



College of Audiologists and
Speech-Language Pathologists of Ontario

Ordre des Audiologistes et
des Orthophonistes de l'Ontario

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

3080, rue Yonge, bureau 5060, C.P. 71
Toronto, Ontario M4N 3N1
416-975-5347 1-800-993-9459
www.caslpo.com

Date d'approbation : septembre 2007
Nouvelle mise en page : avril 2014

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES

A) AVANT-PROPOS	3
B) DÉFINITION DU SERVICE	4
C) CHAMP DE PRATIQUE	8
D) CATÉGORIES CIBLES DE PATIENTS/CLIENTS	9
F) EXIGENCES EN MATIÈRE DE COLLABORATION	10
G) PRÉCAUTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ	12
H) COMPÉTENCES	13
J) COMPOSANTES DE LA PRESTATION DES SERVICES	15
1. CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ	15
2. DÉTERMINATION DU BESOIN	15
3. DÉTERMINATION DES RISQUES À GÉRER	16
a. RISQUE D'ASPIRATION ET D'OBSTRUCTION DES VOIES AÉRIENNES	16
b. RISQUES ASSOCIÉS À L'INGESTION DE STIMULI LIQUIDES OU ALIMENTAIRES	17
c. RISQUES ASSOCIÉS À L'EXPOSITION AUX RAYONNEMENTS	18
d. RISQUES ASSOCIÉS À LA PRISE EN CHARGE DE LA DYSPHAGIE	19
e. RISQUES ASSOCIÉS À L'ALIMENTATION NON ORALE	21
4. PROCÉDURES	22
a. DÉPISTAGE	22
b. ÉVALUATION DE LA DÉGLUTITION	24
c. PRISE EN CHARGE	32
d. CONTINUUM DE SOINS	37
5. PARTICIPATION D'AUTRES PERSONNES	38
6. CRITÈRES DE MISE EN CONGÉ DU PATIENT/CLIENT	39
K) DOCUMENTATION	41
L) GLOSSAIRE	43
M) RÉFÉRENCES	44

RÉSUMÉ

1. Les services pour un trouble de déglutition (dysphagie) sont à l'intérieur du champ de pratique de l'orthophoniste.
2. L'orthophoniste évalue la fonction de déglutition et élabore, met en œuvre et surveille les programmes de prise en charge de la dysphagie en collaboration avec le patient/client et d'autres membres de l'équipe de soins.
3. L'orthophoniste doit suivre les protocoles de prévention des infections appropriés à chaque situation.
4. L'orthophoniste doit avoir les compétences requises pour fournir les services associés aux troubles de déglutition.
5. Pendant qu'il donne des services pour un trouble de déglutition, l'orthophoniste doit :
 - a. Obtenir et documenter le consentement éclairé du patient/client pour chaque composante du service dispensé pour un trouble de déglutition;
 - b. Déterminer les besoins du patient/client;
 - c. Déterminer la nature des risques associés à tout service fourni et prendre des mesures pour réduire au minimum ces risques;

Les risques à prendre en considération incluent :

 - i. les risques d'aspiration et d'obstruction des voies aériennes,
 - ii. les risques associés à l'ingestion de liquides ou de nourriture
 - iii. les risques associés à l'exposition aux rayonnements,
 - iv. les risques pouvant survenir pendant la prise en charge du trouble de déglutition, notamment :
 1. quand on change la texture de la nourriture ou des liquides à avaler,
 2. quand on change la posture pendant la déglutition,
 3. quand on contrôle le rythme respiratoire pendant la déglutition,
 4. quand on utilise la stimulation électrique comme technique de traitement,
 - v. les risques associés à l'alimentation par sonde ou par d'autres moyens non oraux en présence d'un trouble de déglutition important;
 - d. Suivre les procédures obligatoires nécessaires :
 - i. Déterminer si le patient/client est prêt à être évalué,
 - ii. Évaluer la déglutition à l'aide de techniques cliniques non instrumentales,
 - iii. Offrir un traitement ou des recommandations pour réduire le trouble de déglutition et/ou son impact sur le patient/client. Les techniques utilisées peuvent :
 1. aider le patient/client à compenser le trouble de déglutition,
 2. entraîner des changements permanents en améliorant le fonctionnement des muscles utilisés pour avaler,
 - iv. Offrir un enseignement et un counseling pour aider le patient/client à comprendre son trouble de déglutition et comment réduire au minimum son impact,
 - v. Évaluer les résultats de toutes les techniques utilisées pour s'assurer qu'elles n'empirent pas la déglutition;
 - e. Déterminer les pratiques facultatives à utiliser, notamment :
 - i. Faire un dépistage des troubles de déglutition,
 - ii. Utiliser des instruments pour l'évaluation;
 - f. Faire participer d'autres personnes quand c'est approprié;
 - g. Donner congé au patient/client.
6. L'orthophoniste doit documenter toutes les composantes du service dispensé pour un trouble de déglutition.

A) AVANT-PROPOS

Ces normes et lignes directrices de pratique (NLDP) sont nécessaires pour s'assurer que les orthophonistes offrent des soins de qualité aux personnes qui ont besoin de services en raison d'une dysphagie (troubles de déglutition) en Ontario. Les compétences décrites dans les présentes NLDP sont une composante importante de la prestation de soins de qualité aux personnes qui présentent un trouble de déglutition. Ces NLDP visent à donner aux orthophonistes, en Ontario, un aperçu du processus d'évaluation et de prise en charge des problèmes de déglutition et à éclairer la prise de décisions responsables relatives à la prestation de services pour une dysphagie. Ces NLDP sont conçues pour être utilisées en tant que cadre pour la prise de décisions. Elles ne sont pas conçues pour servir de guide d'initiation aux services ni pour fournir aux orthophonistes toute l'information dont ils auront besoin pour exercer dans le domaine de la dysphagie. L'orthophoniste a la responsabilité éthique de veiller à sa compétence en évaluation et prise en charge d'une dysphagie et de veiller à la sécurité de ses patients/clients pendant les services. Il faut des compétences particulières pour certains types de patients/clients, p. ex. les nourrissons, les enfants, les patients/clients trachéotomisés ou dont la santé est fragile. L'orthophoniste doit absolument avoir l'expertise, les ressources, le matériel et l'équipement nécessaires pour fournir des services compétents en matière de dysphagie aux catégories de patients/clients ayant un risque de préjudice associé potentiellement plus grand.

Ces NLDP comprennent des énoncés d'actions obligatoires (le professionnel « doit ») et des énoncés d'actions souhaitables (le professionnel « devrait »). Les énoncés d'actions obligatoires sont des normes que les membres de l'Ordre doivent suivre dans toutes les situations. Dans certains cas, il s'agira d'actions établies et prévues dans une loi et/ou dans un document de l'Ordre. Dans d'autres cas, les énoncés d'actions obligatoires décrivent des normes établies pour la première fois dans les présentes NLDP. Les énoncés d'actions souhaitables avec « devrait » dans ces NLDP décrivent des pratiques exemplaires (appelées aussi meilleures pratiques). Les membres doivent suivre ces lignes directrices de pratiques exemplaires dans la mesure du possible. La mention d'une recommandation particulière dans ces NLDP n'indique pas nécessairement que la pratique repose sur des données probantes découlant de recherches de haut niveau (c.-à-d. provenant d'essais cliniques randomisés). Il faut plutôt y voir une indication que les lignes directrices reposent sur les données probantes actuelles jugées les meilleures d'après une revue globale des écrits de recherche (allant de rapports sur des cas isolés à des essais de plus grande envergure) et l'opinion d'experts. Lorsque l'orthophoniste envisagera de s'écarter de ces lignes directrices, il devra faire preuve de jugement professionnel et tenir compte de l'environnement ainsi que des besoins individuels du patient/client. L'orthophoniste doit documenter toute dérogation aux présentes normes et lignes directrices et doit être prêt à les justifier entièrement.

L'Ordre a publié ses premières directives professionnelles préférées (DPP) sur la dysphagie en l'an 2000. Le présent document se veut une révision de ce document original. Dans celui-ci, nous avons mis l'accent sur les normes et lignes directrices pour l'orthophoniste travaillant dans le domaine de la dysphagie.

B) DÉFINITION DU SERVICE

Avaler est un geste que toute personne en santé effectue sans effort plus de 1000 fois par jour [1]. Avaler est un geste essentiel pour se nourrir et s'hydrater, pourtant il nous procure également du plaisir et est fondamental à nos rencontres sociales de la vie quotidienne.

Le terme dysphagie désigne un trouble ou une déficience du processus de déglutition (action d'avaler) affectant les phases orale, pharyngée ou œsophagienne de la déglutition. La dysphagie en soi n'est pas une maladie, mais plutôt la conséquence d'une ou de plusieurs pathologies sous-jacentes [2], y compris celles d'origine neurogène, oncologique, structurale, psychogène, chirurgicale, congénitale ou iatrogène. La dysphagie entraîne pour la personne des risques de séquelles respiratoires et nutritionnelles (p. ex. pneumonie) [3,4]. La dysphagie a des conséquences économiques considérables sur le système de soins de santé. On estime qu'il en coûte 1000 \$ par jour d'hospitalisation pour traiter une pneumonie au Canada [5]. En plus d'être un trouble physiologique, la dysphagie a parfois des conséquences importantes sur la qualité de vie et le bien-être général de la personne [6-10].

Aux États-Unis, on estime qu'environ 10 % [11] de l'ensemble des patients hospitalisés et des clients des hôpitaux de soins aigus, 30 % des patients/clients des centres de réadaptation et la moitié des patients/clients des maisons de soins infirmiers [12] présentent une dysphagie oro-pharyngée. Rien que pour les nouveaux patients/clients ayant subi un accident vasculaire cérébral aigu, l'incidence serait d'environ 30 à 65 % [13-16]. Chez les personnes affectées initialement, environ 50 % ne retrouvent pas leur déglutition fonctionnelle six mois après l'AVC [17]. Selon les estimations, la dysphagie découlant d'un AVC touche jusqu'à 20 000 nouveaux Canadiens par année [18].

Les écrits actuels traitent principalement de la dysphagie causée par un AVC, mais la dysphagie est également courante dans d'autres maladies. Lors d'un examen rétrospectif des dossiers, on a déterminé la présence d'une dysphagie chez 27 % des patients/clients victimes d'une lésion cérébrale traumatique et admis dans un hôpital de réadaptation [19]. La dysphagie est également une caractéristique courante des maladies neurologiques progressives [20-24]. Notamment, on estime qu'environ 50 % des personnes qui reçoivent un diagnostic de maladie de Parkinson développeront une dysphagie [25-31]. Les patients/clients atteints de diverses formes de cancer (gastro-intestinal, systémique, de la tête et du cou, du système nerveux central, du poumon, du sein, du sang, etc.) peuvent développer une dysphagie, soit comme symptôme de leur maladie ou comme conséquence de leur chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie ou de la combinaison des approches [32-48]. La dysphagie peut également découler d'une chirurgie thoracique ou d'une chirurgie à la colonne ou aux structures cervicales [49-51]. Les patients/clients atteints de troubles cardiovasculaires peuvent également présenter une dysphagie [52-55].

À part les processus étiologiques d'origine neurologique et mécanique connus de la maladie, d'autres facteurs peuvent causer la dysphagie. La dysphagie peut découler de facteurs iatrogènes, p. ex. effet secondaire d'un médicament neuroleptique [56] ou insertion d'un tube de trachéotomie [57]. De plus, la dysphagie touche les personnes de tout âge, des nourrissons [58] aux personnes âgées [59]. Dans une étude canadienne, on a signalé des signes visibles de difficulté à avaler chez jusqu'à 80 % des résidents d'un foyer pour personnes âgées [60].

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

Les enfants développent une dysphagie par suite des mêmes maladies et blessures qui affectent la déglutition des adultes [61-66]. Par contre, la fonction de déglutition des enfants peut également être altérée par des anomalies congénitales [67] et cranio-faciales comme le bec-de-lièvre ou la fente palatine dont les taux documentés chez les nouveau-nés sont d'environ 1 sur 1000 et 1 sur 2000 respectivement [68]. Les nourrissons prématurés présentent souvent des problèmes d'allaitement et de déglutition et une difficulté à coordonner la respiration et la déglutition [61]. Les troubles neurologiques et de développement chroniques, comme la paralysie cérébrale, s'accompagnent souvent de dysphagie et de difficultés au niveau de l'alimentation [69].

Au total, il est probable que plus de 200 000 personnes présentent une dysphagie au Canada à tout moment. Les résultats pour la santé des patients/clients ayant reçu un diagnostic de dysphagie sont moins bons par comparaison aux patients/clients similaires sans dysphagie. La présence de dysphagie oro-pharyngée, en particulier chez les patients qui se rétablissent d'un AVC, a été associée à la malnutrition, à la déshydratation, à une atteinte pulmonaire, à une durée accrue d'hospitalisation et aux soins en établissement [4, 17, 70-74].

Les normes et lignes directrices de pratique se veulent conformes à la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) [75] de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Cette conformité à la CIF vise à favoriser le recours à une terminologie uniforme au sein des disciplines de la santé [75-78]. Un cadre conceptuel sur l'intervention en dysphagie, adapté à la terminologie de l'OMS, est présenté ci-dessous.

Les services pour troubles de dysphagie en orthophonie visent principalement à optimiser la capacité d'avaler de la personne et, ainsi, à améliorer sa qualité de vie. Le meilleur moyen de réaliser cet objectif est de dispenser les services dans des contextes de vie qui sont significatifs pour la personne. Le système de classification de la santé de l'OMS, le CIF, offre aux fournisseurs de soins un cadre conceptuel reconnu à l'échelle internationale et une terminologie normalisée pour examiner et décrire le fonctionnement humain et les déficiences [75]. Ce cadre peut être utilisé pour décrire le rôle de l'orthophoniste dans l'amélioration de la qualité de vie de la personne grâce aux interventions en dysphagie.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

Dimension	Définition	Exemples
Déficience	Problèmes au niveau des structures et/ou des fonctions du corps tels qu'une perte ou un écart important	Exemples de troubles spécifiques pouvant affecter la déglutition : force réduite de la langue; retard de la déglutition pharyngée; réduction du mouvement laryngé ou de l'os hyoïde; fermeture incomplète ou intempestive des voies aériennes (entraînant pénétration ou aspiration); faiblesse de la contraction pharyngée ou ouverture incomplète du sphincter œsophagien supérieur (entraînant des résidus pharyngés).
Activités/ Participation	Aspects du fonctionnement du point de vue individuel ou sociétal	Exemples de limitations et de restrictions : difficulté de maintien d'une nutrition et d'une hydratation adéquates; complications respiratoires découlant de l'aspiration; capacité réduite d'apprécier la nourriture préférée; besoin fréquent de cracher les sécrétions.
Facteurs contextuels environnementaux	Facteurs qui influent sur l'incapacité allant de l'environnement immédiat à l'environnement général de la personne	Exemples de difficultés imposées par l'environnement : incapacité de prendre un repas comme activité sociale; difficulté à obtenir les aliments spécifiques requis dans certains environnements; isolement social en raison du besoin de cracher ou parce qu'on dépend de l'alimentation par sonde.
Facteurs contextuels personnels	Facteurs individuels qui influencent la performance dans l'environnement	Exemples de facteurs individuels pertinents : race, sexe, âge, style de vie, habitudes, éducation reçue des parents, styles d'adaptation, antécédents sociaux, scolarité, expériences antérieures, style de caractère, comportement, préférences alimentaires.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

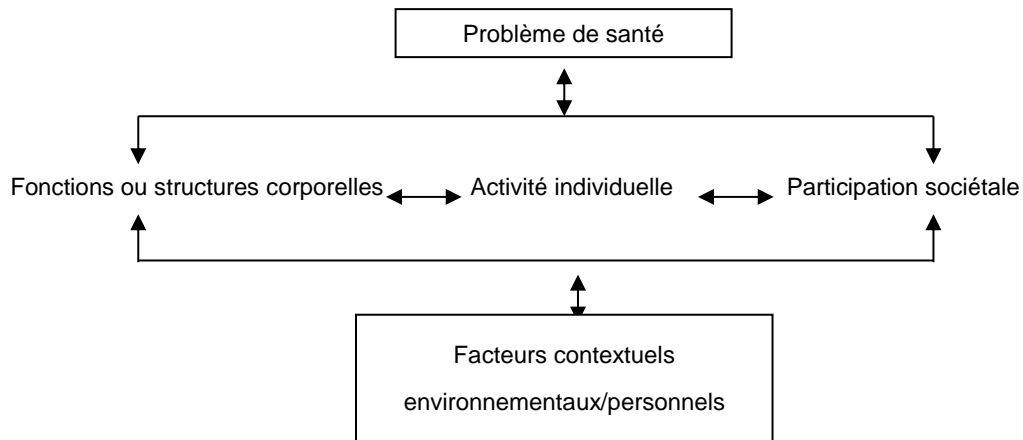


Figure 1 : Modèle de l'OMS (tiré de Eadie [79])

Les services que l'orthophoniste offre aux personnes atteintes de dysphagie englobent toutes les composantes et tous les facteurs du cadre de l'OMS. En d'autres mots, l'orthophoniste s'emploie à améliorer la qualité de vie en réduisant les troubles des fonctions et des structures oro-motrices, en atténuant les limitations liées aux activités et à la participation et en modifiant les obstacles environnementaux de sa clientèle. L'orthophoniste œuvre auprès de personnes qui ont des déficiences, des retards ou des troubles connus de déglutition ainsi que de personnes pour lesquelles la dysphagie entraîne des limitations liées aux activités ou des restrictions au niveau de la participation. Le rôle de l'orthophoniste comprend l'identification, l'évaluation et la prise en charge de la fonction de déglutition.

C) CHAMP DE PRATIQUE

La *Loi de 1991 sur les audiologistes et les orthophonistes* stipule ce qui suit : « L'exercice de la profession d'orthophoniste consiste dans l'évaluation des fonctions de la parole et du langage, ainsi que dans le traitement et la prévention des troubles ou perturbations de la parole et du langage en vue de développer, de maintenir, de restaurer ou d'accroître les fonctions orale motrice et de communication. » La dysphagie n'est pas mentionnée spécifiquement dans le champ de pratique de l'orthophonie dans la *Loi sur les audiologistes et les orthophonistes*, mais elle est sous-entendue dans la référence aux « fonctions orales motrices ». Cette interprétation est conforme aux définitions courantes du champ de pratique de l'orthophonie au Canada, aux États-Unis, en Grande-Bretagne et en Australie notamment [80-83]. En plus de fournir des services directs liés à la dysphagie, on s'attend des membres de l'Ordre qu'ils agissent comme une ressource pour les patients/clients, l'équipe de dysphagie et l'ensemble de la communauté. Cela peut inclure l'éducation du public sur les indicateurs de dysphagie et la connaissance générale des stratégies, lorsque cela fait partie du mandat du membre de l'Ordre.

L'Ordre exige que toute personne candidate à l'inscription fasse la preuve d'une étude approfondie de la dysphagie pour obtenir son inscription à l'Ordre. Depuis 1998, la dysphagie fait partie des recommandations visant la formation offerte dans les programmes d'études supérieures en orthophonie au Canada. Également depuis 1998, la dysphagie fait partie du contenu obligatoire couvert dans l'examen de certification de l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes (ACOA) pour les cliniciens nouvellement qualifiés.

Depuis leur introduction au début des années 1980 [84], les services en dysphagie ont évolué et représentent maintenant une part importante de la charge de travail en orthophonie. Selon de récents sondages de l'American Speech-Language-Hearing Association (ASHA), l'évaluation ou le traitement de la dysphagie représenteraient plus de 45 % des services d'orthophonie dispensés aux adultes des milieux de soins de santé aux États-Unis [85]. La dysphagie représenterait également 16 % de la totalité des services des orthophonistes offerts aux enfants dans les milieux de soins de santé aux États-Unis [85]. On ne dispose pas de données semblables pour le Canada. Toutefois, ces chiffres reflètent les données des résumés sur la mesure de la charge de travail des établissements de soins aigus et de soins continus complexes en Ontario, où l'on signale que les services de dysphagie représentent environ 66 % de la charge de cas [86].

D) CATÉGORIES CIBLES DE PATIENTS/CLIENTS

Les présentes normes et lignes directrices de pratique s'appliquent aux services fournis par l'orthophoniste à tout patient/client atteint de dysphagie peu importe l'âge, le sexe, l'origine ethnique, l'étiologie ou le milieu dans lequel le service est dispensé.

E) RESSOURCES NÉCESSAIRES

La prestation de services dans le domaine de la dysphagie nécessite des outils et des instruments variés. Le membre de l'Ordre qui utilise directement ces outils ou instruments devrait s'assurer, avant de les utiliser, que le matériel et l'équipement sont en bon état de fonctionnement et qu'ils ont été étalonnés et calibrés, au besoin.



Norme
E.i

L'orthophoniste doit s'assurer que le matériel et les fournitures appropriés sont disponibles pour l'évaluation et la prise en charge de la dysphagie.

Nous encourageons fortement l'adoption de protocoles d'évaluation normalisés, y compris de méthodes normalisées pour la préparation des stimuli.

LDP
E.i

Dans la mesure du possible, l'orthophoniste devrait utiliser des méthodes normalisées pour l'évaluation de la dysphagie.

*LDP=Lignes directrices de pratique

F) EXIGENCES EN MATIÈRE DE COLLABORATION

Une approche centrée sur le client est essentielle à la prestation de services efficaces en matière de dysphagie. L'orthophoniste doit s'efforcer d'offrir des services centrés sur le client dans le domaine de la dysphagie et de respecter en tout temps les besoins alimentaires, linguistiques, culturels et personnels du patient/client.



Norme
F.i

L'orthophoniste doit s'efforcer d'offrir des services centrés sur le client dans le domaine de la dysphagie et de respecter en tout temps les besoins alimentaires, linguistiques, culturels et personnels du patient/client.

Les patients/clients retireront un plus grand bénéfice de la collaboration de divers professionnels de la santé qui apportent leur propre expertise particulière à la prestation des services dans le domaine de la dysphagie. L'orthophoniste a une connaissance approfondie des interactions entre la dysphagie, l'anatomie, la physiologie, la respiration, les troubles de la voix, les troubles moteurs de la parole et les troubles structurels connexes ainsi qu'une expertise dans le domaine des interventions. Pour toutes ces raisons, l'orthophoniste assume typiquement un rôle clé au sein de l'équipe de dysphagie.

Tout professionnel de la santé réglementé formé à l'évaluation clinique de patients/clients (infirmières, médecins, diététistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, etc.) peut faire un dépistage de la déglutition. L'orthophoniste toutefois peut jouer un rôle fondamental dans l'élaboration de programmes de dépistage de la dysphagie et la formation des personnes qui font les dépistages pour l'interprétation appropriée des résultats.

Le rôle de l'orthophoniste ne se limite pas à l'évaluation de la fonction de déglutition. L'orthophoniste élabore, met en œuvre et surveille les programmes de prise en charge de la dysphagie. La collaboration avec d'autres professionnels de la santé est fortement recommandée. Cette collaboration sera très probable pour des activités variées, y compris la préparation des stimuli et la modification des textures; le positionnement, le transfert et le transport du patient/client; la succion; la prise de décisions au sujet de la voie d'alimentation; la réalisation et l'interprétation d'examen instrumentaux de la déglutition; la mise en application des recommandations; etc. Les collaborateurs comprendront probablement, sans s'y limiter, des médecins, des diététistes, des infirmières, des thérapeutes respiratoires, des technologues en radiation médicale, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des pharmaciens, des bioéthiciens, du personnel de la pastorale, des préposés aux services de soutien à la personne, des travailleurs sociaux, des proches et d'autres personnes appropriées.

Il pourrait y avoir des situations où deux professionnels ou plus, de disciplines différentes, offriront des soins au même patient/client.

Il est également possible que deux orthophonistes ou plus participent simultanément à la prise en charge des besoins de déglutition d'un même patient/client. Le Code de déontologie de l'Ordre exige des membres de l'Ordre « qu'ils maintiennent des rapports professionnels

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

positifs avec leurs collègues, les étudiants et les autres professionnels ». De plus, lorsque deux orthophonistes ou plus participent en même temps aux soins d'un patient/client, ils doivent respecter les modalités de l'énoncé de position de l'Ordre intitulé « Intervention simultanée effectuée par des membres de l'OAAO ».

En cas de désaccords entre les professionnels participant simultanément à la prise en charge des problèmes de déglutition d'un patient/client, les membres de l'Ordre doivent déployer des efforts raisonnables afin de les régler directement avec le professionnel concerné et doivent prendre les mesures qui sont dans l'intérêt du patient/client.

Il faut respecter l'énoncé de position de l'Ordre intitulé « Règlement de désaccords entre fournisseurs de services ».



Norme
F.ii

L'orthophoniste doit s'efforcer de collaborer, de façon constructive, avec les autres personnes participant à la prise en charge de la dysphagie du patient/client. L'orthophoniste doit respecter les énoncés de position suivants de l'Ordre : Intervention simultanée effectuée par des membres de l'OAAO et Règlement de désaccords entre fournisseurs de services.

G) PRÉCAUTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ

Pendant toute composante du service en dysphagie, l'orthophoniste devrait faire son possible pour réduire au minimum les risques et assurer la sécurité du patient/client, des soignants et de soi-même à titre de clinicien. Des mesures doivent être prises pour prévenir et limiter la propagation des infections comme il est décrit dans le document *Infection Prevention and Control*. Nous rappelons aux orthophonistes que l'évaluation et la prise en charge de la dysphagie nécessitent un contact avec des sécrétions orales pouvant constituer un mode de transmission de maladies infectieuses. De plus, pendant la prestation des services pour une dysphagie, les cliniciens peuvent entrer en contact avec une peau ou des muqueuses non intactes. L'orthophoniste doit respecter les pratiques courantes relatives au lavage des mains et au port de gants et prendre des mesures de protection contre les pathogènes transmissibles par les liquides et le sang.



Norme
G.i

L'orthophoniste doit respecter les pratiques courantes de lavage des mains et de port de gants énoncées dans le document « *Infection Prevention and Control* ».

Les instruments et le matériel utilisés pour les interventions en dysphagie sont considérés « semi-critiques » en raison du contact avec la peau non intacte ou les muqueuses. Ils nécessitent donc une désinfection de niveau élevé selon la classification de Spaulding, comme il est souligné dans le document *Infection Prevention and Control*. Tout équipement réutilisé doit faire l'objet d'une désinfection de niveau élevé. Le recours à du matériel à usage unique jetable est une solution de rechange acceptable. Le milieu de pratique ou les fournisseurs de soins du patient/client peuvent parfois imposer des précautions supplémentaires. Ces précautions ont préséance, le cas échéant.



Norme
G.ii

Tout matériel utilisé pour les interventions en dysphagie doit faire l'objet d'une désinfection de niveau élevé avant d'être réutilisé, ou doit être jeté. Les précautions supplémentaires imposées par le milieu de pratique ou les fournisseurs de soins ont préséance.

H) COMPÉTENCES

Tout membre de l'Ordre participant à la prestation de services en dysphagie doit avoir les compétences suivantes :

1. Démontrer qu'il connaît l'anatomie et la neurophysiologie liées à la fonction normale de déglutition;
2. Démontrer qu'il est capable d'obtenir les antécédents pertinents du patient/client;
3. Démontrer qu'il peut, de façon compétente, faire un examen du mécanisme oral, effectuer un essai de déglutition et reconnaître les signes cliniques d'aspiration ou d'autres troubles de déglutition;
4. Démontrer qu'il peut, de façon compétente, évaluer les fonctions de la parole liées au mécanisme de déglutition, y compris la fonction de la voix et la fonction motrice de la parole;
5. Comprendre le lien entre la respiration et la déglutition;
6. Connaître les indications de techniques compensatoires et de rééducation précises dans la prise en charge de la dysphagie;
7. Démontrer qu'il est capable de développer et de maintenir des relations de travail constructives et de collaborer avec les autres professionnels participant à la prestation des services dans le domaine de la déglutition;
8. Comprendre les répercussions des troubles de déglutition sur la qualité de vie ainsi que les questions éthiques connexes et être capable de collaborer avec d'autres professionnels de la santé afin de soutenir la prise de décisions du patient/client et de sa famille au sujet de l'alimentation et de l'hydratation, de l'alimentation non orale et des soins de fin de vie;
9. Comprendre les indications et les limites du recours à la technologie et aux instruments pour l'évaluation et la prise en charge de la dysphagie;
10. Démontrer qu'il est capable d'élaborer des méthodes claires et efficaces pour l'enseignement aux patients/clients et à leurs aidants/soignants sur les techniques choisies de prise en charge de la déglutition;
11. Savoir quand il convient de diriger le patient/client vers d'autres professionnels de la santé et quand il convient de faire intervenir d'autres professionnels de la santé pour qu'ils collaborent aux soins de la dysphagie et de ses séquelles;
12. Se tenir à jour au sujet des écrits et des connaissances sur les meilleures pratiques et les pratiques fondées sur les données probantes dans le domaine de l'évaluation et de la prise en charge de la dysphagie par la lecture d'articles de revues et les discussions sur leur contenu, la participation à des groupes d'intérêts, à des ateliers et à des conférences ou par la recherche;
13. Être capable d'appliquer les connaissances sur les meilleures pratiques en matière de dysphagie à sa propre pratique clinique.

L'orthophoniste qui travaille auprès de cas spéciaux doit avoir des compétences particulières, notamment :

14. Démontrer qu'il connaît les principes du rétablissement neural lorsqu'il travaille auprès de patients/clients ayant un trouble de déglutition d'origine neurogène;

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

15. Démontrer qu'il connaît les procédures spéciales requises pour les patients/clients trachéotomisés ou dont l'anatomie oro-pharyngée est altérée à la suite d'une chirurgie;
16. Démontrer qu'il connaît les trajectoires de développement normales et anormales quand il travaille auprès d'enfants atteints de dysphagie.

En outre, l'orthophoniste qui participe directement à l'examen de la déglutition par vidéofluoroscopie doit posséder les compétences suivantes :

17. Démontrer qu'il connaît et respecte les procédures de sécurité contre les rayonnements;
18. Démontrer qu'il peut, de façon compétente, effectuer les examens normalisés de la déglutition par vidéofluoroscopie et en interpréter les résultats et qu'il est capable de modifier et d'adapter la technique aux besoins du patient/client.



Norme
H.i

L'orthophoniste doit avoir les compétences requises pour offrir des services dans le domaine de la dysphagie.

J) COMPOSANTES DE LA PRESTATION DES SERVICES

1. CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Avant de dispenser des services d'évaluation et de prise en charge de la dysphagie, on doit informer le patient/client des résultats, des avantages et des risques associés, comme l'exige la *Loi sur le consentement aux soins de santé* (L.O. 1996, chap. 2, annexe A). Le membre de l'Ordre doit documenter cette discussion.



Norme
J.1.i

L'orthophoniste doit obtenir et documenter le consentement éclairé du patient/client (ou de son mandataire spécial) avant de commencer toute composante du service en dysphagie.

Certains examens et certaines techniques de prise en charge en dysphagie nécessitent l'utilisation d'instruments médicaux (vidéofluoroscopie, endoscopie, électromyographie, échographie, etc.). Comme ces techniques risquent d'être invasives, il faut obtenir le consentement précis avant de les utiliser.



Norme
J.1.ii

L'orthophoniste doit obtenir le consentement précis du patient/client (ou de son mandataire spécial) à l'utilisation d'instruments pour l'évaluation ou la prise en charge de la dysphagie.

2. DÉTERMINATION DU BESOIN

L'identification d'un patient/client susceptible d'avoir besoin des services d'un orthophoniste en raison d'un trouble de déglutition peut se faire de quatre façons :

- a) Le patient/client identifie lui-même qu'il a un besoin;
- b) Une connaissance du patient/client (proche, aidant/soignant ou connaissance) identifie le besoin;
- c) Un orthophoniste ou un autre professionnel de la santé détermine le besoin dans le cadre d'un dépistage de la déglutition;
- d) Le patient/client a été dirigé par un médecin.

3. DÉTERMINATION DES RISQUES À GÉRER

A. RISQUE D'ASPIRATION ET D'OBSTRUCTION DES VOIES AÉRIENNES

L'oropharynx est une voie physiologique courante des fonctions de respiration et de déglutition [87]. En présence de dysphagie, on reconnaît donc le risque de préjudice et plus spécifiquement d'obstruction des voies aériennes ou de suffocation lié à l'aspiration (pénétration de nourriture ou de liquide dans les voies aériennes au-dessous du niveau des cordes vocales inférieures vraies) [88-89]. L'évaluation et la prise en charge de la déglutition comprennent habituellement l'administration orale de stimuli liquides ou alimentaires. Dans ces situations, il est impossible d'éliminer complètement le risque de suffocation et d'aspiration. L'orthophoniste doit faire tout son possible pour maximiser la sécurité du patient/client pendant les techniques d'évaluation et de prise en charge de la déglutition.



Norme
J.3.a.i

L'orthophoniste doit faire tout son possible pour maximiser la sécurité du patient/client pendant les techniques d'évaluation et de prise en charge de la déglutition.

L'orthophoniste devrait avoir la formation adéquate et les connaissances à jour nécessaires pour offrir une aide d'urgence aux patients/clients qui suffoquent. Nous recommandons fortement l'obtention de la certification en réanimation cardio-respiratoire (RCR).

LDP
J.3.a.i

L'orthophoniste devrait avoir la formation adéquate et les connaissances à jour nécessaires pour offrir une aide d'urgence aux patients/clients qui suffoquent.

Lorsque l'orthophoniste détermine que le risque de suffocation est très élevé, il peut être judicieux d'obtenir l'avis et l'accord du fournisseur de soins primaires avant de procéder à l'administration orale du stimulus liquide ou alimentaire. Si cela est impossible, l'orthophoniste devrait alors s'assurer de la disponibilité de l'aide médicale appropriée en cas de suffocation.

LDP
J.3.a.ii

L'orthophoniste devrait s'assurer que l'aide médicale appropriée est disponible lorsque le risque de suffocation est très élevé.

Lorsque le patient/client est un patient hospitalisé inscrit d'un programme ou d'un établissement de santé, l'orthophoniste doit respecter les procédures établies du site quand il s'agit de donner quoi que ce soit à manger ou à boire à un patient/client qui a un statut « NPO » (directives de ne rien ingérer ou *nil per os*).



Norme

J.3.a.ii

L'orthophoniste doit respecter les procédures du site quand il s'agit de donner quoi que ce soit à manger ou à boire à un patient/client qui a un statut « NPO ».

L'aspiration est le mécanisme physiologique par lequel des substances nuisibles sont transportées dans les poumons [90]. La pneumonie par aspiration est un problème de santé grave pouvant survenir lorsque la fonction respiratoire et immunitaire du patient/client ne suffit pas à éliminer les bactéries pathogènes de l'appareil respiratoire [91]. La pneumonie par aspiration est un trouble médical grave connexe secondaire à l'aspiration de matières acides (comme le reflux gastro-œsophagien) [91]. L'orthophoniste devrait prendre des mesures pour réduire au minimum le risque d'atteinte respiratoire pendant l'évaluation et le traitement des patients/clients. Parmi ces mesures, mentionnons prévoir les soins de la bouche avant l'évaluation afin de réduire au minimum la présence de bactéries nuisibles dans les sécrétions oro-pharyngées; prévoir que le patient/client reste en position verticale à la suite de l'ingesta oral requis pour l'évaluation afin de favoriser la vidange gastrique et réduire le risque d'aspiration de reflux gastro-œsophagien.

LDP

J.3.a.ii
i

L'orthophoniste devrait prendre des mesures afin de réduire au minimum les effets nuisibles de l'aspiration pouvant survenir pendant ou après la prestation de services liés à la déglutition.

B. RISQUES ASSOCIÉS À L'INGESTION DE STIMULI LIQUIDES OU ALIMENTAIRES

L'évaluation et la prise en charge de la déglutition nécessitent souvent l'administration de stimuli liquides ou alimentaires au patient/client. Lorsque des directives médicales de ne rien ingérer (NPO) sont en place pour le patient/client, l'orthophoniste doit communiquer avec le fournisseur de soins primaires pour s'assurer que ces directives ne constituent pas une contre-indication à l'évaluation de la déglutition.



Norme

J.3.b.i

L'orthophoniste doit communiquer avec le fournisseur de soins primaires du patient/client avant d'administrer des liquides ou de la nourriture à un patient/client ayant des directives médicales de ne rien ingérer (NPO).

Certains stimuli liquides ou alimentaires, utilisés pour l'évaluation de la déglutition, peuvent poser plus de risque que d'autres :

- Les produits de contraste utilisés en radiographie se présentent sous forme de préparations d'iode ou de sulfate de baryum. Les produits de contraste à base de baryum sont les plus couramment utilisés pour l'évaluation radiographique de la

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

déglutition. Les produits de contraste à base d'iode pourraient être préférables lorsque l'évaluation de la déglutition soulève des questions sur l'intégrité structurale de l'œsophage supérieur ou d'une anastomose chirurgicale.

- On peut ajouter des colorants alimentaires aux stimuli utilisés pour l'évaluation afin de favoriser la détection visuelle de l'aspiration. Certaines revues médicales font état de préoccupations relatives à la sécurité des colorants alimentaires de couleur bleu, en particulier lorsque ceux-ci sont administrés en volume important ou à des patients/clients à la santé fragile et à risque de sepsis [92, 93]. L'orthophoniste devrait tenir compte de la sécurité des colorants alimentaires pour le patient/client individuel avant d'utiliser ces produits dans l'évaluation de la déglutition.
- Les stimuli très acides peuvent contribuer à un risque élevé de pneumonie par aspiration chez les patients/clients qui aspirent. L'orthophoniste devrait éviter d'utiliser des stimuli très acides pour l'évaluation de la déglutition.
- Il pourrait être déconseillé sur le plan médical pour des patients/clients d'avaler certains stimuli en raison d'allergies connues ou d'autres problèmes médicaux (p. ex. diabète de type 1). L'orthophoniste devrait être conscient de tels problèmes avant d'effectuer une évaluation de la déglutition et en tenir compte lors du choix des stimuli à utiliser pour l'évaluation.



Norme

J.3.b.ii

L'orthophoniste doit considérer attentivement la sécurité et la justification de tout produit liquide ou alimentaire choisi pour les services dans le domaine de la déglutition avant de demander au patient/client de les avaler.

C. RISQUES ASSOCIÉS À L'EXPOSITION AUX RAYONNEMENTS

L'évaluation radiologique de la déglutition (vidéofluoroscopie) comprend l'utilisation de rayons X. Elle est donc assujettie à la réglementation aux termes de la *Loi sur la protection contre les rayons X* (1990). L'orthophoniste doit connaître cette loi pour respecter les exigences prévues.



Norme

J.3.c.i

L'orthophoniste qui effectue des évaluations de la déglutition par vidéofluoroscopie doit respecter toutes les sections applicables de la *Loi sur la protection contre les rayons X*.

L'exposition aux rayonnements comporte un risque biologique pour le patient/client et les travailleurs exposés dans l'exercice de leurs fonctions. Dans un cas comme dans l'autre, il faut prendre des mesures pour éviter toute exposition indue ou excessive.

LDP

J.3.c.i

L'orthophoniste qui effectue des examens de la déglutition par vidéofluoroscopie devrait s'efforcer de faire l'évaluation de la manière la

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

plus efficace possible. Il doit trouver un équilibre entre le besoin d'obtenir de l'information sur la déglutition du patient/client et l'exposition aux rayonnements que cela comporte.

Selon les règlements sur la sécurité des rayons X (*X-Ray Safety Regulations*) établis en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* (Règlement de l'Ontario 861/90), les personnes qui demeurent dans une pièce où se trouve un appareil de fluoroscopie en marche doivent être considérées comme un opérateur de machine à rayons X. Cela s'applique aux orthophonistes qui restent auprès de leurs patients/clients pendant les techniques fluoroscopiques, surtout lorsqu'ils aident à les alimenter pendant l'examen. Les opérateurs de machine à rayons X qui demeurent dans la pièce doivent recevoir une formation sur la protection contre les rayonnements, porter de l'équipement de protection individuelle, notamment des blouses de plomb et des cache-thyroïde et, de plus, ils doivent avoir sur eux un dosimètre personnel pendant ces interventions. Selon la loi, chaque établissement qui offre des radiographies médicales doit désigner un agent de radioprotection local qui est responsable des mesures de radioprotection des travailleurs exposés dans le cadre de leur travail. L'agent de radioprotection peut conseiller l'orthophoniste au sujet des mesures et des techniques appropriées pour limiter et surveiller l'exposition aux rayonnements.



Norme

J.3.c.ii

L'orthophoniste qui participe aux vidéofluoroscopies doit s'assurer que son employeur le classe parmi les opérateurs de machines à rayons X.

LDP

J.3.c.ii

L'orthophoniste classé en tant qu'opérateur de machines à rayons X devrait consulter l'agent de radioprotection de son établissement pour s'assurer qu'il respecte les dispositions des lois s'appliquant à cette catégorie de travailleurs et pour veiller à la mise en place de mesures de radioprotection appropriées.

D. RISQUES ASSOCIÉS À LA PRISE EN CHARGE DE LA DYSPHAGIE

Certaines techniques de prise en charge de la dysphagie comportent un risque de préjudice supplémentaire. Les cliniciens doivent en tenir compte attentivement et en discuter avec le patient/client pendant le processus de consentement préalable au traitement.

Restrictions alimentaires ou modifications de la texture des aliments

Les restrictions et modifications relatives à la texture des aliments sont les techniques compensatoires les plus courantes recommandées pour la prise en charge de la dysphagie. Elles ne posent pas de risque direct de préjudice médical ou physique pour le patient/client. Cependant, les recherches récentes suggèrent que les patients âgés ayant des antécédents connus d'aspiration sont à risque plus élevé de pneumonie et qu'ils pourraient présenter une pneumonie plus compliquée lorsque les liquides sont restreints à la consistance du miel comparée à la consistance du nectar [Logemann et Robbins, sous presse]. De plus, la recommandation d'éviter certains liquides ou certaines textures alimentaires peut nuire à la qualité de vie. Les patients qui suivent un régime à texture modifiée sont également à risque plus élevé de malnutrition et de déshydratation, surtout s'ils n'aiment pas les produits offerts. Par conséquent, l'orthophoniste devrait s'assurer que les modifications de texture alimentaire sont nécessaires et efficaces avant de les mettre en place. La collaboration avec les diététistes est fortement recommandée lorsqu'on a affaire à des modifications de textures alimentaires.

LDP J.3.d.i	L'orthophoniste devrait essayer de s'assurer que les modifications de textures alimentaires sont nécessaires et efficaces avant de les mettre en place.
----------------	---

Modification de la posture

Les modifications de posture sont une autre forme courante de technique compensatoire de la déglutition. Elles consistent à indiquer au patient/client la position dans laquelle il doit tenir la tête ou le corps pour avaler (menton rentré, tête tournée, etc.). Les écrits suggèrent que les modifications de posture peuvent permettre de réduire l'aspiration dans environ 75 % des cas [94]. Par contre, comme les modifications de posture changent la configuration physique de l'oropharynx, elles peuvent aussi accroître le risque d'aspiration ou de résidus pharyngés. Il faudrait donc utiliser les modifications de posture avec discernement et garder à l'esprit qu'elles peuvent être bénéfiques ou nuisibles.

LDP J.3.d.ii	L'orthophoniste devrait essayer de s'assurer que les modifications de posture sont nécessaires, bénéfiques et non nuisibles avant de les mettre en place.
-----------------	---

Techniques de contrôle de la respiration

Deux techniques de contrôle de la respiration ont été décrites comme étant potentiellement bénéfiques pour les patients/clients présentant une aspiration pré-déglutition : la déglutition supraglottique et la déglutition super-supraglottique [95-98]. Pour ces techniques, on enseigne aux patients/clients à retenir leur souffle de façon volitionnelle avant d'avalier, puis à effectuer des techniques de dégagement des voies aériennes (toux, raclement de gorge) après avoir avalé. La déglutition super-supraglottique nécessite l'application d'un effort plus grand pendant l'apnée, à l'aide d'une manœuvre de Valsalva. Les écrits récents suggèrent que ces deux techniques peuvent contribuer à l'arythmie cardiaque chez certains patients/clients [99]. L'orthophoniste doit donc obtenir l'approbation du fournisseur de soins primaires du patient/client avant d'utiliser ces manœuvres durant le traitement.



Norme
J.3.d.i

L'orthophoniste doit obtenir l'approbation du fournisseur de soins primaires du patient/client avant d'utiliser les techniques de déglutition supraglottique ou super-supraglottique pour la prise en charge de la dysphagie.

Techniques de stimulation électrique

La stimulation électrique comme mesure de prise en charge de la dysphagie est récente. Le courant électrique peut être appliqué pour susciter une contraction musculaire [100-104] ou pour stimuler une voie neurosensorielle [105-108]. Pour l'instant, il existe relativement peu de recherches sur la stimulation électrique de la déglutition. Les écrits suggèrent toutefois que dans certains cas, la stimulation électrique peut être nuisible à la déglutition. Il a été démontré que l'application du courant électrique pour susciter la contraction des muscles infra et supra-hyoïdiens du cou abaisse la position anatomique de l'os hyoïde et peut contribuer à un risque élevé de résidus pharyngés et d'aspiration [109]. Lorsque le courant électrique est appliqué aux voies sensorielles oro-pharyngées, on a remarqué que différentes fréquences de stimulation produisent différents résultats. À certaines fréquences, la stimulation électrique appliquée à ces voies sensorielles peut provoquer un retard du réflexe de déglutition chez des personnes par ailleurs en santé [105, 106]. La stimulation électrique est donc une technique de prise en charge de la dysphagie qu'il importe de considérer comme une approche non conventionnelle au traitement et qui doit être utilisée avec grande prudence.



Norme

J.3.d.ii

L'orthophoniste qui envisage d'utiliser la stimulation électrique comme technique de prise en charge de la dysphagie doit respecter les modalités de l'énoncé de position de l'Ordre sur les approches non conventionnelles en matière d'intervention.

Mésadaptation

Plusieurs techniques de traitement de la déglutition sont conçues pour modifier la physiologie de la déglutition du patient/client. Le clinicien devrait rester conscient que la modification de la physiologie de la déglutition a le potentiel d'améliorer la fonction de déglutition ou de lui nuire encore plus. Dans certains cas, il peut s'avérer nécessaire de renverser les effets d'une technique de déglutition enseignée antérieurement pour réaliser une fonction de déglutition optimale.

E. RISQUES ASSOCIÉS À L'ALIMENTATION NON ORALE

L'alimentation non orale totale ou d'appoint est parfois recommandée lorsqu'un patient/client est jugé incapable d'avaler du liquide ou de la nourriture sans danger ou lorsque la dysphagie compromet sa capacité de s'alimenter adéquatement ou de s'hydrater par voie orale. Le choix de l'alimentation non orale est difficile pour les patients/clients et leurs familles. Il est donc important d'en discuter avec toute l'équipe en dysphagie. Lors de

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

ces discussions, il importe pour l'orthophoniste de garder à l'esprit les indications premières de l'alimentation non orale : 1) optimiser l'alimentation ou l'hydratation; 2) lorsqu'elle est utilisée au lieu des voies d'alimentation orales, limiter l'aspiration. La preuve n'a pas été faite que l'alimentation non orale est un moyen efficace de prévenir la pneumonie par aspiration [110-115]. Le médecin ou la diététiste pourra mieux expliquer les risques associés à l'alimentation non orale.

4. PROCÉDURES

Dans le présent document, nous avons divisé les services en dysphagie en composantes, comme suit :

- a. Dépistage
- b. Évaluation
 - i. Détermination de la préparation à l'évaluation
 - ii. Évaluation clinique (non instrumentale)
 - iii. Évaluation instrumentale
- c. Prise en charge (intervention)
 - i. Techniques compensatoires
 - ii. Techniques de rééducation
 - iii. Enseignement

La détermination de la préparation à l'évaluation, l'évaluation clinique (non instrumentale) et la prise en charge sont considérées comme étant des composantes obligatoires des services fournis.



Norme
J.4

Tout service de l'orthophoniste dans le domaine de la déglutition doit inclure au moins : a) la détermination de la préparation du patient/client à l'évaluation, b) une évaluation clinique (sans instruments) et c) la prise en charge du cas.

A. DÉPISTAGE

L'Ordre définit dépistage comme l'utilisation par l'orthophoniste de mesures « réussite/référent » (*pass/refer*), conformément à son champ de pratique, afin d'identifier les personnes qui pourraient avoir un trouble de déglutition. Le dépistage sert uniquement à déterminer si une évaluation orthophonique s'impose. Le dépistage peut être effectué par un membre de l'Ordre ou par du personnel de soutien. L'interprétation et la communication des résultats du dépistage se limitent à informer la personne du besoin ou non d'une évaluation orthophonique. Les résultats du dépistage ne doivent pas être utilisés pour la planification du traitement.

Dans le contexte de la déglutition, le dépistage est considéré comme une composante optimale des services fournis et il peut ou non comprendre la participation d'un orthophoniste. Certains établissements de soins de santé ont un processus en place pour le dépistage de la déglutition, mais il n'est pas essentiel d'avoir été référé par un médecin pour subir un dépistage. Lorsque la politique de l'établissement dépasse cette norme et exige

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

qu'on soit référé par un médecin pour subir un dépistage de la déglutition, la politique de l'établissement a préséance.

Nous encourageons fortement les orthophonistes à participer à la conception et à la mise en œuvre des programmes de dépistage ou de préévaluation de la déglutition pour que les personnes soupçonnées de dysphagie soient dirigées de façon appropriée afin de subir une évaluation plus approfondie.

LDP J.4.a.i	Nous encourageons fortement les orthophonistes à participer à la conception et à la mise en œuvre des programmes de dépistage ou de préévaluation de la déglutition pour que les personnes soupçonnées de dysphagie soient dirigées de façon appropriée afin de subir une évaluation plus approfondie.
--------------------	--

Quand c'est possible, il est recommandé qu'un professionnel de la santé réglementé formé fasse le dépistage de la déglutition et que le dépistage comprenne au moins une des activités suivantes :

- Reconnaissance du risque de dysphagie par l'examen du dossier médical, du diagnostic ou des antécédents médicaux;
- Reconnaissance de signes apparents de difficulté de déglutition (toux, suffocation, incapacité d'avaler) pendant l'administration régulière ou planifiée de médicaments, l'ingestion d'eau ou de nourriture par voie orale;
- Confirmation de la présence d'observations cliniques précises constituant des indicateurs du risque de dysphagie pendant l'examen physique du patient/client.

LDP J.4.a.ii	Le dépistage devrait inclure au moins une des activités indiquées qui permettrait d'établir la probabilité de risques, de signes ou d'indicateurs de dysphagie.
---------------------	---

Le dépistage de la déglutition n'est pas suffisant pour évaluer la nature ou la gravité de la dysphagie, mais fournit une indication de la probabilité :

- de la présence ou de l'absence de dysphagie;
- de la présence de risques au niveau des poumons, de l'hydratation ou de la nutrition associés à la continuation de la méthode d'alimentation actuelle;
- de l'admissibilité à une évaluation plus approfondie de la part d'un orthophoniste ou d'un autre professionnel de la santé ou du besoin d'une telle évaluation.

Sans toutefois être concluantes, les recherches suggèrent que le dépistage a une influence bénéfique sur les coûts, les résultats pour la santé et le fonctionnement des adultes qui présentent une dysphagie secondaire à un accident vasculaire cérébral (AVC). Deux tests de dépistage (test de 50 ml d'eau et test de la sensation pharyngée) se sont révélés raisonnablement sensibles et spécifiques pour le risque d'aspiration (entrée de matières dans les voies aériennes), comme le confirme l'évaluation vidéofluoroscopique d'adultes ayant subi un AVC. Jusqu'à maintenant, il n'existe pas de preuves directes de l'avantage du dépistage de la dysphagie pour les patients/clients adultes et pédiatriques ayant des étiologies autres que l'AVC [116, 117].

B. ÉVALUATION DE LA DÉGLUTITION

Il existe deux principaux types d'évaluation de la déglutition : l'évaluation clinique (au chevet et non instrumentale) et l'évaluation instrumentale.

i. Détermination de la préparation à l'évaluation de la déglutition

On doit d'abord déterminer l'admissibilité et la préparation du patient/client à l'évaluation de la déglutition en tenant compte de ses antécédents médicaux et de son état médical actuel. Ces mesures permettent d'identifier les patients/clients qu'il est préférable de diriger vers d'autres professionnels (p. ex. lorsque le motif principal de consultation est d'origine œsophagienne) ou dont l'évaluation de la déglutition devrait être temporairement reportée en raison de problèmes médicaux (p. ex. niveau de conscience réduit). La politique de certains établissements nécessite que le patient/client soit référé par un médecin pour pouvoir subir une évaluation de la déglutition.



Norme

J.4.b.i

Avant toute évaluation de la déglutition (tant l'évaluation clinique que l'évaluation instrumentale), on doit d'abord examiner les antécédents médicaux et l'état médical actuel du patient/client afin de déterminer s'il est admissible et prêt.

Une fois l'admissibilité et la préparation confirmées, l'évaluation de la déglutition peut être effectuée. Habituellement, le processus débute par une évaluation clinique (non instrumentale).

ii. Évaluation clinique de la déglutition

L'évaluation clinique de la déglutition vise à évaluer la structure et le fonctionnement du mécanisme de déglutition oro-pharyngée. L'évaluation clinique de la déglutition permet au clinicien :

- de se former des impressions cliniques sur la nature, la gravité et les facteurs étiologiques généraux du trouble oral, pharyngé, laryngé et œsophagien de la déglutition;
- de déterminer le risque de complications médicales éventuelles découlant du trouble de déglutition, notamment une atteinte pulmonaire, nutritionnelle ou de l'état d'hydratation;
- de déterminer les répercussions fonctionnelles et psychosociales de la dysphagie sur la vie quotidienne du patient/client;
- de faire des recommandations immédiates pour la prise en charge de la dysphagie;
- de déterminer le besoin d'une évaluation plus détaillée à l'aide d'instruments ou du besoin de référer le patient/client à un autre professionnel de la santé.

L'évaluation clinique de la déglutition devrait inclure les étapes suivantes :

- inspection de la cavité buccale pour déterminer l'intégrité structurale des dents, des lèvres, de la langue, du palais mou, du palais dur et des muqueuses oro-pharyngées visibles;

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

- évaluation de la fonction motrice et sensorielle des structures de la cavité buccale participant à la déglutition (mâchoire, lèvres, langue, palais dur, palais mou et joues);
- évaluation non instrumentale du moment et de l'amplitude du mouvement du cartilage thyroïdien pendant la déglutition de salive, de liquide ou de nourriture;
- évaluation des altérations du comportement laryngé ou respiratoire (p. ex. toux, raclement de la gorge, qualité de la voix) à la suite de la déglutition de salive, de liquide ou de nourriture;
- inspection de la cavité buccale pour vérifier la présence de résidus à la suite de la déglutition de liquide ou de nourriture;
- vérification auprès du patient/client de la présence antérieure d'une difficulté quelconque pendant la déglutition de salive, de liquide ou de nourriture;
- quand c'est approprié, évaluation de l'effet des manœuvres compensatoires de déglutition sur les signes et symptômes de dysphagie.

LDP

J.4.b.i

L'évaluation clinique de la déglutition devrait inclure l'inspection et l'évaluation de la fonction motrice et sensorielle de la cavité buccale, du cartilage thyroïdien, des comportements laryngés et respiratoires pendant la déglutition ainsi que de l'effet des manœuvres compensatoires et devrait tenir compte de l'expérience du patient/client. On peut aussi envisager des démarches avec instruments.

En plus du contenu de base indiqué ci-dessus pour l'évaluation clinique de la déglutition, l'orthophoniste peut inclure, à sa discrétion, des démarches d'appoint avec instruments. Ces démarches comprennent, sans nécessairement s'y limiter, les suivantes :

- 1) *L'auscultation cervicale* fait appel à l'utilisation d'un stéthoscope, d'un microphone laryngé ou d'un accéléromètre pour évaluer l'acoustique ou les caractéristiques vibratoires de la déglutition. Jusqu'à maintenant, il n'existe pas suffisamment de preuves pour appuyer le recours à cette technique afin de détecter la présence ou l'absence d'aspiration pendant la déglutition [118]. Selon les recherches, il convient d'être prudent dans l'interprétation du jugement perceptif de l'acoustique de la déglutition [119-121].
- 2) *L'oxymétrie de pouls* consiste à surveiller l'oxygénation du sang périphérique au moyen d'une pince appliquée au bout d'un doigt et capable de détecter le taux d'hémoglobine du sang. Il avait été suggéré que les événements d'aspiration pouvaient entraîner une désaturation facilement détectable au moyen de cette technique. Or, les recherches suggèrent qu'on ne peut pas établir un lien direct entre la désaturation et les événements d'aspiration précis. On doit donc interpréter avec prudence le lien entre les événements d'oxymétrie de pouls et les événements de déglutition [122-131]. Par contre, comme la désaturation est une indication de stress médical, les cliniciens qui disposent de cette information quand ils s'occupent de patients/clients à la santé fragile peuvent l'utiliser pour déterminer s'il est approprié de continuer l'évaluation du patient/client.
- 3) Les détresses respiratoires associées à la déglutition peuvent être mesurées par canule nasale (débit d'air) ou par pléthysmographie d'inductance respiratoire (mouvements de la paroi thoracique). Les recherches suggèrent que ces techniques

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

peuvent aider à déterminer le moment de la déglutition dans le cycle respiratoire [132-134]. Jusqu'à maintenant, il n'existe pas de preuves qu'on peut détecter clairement l'aspiration dans les signaux respiratoires.

- 4) *L'électromyographie de surface (sEMG)* peut être utilisée pour mesurer le moment et l'amplitude de la contraction musculaire pendant la déglutition [135-138]. Cette technique est principalement utilisée pour obtenir de l'information sur la contraction des muscles sus-hyoïdiens sous-mentonniers. Les membres de l'Ordre qui utilisent l'électromyographie de surface devraient garder à l'esprit que des facteurs extérieurs comme l'emplacement des électrodes, les poils faciaux et le mouvement buccal, n'ayant aucun rapport avec la déglutition, peuvent affecter la qualité et l'apparence du signal sEMG.

iii. Évaluation instrumentale de la déglutition

L'évaluation instrumentale sert d'appoint à l'évaluation clinique. Elle vise à déterminer la nature et la gravité du trouble de la structure et de la fonction des phases buccale, pharyngée, laryngée et œsophagienne supérieure de la déglutition. Elle vise également à évaluer l'impact des stratégies de traitement susceptibles d'améliorer la sécurité et l'efficacité de la déglutition.

Les résultats de l'évaluation clinique déterminent si le patient/client est admissible à l'évaluation instrumentale. L'évaluation instrumentale est indiquée dans les situations suivantes :

- L'évaluation clinique a fourni des données incomplètes ou incompatibles;
- On soupçonne une atteinte de la sécurité et de l'efficacité de la déglutition oro-pharyngée;
- La fonction oro-pharyngée de la déglutition doit être analysée et décrite davantage pour permettre un plan de prise en charge approprié;
- Des déficits cognitifs ou de communication empêchent de faire une évaluation clinique valide;
- On doit confirmer que la fonction de déglutition a changé depuis l'évaluation antérieure;
- On doit confirmer un diagnostic médical soupçonné ou contribuer à un diagnostic différentiel;
- On croit qu'une atteinte nutritionnelle ou pulmonaire pourrait être causée par une dysphagie oro-pharyngée;
- Le patient/client a un diagnostic ou un problème médical qui est associé à un risque élevé de dysphagie (p. ex. problèmes neurologiques, pulmonaires, cardiopulmonaires ou gastro-intestinaux; atteinte du système immunitaire; chirurgie ou radiothérapie de la tête et du cou; anomalies cranio-faciales, etc.)[139].

Il peut y avoir des contre-indications à l'évaluation instrumentale. L'évaluation instrumentale peut être considérée inappropriée dans les situations suivantes :

- L'état médical du patient/client est trop instable pour lui permettre de tolérer l'examen;
- Le patient/client est incapable de coopérer ou de participer à l'examen;

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

- Les résultats de l'évaluation instrumentale ne modifieront pas le plan de prise en charge en raison de l'état médical du patient/client, de sa non-observance ou de ses préférences relatives aux soins;
- Il est impossible de positionner correctement le patient/client pour l'examen [139].

L'évaluation instrumentale n'est pas une composante obligatoire des services en dysphagie. Lorsque l'évaluation instrumentale est indiquée, mais n'est pas disponible en raison de ressources limitées et malgré des efforts raisonnables pour l'obtenir, l'orthophoniste peut se fier aux résultats de l'évaluation clinique. L'impossibilité d'obtenir une évaluation instrumentale peut limiter la capacité du clinicien de déterminer si certaines techniques compensatoires ou de rééducation sont appropriées pour le patient/client.

Il existe deux principaux types d'évaluation instrumentale de la déglutition : la vidéofluoroscopie et l'endoscopie. Nous examinerons chacun séparément ci-dessous.

Évaluation de la déglutition par vidéofluoroscopie

L'étude de la déglutition par vidéofluoroscopie est actuellement la technique d'évaluation instrumentale de la déglutition la plus courante au Canada [140]. Plusieurs termes différents sont utilisés pour désigner cet examen selon le type d'évaluation radiographique de la déglutition oro-pharyngée : examen spécial de la déglutition par vidéofluoroscopie; évaluation vidéofluoroscopique de la déglutition; gorgée barytée modifiée; déglutition du biscuit; cinéoesophagogramme; analyse palatopharyngée.

La vidéofluoroscopie nécessite d'exposer le patient/client aux rayonnements ionisants. Les rayonnements sont une forme d'énergie. Leur utilisation tombe donc sous le champ d'application de la *Loi sur les professions de la santé réglementées*. L'orthophoniste doit collaborer avec un professionnel de la santé réglementé qui a reçu la formation appropriée et qui est autorisé à utiliser des appareils de radioscopie/fluoroscopie.



Norme

J.4.b.ii

L'orthophoniste doit collaborer avec un membre approprié du personnel en radiologie pour l'examen de la déglutition par vidéofluoroscopie. Il est interdit de faire une vidéofluoroscopie sans la présence d'un membre du personnel en radiologie.

Sur réception d'une ordonnance médicale de vidéofluoroscopie, il importe de faire l'examen promptement, selon les disponibilités et les restrictions du milieu de pratique, et en tenant compte de la priorité du besoin établie lorsque vous avez déterminé si le patient/client est prêt à l'évaluation.

LDP

J.4.b.i.i

L'orthophoniste devrait faire l'examen vidéofluoroscopique promptement après réception d'une ordonnance médicale.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

La vidéofluoroscopie est une image fluoroscopique/radioscopique vidéo ou numérique dynamique de la physiologie de la déglutition orale, pharyngée, laryngée et œsophagienne supérieure. Elle englobe des stratégies compensatoires de traitement (diverses textures, positionnement du patient/client, manœuvres de déglutition, etc.). L'évaluation de la déglutition par vidéofluoroscopie permet au clinicien :

- de déterminer la présence, la nature et la gravité de toute anomalie physiologique de la déglutition oro-pharyngée, laryngée et œsophagienne supérieure comparée à la physiologie normale attendue chez une personne du même âge et sexe que le patient/client;
- de collaborer avec le médecin afin d'identifier et de décrire les conséquences des anomalies structurales apparentes (p. ex. barre cricopharyngée, diverticule de Zenker, ostéophyte cervicale, etc.) ou des changements structuraux (tels ceux qui surviennent à la suite de reprises chirurgicales ou de radiothérapies) sur la déglutition oro-pharyngée;
- de déterminer la voie la plus sécuritaire et efficace (orale versus non orale) pour l'apport nutritionnel et l'hydratation;
- de déterminer et de décrire l'efficacité de diverses manœuvres compensatoires afin d'améliorer la fonction de déglutition;
- de déterminer la pertinence de techniques précises de rééducation de la déglutition pour le patient/client.

Nous recommandons fortement un protocole normalisé pour l'examen par vidéofluoroscopie. Ce protocole devrait inclure l'administration de stimuli de consistance et de volume différents. Il importe d'ajuster le collimateur (fonction de zoom) de l'image radiographique de manière à voir les structures orales, pharyngées, laryngées et œsophagiennes supérieures. D'habitude, on commence l'examen par une vue latérale et on inclut, en option, une vue antérieure et une vue oblique vers la fin du protocole. Quand c'est approprié, le protocole devrait inclure l'évaluation de l'impact des manœuvres compensatoires choisies. L'orthophoniste devrait essayer de limiter l'exposition aux rayonnements en utilisant la quantité raisonnable la plus basse possible qui permettra tout de même de fournir suffisamment d'information pour définir la nature des difficultés de déglutition du patient/client.

LDP

J.4.b.iii

L'orthophoniste devrait suivre un protocole normalisé pour les examens de la déglutition par vidéofluoroscopie.

On peut, en option, inclure une imagerie de l'œsophage (« balayage œsophagien ») dans l'examen de déglutition par vidéofluoroscopie. L'orthophoniste n'est pas qualifié pour interpréter la motilité œsophagienne à partir de cet examen, mais il peut refléter les commentaires du médecin au sujet des résultats œsophagiens dans son rapport. De plus, l'orthophoniste n'est pas qualifié pour interpréter les résultats anatomiques de la vidéofluoroscopie. Lorsque l'orthophoniste soupçonne une anomalie anatomique, il doit demander à un médecin d'interpréter les résultats de l'examen.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE



Norme
J.4.b.iii

L'orthophoniste doit demander à un médecin d'interpréter les résultats de tout examen par vidéofluoroscopie qui montre des anomalies œsophagiennes ou anatomiques éventuelles.

L'étude de la déglutition par vidéofluoroscopie doit être enregistrée sur bande vidéo ou numérique pour permettre à l'orthophoniste et à d'autres professionnels, comme le radiologiste, de la réexaminer par la suite aux fins de l'analyse.



Norme

J.4.b.iv

L'orthophoniste doit avoir accès aux enregistrements de la vidéofluoroscopie pour lui permettre de les réexaminer après l'examen aux fins de l'analyse.

L'image radiographique devrait avoir une résolution spatiale minimum (trame) de 400 lignes. La résolution temporelle (taux d'impulsions) de la vidéofluoroscopie devrait être établie en consultation avec le personnel de la radiologie, et viser à trouver un équilibre entre les risques de l'exposition aux rayonnements et le besoin d'obtenir un enregistrement dynamique détaillé de la déglutition. Les recherches actuelles n'ont pas établi, de façon définitive, la résolution temporelle minimum nécessaire pour l'imagerie de la déglutition oro-pharyngée. On suggère toutefois que les taux d'impulsions inférieurs à 15 impulsions par seconde pourraient être incapables de saisir des événements importants de la déglutition. L'enregistrement vidéo ou numérique de l'étude dynamique de la déglutition devrait être effectué et archivé à une résolution temporelle minimum de 30 trames/seconde sans compression pour permettre que de l'information adéquate sur la déglutition soit disponible pour examen ultérieur. Lorsqu'on utilise un système d'archivage et de transmission d'images (PACS) pour entreposer les images radiographiques, on doit parfois avoir recours à un convertisseur (*downscanner*) et à un dispositif d'enregistrement supplémentaire afin de capter l'enregistrement de l'appareil de fluoroscopie à pleine résolution temporelle sans compression. On recommande de conserver les enregistrements vidéofluoroscopiques originaux dans un endroit sûr pendant au moins un an avant de les éliminer. Ce délai devrait être suffisant pour permettre de comparer cet enregistrement avec les vidéofluoroscopies subséquentes du même patient/client.

LDP

J.4.b.iv

L'orthophoniste devrait consulter le personnel de la radiologie pour s'assurer que la résolution temporelle (c.-à-d. le taux d'impulsions) utilisée pour la vidéofluoroscopie est suffisante pour capter les événements importants de la déglutition.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

LDP J.4.b.v	L'orthophoniste devrait s'assurer que les enregistrements de l'examen de la déglutition par vidéofluoroscopie sont captés et archivés à une résolution temporelle minimum de 30 trames/seconde.
--------------------	---

LDP J.4.b.vi	L'orthophoniste devrait conserver les enregistrements vidéofluoroscopiques de la déglutition pendant au moins un an à la suite de l'examen.
---------------------	---

La vidéofluoroscopie doit être analysée attentivement pour être interprétée correctement. Les écrits suggèrent un faible accord inter-observateurs pour la vidéofluoroscopie [141-143]. Les écrits suggèrent en outre que la formation et l'entraînement en groupe à l'examen des vidéofluoroscopies peuvent améliorer l'accord et le consensus inter-observateurs [144]. Nous conseillons donc aux orthophonistes qui commencent à exercer dans le domaine de la déglutition de demander à un clinicien chevronné de l'encadrer pour un certain nombre d'examens jusqu'à ce qu'ils aient la compétence nécessaire pour exercer de façon autonome. Le nombre d'examens supervisés variera d'un clinicien à l'autre. Il conviendra pour l'orthophoniste novice et son mentor de déterminer ensemble à quel moment l'orthophoniste dispose de la compétence nécessaire pour travailler seul. L'évaluation de la compétence peut inclure, notamment la comparaison des interprétations indépendantes des enregistrements vidéofluoroscopiques de la déglutition par le mentor et le novice.

LDP J.4.b.vii	L'orthophoniste novice devrait effectuer un certain nombre d'examens des enregistrements vidéofluoroscopiques de la déglutition sous supervision avant de commencer l'exercice autonome de l'interprétation des vidéofluoroscopies.
----------------------	---

De plus, nous recommandons fortement aux orthophonistes qui effectuent des vidéofluoroscopies sur une base régulière qu'ils passent en revue l'interprétation de la vidéofluoroscopie avec d'autres orthophonistes chevronnés afin de confirmer et d'améliorer leur compétence.

LDP J.4.b.viii	L'orthophoniste devrait chercher l'occasion de passer en revue son interprétation de la vidéofluoroscopie avec d'autres orthophonistes chevronnés.
-----------------------	--

Examen fibroscopique de la déglutition (FEES™)

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

L'examen fibroscopique de la déglutition est une technique instrumentale qui consiste à introduire l'endoscope et la caméra par le nez dans le pharynx supérieur pour permettre de voir directement le pharynx et le larynx pendant la déglutition. Cette technique peut être utilisée pour déterminer la nature et la gravité du trouble de déglutition et pour évaluer l'effet des stratégies compensatoires ou thérapeutiques mises en place pour améliorer la sécurité et l'efficacité de la déglutition.

L'examen fibroscopique de la déglutition nécessite l'insertion d'un endoscope dans les narines jusqu'au pharynx supérieur. Il est donc considéré comme un acte autorisé en vertu de l'alinéa 27 (2) (6ii) de la *Loi sur les professions de la santé réglementées* qui impose des restrictions relatives à « l'introduction d'un instrument au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales ». De plus, avant l'insertion de l'endoscope, on offre généralement des anesthésiques topiques ou sous forme de vaporisateur et des décongestionnants nasaux aux patients/clients. La loi interdit aux orthophonistes d'effectuer un examen fibroscopique de la déglutition à moins que cet acte autorisé leur soit officiellement délégué par un médecin (habituellement un oto-rhino-laryngologiste). L'orthophoniste peut accepter la délégation de cet acte autorisé en vertu de l'énoncé de position de l'Ordre, « Acceptation de la délégation d'un acte autorisé ».



Norme

J.4.b.v

L'orthophoniste peut seulement effectuer un examen fibroscopique de la déglutition (FEES) en collaboration avec un médecin ou si l'acte lui a été délégué par un médecin.

Lorsqu'il effectue un examen fibroscopique de la déglutition, l'orthophoniste devrait se familiariser avec les risques, notamment l'épistaxis, les lésions des muqueuses, les haut-le-cœur, les réactions allergiques aux anesthésiques topiques, les laryngospasmes, les réactions vaso-vagales, etc.

LDP

J.4.b.ix

L'orthophoniste devrait être familier avec les risques associés à l'examen fibroscopique de la déglutition (FEES).

L'équipement et le personnel appropriés doivent être disponibles sur place pour intervenir en cas de réactions indésirables pendant l'examen fibroscopique de la déglutition (FEES).



Norme

L'équipement et le personnel appropriés doivent être disponibles sur place pour intervenir en cas de réactions indésirables pendant l'examen fibroscopique de la déglutition (FEES).

J.4.b.vi

Après l'insertion du fibroscope, l'examen fibroscopique de la déglutition consiste à observer ce qui se passe dans l'oropharynx pendant la déglutition. On ajoute habituellement un colorant alimentaire aux liquides et aux aliments pour favoriser la visualisation et permettre de distinguer les autres liquides organiques. Comme pour la vidéofluoroscopie, il importe de suivre un protocole normalisé pour l'examen fibroscopique de la déglutition (FEES).

LDP

J.4.b.x

L'orthophoniste devrait suivre un protocole normalisé pour l'examen fibroscopique de la déglutition (FEES).

Des procédures précises de prévention des infections doivent être élaborées et documentées pour l'équipement utilisé en vue de l'examen fibroscopique de la déglutition.



Norme
J.4.b.vii

L'orthophoniste doit veiller à l'élaboration et à l'application de mesures de prévention des infections et à des procédures de nettoyage appropriées de l'équipement utilisé pour l'examen fibroscopique de la déglutition (FEES).

Autres formes d'évaluation instrumentale de la déglutition

Il est parfois souhaitable d'obtenir d'autres formes d'évaluation instrumentale afin de préciser la nature du trouble de déglutition du patient/client. Ces techniques d'évaluation instrumentale ne sont pas dans le champ de pratique courant de l'orthophoniste ayant reçu une formation clinique. Elles ne sont probablement offertes que dans des hôpitaux d'enseignement affiliés à une université ou dans des centres de recherche. Ces techniques comprennent, entre autres l'échographie; la scintigraphie osseuse; la manométrie pharyngée intraluminaire; l'électromyographie intramusculaire; l'articulographie électromagnétique; la manométrie œsophagienne et l'utilisation de l'électrostimulation ou de la stimulation magnétique transcrânienne pour déclencher les potentiels évoqués de la déglutition.

C. PRISE EN CHARGE

Par prise en charge, on entend l'ensemble des recommandations et des techniques mises en œuvre dans le but d'optimiser la fonction de déglutition d'un patient/client. Nous examinerons ci-dessous trois aspects de la prise en charge du patient/client : l'enseignement, les techniques compensatoires et les techniques de rééducation.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

L'orthophoniste doit élaborer un plan de prise en charge reposant sur les résultats de l'évaluation pour chaque patient/client atteint de dysphagie. Le plan de prise en charge doit inclure, au minimum, l'enseignement au patient/client ou à ses aidants/soignants et, en option, des recommandations de techniques compensatoires ou de rééducation.



Norme

L'orthophoniste doit élaborer un plan de prise en charge pour chaque patient/client atteint de dysphagie.

J.4.c.i

Le plan de prise en charge devrait être établi en collaboration avec le patient/client, sa famille et les autres membres appropriés de l'équipe de soins.

LDP

L'orthophoniste devrait établir le plan de prise en charge en collaboration avec le patient/client, ses proches et les autres membres appropriés de l'équipe de soins.

J.4.c.i

L'orthophoniste devrait tenir compte du milieu culturel et des préférences du patient/client pendant l'élaboration du plan de prise en charge. Autant que possible, on devrait tenir compte du point de vue du patient/client quand on établit les recommandations pour la prise en charge. La prestation de services en dysphagie devrait viser à préserver la dignité, l'autonomie, le choix et l'autonomie du patient/client.

LDP

L'orthophoniste devrait tenir compte du point de vue du patient/client, y compris de son milieu culturel et de ses préférences pendant l'élaboration des recommandations pour la prise en charge.

J.4.c.ii

Le plan de prise en charge devrait tenir compte des ressources disponibles dans l'environnement du patient/client ainsi que de son état médical, cognitif et de communication actuel.

LDP

L'orthophoniste devrait tenir compte des ressources environnementales disponibles ainsi que de l'état médical, cognitif et de communication du patient/client pour déterminer les recommandations liées à la prise en charge.

J.4.c.iii

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

Le plan de prise en charge devrait être examiné régulièrement et mis à jour selon les besoins du patient/client, le degré de risque de préjudice associé au plan et d'autres facteurs individuels.

LDP

J.4.c.iv

L'orthophoniste devrait surveiller et mettre à jour le plan de prise en charge de façon régulière.

Il faut en tout temps encourager le patient/client à participer activement à l'intervention en dysphagie.



Norme

J.4.c.ii

L'orthophoniste doit encourager en tout temps le patient/client à participer activement à l'intervention en dysphagie.

Lorsque le patient/client choisit de ne pas suivre le plan de prise en charge recommandé par l'orthophoniste, le patient/client doit être informé des risques associés à son choix et conseillé quant au plan d'action le plus sécuritaire dans les circonstances. Lorsque le patient/client prend la décision éclairée de mettre fin aux services, on doit respecter cette décision. Autant que possible, l'orthophoniste doit appuyer le patient/client et trouver un autre plan de prise en charge acceptable pour le patient/client et sa famille. On doit documenter tous les aspects de la discussion concernant la décision du patient/client de recevoir ou de mettre fin à l'intervention liée à la déglutition.



Norme

J.4.c.iii

L'orthophoniste doit respecter et appuyer la décision éclairée du patient/client de ne pas suivre le plan de prise en charge recommandé et doit documenter tous les aspects de la discussion à ce sujet.

i. Techniques compensatoires

Les techniques compensatoires désignent toute technique ayant un effet immédiat, mais typiquement provisoire sur l'efficacité ou la sécurité de la déglutition d'un patient/client. Ces techniques compensent les anomalies de la déglutition, mais n'y remédient pas. Les

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

techniques compensatoires peuvent être regroupées à l'intérieur de plusieurs sous-catégories :

- Techniques comportementales visant à améliorer le contrôle du bol alimentaire (p. ex. technique de maintien en bouche pendant 3 secondes; posture menton rentré);
- Techniques comportementales ou de stimulation du déclenchement opportun de la déglutition (p. ex. stimulation tactile thermique; bols acidulés ou gazéifiés);
- Techniques comportementales pour améliorer la protection des voies aériennes (p. ex. manœuvres de déglutition supraglottiques et super-supraglottiques; posture menton rentré);
- Techniques comportementales pour améliorer la propulsion du bol alimentaire (p. ex. déglutition avec effort; manœuvre de Masako; inclinaison ou rotation de la tête);
- Techniques comportementales pour améliorer le passage du bol alimentaire (p. ex. ingestion cyclique ou alternance des textures; déglutition avec effort; déglutition « à vide » (*dry swallow*); manœuvre de Mendelsohn; rotation de la tête);
- Techniques prothétiques pour normaliser la pression oro-pharyngée (p. ex. prothèses tels l'obturateur palatin pour favoriser la fermeture vélopharyngée; valve unidirectionnelle pour rétablir le passage de l'air dans le larynx chez les patients/clients trachéotomisés);
- Techniques environnementales pour limiter les risques associés à la déglutition comme l'aide pour l'alimentation et la restriction ou la modification des textures (p. ex. épaissir les liquides pour leur donner la consistance du miel ou du nectar).

L'orthophoniste doit posséder les connaissances nécessaires pour choisir des techniques compensatoires d'ordre comportemental et environnemental dans le domaine de la dysphagie et pour enseigner ces techniques et en surveiller l'utilisation. L'orthophoniste doit également avoir les connaissances nécessaires pour reconnaître les situations où des traitements compensatoires pharmaceutiques, chirurgicaux et prothétiques (p. ex. injection de Teflon®, médialisation des cordes vocales; injection de Botox®) nécessitant l'orientation du patient/client vers un autre professionnel de la santé sont indiqués.



Norme

J.4.c.iv

L'orthophoniste doit posséder les connaissances nécessaires pour choisir des techniques compensatoires d'ordre comportemental et environnemental dans le domaine de la dysphagie et pour enseigner ces techniques et en surveiller l'utilisation. L'orthophoniste doit également avoir les connaissances nécessaires pour reconnaître les situations où des traitements compensatoires pharmaceutiques, chirurgicaux et prothétiques sont indiqués.

ii. Techniques de rééducation

Les techniques de rééducation sont des techniques de traitement qui, lorsqu'elles sont appliquées pendant un certain temps, entraînent des changements permanents de la

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

physiologie du mécanisme de déglutition. Ces techniques peuvent être regroupées à l'intérieur des sous-catégories suivantes :

- Exercices pour améliorer la fonction de déglutition de la musculature oro-faciale;
- Exercices pour améliorer la force et la capacité de la langue d'exercer une pression;
- Exercices pour améliorer la propulsion et le passage du bol alimentaire (p. ex. déglutition avec effort; manœuvre de Masako; manœuvre de Mendelsohn; exercice de Shaker);
- Exercices pour améliorer la fermeture des voies aériennes (p. ex. exercices d'adduction laryngée).

Diverses formes de techniques instrumentales de rétroaction biologique (biofeedback) (p. ex. EMG, mesure de la pression buccale) pourraient s'avérer utiles pour améliorer la capacité du patient/client de faire les exercices de rééducation. L'orthophoniste devrait toutefois obtenir une formation dans la collecte et l'interprétation des signaux de rétroaction biologique avant d'utiliser ces outils pour le traitement.

LDP

L'orthophoniste devrait obtenir une formation dans la collecte et l'interprétation des signaux de rétroaction biologique avant d'utiliser ces outils pour le traitement.

J.4.c.v

La stimulation électrique fonctionnelle peut s'avérer un outil utile pour optimiser les exercices de rééducation de la déglutition et de la musculature oro-faciale. L'orthophoniste doit obtenir une formation dans l'utilisation de la stimulation électrique fonctionnelle avant d'utiliser cet outil pour le traitement.



Norme

J.4.c.v

L'orthophoniste doit avoir suivi une formation dans l'utilisation de la stimulation électrique fonctionnelle avant d'utiliser cette technique pour le traitement.

L'orthophoniste doit posséder les connaissances nécessaires pour choisir, offrir, superviser et évaluer les exercices de rééducation de la déglutition et pour reconnaître les situations où un traitement chirurgical permanent de rééducation (p. ex. épiglottopexie; laryngectomie; myotomie cricopharyngée) nécessitant l'orientation du patient/client vers un autre professionnel de la santé est indiqué.



Norme

J.4.c.vi

L'orthophoniste doit avoir les connaissances nécessaires pour choisir, offrir, superviser et évaluer les exercices de rééducation de la déglutition et pour reconnaître les situations où un traitement chirurgical permanent de rééducation est indiqué.

iii. Enseignement

Le counseling et l'enseignement au patient/client et/ou à l'aidant/soignant sur les résultats de l'évaluation de la déglutition sont des composantes essentielles et obligatoires du plan de prise en charge. On doit donner au patient/client ou à l'aidant/soignant un enseignement et une explication sur la nature du problème de déglutition dans un langage facile à comprendre. Lorsqu'on explique la nature du problème de déglutition, on doit s'assurer que le patient/client et l'aidant/soignant sont bien conscients de tout risque de préjudice identifié, tant au niveau de la sécurité de la déglutition que de la suffisance nutritionnelle. On doit enseigner aux patients/clients et à leurs aidants/soignants à reconnaître les signes et symptômes des risques de préjudice et les mesures à prendre, le cas échéant.



Norme
J.4.c.vii

L'orthophoniste doit donner un enseignement au patient/client ou à l'aidant/soignant sur le problème de déglutition, y compris sur les facteurs de risque et sur la façon de reconnaître les symptômes pouvant indiquer un risque et sur les mesures à prendre, le cas échéant.

L'enseignement au patient/client devrait inclure toutes les recommandations de services pour la prise en charge du cas. L'orthophoniste doit indiquer où le patient/client peut obtenir ces services s'il est lui-même incapable de les offrir en raison de contraintes financières ou parce qu'il n'a pas les compétences, l'équipement ou les ressources nécessaires pour effectuer les techniques spécialisées.



Norme
J.4.c.viii

L'orthophoniste doit fournir un enseignement sur toutes les recommandations pour la prise en charge du cas et indiquer où le patient/client peut obtenir les services si l'orthophoniste est incapable de les offrir.

D. CONTINUUM DE SOINS

Voici le continuum de soins pour les troubles de déglutition (les étapes obligatoires sont indiquées par un astérisque) :

1. La présence potentielle de dysphagie est déterminée selon un des quatre mécanismes suivants : a) Le patient/client identifie lui-même qu'il a un besoin; b) Une personne qui n'est pas un spécialiste du domaine identifie le besoin; c) Un

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

professionnel de la santé réglementé identifie le besoin lors d'un dépistage; d) Le patient/client est référé par un médecin.

2. Le processus d'évaluation débute par un examen obligatoire des antécédents médicaux et de l'état médical actuel du patient/client pour confirmer la présence soupçonnée d'une dysphagie et confirmer que le patient/client est prêt à être évalué.*
3. Si le patient/client est jugé prêt, le processus d'évaluation passe à l'étape de l'évaluation clinique (non instrumentale).*
4. Selon les résultats de l'évaluation clinique (non instrumentale), on peut faire une évaluation instrumentale pour préciser davantage la nature de la dysphagie du patient/client.
5. Un plan de prise en charge doit être élaboré. Le plan doit inclure, au minimum, un enseignement au patient/client ou aux aidants/soignants sur les résultats de l'évaluation et sur tout risque de préjudice que l'on croit exister.*
6. Le plan de prise en charge peut inclure des instructions sur la façon d'effectuer les techniques compensatoires de déglutition.
7. Le plan de prise en charge peut inclure des traitements au cours desquels des techniques de rééducation sont utilisées visant à remédier au trouble de la physiologie de la déglutition.
8. Le plan de prise en charge doit faire l'objet d'une surveillance et d'une évaluation régulière afin de déterminer s'il y a lieu de l'améliorer ou si le moment est venu de donner congé au patient/client.*
9. Lorsqu'on détermine que le patient/client a terminé le plan de prise en charge convenu ou lorsqu'il refuse ce plan, le patient/client est transféré à un nouveau plan de prise en charge ou il reçoit son congé du service en dysphagie.*

5. PARTICIPATION D'AUTRES PERSONNES

Comme nous l'avons souligné à la section F, les patients/clients atteints de dysphagie profiteront davantage d'une approche pluridisciplinaire pour la prise en charge du cas.

Dans ce contexte, il est donc approprié d'examiner les limites habituelles des connaissances, des compétences et de l'expertise de l'orthophoniste.

La formation de l'orthophoniste lui fournit ce qu'il faut pour évaluer et traiter les anomalies physiologiques de la cavité buccale, du nasopharynx, du pharynx, du larynx et du segment pharyngo-œsophagien s'appliquant à la parole ou à la déglutition.

L'orthophoniste est qualifié pour évaluer l'effet de la texture du bol alimentaire sur la physiologie de la déglutition. À ce titre, toute recommandation de l'orthophoniste relative à l'alimentation devrait se limiter à préciser les textures recommandées. La composition du régime alimentaire comme tel sera probablement déterminée par une diététiste.

L'orthophoniste peut donner son opinion face à la recommandation d'envisager d'autres voies pour l'alimentation du patient/client, mais il n'est pas qualifié pour déterminer par lui-même le choix de voie d'alimentation. De même, si l'orthophoniste croit qu'une alimentation non orale d'appoint est indiquée, il devrait faire part de sa recommandation à l'équipe de

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

soins. Si l'orthophoniste croit que l'apport oral n'est pas sécuritaire, il fournit à l'équipe de dysphagie, au patient/client et aux aidants/soignants l'information sur la physiologie de la déglutition ainsi que sur les risques et avantages d'autres méthodes d'alimentation. Il importe de guider le patient/client et l'équipe de soins pour les aider à tenir compte des facteurs culturels, comportementaux et sociaux pertinents ainsi que des questions liées à la qualité de vie et au statut cognitif et de communication du patient/client.

LDP

J.5

L'orthophoniste devrait recommander à l'équipe de soins d'envisager une alimentation non orale, si celle-ci est indiquée, en expliquer la raison et encourager l'équipe à tenir compte du point de vue du patient/client.

L'orthophoniste a les connaissances nécessaires pour comprendre les liens entre les divers éléments pharyngo-œsophagiens, mais n'est pas qualifié pour évaluer ou interpréter les anomalies de la motilité œsophagienne. Lorsque l'évaluation de l'orthophoniste s'étend à l'œsophage, il est plus probable qu'un médecin en interprétera les résultats.

L'orthophoniste peut confier des aspects du plan de prise en charge de la déglutition à d'autres membres de l'équipe de soins, à du personnel de soutien ou à des bénévoles à condition de fournir la formation appropriée et d'assurer la supervision requise conformément aux principes décrits dans l'énoncé de position de l'Ordre : Lignes directrices sur l'utilisation du personnel de soutien, 1997.

6. CRITÈRES DE MISE EN CONGÉ DU PATIENT/CLIENT

La planification du congé du patient/client vise à orienter les interventions vers le but ultime : le congé en temps approprié et opportun du service actuel ou le transfert à un autre milieu.

Idéalement, l'orthophoniste détermine le moment approprié et les conditions pour donner congé au patient/client ou pour le transférer du service d'orthophonie à un autre milieu de service en se fondant sur le fait que le plan de prise en charge ou les objectifs fixés ont été atteints. Dans les situations où les critères de mise en congé ou de transfert du patient/client échappent au contrôle de l'orthophoniste, celui-ci devrait faire des recommandations de mise en congé en se fondant sur les résultats cliniques. L'orthophoniste devrait également faire des efforts raisonnables afin de prévoir des ressources appropriées pour le patient/client, surtout si son congé survient avant l'atteinte des objectifs qui avaient été fixés.

LDP

J.6

L'orthophoniste devrait faire des recommandations de mise en congé en se fondant sur les résultats cliniques et déployer des efforts raisonnables afin de prévoir des ressources appropriées pour le patient/client.

La planification du congé du patient/client peut inclure les éléments suivants :

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

- Pronostic quant au rétablissement et durée potentielle de la prise en charge recommandée à la suite de l'évaluation;
- Surveillance continue des progrès ou de l'absence de progrès lors de la prise en charge du cas;
- Enseignement, formation et counseling au patient/client ou à l'aidant/soignant sur les facteurs de risque et les signes de danger, dans un langage facile à comprendre qui facilitera la détection précoce d'une détérioration de la dysphagie et permettra ainsi que le patient/client soit dirigé le plus tôt possible pour une nouvelle évaluation;
- Transfert coordonné du service d'orthophonie à une source externe appropriée, si jugé nécessaire;
- Énoncé précisant qu'aucune autre intervention n'est indiquée d'après les résultats de l'évaluation, ou énoncé indiquant que l'orthophoniste a fait des efforts raisonnables pour communiquer avec le patient/client, mais que ce dernier n'est pas disponible.

K) DOCUMENTATION

L'orthophoniste doit documenter tous les services dispensés en dysphagie et respecter les exigences du règlement de l'Ordre portant sur la tenue des dossiers.



Norme

K.i

L'orthophoniste doit documenter tous les aspects des services fournis en dysphagie conformément au règlement de l'Ordre sur la tenue des dossiers.

Les résultats devraient être consignés au dossier promptement selon la gravité de la situation.

LDP

K.i

L'orthophoniste devrait consigner les données promptement d'une manière qui reflète la gravité de la situation.

En plus d'inclure les données d'identification, l'historique, les renseignements sur l'évaluation et la prise en charge, le rapport en dysphagie devrait fournir l'interprétation des résultats au sujet des anomalies observées de la fonction de la déglutition si l'on compare avec les données disponibles sur la fonction normale.

LDP

K.ii

L'orthophoniste devrait inclure les données d'identification, l'historique, les renseignements sur l'évaluation et la prise en charge ainsi que l'interprétation des résultats sur les anomalies observées de la fonction de la déglutition si l'on compare avec les données disponibles sur la fonction normale.

Le consentement éclairé à l'évaluation de la déglutition doit être documenté, y compris les procédures de gestion des risques.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE



Norme

K.ii

L'orthophoniste doit documenter le consentement éclairé à l'évaluation de la déglutition ainsi que les procédures de gestion des risques.

Un plan de prise en charge devrait être élaboré avant la mise en œuvre de toute composante de la prise en charge de la dysphagie. Les discussions avec le patient/client au sujet de ce plan et de tout risque ou avantage prévu doivent être documentées.



Norme

K.iii

L'orthophoniste doit documenter le plan de prise en charge avant de commencer la prise en charge de la dysphagie, y compris la discussion avec le patient/client sur les risques et avantages prévus.

La communication et la collaboration avec d'autres professionnels de la santé pour la planification ou la prestation de services en dysphagie doivent être documentées. Cela comprend la documentation précise de la discussion avec le fournisseur de soins primaires lorsqu'on envisage d'administrer par voie orale des liquides ou de la nourriture à un patient/client ayant des directives de ne rien ingérer (NPO) afin d'évaluer sa déglutition.



Norme

K.iv

L'orthophoniste doit documenter toute communication et collaboration avec d'autres professionnels de la santé, y compris avec le fournisseur de soins primaires concernant l'administration de liquides ou de nourriture pour l'évaluation d'un patient/client ayant des directives de ne rien ingérer (NPO).

L) GLOSSAIRE

Évaluation clinique	Évaluation qui porte sur la structure et le fonctionnement de la déglutition afin de déterminer la nature et les facteurs étiologiques généraux du trouble à l'étape orale de la déglutition et de prédire des troubles de la physiologie de la déglutition pharyngée, laryngée et œsophagienne.
Intervention	Comprend toute participation d'un orthophoniste ou du personnel de soutien à la prestation de services d'orthophonie aux patients/clients, y compris mais sans s'y limiter, le dépistage, l'évaluation, le traitement et la prise en charge.
Prise en charge	Terme générique englobant toutes les recommandations ou techniques de traitement appliquées dans le but d'optimiser la fonction de déglutition du patient/client. La prise en charge inclut, notamment l'enseignement, les techniques compensatoires et les techniques de rééducation.
Patient/client	Désigne la personne qui reçoit le service. Quand c'est approprié, le patient/client englobe aussi la famille et les proches, les personnes significatives, les aidants/soignants, les enseignants, etc.
Pénétration	Entrée du bol alimentaire dans les voies aériennes jusqu'au niveau du vestibule laryngé, mais pas en-dessous des cordes vocales.
Dépistage	Utilisation par l'orthophoniste ou l'audiologiste de mesures de la catégorie « réussite/référent » (<i>pass/refer</i>), conformément à son champ de pratique, pour identifier les personnes qui pourraient présenter un trouble/retard d'audition, de communication ou de déglutition. Le dépistage sert uniquement à déterminer si une évaluation orthophonique ou audiolinguistique s'impose. Le dépistage peut être effectué par un membre de l'Ordre ou par du personnel de soutien. L'interprétation et la communication des résultats du dépistage se limitent à informer la personne du besoin ou non d'une évaluation orthophonique ou audiolinguistique. Les résultats du dépistage ne doivent pas être utilisés pour la planification du traitement.
Traitement	Intervention ayant pour but d'améliorer les habiletés de communication et/ou de déglutition du patient/client.

M) RÉFÉRENCES

1. M. Pehlivan *et al.* « An electronic device measuring the frequency of spontaneous swallowing: Digital phagometer », *Dysphagia*, vol. 11, n° 4 (1996), p. 259-264.
2. T. Murry, R. Carrau et D. Eibling. *Epidemiology of swallowing disorders*, in R. Carrau et T. Murry (éd.), *Comprehensive management of swallowing disorders*, San Diego, Singular, 1999, p. 3-9.
3. R. Martino *et al.* « Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications », *Stroke*, vol. 36, n° 12 (2005), p. 2756-2763.
4. J. Schmidt, MA. Holas, K. Halvorson et MJ. Reding. « Videofluoroscopic evidence of aspiration predicts pneumonia and death but not dehydration following stroke », *Dysphagia*, vol. 9, n° 1 (1994), p. 7-11.
5. BG. Feagan *et al.* « Treatment and outcomes of community-acquired pneumonia at canadian hospitals », *CMAJ*, vol. 162, n° 10 (2000), p. 1415-1420.
6. DD. Batjer. *The patient's perspective*, in ML. Huckabee, Cathy A. Pelletier (éd.), *Management of adult neurogenic dysphagia*, San Diego, Singular Pub. Group, 1999, p. 271-278.
7. JW. Bennett et CM. Steele. « The impact of dysphagia on quality of life », *Perspectives*, Newsletter of the American Speech-Language Hearing Association Special Interest Division 13 (Swallowing and Swallowing Disorders,) vol. 14, n° 3 (2005), p. 24-27.
8. B. Gustafsson et T. Theorell. « Adaptedness and coping in dysphagic students », *Dysphagia*, vol. 10 (1995), p. 86-92.
9. ML. Huckabee et CA. Pelletier. *Management of adult neurogenic dysphagia*, San Diego, CA, Singular Publishing Group, Inc., 1999.
10. MB. Gillespie, MB. Brodsky, TA. Day, FS. Lee et B. Martin-Harris. « Swallowing-related quality of life after head and neck cancer treatment », *Laryngoscope*, vol. 114, n° 8 (2004), p. 1362-1367.
11. ME. Groher et R. Bukatman. « The prevalence of swallowing disorders in two teaching hospitals », *Dysphagia*, vol. 1 (1986), p. 3-6.
12. JA. Logemann. « Dysphagia: Evaluation and treatment », *Folia Phoniatr. Logop.*, vol. 47, n° 3 (1995), p. 140-164.
13. SK. Daniels *et al.* « Aspiration in patients with acute stroke », *Arch Phys. Med Rehabil.*, vol. 79, n° 1, (1998), p. 14-19.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

14. G. Mann. « Review of reports on relative prevalence of swallowing disorders after acute stroke », *Dysphagia*, vol. 17, n° 1 (2002), p. 81-82.
15. G. Mann, PG. Dip, GJ. Hankey et D. Cameron. « Swallowing function after stroke: Prognosis and prognostic factors at 6 months », *Stroke*, vol. 30 (1999), p. 744-748.
16. G. Mann et GJ. Hankey. « Initial clinical and demographic predictors of swallowing impairment following acute stroke », *Dysphagia*, vol. 16, n° 3 (2001), p. 208-215.
17. DH. Barer. « The natural history and functional consequences of dysphagia after hemispheric stroke », *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, vol. 52, n° 2 (1989), p. 236-241.
18. Fondation des maladies du cœur. *Statistiques : Accident vasculaire cérébral (AVC)*, 2002. Disponible à www.fmcoeur.com/site/c.ntJXJ8MMLqE/b.3562179/k.9FCD/Statistiques.htm.
19. CJ. Winstein. « Neurogenic dysphagia: Frequency, progression and outcome in adults following head injury », *Physical Therapy*, vol. 63 (1983), p. 1992-1996.
20. M. Bushman, SM. Dobmeyer, L. Leeker et JS Perlmutter. « Swallowing abnormalities and their response to treatment in parkinson's disease », *Neurology*, vol. 39 (1989), p. 1309-1314.
21. LL. Edwards, EM. Quigley, RK. Harned et RF. Pfeiffer. « Characterization of swallowing and defecation in parkinson's disease », *American Journal of Gastroenterology*, vol. 89 (1994), p. 15-25.
22. JL. Fuh *et al.* « Swallowing difficulty in parkinson's disease », *Clin Neurol Neurosurg*, vol. 99, n° 2 (1997), p. 106-112.
23. J. Horner, MJ. Alberts, DV. Dawson et GM. Cook. « Swallowing in alzheimer's disease », *Neurology*, vol. 8 (1994), p. 177-189.
24. JF. Mayberry et M. Atkinson. « Swallowing problems in patients with motor neuron disease », *Journal of Clinical Gastroenterology*, vol. 8 (1986), p. 233-234.
25. JE. Bine, EM. Frank et HL. McDade. « Dysphagia and dementia in subjects with parkinson's disease », *Dysphagia*, vol. 10, n° 3 (1995), p. 160-164.
26. CE. Clarke, E. Gullaksen, S. Macdonald et F. Lowe. « Referral criteria for speech and language therapy assessment of dysphagia caused by idiopathic parkinson's disease », *Acta Neurol Scand.*, vol. 97, n° 1 (1998), p. 27-35.
27. C. Coates et AM. Bakheit. « Dysphagia in parkinson's disease », *European Journal of Neurology*, vol. 38, n° 1 (1997), p. 49-52.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

28. PC. Hunter, J. Crameri, S. Austin, MC. Woodward et AJ. Hughes. « Response of parkinsonian swallowing dysfunction to dopaminergic stimulation », *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, vol. 63, n° 5 (1997), p. 579-583.
29. BT. Johnston, Q. Li, JA. Castell et DO. Castell. « Swallowing and esophageal function in parkinson's disease », *Am J Gastroenterol*, vol. 90, n° 10 (1995), p. 1741-1746.
30. NA. Leopold et MC. Kagel. « Pharyngo-esophageal dysphagia in parkinson's disease », *Dysphagia*, vol. 12, n° 1 (1997), p. 11-18.
31. AR. Wintzen *et al.* « Dysphagia in ambulant patients with parkinson's disease: Common, not dangerous », *Can J Neurol Sci*, vol. 21, n° 1 (1994), p. 53-56.
32. CL. Lazarus. *The effects of radiotherapy on tongue strength and swallowing in oral and oropharyngeal cancer patients*, thèse de doctorat, 1997, Northwestern University.
33. O. Ekberg et G. Nylander. « Pharyngeal dysfunction after treatment for pharyngeal cancer with surgery and radiotherapy », *Gastrointest. Radiol.*, vol. 8, n° 2 (1983), p. 97-104.
34. CL. Lazarus *et al.* « Swallowing and tongue function following treatment for oral and oropharyngeal cancer », *Journal of Speech Language & Hearing Research*, vol. 43, n° 4 (2000), p. 1011-1023.
35. JA. Logemann *et al.*, « Effects of xerostomia on perception and performance of swallow function », *Head Neck*, vol. 23, n° 4 (2001), p. 317-321.
36. RE. Martin *et al.* « Oropharyngeal dysphagia in esophageal cancer before and after transhiatal esophagectomy », *Dysphagia*, vol. 16, n° 1 (2001), p. 23-31.
37. BR. Pauloski *et al.* « Speech and swallowing function after anterior tongue and floor of mouth resection with distal flap reconstruction », *J Speech Hear. Res.*, vol. 36, n° 2 (1993), p. 267-276.
38. BR. Pauloski *et al.* « Speech and swallowing function after oral and oropharyngeal resections: One-year follow-up », *Head Neck*, vol. 16, n° 4 (1994), p. 313-322.
39. BR. Pauloski, AW. Rademaker, JA. Logemann et LA. Colangelo. « Speech and swallowing in irradiated and nonirradiated postsurgical oral cancer patients », *Otolaryngol. Head Neck Surg.*, vol. 118, n° 5 (1998), p. 616-624.
40. JP. Dworkin, SL. Hill, RJ. Stachler, RJ. Meleca et D. Kewson. « Swallowing function outcomes following nonsurgical therapy for advanced-stage laryngeal carcinoma », *Dysphagia*, vol. 21, n° 1 (2006), p. 66-74.
41. M. Gorsky *et al.* « Carcinoma of the tongue: A case series analysis of clinical presentation, risk factors, staging, and outcome », *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, vol. 98, n° 5 (nov. 2004), p. 546-52.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

42. SG. Shiley, CA. Hargunani, JM. Skoner, JM. Holland et MK. Wax. « Swallowing function after chemoradiation for advanced stage oropharyngeal cancer », *Otolaryngology - Head & Neck Surgery*, vol. 134, n° 3 (2006), p. 455-459.
43. F. Claus *et al.* « Intensity modulated radiation therapy for oropharyngeal and oral cavity tumors: Clinical use and experience », *Oral Oncol*, vol. 38, n° 6 (2002), p. 597-604.
44. BR. Pauloski *et al.* « Swallow function and perception of dysphagia in patients with head and neck cancer », *Head & Neck*, vol. 24, n° 6 (2002), p. 555-565.
45. DR. Camidge. « The causes of dysphagia in carcinoma of the lung », *J R Soc Med*, vol. 94, n° 11 (2001), p. 567-572.
46. RE. Martin *et al.* « Oropharyngeal dysphagia in esophageal cancer before and after transhiatal esophagectomy », *Dysphagia*, vol. 16, n° 1 (2001), p. 23-31.
47. JR. Jacobs *et al.* « Failure of cricopharyngeal myotomy to improve dysphagia following head and neck cancer surgery », *Archives of Otolaryngology -- Head & Neck Surgery*, vol. 125, n° 9 (1999), p. 942-946.
48. D. Shames et R. Sheinbaum. « Neuromuscular oropharyngeal dysphagia secondary to bone metastases », *Conn Med*, vol. 62, n° 8 (1998), p. 451-453.
49. SK. Daniels, MC. Mahoney et GD. Lyons. « Persistent dysphagia and dysphonia following cervical spine surgery », *Ear Nose Throat J*, vol. 77, n° 6 (1998), p. 470, 473-470, 475.
50. MB. Kronenberger et AD. Meyers. « Dysphagia following head and neck cancer surgery », *Dysphagia*, vol. 9 (1994), p. 236-244.
51. RE. Martin, MA. Neary et NE. Diamant. « Dysphagia following anterior cervical spine surgery », *Dysphagia*, vol. 12, n° 1 (1997), p. 2-8.
52. LM. Kohr *et al.* « The incidence of dysphagia in pediatric patients after open heart procedures with transesophageal echocardiography », *Ann Thorac Surg*, vol. 76, n° 5 (2003), p. 1450-1456.
53. VA. Ferraris, SP. Ferraris, DM. Moritz et S. Welch. « Oropharyngeal dysphagia after cardiac operations », *Ann Thorac Surg*, vol. 71, n° 6 (2001), p. 1792-1796.
54. JA. Rousou *et al.*, « Risk of dysphagia after transesophageal echocardiography during cardiac operations », *Ann Thorac Surg*, vol. 69, n° 2 (2000), p. 486-490.
55. S. Kress, WR. Martin, C. Benz et JF. Riemann. « Dysphagia secondary to left atrial dilatation », *Z Gastroenterol*, vol. 35, n° 11 (1997), p. 1007-1011.
56. LG. Sokoloff et R. Pavlakovic. « Neuroleptic-induced dysphagia », *Dysphagia*, vol. 12, n° 4 (1997), p. 177-179.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

57. M. Nash. « Swallowing problems in the tracheotomized patient », *The Otolaryngologic Clinics of North America*, vol. 21 (1988), p. 701-709.
58. B. Rogers. « Neurodevelopmental presentation of dysphagia », *Seminars in Speech and Language*, vol. 17 (1996), p. 269-280.
59. H. Nilsson, O. Ekberg, R. Olsson et B. Hindfelt. « Quantitative aspects of swallowing in an elderly nondysphagic population », *Dysphagia*, vol. 11, n° 3 (1996), p. 180-184.
60. CM. Steele, C. Greenwood, I. Ens, C. Robertson et R. Seidman-Carlson. « Mealtime difficulties in a home for the aged: Not just dysphagia », *Dysphagia*, vol. 12, n° 1 (1997), p. 43-50.
61. JC. Arvedson et B.T. Rogers. « Pediatric swallowing and feeding disorders », *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, vol. 1, n° 4 (1993), p. 203-221.
62. JC. Arvedson et L. Brodsky. *Pediatric swallowing and feeding: Assessment and management*, 2^e éd. Albany, NY, Singular Publishing, 2002.
63. JC. Arvedson et M. Lefton-Greif. Anatomy, physiology and development of feeding. *Seminars in Speech & Language* 17:261-268, 1996.
64. JC. Arvedson et B. Rogers. Pediatric swallowing and feeding disorders. *Journal of Medical Speech-Language Pathology* 1:203-221, 1993.
65. JC. Arvedson, B. Rogers et L. Brodsky. *Anatomy, embryology and physiology*, in JC. Arvedson et L. Brodsky (éd.), *Pediatric swallowing and feeding: Assessment and management*, San Diego, CA, Singular Publishing Group, Inc., 1993.
66. NR. Reau, YD. Senturia, SA. Lebailly et KK. Christoffel. « Infant and toddler feeding patterns and problems: Normative data and a new direction », *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 17 (1996), p. 149-153.
67. PS. Eicher *et al.* « Dysphagia in children with a 22q11.2 deletion: Unusual pattern found on modified barium swallow », *J Pediatr*, vol. 137, n° 2 (2000), p. 158-164.
68. JR. Kosko, JD. Moser, N. Erhart et DE. Tunkel, « Differential diagnosis of dysphagia in children », *The Otolaryngologic Clinics of North America*, vol. 31 (1998), p. 435-451.
69. EG. Gisel, E. Alphonse et M. Ramsay. « Assessment of ingestive and oral praxis skills: Children with cerebral palsy vs. Controls », *Dysphagia*, vol. 15 (2000), p. 236-244.
70. HM. Finestone, LS. Greene-Finestone, ES. Wilson et RW. Teasell. « Malnutrition in stroke patients on the rehabilitation service and at follow-up: Prevalence and predictors », *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, vol. 76, n° 4 (1995), p. 310-316.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

71. HM. Finestone, LS. Greene-Finestone, ES. Wilson et RW. Teasell. « Prolonged length of stay and reduced functional improvement rate in malnourished stroke rehabilitation patients », *Arch.Phys.Med.Rehabil.*, vol. 77, n° 4 (1996), p. 340-345.
72. C. Gordon, RL. Hewer et DT. Wade. « Dysphagia in acute stroke », *British Medical Journal*, vol. 295 (1987), p. 411-414.
73. D. Kidd, J. Lawson, R. Nesbitt et J. MacMahon. « The natural history and clinical consequences of aspiration in acute stroke », *QJM*, vol. 88, n° 6 (1995), p. 409-413.
74. DG. Smithard, PA. O'Neill, C. Parks et J. Morris. « Complications and outcome after acute stroke. Does dysphagia matter? », *Stroke*, vol. 27, n° 7 (1996), p. 1200-1204.
75. Organisation mondiale de la Santé. *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, Genève, Suisse, 2001.
76. TT. Threats. « The world health organization's revised classification: What does it mean for speech-language pathology? », *Journal of Medical Speech-Language Pathology*, vol. 8, n° 3 (2000), p. xiii-xviii.
77. TT. Threats et L. Worrall. « Classifying communication disability using the ICF », *Advances in Speech-Language Pathology*, vol. 6, n° 1 (2004), p. 53-62.
78. GM. Reed *et al.* « Operationalizing the international classification of functioning, disability and health in clinical settings », *Rehabilitation Psychology*, vol. 50, n° 2 (2005), p. 122-31.
79. TL. Eadie. « The ICDH-2: Theoretical and clinical implications for speech-language pathology », *Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, vol. 25, n° 4 (2001), p. 181-200.
80. American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). *Preferred practice patterns for the profession of speech-language pathology*, American Speech-Language-Hearing Association, 2004.
81. Association canadienne des orthophonistes et audiologistes (ACOA). *Champs de pratique de l'audiologie et de l'orthophonie = Scopes of practice in speech-language pathology and audiology in Canada*, 1998.
82. Speech Pathology Australia. *Position paper: Dysphagia*, 2004.
83. Royal College of Speech-Language Therapists. *What is a speech and language therapist?*, 2004.
84. JA. Logemann. *Evaluation and treatment of swallowing disorders*, 2^e éd., Dysphagia, San Diego, CA, College Hill Press, Inc., 1997.
85. ASHA, *ASHA SLP health care survey 2005: Caseload characteristics report*, Rockville, MD, American Speech-Language Hearing Association, 2005.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

86. Ontario Speech-Language-Hearing Association (OSLA). *Averages for communication versus swallowing in adults*, Ontario Speech-Language-Hearing Association, 1999.
87. AJ. Miller. « Neurophysiological basis of swallowing », *Dysphagia*, vol. 1 (1986), p. 91-100.
88. JC. Rosenbek, JA. Robbins, EB. Roecker, JL. Coyle et JL. Wood. « A penetration-aspiration scale », *Dysphagia*, vol. 11, n° 2 (1996), p. 93-98.
89. J. Robbins, J. Coyle, J. Rosenbek, EB. Roecker et JL. Wood. « Differentiation of normal and abnormal airway protection during swallowing using penetration aspiration scale », *Dysphagia*, vol. 14 (1999), p. 228-232.
90. SE. Langmore *et al.* « Predictors of aspiration pneumonia: How important is dysphagia? », *Dysphagia*, vol. 13, n° 2 (1998), p. 69-81.
91. PE. Marik. « Aspiration pneumonitis and aspiration pneumonia », *N.Engl.J Med*, vol. 344, n° 9 (2001), p. 665-671.
92. JP. Maloney *et al.* « Systemic absorption of food dye in patients with sepsis », *N.Engl.J.Med.*, vol. 343, n° 14 (2000), p. 1047-1048.
93. NA. Metheny et RE. Clouse. « Bedside methods for detecting aspiration in tube-fed patients », *Chest*, vol. 111, n° 3 (1997), p. 724-731.
94. A. Rasley *et al.* « Prevention of barium aspiration during videofluoroscopic swallowing studies: Value of change in posture », *AJR. American Journal of Roentgenology*, vol. 160, n° 5 (1993), p. 1005-1009.
95. M. Bülow, R. Olsson et O. Ekberg. « Videomanometric analysis of supraglottic swallow, effortful swallow, and chin tuck in healthy volunteers », *Dysphagia*, vol. 14, n° 2 (1999), p. 67-72.
96. CL. Lazarus *et al.* « Effects of bolus volume, viscosity, and repeated swallows in nonstroke subjects and stroke patients », *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation Arch.Phys.Med.Rehabil*, vol. 74, n° 10 (1993), p. 1066-1070.
97. JA. Logemann, B. Roa Pauloski, AW. Rademaker et LA. Colangelo, « Speech and swallowing rehabilitation for head and neck cancer patients », *Oncology*, vol. 11, n° 5 (1997), p. 651-664.
98. Y. Ohmae, JA. Logemann, P. Kaiser, DG. Hanson et PJ. Kahrilas. « Effects of two breath-holding maneuvers on oropharyngeal swallow », *Ann.Otol.Rhinol.Laryngol.*, vol. 105, n° 2 (1996), p. 123-131.
99. G. Chaudhuri *et al.* « Cardiovascular effects of the supraglottic and super-supraglottic swallowing maneuvers in stroke patients with dysphagia », *Dysphagia*, vol. 17, n° 1 (2002), p. 19-23.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

100. TA. Burnett, EA. Mann, SA. Cornell et CL. Ludlow. « Laryngeal elevation achieved by neuromuscular stimulation at rest », *J Appl Physiol*, vol. 94, n° 1 (2003), p. 128-134.
101. TA. Burnett, EA. Mann, SA. Cornell et CL. Ludlow. « Self-triggered functional electrical stimulation during swallowing », *Journal of Neurophysiology*, vol. 94, n° 6 (2005), p. 4011-18.
102. ML. Freed, L. Freed, RL. Chatburn et M. Christian. « Electrical stimulation for swallowing disorders caused by stroke », *Respiratory Care*, vol. 46, n° 5 (2001), p. 466-474.
103. V. Leelamanit, C. Limsakul et A. Geater. « Synchronized electrical stimulation in treating pharyngeal dysphagia », *Laryngoscope*, vol. 112, n° 12 (2002), p. 2204-2210.
104. CL. Ludlow, I. Humbert, K. Saxon, B. Sonies et L. Crujido. « Effects of surface electrical stimulation both at rest and during swallowing in chronic pharyngeal dysphagia », *Abstracts of the 13th Annual Meeting of the Dysphagia Research Society*, Montréal, Qc, 2004.
105. C. Fraser *et al.* Differential changes in human pharyngoesophageal motor excitability induced by swallowing, pharyngeal stimulation, and anaesthesia. *American Journal of Physiology. Gastrointestinal, Liver Physiology*. 285(1):G136-144., 2003.
106. C. Fraser *et al.* « Driving plasticity in human adult motor cortex is associated with improved motor function after brain injury », *Neuron*, vol. 34, n° 5 (2002), p. 831-840.
107. M. Power *et al.* « Frequency effects of faucial pillar stimulation on cortical excitability and swallowing in healthy subjects », *Dysphagia*, vol. 17, n° 2 (2002), p. 175.
108. M. Power *et al.* « Changes in pharyngeal corticobulbar excitability and swallowing behavior after oral stimulation », *Am J Physiol. Gastro Liver Physiology*, vol. 286 (2004), G45-50.
109. CL. Ludlow *et al.*, « Effects of surface electrical stimulation both at rest and during swallowing in chronic pharyngeal dysphagia », *Dysphagia* (Online first), 2006, p. 1-10.
110. JO. Ciocon. « Indications for tube feedings in elderly patients », *Dysphagia*, vol. 5, n° 1 (1990), p. 1-5.
111. RM. Meyers et MA. Grodin. « Decisionmaking regarding the initiation of tube feedings in the severely demented elderly: A review », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 39, n° 5 (1991), p. 526-531.
112. JV. Sitzmann. « Nutritional support of the dysphagic patient: Methods, risks, and complications of therapy ». *Journal of Parenteral & Enteral Nutrition*, vol. 14, n° 1 (1990), p. 60-63.
113. LS. Fellows, EH. Miller, M. Frederickson, B. Bly et P. Felt. « Evidence-based practice for enteral feedings: Aspiration prevention strategies, bedside detection, and practice change », *Medsurg.Nurs.*, vol. 9, n° 1 (2000), p. 27-31.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

114. SI. Mitchell, DK. Kiely et LA. Lipsitz. « Does artificial enteral nutrition prolong the survival of institutionalized elders with chewing and swallowing problems », *Journal of Gerontology. Series A, Biological Sciences & Medical Sciences*, vol. 53, n° 3 (1998), M207-M213.
115. SI. Mitchell et FM. Lawson. « Decision-making for long-term tube-feeding in cognitively impaired elderly people ». *CMAJ*, vol. 160, n° 12, p. 1705-1709, 1999.
116. R. Martino, G. Pron et NE. Diamant. « Screening for oropharyngeal dysphagia in stroke: Insufficient evidence for guidelines », *Dysphagia*, vol. 15 (2000), p. 19-30.
117. L. Perry et CP. Love. « Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: A systematic review », *Dysphagia*, vol. 16, n° 1 (2001), p. 7-18.
118. P. Leslie, MJ. Drinnan, P. Finn, GA. Ford et JA. Wilson. « Reliability and validity of cervical auscultation: A controlled comparison using videofluoroscopy », *Dysphagia*, vol. 19, n° 4 (2004), p. 231-240.
119. JA. Cichero et BE. Murdoch. « The physiologic cause of swallowing sounds: Answers from heart sounds and vocal tract acoustics », *Dysphagia*, vol. 13, n° 1 (1998), p. 39-52.
120. JA. Cichero et BE. Murdoch. « Detection of swallowing sounds: Methodology revisited », *Dysphagia*, vol. 17, n° 1 (2002), p. 40-49.
121. JA. Cichero et BE. Murdoch. « Acoustic signature of the normal swallow: Characterization by age, gender, and bolus volume », *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, vol. 111, n° 7 Pt 1 (2002), p. 623-632.
122. MJ. Collins et AM. Bakheit. « Does pulse oximetry reliably detect aspiration in dysphagic stroke patients? » *Stroke*, vol. 28, n° 9 (1997), p. 1773-1775.
123. N. Colodny. « Comparison of dysphagics and nondysphagics on pulse oximetry during oral feeding », *Dysphagia*, vol. 15, n° 2 (2000), p. 68-73.
124. N. Colodny. « Effects of age, gender, disease, and multisystem involvement on oxygen saturation levels in dysphagic persons », *Dysphagia*, vol. 16, n° 1 (2001), p. 48-57.
125. SJ. Edwards. *Detection of small volume pulmonary aspiration using pulse oximetry*, Saint Louis University, 2002.
126. C. Exley. « Pulse oximetry as a screening tool in detecting aspiration », *Age Ageing*, vol. 29, n° 6 (2000), p. 475-476.
127. SB. Leder. « Use of arterial oxygen saturation, heart rate, and blood pressure as indirect objective physiologic markers to predict aspiration », *Dysphagia*, vol. 15, n° 4 (2000), p. 201-205.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

128. C. Sellars, C. Dunnet et R. Carter. « A preliminary comparison of videofluoroscopy of swallow and pulse oximetry in the identification of aspiration in dysphagic patients », *Dysphagia*, vol. 13, n° 2 (1998), p. 82-86.
129. B. Sherman, JM. Nisenboun, BL. Jesberger, CA. Morrow et JA. Jesberger. « Assessment of dysphagia with the use of pulse oximetry », *Dysphagia*, vol. 14, n° 3 (1999), p. 152-156.
130. HA. Smith, SH. Lee, PA. O'Neill et MJ. Connolly. « The combination of bedside swallowing assessment and oxygen saturation monitoring of swallowing in acute stroke: A safe and humane screening tool », *Age Ageing*, vol. 29, n° 6 (2000), p. 495-499.
131. NH. Zaidi *et al.* « Oxygen desaturation on swallowing as a potential marker of aspiration in acute stroke », *Age Ageing*, vol. 24, n° 4 (1995), p. 267-270.
132. SG. Hiss, K. Treole et A. Stuart. « Effects of age, gender, bolus volume, and trial on swallowing apnea duration and swallow/respiratory phase relationships of normal adults », *Dysphagia*, vol. 16, n° 2 (2001), p. 128-135.
133. SG. Hiss, K. Treole et A. Stuart. « Effect of age, gender, and repeated measures on intraoral air pressure in normal adults », *J Voice*, vol. 15, n° 2 (2001), p. 159-164.
134. SC. Tarrant, RE. Ellis, FC. Flack et WG. Selley. « Comparative review of techniques for recording respiratory events at rest and during deglutition », *Dysphagia*, vol. 12, n° 1 (1997), p. 24-38.
135. MA. Crary. « Surface electromyographic characteristics of swallowing in dysphagia secondary to brainstem stroke », *Dysphagia*, vol. 12 (1997), p. 180-187.
136. MA. Crary et ME. Groher. « Basic concepts of surface electromyographic biofeedback in the treatment of dysphagia », *American Journal of Speech-Language Pathology*, vol. 9 (2000), p. 116-125.
137. R. Ding, CR. Larson, JA. Logemann et AW. Rademaker. « Surface electromyographic and electroglottographic studies in normal subjects under two swallow conditions: Normal and during the mendelsohn manuever », *Dysphagia*, vol. 17, n° 1 (2002), p. 1-12.
138. M. Vaiman, E. Eviatar et S. Segal. « Evaluation of normal deglutition with the help of rectified surface electromyography records », *Dysphagia*, vol. 19, n° 2, (2004), p. 125-132.
139. ASHA. *Clinical indicators for instrumental assessment of dysphagia*, Rockville, MD., American Speech-Language-Hearing Association, 1998.
140. R. Martino, G. Pron et NE. Diamant. « Oropharyngeal dysphagia: Surveying practice patterns of the speech-language pathologist », *Dysphagia*, vol. 19, n° 3 (2004), p. 165-176.

NORMES ET LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE
SUR L'INTERVENTION DE L'ORTHOPHONISTE EN DYSPHAGIE

141. O. Ekberg *et al.* « Interobserver variability in cineradiographic assessment of pharyngeal function during swallow », *Dysphagia*, vol. 3, n° 1 (1988), p. 46-48.
142. KV. Kuhlemeier, P. Yates et JB. Palmer. « Intra- and interrater variation in the evaluation of videofluorographic swallowing studies », *Dysphagia*, vol. 13, n° 3 (1998), p. 142-147.
143. S.J. Stoeckli, T.A. Huisman, B. Seifert et B.J. Martin-Harris. « Interrater reliability of videoflouroscopic swallow evaluation », *Dysphagia*, vol. 18 (2003), p. 53-57.
144. JA. Logemann, C. Lazarus, SP. Keeley, A. Sanchez et AW. Rademaker. « Effectiveness of four hours of education in interpretation of radiographic studies », *Dysphagia*, vol. 15, n° 4 (2000), p. 180-183.