



Ordre
des ergothérapeutes
du Québec

Rôle et expertise de
l'ergothérapeute auprès des

personnes dysphagiques ou à risque de l'être

Guide

DE L'ERGOTHÉRAPEUTE



Direction du projet

Marie-France Jobin, erg., MBA

Directrice du développement et de la qualité de l'exercice à l'OEQ

Chargée de projet

Amélie Paquet, erg., M. Erg.

Chargée des affaires professionnelles à l'OEQ

Équipe de soutien de l'OEQ

Alexandre Nadeau, erg., M. Erg., ASC, C.Dir.

Président

Patrick Murphy-Lavallée, erg., M. Sc.

Directeur général

Sabrina Guité, erg.

Directrice adjointe du développement et de la qualité de l'exercice

Me Michael Elfassy

Consultant aux services juridiques

Ingrid Ménard, erg., M. Sc.

Syndique

Nathalie Thompson, erg., M. Réad.

Chargée des affaires professionnelles à l'OEQ

Révision et relecture

Anne-Marie Brassard, erg.

Coordonnatrice associée de formation en enseignement clinique et chargée de cours, École de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill

Valérie Deslauriers, erg.

Coordonnatrice de la clinique de dysphagie, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Sarah Gravel, erg.

Centre universitaire de santé McGill

Marie-Pier Lacroix, erg.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie

Tatiana Ogourtsova, erg., M. Sc., Ph. D.

Professeure adjointe, École de physiothérapie et d'ergothérapie de l'Université McGill Chercheure, Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal Métropolitain

Julie Pouliot, erg., M. Erg.

Conseillère-cadre aux pratiques professionnelles, Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec

Marie-Josée Tessier, erg., M. Sc.

Clinique pédiatrique de dysphagie et d'ergothérapie

Collaboratrices pour les illustrations cliniques

Karine Brais, erg.

Clinique de dysphagie et programme des troubles de développement moteur, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Valérie Deslauriers, erg.

Coordonnatrice de la clinique de dysphagie, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Sarah Gravel, erg.

Centre universitaire de santé McGill

Marie-Pier Lacroix, erg.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie

Vivian Papazian, erg.

Centre universitaire de santé McGill

Annie Pomerleau, erg., M.A.

Responsable de formation pratique, Université Laval

Julie Pouliot, erg., M. Erg.

Conseillère-cadre aux pratiques professionnelles, Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec

Révision linguistique

Le Clavier Futé

Conception graphique et mise en page

Passerelle bleue pour Le Clavier Futé

Illustrations

www.freepik.com



Ordre
des ergothérapeutes
du Québec

Mise en contexte

La dysphagie est une condition complexe qui mobilise l'expertise de plusieurs professionnel(le)s. Dans ce contexte, assurer la protection du public et répondre adéquatement aux besoins de la personne exigent une compréhension claire des rôles de chacun(e), ainsi qu'une collaboration étroite entre les membres de l'équipe. Le présent document s'inscrit dans cette logique : il vise à rendre explicite la contribution spécifique de l'ergothérapeute dans l'accompagnement des personnes présentant des difficultés d'alimentation ou de déglutition, tout en reconnaissant que l'interdisciplinarité demeure essentielle à une prise en charge sécuritaire, cohérente et centrée sur la personne.

L'objectif premier est d'offrir aux ergothérapeutes une vision structurée de leur champ d'intervention en dysphagie. Il met en lumière les composantes clés du raisonnement clinique ergothérapique, notamment l'analyse occupationnelle de l'activité d'alimentation qui permet de comprendre comment les capacités de la personne, son environnement et ses habitudes interagissent pour soutenir ou compromettre une alimentation sécuritaire et autonome. Cette perspective contribue à l'identification précoce des risques, à la formulation de recommandations adaptées et à l'orientation vers les interventions, toujours dans l'intérêt de la personne accompagnée.

Les activités réservées présentées dans ce document sont utilisées pour illustrer certaines des compétences que l'ergothérapeute déploie dans l'accompagnement des personnes dysphagiques. Leur présentation vise à offrir un repère commun permettant de situer l'expertise propre (ou marque distinctive) à l'ergothérapie au sein de l'équipe interprofessionnelle, dans une perspective de complémentarité et non de cloisonnement ou de concurrence entre les professions. Cette mise en contexte contribue ainsi à renforcer la collaboration interprofessionnelle et à soutenir une organisation des services qui valorise la complémentarité plutôt que la segmentation des rôles.

Ce document vise également à soutenir une communication interdisciplinaire constructive. En clarifiant ce que l'ergothérapeute peut apporter lorsque des enjeux de fonctionnement (sécurité, efficacité, autonomie) en alimentation émergent, il facilite les échanges entre les professions, améliore la compréhension mutuelle et contribue à organiser les services de manière efficiente et centrée sur les besoins réels de la personne.

Dans un contexte où les gestionnaires doivent composer avec une demande croissante, des milieux variés et des ressources parfois limitées, disposer d'un portrait clair de la contribution possible de chaque profession constitue un levier essentiel pour offrir les bons services, au bon moment. Ce document propose donc un éclairage sur les situations où l'expertise ergothérapique représente un apport déterminant, en cohérence avec les pratiques fondées sur les données probantes et les réalités organisationnelles.

Enfin, la dysphagie touche une diversité de milieux et requiert l'intervention de plusieurs partenaires. Pour protéger le public, il est impératif que les pratiques reposent sur une compréhension partagée des compétences disponibles et sur une collaboration fluide entre les acteurs(trices). C'est dans cette optique que ce document a été élaboré : soutenir le développement professionnel des ergothérapeutes, clarifier leur rôle distinctif au sein des services en dysphagie et favoriser une collaboration interprofessionnelle harmonieuse, efficace et centrée sur les besoins des personnes dysphagiques ou à risque de l'être.



Alexandre Nadeau, erg., M.Erg., ASC, C.Dir.
Président de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec

Table des matières

Mise en contexte	3
1. Introduction	5
2. La dysphagie, ses causes et conséquences	6
3. Rôle de l'ergothérapeute en contexte interprofessionnel	8
3.1 Champ d'exercice de l'ergothérapeute	8
3.2 Activités évaluatives réservées à l'ergothérapeute	9
3.2.1 Évaluer la fonction neuromusculosquelettique (NMS) d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique	9
3.2.2 Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental	10
4. Démarche évaluative de l'ergothérapeute auprès d'une personne dysphagique ou à risque de l'être	13
4.1 Le consentement libre et éclairé : un processus collaboratif favorisant l'autodétermination	13
4.2 Pratique culturellement sécuritaire et inclusive	14
4.3 Évaluation clinique de la personne dysphagique ou à risque de l'être	14
4.3.1 Collecte de données	16
4.3.2 Évaluation des prérequis fonctionnels à l'alimentation orale	17
4.3.3 Essais alimentaires et observation de repas	20
4.3.4 Prise de la médication	22
4.3.5 Hygiène orale	23
4.3.6 Conclusion de l'évaluation clinique	23
4.4 Évaluation instrumentale	24
5. Interventions de l'ergothérapeute	27
5.1 Développer, restaurer et maintenir les aptitudes	28
5.2 Compenser les incapacités et adapter l'environnement	30
5.3 Ordonnance médicale verbale	31
6. Le leadership ergothérapique en dysphagie	32
7. Conclusion	33
Annexe illustrations cliniques de l'exercice d'activités réservées pour l'ergothérapeute	34
Bibliographie	42

I

Introduction

S'alimenter est une activité essentielle à tout être humain. Elle permet notamment de se nourrir et de s'hydrater, deux éléments essentiels à la survie de l'individu, et ce, sans oublier le caractère socioaffectif qu'elle revêt généralement. Or, en présence d'incapacités fonctionnelles, que ce soit sur les plans sensoriel, moteur, perceptif, cognitif, intellectuel, affectif, comportemental ou respiratoire, l'alimentation peut s'avérer un défi fort complexe et avoir des effets négatifs considérables sur la santé de la personne. Ces difficultés peuvent survenir chez des individus de tout âge, des nouveau-nés aux personnes âgées, et ce, à différents moments de la vie. C'est notamment le cas chez un grand nombre de personnes dysphagiques, selon la nature et la sévérité de leurs atteintes.

La dysphagie, souvent définie comme une difficulté à avaler ou à déglutir, est liée à la capacité à s'alimenter, s'hydrater, prendre sa médication ou réaliser ses soins d'hygiène orale. Le fonctionnement de la personne dans ses activités quotidiennes peut être influencé par une multitude de facteurs, dont la présence d'incapacités, les environnements physique et humain, le contexte, ainsi que les exigences inhérentes à l'activité (manière de s'alimenter, caractéristiques des aliments, etc.). Il s'avère que la détermination de ces facteurs et l'analyse de leur influence mutuelle correspondent à l'évaluation des habiletés fonctionnelles qui est au cœur du champ d'exercice de l'ergothérapeute, tel qu'il apparaît au Code des professions (article 37 o)¹. Cette évaluation permet non seulement à l'ergothérapeute de porter un jugement sur le fonctionnement à l'alimentation², mais également d'intervenir pour l'optimiser, que ce soit en matière d'autonomie, de sécurité, d'effort, d'efficacité, d'engagement ou de satisfaction. Compte tenu de son rôle clé, l'ergothérapeute est régulièrement sollicité(e) dans les milieux cliniques, auprès de diverses clientèles, pour intervenir en contexte de dysphagie, qu'elle soit suspectée ou déjà confirmée. D'ailleurs, que ce soit à l'échelle du Québec, du Canada, des États-Unis ou d'ailleurs dans le monde, les ergothérapeutes sont reconnu(e)s pour offrir des services de haut niveau dans ce domaine d'expertise (Boop et Smith, 2017; Canadian

Association of Occupational Therapy, 2010; Clark et al., 2007; World Federation of Occupational Therapists [WFOT] et al., 2021; World Health Organization [WHO], 2023).

Depuis les dernières années, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) a noté la volonté de plusieurs organisations et établissements de santé de définir leur offre de service dans la prise en charge de la clientèle dysphagique³ et de préciser le rôle des divers professionnel(le)s œuvrant en dysphagie, plus fluide : dans le respect du champ d'exercice et des activités réservées de chacun(e), dont l'ergothérapeute. Le présent document a donc pour objectif de décrire le rôle et l'expertise de l'ergothérapeute dans la prise en charge de la dysphagie, qu'elle soit suspectée ou avérée, et ce, afin d'optimiser l'accès à des services et des soins de qualité pour la clientèle dysphagique et de favoriser une collaboration interprofessionnelle efficace.

Étant donné l'évolution de la pratique de l'ergothérapie, ce document se veut également une mise à jour du document précédemment publié par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ] (2006) : « Au-delà de la dysphagie, la personne avant tout : rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes présentant des difficultés à s'alimenter ou à être alimentées ».

Dans un premier temps, la dysphagie sera abordée, incluant ses principales causes et conséquences. Une présentation des rôles clés de l'ergothérapeute suivra, en commençant par un rappel de son champ d'exercice ainsi que des activités réservées et autorisées, fréquemment mobilisées dans le cadre de l'évaluation des personnes dysphagiques. Cette section permettra d'exposer la démarche clinique de l'ergothérapeute, de l'évaluation à l'intervention. Enfin, l'importance de l'accessibilité aux services d'ergothérapie en contexte de dysphagie sera abordée, considérant l'ampleur et la croissance des besoins de la population québécoise.

¹ <http://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/C-26>

² Aux fins du présent document, la mention « s'alimenter ou alimentation » inclura l'hydratation et, lorsqu'applicable, la prise de médication orale et l'hygiène orale.

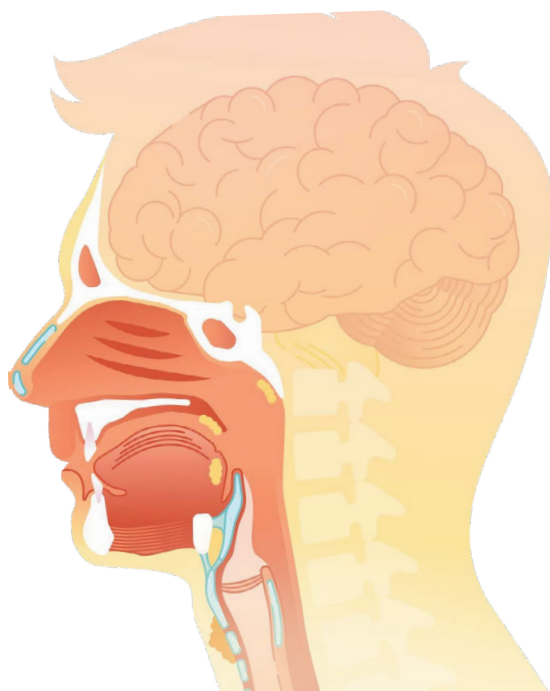
³ Aux fins du présent document, le terme « client/clientèle/personne dysphagique » inclura également « client/clientèle/personne à risque de l'être ».

2

La dysphagie, ses causes et conséquences

Souvent décrite comme «une difficulté à avaler» ou un «trouble de la déglutition», la dysphagie se définit comme une «déficience émotionnelle, cognitive, sensorielle et/ou motrice causant une difficulté dans le transfert d'une substance de la bouche à l'estomac, entraînant une difficulté à maintenir une hydratation et une nutrition adéquates en plus d'amener un risque d'étouffement et d'aspiration» (Tanner, 2003, cité dans Tanner, 2024, p. 132).

Le mécanisme de déglutition fait appel à un acte complexe pendant lequel des aliments, des liquides, des médicaments ou de la salive sont déplacés de la bouche à l'estomac, en passant par le pharynx et l'œsophage (Clark et al., 2007). La déglutition résulte d'une coordination précise de l'action ou l'inhibition de plus de 25 paires de muscles de la bouche, du pharynx, du larynx et de l'œsophage sous l'action du système nerveux (Leonard et Kendall, 2019). Ce processus est facilité par l'intégrité des systèmes neuromusculosquelettiques.



La dysphagie n'est pas une maladie en soi, mais plutôt un symptôme⁴ qui en résulte. Elle se veut une conséquence d'une condition ou un traitement affectant les capacités physiques ou cognitives de la personne. Bien que la dysphagie se retrouve chez les gens de tous âges, il est néanmoins observé que sa prévalence est plus élevée chez les enfants et les personnes âgées. Plus de 75 % des dysphagies sont causées par une atteinte neurologique (p. ex. accident vasculaire cérébral, traumatisme craniocérébral, troubles neurocognitifs, maladie de Parkinson, dystrophie musculaire, sclérose latérale amyotrophique, déficience motrice cérébrale, trouble du spectre de l'autisme et autres troubles neurodéveloppementaux) qui peut influencer notamment le contrôle moteur et cognitif de la déglutition (Leonard et Kendall, 2019). D'autres causes telles qu'une atteinte structurelle, une affection cardio-respiratoire, un trouble gastro-intestinal, une dénutrition, un problème de santé mentale ou encore l'effet néfaste de traitements médicaux peuvent être associées à la dysphagie. Il est aussi constaté que, dans certains cas, la dysphagie peut se manifester sans qu'un diagnostic médical clair ou un traitement identifiable soit établi, ce qui peut mener à une sous-estimation des symptômes et de leurs impacts.

Bien que la dysphagie puisse parfois découler directement d'une maladie, le processus de déglutition peut également être altéré par les incapacités engendrées par celle-ci, faisant ainsi obstacle à une déglutition et une alimentation sécuritaire. D'ailleurs, les évidences scientifiques démontrent que la dysphagie est étroitement corrélée à la présence d'incapacités

⁴ Selon Le Robert, un symptôme est un phénomène, caractère perceptible ou observable lié à un état, une maladie qu'il permet de déceler, dont il est le signe. <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/symptome>

(physiques, cognitives) et à une diminution de l'autonomie fonctionnelle (Benfer et al., 2013; Hamada et al., 2024; Leira et al., 2023; Mitani et al., 2018; Sato M. et al., 2023; Serra-Prat et al., 2011; Tagliaferri et al., 2019), ce pourquoi le recours à l'expertise de l'ergothérapeute est très souvent sollicité.

Les conséquences engendrées par la dysphagie peuvent être particulièrement préjudiciables et altérer l'état de santé d'une personne, voire être fatales. Les complications pulmonaires telles que la pneumonie d'aspiration ou même l'obstruction des voies respiratoires (par étouffement pouvant mener à une asphyxie causée par un aliment) figurent parmi les plus redoutées. En plus de la dysphagie, il est bien documenté dans la littérature que d'autres facteurs comme la dépendance à autrui pour l'alimentation ou aux soins bucco-dentaires sont aussi prédictifs d'une pneumonie d'aspiration chez la clientèle adulte ou gériatrique (Langmore et al., 1998; Langmore et al., 2002; Hibberd et al., 2013). Ainsi, non seulement la perte d'autonomie fonctionnelle est associée à la dysphagie, comme mentionné précédemment, mais aussi à un plus grand risque de pneumonie d'aspiration (Payne et Morley, 2017).

Concernant l'étouffement par asphyxie alimentaire, la présence de troubles cognitifs, de fatigue, de diminution du contrôle oral moteur, de faiblesse masticatoire, de difficultés de contrôle postural et le besoin de supervision au repas sont autant de facteurs de risque associés soulevés dans la littérature (Cichero, 2016; Cichero, 2018; Hibberd et al., 2013). Ces derniers sont caractéristiques des activités professionnelles de l'ergothérapeute, tel qu'il sera abordé dans la prochaine section. Certes, il ne faut pas perdre de vue que les conséquences de la dysphagie sont non seulement intimement liées aux incapacités fonctionnelles de la personne, mais également au contexte de la prise des aliments. C'est pourquoi l'ergothérapeute est un(e) professionnel(le) bien placé pour identifier les facteurs en cause et mettre en œuvre des interventions ciblées pour une gestion optimale des risques. En effet, il est reconnu que les ergothérapeutes jouent un rôle déterminant dans la prévention des événements indésirables évitables associés à la dysphagie (Hunter et Rhodus, 2022), étant souvent les premières personnes intervenantes à qui incombent de statuer sur le fonctionnement à l'alimentation et les risques associés.

Il est évidemment crucial de ne pas négliger d'autres conséquences de la dysphagie qui peuvent avoir des effets délétères sur la santé et la qualité de vie, tels que la dénutrition, la déshydratation, les problèmes psychosociaux (p. ex. l'isolement, l'anxiété, la dépression), ainsi que le déclin ou le retard sur les plans développemental et fonctionnel. La diminution des apports alimentaires, bien que non systématique, est fréquente et peut mener à une perte de poids, à une fragilisation de la fonction motrice, à une réduction de la masse musculaire, de l'endurance et du niveau d'énergie, ainsi qu'à des atteintes cognitives (Avery, 2014). Cette vulnérabilité accroît le risque d'aspiration et d'infections, particulièrement pulmonaires, et contribue à aggraver la dysphagie, notamment par l'affaiblissement des muscles oro-pharyngés et respiratoires ou l'altération des conductions nerveuses impliquées dans la déglutition. Un cercle vicieux s'installe alors. Ces répercussions limitent également la capacité de la personne à participer à sa réadaptation, qu'elle soit centrée sur la déglutition ou sur la récupération fonctionnelle globale (Avery, 2014). La perte d'autonomie fonctionnelle accentue aussi cette spirale. Les difficultés de positionnement, de manipulation des ustensiles, de contrôle moteur ou de préhension, combinées à la fatigue et à la diminution de l'endurance, compromettent l'alimentation orale et favorisent la dénutrition. Celle-ci intensifie à son tour la faiblesse musculaire, aggrave la dysphagie et accentue la dépendance fonctionnelle. Ces constats sont particulièrement marqués chez les personnes âgées, ce qui amène certains auteurs à considérer la dysphagie comme un syndrome gériatrique (Baijens et al., 2016)⁵ en raison de ses répercussions multifactorielles sur l'état fonctionnel (Blouin, 2022).

Pour briser ce cercle vicieux dysphagie-dénutrition-perte d'autonomie, une synergie interprofessionnelle entre l'ergothérapeute et le ou la nutritionniste est essentielle, afin d'optimiser le statut nutritionnel et fonctionnel de même que la santé globale de la personne dysphagique.

5 Le syndrome gériatrique se définit ainsi : les affections cliniques chez les personnes âgées qui ne correspondent pas aux catégories de maladies classiques, mais qui sont très répandues chez les personnes âgées, multifactorielles, associées à de multiples comorbidités et à de mauvais résultats, et qui ne peuvent être traitées efficacement qu'avec une approche multidimensionnelle. Parmi les syndromes gériatriques reconnus dans la littérature, mentionnons les chutes, les escarres de pression, le déclin fonctionnel et l'incontinence (Baijens et al., 2016).

3

Rôle de l'ergothérapeute en contexte interprofessionnel

Sachant que la dysphagie est une problématique biopsychosociale complexe, une approche de collaboration interprofessionnelle est évidemment préconisée dans sa prise en charge (Bruns et Thompson, 2010; Leonard et Kendall, 2019; McGinnis et al., 2019; Rinaldi et al., 2024; Williams et al., 2006). Il est indéniable que les échanges interprofessionnels continus enrichissent la compréhension globale de la situation des personnes dysphagiques. Ces interactions facilitent la construction d'une vision commune essentielle pour répondre efficacement aux besoins de ces personnes (Ordre des diététistes-nutritionnistes du Québec [ODNQ], OEQ et Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec [OOAQ], 2024).

Pour l'OEQ, il est clair que, bien que l'ergothérapeute joue un rôle important en matière de dysphagie, d'autres professionnel(le)s comme les nutritionnistes et les orthophonistes possèdent également des compétences distinctes dans ce domaine. La complémentarité des rôles repose sur les différences entre les champs d'exercice et les activités propres à chacun, conformément aux dispositions du *Code des professions*, qui encadrent l'exercice de chaque profession dans les limites de son champ d'exercice. Il en découle que ces groupes professionnels ne sont pas interchangeables (OEQ, 2024). La description des champs d'exercice de chaque groupe professionnel au *Code des professions* est basée sur certains principes, dont l'importance d'être suffisamment précis pour distinguer une profession d'une autre et établir sa marque distinctive et d'énoncer les principales activités de la profession, ainsi que la finalité de la pratique (Office des professions du Québec [OPQ], 2021). Cela facilite grandement la compréhension des rôles et fonctions de chacun, permettant une utilisation judicieuse des ressources professionnelles dans le réseau de la santé, tant dans le secteur public que privé.

3.1 Champ d'exercice de l'ergothérapeute

Selon l'article 37 o) du *Code des professions*, le champ d'exercice de l'ergothérapeute consiste à :

« 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 adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale de l'être humain en interaction avec son environnement. »

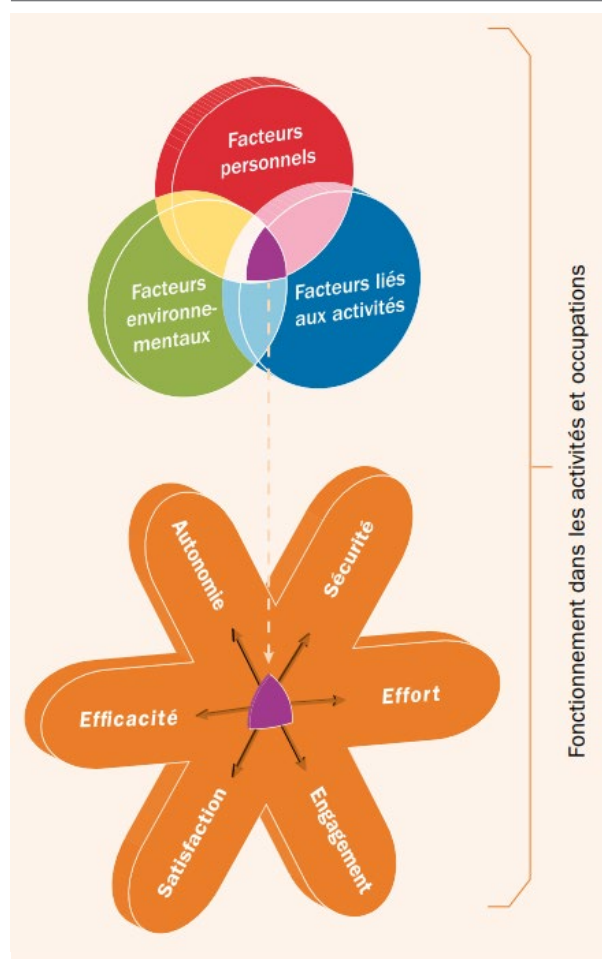
L'évaluation des habiletés fonctionnelles (ÉHF) est au cœur du champ d'exercice de l'ergothérapeute.

« Évaluer les habiletés fonctionnelles » implique que l'ergothérapeute :

Porte un jugement clinique sur le fonctionnement de la personne dans la réalisation de ses activités et occupations en :

- déterminant les facteurs qui influencent ce fonctionnement, soit :
 - les facteurs personnels (âge, état de santé, identité socioculturelle et genrée, valeurs et intérêts, systèmes organiques et aptitudes [capacités/incapacités] aux plans sensoriel, moteur, respiratoire perceptif, cognitif, affectif, comportemental et relationnel, etc.);
 - les facteurs environnementaux (physiques, sociaux, culturels, économiques, organisationnels et politiques);
 - les facteurs liés aux activités et occupations (leurs composantes, leur complexité, leur familiarité, leur agencement, etc.).
 - analysant l'influence mutuelle de ces facteurs sur divers aspects de ce fonctionnement, notamment l'autonomie, la sécurité, l'efficacité, l'effort, l'engagement et la satisfaction.
- Communiquer les conclusions de ce jugement (OEQ, 2024).

Figure 1
L'ergothérapeute porte un jugement clinique



On peut comprendre qu'en contexte de dysphagie, l'ergothérapeute porte un jugement sur le fonctionnement de la personne dans la réalisation des activités pour lesquelles la dysphagie peut entraîner des répercussions fonctionnelles, soit l'alimentation, l'hydratation, la prise de médication orale ou l'hygiène orale⁶. Découlant de ce jugement, issu de l'analyse des résultats de son évaluation, un plan d'intervention et des recommandations sont déterminés en vue d'optimiser le fonctionnement de la personne dysphagique dans la réalisation de ces activités, et ce, en matière d'autonomie, de sécurité, d'efficacité, d'effort, d'engagement et de satisfaction.

3.2 Activités évaluatives réservées à l'ergothérapeute

D'entrée de jeu, il faut rappeler que l'évaluation ou la détermination de la dysphagie n'est réservée à aucun(e) professionnel(le) (OEQ, 2022). Les professionnel(le)s qui procèdent à l'évaluation de la personne dysphagique exercent ainsi de manière complémentaire, concertée et en étroite collaboration dans l'intérêt de la personne concernée et de ses proches.

Par ailleurs, bien que l'évaluation de la dysphagie ne constitue pas une activité réservée, l'évaluation d'une personne dysphagique requiert généralement l'exercice d'activités réservées à certain(e)s professionnel(le)s, dont les ergothérapeutes. Il importe de rappeler que ces activités ont été réservées à certains groupes de professionnel(le)s en fonction du risque de préjudice pour le public et de la formation liée au degré de complexité que comportent ces activités. Une activité réservée doit évidemment toujours s'inscrire dans les paramètres fixés par le champ d'exercice professionnel (OEQ, 2024).

En contexte de dysphagie, deux activités réservées à l'ergothérapeute s'inscrivent dans la réponse aux besoins de cette clientèle. Ces activités sont illustrées par des exemples à l'annexe.

3.2.1 Évaluer la fonction neuromusculosquelettique (NMS) d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique (article 37.1 [4o] b) du Code des professions)

Cet énoncé signifie qu'en présence d'une déficience ou d'une incapacité de la fonction physique⁷ chez la personne dysphagique, l'évaluation de la fonction neuromusculosquelettique est réalisée par l'ergothérapeute⁸ lorsque le besoin identifié s'inscrit dans son champ d'exercice. Ainsi, dans une situation où des questionnements concernent le fonctionnement, notamment l'autonomie, la sécurité ou l'efficacité à l'alimentation d'une personne dysphagique présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique, l'ergothérapeute intègre à l'évaluation des habiletés fonctionnelles l'évaluation de la fonction NMS. Cette dernière comporte une multitude de composantes qui

6 Pour alléger le présent document, la mention « s'alimenter ou alimentation » inclut l'hydratation et, lorsqu'applicable, la prise de médication orale et l'hygiène orale.
7 « Selon le Dictionnaire Robert, une déficience est une insuffisance organique ou mentale, alors qu'une incapacité est l'état d'une personne qui, à la suite d'une blessure, d'une maladie, est devenue incapable de travailler ou d'accomplir certains actes. » Le Petit Robert 1, *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, 1987, cité dans *Cahier explicatif de la loi 2002*, p. 10.

8 Il est à noter que cette activité est réservée en partage avec le (la) physiothérapeute. Elle est nécessairement circonscrite par le champ d'exercice respectif des professionnel(le)s qui l'exercent. Dans le cas de l'évaluation de la dysphagie, l'ergothérapeute procède à l'évaluation de la fonction neuromusculosquelettique dans le cadre de l'évaluation des habiletés fonctionnelles à s'alimenter.

peuvent évidemment entraîner des répercussions sur la déglutition et le fonctionnement à l'alimentation, telles que :

- le tonus musculaire,
- l'amplitude articulaire,
- la force musculaire,
- la coordination,
- la proprioception,
- la sensibilité,
- la posture,
- l'équilibre,
- les réflexes,
- l'endurance,
- la préhension,
- la dextérité et
- la douleur.

Ces composantes peuvent être évaluées en présence d'atteintes NMS (p. ex. membre supérieur, main, cou, tronc, membre inférieur, fonction oro-pharyngolaryngée) ou plus élargies (polytraumatisme). L'évaluation de la fonction NMS permet à l'ergothérapeute de déterminer la nature et l'ampleur des incapacités physiques qui peuvent se révéler être des facteurs causaux associés aux difficultés de fonctionnement à l'alimentation de la personne dysphagique, tout en contribuant à identifier le potentiel de réadaptation. Elle permet également d'évaluer la présence des prérequis physiques, notamment sur les plans sensoriel, sensitif et moteur, nécessaires à une alimentation orale sécuritaire. Cela s'avère essentiel chez un grand nombre de personnes dysphagiques en vue de mettre en place les interventions adaptées et nécessaires.

Clientèle visée par cette activité réservée

Plusieurs diagnostics sont reconnus pour engendrer une déficience ou une incapacité de la fonction physique susceptible d'influencer le mécanisme de déglutition ou le fonctionnement à l'alimentation. Peu importe l'âge, ces personnes peuvent nécessiter une évaluation de la fonction NMS afin de guider l'élaboration d'un plan d'intervention visant à optimiser leurs habiletés fonctionnelles à l'alimentation.

Voici des exemples de conditions pour lesquels l'expertise de l'ergothérapeute joue un rôle clé dans l'évaluation de la fonction NMS chez une personne dysphagique ou à risque de l'être, en vue de statuer sur le fonctionnement à l'alimentation en présence d'une déficience ou d'une incapacité de la fonction physique :

- l'accident vasculaire cérébral;
- le traumatisme craniocérébral;
- une tumeur cérébrale;
- une lésion de la moelle épinière;
- la maladie de Parkinson et autres syndromes parkinsoniens;
- le trouble neurologique fonctionnel;
- la sclérose en plaques;
- les maladies neuromusculaires (p. ex. sclérose latérale amyotrophique, la dystrophie musculaire, l'amyotrophie spinale, la myasthénie, le syndrome de Guillain-Barré, la polyneuropathie);
- la déficience motrice cérébrale;
- les troubles neurodéveloppementaux (p. ex. trouble du spectre de l'autisme);
- un syndrome génétique (p. ex. trisomie 21, syndrome de Rett, syndrome de Prader-Willi);
- une maladie mitochondriale;
- la prématurité, notamment chez les grands prématurés;
- une atteinte nerveuse périphérique (p. ex. nerf récurrent laryngé).

3.2.2 Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental⁹ ou neuropsychologique¹⁰ attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un(e) professionnel(le) habilité (article 37.1 [4o] f) du Code des professions)

Cette activité est réservée à certain(e)s professionnel(le)s¹¹ dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. Ainsi, « évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité » est la marque distinctive des ergothérapeutes (OPQ, 2021).

9 Le trouble mental est une « affection cliniquement significative qui se caractérise par le changement du mode de pensée, de l'humeur (affects), du comportement associé à une détresse psychique ou à une altération des fonctions mentales ». https://www.oeq.org/DATA/NORME/62~v~2020-21_020_guide-explicatif-sante-rh-28-04-2021.pdf - Annexe 1, p. 03.

10 Le trouble neuropsychologique est une « affection cliniquement significative qui se caractérise par des changements neurocomportementaux (de nature cognitive, émotionnelle et comportementale) liés au dysfonctionnement des fonctions mentales supérieures à la suite d'atteintes du système nerveux central ». https://www.oeq.org/DATA/NORME/62~v~2020-21_020_guide-explicatif-sante-rh-28-04-2021.pdf - Annexe 1, p. 03.

11 Les professionnel(le)s visé(e)s par cette activité réservée sont les : conseillers(ères) en orientation, criminologues, ergothérapeutes, psychoéducateurs(trices), psychologues, sexologues, thérapeutes conjugaux et familiaux, travailleurs sociaux/travailleuses sociales. Office des professions (2021). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines - Guide explicatif*. https://www.oeq.org/DATA/NORME/62~v~2020-21_020_guide-explicatif-sante-rh-28-04-2021.pdf - Annexe 1, p. 03.

Cette activité réservée signifie qu'en présence de tels troubles, l'évaluation des habiletés fonctionnelles qui requiert de porter un jugement sur l'impact des troubles précités sur la capacité de la personne à s'alimenter, et ce, notamment en matière d'autonomie, de sécurité et d'efficacité, est réalisée par l'ergothérapeute.

Clientèle visée par cette activité réservée

Cette activité réservée concerne une très grande proportion de la clientèle desservie par les ergothérapeutes, autant dans les domaines de la santé physique que mentale, et ce, pour toutes les tranches d'âges, soit du nouveau-né à la personne âgée.

Voici des exemples de conditions pour lesquelles l'expertise de l'ergothérapeute est sollicitée pour procéder à l'évaluation des habiletés fonctionnelles en vue de statuer sur le fonctionnement à l'alimentation (autonomie, sécurité, efficacité, effort, engagement) :

- l'accident vasculaire cérébral ;
- le traumatisme craniocérébral ;
- l'encéphalopathie ;
- le délirium ;
- le trouble neurocognitif majeur (associé à la maladie d'Alzheimer, vasculaire, de Parkinson, à corps de Lewis, à une dégénérescence frontotemporale) ;
- la déficience intellectuelle ;
- le trouble neurodéveloppemental (p. ex. trouble du spectre de l'autisme, trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité, trouble du langage, trouble développemental de la coordination) ;
- la psychose ;
- le trouble anxieux ;
- le trouble panique ;
- le trouble neurologique fonctionnel.

Ainsi, en présence notamment de dysfonctionnements exécutifs, de troubles praxiques, mnésiques, attentionnels, perceptuels, comportementaux ou mentaux attestés, l'apport de l'ergothérapie dans l'évaluation de la personne dysphagique prend tout son sens, en raison de la complexité de cette activité évaluative. La littérature souligne d'ailleurs que la présence de difficultés sur les plans cognitif, comportemental ou affectif est reconnue pour influencer la capacité à s'alimenter, y compris la fonction de déglutition, et pour accentuer les risques associés (Daniels et al., 2019; Dehaghani et al., 2021 ; Groher et Crary, 2016 ; Jo et al., 2017; Ortega et Espinosa, 2019; Rinaldi et al., 2024; Winchester et Winchester, 2015; Khayyat et al., 2023). En effet, que ce soit au regard du niveau d'éveil et de vigilance, de la capacité notamment à :

- maintenir son attention durant la durée totale du repas, de la collation ou de la tétée ;
- réguler ses émotions face à une situation d'alimentation qui peut être source de stress ;
- percevoir et réagir aux signaux internes et externes ;
- reconnaître ce qui est comestible et ce qui ne l'est pas ;
- comprendre et suivre les consignes ;
- formuler un but ;
- comprendre, planifier et intégrer les gestes moteurs nécessaires à la succion-déglutition, à la mastication, à la gestion du bolus, ainsi qu'aux ajustements posturaux, à la préhension, au contrôle précis des ustensiles et à la manipulation des couverts ;
- exécuter et calibrer les mouvements lors de la formation du bolus en bouche ;
- anticiper, réagir et mettre en place des stratégies et des manœuvres pour protéger les voies respiratoires ;
- juger du volume approprié du bolus, de la vitesse d'alimentation et du moment optimal pour amorcer la déglutition ;
- s'organiser ;
- s'adapter aux changements de texture ou de rythme à l'alimentation ;
- mettre en œuvre des solutions aux difficultés rencontrées ;
- contrôler les facteurs de risque ;
- et se rappeler des consignes quant aux textures et consistances convenues et indiquées au plan d'intervention,

toute altération de ces capacités peut engendrer des répercussions importantes à l'alimentation. Comme mentionné précédemment, les conséquences de la dysphagie peuvent être graves. Toutefois, lorsque cette dernière est associée à des difficultés cognitives, comportementales ou affectives, les risques liés à l'alimentation se complexifient et se potentialisent. L'impact de ces troubles sur la réalisation de l'activité de s'alimenter peut engendrer des conséquences majeures sur la santé des personnes dysphagiques. Cela peut inclure des risques de fausses routes, de malnutrition, de retard de croissance, ainsi que des répercussions sur la participation sociale et la qualité de vie. Chez les enfants, ces difficultés peuvent également compromettre leur développement global. Ainsi, il s'avère souvent essentiel d'évaluer les répercussions de ces troubles sur la capacité de la personne à s'alimenter de manière autonome, sécuritaire et efficace.



EN RÉSUMÉ,

dans une perspective de protection du public, il est essentiel de retenir que, lorsqu'une personne dysphagique présente une déficience ou une incapacité de sa fonction physique nécessitant une évaluation de la fonction NMS ou un trouble mental ou neuropsychologique, l'ergothérapeute dispose non seulement des connaissances et des compétences, mais est également habilité(e) à évaluer celle-ci. Son expertise lui permet de comprendre comment ces troubles affectent l'autonomie, la sécurité, l'efficacité, l'effort, l'engagement et la satisfaction de la personne à l'alimentation, à la prise de médicaments et à l'hygiène orale. Il est donc tout à fait pertinent qu'il ou elle réalise cette évaluation lorsqu'elle s'avère nécessaire dans le cadre de son intervention auprès de la personne dysphagique ou à risque de l'être.



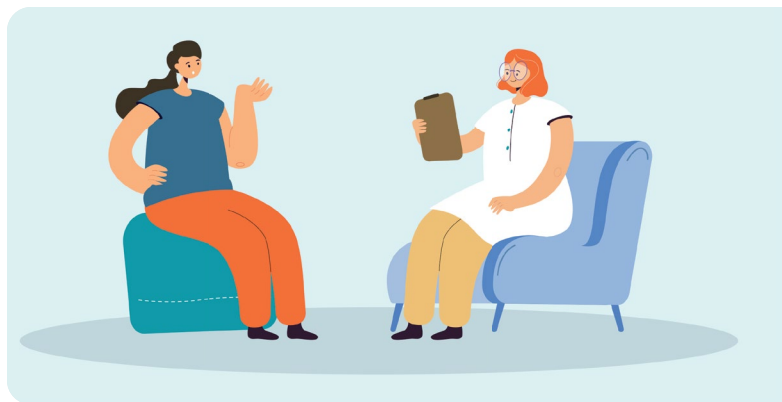
4

Démarche évaluative de l'ergothérapeute auprès d'une personne dysphagique ou à risque de l'être

4.1 Le consentement libre et éclairé : un processus collaboratif favorisant l'autodétermination

Dès le début de sa démarche, l'ergothérapeute évalue la capacité de la personne à consentir de manière libre et éclairée et s'assure qu'elle dispose de toutes les informations pertinentes pour exercer son choix. Au-delà des obligations légales et déontologiques, ce processus est fondamental, car il reflète les principes essentiels de la profession. L'ergothérapeute détermine l'étendue des informations nécessaires pour que la personne puisse prendre une décision éclairée, ainsi que le mode de communication le plus approprié pour faciliter sa compréhension. Il est d'ailleurs essentiel d'utiliser des approches et des technologies adaptées aux facteurs contextuels et aux besoins spécifiques du ou de la client(e) (Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie [ACORE], Association canadienne des programmes universitaires en ergothérapie [ACPUE] et Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2021). Si nécessaire, l'ergothérapeute peut recourir à des aides techniques¹² à la communication en fonction des capacités et des besoins de la personne. L'information fournie à la personne (ou à son ou sa représentante, le cas échéant) doit être complète et transparente, incluant une présentation détaillée de l'intervention, de ses risques et de ses bienfaits, des délais, ainsi que des solutions de rechange aux interventions proposées.

Le droit de la personne de refuser l'intervention est aussi clairement énoncé. En outre, l'ergothérapeute doit s'assurer que la personne comprend bien sa situation et l'information reçue : ces deux critères étant déterminants pour évaluer son aptitude à consentir. L'ergothérapeute met en place les moyens nécessaires pour vérifier la compréhension et la fiabilité des propos de la personne.



Évidemment, au-delà de l'obtention du consentement, l'ergothérapeute valide tout au long de sa démarche le maintien de ce dernier d'une manière qui convient au contexte de pratique (ACORE, ACPUE et ACE, 2021).

Par son approche adaptée et collaborative avec la personne, l'ergothérapeute offre l'espace nécessaire à celle-ci afin qu'elle puisse poser des questions, demander des clarifications et exprimer ses préoccupations. L'ergothérapeute s'assure d'établir et de maintenir une relation collaborative avec la personne et ses proches pour travailler à l'atteinte de priorités et d'objectifs signifiants (Egan et Restall, 2022). Une écoute attentive des expériences, préoccupations et désirs des personnes rencontrées est préconisée et contribue à améliorer l'efficacité des services (Bright, Rutherford, Kayes et McPherson, 2012, cité dans Egan et Restall, 2022).

L'autodétermination demeure au cœur de l'exercice de l'ergothérapie, qui reconnaît aux gens le droit de prendre des décisions qui ont une incidence sur leur vie (Egan et Restall, 2022). La dysphagie pouvant être associée à divers enjeux de sécurité, voire de complications sur le plan de la santé physique et mentale, il s'avère que des décisions et des choix complexes sont souvent

¹² Aide technique : appareil adapté ou spécialement conçu pour soutenir, maintenir ou remplacer une partie du corps ou une fonction déficiente, utilisé par une personne dans le but de compenser une incapacité en maximisant son autonomie. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-841-01W.pdf>

nécessaires à prendre pour la personne évaluée ou ses proches, le cas échéant. Il incombe ainsi à l'ergothérapeute de créer les conditions propices à la collaboration et à la participation pour la personne (et ses proches) à des processus décisionnels partagés.

4.2 Pratique culturellement sécuritaire et inclusive

À travers l'ensemble de sa démarche clinique, l'ergothérapeute déploie ses compétences culturelles et fait preuve de respect et d'humilité dans ses relations avec son ou sa cliente et ses proches (ACORE, ACPUE et ACE, 2021). L'ergothérapeute reconnaît que les valeurs, les croyances et les perceptions façonnent la compréhension pour la personne de sa situation de santé, de ses attentes en matière de soins et de ses réactions face aux évaluations et recommandations proposées. Il ou elle s'assure ainsi de ne pas imposer ses propres croyances, valeurs et attentes envers le ou la cliente, mais plutôt d'obtenir une compréhension juste du contexte culturel de la personne et de ses besoins, sachant que cela peut influencer comment celle-ci répondra à l'évaluation et aux interventions.

Cette conscience et cette sensibilité culturelle amènent ainsi l'ergothérapeute à rechercher toute information lui permettant de comprendre notamment la signification et le contexte de l'activité de s'alimenter pour la personne, sa famille et sa communauté, ce qui lui permet ainsi d'ajuster son plan d'évaluation et ses interventions.



Par exemple, l'ergothérapeute ne présumera pas que les aliments et les textures habituellement offerts lors des essais alimentaires sont culturellement appropriés pour son ou sa cliente. De même, la perception culturelle du contact physique avec autrui (p. ex. la palpation laryngée lors de l'évaluation clinique), la façon de s'alimenter (p. ex. l'utilisation des mains, l'absence d'ustensile, le recours au gobelet, biberon, fourchette ou baguette), la posture au repas (p. ex. assis(e) au sol), les routines (p. ex. le moment de la journée où le repas est habituellement consommé) et les rituels (p. ex. une célébration religieuse, des périodes de jeûne) seront pris en compte dans la planification de l'évaluation.



4.3 Évaluation clinique de la personne dysphagique ou à risque de l'être

Dépendamment de la situation clinique ou de son contexte de pratique, il est très courant que l'ergothérapeute reçoive une demande de service spécifiquement pour procéder à l'évaluation de la dysphagie et des habiletés fonctionnelles à s'alimenter chez une personne, qu'elle ait été soumise ou non à un dépistage¹³ de la dysphagie.

Il est également possible que, dans le cadre de ses fonctions auprès d'un(e) client(e), l'ergothérapeute suspecte une possible dysphagie et des enjeux de fonctionnement à l'alimentation et qu'il ou elle propose à la personne ou à ses proches de réaliser une évaluation. Il faut savoir que les ergothérapeutes interviennent dans une grande diversité de milieux cliniques et accompagnent déjà diverses clientèles confrontées à des défis variés dans l'accomplissement de leurs activités quotidiennes.

Par exemple, auprès de la clientèle âgée, l'ergothérapeute qui observe une perte d'autonomie fonctionnelle, incluant des difficultés de mobilité (transferts, déplacements, risques de chute), des altérations de la fonction musculaire (diminution de la masse, de la force, de l'endurance) compatibles avec une sarcopénie, ou encore des troubles cognitifs, s'interrogera sur une possible dysphagie et ses impacts sur l'alimentation, ces facteurs étant tous associés à sa présence (Chatindiara et al., 2018; Maeda et al., 2017; Wakabayashi, 2014).

¹³ Les tests de dépistage sont utilisés pour identifier la présence de dysphagie et peuvent varier en complexité et en durée. Ils déterminent la nécessité de procéder à une évaluation approfondie de la dysphagie en ergothérapie. Rinaldi, E., Avery, W., Hatlevig, J. et Bernard, S. (2024). *Adult feeding, eating and swallowing: Occupational therapy dysphagia management*. AOTA Press.

Pour l'ergothérapeute, l'évaluation clinique de la dysphagie, dite « au chevet », ne se limite pas à sa simple identification. En effet, l'évaluation des habiletés fonctionnelles réalisée par l'ergothérapeute permet d'arriver à une analyse distinguant les facteurs causaux associés aux difficultés à déglutir et s'alimenter, en plus de mettre en lumière leurs interactions mutuelles influençant de façon particulière le fonctionnement de la personne à l'alimentation, et ce, de façon contextualisée. Cette évaluation incontournable permet notamment à l'ergothérapeute :

- 1 de recueillir les informations nécessaires permettant d'identifier des causes sous-jacentes à la dysphagie et aux difficultés fonctionnelles à s'alimenter, que ce soit au regard :
 - des aptitudes (capacités/incapacités) sur les plans sensoriel, sensitif, moteur, perceptuel, cognitif, comportemental, respiratoire, etc. ;
 - des facteurs environnementaux (physique, social, culturel, institutionnel) ; et
 - des facteurs liés à l'activité de s'alimenter, s'hydrater, prendre sa médication ou réaliser ses soins bucco-dentaires, le cas échéant.
- 2 d'émettre une opinion sur le fonctionnement de la personne à l'alimentation par voie orale (p. ex. autonomie, sécurité, efficacité), dont les risques associés en fonction des habiletés fonctionnelles et sur le potentiel d'amélioration ou de réadaptation estimé ;
- 3 de déterminer si une évaluation complémentaire est requise, sachant que l'évaluation clinique ne permet pas de statuer sur la nature précise de la pathophysiologie ; et
- 4 de mettre en place des interventions appropriées afin d'optimiser le fonctionnement de la personne à l'alimentation, en matière d'autonomie, de sécurité, d'efficacité, d'effort, d'engagement et de satisfaction.

L'évaluation clinique réalisée par l'ergothérapeute comprend généralement une collecte d'informations à partir du dossier médical du ou de la cliente et de toute autre source pertinente (proches, soignant(e)s, autres professionnel(le)s de la santé). Elle inclut également une évaluation des prérequis à l'alimentation par voie orale et, si jugé approprié, un essai alimentaire ou une observation de repas.

Une évaluation fonctionnelle de la prise de la médication ou de l'hygiène buccale peut être également réalisée selon le raisonnement clinique du ou de la

professionnelle. L'ensemble de ces composantes est détaillé dans les sections 4.3.1 à 4.3.5.

La démarche de l'ergothérapeute est flexible quant au choix des paramètres évalués et des instruments de mesure utilisés, en fonction des besoins identifiés par la personne et ses proches ainsi que du contexte. Grâce à ses connaissances des pathologies et de leur présentation clinique, incluant les incapacités associées sur les plans sensoriel, sensitif, moteur, cognitif, comportemental, affectif et respiratoire, l'ergothérapeute est en mesure de formuler des hypothèses et de cibler les informations essentielles à l'élaboration de son plan d'évaluation. Celui-ci est systématiquement ajusté afin d'assurer une démarche sécuritaire pour la personne. Au besoin, l'ergothérapeute valide préalablement l'avis médical avant de procéder.

Formé spécifiquement à l'évaluation des habiletés fonctionnelles, l'ergothérapeute possède les compétences pour trianguler les informations recueillies lors de l'évaluation d'une personne dysphagique. Il ou elle est en mesure d'organiser, analyser et confronter toutes les données issues de son évaluation, puis de déterminer des liens de causalité entre celles-ci afin d'obtenir une compréhension juste du fonctionnement de la personne à l'alimentation. Son raisonnement clinique lui permet d'adapter sa démarche évaluative au fur et à mesure, en sélectionnant de manière judicieuse les méthodes et les instruments de mesure, tout en s'appuyant sur les données issues de la littérature scientifique. Deux revues systématiques soulignent d'ailleurs l'importance de recourir à des outils cliniques non instrumentaux valides et fiables pour l'évaluation de la dysphagie oropharyngée, tant chez les adultes que chez les enfants (Baijens et al., 2023 ; Heckathorn et al., 2016). Dans les deux populations, les auteur(trice)s insistent sur l'importance de baser l'évaluation sur des observations cliniques structurées et contextualisées, en intégrant le jugement clinique de la ou du professionnel. Ce constat renforce la pertinence de l'implication de l'ergothérapeute dans l'évaluation de la dysphagie, puisque sa démarche est fondée sur l'analyse fonctionnelle, l'observation directe en contexte réel et l'interprétation clinique des manifestations motrices, cognitives, sensorielles, affectives et comportementales influençant la capacité à s'alimenter. Ces résultats appuient ainsi le recours à une évaluation individualisée et multidimensionnelle, comme celle réalisée en ergothérapie, afin d'assurer une prise en charge sécuritaire, cohérente et centrée sur la personne. Dans sa démarche, l'ergothérapeute adopte une posture réflexive qui soutient l'ajustement constant de sa pratique, son alignement sur les données probantes, ainsi que la reconnaissance de ses propres biais, limites et zones d'incertitude dans des situations cliniques parfois complexes.

4.3.1 Collecte de données

La première étape de l'évaluation clinique repose sur la revue du dossier et l'entrevue menée auprès de diverses sources. Cette démarche permet à l'ergothérapeute de recueillir les informations essentielles pour alimenter son raisonnement clinique et adapter son intervention en fonction des risques identifiés.

C'est à cette étape que l'ergothérapeute prend note du diagnostic médical (confirmé ou suspecté), des conditions associées, des antécédents médicaux et personnels, de la médication, du plan de traitement nutritionnel ou de la diète prescrite, des résultats d'examen ou de tests de laboratoire, du niveau d'intervention médicale (niveau de soins). Il ou elle considère aussi la présence de facteurs de risque, tels que l'âge, les troubles cognitifs ou la polypharmacie, les données recueillies par d'autres professionnel(le)s et l'histoire de la dysphagie, incluant les symptômes rapportés et la perception des difficultés par la personne et ses proches. L'ergothérapeute s'intéresse évidemment aux changements dans le fonctionnement de la personne à l'alimentation, que ce soit, par exemple, au niveau des habitudes alimentaires (p. ex. évitement de certains aliments), de la manière de s'alimenter (p. ex. stratégies utilisées pour faciliter la déglutition) ou encore de l'effort, de l'efficacité, du confort ou de la satisfaction rapportés par la personne. Lorsque jugé pertinent, l'ergothérapeute peut recourir à un outil de dépistage validé afin de repérer une personne à risque de dénutrition et d'orienter celle-ci vers la ou le nutritionniste, ou à défaut vers le ou la médecin ou l'infirmier(ère) praticien(ne) spécialisé(e), pour la réalisation d'une évaluation nutritionnelle.

Cette vigilance contribue à prévenir la dénutrition et ses complications, en assurant une prise en charge précoce et concertée.



Les sphères pertinentes du profil occupationnel sont documentées en tenant compte de ses préférences, ses habitudes, ses routines, son contexte de vie et ses rôles, ainsi que de son niveau de fonctionnement global, et non uniquement à l'égard de l'alimentation.

Cela permet de situer l'activité de s'alimenter dans l'ensemble de son quotidien. En effet, divers facteurs, tels que l'agencement des activités quotidiennes et des occupations, ainsi que leur complexité (exigences), peuvent exercer une influence significative sur le fonctionnement lié à l'alimentation.



Par exemple, chez une personne âgée atteinte de la maladie de Parkinson, les capacités physiques et la performance motrice fluctuent au fil de la journée, notamment en fonction de l'effet de la médication, des tâches et des activités réalisées. Les activités plus exigeantes peuvent influencer son niveau d'énergie, son endurance et son contrôle moteur, ce qui peut affecter des fonctions essentielles à l'alimentation, telles que la déglutition, le contrôle postural (tronc et tête) et les mouvements des membres supérieurs et inférieurs.

De façon comparable, chez un enfant dystonique, les fluctuations du tonus musculaire et l'instabilité posturale peuvent varier selon l'environnement, la fatigue, l'état d'éveil ou les stimulations sensorielles. Ces variations s'expriment au fil des routines quotidiennes (p. ex. transitions entre les soins d'hygiène, les périodes de jeu actif ou de déplacement en fauteuil, les moments d'alimentation). L'accumulation des efforts ou des stimulations au cours de la journée peut altérer ses ressources motrices et attentionnelles au moment des repas. La capacité à maintenir une posture fonctionnelle, à coordonner les mouvements oraux et à initier les gestes moteurs nécessaires peut alors être compromise, affectant à la fois l'efficacité et la sécurité de l'alimentation.

Dans sa collecte de données, l'ergothérapeute prend aussi en considération les différents facteurs environnementaux pouvant influencer l'activité de s'alimenter, tels que le contexte de la prise des repas (incluant le type d'assistance offert à la personne s'il y a lieu, l'environnement social et physique), l'horaire des repas, la disponibilité des aliments et les facteurs socio-économiques pouvant influencer l'offre alimentaire.

L'entrevue auprès de la personne dysphagique permet à l'ergothérapeute de faire, dès le départ, des observations pertinentes concernant les aptitudes physiques, cognitives, affectives et respiratoires, ainsi que l'environnement. Ces éléments peuvent constituer des facteurs associés aux difficultés à l'alimentation et s'influencer mutuellement. En plus des symptômes de dysphagie rapportés par la personne ou ses proches, l'ergothérapeute reste à l'affût de tout signe ou indice pouvant être contributif ou conséquent à la présence de celle-ci, incluant des signes physiques de carences nutritionnelles (p.ex. : perte de poids involontaire, fatigue, faiblesse, perte musculaire) et de déshydratation (p.ex. : bouche, lèvres et langue sèches, sensation de soif, faiblesse, confusion, hypotension),

mais également des propos ou réactions exprimant une charge émotionnelle liée à l'alimentation, tels que la peur de s'étouffer, l'anticipation négative des repas ou encore le refus de manger ou de boire.

4.3.2 Évaluation des prérequis fonctionnels à l'alimentation orale

Un des rôles essentiels de l'ergothérapeute consiste à déterminer si les prérequis fonctionnels nécessaires à l'alimentation par voie orale sont présents, en fonction des risques identifiés. Pour ce faire, l'ergothérapeute doit évaluer les aptitudes (capacités/incapacités) sur les plans sensoriel, sensitif, moteur, respiratoire, perceptuel, cognitif, comportemental, affectif, les caractéristiques de l'environnement et prendre en compte les exigences inhérentes à l'activité de s'alimenter dans le contexte de la personne. Évidemment, l'ergothérapeute adapte toujours son évaluation en fonction de la situation clinique et des besoins identifiés.

Par exemple, dans certaines situations, l'ergothérapeute peut être appelé(e) à évaluer une personne qui ne s'alimente pas par voie orale afin de déterminer la présence des prérequis fonctionnels nécessaires à l'introduction ou à la reprise d'une alimentation par voie orale.

Dans d'autres circonstances, l'ergothérapeute pourrait évaluer une personne qui s'alimente déjà par voie orale, mais pour laquelle des doutes subsistent quant à la présence des prérequis, c'est-à-dire les habiletés fonctionnelles nécessaires au maintien d'une alimentation sécuritaire et satisfaisante. L'ergothérapeute assure une surveillance continue et ajuste son plan d'évaluation en fonction de la stabilité médicale ainsi que des changements observés pendant l'évaluation (p. ex. niveau de vigilance, confusion, positionnement, fatigue, fréquence respiratoire, signes cliniques de fausse route) (Rinaldi et al., 2024).

En pratique clinique, l'apport de l'ergothérapeute est déterminant pour juger si un essai alimentaire ou une observation de repas peut être réalisé de manière sécuritaire. Cette décision repose sur l'évaluation des prérequis fonctionnels à l'alimentation orale et nécessite une analyse approfondie de l'ensemble des facteurs influençant la capacité de la personne dysphagique à s'alimenter de façon sécuritaire et efficace.

Prérequis liés aux aptitudes physiques

En contexte de dysphagie, il va de soi que les prérequis à une déglutition sécuritaire et efficace concernent tout particulièrement la sphère oro-pharyngo-laryngée (OPL). L'évaluation clinique de ses composantes est souvent désignée sous les termes «évaluation

orale motrice» ou «évaluation du mécanisme oral périphérique (MOP)». Celle-ci permet d'évaluer plusieurs composantes permettant à l'ergothérapeute de documenter les aptitudes (capacités/incapacités) pouvant influencer la fonction de déglutition. L'évaluation du MOP inclut une inspection des structures de la cavité orale (incluant la dentition [naturelle ou prothétique], l'occlusion dentaire, les freins linguaux, la configuration du palais dur/mou et l'hygiène orale) et de l'oropharynx (incluant l'observation d'amygdales palatines hypertrophiées chez le jeune enfant), la qualité de la respiration nasale au repos, une évaluation des réflexes oraux et posturaux, du contrôle, de la force et de la mobilité des muscles de la bouche (lèvres, joues, langue, mandibule), du contrôle salivaire et de la fonction sensorimotrice (liée aux nerfs crâniens impliqués dans la déglutition).

La capacité de déglutition étant tributaire notamment de l'intégrité de la fonction neuromusculosquelettique, l'évaluation de ses composantes, auparavant décrite à la section 3.2.1, s'avère souvent essentielle dans la détermination des prérequis fonctionnels physiques à une alimentation par voie orale.

Cette évaluation fournit à l'ergothérapeute des informations essentielles sur divers aspects, tels que la sensibilité, la fonction musculaire (motricité, force, tonus), l'endurance, ainsi que la présence de réflexes pouvant interférer avec le contrôle oral moteur nécessaire à une mastication et une déglutition (ou succion-déglutition) efficaces (Smith, 2017). Elle permet également d'examiner les paramètres susceptibles d'influencer, de près ou de loin, le fonctionnement à l'alimentation.

L'évaluation de la fonction NMS ne se limite pas à la fonction oro-pharyngo-laryngée; elle inclut également la fonction des membres supérieurs et inférieurs et du rachis vertébral. Cela permet à l'ergothérapeute d'analyser les interrelations entre les différents segments corporels et leur influence sur des aspects fonctionnels clés, comme la déglutition. En effet, l'efficacité et la sécurité de la déglutition reposent sur bien plus que la seule force et fonction de la musculature oro-pharyngo-laryngée. Par exemple, le positionnement de la tête et du cou ainsi que la posture jouent un rôle déterminant dans la capacité d'une personne à déglutir de manière sécuritaire. D'ailleurs, les individus présentant des difficultés de déglutition ou d'alimentation sont plus susceptibles de nécessiter un support postural et des mesures de positionnement, particulièrement en présence d'atteintes neurologiques (Duveststein et Lambert, 2015), lesquelles, rappelons-le, représentent la cause la plus fréquente de dysphagie. Plus l'atteinte neurologique est sévère, plus la probabilité de rencontrer

des difficultés lors de l'alimentation et de nécessiter une ou plusieurs aides techniques à la posture est élevée (Duvestein et Lambert, 2015).

Sachant que la déglutition peut être significativement affectée par un problème de positionnement, l'évaluation de ce dernier et de ses répercussions sur le fonctionnement à l'alimentation constitue une composante clé de l'évaluation clinique de la personne dysphagique. Celle-ci permet d'examiner en détail les interactions sur le plan biomécanique influençant la déglutition, le contrôle et la fonction respiratoire, ainsi que les habiletés motrices nécessaires à l'alimentation. Par exemple, un soutien et un contrôle postural suffisants sont des conditions préalables importantes pour l'introduction ou la reprise des aliments solides, car le contrôle moteur du tronc et du cou est nécessaire pour soutenir les compétences motrices fines requises en phase orale, comme la mastication (Groher et Crary, 2021 ; Korth et Rendell, 2015). De même, la stabilité de la mâchoire est un préalable au contrôle de la langue et des lèvres. Chez le jeune bébé, la qualité de la succion est tributaire du développement de la stabilité posturale, parallèlement à l'intégration des réflexes oraux. Ainsi, toute modification du positionnement peut avoir des effets immédiats sur la fonction orale motrice.

En ce qui concerne la fonction des membres supérieurs (amplitude articulaire, force, tonus musculaire, coordination, proprioception, dextérité), celle-ci peut également influencer le positionnement à l'alimentation, puis engendrer des répercussions sur la physiologie de la déglutition. En effet, une anomalie de mouvement au membre supérieur influence les mouvements du tronc, de la tête, du visage, de la langue et du pharynx, réduisant ainsi la capacité du ou de la cliente à avaler en toute sécurité (Smith, 2025). L'interinfluence d'éléments de la fonction NMS en contexte de dysphagie est d'ailleurs illustrée à l'annexe.

L'endurance¹⁴ est également un prérequis important à évaluer, car une diminution de celle-ci peut entraîner une fatigue des muscles impliqués dans la déglutition, réduisant ainsi l'efficacité des contractions musculaires nécessaires pour déplacer le bol alimentaire de la bouche vers l'estomac. Cela peut compliquer le maintien d'une posture adéquate et l'alimentation autonome. En outre, une faible endurance peut nuire à la coordination

entre les phases de respiration et de déglutition, ainsi qu'à la maîtrise du contrôle respiratoire, augmentant ainsi le risque d'aspiration. À travers sa démarche, l'ergothérapeute établit des liens entre la fonction musculaire et les aptitudes respiratoires, incluant la capacité à produire la voix ainsi que la toux et le dérhumage volontaires ou réalisés sur demande. L'évaluation clinique de l'ergothérapeute se concentre aussi sur les mécanismes de protection des voies respiratoires, sachant qu'ils peuvent être influencés par diverses atteintes de la fonction NMS et qu'ils sont essentiels à la faisabilité des essais alimentaires. Par exemple, une posture cyphotique et affaissée peut limiter le mouvement diaphragmatique et réduire la capacité de toux, ce qui peut compromettre la capacité à dégager les voies respiratoires et ainsi accentuer significativement les risques à l'alimentation. De même, la présence d'une canule de trachéotomie perturbe souvent la dynamique sensorimotrice de la déglutition, notamment en altérant la coordination entre la respiration et la déglutition, ainsi qu'en réduisant la sensibilité laryngée. Cela peut entraîner une diminution de la capacité à gérer les sécrétions et à protéger les voies respiratoires, augmentant ainsi le risque de pénétration ou d'aspiration (Rinaldi et al., 2024).

Dans certains cas, l'ergothérapeute peut juger pertinent d'effectuer une évaluation sensorielle permettant de statuer sur la présence d'une hypo ou une hyper réactivité sensorielle (texture, dureté, goût, odeur, température et apparence des aliments) et de l'impact sur le fonctionnement de la personne à l'alimentation, sachant que ce facteur peut engendrer des problèmes importants de déglutition. En effet, les enfants dysphagiques présentent fréquemment un trouble d'alimentation pédiatrique¹⁵

où des difficultés de traitement de l'information sensorielle peuvent être en cause (Goday et al., 2019). Plusieurs études ont démontré que la majorité des enfants consultant pour des troubles du comportement à l'heure des repas présentent également d'autres difficultés associées, telles que des troubles de la motricité orale ou du traitement sensoriel (Goday et al., 2019).



14 L'évaluation de l'endurance est incluse dans l'évaluation de la fonction neuromusculosquelettique, activité réservée à l'ergothérapeute, en partage avec le ou la physiothérapeute, chez la personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique.

15 Le trouble d'alimentation pédiatrique se définit comme une prise alimentaire orale altérée qui n'est pas appropriée pour l'âge développemental et qui est associée à des conséquences aux niveaux médical, nutritionnel, psychosocial et fonctionnel (habiletés à l'alimentation). Traduction libre de la définition consensuelle proposée par Goday et ses collaborateurs (2019).



Par ailleurs, les stimulations sensorielles vécues dès la petite enfance (p. ex. textures, odeurs, températures) sont fondamentales dans la maturation des habiletés motrices orales et la coordination de la déglutition (Korth et Rendell, 2015). L'exploration orale autonome et/ou la stimulation orale non nutritive observée chez les nourrissons ou les jeunes bébés contribueront à la mise en place des habiletés sensorimotrices nécessaires à la gestion de textures plus complexes. De plus, des stimulations ciblées des systèmes sensoriels peuvent moduler la réponse neuromusculaire et favoriser une déglutition plus fonctionnelle (Korth et Rendell, 2015).

Une hyper réactivité peut entraîner un refus marqué des aliments de certains goûts, textures, odeurs ou températures, tandis qu'une hypo réactivité peut se traduire par une mastication inefficace, nuire à la formation et à la propulsion du bolus, entraîner un rythme d'alimentation trop rapide ou provoquer une accumulation de nourriture en bouche. Ces manifestations augmentent les risques d'étouffement ou d'aspiration. De plus, ces particularités sensorielles peuvent compromettre la synchronisation du réflexe de déglutition, rendant l'activité de s'alimenter plus complexe et à risque. Toutefois, tous les enfants présentant un trouble d'alimentation pédiatrique ne présenteront pas de dysphagie, ce que l'ergothérapeute pourra déterminer au terme de son évaluation.

Prérequis liés aux aptitudes perceptives, cognitives, comportementales et affectives

Pour de nombreuses clientèles, notamment celles ayant des atteintes ou des anomalies du développement des fonctions cérébrales, les répercussions fonctionnelles peuvent être associées non seulement aux aptitudes physiques (incapacités) liées à la fonction NMS, mais également à d'autres facteurs comme les aptitudes perceptives, cognitives, comportementales et affectives, ainsi que les caractéristiques de l'environnement.

Ces facteurs, qui s'influencent mutuellement, doivent être considérés simultanément par l'ergothérapeute, et ce, pour toutes les clientèles. Par exemple, il est démontré qu'être orienté et capable de suivre des consignes verbales simples fournit des indications sur les probabilités d'aspiration (Leder et al., 2009). De plus, en ce qui concerne la clientèle pédiatrique, il est bien établi que les troubles d'alimentation pédiatrique sont souvent multifactoriels, influencés non seulement par des facteurs sur les plans sensoriel et moteur, mais également aux niveaux affectif, comportemental et environnemental. L'ergothérapeute est fréquemment sollicité(e) pour évaluer l'enfant et analyser les causes sous-jacentes au dysfonctionnement à l'alimentation. Les expert(e)s s'entendent d'ailleurs pour dire que l'évaluation des habiletés fonctionnelles à l'alimentation constitue un aspect critique dans la planification d'interventions appropriées (Goday et al., 2019).

Dans le but de déterminer la présence des prérequis à une alimentation sécuritaire, l'ergothérapeute s'assure donc d'évaluer l'impact des composantes perceptives, cognitives, comportementales et affectives sur la fonction de déglutition. Cette évaluation est omniprésente tout au long de sa démarche d'évaluation clinique.

À l'issue de cette étape du processus d'évaluation, l'ergothérapeute peut conclure que la personne ne présente pas les habiletés fonctionnelles (prérequis) nécessaires pour procéder à un essai alimentaire en toute sécurité. À l'inverse, l'ergothérapeute peut juger qu'un essai alimentaire, voire l'observation de repas, est pertinent et sécuritaire, sous réserve du respect de certaines conditions concernant la manière de s'alimenter ou d'être alimenté(e). Ces conditions, résultant de l'évaluation de l'ergothérapeute, sont ensuite discutées avec le ou la cliente, avec ses proches (le cas échéant) ou son ou sa représentant(e), ainsi qu'avec les membres de l'équipe interdisciplinaire impliquée. Ceci inclut :

- le positionnement (une position appropriée réduit au minimum le risque d'aspiration, optimise la fonction buccale et favorise le transit œsophagien (Rinaldi et al., 2024));
- les caractéristiques des aliments incluant la texture, la consistance, la dureté, la température, le goût et le volume de la bouchée/gorgée jugées sécuritaires;
- les techniques d'assistance à l'alimentation;
- les manœuvres compensatoires (p. ex. technique de déglutition);
- l'utilisation d'aides techniques et/ou d'un outil alimentaire spécifique;
- la modification/adaptation de l'environnement, etc.

4.3.3 Essais alimentaires et observation de repas

L'évaluation des habiletés fonctionnelles par l'observation de repas ou du boire est une étape charnière de la démarche de l'ergothérapeute, car elle lui offre la possibilité d'évaluer spécifiquement le fonctionnement de la personne lorsqu'elle s'alimente, dès la phase pré-orale¹⁶ de la déglutition. Bien qu'extérieure au processus physiologique interne, cette observation permet néanmoins de recueillir des informations cliniques utiles sur les différentes phases de la déglutition, grâce à l'interprétation de signes fonctionnels observables (Avery, 2014).

Par exemple, la présence de résidus alimentaires dans la bouche, une toux réflexe, des modifications vocales post-déglutition ou encore des signes de fatigue ou d'effort accru (p. ex. changement respiratoire, bruits à la respiration (ronchonnement, stridor)) peuvent orienter l'ergothérapeute vers des hypothèses sur des perturbations possibles de la phase orale ou pharyngée. Certains indices peuvent soulever aussi l'hypothèse de la présence d'un reflux gastro-œsophagien (RGO), d'une sténose œsophagienne ou d'autres troubles pouvant également perturber le processus de déglutition. Cette capacité à détecter des indices indirects constitue un volet essentiel de l'évaluation clinique de la déglutition. Sa nature dynamique permet de saisir de manière unique les capacités réelles de la personne et sa manière de s'alimenter dans un contexte donné, tout en offrant la possibilité de contrevalider l'histoire alimentaire ou les signes cliniques rapportés avec ceux observés directement.

Il arrive qu'avant de procéder à une observation de repas l'ergothérapeute préfère débiter par des essais alimentaires, où des quantités définies d'aliments aux caractéristiques ciblées (p. ex. consistance, texture, dureté, volume, température) sont proposées à la personne de manière graduée, en suivant un protocole défini ou non. En observant la réponse, par exemple à différentes caractéristiques des aliments, l'ergothérapeute affine sa compréhension des déficiences sous-jacentes, parfois peu apparentes hors d'un contexte alimentaire ciblé (Avery, 2014). Cette étape intermédiaire permet de déterminer la pertinence et le moment opportun pour réaliser l'observation de repas, sachant que cette activité est plus exigeante et complexe pour la personne dysphagique.



Lorsque la personne est en mesure de verbaliser son expérience, l'ergothérapeute tient compte des perceptions qu'elle rapporte au sujet de son alimentation (p. ex. inconfort, sensation de blocage, besoin de se racler la gorge, difficulté à initier une déglutition). Ces commentaires subjectifs, recueillis avant, pendant ou après le repas, enrichissent l'interprétation clinique de l'ergothérapeute en lui fournissant des indices supplémentaires sur les phases de la déglutition susceptibles d'être altérées, ainsi que sur la pathophysiologie sous-jacente (Smith, 2025). L'intégration du point de vue de la personne permet ainsi une évaluation plus nuancée et centrée sur l'expérience vécue.

Pour l'ergothérapeute, l'observation de repas dépasse largement la simple détection de signes de dysphagie associés à l'ingestion d'aliments de différentes textures et consistances, ou de difficultés à porter les ustensiles à la bouche, ce qui s'apparente davantage à une appréciation du fonctionnement à l'alimentation. Bien que cette évaluation puisse sembler simple à première vue, elle est en réalité complexe.

L'ergothérapeute offre une compréhension distinctive des difficultés de fonctionnement liées à l'alimentation en identifiant les facteurs sous-jacents et en analysant leurs interactions ainsi que leurs répercussions fonctionnelles, notamment sur le processus de déglutition. Cette analyse constitue une étape clé pour élaborer des interventions appropriées, ciblées et personnalisées, en tenant compte des forces et des capacités résiduelles de la personne.

¹⁶ La phase pré-orale réfère à la toute première étape du processus d'alimentation. Bien qu'elle précède l'introduction des aliments en bouche, elle est fonctionnelle, mobilisant à la fois les systèmes sensoriels, moteurs et cognitifs. Cette phase comprend notamment l'anticipation sensorielle des aliments et des mouvements préparatoires à l'alimentation. Elle permet d'ailleurs d'observer la motivation à s'alimenter, les habiletés motrices, le contrôle postural et le positionnement, le traitement sensoriel et les réactions oro-motrices anticipatoires (Avery, 2014).

Dans le cadre de son évaluation des habiletés fonctionnelles par observation de repas, l'ergothérapeute relève une multitude de facteurs influençant le fonctionnement à l'alimentation. Elle ou il peaufine notamment l'évaluation de la fonction neuromusculosquelettique, en se concentrant sur des éléments tels que la fonction orale motrice, le positionnement, le tonus musculaire, la coordination, la dextérité, l'endurance et d'autres facteurs clés, et ce, de manière continue pour en comprendre les impacts (p. ex. une faiblesse orale motrice peut entraîner des résidus alimentaires en bouche). L'ergothérapeute analyse leurs interrelations et leurs impacts fonctionnels, car l'activité quotidienne de s'alimenter implique des mouvements précis et une coordination de nombreux groupes musculaires, soutenus par un contrôle moteur global et une stabilité motrice (Korth et Rendell, 2015).



Par exemple, l'ergothérapeute peut mettre en lumière que les efforts déployés pour maintenir un contrôle postural optimal exercent un effet négatif sur la stabilité des structures oro-pharyngo-laryngées nécessaires à une coordination sécuritaire lors de la déglutition. Chez le nourrisson, l'ergothérapeute peut constater que les habiletés orales motrices ne permettent pas une prise au biberon efficace, engendrant une incoordination entre la succion, la déglutition et la respiration, augmentant ainsi le risque de fausse route.

Des éléments comme le modèle de biberon, la forme et/ou le débit de la tétine, l'angle d'inclinaison de la bouteille lors de l'alimentation ou encore la consistance du liquide ingéré ont un impact significatif sur le développement des habiletés orales motrices du jeune enfant. Ces facteurs influencent directement l'efficacité, l'effort requis et la sécurité de l'alimentation actuelle ainsi que la transition future vers les textures solides.

Lorsqu'une alimentation non orale est maintenue sur une longue période, comme chez certains enfants dysphagiques, des retards développementaux dans les habiletés d'alimentation peuvent survenir en raison d'un manque d'expérience, entraînant par conséquent un apprentissage limité des habiletés motrices associées à l'acte de s'alimenter (Korth et Rendell, 2015).

L'ergothérapeute peut également documenter l'interaction entre la respiration et la déglutition en observant la saturation en oxygène, la régularité du



rythme respiratoire et l'effort déployé en fonction des exigences de l'activité fonctionnelle.

En plus de prendre en compte les aptitudes et les incapacités sur le plan physique, l'ergothérapeute considère les aptitudes perceptives, cognitives, comportementales et affectives et leur impact sur la capacité à déglutir et à s'alimenter. Par exemple, l'ergothérapeute, à travers l'observation de repas, recueille des informations qui lui permettent de comprendre la nature des enjeux sensoriels ainsi que les composantes émotionnelles, comportementales et cognitives ayant un impact sur le fonctionnement à l'alimentation, comme le rythme à l'alimentation. Ainsi, l'ergothérapeute analysera comment, par exemple, la capacité attentionnelle à la tâche, la conscience de soi, la modulation et la discrimination sensorielles, le contrôle oculomoteur, la perception visuospatiale, les habiletés praxiques, langagières et auditives, ainsi que l'autorégulation influencent le fonctionnement au repas.

La congruence entre les capacités de la personne et les demandes, exigences et ressources de l'environnement est également analysée. Les facteurs environnementaux sont soigneusement pris en compte pour leur influence sur le fonctionnement à l'alimentation, qu'il s'agisse d'éléments liés à l'environnement social (type d'assistance offerte et qualité des interactions, présence ou absence de proches...), à l'environnement physique (stimuli visuels, auditifs, olfactifs), aux caractéristiques des aliments proposés (texture, consistance, dureté, forme, volume, température, goût), au mobilier et à l'aménagement de l'espace (technologies d'assistance disponibles...), au culturel (valeurs, croyances, rituels à l'alimentation...) ou à l'organisationnel (horaires des repas, menus déterminés, accès à du personnel de soutien formé...). Par exemple, l'ergothérapeute peut observer que le type d'assistance offert à une personne dysphagique n'est pas adapté à ses capacités attentionnelles et de traitement de l'information, ce qui affecte la sécurité de la déglutition. De même, un repas proposé à domicile offrant un ou des aliments croquants peut être jugé comme trop exigeant pour une personne présentant de l'impulsivité, une diminution de jugement et d'anticipation des risques.



Spécificités pédiatriques dans l'observation de repas

Chez l'enfant, et plus particulièrement chez le nourrisson et le jeune enfant, les enjeux liés à la dysphagie prennent une dimension particulière, car ils interagissent étroitement avec des facteurs développementaux et environnementaux spécifiques. L'ergothérapeute porte une attention particulière à des aspects tels que :

- la maturation neurodéveloppementale globale, incluant la régulation sensorielle, le tonus postural et la coordination orale motrice ;
- la posture, la configuration de l'environnement et la qualité de l'interaction aidant-enfant pendant l'alimentation ;
- l'intégration des réflexes primitifs et la progression vers des patrons moteurs matures ;
- l'interprétation des signes cliniques de l'enfant par le parent (p. ex. satiété, réaction sensorielle, fatigue, effort respiratoire) ;
- la capacité à soutenir une attention conjointe et à interagir avec l'adulte lors des repas ;
- l'impact des troubles du comportement (opposition, évitement, hypersensibilité sensorielle) sur la sécurité des prises alimentaires ;
- l'acceptation de nouvelles textures et l'exploration alimentaire.

L'observation de repas chez l'enfant permet à l'ergothérapeute d'analyser de manière fine les liens entre ces facteurs et le fonctionnement à l'alimentation. Cette analyse soutient l'élaboration d'interventions adaptées aux besoins individuels de l'enfant, tout en intégrant ses environnements relationnel et quotidien.



Enfin, l'ergothérapeute considère le caractère quotidien et répétitif de l'alimentation et tient compte de l'agencement de cette activité au fil de la journée selon les habitudes de la personne.

Le fonctionnement à l'alimentation peut en effet varier en fonction de divers facteurs, tels que le moment du repas, l'heure de prise des médicaments ou encore les activités précédant ou suivant le repas, qui peuvent être exigeantes sur les plans physique ou cognitif. De même, l'accumulation de stress environnementaux doit être prise en compte en raison de l'impact potentiel sur le fonctionnement, notamment par l'émergence de comportements de résistance, comme cela peut, par exemple, être observé chez certaines personnes âgées atteintes d'un trouble neurocognitif majeur.

Selon la situation et la condition de la personne dysphagique, les capacités et incapacités peuvent fluctuer, ce qui inclut les risques associés à l'alimentation. Ainsi, l'ergothérapeute peut estimer pertinent d'observer plus d'un repas ou collation, et ce, à différents moments de la journée (déjeuner, dîner, souper) et dans divers milieux de vie (p. ex. garderie, cafétéria d'école, salle à manger d'une résidence). Cette approche globale permet d'obtenir un portrait plus précis et réaliste des défis rencontrés par la personne dysphagique dans son fonctionnement quotidien. Il importe également de tenir compte du lieu dans lequel se déroule l'évaluation. En effet, le fonctionnement observé peut différer selon que la personne est évaluée dans son milieu de vie habituel ou dans un contexte institutionnel (p. ex. centre hospitalier, résidence, milieu scolaire), en raison de variations dans les repères, environnements physique, social ou organisationnel. L'ergothérapeute ajuste ainsi son analyse afin d'éviter une surestimation ou une sous-estimation des capacités fonctionnelles à l'alimentation.

4.3.4 Prise de la médication

Comme évoqué précédemment, la dysphagie peut entraîner des répercussions fonctionnelles non seulement sur l'alimentation et l'hydratation, mais aussi sur la prise de médicaments. Il va de soi que l'ergothérapeute procède à l'ÉHF lorsqu'elle le juge nécessaire, dans le cadre de cette activité pouvant comporter des risques importants de préjudices.

Les ergothérapeutes ont autorisation, par règlement, et ce, depuis 2009, à administrer des médicaments ou autres substances par voie orale lors de l'évaluation des habiletés fonctionnelles d'une personne ou dans le cadre d'un entraînement à l'autonomie, ce qui est notamment le cas lors de l'évaluation et de la mise en œuvre des interventions chez la clientèle dysphagique (OEQ, 2009). Tout comme pour l'ingestion des aliments, l'ergothérapeute statue sur la présence des prérequis fonctionnels, lesquels dépendent notamment de la forme de la médication (liquide ou solide, taille, possibilité de la réduire en poudre, etc.), avant de déterminer si la prise de médication par voie orale est possible et sous quelles conditions.

La collaboration avec un ou une pharmacienne peut être requise, notamment quant aux choix et alternatives possibles à l'égard de la forme de la médication (comprimé, capsule, liquide, poudre). Lorsque l'évaluation révèle qu'une assistance est requise, les médicaments doivent être administrés tel que le prévoit l'ordonnance. À cet effet, l'ergothérapeute peut

signaler à la personne prescriptrice des modifications aux paramètres de la prescription qui faciliteraient la déglutition (OEQ, 2009) et le fonctionnement de la personne à la prise de la médication.

4.3.5 Hygiène orale

L'évaluation par l'ergothérapeute de la capacité à réaliser l'hygiène orale en contexte de dysphagie permet, au même titre que l'observation de repas ou de la prise de médication, d'observer les capacités de la personne dysphagique directement dans l'action, tout en tenant compte de l'influence de l'environnement et du contexte. L'ergothérapeute procède souvent à cette évaluation avant l'essai alimentaire ou l'observation de repas, afin non seulement d'offrir une stimulation sensorielle et motrice en préparation à l'alimentation et de prévenir l'aspiration d'éléments pathogènes présents en bouche, mais aussi pour examiner des aspects de la fonction orale motrice, tels que le contrôle salivaire et la gestion des sécrétions (Boop et Smith, 2017; Clark et al., 2007; Avery, 2017; Rinaldi et al., 2024; Sato E. et al., 2014). Il n'est d'ailleurs pas rare que l'évaluation des habiletés fonctionnelles à l'hygiène orale révèle des signes de dysphagie (Sato E. et al., 2014), même si celle-ci n'a pas été précédemment signalée.

Il est largement reconnu dans la littérature scientifique qu'une perte d'autonomie fonctionnelle est associée à une mauvaise santé bucco-dentaire (Chew et al., 2023; Koga et al., 2024; Kotronia et al., 2019). Des incapacités ou un déclin des capacités physiques et cognitives peuvent limiter grandement la capacité d'une personne à accomplir de manière autonome le brossage des dents, ce qui est évidemment évalué en ergothérapie. Une mauvaise hygiène orale peut également être aggravée lorsque le nettoyage naturel assuré par la musculature orale est compromis en raison d'une faiblesse ou d'une autre atteinte de la fonction orale motrice (Rinaldi et al., 2024). L'assistance dans les soins bucco-dentaires peut s'avérer un défi important pour les aidant(e)s, particulièrement en présence de comportements jugés difficiles. À ce titre, plusieurs enfants, ou même certains adultes, présentant une hyperréactivité buccale peuvent manifester un refus marqué de se brosser ou de se faire brosser les dents. Cette sensibilité accrue peut compromettre l'hygiène bucco-dentaire quotidienne et nuire à la collaboration lors des soins dentaires. À cet égard, les ergothérapeutes jouent déjà un rôle actif auprès d'une clientèle variée pour soutenir l'autonomie et adapter les soins en fonction des enjeux de fonctionnement liés à l'hygiène



orale (Avery, 2017; Como et al., 2021; Castaño Novoa et al., 2023; Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO], 2020; Sheth et Altre, 2024). Leur rôle à l'égard de l'autonomie fonctionnelle leur permet d'accompagner les populations rencontrant des obstacles aux soins dentaires, notamment les personnes âgées, les enfants et les personnes présentant des déficiences et incapacités, ainsi que celles en processus de réadaptation à la suite d'une maladie ou d'une blessure (Tse et al., 2025).

La recherche démontre aussi une corrélation positive entre une mauvaise hygiène bucco-dentaire et l'incidence de dysphagie oropharyngée, ce qui entraîne souvent une aspiration répétée de bactéries buccales dans les poumons (Brochier et al., 2018). Ainsi, l'évaluation de l'hygiène orale revêt une importance capitale pour identifier les risques liés aux difficultés à effectuer adéquatement les soins de bouche. Une hygiène orale insuffisante ou une dépendance pour ce soin sont en effet des facteurs reconnus comme augmentant le risque de pneumonie d'aspiration (Hibberd et al., 2013; Langmore et al., 2002; Langmore et al., 1998). Une mauvaise hygiène buccale ne se limite pas à accroître les risques d'infection des voies respiratoires.

L'accumulation de plaque et de bactéries peut également entraîner des infections buccales, de la gingivite ou des caries, rendant la mastication et la déglutition plus douloureuses et difficiles. La littérature souligne clairement que des soins bucco-dentaires réguliers constituent une composante essentielle de tout programme de prise en charge de la dysphagie (Hibberd et al., 2013; Langmore et al., 2002; Langmore et al., 1998). L'ergothérapeute repère les enjeux fonctionnels liés à l'hygiène bucco-dentaire et propose des interventions adaptées. Il ou elle contribue notamment à la mise en place de programmes d'hygiène dentaire adaptés aux personnes dysphagiques, en collaboration avec les dentistes, les hygiénistes dentaires et le personnel infirmier. Il ou elle peut également consulter ses collègues en nutrition clinique qui peuvent formuler des recommandations considérant l'impact de la diète actuelle sur la santé orale (AIIAO, 2020).

4.3.6 Conclusion de l'évaluation clinique

À l'issue de son évaluation clinique auprès de la personne dysphagique et à la lumière de son analyse, l'ergothérapeute détermine, en collaboration avec la personne dysphagique, ses proches et l'équipe interdisciplinaire, la pertinence de poursuivre avec une

évaluation complémentaire, telle qu'une évaluation instrumentale (p. ex. vidéofluoroscopie). Il ou elle peut également proposer un plan d'intervention adapté à la situation qui sera discuté avec la personne dysphagique, ses proches ou la personne représentante, le cas échéant.

Il est important de mentionner que, dans la majorité des cas, l'anamnèse précise combinée à l'évaluation clinique détaillée pourrait suffire à se prononcer sur le type de dysphagie sans avoir à recourir à une évaluation instrumentale, comme le suggère Spieker (2000, cité dans Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS], 2025). Cela dit, le recours à une telle évaluation repose sur le jugement clinique professionnel, fondé sur l'analyse des besoins de la personne. Lorsqu'une évaluation instrumentale est envisagée, une décision concertée au sein de l'équipe interdisciplinaire est encouragée afin d'assurer une prise en charge cohérente et sécuritaire.

4.4 Évaluation instrumentale

L'évaluation instrumentale constitue une étape complémentaire parfois nécessaire dans la démarche de l'ergothérapeute pour établir des conclusions sur les habiletés fonctionnelles du ou de la client(e) à s'alimenter, incluant la sécurité et l'efficacité de la déglutition, et déterminer les interventions appropriées. Cette évaluation peut être suggérée lorsque la nature du problème de déglutition (dont la pathophysiologie) n'a pu être identifiée spécifiquement, que des questionnements demeurent à la suite de l'évaluation clinique à l'égard de la sécurité et la fonctionnalité de la déglutition ou que des questionnements ou des recommandations émanent à l'égard des interventions thérapeutiques à mettre en place. Elle ne devrait être réalisée que lorsqu'elle est justifiée cliniquement et lorsque ses résultats sont susceptibles d'influencer la prise en charge (Scharitzer et al., 2025).

L'évaluation instrumentale permet également à l'ergothérapeute d'objectiver et, dans certains cas, de quantifier les répercussions fonctionnelles observées cliniquement, ce qui contribue à affiner le raisonnement clinique et à mieux cibler les interventions. Il est important de rappeler que l'analyse effectuée par l'ergothérapeute repose sur une lecture propre à son champ d'exercice, orientée sur les habiletés fonctionnelles. Elle ne se substitue pas à l'analyse d'un(e) autre professionnel(le), mais y apporte une

contribution spécifique et complémentaire. L'évaluation instrumentale de la dysphagie oropharyngée devrait d'ailleurs s'inscrire dans une démarche interdisciplinaire (INESSS, 2025).

Les deux types d'évaluation instrumentale les plus courants en clinique sont la vidéofluoroscopie de la déglutition¹⁷ et l'évaluation endoscopique de la physiologie de la déglutition, plus couramment appelée naso-endoscopie de la déglutition¹⁸.

En ce qui a trait au choix de l'examen instrumental, outre les ressources disponibles, l'ergothérapeute prend en compte les critères préalables à la procédure ainsi que les buts, avantages et inconvénients pour chaque type d'évaluation instrumentale. Par exemple, l'ergothérapeute qui souhaite évaluer les processus anatomophysiologiques pour toutes les phases de la déglutition en relation aux symptômes et aux données relevées à l'évaluation clinique pourrait recommander une vidéofluoroscopie, alors que si l'objectif est d'investiguer davantage la protection des voies respiratoires et identifier la présence de pénétration/aspiration avec une emphase sur la fonction des cordes vocales, l'ergothérapeute privilégiera la recommandation d'une naso-endoscopie (Rinaldi et al., 2024).

En tout temps, le ratio «risques» versus «bénéfices» est analysé par l'ergothérapeute pour contribuer, avec l'équipe, à l'identification du type d'examen le plus pertinent en considérant les besoins identifiés. Bien entendu, comme mentionné précédemment, l'ergothérapeute tient compte des préférences et besoins exprimés par la personne dysphagique et veille à lui présenter toutes les informations nécessaires et répondre à ses questions afin que celle-ci, ou son(sa) représentant(e), puisse consentir de façon libre et éclairée à cette évaluation. L'ergothérapeute non seulement recommande, mais participe régulièrement à l'évaluation instrumentale, étant donné la capture d'éléments essentiels pour affiner son évaluation et, par conséquent, son plan de traitement. L'ergothérapeute ayant procédé à la vidéofluoroscopie avec un(e) technologue en imagerie médicale est en mesure d'analyser l'examen, d'en compléter le rapport, de formuler des recommandations et de mettre en œuvre un plan de traitement ergothérapique visant à optimiser le fonctionnement à l'alimentation, et ce, de façon autonome, pourvu qu'il ou elle respecte les normes professionnelles (OEQ, 2024). Concernant la naso-endoscopie de la déglutition, l'ergothérapeute

17 Aussi appelée «gorgée barytée modifiée» ou «ciné (de) déglutition».

18 Aussi appelée «FEES» en référence à «Fiber Endoscopic Evaluation of Swallowing».

peut y participer en collaboration avec le ou la médecin responsable, le plus souvent un(e) oto-rhino-laryngologiste; sa contribution spécifique à l'évaluation instrumentale étant abordée plus loin dans cette section.

Selon l'état des connaissances recensées par l'INESSS (2025), plusieurs auteurs et autrices recommandent de se doter de protocoles cliniques standardisés et validés pour encadrer les évaluations instrumentales, notamment en ce qui concerne la préparation du ou de la patiente, le déroulement de la procédure et les manœuvres thérapeutiques. Toutefois, ces protocoles demeurent peu uniformisés dans les guides de pratique clinique et varient d'un guide à l'autre, notamment quant aux modalités d'administration des bolus et aux clientèles visées (INESSS, 2025).

Par ailleurs, selon la situation clinique et les besoins particuliers du ou de la cliente, il peut être jugé nécessaire d'individualiser la procédure. Les capacités physiques, cognitives et le niveau de vigilance du ou de la cliente, tout comme l'environnement dans lequel se déroule l'examen, doivent être pris en compte (Smith, 2025). À l'issue de l'évaluation clinique, l'ergothérapeute peut, selon son jugement professionnel, choisir d'adapter certains éléments de la procédure. Il ou elle peut notamment déterminer les caractéristiques des aliments à présenter (texture, dureté, consistance, goût, température, volume, taille, etc.) et les stratégies compensatoires à explorer (techniques de déglutition, modifications posturales, outils d'alimentation, stratégies cognitives et comportementales, etc.), particulièrement lorsque certaines postures ou textures peuvent s'avérer contre-indiquées (Rinaldi et al., 2024; Smith, 2025). Il ou elle peut également préciser la modalité d'alimentation la plus pertinente (p. ex. gorgée à la cuillère ou au verre, avec une paille, en rafale) et proposer des aides techniques ou posturales afin d'objectiver les impacts sur la sécurité et l'efficacité de la fonction de déglutition (Rinaldi et al., 2024). Dans tous les cas, le jugement clinique demeure central, tout comme la collaboration interprofessionnelle, afin d'assurer une évaluation adaptée, sécuritaire et cohérente avec les besoins du ou de la cliente.

L'analyse des données relevées lors de l'évaluation instrumentale permet à l'ergothérapeute de différencier les présentations typiques et atypiques des phases orale, pharyngée et œsophagienne de la déglutition. Cette analyse approfondit la compréhension des interactions entre ces phases en discriminant les changements liés à l'âge et les mécanismes pathophysiologiques, ce qui exige une compréhension exhaustive de la physiologie normale de la déglutition, permettant alors à l'ergothérapeute de reconnaître et déterminer les altérations de la

déglutition. Pour ce faire, l'ergothérapeute s'appuie sur des connaissances spécifiques concernant notamment les repères anatomiques et la physiologie normale de la déglutition, le développement sensorimoteur et cognitif (de l'enfant à l'ainé(e)), la biomécanique humaine et la fonction neuromusculosquelettique derrière le fonctionnement oro-pharyngo-laryngé, ainsi que celle du système respiratoire. Ces connaissances permettent de comprendre la fonction du mécanisme de déglutition ainsi que les interactions entre les structures oro-pharyngo-laryngées, le positionnement et la fonction respiratoire.



En vue de statuer sur les causes derrière les difficultés de déglutition, l'ergothérapeute observe non seulement les repères anatomiques et la physiologie de la déglutition (dont la présence de pénétration laryngée ou aspiration), mais aussi la présence de résidus pharyngés après la déglutition. L'analyse de ces résidus s'avère essentielle, puisqu'ils peuvent représenter un risque d'aspiration secondaire. L'ergothérapeute tient également compte de l'influence des composantes sensorimotrice, cognitive, comportementale et affective sur la déglutition. Par exemple, il ou elle documente la fonction neuromusculosquelettique (endurance, contrôle moteur et postural, positionnement et fonction des membres supérieurs, mobilité et sensibilité oro-pharyngo-laryngée...), les difficultés cognitives (apraxie bucco-faciale, déficit attentionnel, héminégligence...), les difficultés comportementales (impulsivité, difficultés d'autorégulation émotionnelle...), ainsi que l'impact du mode de présentation des aliments et des ajustements réalisés par le ou la cliente. L'ergothérapeute prend en compte également l'impact physiologique des caractéristiques des aliments et les moyens utilisés spontanément par la personne pour protéger les voies respiratoires et faciliter la déglutition.

Enfin, l'ergothérapeute analyse les résultats en tenant compte du caractère « ponctuel » de l'évaluation dans le temps et des variables influençant les habiletés fonctionnelles à déglutir (tolérance à l'effort, douleur,

tonus musculaire [p. ex. hypotonie, spasticité], variabilité sur le plan cognitif, modification des textures/consistances...). Cette analyse permet notamment de comprendre en quoi les caractéristiques du bolus alimentaire (p. ex. texture, volume) et son mode d'ingestion (tasse, paille, cuillère, prise d'une gorgée en rafale...) modifient la physiologie de la déglutition et si les exigences associées sont en congruence avec les capacités de la personne. Cette évaluation permet à l'ergothérapeute de mieux comprendre les causes sous-jacentes du trouble de déglutition et d'identifier les impacts fonctionnels avérés ou anticipés.

L'évaluation instrumentale est un outil précieux à utiliser en complément de l'examen clinique. Toutefois, elle ne suffit pas à elle seule à juger du fonctionnement d'une personne lors de l'alimentation, car elle offre une capture de la physiologie de la déglutition à un moment précis dans un contexte structuré et artificiel. Ce cadre implique souvent des séquences

modifiées¹⁹, des interruptions au rythme naturel de la prise alimentaire ou encore des réponses sollicitées ou indicées, ce qui peut influencer significativement la performance observée. Bien qu'elle permette de recueillir des données précises sur les mécanismes pathophysiologiques, l'évaluation instrumentale ne tient pas compte de l'ensemble des facteurs contextuels, tels que les éléments psychosociaux, culturels et environnementaux, qui influencent la déglutition (Smith, 2025). Par exemple, Bowman et al. (2020) ont mis en évidence que l'aspiration peut survenir de manière inconstante, variant d'un repas à l'autre en fonction de facteurs tels que l'état de vigilance, le niveau de fatigue, la position, la texture des aliments et les conditions sociales et physiques du repas. Ce constat, issu d'un contexte néonatal, est également applicable à d'autres clientèles et souligne l'importance de procéder à l'observation sur plus d'une séance et de considérer les dimensions occupationnelles et contextuelles propres à l'évaluation en ergothérapie.



¹⁹ Par « séquences modifiées », on entend que les essais alimentaires réalisés lors de l'évaluation instrumentale suivent un ordre structuré et dirigé, qui diffère de la séquence naturelle d'un repas. L'ordre de l'ingestion des textures, les quantités administrées, les consignes ou les pauses entre les essais peuvent être prédéterminés par le protocole. Cela peut modifier le déroulement spontané de l'acte alimentaire et influencer la performance observée.

5

Interventions de l'ergothérapeute

L'évaluation des habiletés fonctionnelles réalisée par l'ergothérapeute lui permet de déterminer les facteurs influençant la déglutition et le fonctionnement de la personne à l'alimentation, la prise de médication et l'hygiène orale. Cela inclut les capacités et incapacités sur les plans sensoriel, sensitif, moteur, cognitif, affectif et comportemental, de même que les facilitateurs et les obstacles liés à l'environnement et à l'activité en elle-même. Cette analyse approfondie, qui prend en compte l'interdépendance de ces facteurs, permet d'identifier les risques liés au fonctionnement de la personne et de déterminer, en collaboration avec celle-ci, ses proches et les membres de l'équipe interprofessionnelle, les interventions à privilégier. Le travail en interdisciplinarité s'avère un levier essentiel à la qualité des soins, où l'ergothérapeute soutient d'ailleurs la prise de décision d'équipe fondée sur des données probantes (ACORE, ACPUE et ACE, 2021).

L'ergothérapeute veille à ce que les interventions proposées soient adaptées aux besoins, aux objectifs et aux attentes de la personne (ses proches ou sa personne représentante, le cas échéant) tout en prenant en compte le jugement clinique et les interventions des autres professionnel(le)s (ODNQ, OEQ et OOAQ, 2024). L'ergothérapeute peut jouer un rôle de référence en partageant ses connaissances avec ses collègues, les proches aidant(e)s et les soignant(e)s, tout en s'engageant activement à réduire les risques en fonction des besoins et des attentes de la personne accompagnée (ACORE, ACPUE et ACE, 2021). L'ergothérapeute élabore non seulement un plan d'intervention en coconstruction, mais détermine également, toujours en partenariat avec la personne et l'équipe interprofessionnelle, les besoins de réévaluation en fonction de l'analyse et de la réponse aux interventions. Il ou elle réfère également aux autres professionnel(le)s approprié(e)s pour des évaluations ou des interventions supplémentaires et complémentaires (oto-rhino-laryngologiste, gastro-entérologue, médecin de famille, dentiste, nutritionniste, inhalothérapeute, orthophoniste, physiothérapeute...).

L'évaluation des habiletés fonctionnelles réalisée par l'ergothérapeute fournit à la clientèle et à l'équipe une compréhension détaillée du fonctionnement de la personne à l'alimentation, la prise de médication et l'hygiène orale, incluant l'identification des risques, leur probabilité, leur ampleur, l'estimation de leurs conséquences, ainsi que le potentiel de réadaptation.

Considérant les besoins complexes et variés de la clientèle dysphagique ainsi que les conséquences et les complications inhérentes associées à cette condition, le plan d'intervention est conçu pour minimiser les risques tout en visant une alimentation orale fonctionnelle et satisfaisante. Par cette approche, l'ergothérapeute contribue également à prévenir la dénutrition et la déshydratation, soutenant ainsi la santé globale et la qualité de vie. Le plan peut également viser l'introduction ou la réintroduction à une alimentation orale pour le ou la cliente, étant alimentée par une autre voie, telle que la voie entérale. Dans ce contexte, une collaboration étroite avec le ou la nutritionniste est souvent essentielle, puisque les modalités d'intervention en réadaptation sont étroitement liées aux ajustements

du plan nutritionnel, et vice versa. L'ergothérapeute, par son évaluation des habiletés fonctionnelles, peut aussi repérer des risques nutritionnels et hydriques liés aux difficultés d'alimentation, qu'il communique à son ou sa collègue en nutrition clinique afin d'assurer une prise en charge concertée et adaptée aux besoins globaux de la personne. L'ergothérapeute veille à intégrer les objectifs de la personne en lien avec sa qualité de vie. Chaque décision concernant les interventions est soigneusement analysée en évaluant les risques et les bénéfices et en ajustant les interventions en fonction des contraintes contextuelles et des besoins de la personne. L'ergothérapeute, de concert avec l'équipe, s'assure de transmettre toute l'information nécessaire afin que son ou sa cliente, ou sa personne représentante, puisse exprimer un consentement libre et éclairé. Le soutien nécessaire lui est offert afin qu'il puisse prendre la meilleure décision dans des situations souvent complexes. En outre, l'ergothérapeute distingue comment ses propres valeurs, ses émotions, les jugements spontanés et les normes peuvent entrer en conflit. Si tel est le cas, il ou elle reconnaît qu'un dilemme éthique se présente et s'engage dans une démarche réflexive et collaborative pour identifier une solution qui honore les droits, les besoins et les valeurs du ou de la cliente tout en respectant les cadres éthiques et légaux.

L'ergothérapeute intervient de façon à mobiliser les forces de la personne et les ressources environnementales disponibles afin de faciliter son fonctionnement à l'alimentation, en matière d'autonomie, de sécurité, d'efficacité, d'effort, d'engagement et de satisfaction. Pour ce faire, il ou elle peut opter pour une approche de réadaptation ou une approche compensatoire, voire une combinaison des deux, tout en intégrant une approche préventive ou même s'engager dans une approche de promotion de la santé (Smith, 2025 ; Rinaldi et al., 2024). Ces interventions sont guidées par l'analyse ergothérapique qui prend en compte les facteurs causaux identifiés, notamment les capacités et incapacités de la personne, ainsi que son environnement et le contexte de l'activité fonctionnelle, de même que les données probantes. Par exemple, la recommandation de stratégies ou de manœuvres particulières à l'alimentation sera tributaire du degré des capacités physiques et cognitives de la personne dysphagique et de son contexte d'application (Groher et Crary, 2016 ; Leonard et Kendall, 2019). De la même façon, l'évaluation des habiletés fonctionnelles permet de déterminer si une modification de texture ou de consistance est véritablement indiquée. La littérature

recommande de privilégier d'abord les ajustements posturaux, les aides techniques et autres manœuvres compensatoires, puisque ces approches peuvent sécuriser l'alimentation sans restreindre inutilement les textures (Buthler et coll., 2013 ; Groher & Crary, 2016). La recommandation systématique de textures modifiées pour prévenir l'aspiration demeure en effet discutable et peut mener à un surtraitement (O'Keeffe, 2018), avec des répercussions négatives possibles sur l'apport nutritionnel, l'hydratation, le statut fonctionnel et la qualité de vie. Lorsqu'une adaptation de texture est jugée nécessaire à recommander à la personne dysphagique ou ses proches, l'évaluation des habiletés fonctionnelles sert alors à s'assurer de l'adéquation entre les exigences de la texture proposée et les capacités de la personne, sa manière de s'alimenter et son contexte d'alimentation. Les impacts qu'ont ces choix ne sont pas négligeables et la décision peut être facilitée par les discussions interdisciplinaires. Par exemple, si l'ergothérapeute a un doute sur le maintien des apports caloriques à la suite d'un changement de textures ou de consistance, il est pertinent de consulter son ou sa collègue en nutrition clinique.

La diversité des problématiques rencontrées en contexte de dysphagie amène l'ergothérapeute à sélectionner des interventions probantes et adaptées parmi un large éventail de possibilités. Voici une liste non exhaustive de moyens d'intervention et de recommandations couramment utilisés²⁰ par les ergothérapeutes (Avery, 2014 ; Clark et al., 2007 ; Korth et Rendell, 2015 ; Rinaldi et al., 2024 ; Smith, 2025) :

5.1 Développer, restaurer et maintenir les aptitudes

- Exercices pour améliorer l'amplitude de mouvement et la coordination, la force musculaire des structures orales, pharyngées et laryngées, la sensibilité orale et péri-buccale ;
- Exercices, techniques et stratégies de stimulation orale non nutritive à visée préventive ;
- Stimulation sensorielle ciblée pour favoriser le déclenchement du réflexe de déglutition ;
- Thermothérapie ;
- Stimulation gustative ;
- Exercices respiratoires et vocaux visant à renforcer la protection des voies respiratoires ;
- Exercices visant l'amélioration de l'efficacité des mécanismes de protection des voies respiratoires ;
- Enseignement et entraînement à l'intégration de

²⁰ Il convient de souligner que certains moyens d'intervention peuvent relever d'une approche de réadaptation dans certains cas, tandis que dans d'autres circonstances, ils s'inscrivent plutôt dans une démarche compensatoire.

rythmes respiratoires appropriés afin de favoriser la protection des voies respiratoires pendant la déglutition ;

- Exercices visant l'amélioration de la tolérance à l'effort et du contrôle respiratoire en vue de réduire le besoin d'un support ventilatoire ;
- Exercice de rééducation de la déglutition en contexte de trachéotomie ;
- Techniques d'intervention visant à optimiser ou à améliorer le traitement de l'information sensorielle ;
- Techniques de désensibilisation ;
- Utilisation du biofeedback²¹ pour soutenir l'apprentissage moteur ;
- Exercices de rééducation de la déglutition par l'ingestion d'aliments aux caractéristiques déterminées (texture, dureté, consistance, goût, température, volume, taille) en adéquation aux capacités identifiées ;
- Rééducation par l'introduction progressive des aliments de manière à favoriser une coordination optimale entre la déglutition et la respiration ;
- Enseignement et entraînement aux techniques de déglutition sécuritaires et adaptées, incluant leur intégration dans les routines de repas ;
- Entraînement gradué pour l'acquisition d'habiletés d'ingestion de comprimés (médication) ;
- Mise en place et ajustement d'un protocole d'eau libre²² adapté aux besoins et aux capacités de la personne, incluant la formation du personnel soignant et autres intervenant(e)s ;
- Réadaptation du contrôle postural assis ;
- Entraînement gradué dans l'activité fonctionnelle de s'alimenter visant le développement, l'acquisition ou la réacquisition de programmes moteurs efficaces et flexibles au niveau de la déglutition, de la fonction des membres supérieurs et du contrôle postural ;
- Entraînement dans l'activité fonctionnelle de s'alimenter, incluant les techniques d'assistance à préconiser, le positionnement, les caractéristiques des aliments, les aides techniques, etc., et ce, afin de maintenir les capacités actuelles de la personne en fonction du moment de la journée (p. ex. le niveau d'assistance peut différer selon le niveau de fatigue chez une personne aux prises avec une maladie neurodégénérative) ;
- Entraînement gradué à la réalisation de l'hygiène buccale avec ou sans intégration de techniques de déglutition adaptées ;

- Entraînement des habiletés à la préparation de repas en fonction des recommandations émises (p. ex. modification de textures en respect au cadre de référence de l'International Dysphagia Diet Standardisation Initiative [IDDSI]²³) ;
- Réadaptation cognitive (p. ex. pour améliorer la conscience de soi en présence de troubles perceptuels, pour améliorer la vigilance aux repas, pour développer la résolution de problème, pour faciliter l'intégration et la rétention des consignes/stratégies à l'alimentation, pour soutenir l'apprentissage moteur, pour intégrer une séquence d'automatismes à l'alimentation) ;
- Thérapie cognitivo-comportementale (p. ex. pour réduire les pensées irrationnelles invalidantes, l'anxiété et la détresse associées aux difficultés de déglutition, améliorer la gestion du stress, identifier les comportements d'évitement et les modifier, faciliter l'exposition graduelle aux aliments, modifier la perception et la réponse émotionnelle à celle-ci, soutenir l'acceptation des limites fonctionnelles, développer les capacités adaptatives, identifier avec le ou la cliente des moyens de redécouvrir du plaisir à l'alimentation, encourager des activités qui valorisent d'autres aspects du repas...) ;
- Établissement d'un processus de remotivation en lien avec l'activité de s'alimenter ;
- Stratégies d'adaptation émotionnelle et comportementale pour favoriser la participation aux repas et soutien à la réintégration des contextes sociaux de repas (p. ex. manger en public, à l'école, en milieu de travail) ;
- Techniques de méditation et de relaxation (p. ex. respiration diaphragmatique) dans la préparation à l'alimentation.



21 Le biofeedback permet de visualiser l'activité musculaire grâce à des électrodes placées sur la peau. Cela aide la personne à comprendre comment utiliser certains muscles avec une plus grande force afin d'améliorer la déglutition. Rinaldi, E., Avery, W., Hatlevig, J. et Bernard, S. (2024). *Adult feeding, eating and swallowing: Occupational therapy dysphagia management*. AOTA Press.

22 Le protocole d'eau libre ou protocole d'eau claire, initialement connu sous le nom de « Frazier water protocol », a été conçu pour offrir aux personnes dysphagiques la possibilité de consommer de l'eau non épaissie, malgré la restriction de texture nécessitant la prise de liquides épaissis. Ce protocole se réalise sous des conditions strictes. Rinaldi, E., Avery, W., Hatlevig, J. et Bernard, S. (2024). *Adult feeding, eating and swallowing: Occupational therapy dysphagia management*. AOTA Press.

23 International Dysphagia Diet Standardisation Initiative : <https://www.iddsi.org/>

5.2 Compenser les incapacités et adapter l'environnement

- Enseignement/coaching sur la façon dont la personne devrait s'alimenter ou être alimentée, incluant :
 - les techniques d'assistance (type d'indice [visuel, verbal, proprioceptif, guidance], positionnement, rythme, approche relationnelle...);
 - les stratégies cognitives et comportementales;
 - les caractéristiques des aliments (texture, dureté, consistance, goût, température, volume/taille, apparence...) et la séquence d'ingestion (gradation);
 - les techniques de déglutition à réaliser lors de l'alimentation;
 - les aides techniques (verre/tasse à bec, ustensiles, biberon et tétine, couverts, orthèses...);
 - les aides techniques à la locomotion et à la posture (p. ex. chaise haute, base de positionnement, fauteuil gériatrique incluant le niveau d'inclinaison ou de bascule du dossier à privilégier lors de l'alimentation).
- Recommandation à l'égard de l'utilisation ou non de la voie orale pour l'alimentation;
- Coaching pour faciliter l'autogestion de maladies chroniques impliquant des enjeux de déglutition et à l'alimentation;
- Enseignement auprès de la famille, des proches et des intervenant(e)s (éducateur(trice) en service de garde, technicien(ne) en éducation spécialisée, préposé(e) aux bénéficiaires, infirmier(ère)) impliqué(e)s dans l'alimentation, la prise de médication et l'hygiène orale;



- Coaching aux parents, aux proches ou à l'intervenant(e) pour optimiser le fonctionnement de la personne à l'alimentation, incluant la façon d'approcher les transitions, de structurer la routine de repas, de préparer la personne, l'environnement et la tâche (incluant la préparation des aliments, leur présentation, le rythme à l'alimentation), de communiquer et assister la personne, de réduire les exigences cognitives, de se positionner au repas pour faciliter l'assistance en fonction des besoins de la personne, etc.;
- Enseignement à d'autres professionnel(le)s et intervenant(e)s sur la dysphagie, les enjeux fonctionnels à l'alimentation, les bonnes pratiques, l'approche de base, etc.;
- Enseignement de stratégies de stimulation sensorielle ou de préparation sensorimotrice orofaciale (p. ex. étirements, massages) à réaliser avant le repas;
- Enseignement de stratégies de gestion de l'énergie et entraînement à leur intégration dans le quotidien;
- Entraînement à l'utilisation d'appareils buccaux (prothétiques) adaptés;
- Attribution d'une aide à la posture ou à la locomotion;
- Recommandation sur les modifications à mettre en place concernant les environnements physique et humain en respect aux principes de design environnemental pour des populations ciblées (p. ex. déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme, troubles neurocognitifs majeurs [démence]);



- Adaptation des environnements physique et numérique dans les divers endroits où la personne s'alimente ou est alimentée (p. ex. domicile, résidence pour personnes âgées, ressource de type familial, école, service de garde) et réalise son hygiène buccale, ceci incluant notamment des recommandations à l'égard :
 - du choix de mobilier ;
 - de l'aménagement de l'espace ;
 - de l'éclairage et des contrastes visuels ;
 - de supports visuels ou technologiques (p. ex. tablette, minuteur, vidéos pédagogiques) ;
 - de la réduction du bruit ;
 - de modifications au niveau des motifs, couleurs, formes et textiles des napperons, nappes, couverts, etc.
- Entraînement à la reconnaissance des signes de fausse route, incluant ceux liés à l'obstruction des voies respiratoires, ainsi qu'à l'utilisation sécuritaire des manœuvres d'urgence appropriées (p. ex. manœuvre de Heimlich) afin de développer les compétences du ou de la cliente ou des proches aidant(e)s pour intervenir efficacement en situation critique ;
- Entraînement à l'autosurveillance (« self-monitoring ») pour favoriser la conscience de la performance lors des repas et ajuster en temps réel le comportement alimentaire (posture, vitesse d'ingestion, application des stratégies) ;
- Enseignement aux proches ou au personnel de soins pour reconnaître les comportements de « mangeur rapide » et appliquer des stratégies adaptées ;
- Entraînement à la communication fonctionnelle, incluant au besoin le recours à des moyens de communication alternative et augmentée (CAA) afin de permettre à la personne de signaler les inconforts, les difficultés, les préférences ou les besoins (p. ex. pictogrammes, code visuel ou gestuel) ;
- Entraînement au portage sécuritaire pour les bébés/jeunes enfants en contexte de dysphagie (allaitement, biberon, etc.) ;
- Enseignement/accompagnement sur la façon de réaliser l'hygiène buccale (positionnement de la personne aidante et de la personne dysphagique, équipement et aides techniques, type d'assistance, séquence à privilégier, agencement à privilégier dans l'horaire occupationnel, etc.).

5.3 Ordonnance médicale verbale

Dans certaines situations, l'ergothérapeute peut juger nécessaire, pour assurer la protection du public, de consigner quelques recommandations directement dans la section des « ordonnances médicales » au dossier de son ou sa cliente. Il peut s'agir, par exemple, de recommandations ayant trait au positionnement de la personne à l'alimentation, à l'utilisation d'aides techniques spécifiques lors de la prise de liquide, à la modification de textures/consistances des aliments et breuvages, à la façon d'administrer la médication par voie orale, à la mise en place d'un protocole d'eau libre ou à la fréquence et aux moments où les soins d'hygiène buccale doivent être réalisés. Dans ces situations, l'ergothérapeute doit communiquer directement avec le médecin pour lui transmettre toute information jugée utile afin qu'il évalue la nécessité d'émettre une ordonnance verbale.

Le cas échéant, l'ergothérapeute consignera cette ordonnance au dossier de la personne concernée.



6

Le leadership ergothérapique en dysphagie

La dysphagie est une condition complexe qui exige une vigilance particulière. Dans ce contexte, l'ergothérapeute joue un rôle clé grâce à son regard global sur le fonctionnement humain. Lorsqu'il ou elle observe des éléments pouvant évoquer des difficultés d'alimentation ou de déglutition, son expertise lui permet de reconnaître rapidement les enjeux, d'orienter les priorités cliniques et d'amener les personnes autour à porter attention à ces problématiques.

Compte tenu de la complexité de la dysphagie et des risques qu'elle peut entraîner, l'ergothérapeute qui en remarque des indices, mobilise son jugement clinique pour déterminer la meilleure façon d'aborder la situation. Selon le contexte, les informations disponibles et son mandat, il ou elle peut réorienter la demande de service afin de mieux répondre aux besoins liés à l'alimentation et à la déglutition. Cette analyse peut mener à une évaluation, à la demande d'un avis complémentaire ou à une orientation vers un(e) collègue. Comme une dysphagie non identifiée peut entraîner des conséquences importantes, l'ergothérapeute accorde l'attention nécessaire à ces situations afin de soutenir la sécurité et le bien-être de la personne.



(ACORE, ACPUE et ACE, 2021). Sa compréhension du fonctionnement occupationnel permet d'orienter les discussions d'équipe vers des solutions pragmatiques et efficaces.

Dans les milieux où son rôle n'est pas sollicité d'emblée, l'ergothérapeute fait preuve de leadership et enrichit la pratique collective en mettant en lumière la valeur ajoutée de son rôle et expertise. Sa présence favorise l'accès à des compétences complémentaires et renforce la qualité des décisions cliniques pour le bénéfice de la clientèle.

L'ergothérapeute se distingue par sa capacité à repérer les risques et à guider les démarches cliniques pertinentes. Dans les cas où l'alimentation touche la sécurité, l'efficacité ou l'autonomie de la personne, l'ergothérapeute intervient de façon à optimiser le fonctionnement de la personne par la mise en place d'intervention adaptées, centrées sur les besoins quotidiens dans le contexte de la personne.

Selon les milieux, l'ergothérapeute peut être la personne de référence pour l'accompagnement des clientèles présentant une dysphagie, ou encore une voix importante au sein d'une équipe interdisciplinaire. Dans ces contextes, il ou elle contribue à structurer une démarche concertée, à harmoniser les interventions et à soutenir les initiatives d'amélioration continue

Le rôle d'influence de l'ergothérapeute s'exprime aussi dans sa capacité à sensibiliser son milieu à l'importance d'un accès adéquat aux services pour les personnes vivant avec une dysphagie. Par sa vision globale et sa compréhension fine des interactions entre les capacités physiques et cognitives, l'environnement et la participation occupationnelle, il ou elle mobilise les partenaires autour d'une approche cohérente, sécuritaire et compétente (ODNQ, OEQ et OOAQ, 2024).

La collaboration avec les autres professionnel(le)s devient alors un espace naturel d'influence positive : échanges continus, messages harmonisés, mise en commun des observations et alignement des actions. En favorisant cette cohésion, l'ergothérapeute contribue à construire une réponse clinique solide, en partenariat avec la personne, pour une expérience alimentaire satisfaisante et sécuritaire.

7

Conclusion

Manger est une activité humaine fondamentale, à la fois essentielle à la survie et profondément ancrée dans les tissus social, culturel et affectif de l'individu. Plus qu'un simple besoin biologique, l'acte de s'alimenter est porteur de sens, de rituels et de repères identitaires. Lorsque s'alimenter devient difficile en raison d'une dysphagie, ce n'est pas seulement une fonction physiologique qui est compromise, mais tout un pan de la vie quotidienne, sociale et relationnelle qui se trouve fragilisé, voire perturbé.

Dans ce contexte, l'apport de l'ergothérapie prend tout son sens. Présent(e)s dans une grande diversité de milieux de pratique, les ergothérapeutes sont bien positionné(e)s pour intervenir auprès de clientèles variées présentant des enjeux de fonctionnement. Cette présence sur le terrain facilite à la fois l'identification précoce de problématiques liées à la dysphagie et la mise en place d'interventions ciblées, adaptées à la réalité quotidienne des personnes.

La démarche clinique de l'ergothérapeute se distingue par son ancrage direct dans le fonctionnement de la personne dans ses activités quotidiennes, dont l'alimentation fait pleinement partie. L'ergothérapeute tient compte des facteurs personnels, environnementaux et ceux liés à l'activité fonctionnelle de s'alimenter, ainsi que de l'interaction dynamique entre ces éléments pour arriver à une compréhension juste et nuancée du fonctionnement de la personne en matière d'autonomie, de sécurité, d'efficacité, d'effort, d'engagement et de satisfaction.

Leur formation universitaire, qui couvre à la fois la santé physique et la santé mentale, constitue un atout distinctif qui enrichit leur raisonnement clinique. Cette compréhension intégrée permet d'identifier avec rigueur

les causes sous-jacentes des difficultés à s'alimenter ou à être alimenté(e) et de proposer des stratégies d'intervention adaptées à la réalité quotidienne de la personne dans son environnement.

Dans le contexte québécois actuel, marqué notamment par le vieillissement de la population, les besoins de professionnel(le)s dans le domaine de la dysphagie sont grands et en croissance. Pour répondre adéquatement à la complexité des besoins de personnes vivant avec une dysphagie, la collaboration interprofessionnelle s'impose comme un levier essentiel d'efficacité, de sécurité et de qualité des soins. Chaque professionnel(le) de la santé apporte un éclairage unique, et c'est dans la mise en commun de ces expertises que se construit une compréhension partagée de la situation et des plans d'intervention cohérents, centrés sur les besoins et les attentes de la personne. L'ergothérapeute, par sa vision fonctionnelle et holistique, enrichit cette dynamique collaborative en y apportant des perspectives complémentaires, essentielles et ancrées dans le quotidien des individus. Une approche concertée, respectueuse des champs de compétence de chacun(e), constitue une condition incontournable pour offrir des services de qualité, personnalisés et durables, au bénéfice des personnes dysphagiques et de leurs proches.



Illustrations cliniques de l'exercice d'activités réservées pour l'ergothérapeute



Adèle

Dans une garderie, les éducatrices constatent des difficultés à l'alimentation chez Adèle, une fillette de 3 ans ayant une déficience motrice cérébrale (DMC).

Elles observent des épisodes d'étouffement lors des repas, de nombreux dégâts ainsi qu'une difficulté à s'alimenter seule durant toute la durée du repas. Les parents rapportent des difficultés similaires et partagent les mêmes préoccupations que les éducatrices à l'égard du fonctionnement d'Adèle. Les besoins exprimés sont que l'autonomie et la sécurité soient optimisées lors de l'alimentation.

Pourquoi référer en ergothérapie dans cette situation ?

Parce que la réponse aux besoins d'Adèle :

1. S'inscrit dans le champ d'exercice de l'ergothérapeute :

- Le fonctionnement d'Adèle dans la réalisation de l'activité quotidienne de s'alimenter soulève des préoccupations concernant l'autonomie et la sécurité ;
- Ce fonctionnement est influencé par divers facteurs, dont la nature et l'ampleur des incapacités de sa fonction physique et le contexte dans lequel s'effectue l'activité, en l'occurrence les caractéristiques de l'environnement du milieu de garde et celles inhérentes à l'activité dans ce contexte ;
- La détermination de ces facteurs et l'analyse de leur influence mutuelle correspondent à l'évaluation des habiletés fonctionnelles (ÉHF), cette évaluation étant au cœur du champ d'exercice de l'ergothérapeute ;
- Les besoins identifiés, soit d'optimiser l'autonomie et la sécurité dans l'activité réalisée par l'enfant, et les interventions permettant d'y répondre s'inscrivent dans le champ d'exercice de l'ergothérapeute, qui consiste notamment à développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale de la personne.

2. Nécessite l'exercice d'une activité réservée devant être circonscrite par le champ d'exercice professionnel et pour laquelle l'ergothérapeute possède une habilitation légale :

- Adèle présente une déficience motrice cérébrale engendrant des incapacités de la fonction physique dont la nature et l'ampleur sont nécessairement déterminées par une évaluation de la fonction neuromusculosquelettique (NMS) ;
- L'évaluation de la fonction NMS chez une personne qui présente une déficience ou une incapacité de sa fonction physique est une activité réservée par la loi à certains groupes professionnels, dont les ergothérapeutes ;
- L'activité réservée doit être circonscrite par le champ d'exercice professionnel. Or, le champ d'exercice concerné pour répondre aux besoins d'Adèle correspond à celui de l'ergothérapeute, comme établi précédemment.

Comment l'activité réservée s'intègre-t-elle dans la démarche clinique de l'ergothérapeute ?

Dans cette situation, l'ergothérapeute évalue les composantes des systèmes neurologique, musculaire et squelettique, leurs interactions et l'impact de toute déficience ou incapacité sur la fonction physique. Ces composantes sont notamment : tonus musculaire, mouvements réflexes, amplitude articulaire, force musculaire, posture, coordination, équilibre, mobilité, préhension et dextérité, sensibilité et endurance. Cette évaluation de la fonction NMS lui permet ainsi de déterminer la nature et l'ampleur des incapacités physiques qui peuvent se révéler être des facteurs causaux associés aux difficultés de fonctionnement d'Adèle. En cohérence avec son champ d'exercice, l'ergothérapeute intègre l'évaluation de la fonction NMS à l'ÉHF, étant donné que le fonctionnement de l'enfant à l'alimentation pourrait être lié non seulement aux aptitudes (incapacités) liées à la fonction NMS, mais également à d'autres facteurs, comme les aptitudes perceptives, cognitives, comportementales, affectives et relationnelles, ainsi que les caractéristiques de l'environnement et de l'activité.

L'ÉHF permet ainsi à l'ergothérapeute d'analyser l'influence mutuelle de l'ensemble des facteurs sur le fonctionnement d'Adèle à l'alimentation, de porter un jugement sur celui-ci et d'en communiquer les conclusions.

Cette illustration présente un exemple fictif de situation clinique. Elle ne vise ni à représenter l'ensemble de la pratique et du raisonnement clinique de l'ergothérapeute ni à servir de modèle de rédaction (p. ex. analyse) en conformité aux attentes de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ).



Extrait du raisonnement clinique de l'ergothérapeute

Adèle présente une atteinte de la fonction orale motrice, dont une mobilité et une force musculaire diminuées au niveau de la mandibule, de la langue et des lèvres qui limitent particulièrement la formation et le contrôle du bolus alimentaire en bouche. La faiblesse de la musculature faciale ainsi que le faible tonus musculaire au tronc et au cou limitent aussi la fermeture de la cavité orale, diminuant particulièrement l'efficacité de la mastication et de la gestion du bolus en bouche, ce qui peut nuire à la sécurité de la déglutition. Les atteintes orales motrices combinées à des fragilités attentionnelles (p. ex. se laisse facilement distraire par l'environnement) contribuent aussi aux difficultés de coordination sur le plan oral moteur et peuvent nuire à la transition vers la phase pharyngée en retardant l'initiation du réflexe de déglutition. L'ensemble de ces éléments augmente les risques d'asphyxie sur un aliment solide ainsi que les risques d'aspirations pulmonaires avec les liquides, pouvant avoir un impact sur la santé pulmonaire d'Adèle. Des signes de fausse route ont d'ailleurs été objectivés, et ce, particulièrement avec les textures et les consistances offertes qui ne correspondent pas aux capacités orales motrices de l'enfant, observées lors de l'évaluation de la fonction NMS.

Au repas, Adèle présente une posture assise asymétrique qui augmente les difficultés à l'alimentation. La position est principalement influencée par la présence d'une hypotonie musculaire au tronc et au cou, d'une spasticité modérée aux membres supérieurs et inférieurs et d'un niveau d'endurance limité. Ces facteurs engendrent une instabilité à la tête qui fait obstacle à la fluidité des mouvements oro-pharyngo-laryngés nécessaires à une alimentation sécuritaire, accentuant ainsi les difficultés de déglutition. Le faible contrôle moteur aux membres supérieurs limite aussi la capacité d'Adèle à s'alimenter de manière autonome (préhension et contrôle laborieux des ustensiles et du verre adapté, renversement du contenu de l'ustensile et difficulté de mise en bouche des aliments). L'évaluation révèle également que la position de l'éducatrice (assise à côté de l'enfant à droite) qui offre de l'assistance durant le repas déclenche le réflexe tonique asymétrique du cou. Ceci influence la distribution du tonus chez Adèle, qui renverse le contenu de la cuillère lors du mouvement d'extension de son membre supérieur droit, en plus de provoquer un réflexe de morsure tonique sur la cuillère, ce qui accentue les risques à l'alimentation.

À la lumière de son évaluation des habiletés fonctionnelles, incluant l'évaluation de la fonction NMS, et en conformité avec les paramètres de son champ d'exercice, l'ergothérapeute détermine les interventions permettant de maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but d'optimiser l'autonomie et la sécurité d'Adèle lors de son alimentation.

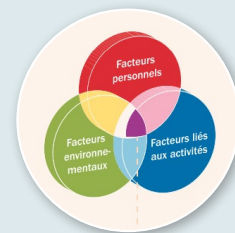


Illustration clinique de l'exercice d'activités réservées pour l'ergothérapeute



Paco

Paco, 55 ans, a subi un accident vasculaire cérébral (AVC) aigu. Il est actuellement hospitalisé aux soins intensifs dans un centre hospitalier de sa région. L'infirmière s'interroge sur la capacité de Paco à pouvoir ingérer des aliments et la médication de façon sécuritaire, étant donné les atteintes neurologiques engendrées par son AVC. Il présente une hémiparésie flasque à l'hémicorps atteint, une asymétrie faciale, une difficulté à maintenir une posture adéquate, ainsi que des atteintes cognitives (faible conscience de soi, propos incohérents et désorganisés, désorientation, difficultés attentionnelles et perceptuelles) attestées par le neurologue. L'infirmière réalise un test de dépistage de la dysphagie qui s'avère positif. L'infirmière et l'intensiviste demandent, avec l'accord de l'épouse de Paco, l'avis de l'équipe interdisciplinaire chargée de l'évaluation de la dysphagie afin d'obtenir ses recommandations en vue d'optimiser la sécurité, l'efficacité et l'autonomie de Paco à l'alimentation.

Pourquoi référer en ergothérapie dans cette situation ?

Parce que la réponse aux besoins de Paco :

1. S'inscrit dans le champ d'exercice de l'ergothérapeute :

- Le fonctionnement de Paco dans la réalisation de l'activité de s'alimenter, s'hydrater et prendre sa médication soulève des préoccupations concernant la sécurité, l'autonomie et l'efficacité ;
- Ces aspects du fonctionnement sont influencés par divers facteurs, dont les capacités et incapacités (incluant la nature et l'ampleur des capacités et incapacités liées à l'AVC) sur les plans sensoriel, sensitif, moteur, perceptif, cognitif, comportemental et affectif, sur l'état de santé (dont les aptitudes respiratoires, la santé bucco-dentaire), sur le contexte dans lequel s'effectue l'activité, en l'occurrence les caractéristiques de l'environnement physique (stimuli et distractions dans l'environnement des soins intensifs, équipement en place) et social (ressources en place, types d'assistance, présence de proches) ainsi que celles inhérentes à l'activité (composantes, complexité, agencement) dans ce contexte ;
- La détermination de ces facteurs et l'analyse de leur influence mutuelle sur la sécurité, l'efficacité et l'autonomie de Paco correspondent à l'ÉHF. Cette évaluation est au cœur du champ d'exercice de l'ergothérapeute et est nécessaire en vue d'émettre un jugement clinique sur la capacité de Paco à s'alimenter par voie orale, incluant les risques associés à l'utilisation de la voie d'alimentation orale ;
- Les besoins identifiés, soit d'optimiser la sécurité, l'efficacité et l'autonomie à l'alimentation, s'inscrivent également dans le champ d'exercice de l'ergothérapeute, qui consiste notamment à développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale de la personne.

2. Nécessite l'exercice de deux activités réservées devant être circonscrites par le champ d'exercice professionnel et pour lesquelles l'ergothérapeute possède une habilitation légale :

- Évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un ou une professionnelle habilitée :
 - Paco a subi un AVC qui a engendré un trouble neuropsychologique attesté par un diagnostic médical ;
 - L'évaluation d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un ou une professionnelle habilitée est une activité réservée par la loi à certains groupes professionnels, dont les ergothérapeutes ;
 - L'activité réservée doit être circonscrite par le champ d'exercice professionnel. Or, le champ d'exercice concerné aux fins de répondre au besoin de Paco correspond à celui de l'ergothérapeute, comme précédemment établi.
- Évaluer la fonction neuromusculosquelettique (NMS) d'une personne présentant une déficience ou une incapacité de sa fonction physique (voir la sous-section 3.5.2 du présent guide pour plus de détails sur cette activité réservée) :
 - Paco a subi un AVC qui a engendré des incapacités de sa fonction physique dont la nature et l'ampleur sont nécessairement déterminées par une évaluation de la fonction NMS ;
 - L'évaluation de la fonction NMS chez une personne qui présente une déficience ou une incapacité de sa fonction physique est une activité réservée par la loi à certains groupes professionnels, dont les ergothérapeutes ;
 - L'activité réservée doit être circonscrite par le champ d'exercice professionnel. Or, le champ d'exercice concerné aux fins de répondre aux besoins de Paco correspond à celui de l'ergothérapeute, comme précédemment établi.

Comment l'activité réservée « Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un(e) professionnel(le) habilité(e) » s'inscrit-elle dans la démarche clinique de l'ergothérapeute ?

Aux fins de l'application de la présente activité réservée, l'ergothérapeute procède à l'ÉHF de Paco, qui intègre l'évaluation de la fonction NMS. De fait, le fonctionnement de Paco à l'alimentation peut être influencé par les aptitudes (incapacités) liées à la fonction NMS (incluant sur les plans sensitif et moteur) et par d'autres facteurs, comme les aptitudes perceptives, cognitives, comportementales, affectives, respiratoires, l'état de santé, ainsi que les caractéristiques de l'environnement et de l'activité.

L'ÉHF permet ainsi à l'ergothérapeute de déterminer les facteurs qui influencent le fonctionnement de Paco à l'alimentation et d'analyser l'influence mutuelle de l'ensemble de ces facteurs sur la sécurité, l'efficacité et l'autonomie de ce dernier. Dans le cadre de l'ÉHF, l'ergothérapeute analyse la congruence entre les capacités de Paco et les exigences requises à l'ingestion d'aliments (et médicaments), dont leurs caractéristiques particulières (consistances, textures) dans son environnement (chambre à l'unité des soins intensifs, assistance du personnel de soin). L'ergothérapeute qui constate une incongruence à cet égard analyse les risques associés en vue de porter un jugement clinique et émettre son opinion professionnelle, notamment à l'égard d'indications et de contre-indications à utiliser la voie d'alimentation orale chez Paco.

L'ergothérapeute communique les conclusions de son jugement clinique et les recommandations qui en découlent aux membres de l'équipe interdisciplinaire.

Cette illustration présente un exemple fictif de situation clinique. Elle ne vise ni à représenter l'ensemble de la pratique et du raisonnement clinique de l'ergothérapeute ni à servir de modèle de rédaction (p. ex. analyse) en conformité aux attentes de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ).



Extrait du raisonnement clinique de l'ergothérapeute

Le fonctionnement de Paco à l'alimentation (sécurité, efficacité, autonomie) est perturbé de façon importante en raison principalement des séquelles de son AVC récent. En effet, il démontre des atteintes de la fonction orale motrice (faiblesse de la langue ainsi que des muscles masticateurs et des lèvres, hypotonie du voile du palais, diminution de la sensibilité orale et faciale du côté atteint)

qui sont difficiles à qualifier, étant donné la difficulté à demeurer centré sur la tâche en cours et à maintenir son attention sur les éléments pertinents tout en inhibant ceux qui ne le sont pas (p. ex. Paco regarde et manipule la cloche d'appel au lieu d'exécuter la consigne). Sa distractibilité est exacerbée par l'environnement stimulant des soins intensifs, puisque son lit est situé dans un espace ouvert où seul un rideau est utilisé pour limiter les distractions visuelles et préserver l'intimité de Paco. Le bruit occasionné par le personnel et l'équipement médical engendre une stimulation sensorielle considérable, ce qui altère également son sommeil (qualité et quantité); la fatigue engendrée influence le niveau de vigilance de Paco durant la réalisation des soins courants comme l'hygiène buccale.

En cours d'évaluation de la fonction orale motrice, de la persévération du geste moteur est notée (Paco tire et claque la langue à répétition), ce qui accentue sa fatigabilité et influence son contrôle moteur (incoordination). Paco n'est pas en mesure de maintenir une position assise en rectitude au lit durant plus de 3 minutes. Une latéralisation du côté atteint apparaît rapidement et aucun ajustement postural n'est tenté par Paco pour corriger sa posture, en raison d'une atteinte sensorimotrice à l'hémicorps. Malgré les interventions réalisées pour optimiser la posture assise, ses capacités demeurent insuffisantes pour permettre une stabilité posturale, ce qui augmente le risque de fausse route.

Lors de la réalisation des soins de bouche, Paco requiert une assistance importante. Bien qu'il soit en mesure de saisir la brosse à dents avec son membre supérieur sain, il éprouve de la difficulté à réaliser les gestes nécessaires à son usage habituel (amène la brosse à dents en bouche sans réaliser d'autres actions). Paco démontre une difficulté à contrôler le mélange de rince-bouche et de salive en bouche, en raison principalement de mouvements linguaux et d'un scellement labial inefficaces. Cela entraîne un écoulement labial que Paco ne remarque pas et qui laisse ainsi suspecter une atteinte de la sensibilité, sans toutefois négliger l'impact des fragilités attentionnelles pouvant y contribuer. Il est également noté que la fréquence de déglutition spontanée est réduite, ce qui augmente les risques d'aspiration. Ceci peut être causé par une atteinte de la sensibilité pharyngée, combinée à l'impact de la xérostomie et de la présence de difficultés cognitives.

L'évaluation révèle que Paco ne met pas en œuvre de stratégies, telles que la toux et le « dérhumage » volontaires, pour protéger ses voies respiratoires, ce qui accroît les risques de fausse route. Une toux réflexe et faible est observée lors du soin de bouche et des difficultés à gérer les sécrétions sont relevées, Paco étant incapable de les expectorer. Malgré des demandes répétées pour qu'il se « dérhume », Paco éprouve des difficultés à effectuer cette manœuvre, notamment en raison de difficultés à demeurer attentif et à planifier et exécuter les gestes moteurs nécessaires pour y parvenir, ces difficultés s'ajoutant à une faiblesse musculaire sous-jacente et à une endurance limitée (fatigue). Sa faible tolérance à l'effort influence son contrôle respiratoire, dont la coordination respiration-déglutition (salive), ce qui engendre une désaturation en oxygène. L'usage de l'appareil à succion est requis pour assurer une gestion sécuritaire des sécrétions.

En conclusion, l'ÉHF démontre que Paco ne présente actuellement pas les aptitudes (capacités/incapacités) nécessaires, soit les prérequis à une alimentation par voie orale sécuritaire. Ainsi, les essais alimentaires ne sont pas indiqués à ce moment-ci en raison de l'atteinte importante des habiletés fonctionnelles. En effet, une incongruence est notée entre les capacités actuelles de Paco, les caractéristiques de l'environnement et les exigences inhérentes à l'activité de s'alimenter, et ce, même avec assistance.

À la lumière de son ÉHF et en conformité avec les paramètres de son champ d'exercice, l'ergothérapeute détermine les interventions permettant de développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but d'optimiser divers aspects du fonctionnement de Paco, soit la sécurité, l'efficacité et l'autonomie, dans la réalisation de l'activité de s'alimenter.

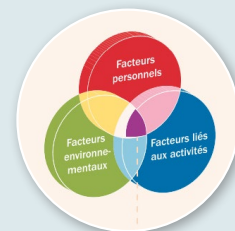


Illustration clinique de l'exercice d'activités réservées pour l'ergothérapeute



Carlos

Carlos, 35 ans, présente un trouble du spectre de l'autisme (TSA) avec une déficience intellectuelle (DI) modérée ainsi qu'un trouble de la modulation sensorielle. Depuis 2 mois, il demeure dans une ressource de type familial où il cohabite avec 5 autres usagers. Auparavant, il vivait avec ses parents et a dû être relocalisé en raison de l'épuisement de ces derniers. Le responsable de la ressource constate que la période des repas pose des défis particuliers pour Carlos. En effet, il observe qu'il tousse fréquemment lorsqu'il s'alimente et qu'il présente des comportements jugés à risque, tels que manger très rapidement et prendre de grosses bouchées, ce qui le préoccupe quant aux risques associés d'étouffement alimentaire. Carlos est peu verbal. La communication avec lui est très limitée. Il ne comprend pas l'importance de bien mastiquer ou de prendre des petites bouchées. Face à ces défis, le responsable de la ressource a contacté l'intervenante pivot du centre local de services communautaires (CLSC) afin de lui exposer ces enjeux. L'intervenante souhaite donc qu'il soit évalué formellement par un(e) professionnel(le) du CLSC afin d'obtenir des conseils et de mettre en place des interventions adaptées. Celles-ci viseraient à optimiser son fonctionnement pendant le repas tout en assurant sa sécurité alimentaire.

Pourquoi référer en ergothérapie dans cette situation ?

Parce que la réponse aux besoins de Carlos :

1. S'inscrit dans le champ d'exercice de l'ergothérapeute :

- Le fonctionnement de Carlos dans la réalisation de l'activité de s'alimenter soulève des préoccupations concernant la sécurité et l'autonomie ;
- Ces aspects du fonctionnement sont influencés par divers facteurs, dont les capacités et incapacités (incluant la nature et l'ampleur de celles liées au TSA, à la déficience intellectuelle ainsi qu'au trouble de modulation sensorielle) sur les plans sensoriel, moteur, perceptif, cognitif, comportemental et affectif, ainsi que le contexte dans lequel s'effectue l'activité, en l'occurrence les caractéristiques de l'environnement de la ressource de type familial et celles inhérentes à l'activité dans ce contexte ;
- La détermination de ces facteurs et l'analyse de leur influence mutuelle sur la sécurité et l'autonomie de Carlos correspondent à l'ÉHF, cette évaluation étant au cœur du champ d'exercice de l'ergothérapeute ;
- Les besoins identifiés, soit d'optimiser la sécurité et l'autonomie à l'alimentation, et les interventions permettant d'y répondre s'inscrivent également dans le champ d'exercice de l'ergothérapeute, qui consiste notamment à développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale de la personne.

2. Nécessite l'exercice d'une activité réservée devant être circonscrite par le champ d'exercice professionnel et pour laquelle l'ergothérapeute possède une habilitation légale :

- Évaluer les habiletés fonctionnelles d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un(e) professionnel(le) habilité(e) :
 - Carlos présente un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic médical (TSA et DI) ;
 - L'évaluation d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un(e) professionnel(le) habilité(e) est une activité réservée par la loi à certains groupes professionnels, dont les ergothérapeutes ;
 - L'activité réservée doit être circonscrite par le champ d'exercice professionnel. Or, le champ d'exercice concerné pour répondre aux besoins liés à la présente situation correspond à celui de l'ergothérapeute, comme établi précédemment.

Comment l'activité réservée « Évaluer une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un(e) professionnel(le) habilité(e) » s'inscrit-elle dans la démarche clinique de l'ergothérapeute ?

Aux fins de l'application de la présente activité réservée, l'ergothérapeute procède à l'ÉHF de Carlos. Cette évaluation permet à l'ergothérapeute de déterminer les facteurs (personnels, environnementaux et liés à l'activité de s'alimenter) qui influencent le fonctionnement de Carlos à l'alimentation et d'analyser l'influence mutuelle de l'ensemble de ces facteurs sur la sécurité et l'autonomie de ce dernier.

L'ergothérapeute communique les conclusions de son jugement clinique et les recommandations qui en découlent aux responsables de la ressource, au représentant de Carlos ainsi qu'aux membres de l'équipe interdisciplinaire.

Cette illustration présente un exemple fictif de situation clinique. Elle ne vise ni à représenter l'ensemble de la pratique et du raisonnement clinique de l'ergothérapeute ni à servir de modèle de rédaction (p. ex. analyse) en conformité aux attentes de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ).



Extrait du raisonnement clinique de l'ergothérapeute

L'ÉHF met en évidence que plusieurs facteurs influencent le fonctionnement actuel de Carlos à l'alimentation et compromettent sa sécurité durant les repas, où un risque modéré d'étouffement alimentaire est identifié. Les principaux facteurs causaux associés aux enjeux d'autonomie et de sécurité incluent une atteinte de la fonction orale motrice, un trouble de la modulation sensorielle, des difficultés cognitives et comportementales, ainsi que l'environnement et le contexte entourant l'activité de s'alimenter.

Carlos présente une faiblesse des muscles oraux, ce qui limite sa capacité à mastiquer adéquatement les textures solides plus complexes (p. ex. rôtie, viande) et entraîne une préparation incomplète du bolus alimentaire. Cette difficulté est aggravée par son rythme d'alimentation rapide qui l'amène à avaler prématurément, augmentant ainsi le risque d'obstruction des voies respiratoires. Des résidus alimentaires sont aussi fréquemment observés dans la cavité buccale après la déglutition. Cela est attribuable à un contrôle lingual limité, résultant d'une faible mobilité et force de la langue. Une hyporéactivité orale peut également expliquer la présence des résidus. D'ailleurs, plusieurs autres éléments compatibles avec un dysfonctionnement du processus sensoriel ont été observés durant le repas, notamment des écoulements buccaux, des résidus à l'extérieur de la bouche, la prise de grosses bouchées, ainsi que la tendance de Carlos à se remplir la bouche avant d'avalier. L'hyporéactivité sensorielle complique aussi sa capacité à percevoir le moment où le bolus est prêt à passer à la phase pharyngée de la déglutition. En plus de manger très rapidement, Carlos boit son breuvage en rafale (trois à quatre grosses gorgées à la fois) pendant le repas, ce qui déclenche une toux réflexe à plusieurs reprises, en particulier lorsqu'il est debout ou distrait.

Carlos ne semble pas apprécier la période de repas. Il est généralement agité et peu disponible. Il a de la difficulté à s'adapter aux changements. Son déménagement récent a entraîné la perte de ses repères physiques et sociaux et de sa routine, accentuant ainsi ses difficultés d'autorégulation, ce qui contribue à son agitation et à son indisponibilité lors des repas.

Les informations recueillies sur sa routine révèlent aussi que, avant les repas, le personnel lui retire sans préavis sa tablette électronique, dont il se sert plusieurs heures par jour pour jouer. Or, Carlos présente des difficultés avec les transitions, et ce retrait soudain, sans préparation, accentue son insécurité et son anxiété, entraînant une désorganisation et un état de vigilance sous-optimal. De plus, ses enjeux de communication amplifient son agitation, puisqu'il n'a pas les moyens d'exprimer adéquatement ses émotions et ses besoins face à cette situation.

Pendant le repas, l'un des usagers de la ressource crie fréquemment, tandis qu'un autre frappe régulièrement sur la table. Ces bruits entraînent rapidement une surcharge chez Carlos, qui réagit fortement aux stimuli auditifs de son environnement. Sa capacité d'autorégulation étant limitée, il tente de s'apaiser en adoptant des stratégies dysfonctionnelles, comme se boucher les oreilles avec ses mains ou se lever sans arrêt durant le repas. Ces réactions détournent son attention de son repas et peuvent également compromettre sa sécurité.

Malgré les interventions de l'opérant de la ressource, Carlos persévère dans l'adoption de comportements alimentaires jugés non sécuritaires.

Le responsable a également mentionné que Carlos éprouve une aversion pour le brossage des dents et manifeste une grande résistance lors de ce soin. Par conséquent, le brossage est réalisé de manière sommaire, une seule fois par jour, avant le coucher. L'hygiène orale insuffisante, la dépendance de Carlos pour ce soin et sa dysphagie sont tous des facteurs augmentant son risque de développer une pneumonie d'aspiration. D'ailleurs, il en a fait trois épisodes au cours des deux dernières années.

À la lumière de son évaluation des habiletés fonctionnelles et en conformité avec les paramètres de son champ d'exercice, l'ergothérapeute détermine, en collaboration avec le personnel, le représentant et les membres de l'équipe interprofessionnelle, les interventions permettant de maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but d'optimiser l'autonomie et la sécurité de Carlos lors de son alimentation, de même que sa satisfaction.



BIBLIOGRAPHIE

Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie, Association canadienne des programmes universitaires en ergothérapie, et Association canadienne des ergothérapeutes. (2021). *Référentiel de compétences pour les ergothérapeutes au Canada/Competencies for Occupational Therapists in Canada*. <https://caot.ca/document/7678/OT%20Competencies%20in%20Canada%20FR%20v2024.pdf>

Avery, W. (2014). Dysphagia. Dans M. V. Radomski et C. A. Trombly (dir.), *Occupational therapy for physical dysfunction* (7e éd., p. 1327-1351). Lippincott Williams et Wilkins.

Avery, W. (2017). Dysphagia. Dans H. Smith-Gabai et S. E. Holm (dir.), *Occupational therapy in acute care* (2e éd., p. 583-598). AOTA Press. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=2371417>

Baijens, L. W. J., Speyer, R., Pilz, W., Roodenburg, N. P. et Clavé, P. (2023). Reliability and validity of non-instrumental clinical assessments for adults with oropharyngeal dysphagia: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(2), article 721. <https://doi.org/10.3390/jcm12020721>

Baijens, L. W. J., Clavé, P., Cras, P., Ekberg, O., Forster, A., Kolb, G. F., Leners, J.-C., Masiero, S., Mateos-Nozal, J., Ortega, O., Smithard, D. G., Speyer, R. et Walshe, M. (2016). European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: Oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. *Clinical Interventions in Aging*, 11(1), 1403-1428. <https://doi.org/10.2147/cia.s107750>

Benfer, K. A., Weir, K. A., Bell, K. L., Ware, R. S., Davies, P. S. W. et Boyd, R. N. (2013). Oropharyngeal dysphagia and gross motor skills in children with cerebral palsy. *Pediatrics*, 131(5), e1553-e1562. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3093>

Blouin, N. (2022). Dysphagie. Dans D. Lussier et F. Massoud (dir.), *Précis pratique de gériatrie Arcand-Hébert* (4e éd., p. 565-586). EDISEM.

Boop, C. et Smith, J. (2017). The practice of occupational therapy in feeding, eating, and swallowing. *The American Journal of Occupational Therapy*, 71(Suppl.2), 7112410015p1-7112410015p13. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.716S04>

Bowman, O. J., Hagan, J. L., Toruno, R. M. et Wiggin, M. M. (2020). Identifying aspiration among infants in neonatal intensive care units through occupational therapy feeding evaluations. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 7401205080p1-7401205080p9. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.022137>

Brochier, C. W., Hugo, F. N., Rech, R. S., Baumgarten, A. et Hilgert, J. B. (2018). Influence of dental factors on oropharyngeal dysphagia among recipients of long-term care. *Gerodontology*, 35(4), 333-338. <https://doi.org/10.1111/ger.12345>

Bruns, D. A. et Thompson, S. D. (2010). Feeding challenges in young children: Toward a best practice model. *Infant and Young Children*, 23(2), 93-102. <http://dx.doi.org/10.1097/IYC.0b013e3181d5c379>

Butler, S.G., Pelletier, C.A. et Steele, C. (2013). Compensatory strategies and techniques. Dans R. Shaker (dir.), *Manual of diagnostic and therapeutic techniques for disorders of deglutition* (p.299-316). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3779-6>

Canadian Association of Occupational Therapy. (2010). *CAOT Position Statement: Feeding, eating and swallowing and occupational therapy*. <https://caot.in1touch.org/document/3692/F%20-%20Feeding%20Eating%20and%20Swallowing%20and%20OT.pdf>

Castaño Novoa, P., Limeres Posse, J., García Mato, E., Varela Aneiros, I., Abeleira Pazos, M. T., Diz Dios, P. et Rivas Mundiña, B. (2023). Dental desensitization by dentists and occupational therapists for autistic adults: A pilot study. *Autism*, 28(2), 515-519. <https://doi.org/10.1177/13623613231173757>

Chatindiara, I., Allen, J., Popman, A., Patel, D., Richter, M., Kruger, M. et Wham, C. (2018). Dysphagia risk, low muscle strength and poor cognition predict malnutrition risk in older adults at hospital admission. *BMC Geriatrics*, 18(1), article 78. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0771-x>

BIBLIOGRAPHIE

Chew, J., Chia, J. Q., Kyaw, K. K., Fu, J. K., Ang, J., Lim, Y. P., Ang, K. Y., Tan, H. N. et Lim, W. S. (2023). Association of oral health with frailty, malnutrition risk and functional decline in hospitalized older adults: A cross-sectional study. *Journal of Frailty and Aging*, 12(4), 277–283. <https://doi.org/10.14283/jfa.2023.33>

Clark, G. F., Avery-Smith, W., Wold, L. S., Anthony, P., Holm, S. E., Eating and Feeding Task Force et Commission on Practice. (2007). Specialized knowledge and skills in feeding, eating, and swallowing for occupational therapy practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(6), 686–700. <https://doi.org/10.5014/ajot.61.6.686>

Cichero, J. A. Y. (2016). Adjustment of food textural properties for elderly patients. *Journal of Texture Studies*, 47(4), 277–283. <https://doi.org/10.1111/jtxs.12200>

Cichero, J. A. Y. (2018). Age-related changes to eating and swallowing impact frailty: Aspiration, choking risk, modified food texture and autonomy of choice. *Geriatrics*, 3(4), article 69. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3040069>

Como, D. H., Stein Duker, L. I., Polido, J. C. et Cermak, S. A. (2021). Oral health and autism spectrum disorders: A unique collaboration between dentistry and occupational therapy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 135. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010135>

Daniels, S. K., Huckabee, M. L. et Gozdzikowska, K. (2019). *Dysphagia following stroke* (3e éd.). Plural Publishing. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=2030402>

Dehaghani, S. E., Doosti, A. et Zare, M. (2021). Association between swallowing disorders and cognitive disorders in adults: A systematic review and meta-analysis. *Psychogeriatrics*, 21(4), 668–674. <https://doi.org/10.1111/psyg.12704>

Duvestein, J. et Lambert, H. (2015, 4-6 octobre). « One position doesn't fit all »: The role of postural management in dysphagia [ommunication orale]. Congrès Charting new ground: Interprofessional approaches to dysphagia management, Toronto, Ontario.

Scharitzer, M., Schima, W., Walshe, M., Verin, E., Doratiotto, S., Ekberg, O., Farneti, D., Pokieser, P., Quaia, E., Woisard, V., Xinou E. et Speyer, R. (2025). ESSD-ESGAR best practice position statements on the technical performance of videofluoroscopic swallowing studies in adult patients with swallowing disorders. *European Radiology*, 35(6), 3169–3180. <https://doi.org/10.1007/s00330-024-11241-1>

Egan, M. et Restall, G. (2022). L'ergothérapie axée sur les relations collaboratives pour promouvoir la participation occupationnelle. Association canadienne des ergothérapeutes.

Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., Delaney, A. L., Feuling, M. B., Noel, R. J., Gisel, E., Kenzer, A., Kessler, D. B., Kraus de Camargo, O., Browne, J. et Phalen, J. A. (2019). Pediatric feeding disorder: Consensus definition and conceptual framework. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(1), 124–129. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>

Groher, M. E. et Crary, M. A. (2021). *Dysphagia: Clinical management in adults and children* (3e éd.). Mosby. <https://www.sciencedirect.com/science/book/9780323636483>

Groher, M. E. et Crary, M. A. (2016). *Dysphagia: Clinical management in adults and children* (2e éd.). Elsevier.

Hamada, T., Yoshimura, Y., Nagano, F., Matsumoto, A., Shimazu, S., Shiraishi, A., Bise, T. et Kido, Y. (2024). Prognostic value of dysphagia for activities of daily living performance and cognitive level after stroke. *Progress in Rehabilitation Medicine*, 9, article 20240005. <https://doi.org/10.2490/prm.20240005>

Heckathorn, D. E., Speyer, R., Taylor, J. et Cordier, R. (2016). Systematic review: Non-instrumental swallowing and feeding assessments in pediatrics. *Dysphagia*, 31(1), 1–23. <https://doi.org/10.1007/s00455-015-9667-5>

BIBLIOGRAPHIE

Hunter, E. G. et Rhodus, E. (2022). Interventions within the scope of occupational therapy to address preventable adverse events in inpatient and home health postacute care settings: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 76(1), article 7601180060. <https://doi.org/10.5014/ajot.2022.047589>

Hibberd, J., Fraser, J., Chapman, C., McQuenn, H. et Wilson, A. (2013). Can we use influencing factors to predict aspiration pneumonia in the United Kingdom? *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 8(1), article 39. <https://doi.org/10.1186/2049-6958-8-39>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2025). *Évaluation fluoroscopique ou endoscopique de la dysphagie chez la clientèle adulte*. État des connaissances rédigé par Anthony Couturier et Clémentine Brun. INESSS. https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/Evaluation_instrumentale_dysphagie_EC_INESSS.pdf

Jo, S. Y., Hwang, J.-W. et Pyun, S.-B. (2017). Relationship between cognitive function and dysphagia after stroke. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 41(4), 564–572. <https://doi.org/10.5535/arm.2017.41.4.564>

Khayyat, Y. M., Abdul Wahab, R. A., Natto, N. K., Al Wafi, A. A. et Al Zahrani, A. A. (2023). Impact of anxiety and depression on the swallowing process among patients with neurological disorders and head and neck neoplasia: Systemic review. *Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 59(1), article 75. <https://doi.org/10.1186/s41983-023-00674-y>

Koga, R. S., Teixeira, D. S. d. C., Duarte, Y. A. d. O. et Frazão, P. (2024). Functional dependency and oral health-related quality of life in a 15-year cohort of older adults: A case-control study. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 27(2), 1-12. <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230268.en>

Korth, K. et Rendell, L. (2015). Feeding intervention. Dans J. Case-Smith et J.C. O'Brien (dir.), *Occupational therapy for children and adolescent* (7e éd., p. 389-415). Mosby.

Kotronia, E., Wannamethee, S. G., Papacosta, A. O., Whincup, P. H., Lennon, L. T., Visser, M., Weyant, R. J., Harris, T. B. et Ramsay, S. E. (2019). Oral health, disability and physical function: Results from studies of older people in the United Kingdom and United States of America. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(12), article 1654. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.06.010>

Langmore, S. E., Terpenning, M. S., Schork, A., Chen, Y., Murray, J. T., Lopatin, D. et Loesche, W. J. (1998). Predictors of aspiration pneumonia: How important is dysphagia? *Dysphagia*, 13(2), 69-81. <https://doi.org/10.1007/pl00009559>

Langmore, S. E., Skarupski, K. A., Park, P. S. et Fries, B. E. (2002). Predictors of aspiration in nursing home residents. *Dysphagia*, 17(4), 298-307. <https://doi.org/10.1007/s00455-002-0072-5>

Leder, S. B., Suiter, D. M. et Lisitano Warner, H. (2009). Answering orientation Questions and following single-step verbal commands: Effect on aspiration Status. *Dysphagia*, 24(3), 290–295. <https://doi.org/10.1007/s00455-008-9204-x>

Leira, J., Maseda, A., Lorenzo-López, L., Cibeira, N., López-López, R., Lodeiro, L. et Millán-Calenti, J. C. (2023). Dysphagia and its association with other health-related risk factors in institutionalized older people: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 110, article 104991. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2023.104991>

Leonard, R. et Kendall, K. (2019). *Dysphagia assessment and treatment planning: A team approach* (4e éd.). Plural Publishing, Incorporated.

Maeda, K., Takaki, M. et Akagi, J. (2017). Decreased skeletal muscle mass and risk factors of sarcopenic dysphagia: A prospective observational cohort study. *Journals of Gerontology Series A*, 72(9), 1290–1294. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw190>

BIBLIOGRAPHIE

McGinnis, C. M., Homan, K., Solomon, M., Taylor, J., Staebell, K., Erger, D. et Raut, N. (2019). Dysphagia: Interprofessional management, impact and patient-centered care. *Nutrition in Clinical Practice*, 34(1), 80-95. <https://doi.org/10.1002/ncp.10239>

Mitani, Y., Oki, Y., Fujimoto, Y., Yamaguchi, T., Yamada, Y., Yamada, K., Ito, T., Shiotani, H. et Ishikawa, A. (2018). Relationship between the Functional Independence Measure and Mann Assessment of Swallowing Ability in hospitalized patients with pneumonia. *Geriatrics & Gerontology International*, 18(12), 1620-1624. <https://doi.org/10.1111/ggi.13543>

Office des professions du Québec. (2021). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines – Guide explicatif*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/org/office-professions-quebec/OPQ-Admin/Publications/2020-21_020_Guide-explicatif-sante-rh-26-08-2021.pdf

Ordre des diététistes nutritionnistes du Québec, Ordre des ergothérapeutes du Québec et Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. (2024). *Énoncé de position conjoint : soins et services à la personne dysphagique ou à risque de l'être*. [58~v~30353_odnq_oeq_ooaq_enonceposition_dysphagie.pdf](https://www.oeq.org/oeq_ooaq_enonceposition_dysphagie.pdf)

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2024, mai). *Guide des activités professionnelles de l'ergothérapeute : guide de l'ergothérapeute*. https://www.oeq.org/DATA/NORME/74~v~27025_oeq_gape_v2couleur.pdf

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2022, 20 juillet). *Dossier dysphagie - Jugement de la Cour supérieure*. <https://www.oeq.org/publications/occupation-ergotherapeute/articles-sur-la-pratique-professionnelle/110-dossier-dysphagie-jugement-de-la-cour-superieure.html>

Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2006). *Au-delà de la dysphagie, la personne avant tout : rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes présentant des difficultés à s'alimenter ou être alimentées*. <https://www.oeq.org/DATA/MEMOIRE/13~v~au-dela-de-la-dysphagie-la-personne-avant-tout-role-de-lergotheapeute-aupres-des-personnes-presentant-des-difficultes-a-salimenter-ou-a-etre-alimentees.pdf>

Ordre des ergothérapeutes du Québec (2009). *Administrer des médicaments : autorisation accordée aux ergothérapeutes par voie réglementaire – Guide d'application du Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un ergothérapeute*. http://www.oeq.org/DATA/NORME/29~v~guide_admin_medicaments_juin10_web-final.pdf

Ortega, O. et Espinosa, M. C. (2019). Oropharyngeal dysphagia and dementia. Dans O. Ekberg (dir.), *Dysphagia: Diagnosis and treatment* (2e éd., p. 199-211). Springer international publishing.

Payne, M. A. et Morley, J. E. (2017). Dysphagia: A new geriatric syndrome. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(7), 555-557. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.03.017>

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2020). *La santé buccodentaire : soutenir les adultes qui ont besoin d'aide* (2e éd.). RNAO. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/oral-health-supporting-adults-who-require-assistance>

Rinaldi, E., Avery, W., Hatlevig, J. et Bernard, S. (2024). *Adult feeding, eating and swallowing: Occupational therapy dysphagia management*. AOTA Press.

Sato, M., Tominaga, R., Kurita, N., Sekiguchi, M., Otani, K., Konno, S.-I. et Oi, N. (2023). Relationship between dysphagia and motor function in community-dwelling older people. *Geriatrics & Gerontology International*, 23(8), 603-608. <https://doi.org/10.1111/ggi.14632>

Sato, E., Hirano, H., Watanabe, Y., Eda, H., Sato, K., Yamane, G. et Katakura, A. (2014). Detecting signs of dysphagia in patients with Alzheimer's disease with oral feeding in daily life. *Geriatrics & Gerontology International*, 14(3), 549-555. <https://doi.org/10.1111/ggi.12131>

BIBLIOGRAPHIE

- Serra-Prat, M., Hinojosa, G., López, D., Juan, M., Fabré, E., Voss, D. S., Calvo, M., Marta, V., Ribó, L., Palomera, E., Arreola, V. et Clavé, P. (2011). Prevalence of oropharyngeal dysphagia and impaired safety and efficacy of swallow in independently living older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 186–187. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03227.x>
- Sheth, M. et Altre, J. (2024). Effectiveness of a universal oral hygiene program to promote independence among inpatient rehab patients: A mixed-methods study. *American Journal of Occupational Therapy*, 78(Supplément_2), 7811500267p1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2024.78S2-PO267>
- Smith, J. (2025). Eating and swallowing. Dans H. M. Pendleton et W. Schultz-Krohn (dir.), *Pedretti's occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction* (9e éd., p. 691-772). Elsevier.
- Smith, J. (2017). Eating and swallowing. Dans H. M. Pendleton et W. Schultz-Krohn (dir.), *Pedretti's occupation therapy: Practice skills for physical dysfunction* (8e éd., p. 670-696). Elsevier.
- Tagliaferri, S., Lauretani, F., Pelá, G., Meschi, T. et Maggio, M. (2019). The risk of dysphagia is associated with malnutrition and poor functional outcomes in a large population of outpatient older individuals. *Clinical Nutrition*, 38(6), 2684–2689. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.11.022>
- Tanner, D. C. (2024). *Case studies in communication sciences and disorders* (2e éd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003522836>
- Tse, M. N., Coxon, K., Chandio, N., Nair, S., George, A., Bye, R., Wong, G., Tran, C., O'Reilly, M., Ekanayake, K., Arora, A., Rachiotis, G. et Capodiferro, S. (2025). Knowledge, attitudes, and practices of occupational therapists in promoting oral health: A protocol for mixed-methods systematic review. *Healthcare*, 13(4), 416. <https://doi.org/10.3390/healthcare13040416>
- Wakabayashi, H. (2014). Presbyphagia and sarcopenic dysphagia: Association between aging, sarcopenia, and deglutition disorders. *Journal of Frailty and Aging*, 3(2), 97-103. <https://doi.org/10.14283/jfa.2014.8>
- Williams, S., Witherspoon, K., Kavsak, P., Patterson, C. et McBlain, J. (2006). Pediatric feeding and swallowing problems: An interdisciplinary team approach. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 67(4), 185-190. <https://doi.org/10.3148/67.4.2006.185>
- Winchester, J. et Winchester, C. G. (2015). Cognitive dysphagia and effectively managing the 5 systems. *Perspectives on Gerontology*, 20(3), 116-132. <https://doi.org/10.1044/gero20.3.116>
- World Federation of Occupational Therapists, Glavas, V., Fatu, J., Rea, W., Poupart, M., Lambert, H. et Freeman, A. R. (2021). *A survey of international dysphagia practice in occupational therapy: Report*. WFOT.
- World Health Organization (2023). *Package of interventions for rehabilitation: Module 3: Neurological conditions*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240071131>



Décembre 2025



Ordre des ergothérapeutes du Québec
2021, avenue Union, bureau 920
Montréal (Québec) H3A 2S9
Tél. : 514 844-5778
1 800 265-5778
Télec. : 514 844-0478



ISBN 978-2-921965-18-7