

AVIS

INTERVENTION SPÉCIFIQUE
DU DIÉTÉTISTE EN
DYSPHAGIE

Préambule

Rien n'est plus central à la vie que se nourrir. Ce geste ponctue non seulement notre quotidien, nos joies et nos peines, seul ou en groupe, mais il est aussi une composante de notre identité.

Bien qu'en apparence simple pour la plupart d'entre nous, ce geste essentiel à la santé physique, à la santé socio-affective et au maintien d'un bon état nutritionnel, peut devenir un véritable casse-tête pour une personne atteinte d'un trouble de la déglutition. Afin de maintenir ou de rétablir sa santé et ne pas s'exposer à des risques de préjudices inutiles, cet individu n'aura d'autre choix que d'adapter son alimentation. C'est dans ce cadre complexe, souvent accompagné de pathologies lourdes, voire multiples, ayant également des composantes nutritionnelles, qu'intervient le diététiste/nutritionniste.

L'OPDQ est soucieux de la qualité des services offerts aux personnes atteintes de troubles de la déglutition. Dans cet esprit, l'OPDQ souscrit à l'interdisciplinarité ainsi qu'à la contribution spécifique de chaque professionnel pour dispenser des services. C'est dans l'objectif d'aider les milieux à offrir des traitements nutritionnels de qualité qui répondent aux besoins de cette clientèle que l'OPDQ produit cet avis sur l'intervention spécifique des diététistes auprès des personnes atteintes de dysphagie.

Le titre de **diététiste** sera employé dans ce texte, il désigne un membre de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec. Le titre de **nutritionniste** est aussi réservé et est considéré équivalent.

DÉFINITIONS

Qu'est-ce que la dysphagie?

La dysphagie est un trouble de la déglutition.

Qu'est-ce que la déglutition¹?

La déglutition est le processus d'ingestion d'une ou de plusieurs substances, dont les liquides, les aliments, et les médicaments, qui transitent par le pharynx et l'œsophage jusqu'à l'estomac. Elle permet aussi de gérer certains liquides intracorporels, tels que les sécrétions nasales, trachéales et la salive. De plus, ce processus protège les voies respiratoires en évitant l'aspiration de ces éléments. De manière opérationnelle, la déglutition est généralement caractérisée par quatre phases consécutives :

- 1) La phase orale préparatoire : préparation du bolus à l'intérieur de la cavité orale.
- 2) La phase orale : transfert du bolus vers le pharynx grâce à la propulsion linguale.

Ces deux premières phases sont remplacées par la succion chez le jeune bébé.

- 3) La phase pharyngée : élévation et contraction du voile du palais, fermeture complète du sphincter vélo-pharyngé, amorce du péristaltisme pharyngé, élévation et fermeture du larynx, pause respiratoire (coordination de la respiration/déglutition) et relaxation du sphincter crico-pharyngé.
- 4) La phase œsophagienne : transport du bolus jusqu'à l'estomac.

Ce processus est tributaire de l'intégrité et de la coordination adéquate des principaux systèmes suivants : respiratoire, nerveux, musculaire, squelettique et digestif.

¹ DÉFINITION COMMUNE DE LA DÉGLUTITION telle qu'adoptée par le GROUPE INTER-ORDRES SUR LA DYSPHAGIE (Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec et Ordre professionnel des diététistes du Québec), 2005.

Qui intervient en dysphagie?

Les champs d'exercice des professionnels de la santé ont été actualisés dans le cadre de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives, entrée en vigueur en juin 2003 (loi 90).

Soulignons que le cadre légal ne réserve à quiconque l'activité de l'évaluation de la déglutition. Le Groupe de travail ministériel, présidé par le Docteur Bernier, précise d'ailleurs dans son rapport, relativement à l'intervention en dysphagie, que le législateur n'a pas cru bon de « *l'ajouter nommément au champ d'aucun professionnel ou encore de l'attribuer à une profession en particulier... ce qui n'exclut pas la participation de plusieurs intervenants dans le cadre de leur champ respectif.* »

De fait, plusieurs professionnels interviennent au premier chef auprès de la clientèle atteinte de troubles de la déglutition, notamment les médecins, les diététistes, les ergothérapeutes, les orthophonistes et les infirmières.

Une analyse de l'ensemble des activités² exercées auprès de la personne par les professionnels de la santé par le groupe du Docteur Bernier a plutôt défini celles qui sont à risque de préjudice, en raison des connaissances exigées et des compétences requises pour leur réalisation : c'est là l'un des principes de l'attribution des activités réservées³. Les membres de certains ordres professionnels, dont les diététistes, se sont vu réserver des activités qu'ils pourront exercer auprès de la clientèle dysphagique en vertu de ce principe.

En raison de la reconnaissance de leurs compétences et de leur formation, les diététistes se sont vu octroyer deux activités réservées : la détermination du plan de traitement nutritionnel, incluant le choix de la voie d'alimentation (orale, entérale ou parentérale), et la surveillance de l'état nutritionnel.

Le traitement nutritionnel, qui est compris dans l'ensemble des moyens thérapeutiques médicaux, est susceptible de causer un préjudice s'il n'est pas déterminé par une personne qui en a la compétence. L'activité est réservée aux diététistes lorsqu'il y a une ordonnance et que la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie. Dans le cas de la dysphagie, la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie et sera dans la majorité des cas la première approche thérapeutique et parfois même le seul traitement pour cette problématique particulière.

L'OPDQ souscrit à l'interdisciplinarité et à la contribution spécifique du professionnel

L'OPDQ considère que l'interdisciplinarité permet la mise en commun des expertises de chaque professionnel. L'évaluation de la déglutition nécessite un certain nombre d'informations qui, dans certains cas, font appel aux compétences de plusieurs disciplines. Cela nous semble respecter l'esprit de la loi 90 en regard de la clientèle dysphagique. En tout temps, chacun doit exercer ses activités professionnelles selon la finalité et dans les limites du champ d'exercice de sa profession respective comme le définit le Code des professions, et conformément à son code de déontologie⁴.

Lors de l'évaluation interdisciplinaire de la déglutition, chaque professionnel impliqué doit pouvoir apporter sa contribution spécifique. La concertation des membres de l'équipe interdisciplinaire en regard du plan de traitement global n'altère en rien la responsabilité de chaque professionnel face au plan de traitement qui lui est propre. Il est essentiel pour le diététiste de préserver son autonomie dans la détermination du plan de traitement nutritionnel, dont les textures et les consistances des aliments font partie, et qui inclut le choix de la voie d'alimentation (orale, entérale ou parentérale), puisque c'est à celui-ci qu'incombe cette responsabilité professionnelle.

² Les activités réservées aux diététistes appartiennent aux groupes d'activités précisées par un astérisque : le diagnostic (médecin seul), l'évaluation, les interventions diagnostiques, les interventions thérapeutiques*, la grossesse et son suivi, la surveillance clinique*, la préparation, l'administration et la vente des médicaments.

³ OPDQ, Guide d'information – Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, juin 2003.

⁴ Le Code de déontologie doit être respecté dans son ensemble; précisons ces quelques articles (D. 48-94) :

Article 1. Le diététiste doit prendre les mesures nécessaires pour assurer au public la qualité et la disponibilité de ses services professionnels. À cette fin, il doit :

1° assurer la mise à jour de ses connaissances;

2° mettre en pratique les nouvelles connaissances reliées à son domaine d'exercice.

Article 3. Le diététiste doit tenir compte, dans l'exercice de sa profession, de ses capacités et de ses connaissances, de leurs limites, ainsi que des moyens à sa disposition.

Article 5. Le diététiste doit s'abstenir d'exercer dans un état ou des conditions susceptibles de compromettre la qualité de ses services.

Article 11. Le diététiste doit s'abstenir d'exprimer des avis ou de donner des conseils sans avoir une connaissance complète des faits.

Article 47. Le diététiste, dans son milieu de travail, doit coopérer avec ses confrères, les membres des autres ordres professionnels et toute autre personne compétente.

L'intervention du diététiste en dysphagie

Le champ d'exercice⁵ des diététistes reflète désormais l'évolution des connaissances en nutrition et l'exercice actuel du volet clinique de la profession dans toute sa complexité. Il est décrit comme suit : « 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. »

Bien que l'ordonnance médicale réserve les activités ci-dessus énoncées au seul diététiste, précisons cependant que celui-ci n'a en aucun moment besoin d'une ordonnance pour intervenir. **En toute autonomie professionnelle, le diététiste peut intervenir sans ordonnance médicale.** Les diététistes n'interviennent pas selon une ordonnance comme c'est le cas pour certains professionnels de la santé. La condition d'ordonnance dans le cas des diététistes a pour effet de définir la clientèle visée (soit celle pour qui la nutrition constitue un facteur déterminant du traitement de la maladie) plutôt que d'édicter une condition d'exécution de traitement.

Le diététiste peut intervenir seul et de manière autonome auprès de la personne dysphagique. De par ses connaissances, dont celles de l'anatomie et de la physiologie humaine, il possède la compétence pour évaluer le mécanisme de la déglutition et son impact sur l'ensemble du corps humain. Il respecte son champ d'exercice lorsqu'il détermine le plan de traitement nutritionnel et la voie d'alimentation après une évaluation nutritionnelle, préalablement requise pour exercer ces activités. Les diététistes, membres de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec, sont les seuls professionnels de la santé dont le champ d'exercice est la nutrition humaine et l'alimentation.

Le diététiste, de par son expertise, est aussi la personne tout indiquée pour s'assurer de la faisabilité et de la mise en œuvre des recommandations liées au plan de traitement nutritionnel. Il possède des compétences pour planifier l'alimentation des individus, que ce soit à l'étape de spécifications pour l'achat des produits, de la préparation ou de la production de masse et de la distribution institutionnelles jusqu'à la consommation par la personne hébergée ou dans son milieu de vie naturel.

Multiples clientèles/ multiples pathologies

Le diététiste exerce dans différents milieux de soins cliniques hospitaliers et communautaires et à domicile. Il considère l'ensemble des pathologies de la personne dans son analyse de l'état nutritionnel et sa recherche de solutions pour la détermination de son plan de traitement. Chez la personne dysphagique aux prises avec plusieurs pathologies, il est souvent impératif, pour l'obtention du meilleur traitement, de combiner des approches thérapeutiques nutritionnelles. Le simple fait de modifier la texture des aliments ou la consistance des liquides a des répercussions sur l'ensemble du plan de traitement nutritionnel et la santé de la personne, de même que sur l'adhésion de celle-ci au plan. C'est pourquoi le diététiste pose un jugement clinique et choisit les propriétés des aliments en tenant compte de l'ensemble de la condition de la personne pour qu'elles soient appropriées. Par ailleurs, une modification de l'alimentation qui ne tiendrait compte que du trouble de la déglutition d'une personne pourrait aggraver sa condition de santé. À titre d'exemple, un patient insuffisant cardiaque sévère à qui on recommanderait de prendre une gorgée de liquide après chaque bouchée de solide, pour vidanger les résidus pharyngés, serait à risque de surcharge hydrique, celui-ci ayant à suivre une restriction liquidienne. De même, l'ajout d'agent épaississant constitué de polysaccharides modifiés doit être pris en compte dans le contrôle glycémique de la personne diabétique et de son ajustement d'insuline.

En outre, certaines conditions élèvent les risques de dénutrition, surtout si elles surviennent chez des clientèles physiologiquement et psychologiquement vulnérables⁶. Le diététiste s'intéresse particulièrement à la problématique de la malnutrition. Un trouble de la déglutition non détecté, non traité ou traité inadéquatement, conduit de manière certaine à la malnutrition et/ou à la déshydratation, dont les conséquences constituent un risque de grave préjudice pour la personne. La dysphagie est clairement associée à des conséquences néfastes sur l'état nutritionnel de la personne, observables au moyen de marqueurs anthropométriques, cliniques et biochimiques. Un des effets notables de la malnutrition est de ralentir la croissance chez la clientèle pédiatrique, par exemple. De plus, la dénutrition augmente le risque de complications liées à la dysphagie, comme la pneumonie d'aspiration, en raison notamment d'une altération de l'immunité. Il a été signalé également que la malnutrition peut conduire à des troubles de la déglutition.

Champ d'exercice des diététistes

« 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. »

Code des professions, article 37 c)

« L'information, la promotion de la santé et la prévention de la maladie, des accidents et des problèmes sociaux auprès des individus, des familles et des collectivités sont comprises dans le champ d'exercice du membre d'un ordre dans la mesure où elles sont reliées à ses activités professionnelles. »

Code des professions, article 39.4

Activités réservées aux diététistes

« 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. »

Code des professions, article 37.1 a)

« Surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé. »

Code des professions, article 37.1 b)

ÉVALUATION DE LA DÉGLUTITION

La voie orale est celle qui est naturellement utilisée par la personne pour s'alimenter et pour répondre à ses besoins nutritionnels. La déglutition doit être fonctionnelle et sécuritaire pour le transport des aliments, des médicaments ou des suppléments de la bouche à l'estomac. S'il suspecte la dysphagie chez une personne, le diététiste complète son évaluation nutritionnelle en réalisant une évaluation clinique de la déglutition, communément appelée évaluation clinique ou au chevet. Celle-ci permet généralement de confirmer l'état de la fonction de déglutition de la personne et d'identifier les problèmes de préparation et de transport des aliments de la cavité orale à l'estomac (phases : préparation orale, orale, pharyngée, œsophagienne) et les risques d'aspiration. Le diététiste juge de la possibilité d'emprunter la voie orale pour alimenter la personne. Au cours du processus d'évaluation, il est souhaitable de consulter les professionnels impliqués et la personne atteinte (ou sa famille) en tenant compte des considérations éthiques.

Dans le cas où le diététiste choisit d'alimenter par voie orale, cette évaluation lui permet aussi d'adapter l'alimentation en tenant compte du problème de déglutition en déterminant les composantes organoleptiques et rhéologiques (textures et consistances) de son plan de traitement pour combler les besoins nutritionnels et hydriques du patient, en préservant sa sécurité. Le diététiste tente de respecter au mieux le plaisir associé à l'acte alimentaire.

L'évaluation clinique peut être complétée par des examens paracliniques, tels que la vidéofluoroscopie ou l'endoscopie par fibre optique, réalisés par des médecins spécialistes, et auxquels le diététiste collabore. Ces examens complémentaires lui permettront de procéder à des essais alimentaires dans le but d'objectiver les impressions et les anomalies observées ou suspectées au cours de l'examen clinique, de déterminer la voie d'alimentation et son plan de traitement nutritionnel.

L'intervention nutritionnelle : trois grandes étapes

D'ABORD, L'ÉVALUATION

L'évaluation nutritionnelle, première étape du processus d'intervention en nutrition clinique, est la pierre angulaire d'une stratégie d'intervention et s'avère essentielle, car elle permet de formuler des conclusions cliniques qui conduiront à la détermination du plan de traitement nutritionnel, incluant le choix⁷ de la voie d'alimentation. Elle⁸ est l'activité systématique par laquelle le diététiste recueille, vérifie, et interprète des données de manière à définir des problèmes liés à la nutrition. Celle-ci est complétée au besoin par des mesures ou des examens plus élaborés dont le diététiste détermine la pertinence d'y avoir recours selon la situation : il s'agit de l'examen clinique nutritionnel et/ou examen fonctionnel sommaire, des mesures anthropométriques détaillées et de l'évaluation clinique de la déglutition. **C'est donc dire que si le diététiste suspecte la dysphagie, il réalise, seul ou en interdisciplinarité, une évaluation clinique de la déglutition, communément appelée évaluation clinique ou au chevet, pour vérifier, entre autres, si la voie orale peut être utilisée pour alimenter la personne et sous quelles conditions.**

Le diététiste évalue si les apports nutritionnels de la personne répondent à ses besoins tant au plan de l'énergie qu'au plan des macronutriments (protéines, lipides, glucides), des micronutriments (vitamines, minéraux et oligoéléments), des fibres et de l'eau. Les besoins nutritionnels varient d'un individu à l'autre et sont tributaires de plusieurs facteurs et de la présence ou non d'un état pathologique ou de l'utilisation de traitements médicaux tels que la chimiothérapie et la radiothérapie. Outre leur effet sur les besoins nutritionnels, certains médicaments et traitements affectent aussi défavorablement la déglutition. Des conditions de santé influencent à la hausse le besoin de nutriments, d'autres exigent que les apports soient restreints pour prévenir des dérèglements (par exemple : une restriction de liquides et de potassium en cas d'insuffisance rénale). En revanche, certaines conditions requièrent des modifications des propriétés rhéologiques⁹ des aliments : tel est le cas de la dysphagie.

Le diététiste évalue les habitudes alimentaires dans leur ensemble. Il considère les goûts et aversions, les allergies, l'aliment lui-même, la quantité, la variété, la fréquence de consommation, la répartition dans le cycle quotidien, le contexte et l'environnement de l'acte alimentaire.

L'aliment, véhicule des nutriments, constitue un tout. **Lorsqu'il a identifié un problème de déglutition, le diététiste prend en compte les qualités nutritionnelles, organoleptiques et les propriétés rhéologiques de l'aliment, qui exercent toutes les unes sur les autres une influence indissociable.** Il sait en outre reconnaître et qualifier les textures et les consistances des aliments au moyen d'observations ou de tests. Le diététiste possède l'expertise pour évaluer et choisir l'aliment approprié à la personne et à ses besoins.

Au terme de son évaluation nutritionnelle, incluant l'évaluation de la déglutition qu'il réalise seul ou en interdisciplinarité, le diététiste posera un jugement clinique pour déterminer si la voie orale est sécuritaire en regard du risque d'aspiration de particules d'aliments ou de liquides, du statut nutritionnel et en fonction de la condition globale de la personne.

Il jugera si des analyses de laboratoire, des examens supplémentaires tels que la vidéofluoroscopie, l'endoscopie par fibre optique ou tout autre test sont souhaitables pour la détermination de la voie d'alimentation et l'élaboration de son plan de traitement nutritionnel, et en fera la suggestion au médecin traitant. Le diététiste apporte sa contribution aux examens radiologiques ou fibroscopiques réalisés par le médecin spécialiste en procédant aux essais alimentaires. S'il choisit la voie orale, il déterminera les textures et consistances des aliments les plus sécuritaires tout en permettant de combler les besoins nutritionnels et hydriques. S'il opte pour la voie entérale ou parentérale, il déterminera le site et les composantes du soutien nutritionnel. La sécurité inclut la prévention de la malnutrition et de la détérioration d'une pathologie.

⁵ Code des professions, article 37 c)

⁶ OPDQ – Normes de compétences des diététistes exerçant en nutrition clinique, Annexe A.1, 2006.

⁷ Choix de la voie d'alimentation : activité par laquelle le diététiste choisit la voie appropriée entre la voie orale, la voie entérale ou la voie parentérale pour alimenter la personne. Pour ces deux dernières voies, sera aussi déterminé le site d'administration entérale, (naso-entérique, gastrostomie, jéjunostomie, etc.) ou parentérale (voie centrale ou périphérique). Certaines références définissent deux voies d'alimentation : entérale ou parentérale, l'entérale incluant la bouche ou l'utilisation d'une sonde pour le transport dans le système digestif. La voie orale est donc incluse dans la voie entérale selon ces dénominations. Pour éviter la confusion et s'assurer d'une compréhension uniforme lorsque nous désignerons la voie, il est statué que le choix porte sur trois voies.

⁸ OPDQ – Normes de compétences des diététistes exerçant en nutrition clinique, 2006.

⁹ La rhéologie est l'étude de la déformation et de l'écoulement des aliments. Les liquides se caractérisent par leur viscosité et leur consistance. La composition du liquide ou du semi-liquide, la température et le cisaillement sous lequel il est étudié, seront tous des facteurs influençant la lecture de la viscosité. Les solides, quant à eux, sont décrits par leurs propriétés de texture. La texture peut être perçue par les caractéristiques mécanique, tactile, visuelle et même auditive des aliments. La texture des aliments solides est une composante complexe qui doit être considérée sous toutes ses facettes : la dureté, la cohésion, l'adhésion, l'élasticité et la viscosité.

SÉCURITÉ

La sécurité de l'alimentation revêt plusieurs aspects pour le diététiste. Il s'agit de s'assurer que la personne aura le meilleur traitement nutritionnel qui lui offrira le moindre risque de complications délétères comme l'aspiration, qui peut conduire à la pneumonie, tout en veillant à prévenir la malnutrition, si prévalente chez la clientèle dysphagique, en lui assurant un état nutritionnel optimal qui favorise une meilleure résistance aux infections. Si on améliore l'état nutritionnel, on agit favorablement sur l'ensemble de l'état général, incluant la fonction de la déglutition et la possibilité de réadaptation. Le diététiste élabore un plan de traitement personnalisé qui prend en compte l'ensemble des pathologies. Il exerce en tout temps une vigilance quant au respect des règles de salubrité pour la préparation des aliments recommandés dans le plan de traitement nutritionnel. Il prend le soin d'exposer à la personne le traitement recommandé, ses risques et ses avantages, et respecte le choix de la personne à l'égard de son acceptation.

CHOIX DE LA VOIE D'ALIMENTATION

En choisissant la voie d'alimentation, le diététiste doit considérer les facteurs cliniques qui interfèrent avec l'ingestion d'aliments, qu'ils soient mécaniques, physiologiques, neurologiques ou psychologiques. La décision doit tenir compte des facteurs suivants : la condition médicale du patient, l'habileté à s'alimenter, les risques à s'alimenter, l'état d'éveil, les altérations métaboliques, l'état cognitif ou mental, les accès entéraux et vasculaires, de même que les examens et tests invasifs prévus. Il prendra en compte le résultat de son évaluation nutritionnelle complète, qui inclut l'évaluation de la déglutition. Le diététiste considère la condition de la personne dans son ensemble. Lorsque l'ingestion d'aliments ne permet pas de satisfaire en totalité les besoins nutritionnels de façon sécuritaire, on doit alors envisager les voies alternatives à l'alimentation par voie orale. Nonobstant le fait que certains professionnels font des suggestions sur le plan de traitement nutritionnel, c'est au diététiste ou au médecin de le déterminer.

Le diététiste décide de la voie d'alimentation entre la voie orale, entérale ou parentérale, utilisée seule ou en combinaison.

CLIENTÈLES

Le diététiste intervient auprès de personnes qui présentent de la dysphagie, procède à l'évaluation nutritionnelle, incluant l'évaluation clinique de la déglutition, participe aux évaluations paracliniques et planifie une intervention visant à répondre à leurs besoins nutritionnels.

La dysphagie est présente très souvent avant l'identification du problème, elle a pu engendrer au préalable une crainte de s'alimenter et de s'hydrater, entraînant dans la foulée la modification des habitudes alimentaires au détriment de l'état nutritionnel. Ainsi, il est fréquent pour le diététiste de déterminer un plan de traitement qui prend en compte la dysphagie, mais aussi la restauration de l'état nutritionnel, et souvent même d'autres pathologies. Le diététiste offre un traitement nutritionnel de qualité qui est sécuritaire pour la personne atteinte et qui respecte l'ensemble de ses besoins et de ses choix.

PLAN DE TRAITEMENT NUTRITIONNEL

Le diététiste détermine le plan de traitement nutritionnel pour la personne dysphagique en estimant ses besoins nutritionnels et en établissant les apports souhaitables : il décide de la stratégie d'intervention nutritionnelle personnalisée la plus appropriée afin de restaurer ou maintenir un état nutritionnel optimal. Le plan de traitement comprend plusieurs composantes, regroupées sous quatre grandes catégories : l'identification des objectifs, le choix et l'application des interventions, le counseling et la prévision des résultats attendus.

Objectifs du traitement

Le diététiste consulte la personne atteinte de dysphagie ou son répondant pour définir des objectifs pertinents, réalistes et mesurables, qu'il classe par priorité en tenant compte de l'urgence d'intervenir. Il respecte les choix de la personne. Il considère les contraintes liées à la personne et au cadre de soins, qu'il s'agisse de soins dispensés à domicile, en milieu hospitalier de soins aigus ou de longue durée, de soins dispensés selon le mode ambulatoire. Il consultera au besoin les autres professionnels impliqués ainsi que le personnel soignant. À titre d'exemple, le diététiste vérifie que la personne peut préparer adéquatement elle-même ou avec aide, en toute circonstance, les aliments à textures modifiées. Les habiletés et l'équipement requis sont essentiels à la mise en œuvre du plan de traitement. Dans le cas contraire, le diététiste veillera à favoriser l'acquisition de connaissances et de savoir-faire chez la personne ou ses aidants, ou proposera d'autres solutions, comme l'utilisation des services d'un traiteur spécialisé.

Choix et application des interventions

L'évaluation de la déglutition faite par le diététiste prend toute son importance parce qu'elle permet de déterminer le choix des composantes de son plan de traitement. Le diététiste planifie la stratégie nutritionnelle pour la personne dysphagique en effectuant d'abord un choix judicieux de la voie¹⁰ d'alimentation orale, entérale (site d'administration) ou parentérale (centrale ou périphérique). Il choisit les propriétés nutritives, organoleptiques et rhéologiques (telles que texture et consistance) des aliments, des suppléments et des formules nutritives. Concurrément, il prend soin d'évaluer les effets secondaires possibles du traitement nutritionnel et des techniques alimentaires adaptées et considère la sécurité, la fatigabilité, les autres pathologies de la personne ainsi que les aspects socioaffectifs de l'alimentation. En effet, le goût et l'apparence d'un produit représentent des critères importants qui guident le choix d'un individu pour l'aliment.

Counseling

Le diététiste contribue à la mise en œuvre du plan de traitement nutritionnel en communiquant l'information requise à la personne dysphagique, à son entourage et aux intervenants. Il favorise les changements de comportement alimentaire chez l'individu au moyen du counseling nutritionnel en prenant en compte ses connaissances, ses habiletés et ses ressources socioéconomiques. À cet égard, il s'assure de la faisabilité de l'application du plan proposé, et identifie les ressources pédagogiques et communautaires appropriées pour mettre en application le plan de traitement.

En milieu hospitalier, il centralise la prise de décision et coordonne les actions pour s'assurer de la mise en œuvre du plan de traitement nutritionnel, ceci ayant pour but de favoriser une application harmonieuse dans la chaîne de services (et éviter la confusion dans les directives). Outre sa note au dossier du patient, il transmettra les consignes nécessaires au personnel infirmier, au personnel directement relié au service alimentaire, tel que le technicien en diététique qui composera le menu selon les spécifications recommandées, et il fera le lien avec la production et la distribution alimentaire.

Prévision des résultats attendus

Le diététiste planifie la poursuite du plan de traitement et la surveillance de l'état nutritionnel, en précisant les résultats attendus à la suite de l'intervention. Il suggère au besoin des analyses de laboratoire, des examens radiologiques supplémentaires tels que la vidéofluoroscopie et la fibroscopie, ou toute autre analyse, examen ou test jugé pertinent pour étayer la surveillance de l'état nutritionnel.

SURVEILLANCE DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL

Cette activité est réservée lorsqu'un plan de traitement nutritionnel a été établi par un médecin ou un diététiste : elle est le corollaire de la première activité réservée en ce sens que la surveillance est étroitement liée au plan de traitement. Elle met en lumière la complexité des cas visés et l'importance de la nutrition dans le traitement de la maladie. La surveillance consiste à faire le suivi rigoureux de l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement a été déterminé, à évaluer la réponse au traitement et à redéfinir les objectifs et les composantes de ce traitement.

Le diététiste surveille l'état nutritionnel de la personne dysphagique en recueillant des données au fil du temps pour suivre l'évolution de sa condition. Il compare les différentes données

à celles obtenues au début de l'intervention. Il s'assure en premier lieu que la personne ait une compréhension juste du plan de traitement nutritionnel et en accepte les modalités d'application. Il s'intéresse aux difficultés éprouvées par celle-ci ou son entourage. Le diététiste évalue les apports nutritionnels de la personne aux prises avec un trouble de la déglutition, il établit des bilans de consommation alimentaire afin de s'assurer de combler ses besoins. Pour documenter cet aspect, il observe les effets de l'application du plan de traitement en analysant les résultats des différents marqueurs de l'état nutritionnel, tels que les paramètres biochimiques pertinents (par exemple : l'albumine ou la transthyrétine), certaines mesures anthropométriques ou des éléments de l'examen clinique. Il reprend l'évaluation de la déglutition au besoin pour vérifier si cette fonction a subi des changements. Il s'assure que les recommandations initiales conviennent toujours à la condition générale de la personne, soit la voie d'alimentation choisie ainsi que les composantes nutritionnelles, organoleptiques et rhéologiques (textures et consistances) des aliments. **L'évaluation de la déglutition effectuée par le diététiste est le moyen privilégié pour vérifier ces aspects de son plan de traitement.**

Au terme de cette activité, il interprète les résultats à la lumière de l'ensemble des informations recueillies et dégage une conclusion sur l'efficacité du plan de traitement. Il consulte au besoin le médecin et les autres professionnels de la santé. Il poursuit le plan de traitement ou en révisé les composantes, confirme le choix de la voie d'alimentation ou le révisé, si requis. Il peut aussi mettre un terme au plan de traitement.

Lorsque nécessaire, la surveillance doit être effectuée par un autre diététiste à la suite d'une demande de référence inter-établissements ou d'autres modalités afin que puisse se poursuivre cette activité jusqu'à l'atteinte des objectifs. La surveillance de l'état nutritionnel doit être faite par un diététiste ou un médecin.

¹⁰ La voie déterminée peut être utilisée seule ou en combinaison.

SURVEILLANCE DE L'ÉTAT NUTRITIONNEL

Le diététiste procède à l'évaluation de paramètres pertinents et recueille des données de manière à étayer l'évolution de l'état nutritionnel de la personne et à évaluer l'efficacité et la pertinence du plan de traitement. Dans les faits, le diététiste évalue la réponse au traitement nutritionnel. Le plan de traitement ne prend fin que lorsque les résultats sont obtenus ou que le diététiste le juge approprié.

Références bibliographiques

Rapport d'étape du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines : Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines, novembre 2001, Québec, p. 365.

ADA. Prevention of unintentional weight loss. Dans : Medical Nutrition therapy across the continuum of care, sup 1, 1997.

ADA. Pre-end stage renal disease. Dans : Medical Nutrition therapy across the continuum of care, sup 1, 1997.

ADA. HIV/AIDS (HIV asymptomatic, CD4>500, stage 1). Dans : Medical Nutrition therapy across the continuum of care, sup 1, 1997.

ADA. Insulin-Dependent diabetes mellitus. Dans : Medical Nutrition therapy across the continuum of care, sup 1, 1997.

ADA. Anorexia and bulimia nervosa. Dans : Medical Nutrition therapy across the continuum of care, sup 1, 1997.

ADA. Position of the American Dietetic Association : The role of registered dietitians in enteral and parenteral nutrition support. Jour Amer Diet Assoc, 97(3):302.

Aguzzi A. Chirurgies de la tête et du cou. Dans : Decelles D, Daignault-Gélinas M, Lavallée Côté L, Manuel de nutrition clinique de l'OPDQ, Montréal, édition 2000, chapitre 14.3.

American Society of Parenteral and Enteral Nutrition Board of Directors. Standards for specialized nutrition support : adult hospitalized patients. Nutr Clin Pract, 17(6):384-916, 2002.

Barbosa Canovas GV, Peleg M. Flow parameters of selected commercial semi-liquid food products. Journal of Texture Studies, 14:213-234, 1983.

Bernier P. Le dépitage et le traitement de la malnutrition dans les centres hospitaliers de courte durée : Un investissement rentable. Montréal : Ordre professionnel des diététistes du Québec, 1996.

Beyer PL. Digestion, Absorption, Transport and Excretion of Nutrients. Dans : Krauze's Food, Nutrition and Diet therapy. Montreal : Mahan LK, Escott-Stump 5 ed., 10 ed, chap 1, 2000.

Bialock D. Speech rehabilitation after treatment of laryngeal carcinoma. Otolaryngol Clin North Am 30 : 179, 1997.

Bourne MC. Food texture and viscosity : concept and measurement. Academic Press, New York, 1985.

Chih-Hsiu Wu et coll. Evaluation of swallowing safety with fiberoptic endoscope : comparison with videofluoroscopic technique. Laryngoscope 107(3):396-401, March 1997.

Cot F et McFarland DH. Anatomie et physiologie de la déglutition. Dans : Cot et coll., La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte. Saint-Hyacinthe : Édisem, chap 1, 1996.

Cot F. Évaluation de la déglutition. Dans : Cot F et coll La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte, Saint-Hyacinthe, Édisem Inc, chap. 3, 1996.

Desjardins I., Sanscartier M., Gaudreault M. et coll., Troubles oropharyngés et de l'œsophage. Dans : Decelles D, Daignault-Gélinas M, Lavallée Côté L., Manuel de nutrition clinique de l'OPDQ, Montréal, édition 2000, chapitre 5.2.

Dessureault C, Major C et Pettigrew F. Étude sur l'état nutritionnel des personnes âgées hébergées en CHSLD de l'Outaouais québécois – Rapport de recherche. Hull : Centre d'hébergement et de soins de longue durée de Hull, 1998, P1-4.

Donart A, Bouneuf J, André P et coll. Nouveau Larousse médical. Paris : Librairie Larousse, 1989.

Fortin J. Considérations éthiques. Dans : Decelles D, Gélinas MD, Lavallée Côté L. Manuel de nutrition clinique de l'OPDQ, Montréal, 3^e éd, chapitre 1.3, 1997.

Furhman P. The American Society for Parenteral and Enteral Nutrition

Standards of practice for nutrition support dietitians A.S.P.E.N. Jour Amer Diet Assoc 101(7) : 825-832.

Gaudreault M, Sanscartier M. Intervention du nutritionniste en dysphagie. Dans : Cot F et coll., La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte, Saint-Hyacinthe, Édisem Inc, chap 5, 1996.

Gaziano, JE. Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer. Cancer Control (5): 400-409, 2002.

Heetderks-Cox JE. The comprehensive nutritional assessment. Dans : Nutrition Support : Theory and Therapeutics. Shikora SA, Blackburn GL (éd). New-York : Chapman and Hall, 1997, chap 3.

Hiss SG, Postma GN. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing. Laryngoscope, 113(8):1386-1393, Aug 2003.

Hynak-Hankinson Tet coll. Dysphagia Evaluation and Treatment : The Team Approach, Part 1. Nutrition Support Services, 4(5), 33-41, 1984. Cité dans Cot F et coll., La dysphagie oro-pharyngée chez l'adulte. Saint-Hyacinthe : Édisem, chap 1, 1996.

Lacey K, Pritchett E. Nutrition care process and model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. Jour Amer Diet Assoc 103(8) : 1061-1072, 2003.

Leder S, Novella S, Patwa H. Use of endoscopic evaluation of swallowing (FEES) in patients with amyotrophic lateral sclerosis. Dysphagia, 19:177-181, 2004.

Lugat M et coll. Cahier d'examen clinique nutritionnel. Département de nutrition, Université de Montréal, 1995, 67 pages.

Mazolewski P, Turner JF, Baker M et coll. The impact of nutritional status on the outcome of lung volume reduction surgery : a prospective study. Chest 116(3): 693, 1999.

Merck Manual : <http://www.merck.com/mir/shared/mmmanual/home.jsp>, consulté le 11 mars 2006.

Miller CK, Willing Jp. Advances in the evaluation and management of pediatric dysphagia. Current opinion in otolaryngology and neck surgery 11 : 442-446, 2003.

Perry L, Love CP. Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke : a systematic review. Dysphagia 16 : 7-18, 2001.

Rha C. Rheology of fluid foods. Food Technology, 32:77-82, 1978.

Riccardi D, Allen K. Nutritional management of patients with esophageal and esophagogastric junction cancer. Cancer Control 6(1):64-72, 1999.

Sanscartier M, Germain I, St-Denis L, et coll. Régime de textures adaptées. Dans : Decelles D, Gélinas MD, Lavallée-Côté L. Manuel de nutrition clinique. Ordre professionnel des diététistes du Québec, Montréal, 3^e éd., 2000.

Russel D, Walker Pm, Leith LA et coll. Metabolic structural changes in skeletal muscle during hypocaloric dieting. Am J Clin Nutr 39 : 503-513, 1984.

Strychar I, Blain É, Mongeau L, Simard-Mavrikakis S, Lavallée Côté L. Counseling nutritionnel et modification de comportement. Dans : Decelles D, Gélinas MD, Lavallée-Côté L. Manuel de nutrition clinique. Ordre professionnel des diététistes du Québec, Montréal, 3^e éd., 1997.

Strychar I, Simard-Mavrikakis S, Gélinas MD. Modèle théorique pour la consultation diététique. Revue Can Diet Assoc 57(2) :84-89, 1997.

Stack JA, Babineau TJ, Bistran BR. Assessment of nutritional status in clinical practice. Gastroenterol 4 : 1, 1996.

Szczesniak AS. Classification of textural characteristics. Journal of Food Science, 385-389, 1963.

Veldee MS, Peth LD. Can protein-calorie malnutrition cause dysphagia? Dysphagia 7: 86, 1992.

Vreudje S. Nutritional aspects of dysphagia. Acta oto-rhino-laryngologica 48 : 228-234, 1994.

Gibson RS. Principles of Nutritional Assessment. New York, 2nd ed: Oxford University Press, 2005 .

En actualisant le champ de pratique des diététistes/nutritionnistes et en leur octroyant des activités réservées, le législateur a reconnu, en outre, leur juste compétence, tout en favorisant la collaboration et l'interdisciplinarité dans une perspective d'efficacité et d'efficience dans l'organisation des soins. L'Ordre professionnel des diététistes du Québec veille à s'assurer de la compétence de ses membres et à un exercice respectueux de leurs règles déontologiques. Dans le meilleur intérêt de la personne, l'OPDQ souhaite que les établissements favorisent une organisation des services qui s'harmonise avec les lois professionnelles et les règlements qui en découlent en prenant en compte les champs d'exercice des professionnels ainsi que les activités réservées qui leur sont attribuées.

Note : l'emploi du masculin dans le présent document vise à alléger le texte et inclut les deux genres.



Mission de l'OPDQ

L'Ordre professionnel des diététistes du Québec assure la protection du public en matière de nutrition humaine et d'alimentation par le contrôle de l'exercice de la profession, le maintien et le développement de la compétence professionnelle des diététistes/nutritionnistes.

L'Ordre contribue à l'amélioration de la santé de la population et des individus en favorisant l'accès à des services professionnels de qualité ainsi qu'à une information judicieuse, rigoureuse et d'intérêt public qui permettent une prise de décision éclairée en matière d'alimentation.

Édité par l'Ordre professionnel des diététistes du Québec

2155, rue Guy, bureau 1220
Montréal (Québec)
H3H 2R9

Tél. : 514 393-3733
Sans frais : 1 888 393-8528
Télé. : 514 393-3582

opdq@opdq.org • www.opdq.org