

GUIDE DE COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ENTRE L'ORTHOPHONIE, LA NUTRITION CLINIQUE ET L'ERGOTHÉRAPIE POUR UNE INTERVENTION INTERDISCIPLINAIRE AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE ADULTE ADMISE DYSPHAGIQUE OU À RISQUE DE L'ÊTRE

GPR-ZZ-001

CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE – CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE

26 FÉVRIER 2019

Production :

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Rédaction :

Direction des services multidisciplinaires (DSM)

Adoption :

Karine Duchaineau, directrice des services multidisciplinaires, DSM
Jean Delisle, directeur adjoint volet qualité et évolution de la pratique, DSM

Droit d'auteur © Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

ISBN 978-2-550-81088-9 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

REMERCIEMENTS

Remerciements aux gestionnaires qui ont permis la participation de leurs professionnels et à ceux qui ont participé à la validation du document.

Groupe de travail (annexes) :

- Julie Beauchemin, ergothérapeute, Centre de réadaptation de l'Estrie, Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
- Julie Bélanger, nutritionniste, Hôpital Fleurimont, Direction des services multidisciplinaires
- Lucie Charette, nutritionniste, Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, Direction des services multidisciplinaires
- Lambert Dechêne, orthophoniste, Hôpital et centre d'hébergement Argyll, Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées
- Éliane Desjardins, nutritionniste, Hôtel-Dieu de Sherbrooke, Direction des services multidisciplinaires
- Janie Forgues, orthophoniste, Hôpital Fleurimont, Direction des services multidisciplinaires
- Julie Lefebvre, ergothérapeute, Centre de réadaptation de l'Estrie, Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
- Josianne Trottier, ergothérapeute, Hôpital de Granby, Direction des services multidisciplinaires

Gestionnaires consultés :

- Isabelle Aubin, chef de service, services psychosociaux et services de nutrition, Direction des services multidisciplinaires
- Chantal Drapeau, coordonnatrice des services multidisciplinaires intra-hospitaliers, Direction des services multidisciplinaires
- Josée Drouin, chef de service, services multidisciplinaires, Direction des services multidisciplinaires
- Nicolas Lareau-Trudel, chef de service, services de réadaptation, Direction des services multidisciplinaires
- Pierrot Richard, chef de service, services professionnels, bénévoles et loisirs, Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées

Coordination et rédaction :

- Karina Gauthier, conseillère cadre clinique – multi santé physique, volet qualité et évolution de la pratique, Direction des services multidisciplinaires
- Alain Thivierge, conseiller cadre clinique – réadaptation, volet qualité et évolution de la pratique, Direction des services multidisciplinaires

TABLE DES MATIÈRES

1. MISE EN CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE	5
2. OBJECTIFS	5
3. DÉFINITION DE TERMES.....	6
4. DESTINATAIRES DU GUIDE.....	7
5. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU GESTIONNAIRE.....	7
5.1 OFFRE DE SERVICE À LA CLIENTÈLE	7
5.2 LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	7
ANNEXE 1 : RESPONSABILITÉS DES PROFESSIONNELS EN REGARD DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	9
ANNEXE 2 : PRINCIPES DIRECTEURS : COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE EN CONTEXTE DE DYSPHAGIE	9
ANNEXE 3 : ACTIVITÉS CLINIQUES POUVANT ÊTRE EFFECTUÉES PAR DES INTERVENANTS DES TROIS PROFESSIONS	12
ANNEXE 4 : CONTRIBUTION SPÉCIFIQUE DES PROFESSIONNELS DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE (ERGOTHÉRAPEUTES, NUTRITIONNISTES, ORTHOPHONISTES) AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE DYSPHAGIQUE OU À RISQUES DE L'ÊTRE.....	13
ANNEXE 5 : SCHÉMA: COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE ADULTE ADMISE DYSPHAGIQUE OU À RISQUE DE L'ÊTRE.....	14
SOURCES CONSULTÉES/RÉFÉRENCES.....	15

1. MISE EN CONTEXTE ET MÉTHODOLOGIE

La dysphagie est une problématique multidimensionnelle et chaque profession contribue par son expertise particulière. Nous avons la préoccupation que la clientèle ait accès aux bonnes expertises et aux bonnes pratiques en fonction de ses besoins cliniques.

La clarification des contributions spécifiques de chacune des professions soutient les gestionnaires dans la planification des services en correspondance avec les besoins de la clientèle.

Aussi, bien que ce document se concentre sur l'approche collaborative entre l'orthophonie, la nutrition clinique et l'ergothérapie, l'équipe multidisciplinaire qui intervient auprès de cette clientèle comprend d'autres titres d'emploi et parties prenantes à considérer par les gestionnaires.

Ce guide est le résultat de travaux qui se sont échelonnés du printemps 2016 au printemps 2017 et auxquels ont participé une quarantaine de professionnels distribués dans les trois professions et dans cinq installations du CIUSSS de l'Estrie - CHUS et d'un groupe de travail constitué pour l'élaboration de contenus reliés à la pratique clinique et à la collaboration interprofessionnelle (annexes). En plus du partage des expertises, divers documents ont été consultés dont le code des professions, les codes de déontologie, les avis publiés par les ordres professionnels de même que des cadres de référence en collaboration interprofessionnelle et interdisciplinarité. L'élaboration de contenus reliés au rôle des gestionnaires a été validée auprès d'un groupe de gestionnaires.

2. OBJECTIFS

Le présent guide a pour objectif de **soutenir les gestionnaires de ces professionnels dans la planification et la définition de l'offre de service** auprès de la clientèle dysphagique, notamment identifier les besoins de la clientèle et si les services offerts répondent aux besoins :

- En indiquant aux gestionnaires des besoins de la clientèle pour **lesquels la contribution spécifique de chaque profession est requise**;
- En fournissant une démarche et des outils qui permettent d'encadrer un **fonctionnement interdisciplinaire efficace et optimal**.

Les principes directeurs soutenant la collaboration interprofessionnelle en tel contexte sont définis à l'annexe 2.

Ce guide **NE TRAITE PAS** les éléments suivants :

- Les rôles et responsabilités des autres intervenants impliqués dans la détection (dépistage) d'une problématique de dysphagie;
- Les activités d'alimentation sous la direction des services techniques (harmonisation de l'offre des services alimentaires);
- L'accès aux plateaux techniques d'évaluations instrumentales (exemple : vidéofluoroscopie).

3. DÉFINITION DE TERMES

Clientèle adulte admise : Dans ce document, cette expression réfère à toute clientèle hospitalisée en centre hospitalier (CH), admise en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou admise sur une unité de réadaptation physique.

Déglutition¹ : Processus d'ingestion d'une ou de plusieurs substances, dont les liquides, les aliments, les médicaments, qui transitent par le pharynx et l'œsophage jusqu'à l'estomac. Elle permet aussi de gérer certains liquides intracorporels, tels que les sécrétions nasales, trachéales et la salive. De plus, ce processus protège les voies respiratoires en évitant l'aspiration de ces éléments.

Dysphagie : Trouble de la déglutition² qui peut mener à la malnutrition, à la déshydratation, à l'obstruction des voies aériennes et, éventuellement, à une pneumonie d'aspiration³. Difficulté d'avaler et, par extension, toute anomalie du passage des aliments jusqu'au cardia : sensation plus ou moins douloureuse d'arrêt ou de ralentissement du transit œsophagien.⁴

Interdisciplinarité : Mise en commun des outils et des savoirs de plusieurs disciplines pour approcher un problème, un thème ou un objet de recherche.⁵

Collaboration interprofessionnelle : Partenariat entre une équipe soignante et une personne, établi dans le cadre d'une approche axée sur la participation, la collaboration et la coordination à l'égard de la prise de décisions partagées dans le domaine de la santé et des services sociaux.⁶ Elle vise l'amélioration de la pratique clinique et l'optimisation de la prestation des soins de santé et des services sociaux, grâce à la coordination des rôles et de l'expertise des différents professionnels⁷.

Aspiration (dans les expressions « pneumonie d'aspiration » ou « risques d'aspiration ») : Lorsque la salive, les aliments ou les liquides pénètrent sous le niveau des cordes vocales⁸. Lorsqu'il s'agit de fausse route alimentaire : accident dû à l'inhalation dans les voies aériennes de liquide ou de particules alimentaires normalement destinés à l'œsophage⁹.

Évaluation instrumentale (de la déglutition) : Évaluation effectuée à l'aide de méthodes instrumentales (vidéofluoroscopie, examen endoscopique)¹⁰.

¹ Définition commune adoptée par le Groupe inter-ordres sur la dysphagie (OEQ, OPDQ et OOAQ), 2005.

² Définition commune employée par plusieurs, notamment reprise par l'OPDQ (2006).

³ UETMIS, CHU de Québec (novembre 2015).

⁴ Office québécois de la langue française.

⁵ Plusieurs définitions existantes. Celle-ci provient de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010.

⁶ Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme, Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (février 2010).

⁷ Site de la collaboration interprofessionnelle auquel participent 28 ordres professionnels du Québec.

⁸ www.dysphagie.ch.

⁹ Larousse médical.

¹⁰ Pratiques optimales d'évaluation de la dysphagie pour la clientèle hospitalisée, rapport d'évaluation 07-15, UETMIS, CHU de Québec (novembre 2015).

4. DESTINATAIRES DU GUIDE

Guide conçu à l'intention des gestionnaires du CIUSSS de l'Estrie – CHUS qui ont dans leur équipe des professionnels en orthophonie, nutrition ou ergothérapie et dont la clientèle pourrait présenter une dysphagie.

Toutefois, il est recommandé que les gestionnaires partagent avec leur équipe :

- Annexe 1 : Responsabilités des professionnels en regard de la collaboration professionnelle;
- Annexe 2: Principes directeurs : collaboration interprofessionnelle en contexte de dysphagie;
- Annexe 3 : Activités cliniques pouvant être effectuées par des intervenants des trois professions;
- Annexe 4 : Contribution spécifique des professionnels de l'équipe interdisciplinaire auprès de la clientèle dysphagique ou à risques de l'être.

5. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU GESTIONNAIRE

Exercer un leadership pour permettre à ses professionnels d'adopter un fonctionnement collaboratif interdisciplinaire et de bonnes pratiques en contexte de dysphagie. Ce rôle devrait s'exercer pour deux responsabilités suivantes :

- L'organisation de l'offre de service pour répondre aux besoins de la clientèle;
- La collaboration interprofessionnelle concertée et efficace.

5.1 Offre de service à la clientèle

Recommandations :

Identifier si l'offre de service répond adéquatement aux besoins de la clientèle.

Gestes clés :

À l'aide de l'annexe 4 abordant la contribution spécifique des professionnels :

- Parmi les besoins pour lesquels la contribution est requise par chacune des trois professions, identifier ceux qui ne sont pas couverts;
- Apporter des corrections aux écarts;
- Recourir à du soutien (ex. : DRHCAJ, DSM-QEP) si nécessaire.

5.2 La collaboration interprofessionnelle

Note : Le gestionnaire est invité à s'inspirer des informations contenues à l'annexe 3 afin d'adopter le fonctionnement d'équipe le plus approprié à son offre de services.

Recommandations :

Mettre en place des mécanismes de coordination et de concertation et s'assurer que les professionnels mettent en pratique les gestes clés de la collaboration interprofessionnelle.

Assumer les responsabilités suivantes :

- Animer l'identification des écarts et cibles d'amélioration à l'aide des annexes 1 à 3;
- Encadrer les professionnels de son équipe afin qu'ils adoptent les gestes clés proposés dans l'annexe 1;
- S'assurer de favoriser la prise de décisions partagées;
- S'assurer de l'application des recommandations et réévaluer périodiquement le fonctionnement de l'équipe (annexe 2) et la qualité de la collaboration entre les professionnels;
- S'assurer de mettre en place les conditions favorables aux échanges interdisciplinaires;
- S'assurer d'un bon arrimage entre ses professionnels et les autres intervenants de l'équipe interdisciplinaire;
- Formaliser le fonctionnement de l'équipe dans une procédure, incluant le rôle du gestionnaire.

ANNEXE 1 : RESPONSABILITÉS DES PROFESSIONNELS EN REGARD DE LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE¹¹

Principes fondamentaux

La conscience et l'engagement envers l'éthique professionnelle unissent tous vers un objectif commun, soit d'offrir de meilleurs soins possibles envers l'utilisateur et ses proches, ces derniers sont au centre du processus décisionnel (approche participative).

Responsabilités des professionnels:

En plus de ses responsabilités liées à son rôle clinique, chaque intervenant a des responsabilités à rencontrer comme membre d'une équipe collaborative:

- S'engager à valoriser la contribution et la participation de l'utilisateur et de ses proches;
- Adopter une attitude d'ouverture, d'écoute, de solidarité et d'entraide envers l'équipe et ses membres;
- Reconnaître et respecter les autres membres concernant entre autres : la diversité, les rôles, les responsabilités;
- Tenir compte des limites professionnelles et individuelles;
- S'engager dans une communication transparente, efficace et en continu;
- Contribuer aux résultats du travail d'équipe et agir comme un agent de solution;
- Démontrer une attitude proactive, une participation positive et constructive à la résolution des différends;
- Respecter l'expertise et la participation des autres membres de l'équipe et s'assurer d'une prise de décisions partagées avec chaque professionnel concerné;
- Tenir compte des plans d'intervention unidisciplinaires et des conclusions des autres intervenants.

Il est primordial que chaque professionnel ait la préoccupation constante des effets de ses interventions sur les plans d'intervention des autres membres de l'équipe.

¹¹ *Référentiel National de compétences en matière d'interprofessionnalisme (février 2010).*

ANNEXE 2 : PRINCIPES DIRECTEURS : COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE EN CONTEXTE DE DYSPHAGIE

L'utilisateur au centre de la décision

Considérant que les troubles de la déglutition impliquent un ensemble d'éléments et d'enjeux auxquels font appel aux compétences de plusieurs disciplines;

Considérant que le suivi de la clientèle en interdisciplinarité est à l'avantage des patients :

Recommandations :

- Que l'intérêt du patient soit placé en priorité;
- Que la clientèle ait accès aux expertises spécifiques pouvant répondre à leurs besoins et selon les ressources disponibles.

L'interdisciplinarité en collaboration interprofessionnelle

Comme les ordres professionnels en font la promotion¹², l'interdisciplinarité est recommandée pour l'évaluation et les interventions pour la clientèle dysphagique ou à risque de l'être.

Considérant que l'interdisciplinarité doit s'exercer en respect du cadre légal;

Considérant que l'interaction des professionnels augmente la compétence de chacun;

Considérant l'importance de coordonner les interventions pour la qualité des soins et services :

Recommandations :

- Que soient favorisés les évaluations conjointes et le partage d'informations entre les professionnels impliqués notamment à propos de résultats d'évaluation, ceci afin d'éviter de faire vivre au patient des évaluations répétitives et similaires qui n'apporteraient pas d'élément nouveau;
- Que l'équipe interdisciplinaire puisse tenir compte des évaluations disciplinaires et réaliser des rencontres (formelles et informelles);
- Pour chaque secteur et selon les orientations définies par le gestionnaire, que les règles et les modalités de fonctionnement entre ces trois professions de même que les réajustements de ces modalités soient convenus en équipe et que la finalité soit entérinée par le gestionnaire. Ceci inclut notamment : convenir des rôles et responsabilités, déterminer et mettre en place des façons de communiquer, assurer la coordination des interventions entre les membres de l'équipe, élaborer et réviser les plans d'intervention interdisciplinaires, etc.

Pérennisation de la collaboration interdisciplinaire

Recommandations :

- Que le fonctionnement de l'équipe et tout changement soit convenu en équipe et avec le gestionnaire;

¹² Communication interordres consignée par l'ODPQ, l'OOAQ et l'OEQ : « Entente historique entre les ordres dans le dossier de la dysphagie », 2011-11-16.

- Que ce fonctionnement soit mis par écrit et mis à jour à chaque changement (notamment : modalités, clarification des rôles, gestion des différends¹³, prise de décisions cliniques);
- Que l'adéquation du fonctionnement soit régulièrement réévaluée en équipe;
- Que les irritants et différends soient abordés sans délai par le supérieur immédiat avec son équipe;
- Que la satisfaction des membres de l'équipe soit évaluée.

¹³ Note : l'équipe doit reconnaître que des différends vont survenir, identifier les potentiels déclencheurs de conflits et déterminer comment gérer ensemble les différends.

ANNEXE 3 : ACTIVITÉS CLINIQUES POUVANT ÊTRE EFFECTUÉES PAR DES INTERVENANTS DES TROIS PROFESSIONS

En collaboration avec l'équipe interdisciplinaire, les professionnels en nutrition clinique, en ergothérapie et en orthophonie ayant la formation requise et ayant assuré la mise à jour de leurs compétences¹⁴, peuvent selon leur expertise et la finalité de leur champ de pratique :

1. Effectuer des observations en lien avec les phases de la déglutition et signes cliniques de la dysphagie haute;
2. Détecter des indices et évaluer les risques d'aspiration;
3. Identifier si une déglutition est sécuritaire;
4. Effectuer une observation de repas avec objectif d'évaluer la déglutition;
5. Effectuer des observations à l'évaluation instrumentale (exemple : vidéofluoroscopie).

Note : Bien que les activités précédentes puissent être effectuées par plus d'un intervenant, afin d'optimiser les services et éviter à la clientèle des doublons, le mode de fonctionnement doit être coordonné et déterminé par le gestionnaire avec son équipe. Selon le mode ainsi choisi, un seul intervenant pourrait procéder à une ou l'autre de ces activités ou encore se faire en intervention conjointe.

¹⁴ Note : Chaque professionnel doit s'assurer d'avoir les compétences pour effectuer une ou l'autre des activités citées dans ce guide.

ANNEXE 4 : CONTRIBUTION SPÉCIFIQUE DES PROFESSIONNELS DE L'ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE (ERGOTHÉRAPEUTES, NUTRITIONNISTES, ORTHOPHONISTES) AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE DYSPHAGIQUE OU À RISQUES DE L'ÊTRE¹⁵

Pour répondre aux besoins de la clientèle :

→ La contribution de l'ergothérapie est requise pour :

- Évaluer l'autonomie à s'alimenter et s'hydrater, analyser et statuer sur les impacts de divers troubles, notamment les troubles mentaux, comportementaux, neuropsychologiques, perceptuels, sensoriels, neuromusculosquelettiques ainsi que des facteurs environnementaux (physiques, socioculturels) sur les habiletés fonctionnelles de la personne;
- Mettre en œuvre un plan d'intervention personnalisé afin d'optimiser les habiletés de l'utilisateur dans la réalisation des activités fonctionnelles de s'alimenter et s'hydrater;
- Adapter l'environnement afin de compenser les difficultés de la personne soit par des recommandations d'aide technique, d'aide au positionnement ou de stratégies compensatoires facilitant l'alimentation et l'hydratation.

→ La contribution de la nutrition clinique est requise pour :

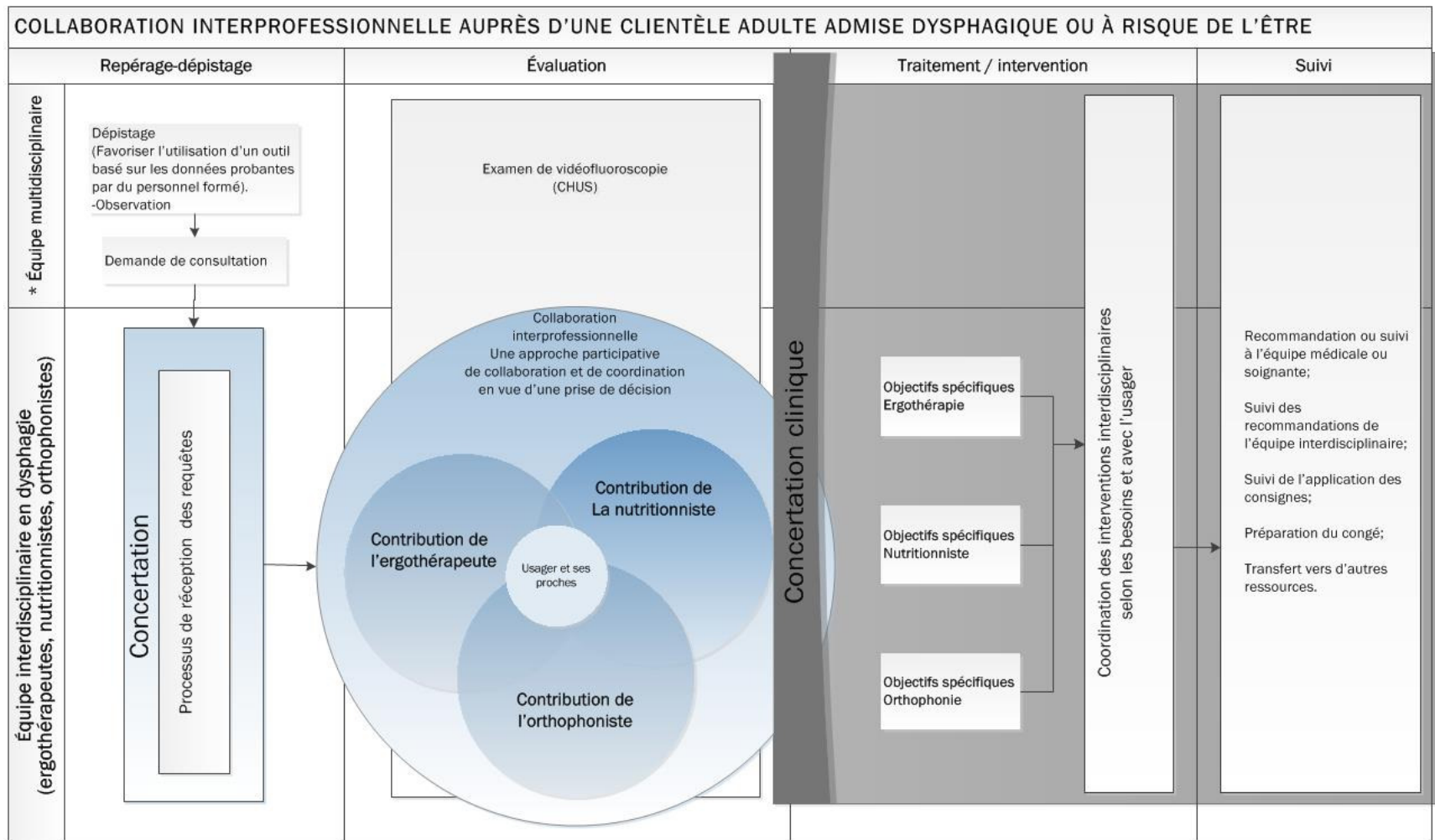
- Évaluer et analyser l'état nutritionnel de l'utilisateur en incluant l'évaluation de la déglutition et son impact sur l'état nutritionnel;
- Déterminer le plan de traitement nutritionnel, incluant la voie d'alimentation la plus sécuritaire (NPO, orale, entérale ou parentérale). Adapter l'alimentation lorsque la voie orale est sécuritaire en tenant compte du problème de déglutition et en déterminer les composantes rhéologiques (textures et consistances) afin de combler les besoins nutritionnels, hydriques et assurer la sécurité de l'alimentation de la personne dysphagique;
- Surveiller l'état nutritionnel des personnes dont le plan de traitement nutritionnel a été déterminé en validant si le plan de traitement est approprié et sécuritaire et en apportant les corrections nécessaires. Ceci inclut le suivi du trouble de la déglutition et l'analyse des textures appropriées pour l'alimentation orale afin d'optimiser les apports nutritionnels.

→ La contribution de l'orthophonie est requise pour :

- Évaluer et émettre des conclusions relatives à la motricité et à la physiologie de la déglutition (fonction oro-pharyngo-laryngée) incluant les praxies bucco-faciales, les fonctions laryngées et le contrôle respiratoire;
- Élaborer et mener un plan de traitement et/ou d'intervention visant l'amélioration de la fonction oro-pharyngo-laryngée de la déglutition incluant les recommandations pour une déglutition sécuritaire;
- Évaluer l'efficacité de stratégies et manœuvres compensatoires ou facilitatrices, procéder à leur enseignement et à leur entraînement dans le but d'assurer une déglutition sécuritaire.

¹⁵ Note : L'expertise de chacune de ces professions ne les restreint pas qu'aux tâches ou activités nommées ici, et certaines des activités ou tâches ne sont pas exclusives à cette profession. Se référer au Code des professions concernant les activités réservées.

ANNEXE 5 : SCHÉMA: COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE AUPRÈS D'UNE CLIENTÈLE ADULTE ADMISE DYSPHAGIQUE OU À RISQUE DE L'ÊTRE



* Médecin, éducateur spécialisé, infirmière, inhalothérapeute, préposé aux bénéficiaires, technicien en diététique, technologue

DSM-QÉP, CIUSSS de l'Estrie- CHUS, 2018

(Inspiré d'une cartographie de processus du CHUM)

SOURCES CONSULTÉES/RÉFÉRENCES

1. Code des professions (chapitre C-26).
2. Code de déontologie des ergothérapeutes (chapitre C-26, r. 113.01).
3. Code de déontologie des diététistes (chapitre C-26, r. 97).
4. Code de déontologie de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (chapitre C-26, r. 184) « Le projet de loi 21 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines - Guide explicatif », document interordres, décembre 2013.
5. Entente de collaboration convenue entre l'Ordre professionnel des diététistes du Québec, l'Ordre des ergothérapeutes du Québec et l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec pour soutenir le CHUM, le 9 novembre 2011, cour supérieure du Québec (NO : 500-17-041143-085).
6. « Entente historique entre les ordres dans le dossier de la dysphagie », communication interordres consignée par l'ODPQ, l'OOAQ et l'OEQ : 16 novembre 2011.
7. « L'entente sans précédent conclue pour l'interdisciplinarité dans le dossier de la dysphagie au CHUM est homologuée par la Cour », communication interordres consignée par l'ODPQ, l'OOAQ et l'OEQ : 12 mai 2012.
8. « Avis : intervention spécifique du diététiste en dysphagie », OPDQ (2006).
9. « Rôle de l'orthophoniste auprès de la clientèle dysphagique : convergence québécoise, canadienne et internationale », Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec, juillet 2006.
10. « Au-delà de la dysphagie, la personne avant tout - Rôle de l'ergothérapeute auprès des personnes présentant des difficultés à s'alimenter », OEQ (septembre 2006).
11. « Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme », Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (février 2010).
12. Pratiques optimales d'évaluation de la dysphagie pour la clientèle hospitalisée, rapport d'évaluation 07-15, UETMIS, CHU de Québec (novembre 2015).
13. « Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC – Lignes directrices sur les pratiques en matière de réadaptation post-AVC, mise à jour 2015 », Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, proposé à : The International Journal of Stroke, accepté aux fins de publication le 9 mars 2016.
14. Site de la collaboration interprofessionnelle créé par 28 ordres professionnels, de même que les fiches rédigées par l'OPDQ, l'OEQ et l'OOAQ (<http://collaborationinterprofessionnelle.ca>).
15. « Expertises professionnelles adaptées aux besoins des personnes hébergées en CHSLD – Collaboration interprofessionnelle », Pauline Plourde, avec la collaboration du collège des médecins du Québec, de treize ordres professionnels et du regroupement provincial des comités des usagers, décembre 2016.
16. « Sommaire des concepts et des modalités d'application de l'interdisciplinarité en première ligne – perspective canadienne et internationale », Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010.
17. Consultations de groupes de professionnels de nutrition clinique, d'ergothérapie et d'orthophonie issus des installations suivantes : Hôpital de Granby, Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins. IUGS, CRE – URFI, Hôpital Fleurimont et Hôtel-Dieu de Sherbrooke.



**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 