSF, 2010]. La surveillance de la saturation en oxygène augmente la sensibilité des évaluations au chevet [NSF, 2010]. La Stratégie canadienne mentionne également le TOR-BSST comme un outil valide à privilégier [Lindsay *et al.*, 2010].³⁸

L'examen vidéofluoroscopique et l'évaluation fibroscopique sont deux méthodes instrumentales valides d'évaluation de la dysphagie. L'évaluation endoscopique avec fibre optique est particulièrement sensible et spécifique pour la détection de pénétration au niveau du larynx et de l'aspiration [SIGN, 2010a], moins coûteuse que l'examen vidéofluoroscopique et ne comporte aucune exposition à des radiations [NSF, 2010]. Toutefois, elle n'est pas utile pour l'évaluation de la phase orale de la déglutition ou pour déterminer le mouvement du bol alimentaire au moment de la déglutition [SIGN, 2010a], est associée à des effets indésirables mineurs (p. ex. saignement de nez) et requiert une formation spécialisée [NSF, 2010]. La méthode diagnostique devrait être choisie en fonction de l'usager et du milieu [SIGN, 2010a]. Plusieurs études sur la fiabilité inter évaluateurs des évaluations instrumentales (par radioscopie) ont affiché des résultats décevants (concordance entre 66 et 98 %). C'est pourquoi il est recommandé d'utiliser des critères standardisés d'interprétation des résultats [SIGN, 2010b].

¹ 29 Le test, créé par l'orthophoniste Jeri Logemann, comporte 28 items; il apparaît à l'annexe 3 du guide 119 du SIGN [2010b] Ce test décrit par Teasell et ses collègues [2010b] (dysphagia and aspiration post-stroke). Disponible à http://www.ebrsr.com/uploads/Module-15_dysphagia_001.pdf.