

PROTOCOLE INTERDISCIPLINAIRE	Numéro : PROT - INT- 002
Titre : Processus entourant la collaboration interdisciplinaire dans la prise en charge de la dysphagie pour la clientèle hospitalisée	
Destinataires : Médecins, IPSSA, personnel infirmier, PAB, inhalothérapeute, nutritionniste, technicienne en diététique, pharmacien, physiothérapeute, proche aidant	Date d'entrée en vigueur : Date : 2022 / 12 /28 AAAA MM JJ
Responsable de l'implantation : Direction des services multidisciplinaires (DSM) et Direction des soins infirmiers (DSI)	Responsable(s) de l'application : Chefs d'unités de soins et de secteurs (DSI, DSM)

I. CONTEXTE

La dysphagie est un trouble de déglutition marqué par la difficulté à transférer la nourriture, les liquides, les médicaments et la salive de la cavité orale vers l'estomac en passant par le pharynx et l'œsophage. La dysphagie touche près de 3 millions de Canadiens, et une personne sur 17 risque d'en être atteinte au cours de sa vie. Après une intubation endotrachéale (surtout prolongée), jusqu'à 60 % des patients extubés issus des unités de soins intensifs peuvent être touchés par ce trouble.

Les facteurs prédisposant à la dysphagie les plus fréquents sont les maladies neurologiques, les maladies dégénératives, les trachéotomies et la médication. La dysphagie se manifeste entre autres par la difficulté à garder la salive et les aliments dans la bouche, l'absence de déglutition spontanée, de la toux avant, pendant ou après la déglutition, une voix mouillée ou modifiée après les repas, ou encore un besoin fréquent de se racler la gorge. La dysphagie peut mener à la déshydratation, la malnutrition, l'obstruction des voies respiratoires, la pneumonie d'aspiration ou au décès. Pour le patient dysphagique, la difficulté à s'alimenter et à boire, le refus de certains aliments, la crainte d'étouffement, la fatigabilité et l'augmentation de la durée des repas ont des répercussions importantes sur sa qualité de vie, la durée du séjour hospitalier et le potentiel de récupération. La dysphagie est associée à des taux de mortalité et de complications plus élevés.

À l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM), en milieu clinique, la prévention de la dysphagie concerne tous les intervenants. Plusieurs intervenants contribuent au dépistage de la dysphagie du patient. Une évaluation clinique complète des structures et de la fonction oropharyngée est réalisée par la nutritionniste possédant les compétences et les habiletés requises pour la prise en charge de la dysphagie. La mise en place du plan de traitement nutritionnel et de surveillance clinique repose sur la collaboration de l'équipe interdisciplinaire pour assurer une alimentation sécuritaire et offrir des soins optimaux aux patients dysphagiques ou à risque.

Les rôles et responsabilités des intervenants impliqués dans la trajectoire de soins pour la clientèle dysphagique ou à risque de dysphagie, hospitalisée à l'ICM, sont présentés au Tableau 1. Les principaux facteurs prédisposant à la dysphagie, les signes ainsi que les conséquences sont présentés dans les Tableaux 2, 3 et 4 respectivement.

II. INTERVENANTS CONCERNÉS :

Les intervenants impliqués dans la prise en charge de la clientèle dysphagique ou à risque de dysphagie sont :

- Infirmière
- Infirmière praticienne spécialisée en soins aux adultes (IPSSA)
- Préposé aux bénéficiaires (PAB)
- Nutritionniste
- Technicienne en diététique
- Médecin
- Pharmacien
- Inhalothérapeute
- Physiothérapeute
- Cuisinier, préposé au service alimentaire
- Proche aidant

III. CLIENTÈLE VISÉE

Les patients hospitalisés sur l'ensemble des unités de soins de l'ICM identifiés comme :

- Patients connus dysphagiques
- Patients qui présentent des facteurs de risque prédisposant à la dysphagie (Tableau 2)
- Patients avec présence de signes de dysphagie (Tableau 3)

IV. BUT DU PROTOCOLE INTERDISCIPLINAIRE

Le but du présent protocole est de définir les rôles et responsabilités des intervenants (Tableau 1) dans la trajectoire de soins pour la clientèle dysphagique ou à risque de dysphagie hospitalisée à l'ICM (Figure 1). La collaboration entre la DSI et la DSM permet de convenir des meilleures pratiques et de les baliser afin d'assurer que les soins et la surveillance soient prodigués avec qualité et de manière sécuritaire. L'évaluation clinique de la dysphagie, la détermination de la voie d'alimentation et du plan de traitement sont effectuées par la nutritionniste. L'application du plan d'intervention et de sa surveillance se fait en collaboration. Le proche aidant est aussi impliqué à chaque étape de la trajectoire de soins pour la clientèle dysphagique ou à risque de dysphagie hospitalisée à l'ICM.



Figure 1. Trajectoire de soins pour la clientèle dysphagique ou à risque de dysphagie hospitalisée à l'ICM

EXIGENCES REQUISES POUR LES INTERVENANTS

Pour assurer une prise en charge optimale et sécuritaire, tous les intervenants concernés par ce protocole interdisciplinaire doivent :

- Posséder les connaissances et les habiletés requises pour intervenir auprès de la clientèle dysphagique ou à risque de dysphagie
- Connaître leurs rôles et leurs responsabilités
- Mettre en place des interventions préventives pour optimiser le suivi des patients dysphagiques ou à risque de dysphagie (Annexe 1)



V. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE CHAQUE INTERVENANT

Tableau 1 : Description des rôles et responsabilités des intervenants en lien avec la clientèle dysphagique

		Nutritionniste	Technicienne en diététique	Infirmière ¹	PAB	Médecin et IPSSA
Prévention	Connaître les facteurs de risque prédisposant à la dysphagie (Tableau 2)	Tous les intervenants				
	Reconnaître les signes associés à la dysphagie (Tableau 3)					
	Connaître les conséquences de la dysphagie (Tableau 4)					
	Mettre en place des interventions préventives (Annexe 1)					
Dépistage	Identifier les patients à haut risque de dysphagie (Tableau 2) Garder NPO Référer à la nutritionniste pour une évaluation clinique de la dysphagie. Aviser le médecin pour assurer l'hydratation I.V. et l'administration des Rx			✓		✓
	Identifier les patients à risque de dysphagie ET qui présentent un ou plusieurs signes de dysphagie (Tableaux 2 et 3). Référer à la nutritionniste pour une évaluation clinique de la dysphagie Déterminer de façon temporaire la texture des aliments/consistance des liquides et la prise des médicaments : - Texture purée, liquide épaissi n° 2 (hydra+ ^{MD} [contenant bleu]) - Rx écrasés dans la purée.		✓	✓	*	✓
	Identifier les patients connus dysphagiques . Valider auprès du patient, du proche aidant, du centre référent ou des notes au dossier antérieur les recommandations concernant la dysphagie Aviser la nutritionniste Rester à l'affût des signes de dysphagie au repas suivant et lors de la prise de Rx <u>Si la diète est inconnue</u> : déterminer de façon temporaire la texture des aliments/consistance des liquides et la prise des médicaments : - Texture purée, liquide épaissi n° 2 (hydra+ ^{MD} [contenant bleu]) - Rx écrasés dans la purée.		✓	✓	*	✓
Évaluation	Effectuer l'évaluation clinique de la dysphagie**	✓				
	Déterminer la voie d'alimentation et le plan de traitement nutritionnel	✓				
	Prescrire dans la section des ordonnances médicales les textures/consistances recommandées pour le patient et communiquer les informations à l'équipe soignante	✓				
	Compléter le formulaire « <i>Dysphagie-Recommandations pour diminuer les risques d'aspiration</i> », l'insérer dans la section des ordonnances et l'apposer sur la porte de la chambre ou au chevet ou autre endroit approprié, selon l'unité de soins	✓				
Surveillance	Ajuster le plan nutritionnel selon l'évolution du patient (ex : progression des textures au besoin)	✓				
	Garder NPO les patients dont l'état général se détériore et aviser la nutritionniste			✓		✓
	Informers le patient et le proche aidant des risques possibles liés à la dysphagie, de l'évolution et de la réponse aux traitements durant l'hospitalisation afin de favoriser une prise de décision éclairée	✓		✓		✓
	Faire suivre le formulaire « <i>Dysphagie-Recommandations pour diminuer les risques d'aspiration</i> » lors d'un transfert de chambre ou autre endroit approprié selon l'unité de soins			✓		
	Ajuster la forme de la médication selon le plan de traitement nutritionnel	Pharmacien, médecin et IPSSA				
	Aviser l'infirmière de la présence d'aliments dans les sécrétions, le cas échéant	Inhalothérapeute				
	Effectuer les aspirations endotrachéales avant et après l'évaluation de la dysphagie chez les patients avec trachéotomie					
	Préparer des aliments qui respectent les normes de textures et de consistances des aliments cuisinés	Cuisinier et préposé au service alimentaire				
	Assurer l'application du plan de traitement nutritionnel et des recommandations spécifiées pour diminuer les risques d'aspiration	Proche aidant et tous les intervenants				
S'assurer que les aliments et mets apportés de l'extérieur soient conformes au plan de traitement nutritionnel établi	Proche aidant et tous les intervenants					
Rapporter à l'infirmière tout problème ou toute observation spécifique en lien avec l'alimentation et la déglutition du patient	Proche aidant et PAB					

*En collaboration avec l'infirmière

**La nutritionniste se réfère au physiothérapeute pour évaluer la force musculaire (tonus) et la force de toux du patient (gestion des sécrétions)

¹ Se référer à l'algorithme décisionnel infirmier de dépistage et de prise en charge de la dysphagie en Annexe 2.

PROT-INT-002

Processus entourant la collaboration interdisciplinaire dans la prise en charge de la dysphagie pour la clientèle hospitalisée

Tableau 2. Facteurs de risque prédisposant à la dysphagie

PATIENTS À HAUT RISQUE DE DYSPHAGIE
<ul style="list-style-type: none"> • AVC ou AVC probable de novo, ou atteintes neurologiques sévères (ex. : anoxie, encéphalopathie) • Asymétrie ou paralysie faciale • Trachéotomie de novo • Atteintes cognitives sévères, délirium hypoactif • Patient somnolent, endormi ou difficilement éveillable (RASS < 0) • Patient encombré ou ayant de la difficulté à gérer ses sécrétions ou ayant une toux inefficace • Paralysie des cordes vocales • Présence d'œdème laryngé, stridor • Voix éteinte, aphone
PATIENTS À RISQUE DE DYSPHAGIE
<ul style="list-style-type: none"> • Âge avancé, profil gériatrique • Affections dans la sphère ORL (néo, radiothérapie, chirurgies ORL...) • Antécédents d'AVC • Antécédents de dysphagie • Dentition inadéquate • Dénutrition • Inflammation de la bouche, de la gorge ou de l'œsophage • Insuffisance cardiaque décompensée • Intubation endotrachéale prolongée, intubation difficile (grade 3 ou grade 4) • Maladies neurodégénératives (ex. : parkinson, sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques) • Maladies neuromusculaires (ex. : dystrophie musculaire oculo-pharyngée, myasthénie) • Maladies pulmonaires (ex. : MPOC, pneumonie d'aspiration à répétition ≥ 2 depuis 6 mois) • Troubles cognitifs (ex. : Alzheimer, démences, déficience intellectuelle) • Troubles gastro-oesophagien (ex. : RGO, œsophagite, sténose œsophagienne) • Prise de certains médicaments tels que les antipsychotiques (ex. : halopéridol) et les anticholinergiques (ex. : lorazépam)

Tableau 3. Signes de dysphagie

<ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à garder la salive, les aliments solides ou liquides dans la bouche • Mastication allongée ou inefficace • Incapacité à avaler, effort pour avaler, augmentation du temps pour avaler, douleur lors de la déglutition • Accumulation de nourriture dans les joues, la bouche ou la gorge après les déglutitions • Étouffement ou sensation de blocage en mangeant ou en buvant • Besoin de se racler la gorge souvent • Toux avant, pendant et après la déglutition • Changement de voix : apparition d'une voix mouillée ou enrouée après avoir avalé • Régurgitation nasale • Désaturation après la déglutition • Refus ou évitement d'aliments (par crainte d'étouffement) • Pneumonie d'aspiration
--

Tableau 4. Conséquences de la dysphagie

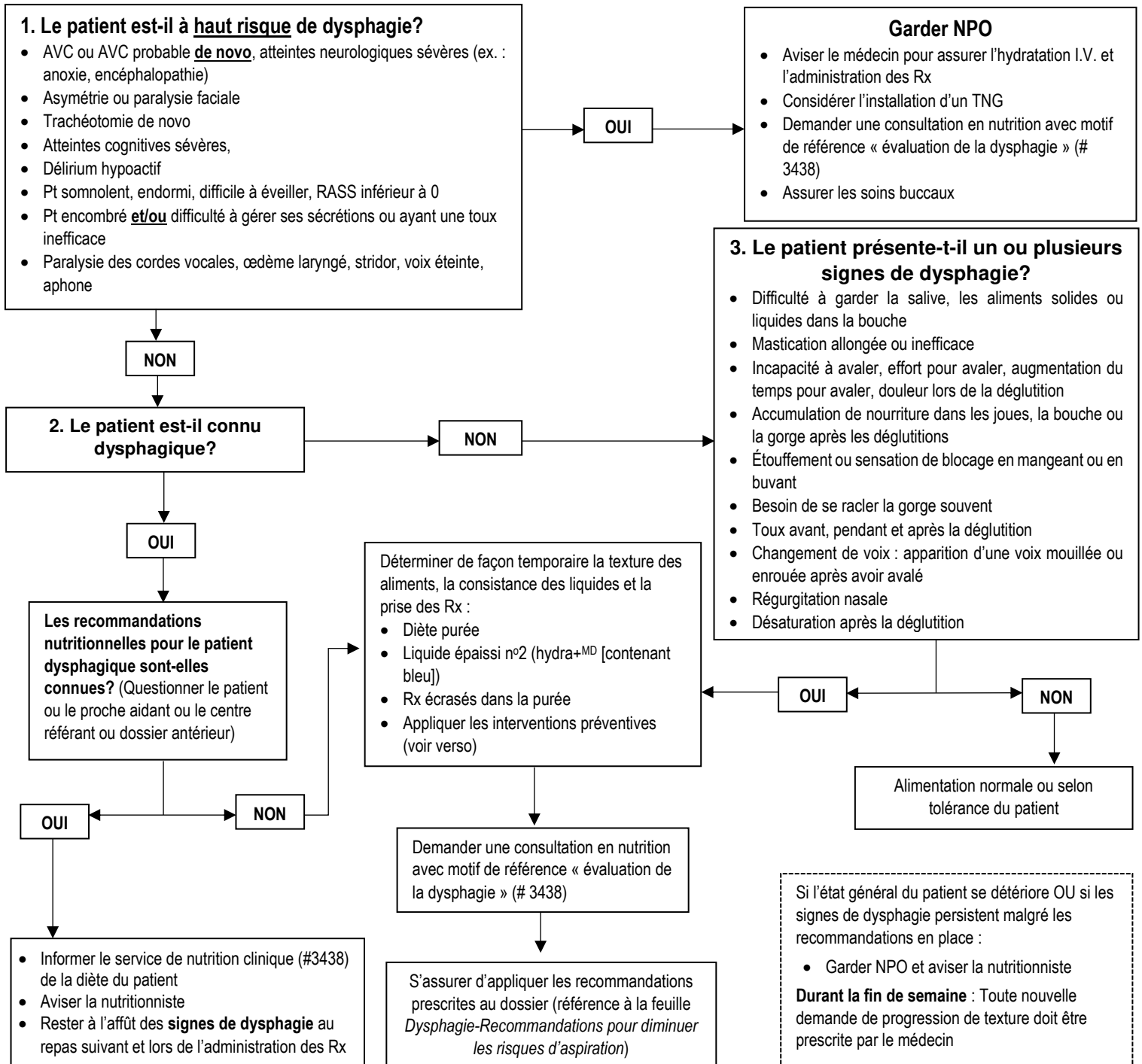
<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie d'aspiration • Malnutrition protéino-énergétique • Immuno-déficience (↑ susceptibilité aux infections, plaie de pression, retard dans la guérison des plaies) • Déshydratation • Diminution du potentiel de guérison et de réadaptation • Augmentation de l'incidence de la morbidité et mortalité

Annexe 1 : Interventions préventives pour optimiser le suivi des patients dysphagiques ou à risque de dysphagie

<p>1. IDENTIFICATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ S'assurer que le formulaire <i>Dysphagie-Recommandations pour diminuer les risques d'aspiration</i> soit affiché sur la porte ou au chevet du patient, s'il y a lieu
<p>2. ALIMENTATION ET HYDRATATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivre les recommandations nutritionnelles spécifiées par la nutritionniste sur le formulaire <i>Dysphagie-Recommandations pour diminuer les risques d'aspiration</i> ▪ S'assurer que le bon plateau soit servi au bon patient. L'identifier à l'aide de deux identificateurs. ▪ S'assurer que la collation soit distribuée au bon patient. L'identifier à l'aide de deux identificateurs. ▪ S'assurer que les aliments provenant de l'extérieur ou des réserves (cuisinette) soient conformes au plan d'alimentation établi ▪ Ne pas laisser de verre d'eau au chevet si non autorisé ou de verre de glaces (la glace fond et se transforme en eau)
<p>3. PRÉCAUTIONS UNIVERSELLES</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Éviter toute activité ou tout traitement susceptible de fatiguer l'utilisateur 30 minutes avant le repas; ajuster l'heure des séances de physiothérapie ▪ Éviter les distractions pendant le repas (ex. : télévision). Au besoin, tirer le rideau. ▪ Éviter de parler en mangeant ▪ S'assurer que le patient soit assis à 90° pour s'alimenter et prendre sa médication ▪ S'assurer que le patient porte ses prothèses dentaires (fixées avec de la colle au besoin), ses lunettes et ses prothèses auditives ▪ Dans le cas où le patient nécessite de l'aide pour s'alimenter, s'asseoir à la même hauteur que lui, face à lui ou légèrement de côté ▪ Disposer les aliments sur le plateau de façon à ce que le patient puisse les atteindre sans avoir à se pencher ou effectuer une rotation du tronc ▪ Privilégier les petites bouchées ▪ S'assurer que les aliments soient bien mastiqués ▪ S'assurer que la bouche soit bien vidée entre chaque bouchée ▪ Respecter le rythme du patient lors de l'alimentation ▪ S'assurer que l'hygiène buccale soit effectuée après chaque repas ▪ Ne pas coucher le patient durant les 30 minutes suivant le repas
<p>4. MÉDICATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respecter les recommandations spécifiées pour l'administration des médicaments ▪ Vérifier avec la pharmacie si la médication peut être écrasée ▪ Si dysphagie aux liquides : vérifier avec la pharmacie les alternatives aux médicaments liquides
<p>5. COMMUNICATION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pour demander une évaluation de la dysphagie : laisser un message sur la boîte vocale du service de nutrition clinique au poste 3438 ▪ Assurer la mise à jour des recommandations dans les divers outils de communication (notes d'évolution-Soins infirmiers/nutritionnistes/autres intervenants, feuille de diètes, kardex...)

Annexe 2 : Algorithme décisionnel infirmier de dépistage et de prise en charge de la dysphagie

À réaliser à l'admission du patient OU si changement de l'état général du patient OU si présence de signes de dysphagie (Voir Tableau 3)



ÉLABORÉ PAR :

Émilie Raymond, nutritionniste, répondante professionnelle - activités nutrition clinique
Mélanie Charchalis, conseillère en soins infirmiers à la DSI

CONSULTATION :

Carole Boucher, directrice des services multidisciplinaires
Anie Brisebois, directrice des soins infirmiers
Claudie Roussy, conseillère-cadre en soins infirmiers - volet IPS
Conseillères cliniques
Dr Daniel E. Parent, omnipraticien
Julie Arseneault, assistante-chef service de physiothérapie
Julie Richard, coordonnateur bloc opératoire, perfusion, URDM, service respiratoire et inhalothérapeutes de la recherche
Marème Diagne, PAB-Coach, secteur formation
Martine Lacroix, chef du département de pharmacie
Nutritionnistes : Bianca Beaulieu, Sabrina Gagnon, Joanne Larocque, Dominique Pelletier et Guylaine Pelletier
Patient partenaire (proche aidant)

Références

Champ d'exercice et activités réservées à la profession infirmière : <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>

Champ d'exercice et activités réservées à la profession diététiste-nutritionniste : <https://odnq.org/grand-public/les-activites-reservees-et-autorisees/activites-reservees/>