

FÉVRIER 2024

GUIDE DE PRATIQUE EN ORTHOPHONIE

AUPRÈS DES PERSONNES DYSPHAGIQUES

OU À RISQUE DE L'ÊTRE



Ordre des orthophonistes
et audiologistes du Québec

CONCEPTION ET RÉDACTION

Marie-Claude Paquette, directrice du développement professionnel, OOAQ.

Caroline Morin, orthophoniste, hôpital de Hull.
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais.

Marie-Frédéric St-Pierre Boucher, orthophoniste, CHU de Québec — Université Laval / Hôpital Saint-François d'Assise.

Édith Lambert-Bonin, conseillère à la formation continue et aux affaires professionnelles en orthophonie, OOAQ.

RÉVISION DE CONTENU

Laurie April, orthophoniste, coordonnatrice professionnelle en orthophonie, CHU de Québec-Université Laval.

Charles Martin, orthophoniste.

RÉVISION LINGUISTIQUE

Audrey Mockle, directrice des communications et des affaires publiques, OOAQ.

Mélanie Sédillot-Jomphe, conseillère en communication, OOAQ.

MISE EN PAGE

Caroline Péloquin, coordonnatrice aux communications, OOAQ.

Pour citer ce document : *Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ). (2024, février). Guide de pratique en orthophonie auprès des personnes dysphagiques ou à risque de l'être. <https://www.ooaq.qc.ca/espace-membres/developpement-professionnel/contenus-professionnels/guide-pratique-orthophonie-dysphagie>.*

REMERCIEMENTS

L'Ordre tient à remercier sincèrement les orthophonistes Émilie Desrosiers, Rim El Koussa et Pascale Marceau qui ont participé aux premières discussions ayant mené à l'élaboration du Guide. Leur contribution et leur représentation régionale ont permis la production d'un document reflétant bien les réalités, enjeux et besoins des personnes dysphagiques ou à risque de l'être de tous les coins du Québec.

AVIS À LA LECTRICE ET AU LECTEUR

Le *Guide de pratique en orthophonie auprès des personnes dysphagiques ou à risque de l'être* a pour but de fournir un cadre aux orthophonistes sur les questions cliniques et professionnelles relatives à la dysphagie. Le Guide vise principalement les adultes dysphagiques ou à risque de l'être, mais les principes directeurs et son contenu peuvent se généraliser et s'appliquer à toutes les clientèles. Des encadrés spécifiques se retrouvent tout au long du Guide pour les orthophonistes travaillant avec la clientèle pédiatrique qui présente des troubles de l'alimentation. Les thèmes et le contenu abordés dans le Guide visent également toutes les personnes, peu importe leur milieu ou le contexte de pratique de l'orthophoniste : les hôpitaux de soins aigus, les centres de réadaptation, les centres d'hébergement, les services ambulatoires, le domicile, la communauté, le réseau scolaire, etc. **Dans ce document, les termes dysphagie et trouble de la déglutition sont utilisés pour référer à la dysphagie oropharyngée. Le terme troubles d'alimentation, quant à lui, fait référence aux troubles d'alimentation pédiatriques (*Pediatric Feeding Disorders*). Ils excluent tout autre trouble alimentaire comme le trouble de l'apport alimentaire évitant/restrictif ou les troubles des conduites alimentaires.**

Ce Guide préconise une pratique professionnelle intégrant les données scientifiques les plus récentes au moment de sa publication. Cependant, il est possible que de nouvelles connaissances fassent évoluer le contenu et les concepts présentés dans ce document. Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

Vous pouvez également, en cours de lecture, cliquer sur des concepts et termes mis en évidence dans le texte pour vous diriger directement vers un [glossaire](#) (en vert) ou des sites Web de références (en bleu). Spécifions que le glossaire a permis de définir en détail certains concepts dans le but d'alléger le texte principal du Guide.

Enfin, il est à noter que dans le respect de la politique de communication de l'OOAQ, et dans un souci d'inclusivité, une écriture épiciène a été utilisée dans le document. Ainsi, le masculin générique est évité et remplacé par une formulation neutre ou encore par des doublets complets lorsque l'on réfère à des groupes mixtes de personnes.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	6
2. PRINCIPES DIRECTEURS	9
2.1 Que la personne dysphagique ou à risque de l'être ait accès à des services rendus par des orthophonistes qui appliquent les principes de la pratique réflexive et basée sur des données probantes.....	9
2.2 Que les capacités de communication de la personne dysphagique ou à risque de l'être soient prises en compte lors des soins et services rendus et dans les moments de repas.....	10
2.3 Que les besoins et les préférences de la personne dysphagique ou à risque de l'être soient considérés et intégrés à sa prise en charge.	11
2.4 Que la personne dysphagique ou à risque de l'être soit en mesure de prendre une décision éclairée quant au contexte d'évaluation ou de traitement ou pour son alimentation quotidienne.	12
3. LA DYSPHAGIE, UN TROUBLE MULTIFACTORIEL	13
3.1 Causes	14
3.2 Risques associés	16
4. REPÉRAGE OU DÉPISTAGE DES PERSONNES DYSPHAGIQUES OU À RISQUE DE L'ÊTRE	18
5. L'ÉVALUATION, UN PROCESSUS DYNAMIQUE	19
5.1 Principes de base en évaluation	19
5.2 La collecte de données évaluatives et les sources de données.....	21
5.2.1 Données des dossiers médicaux et professionnels.....	22
5.2.2 Données du personnel de soins et professionnel.....	24
5.2.3 Données de la personne et de ses proches.....	24
5.3 Évaluation clinique.....	25
5.3.1 Essais cliniques de déglutition	26
5.3.2 Analyse et conclusion orthophonique.....	28
5.4 Évaluations instrumentales	29
5.4.1 La vidéofluoroscopie	31
5.4.2 L'examen par naso-endoscopie	34
6. L'INTERVENTION, UNE DÉMARCHE EN PARTENARIAT	37
6.1 Principes de base en intervention	37
6.2 Éducation à la santé et éducation thérapeutique	40

6.3	Stratégies d'adaptation ou compensatoires	40
6.3.1	Modifications environnementales.....	41
6.3.2	Modifications comportementales.....	41
6.3.3	Modifications posturales ou postures de déglutition.....	43
6.3.4	Techniques de déglutition.....	43
6.3.5	Approches prosthétiques	44
6.3.6	Changement de textures et de consistances	44
6.3.7	Aides techniques	45
6.4	Rééducation.....	46
6.4.1	Exercices oromoteurs et de parole	47
6.4.2	Exercices de déglutition	47
6.4.3	Utilisation de matériel ou dispositifs spécialisés	48
6.4.4	Exercices pour améliorer la coordination respiratoire	48
6.4.5	Stimulation sensorielle.....	48
6.5	Traitements complémentaires.....	49
6.5.1	Traitements pharmacologiques.....	50
6.5.2	Traitements chirurgicaux	50
6.6	Support nutritionnel.....	51
6.7	Accompagnement en fin de vie	52
7.	SPÉCIFICITÉS POUR CERTAINES CLIENTÈLES.....	53
7.1	Personnes admises en unité de soins intensifs.....	54
7.2	Personnes avec atteintes ou cancer ORL (otorhinolaryngologie)	55
7.3	Personnes âgées avec syndrome clinique de fragilité.....	55
7.4	Personnes avec maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), COVID longue ou asthme	56
7.5	Personnes avec dystrophie musculaire oculopharyngée (DMOP)	56
7.6	Personnes avec trouble neurologique fonctionnel spécifique	56
8.	CONCLUSION	58
9.	ANNEXE	60
10.	GLOSSAIRE	62
11.	BIBLIOGRAPHIE	68



1. INTRODUCTION

La déglutition (avaler) est une fonction essentielle dans la vie quotidienne. L'humain avale au moins 900 fois par jour, environ 3 fois par heure pendant le sommeil, 1 fois par minute lorsqu'éveillé et encore plus pendant les repas (SPA, s.d.). Des aliments, liquides et solides, des médicaments, de la salive et des sécrétions sont déglutis. C'est pourquoi les personnes qui rencontrent des difficultés de déglutition vivent des impacts importants dans leur vie de tous les jours. La dysphagie entraîne des modifications dans la préparation, la propulsion ou le transit du bolus dans les voies digestives supérieures (Speyer et al. 2022). L'Institut national d'excellence en santé et service sociaux (INESSS, 2022) rapporte « *qu'un trouble de la déglutition affecte environ 8 % de la population mondiale avec une prévalence pouvant aller jusqu'à 40 % chez les personnes hospitalisées et à 50 % — 60 % chez les aînés vivant en établissement d'hébergement. La dysphagie peut survenir à tout âge, mais la majorité des gens qui en sont atteints sont des personnes âgées.* » Ainsi, devant la forte prévalence de cette problématique dans la population, il devient important que le plus de personnes possible soient sensibilisées à cette réalité afin de réduire les risques associés à la dysphagie. Offrir des services permettant la prévention, le repérage, le dépistage, l'évaluation ou l'intervention auprès des personnes dysphagiques ou à risque de l'être est essentiel. « *Au fur et à mesure que le vieillissement de la population accentuera la demande et comprimera l'offre de certains services professionnels, il sera de plus en plus important de veiller à ce que tous les types de professionnels dans les domaines où la demande augmentera soient utilisés à leurs pleines capacités* » (CIQ, 2022).

En plus d'être consultée ou consulté spécifiquement pour son expertise en troubles de la déglutition, l'orthophoniste rencontre quotidiennement des situations où une dysphagie est soupçonnée ou identifiée chez des personnes dont la communication ou des aspects de la parole ou de la voix sont atteints ou ayant divers troubles respiratoires, incluant la toux chronique ou les [dysfonctions laryngées](#) (Flowers et al., 2013; Groher, 1990; Lapointe et McFarland, 2004 ; Martin et Corlew, 1990; McFarland et Tremblay, 2006). Plus récemment, une étroite relation entre les problèmes au niveau de l'alimentation-déglutition et les troubles de la communication a été trouvée dans plusieurs populations pédiatriques (Adams-Chapman et al., 2013; Malandraki et al., 2022; Neumeyer et al., 2019; Parkes et al.2010; Wolthuis-

Stigter et al., 2017), y compris chez les enfants ayant un trouble développemental du langage (Malas et al., 2015, 2017).

En plus de ces données cliniques soulignant la fréquente cooccurrence des difficultés ou troubles de la communication et de la déglutition chez les adultes et enfants, il y a des données anatomiques, neurologiques, génétiques et interactionnelles suggérant que les sphères de la communication et de la déglutition sont liées, soulignant ainsi le rôle important que les orthophonistes peuvent avoir auprès des individus ayant des problèmes de déglutition ou de communication. D'un point de vue anatomique, les mêmes structures sont utilisées pour communiquer oralement et pour avaler (McFarland, 2020; McFarland et Tremblay, 2006). Des données d'imagerie fonctionnelle cérébrale suggèrent également un chevauchement fonctionnel des réseaux neurologiques supportant la parole et la déglutition (Eickoff et al., 2009; Huang et al., 2023; Sörös et al., 2009) et récemment, il a été montré qu'un gène jouant un rôle important dans le développement du cerveau était impliqué dans l'émergence des habiletés d'alimentation/déglutition et de communication chez les enfants prématurés (Bartolome et al., 2020; Lai et al., 2001; Zimmerman et al., 2016; Zimmerman et Maron, 2016).

Ainsi, grâce à ses connaissances relatives aux mécanismes anatomophysiologiques impliqués dans la parole, la voix, la respiration et la déglutition, l'orthophoniste est en mesure de mettre à contribution son expertise en troubles de la déglutition, et ce, dans tous les milieux et auprès des personnes de tous âges (OAC, 2022). Des adultes et des enfants dont la communication, le langage ou des aspects de la parole ou de la voix sont atteints ou ayant divers troubles respiratoires incluant la toux chronique ou les dysfonctions laryngées font partie de la charge de cas des orthophonistes. Offrir des services qui incluent l'évaluation et des interventions ciblant plus spécifiquement la rééducation ou la compensation des déficits anatomophysiologiques sous-jacents à la déglutition et la mise en place de stratégies permet d'agir en amont sur une possible dysphagie ou juste à temps sur une dysphagie avérée.

Le *Guide de pratique en orthophonie auprès des personnes dysphagiques ou à risque de l'être* a été développé en poursuivant les objectifs suivants :

- 1 fournir aux orthophonistes un cadre de réflexion, de pratique et des orientations cliniques et professionnelles relatives à la dysphagie et aux troubles d'alimentation pédiatriques;
- 2 valoriser la contribution spécifique de l'orthophoniste dans la trajectoire de services auprès des nouveau-nés, enfants et adultes présentant des troubles de la déglutition et d'alimentation;
- 3 favoriser une vision commune et une harmonisation de la pratique en orthophonie dans le domaine de la dysphagie et des troubles d'alimentation pédiatriques tout en reconnaissant qu'il peut exister un chevauchement avec la pratique d'autres professionnelles et professionnels et des réalités propres à certains milieux;
- 4 soutenir les orthophonistes dans la mise en œuvre d'une prestation de services qui tient compte des besoins et de la perspective de la personne dysphagique ou à risque de l'être.

Ce Guide s'adresse en premier lieu aux orthophonistes, mais pourra certainement intéresser les gestionnaires du réseau de la santé et toutes les personnes ayant à cœur d'offrir des services de qualité aux personnes dysphagiques ou à risque de l'être comme les ergothérapeutes, les infirmières et infirmiers, les infirmières et infirmiers auxiliaires, les inhalothérapeutes, les médecins, les diététistes-nutritionnistes, les physiothérapeutes, etc.

Le *Guide de pratique en orthophonie auprès des personnes dysphagiques ou à risque de l'être* présente quatre principes directeurs guidant la pratique des orthophonistes. Il aborde également des éléments reliés au caractère multifactoriel du trouble qu'est la dysphagie. La posture professionnelle et les services rendus par l'orthophoniste dans le cadre de ses mandats d'évaluation et d'intervention en dysphagie sont décrits tout comme certaines spécificités propres à des clientèles.



2. PRINCIPES DIRECTEURS

Comme la dysphagie est une problématique biopsychosociale multifactorielle, une approche de collaboration interprofessionnelle est souvent nécessaire dans la prise en charge des personnes dysphagiques ou à risque de l'être. À ce grand principe s'ajoutent les quatre principes directeurs présentés ci-dessous et élaborés dans la perspective de la personne dysphagique ou à risque de l'être pour soutenir la réflexion et la prise de décision des orthophonistes. Ils orientent la manière d'être et d'agir de l'orthophoniste et contribuent à la réalisation des objectifs fixés tout en laissant place au jugement professionnel et au contexte dans lequel les services sont rendus. L'ordre de présentation de ces principes ne correspond aucunement à leur importance. Tous sont essentiels et étroitement liés les uns aux autres.

2.1 QUE LA PERSONNE DYSPHAGIQUE OU À RISQUE DE L'ÊTRE AIT ACCÈS À DES SERVICES RENDUS PAR DES ORTHOPHONISTES QUI APPLIQUENT LES PRINCIPES DE LA PRATIQUE RÉFLEXIVE ET BASÉE SUR DES DONNÉES PROBANTES.

Plusieurs organismes tant au Canada qu'à l'international (American Academy of Pediatrics [AAP] dans LaManna, 2023; American Speech and Hearing association [ASHA](a), s.d.; College of audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario [CASLPO], 2022; Orthophonie-Audiologie Canada [OAC], 2022, 2017; Royal College of Speech and Language Therapists [RCSLT], 2023, 2021; Speech Pathology Association of Australia [SPA], 2023) font la démonstration que les orthophonistes détiennent toute l'expertise qui leur permet de comprendre les déficits anatomophysiologiques sous-jacents aux troubles de la déglutition, du système respiratoire et de la toux et de la répercussion de ces troubles au quotidien et sur la qualité de vie. La pratique réflexive qu'adopte l'orthophoniste lui permet de créer et d'adapter ses propres modèles de pratique en tirant profit des modèles existants et d'analyser rigoureusement les ressources, les occasions et les contraintes du milieu pour améliorer les services offerts à ses patientes et patients. Les données issues de la recherche guident l'orthophoniste sur les pratiques ayant le plus d'impact sur la vie des personnes dysphagiques et lui servent d'appui pour faire des choix adaptés aux valeurs et préférences de la personne

qui consulte et qui s'appliquent dans son milieu (Beaulieu, 2016, O'Keefe, 2018). Elles permettent également aux orthophonistes d'utiliser des indicateurs pour évaluer les progrès des patientes et des patients, de promouvoir les conditions organisationnelles nécessaires à la mise en place et au maintien d'une prestation de services optimale et de faire preuve de leadership en agissant comme une agente ou un agent d'influence dans son milieu de pratique.

2.2 QUE LES CAPACITÉS DE COMMUNICATION DE LA PERSONNE DYSPHAGIQUE OU À RISQUE DE L'ÊTRE SOIENT PRISES EN COMPTE LORS DES SOINS ET SERVICES RENDUS ET DANS LES MOMENTS DE REPAS.

Étant donné la forte cooccurrence des troubles de la parole, du langage et de la déglutition chez la clientèle adulte (Flowers et al., 2013; Groher, 1990; Jani et al., 2014; Lapointe et McFarland, 2004 ; Martin et Corlew, 1990) et pédiatrique (Malas et al., 2015, 2017; Neumeyer et al., 2019; Parkes et al., 2010) et l'importance des échanges communicatifs avec la personne dysphagique ou à risque de l'être, les difficultés de communication et la prise en compte des besoins individuels d'adaptation sur le plan de la communication se doivent d'être considérées par l'orthophoniste dans tout le processus de prise en charge et dans le milieu de vie de la personne.

En offrant des interventions personnalisées, comme l'utilisation de stratégies ou de méthodes de suppléance à la communication ou à l'audition ou de la formation du personnel et de l'accompagnement des proches, les orthophonistes s'assurent que les conditions favorables à une conversation efficace soient en place. Ainsi, ces interventions contribuent à améliorer la compréhension des problématiques et des services rendus, l'adhésion de la personne à son traitement et favorisent son autodétermination (Julien, 2014).

De plus, comme les moments d'alimentation sont d'importants moments de communication à tous les âges de la vie, une grande portion des interactions sociales va avoir lieu autour d'un repas (ex. : soupers de famille ou amicaux, dîners professionnels, repas de fête, etc.). À l'extrémité du spectre de la vie, le type de communication utilisée pour communiquer avec des personnes âgées atteintes d'un trouble neurocognitif majeur pendant les moments de repas a été identifié comme étant un facteur affectant le déroulement des repas. Plus particulièrement, il a été montré qu'une communication positive (axée sur la personne) favorisait la consommation d'aliments, la sécurité de la déglutition et l'efficacité de l'alimentation des personnes âgées atteintes d'un trouble neurocognitif majeur (Altus et al., 2002; Gilmore-Bykovskiy, et Rogus-Pulia, 2018; Liu et al., 2019, 2020).



CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

Avec la clientèle pédiatrique, l'orthophoniste s'assure de développer de façon optimale et sécuritaire les habiletés à l'alimentation du nouveau-né ou de l'enfant qui sont absentes, immatures ou perturbées, tout en faisant de même avec les précurseurs à la communication et les habiletés de parole et de langage qui sont absents ou en retard par rapport au développement typique des enfants. De plus, chez les nouveau-nés, les moments d'alimentation correspondent souvent à la première forme d'interaction qu'ils vont vivre (Feldman, 2015) et ces moments d'alimentation vont demeurer des moments importants de stimulation langagière pendant le reste de leur enfance (Leech et Rowe, 2021; Leech et al., 2018; Snow et Beals, 2006; Weizman & Snow, 2001; Zimmerman et al., 2019).



2.3 QUE LES BESOINS ET LES PRÉFÉRENCES DE LA PERSONNE DYSPHAGIQUE OU À RISQUE DE L'ÊTRE SOIENT CONSIDÉRÉS ET INTÉGRÉS À SA PRISE EN CHARGE.

Le respect de l'**autonomie** de la personne dysphagique ou à risque de l'être commence par la reconnaissance de la légitimité et de la capacité de cette personne à penser, à décider, à agir librement, de sa propre initiative, et à faire des choix personnels (SASPLA, 2021). En reconnaissant chez la personne qui consulte son droit d'agir en fonction de ses valeurs et de

ses croyances, l'orthophoniste se place en posture de [bienveillance/bienfaisance/bienveillance](#). Les antécédents culturels et personnels, la préférence pour la poursuite ou un changement de traitement, son niveau de soins médicaux (NIM), la présence d'une directive médicale anticipée, l'adoption de mesures de confort en fin de vie sont parmi des facteurs importants à discuter et à considérer dans les propositions de traitement et les décisions relatives à la dysphagie.

Au-delà des besoins en soins de santé physique qui sont généralement au premier plan, la dysphagie entraîne également des impacts sur le bien-être émotionnel et mental. Il ne faut pas négliger ces aspects, car même des symptômes légers peuvent avoir un impact négatif sur la qualité de la vie de la personne. En effet, de nombreuses personnes ayant une dysphagie présentent également des symptômes de dépression et une incapacité à apprécier les temps de repas passés avec les autres (McCarty et Chao, 2021). Il est donc important que la personne qui vit de telles situations puisse, si elle le souhaite, recevoir le soutien nécessaire par la voie de stratégies, d'adaptations ou de services professionnels.

2.4 QUE LA PERSONNE DYSPHAGIQUE OU À RISQUE DE L'ÊTRE SOIT EN MESURE DE PRENDRE UNE DÉCISION ÉCLAIRÉE QUANT AU CONTEXTE D'ÉVALUATION OU DE TRAITEMENT OU POUR SON ALIMENTATION QUOTIDIENNE.

Il convient ici de rappeler l'importance de s'assurer que la personne dysphagique ou à risque de l'être ou sa représentante ou son représentant donne bien un [consentement libre et éclairé](#) en ayant l'ensemble des informations nécessaires à sa prise de décision. Qu'un contexte d'alimentation agréable, sécuritaire et efficace soit présent est primordial dans la gestion de la dysphagie. Il est important que les options sur les façons de s'alimenter et les stratégies proposées soient discutées avec la personne et ses proches en même temps que les risques encourus. Lorsqu'un changement de texture ou de consistance est envisagé dans le traitement de la personne, la ou le diététiste-nutritionniste devrait être impliqué dans la discussion notamment pour que les apports nutritionnels soient évalués et gérés. Une collecte d'informations détaillées est également nécessaire afin d'établir la nature de la dysphagie et son pronostic d'amélioration en déterminant, par exemple, si le tableau clinique de la personne est transitoire ou s'il est peu probable qu'il change en dépit de l'intervention ou de l'évolution de la condition sous-jacente (RCSLT, 2021). La prise en compte de l'impact de la dysphagie sur la qualité de vie de l'individu, qu'elle soit temporaire ou permanente, est un élément central du processus d'une prise en charge bienveillante (Leslie et Lisiacka, 2020, Royal College of Physicians [RCP], 2021 dans RCSLT, 2021).



3. LA DYSPHAGIE, UN TROUBLE MULTIFACTORIEL

Les termes dysphagie (*dysphagia*) et troubles de la déglutition (*swallowing disorders*) sont utilisés de manière interchangeable dans la littérature. La dysphagie peut survenir en cas de dysfonctionnement de n'importe quelle étape du mécanisme de déglutition. Quoique la déglutition soit un processus continu, ses troubles sont fréquemment classés en fonction de la localisation et de la phase dans laquelle se trouvent les déficits anatomophysiologiques touchés. La dysphagie affecte la sécurité de la déglutition (mauvaise protection des voies respiratoires) et/ou l'efficacité de la déglutition (ex. : résidus oraux après la déglutition, allongement du temps de déglutition, manque de coordination lors de la déglutition) (Namasivayam-MacDonald et al., 2019).



CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

Plus spécifiquement, pour la clientèle pédiatrique, le terme troubles d'alimentation est davantage utilisé.

- Les troubles d'alimentation pédiatriques « **pediatric feeding disorders** » se définissent comme une consommation orale d'aliments solides ou liquides problématique, en fonction de l'âge développemental, et qui a des conséquences médicales, nutritives, psychosociales ou dans le développement des habiletés d'alimentation significatives (définition consensuelle de Goday et al., 2019).

- Ces troubles peuvent être associés à la fonction orale sensorielle et peuvent être caractérisés par un ou plusieurs comportements, comme refuser des aliments ou des liquides adaptés à l'âge ou au développement, ou ne pas maîtriser les compétences d'auto-alimentation attendues pour le niveau de développement. Les enfants qui présentent des troubles de l'alimentation n'ont pas nécessairement un trouble de déglutition ou une dysphagie associée (Arvedson, 2008).
- Les troubles d'alimentation chez l'enfant peuvent survenir dans le cadre d'un développement normal, mais ils sont plus prévalents chez les enfants nés prématurément ou chez les enfants présentant des conditions médicales chroniques, des retards ou des troubles du développement (Dodrill et Gosa, 2015).
- Les troubles d'alimentation chez l'enfant peuvent avoir un impact sérieux sur leurs fonctions cognitives, émotionnelles, sociales et physiques et ils peuvent induire un stress chez les parents (Greer et al., 2008 dans OAC, 2022, mai).

3.1 CAUSES

On aborde généralement la dysphagie comme une séquelle d'une maladie ou d'un traitement, d'un accident, d'installation aiguë ou chronique qui persiste alors que la maladie est guérie ou le traitement terminé. Dans de tels cas, les interventions en orthophonie sont généralement sollicitées lorsque le diagnostic de la maladie est posé. Cependant, on peut également aborder la dysphagie comme le symptôme d'une maladie aiguë ou chronique qui n'est pas encore diagnostiquée et qui exige un raisonnement clinique poussé de la part des orthophonistes afin de pouvoir contribuer au processus interdisciplinaire d'établissement d'un diagnostic et de son étiologie pouvant expliquer les symptômes. Plusieurs causes peuvent expliquer la dysphagie (ASHA [a], s.d. Groher, 2016; Jones et Rosenbek, 2010).

- Une lésion ou une anomalie anatomique, neurologique, oto-rhino-laryngologique (ORL), thoracique ou gastrique (ex. : néoplasie, traumatisme des structures ou nerfs impliqués dans la déglutition).
- Des effets secondaires de traitements de radiothérapie ou de chirurgie modifiant les structures cérébrales, ORL, gastrique ou thoracique.
- Des maladies neurologiques développementales persistantes jusqu'à l'âge adulte (ex. : paralysie cérébrale), acquises (ex. : accident vasculaire cérébral [AVC], traumatisme craniocérébral, encéphalopathie, etc.), ou neurologiques dégénératives (ex. : maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens, maladies neuromusculaires, trouble neurocognitif majeur, etc.).
- Des maladies psychiatriques ou de santé mentale, ce qui pourrait s'expliquer par des effets secondaires de la médication, par des changements de comportement associés au trouble psychiatrique lui-même, par des troubles neurologiques concomitants ou par des conséquences de l'institutionnalisation (Aldridge et Taylor, 2012).

- Des troubles neurologiques fonctionnels (TNF) qui peuvent provoquer des symptômes fonctionnels comprenant une variété de symptômes physiques, sensoriels et cognitifs qui n'ont pas encore été expliqués par une maladie reconnue. Les TNF se situent à la frontière entre la neurologie et la psychiatrie (FND Hope International, s.d., Baker et al., 2021).
- Des effets secondaires d'une médication.
- Des maladies respiratoires (ex. : maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC], apnée obstructive du sommeil [AOS], asthme, COVID ou COVID longue, etc.).
- Une maladie ou une condition critique qui entraîne une intubation prolongée ou une trachéotomie.
- Des troubles rhumatologiques ou des tissus conjonctifs, des maladies inflammatoires (ex. : polyarthrite rhumatoïde, dermatomyosite, sclérodermie, etc.) ou des perturbations métaboliques comme l'hyperthyroïdie.
- Le déconditionnement de la personne âgée, le syndrome de **fragilité** ou l'altération des mécanismes de la déglutition au niveau mécanique (ex. : affaiblissement musculaire, sarcopénie, rigidités articulaire et ligamentaire, ostéophytes et arthrose de la colonne cervicale, etc.) et neurologique (ex. : commande motrice plus lente, sensibilité et réflexes diminués, troubles cognitifs, etc.) (Schweizer, 2010).
- Le vieillissement peut entraîner de la presbyphagie, soit des changements au niveau du mécanisme de la déglutition en l'absence de maladies sous-jacentes qui peuvent seulement être expliquées par une avancée en âge (Doan et al., 2022).



CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

- Les principales causes des troubles d'alimentation pédiatriques sont une grande prématurité, une condition médicale critique ou congénitale (ex. : affection respiratoire, cardiaque, neurologique, génétique ou gastro-intestinale, etc.), un trouble neurologique acquis (ex. : encéphalopathie, méningite), une anomalie craniofaciale, un trouble neurodéveloppemental (ex. : paralysie cérébrale, trouble du spectre de l'autisme) et une condition génétique (Arvedson et al., 2020).
- Les nourrissons prématurés présentent fréquemment des difficultés de déglutition et d'alimentation, notamment des difficultés à coordonner la respiration, la succion et la déglutition (OAC, 2023).
- Des problèmes sensoriels et comportementaux associés ou non à un diagnostic médical peuvent entraîner des troubles d'alimentation (OAC, 2018).

- › Des déficiences spécifiques sur le plan des fonctions motrices et sensorielles orales et pharyngées peuvent entraver le développement des habiletés à l'alimentation.
- › Des expériences orales en contexte de blessure physique, déficit de la fonction neurologique, anomalie des structures orales ou de la fonction et/ou en présence d'expériences d'alimentation limitées ou défavorables peuvent entraîner des déficiences au plan des habiletés à s'alimenter (Goday et al., 2019).
- › Un délai neurodéveloppemental peut avoir un effet évident sur l'alimentation dans les premières années de vie considérant le nombre de transitions (ex. : textures, ustensiles, etc.) et changements (anatomie oropharyngée, coordination neuromusculaire) durant cette période. Un délai dans les habiletés à l'alimentation est présent lorsqu'un enfant est incapable de consommer des liquides et des textures solides qui sont attendus à son âge (Goday et al., 2019).

3.2 RISQUES ASSOCIÉS

En plus d'être associée à de multiples causes, la prise en charge de la dysphagie nécessite d'assurer l'efficacité de la déglutition permettant de soutenir une nutrition satisfaisante et de protéger la fonction respiratoire. Si les troubles du transit affectent plutôt le transport des aliments vers l'estomac, et retentissent sur la nutrition et l'hydratation, les fausses routes alimentaires ou salivaires mettent en danger l'appareil respiratoire. De plus, la peur de s'étouffer est fréquente chez ces personnes et la dysphagie peut conduire à une perte de poids involontaire, au retrait social, à l'anxiété, à la panique et à la dépression (Baker et al., 2021).

Le **partenariat** entre l'équipe traitante, la personne dysphagique ou à risque de l'être et ses proches, ainsi que la prise de décision éclairée pour l'évaluation, les interventions et le suivi sont donc primordiaux considérant les risques associés à la dysphagie. Les principaux risques immédiats pour les personnes dysphagiques ou à risque de l'être sont l'**aspiration**, le laryngospasme, la désaturation en oxygène, l'**étouffement par asphyxie alimentaire** et, ultimement, le décès. Les risques d'étouffement par asphyxie alimentaire peuvent être corrélés aux caractéristiques de la nourriture (voir [IDDSI 2.0](#)), à des facteurs personnels ou encore à des facteurs environnementaux (Cichero, 2018). Les principaux facteurs de risques d'étouffement par asphyxie alimentaire sont listés à l'annexe 1. Il existe également d'autres risques qui n'ont pas lieu sur-le-champ, mais qui peuvent avoir un impact important pour la personne, comme la déshydratation, la malnutrition, une perte de poids involontaire, la détresse, l'anxiété, la panique et l'isolement social (RCSLT, 2021; Baker et al., 2021).



CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

Plus spécifiquement, pour la clientèle pédiatrique, l'aversion alimentaire et/ou l'aversion orale est un risque (une conséquence) associé à la dysphagie et au trouble d'alimentation chez l'enfant (ASHA [d], s.d.).



TABLEAU 1

DILEMMES ÉTHIQUES

S'ajoute aux risques et aux impacts associés à la dysphagie, les **dilemmes éthiques** qui peuvent survenir dans des situations cliniques et quotidiennes. L'équipe professionnelle doit alors s'engager dans une réflexion éthique et une prise de décision concertée (Leslie et Lisiecka, 2020) tout en considérant qu'à certains moments, il est préférable de ne pas intervenir si les avantages de l'intervention ne surpassent pas les inconvénients ou les risques (SASLPA, 2021).

Les principales sources de dilemmes éthiques en dysphagie, citées par Brûlé et Drolet (2017), sont les points de vue différents sur les traitements à suivre, les suivis partiels des recommandations professionnelles et les divergences d'opinions entre partenaires. Le fait de vivre de tels dilemmes éthiques peut entraîner des conséquences négatives tant chez les personnes dysphagiques et leurs proches que chez les intervenantes et intervenants. « *Cependant, des conséquences positives comme être plus conscients de ses valeurs, améliorer son habileté à résoudre des problèmes éthiques, initier un processus d'apprentissage et améliorer la **qualité des services** prodigués peuvent également émerger de telles situations et favoriser l'adoption d'une posture éthique* » (Brûlé et Drolet, 2017).

Il est également intéressant de savoir que d'après Leslie et Lisiecka (2020), une grande partie des problématiques ou obstacles rencontrés dans la pratique en dysphagie qui sont perçus comme des dilemmes éthiques peuvent souvent s'expliquer par une mauvaise communication.



4. REPÉRAGE OU DÉPISTAGE DES PERSONNES DYSPHAGIQUES OU À RISQUE DE L'ÊTRE

Étant donné la forte prévalence de la dysphagie, ses risques et ses impacts pour les personnes touchées, tout le personnel de soins et de réadaptation devrait être en mesure de repérer des indices ou des facteurs de risque de dysphagie dans le cadre de ses interventions. L'orthophoniste peut contribuer à sensibiliser, informer et former toutes les personnes qui travaillent auprès d'individus qui sont à risque de présenter une dysphagie pour qu'elles soient en mesure de bien les identifier et de les diriger vers une évaluation plus approfondie. Dans les milieux naturels et lors d'activités quotidiennes, les proches ou d'autres membres de la communauté doivent également être sensibilisés aux indices de dysphagie afin d'être en mesure d'orienter les personnes à risque de présenter une dysphagie vers des ressources professionnelles.

Des activités de dépistage systématique sont également présentes dans les milieux cliniques québécois comme dans la trajectoire hospitalière pour une personne ayant fait un accident vasculaire cérébral (AVC) (MSSS, 2017). Étant donné qu'un trouble de déglutition est souvent présent après un AVC et que des complications graves peuvent y être associées, le dépistage systématique de la dysphagie chez des patientes et des patients ayant subi un AVC permet d'améliorer l'intervention précoce et de mettre en place rapidement les soins cliniques nécessaires. Speyer et al. (2021) soulignent à cet égard l'importance de disposer de méthodes de dépistage standardisées, fiables et valides.

Rappelons que tout dépistage permet seulement d'identifier la réussite ou l'échec à une tâche proposée et que les personnes qui échouent doivent être orientées pour une évaluation (Doan et al., 2022).



5. L'ÉVALUATION, UN PROCESSUS DYNAMIQUE

Le processus d'évaluation d'une personne dysphagique ou à risque de l'être n'est pas une séquence d'actions qui se répète sans considération. L'orthophoniste va plutôt s'engager dans un processus d'évaluation dynamique au cours duquel son raisonnement clinique sera mis de l'avant pour que l'évaluation soit efficace et adaptée à la personne et au contexte. Ainsi, au fur et à mesure du processus d'évaluation, que ce soit à la suite de discussions, d'un repérage ou d'un dépistage réalisé par des collègues, au début de la collecte de données ou plus tard lors de l'évaluation instrumentale, des décisions et des ajustements conséquents sont effectués.

Tout en considérant la condition et les souhaits de la personne dysphagique ou à risque de l'être, les évaluations ont une ampleur, une portée ou une fonction qui peuvent différer d'une personne à une autre, d'une situation à une autre, d'un milieu à un autre.

Ce processus d'évaluation dynamique permet à l'orthophoniste de valider des hypothèses cliniques ou d'en éliminer à partir des données évaluatives collectées, de réviser la conclusion orthophonique et de déterminer un plan d'intervention orthophonique personnalisé et évolutif (McAllister et al., 2020).

5.1 PRINCIPES DE BASE EN ÉVALUATION

Lors de l'évaluation, l'orthophoniste va appliquer un processus rigoureux et cohérent d'analyse, de synthèse et de classification des données évaluatives pour formuler des hypothèses afin de pouvoir ultimement identifier les difficultés ou le trouble pouvant expliquer les raisons et les symptômes motivant l'évaluation. Les principes suivants constituent des fondements sur lesquels s'appuie l'évaluation.

- » Obtenir un consentement libre et éclairé en s’assurant de bien informer la patiente ou le patient : la personne dysphagique ou à risque de l’être est en droit de connaître le titre, le rôle et les fonctions de la professionnelle ou du professionnel qui lui rend des services, particulièrement dans le contexte où selon les milieux, des orthophonistes, diététistes-nutritionnistes et des ergothérapeutes réalisent des évaluations. Également, les risques associés à l’évaluation de la dysphagie, les avantages potentiels et les impacts de ne pas la prendre en charge sur la gestion de la salive, des sécrétions ou de l’alimentation quotidienne doivent être discutés avec la personne dysphagique ou à risque de l’être et ses proches.
- » Mettre en place des conditions optimales d’évaluation et favorables (ex. : posture optimale, bon moment de la journée, etc.) pour la personne dysphagique ou à risque de l’être tout en respectant le niveau d’intervention médicale (NIM) déterminée par cette dernière.
- » Considérer des facteurs personnels tels que la fatigue, l’appétit, la capacité de la personne à collaborer, à communiquer son positionnement, ses préférences culturelles et alimentaires, etc.
- » Tenir compte de toutes autres conditions défavorables en contexte de repas comme les distractions dans l’environnement (ex. : bruit, télévision, éclairage, activités, circulation, etc.), la qualité organoleptique des aliments (ex. : couleur, présentation, sensation en bouche, etc.).
- » Mettre en place les mesures nécessaires à une évaluation de la déglutition sécuritaire et minimiser les risques en contexte d’évaluation.
 - Posséder des connaissances suffisantes en matière de premiers soins afin de porter assistance aux patientes et aux patients qui auraient une obstruction des voies respiratoires.
 - S’assurer que la ou le médecin et le personnel de soins soient informés et appuient la décision de procéder à l’évaluation lorsque la condition de la personne, son état d’éveil ou sa collaboration sont limités ou que les risques d’aspiration ou d’étouffement sont élevés.
 - Connaître et être en mesure d’appliquer les procédures d’urgence de son établissement advenant un événement indésirable associé à l’évaluation ou s’entourer de professionnelles et professionnels de soins comme des médecins, infirmières, infirmiers ou inhalothérapeutes.
 - Connaître et appliquer, lorsque requis, les protocoles de prévention des infections et l’utilisation adéquate de l’équipement de protection individuelle (EPI) (ACOROA, 2018; SASLPA, 2022).
- » Tirer profit des rencontres d’évaluation pour tenter des manœuvres thérapeutiques, des techniques ou postures de déglutition afin de mettre en place le plus rapidement

possible des stratégies compensatoires aidantes pour la patiente ou le patient et optimiser le déroulement des évaluations instrumentales subséquentes lorsqu'elles sont nécessaires.

5.2 LA COLLECTE DE DONNÉES ÉVALUATIVES ET LES SOURCES DE DONNÉES

En tenant compte des principes de base en évaluation, l'orthophoniste effectue une collecte de données en fonction du mandat confié. En effet, que la personne ait été soumise ou non à une étape de dépistage, si elle est identifiée comme présentant un risque de dysphagie, une évaluation approfondie est requise. Selon les besoins de la personne et le contexte, un ou plusieurs objectifs peuvent être poursuivis lors d'une évaluation (liste inspirée de ASHA [a], s.d.; Garand et al., 2020; Speyer et al., 2021; Suiter et al., 2020) :

- identifier s'il y a présence ou non de dysphagie;
- générer des hypothèses diagnostiques différentielles en caractérisant le trouble suspecté et en permettant d'évoquer l'étiologie des plaintes rapportées ou à partir du motif de référence et de la collecte de données;
- déterminer les déficits anatomophysiologiques sous-jacents à la dysphagie;
- identifier le degré de sévérité de la dysphagie;
- estimer l'efficacité et la sécurité de la déglutition, incluant le risque relatif d'aspiration, en identifiant les facteurs de risque et de protection associés;
- estimer le pronostic d'amélioration et de rééducation et les facteurs pouvant l'affecter;
- contribuer au processus décisionnel interdisciplinaire en lien avec l'établissement d'un diagnostic, d'une étiologie ou concernant le mode d'alimentation (oral vs non-oral);
- répondre à des besoins spécifiques d'une clientèle particulière comme établir les effets de la radiothérapie ou de la chimiothérapie chez des personnes atteintes d'un cancer de la tête et du cou (ORL);
- identifier les cibles physiologiques d'intervention et recommander des exercices pour les améliorer;
- déterminer les stratégies compensatoires et l'assistance ou la supervision nécessaire pour assurer une déglutition sécuritaire et efficace;
- conseiller, éduquer et entraîner les patientes et les patients sur la fonction normale de la déglutition, les signes et symptômes de la dysphagie et les stratégies pour assurer une déglutition sécuritaire et efficace;
- identifier le besoin d'un recours à une évaluation instrumentale ou une demande de consultation médicale ou professionnelle autre;
- établir des données de base pour des comparaisons futures après une intervention ou en suivi de l'évolution d'une maladie.

En cohérence avec son mandat et les objectifs d'évaluation ciblés, l'orthophoniste débute habituellement l'évaluation par une collecte de données. Puisque les sources de données sont nombreuses et parfois détaillées, l'intention motivant la collecte des données évaluatives doit être bien cernée, concertée et dans l'intérêt de la patiente ou du patient. Les données doivent être sélectionnées de façon efficiente et judicieuse, afin d'alimenter la génération des hypothèses cliniques à tester dans le processus d'évaluation, à guider la prise de décisions cliniques ou à contribuer à l'avancement d'une conclusion orthophonique.

5.2.1 DONNÉES DES DOSSIERS MÉDICAUX ET PROFESSIONNELS

Selon la condition de la personne et le milieu où la personne consulte, des données pertinentes à l'évaluation en cours peuvent notamment avoir été documentées dans le dossier médical, le Dossier santé Québec (DSQ), les rapports orthophoniques antérieurs ou d'autres rapports professionnels. Il importe de sélectionner les informations essentielles au processus d'évaluation en cours telles que :

- › le niveau d'intervention médicale (NIM) (voir tableau 2 ci-dessous) est consigné au dossier de l'usagère ou de l'usager et doit être connu et pris en compte puisqu'il définit l'expression des volontés d'une personne sous forme d'objectifs de soins, et ce, pour tous les soins et services qui lui sont offerts;
- › les informations médicales sur l'hospitalisation ou l'épisode de soins ou services en cours ou antérieur à la consultation;
- › les résultats antérieurs de dépistage ou d'évaluations cliniques et instrumentales de la déglutition;
- › la raison d'admission ou le diagnostic médical et les autres informations relatives à la condition de santé ou en lien possible avec des difficultés de déglutition comme des comptes-rendus opératoires, des résultats d'examens ou de laboratoires, de la médication, des ordonnances, des protocoles de traitement en cancer ORL, etc.;
- › les informations relatives aux services et soins dispensés par le personnel infirmier, professionnel ou de soins;
- › etc.



CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

Pour la clientèle pédiatrique, une attention sera portée aux comorbidités, telles que les troubles développementaux ou les syndromes (ASHA [d], s.d.).



TABLEAU 2

NIVEAU D'INTERVENTION MÉDICALE (NIM) — AU CŒUR DES DÉCISIONS ET DES ACTIONS DE L'ORTHOPHONISTE EXERÇANT EN DYSPHAGIE

Le niveau d'intervention médicale (NIM) se définit comme l'expression des volontés d'une personne sous forme d'objectifs de soins. Le NIM est déterminé à la suite d'une discussion entre la personne, sa représentante ou son représentant, et une ou un médecin, infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé (IPS) ou une équipe de soins et sert à orienter les soins, autant de manière immédiate qu'en prévision de détériorations futures de l'état de santé de la personne malade. Celles-ci sont fréquentes chez les personnes souffrant de maladies chroniques ou chez la clientèle gériatrique (CMQ, 2015; OIIQ, 2023).

Un [guide](#) et un [formulaire](#) uniformisés sur les niveaux des soins ont été produits par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS, 2016) dans le but d'établir un consensus pour l'utilisation d'une échelle unique des niveaux de soins dans tout le Québec. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2021), l'équipe interdisciplinaire constitue un apport essentiel tout au long du processus d'établissement des NIM, tant pour aider la ou le médecin que pour soutenir les patientes et patients et leurs proches, au besoin. L'orthophoniste, faisant partie intégrante de l'équipe interdisciplinaire, peut notamment préparer la discussion, saisir et relayer les préoccupations de part et d'autre. La compréhension est le concept clé du consentement. Pour accepter ou permettre qu'un soin ou un acte médical ou professionnel soit réalisé, il faut être en mesure d'apprécier les explications fournies et les bénéfices ou impacts de la décision. L'orthophoniste sera en mesure de valider la fiabilité des réponses oui/non, des réponses à choix ou encore d'adapter des moyens de communication propres aux capacités de la personne. Non seulement il faut que la personne puisse comprendre, mais il faut aussi s'assurer qu'elle ait la possibilité d'acquiescer, refuser, nier, questionner ou exprimer ses préoccupations et, au final, de faire connaître sa décision.

Pour faciliter les échanges entre les personnes avec des troubles de la communication et leur équipe de soins, Julien et Dechelette (2011) ont publié un [guide et un formulaire](#) multimodal basé sur plusieurs modes de communication et ciblant spécifiquement l'explication et la compréhension du NIM et de la réanimation cardio-respiratoire (RCR) et ainsi, permettre à la personne d'exprimer concrètement son choix.

5.2.2 DONNÉES DU PERSONNEL DE SOINS ET PROFESSIONNEL

Une autre source importante de données provient directement de conversations, de discussions de cas, ou encore, d'échanges professionnels avec des intervenantes et intervenants. Le partage d'observations ou de préoccupations relevées par d'autres personnes est en effet riche de renseignements sur la personne dysphagique ou à risque de l'être dans différents contextes, selon des traitements en cours ou selon l'évolution de sa condition. Dans un souci de collaboration et d'efficacité, ce partenariat peut être présent dans toutes les étapes du processus d'évaluation. Cette notion de partage concerne les données nécessaires à la prestation de services, mais également le partage d'une vision ou d'une philosophie qui guide l'offre des soins et services adaptée aux besoins identifiés (Careau et al., 2018).

5.2.3 DONNÉES DE LA PERSONNE ET DE SES PROCHES

La perception de la personne sur sa maladie ou ses difficultés est la source principale de données pour comprendre les aspects psychosociaux et la façon dont la dysphagie ou son traitement affecte la qualité de vie de la patiente ou du patient (Patel et al., 2017). Une anamnèse par entrevue ou par questionnaire permet de collecter des informations biopsychosociales auprès de la personne dysphagique ou à risque de l'être ou auprès de ses proches pour notamment documenter :

- › la perception de la personne et de ses proches sur ses difficultés de déglutition comme les manifestations et la fréquence des difficultés de déglutition au quotidien;
- › la condition de santé de la personne, sa maladie, les symptômes, les facteurs précipitants et de maintien, les risques de causer une dysphagie;
- › les comportements et manifestations physiques, sensorielles, cognitives et communicatives qui altèrent les moments de repas;
- › les impacts fonctionnels, sociaux et psychologiques de la dysphagie;
- › les habiletés communicatives et auditives permettant d'apprécier la capacité de la personne à comprendre et s'exprimer;
- › des informations relatives à la personne, ses attentes, ses préférences et ses habitudes de vie;
- › etc.

5.3 ÉVALUATION CLINIQUE

Avec les nombreux besoins, la grande diversité de clientèles et en considérant les différentes informations pouvant être obtenues lors de la collecte de données, il existe différentes façons d’amorcer et de réaliser une évaluation clinique de la déglutition. Cependant, les précurseurs et les paramètres pouvant affecter la déglutition et des essais cliniques de déglutition en font généralement partie.

Tout en considérant les impacts potentiels sur la physiologie de la déglutition et la capacité de s’alimenter de façon efficace et sécuritaire, une évaluation plus ou moins exhaustive de précurseurs ou de paramètres reliés étroitement à la déglutition est réalisée dès le moment où l’on rencontre la patiente ou le patient. Il pourrait s’agir d’apprécier ou d’évaluer :

- › l’état de vigilance, d’attention ou d’autres fonctions cognitives nécessaires à la collaboration et la compréhension;
- › la communication sur le plan des habiletés cognitivo-linguistiques, langagières et de parole;
- › l’état respiratoire qui pourrait inclure notamment :
 - la saturation en oxygène;
 - le rythme respiratoire;
 - l’effort respiratoire;
 - la présence d’une trachéotomie, de ventilation non invasive ou invasive;
 - la présence de toux spontanée, sa qualité et sa force;
- › les fonctions laryngées, dont les caractéristiques de la voix et la capacité à produire une toux volontaire;
- › la gestion salivaire et des sécrétions de façon volontaire vs spontanée, la fréquence de déglutition, la capacité à expectorer des sécrétions pulmonaires et à les contrôler de façon volontaire;
- › le mécanisme oral périphérique (MOP) qui peut inclure :
 - l’apparence au repos et la fonction des structures observables de la sphère oro-pharyngo-laryngée (OPL);
 - les fonctions motrices et sensorielles des nerfs crâniens;
 - l’état buccal de la cavité orale comprenant notamment la dentition naturelle vs prothétique, la muqueuse orale, les anomalies morphologiques et l’hygiène orale.
- › la capacité et la tolérance à maintenir une position fonctionnelle pour boire et manger ou pour les fins de l’essai alimentaire du moins, tant au niveau de la posture du tronc que de celle de la tête.



CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

- **Plus spécifiquement chez les nouveau-nés**, les prérequis à l'alimentation orale comme l'état d'éveil, les signes de faim, le réflexe des points cardinaux, la stabilité physiologique ainsi que la succion non nutritive sont appréciés ou évalués.
- **Chez les enfants plus âgés**, les habiletés orales motrices sont évaluées et une attention particulière est portée à la participation dans les activités de la routine, aux facteurs contextuels environnementaux et personnels qui servent de barrières ou de facilitateurs à l'alimentation (ex. : préférences alimentaires, support de la famille dans l'intégration de stratégies sécuritaires pour l'alimentation) de même qu'à la qualité de vie de l'enfant et de sa famille par rapport à l'alimentation et aux difficultés de déglutition. (ASHA [d], s.d.).

5.3.1 ESSAIS CLINIQUES DE DÉGLUTITION

L'évaluation comprend, dans la plupart des cas, des essais cliniques de déglutition composés de bols alimentaires prototypes, de consistances et textures variées et de tailles différentes selon une procédure établie ou par observation de repas. Le choix des consistances et textures des bols alimentaires et leurs tailles dépend du motif de référence, du raisonnement clinique et professionnel, des hypothèses générées initialement et du contexte dans lequel la personne dysphagique ou à risque de l'être évolue.

Lors de l'évaluation clinique par essais de déglutition, l'orthophoniste utilise ses connaissances des bases anatomiques, physiologiques, neurologiques ainsi que sa compréhension de la coordination respiration/déglutition pour identifier le ou les aspects du mécanisme de déglutition qui sont altérés.

L'observation de la déglutition lors de ces essais permet de documenter les processus anatomophysiologiques observables de la phase orale préparatoire et la phase orale de transport (voir les exemples ci-dessous), ainsi que les conséquences sur le système respiratoire en observant, par exemple, un changement dans la saturation d'oxygène. La présence ou l'absence de la montée laryngée pendant la déglutition (témoignant l'initiation de la phase pharyngée) peut également être documentée à l'aide de la palpation, mais ne peut être caractérisée de façon fiable (ex. : élévation laryngée réduite vs typique; Brates et al., 2019).

Pendant ses observations de la phase orale (ASHA [a], s.d.), l'orthophoniste porte une attention particulière à :

- › l'étanchéité labiale;
- › l'écoulement hors de la bouche;
- › le contrôle oral par la langue;
- › la mastication et la manipulation du bol alimentaire;
- › l'initiation et l'efficacité du transfert oral pharyngé;
- › la durée du transit oral;
- › la présence de la montée laryngée;
- › la présence de déglutitions multiples;
- › la présence de résidus oraux post-déglutition;
- › la nécessité d'alterner entre la consommation de solides et de liquides;
- › la présence de nausées lors de la formation du bolus.

Les phases pharyngées et œsophagiennes, peu accessibles à l'observation lors d'une évaluation clinique, sont davantage appréciées par les symptômes rapportés par la personne pendant l'essai (ex. : reflux). Cependant, des signes cliniques peuvent également être observés comme :

- › des régurgitations nasales;
- › des éructations;
- › la nécessité d'avaler plusieurs fois;
- › la nécessité d'alterner entre la consommation de solides et de liquides;
- › la coordination entre la respiration et la déglutition chez l'enfant et l'adulte et entre la respiration, la succion et la déglutition chez le bébé.

Lorsqu'il s'agit d'une observation de repas, la phase anticipatoire à l'alimentation peut également être documentée. Une attention particulière est portée à l'autonomie à s'alimenter (capacités cognitives et physiques) et au comportement. Des problèmes au niveau de la phase anticipatoire à l'alimentation peuvent notamment se retrouver chez des personnes présentant un traumatisme craniocérébral (Cherney et Halper, 1989) ou des troubles neurocognitifs majeurs comme la maladie d'Alzheimer (Société Alzheimer du Canada, s.d.).

Par ailleurs, étant donné le lien très étroit entre la déglutition et la respiration lors des essais cliniques de déglutition, une attention particulière doit être portée à l'état respiratoire de la personne dysphagique ou à risque de l'être afin de :

- › évaluer l'impact du mode de respiration, du rythme respiratoire ou de l'effort respiratoire sur la coordination respiration-déglutition, et donc, sur la physiologie de déglutition;
- › évaluer l'impact de la déglutition sur le mode de respiration, la stabilité de la saturation en oxygène, lorsque mesurée, le rythme respiratoire ou l'effort respiratoire;

- considérer l'impact sur la physiologie de déglutition d'une trachéotomie avec ou sans ballonnet (gonflé ou dégonflé), avec une valve de phonation ou un bouchon trachéal ou encore lorsque la personne requiert une ventilation non invasive ou invasive;
- documenter la présence de raclement de gorge ou de toux avant, pendant ou après la déglutition (qui par ailleurs ne correspondent pas toujours à des indices de pénétration ou d'aspiration), la qualité de la toux ainsi que l'endurance de la personne pendant l'alimentation et l'impact de la fatigue sur la capacité à s'alimenter de façon efficace et sécuritaire.



CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

Pour la clientèle en petite enfance, lors d'essais cliniques de déglutition, les troubles de l'alimentation pourront également être caractérisés par un refus de s'alimenter, une rigidité en lien avec certaines textures ou consistances, des préférences alimentaires rigides et l'incapacité à s'alimenter de façon autonome (Arvedson, 2008).

5.3.2 ANALYSE ET CONCLUSION ORTHOPHONIQUE

En tenant compte du motif de consultation et des préoccupations de la personne, dans son analyse, l'orthophoniste met en relation l'ensemble des données collectées pour construire un portrait clinique le plus juste possible.

L'orthophoniste fait preuve de bonnes habiletés de raisonnement clinique en formulant des hypothèses ou en répondant aux questions suivantes.

- Est-on en présence ou non d'une dysphagie oropharyngée ?
- Quels sont les déficits anatomophysiologiques de la déglutition impliqués ?
- Est-ce que les déficits anatomophysiologiques observés sont compatibles avec l'étiologie connue ou soupçonnée de la dysphagie ?
- Quel est le degré de sévérité de la dysphagie ?
- Quel est le risque d'aspiration ou d'étouffement/suffocation ?
- Quelles sont les situations de handicap et quels sont les impacts fonctionnels associés ?
- Qu'est-ce qui peut diminuer ou pallier les incapacités ?
- Quel est le pronostic d'amélioration et de rééducation de la dysphagie ?

Les objectifs du processus d'analyse sont ultimement de confirmer une conclusion orthophonique et de déterminer des pistes d'intervention qui permettent de pallier ou d'améliorer les déficits anatomophysiologiques sous-jacents à la dysphagie et qui tiennent compte des caractéristiques du milieu de pratique et des préférences, priorités et besoins des patientes et des patients. L'objectif du processus d'analyse peut aussi être de contribuer au processus interdisciplinaire d'établissement d'un diagnostic et de son étiologie pouvant expliquer les symptômes. Dans certains cas, les données sont évidentes et permettent rapidement d'établir une conclusion orthophonique et de proposer des pistes d'intervention. Dans d'autres cas, des hypothèses étiologiques et diagnostiques sont formulées et seront validées avec la collecte de nouvelles données résultant d'une analyse différente, d'examen complémentaires, de la réponse de la patiente ou du patient aux interventions, de l'évolution de la maladie, de discussions cliniques, etc.

Avant de poser une conclusion orthophonique, il faut en premier lieu éviter d'identifier à tort un processus de déglutition dans les limites de la normale comme étant déficient. Non seulement la déglutition est rapide et complexe, mais il existe une variabilité marquée dans la physiologie de la déglutition normale et les orthophonistes doivent en tenir compte dans leur analyse (Vose et al., 2018).

Il faut également considérer que les principales plaintes ou le motif de consultation de la personne dysphagique ou à risque de l'être ne sont généralement pas reliés aux mécanismes de déglutition comme tels, mais plutôt au système respiratoire (pneumonies à répétition, étouffement, suffocation, aspiration, toux en mangeant, toux chronique, etc.). Une dysphagie oropharyngée pourrait certes en être la cause, mais il arrive parfois que d'autres étiologies soient sous-jacentes à la plainte. Il faut rappeler que le larynx est essentiel à plusieurs fonctions (souvent simultanées) dont la respiration, la phonation, la déglutition et la protection des voies respiratoires inférieures contre l'entrée d'aliments ou d'autres corps étrangers (Marchand et al., 2023). Faire les liens nécessaires entre toutes ces fonctions pour bien comprendre leur contribution spécifique et commune est important pour que les difficultés identifiées soient adéquatement traitées et gérées. Les interventions pourront différer selon l'étiologie identifiée. La personne est alors orientée vers les départements médicaux appropriés par exemple en gastroentérologie, pneumologie, ORL ou en neurologie lorsque l'étiologie soupçonnée est d'origine œsophagienne, pulmonaire, structurelle ou neurologique.

Pour poursuivre l'analyse et confirmer des hypothèses cliniques, il est également possible d'avoir recours à des évaluations instrumentales de la déglutition, soit la vidéofluoroscopie ou la naso-endoscopie. Leur utilisation ainsi que les avantages et inconvénients sont abordés ci-dessous.

5.4 ÉVALUATIONS INSTRUMENTALES

Quoique les évaluations instrumentales de la déglutition permettent de répondre à de nombreuses questions qui ne peuvent être répondues avec une évaluation clinique, il est important de toujours se demander si les bénéfices attendus par les résultats de l'examen sur

le plan d'intervention et de la rééducation sont plus grands que les risques pour la personne à participer dans une évaluation instrumentale et considérer que, dans certains cas, l'évaluation clinique est suffisante pour établir une conclusion orthophonique et déterminer le plan d'intervention de la personne dysphagique ou à risque de l'être.

Une évaluation instrumentale de la déglutition est envisagée lorsque (liste inspirée des recommandations avancées par un groupe d'expertes et d'experts dans Martin-Harris et al., 2021) :

- › il faut caractériser les processus anatomophysiologiques de la déglutition (particulièrement laryngés, pharyngés et œsophagiens) de façon à être capable en premier lieu d'identifier les processus qui sont considérés à l'intérieur de la physiologie d'une déglutition normale (Vose et al., 2018), puis préciser la contribution de la dysphagie à certaines complications respiratoires, déterminer l'efficacité et la sécurité de la déglutition lorsqu'elles demeurent incertaines, objectiver le risque d'aspirations silencieuses et déterminer des cibles d'intervention;
- › les résultats cliniques suggèrent la présence de déficits physiologiques non visibles sans équipements spécialisés ou la présence d'aspirations et les résultats de l'évaluation instrumentale sont susceptibles de modifier la prise en charge de la patiente ou du patient;
- › les risques associés au fait de ne pas identifier et prendre en charge les déficits anatomophysiologiques de la déglutition sont plus grands que les risques minimes associés à l'évaluation instrumentale (ex. : aspiration de baryum, risque d'exposition aux radiations chez l'adulte, inconfort lors de l'insertion du naso-endoscope, etc.);
- › il est nécessaire de caractériser la physiologie de la déglutition d'une patiente ou d'un patient avant un traitement médical (ex. : radiothérapie, chirurgie, chimiothérapie, etc.) afin d'avoir un niveau de base concernant les difficultés présentes pré-traitement et afin de déterminer le pronostic;
- › il y a des anomalies anatomiques connues ou soupçonnées (ex. : ablation/résection chirurgicale, syndromes génétiques, malformations congénitales de la tête et du cou) qui peuvent affecter la physiologie de la déglutition.

Au contraire, une évaluation instrumentale auprès d'une personne dysphagique ou à risque de l'être est contre-indiquée lorsque (liste inspirée de Langmore, 2006) :

- › la personne ou ses proches n'y consentent pas ou le niveau d'intervention médical (NIM) ne va pas dans le sens d'un tel examen;
- › l'état de la personne est trop précaire pour permettre de tolérer l'examen;

- les risques liés à l'examen sont plus grands que les bénéfices attendus de l'examen;
- **les résultats de l'examen ne changeront rien à la conclusion orthophonique ni au plan d'intervention. L'examen instrumental ne doit pas servir à confirmer ce que l'orthophoniste sait déjà, pas plus qu'il ne devrait avoir comme fonction de rassurer une clinicienne ou un clinicien sur ses propres incertitudes.**

En résumé, la réalisation d'une évaluation instrumentale est basée sur le jugement professionnel et indéniablement sur l'accessibilité au plateau technique et aux ressources disponibles dans le milieu. L'orthophoniste doit comprendre les avantages, les risques et les inconvénients que comprennent les évaluations instrumentales pour ainsi faire un choix éclairé avant de les proposer (OAC, 2022).

Au Québec, les évaluations instrumentales qui peuvent être réalisées sont :

- la vidéofluoroscopie de déglutition, également appelée cinédéglutition ou gorgée barytée modifiée (GBM);
- l'examen de déglutition par naso-endoscopie également appelé *Fibreoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing* (FEES).

5.4.1 LA VIDÉOFLUOROSCOPIE



L'évaluation de la déglutition par vidéofluoroscopie est un examen radiologique de la déglutition pendant lequel les patientes et les patients avalent des aliments solides et liquides imprégnés de baryum. C'est un examen connu et généralement accessible. Plusieurs images radiologiques sont alors prises par seconde (un minimum de 30 images par seconde est recommandé dans la littérature [Bonilha et al., 2013]) pour assurer l'observation et l'analyse d'événements brefs ou subtils afin d'être en mesure de créer une vidéo qui illustre le passage du bol alimentaire et les mouvements des structures localisées dans les voies aérodigestives supérieures pendant la déglutition. Cet examen est fréquemment utilisé au Canada (OAC, 2022) pour évaluer l'anatomie fonctionnelle et la physiologie du mécanisme de déglutition, l'efficacité de la déglutition et la protection des voies respiratoires, ainsi que pour tester l'impact de stratégies compensatoires sur la physiologie de la déglutition.

Il existe un protocole standardisé, le *modified barium swallowing study tool for swallow Impairment (MBSImp™)*, valide et fiable pour évaluer la déglutition à l'aide de la

vidéofluoroscopie et dont la validité de contenu, de construit et externe ainsi que la fiabilité intra- et interjuges ont été démontrées auprès d'orthophonistes et de radiologistes (Martin-Harris et al., 2008, 2020 a). À la lumière de ces données probantes issues de la littérature scientifique, les orthophonistes devraient utiliser un tel protocole lors de l'évaluation de la déglutition par vidéofluoroscopie.



Au Québec, à l'heure actuelle, les médecins seulement peuvent prescrire une vidéofluoroscopie de la déglutition. Ainsi, les orthophonistes doivent agir en concertation avec ces professionnelles et professionnels pour que l'examen puisse avoir lieu.

Il faut également savoir que la présence d'une ou un technologue en imagerie médicale est toujours nécessaire pour procéder à l'acquisition des images et s'assurer du bon déroulement de l'examen. La ou le technologue a notamment la responsabilité d'optimiser la radioprotection de la patiente ou du patient en s'assurant que les doses transmises soient aussi faibles que possible sans perte d'informations diagnostiques (principe ALADA [As Low As Diagnostically Acceptable]). Des informations supplémentaires sur [l'utilisation judicieuse de l'évaluation de la déglutition par vidéofluoroscopie](#), publiées en 2019, sont disponibles sur le site Web de l'OAAQ.

AVANTAGES

La vidéofluoroscopie permet de :

- visualiser le passage du bol alimentaire depuis la cavité orale jusqu'à l'œsophage, permettant ainsi d'évaluer les processus anatomophysiologiques oraux, pharyngés et laryngés impliqués dans la déglutition;
- visualiser les processus anatomophysiologiques œsophagiens de la déglutition et de dépister de possibles déficits à ce niveau, assistant ainsi l'orthophoniste dans ses réflexions cliniques sur les causes possibles des difficultés observées ou ressenties par les patientes et les patients et permettant de les référer vers d'autres spécialités;
- visualiser les voies respiratoires avant, pendant et après la déglutition (Langmore, 2006);
- objectiver la présence d'aspiration silencieuse;
- caractériser de façon objective à l'aide d'outils, le niveau d'entrée du matériel dans les voies respiratoires et la capacité des patientes et des patients à éjecter le matériel des voies respiratoires (Rosenbek et al., 1996);
- identifier les déficits anatomophysiologiques sous-jacents à la dysphagie qui seront ciblés pour des interventions actives supportées par les données probantes et les manœuvres compensatoires;

- › tester l'efficacité des manœuvres compensatoires sur la physiologie de la déglutition.

INCONVÉNIENTS

- › Quoique minimale, il y a une exposition aux rayons X (Langmore, 2006).
- › Disponibilité limitée de la salle d'examen et de l'équipe.
- › Examen dispendieux (médecin, technologue en imagerie médicale, orthophoniste, salle et équipement d'imagerie médicale, etc.).
- › Sensibilité réduite aux microaspirations (Langmore, 2006).
- › Ne permet pas de documenter des signes de reflux gastro-œsophagien.
- › Ne permet pas de visualiser la gestion des sécrétions et de la salive.



CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

Plus spécifiquement chez les enfants, réaliser une vidéofluoroscopie :

- › comporte les mêmes avantages et inconvénients que pour les adultes (voir énumération ci-dessus);
- › ne permet pas de reproduire une période de repas (Arvedson, 2008); nécessite que l'enfant ait une condition médicale stable (Martin-Harris, 2020a);
- › limite parfois la collaboration avec l'enfant en lien avec l'ingestion de produit de contraste souvent peu apprécié et en lien avec l'environnement non familier et froid (la présence du parent/adulte connu peut atténuer cet effet, mais pas toujours);
- › amène parfois un manque de collaboration de l'enfant pendant l'examen, ce qui peut augmenter les risques d'aspiration en amenant une incoordination de la déglutition (ex. : lors de pleurs) (Arvedson et al., 2020);
- › nécessite qu'un enfant sous support nutritionnel (avec faible ou absence d'apports per os) soit préalablement exposé à certains liquides ou solides avant la réalisation de l'examen, à titre d'habituation sensorielle ou motrice (Arvedson et al., 2020).

Le BaByVFSSImP™ a été développé en recherche pour permettre une évaluation standardisée des troubles physiologiques de la déglutition chez des bébés nourris au biberon (Martin-Harris, 2020b). Sa mise en application dans les milieux cliniques est à venir prochainement.

5.4.2 L'EXAMEN PAR NASO-ENDOSCOPIE



La naso-endoscopie est une modalité d'évaluation qui repose sur l'insertion d'un naso-endoscope souple via une narine pour visualiser l'anatomie et la physiologie du mécanisme vélo-pharyngé, de la base de la langue, du pharynx et du larynx. Cet outil permet l'évaluation de certains processus oro-pharyngolaryngés de la déglutition, de la gestion des sécrétions, ainsi que l'identification des résidus pharyngés et des aspirations survenant avant et après la déglutition. Lors de l'examen, des essais alimentaires avec du colorant alimentaire sont réalisés selon des lignes directrices (ASHA, 2005; Langmore et al., 2022; Miller et al. 2020, 2023).



Au Québec, l'insertion du naso-endoscope est réalisée par une ou un médecin. La ou le médecin, habituellement spécialiste en otorhinolaryngologie, peut être accompagné de l'orthophoniste pour la réalisation de l'examen de la déglutition par naso-endoscopie.

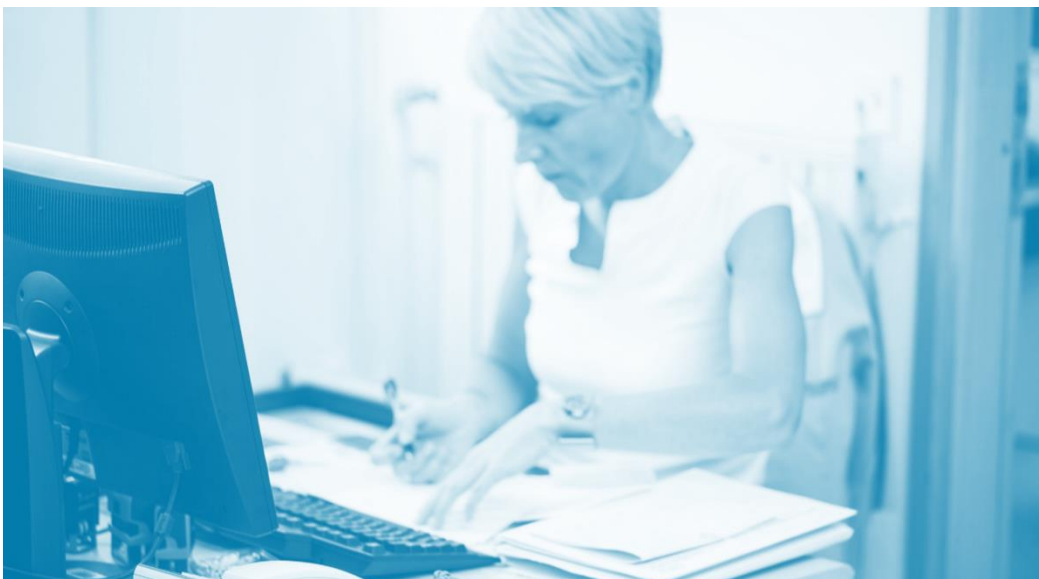
AVANTAGES

- ▶ Permet la visualisation des sécrétions et de la salive ainsi que leur gestion par la personne (Langmore, 2017).
- ▶ Offre une meilleure sensibilité aux pénétrations laryngées, aspirations et résidus pharyngés (Langmore, 2017; Giraldo-Cadavid et al., 2017).
- ▶ Permet d'objectiver les résidus pharyngés et les aspirations au moyen d'échelles validées (Neubauer et al., 2015, 2016; Butler et al., 2015; Colodny, 2002; Langmore, 2017).
- ▶ Permet de documenter des signes de reflux gastro-œsophagiens.
- ▶ Permet la visualisation de l'anatomie de surface, des anomalies dans la muqueuse, des résections du mécanisme vélo-pharyngé, du pharynx et du larynx, etc.
- ▶ Permet d'évaluer la fonction sensorielle du pharynx et du larynx (Langmore, 2017).

- › Aucun rayon X.
- › Peut être réalisé au chevet.
- › Permet de tester l'effet de certaines manœuvres compensatoires sur la physiologie de la déglutition (Miller et al., 2020).
- › Peut fournir une rétroaction visuelle lors de l'apprentissage moteur de certains exercices et manœuvres compensatoires (Denk et Kaider, 1997; Imada et al., 2016).

INCONVÉNIENTS

- › Évaluation incomplète de la phase orale; l'examen permet seulement de voir l'écoulement passif du bolus à la base de la langue pendant la phase orale de même que la réponse du pharynx et du larynx à cet écoulement (Langmore, 2006).
- › Phase pharyngée de la déglutition non visualisée durant le « white out », ou le bref moment d'éblouissement qui survient lors de la contraction pharyngée maximale (Pisegna et Langmore, 2016).
- › Les aspirations survenant pendant le « white out » ne peuvent être objectivées.
- › Phase œsophagienne non évaluée (Langmore, 2006).
- › L'insertion du naso-endoscope peut être inconfortable ou douloureuse pour certaines personnes et limiter la durée de l'examen.
- › Les ressources médicales spécialisées pour réaliser l'examen peuvent être limitées ou difficilement accessibles.





CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

Plus spécifiquement chez les enfants, réaliser un examen par naso-endoscopie :

- › permet d'éviter d'exposer le nourrisson ou l'enfant à des radiations (Langmore, 2017);
- › est utile pour les nourrissons et les enfants lorsqu'il y a présence de problèmes liés aux voies respiratoires supérieures (Armstrong et al., 2020);
- › permet d'évaluer l'impact de différentes techniques d'alimentation ou stratégies d'intervention selon les déficits anatomophysiologiques sous-jacents à la dysphagie et les réactions de l'enfant, dont notamment le rythme respiratoire ou la réduction du débit;
- › permet de réaliser des essais de déglutition dans un environnement naturel, comme une période d'allaitement maternel, pour notamment évaluer l'effet de fatigue à l'alimentation ou l'efficacité de différentes techniques thérapeutiques (Zang et al, 2022; Printza et al., 2022; Langmore 2017);
- › nécessite une approche collaborative entre la ou le médecin ORL et l'orthophoniste ayant de l'expérience avec la clientèle pédiatrique, et, pour les enfants avec une santé précaire, un monitoring physiologique durant l'examen (Miller et al., 2020);
- › permet de réaliser l'évaluation dans la position habituelle de l'enfant ou en utilisant tout aide à la posture habituelle pour un enfant présentant une atteinte neuromusculaire (Arvedson, 2020);
- › ne permet pas chez les enfants de collecter des informations importantes de la phase orale (Delaney, 2015);
- › présente les mêmes inconvénients que ceux listés chez l'adulte.

Enfin, selon les observations faites durant l'examen, qu'il soit réalisé par vidéofluoroscopie ou par naso-endoscopie, en tout temps, lorsque l'orthophoniste soupçonne une condition ou une anomalie de nature médicale, la personne dysphagique ou à risque de l'être est alors dirigée vers une ou un médecin.



6. L'INTERVENTION, UNE DÉMARCHE EN PARTENARIAT

Les interventions de l'orthophoniste auprès des personnes dysphagiques ou à risque de l'être sont également au cœur de sa spécificité et de son expertise. Elles visent à accompagner la personne et à compenser des anomalies, des problématiques ou des déficits anatomophysiologiques notés lors de l'évaluation ou à rééduquer des déficits anatomophysiologiques. Des éléments travaillés en rééducation vont également influencer le pronostic et permettre de déterminer plus précisément des stratégies personnalisées et adaptées à la personne, à ses souhaits, à sa condition et à son milieu.

Rappelons également qu'aucun programme d'exercices à lui seul ne peut répondre aux besoins de l'ensemble des patientes et patients dysphagiques étant donné l'hétérogénéité des déficits anatomophysiologiques et autres problématiques pouvant caractériser leur dysphagie oropharyngée. Évidemment, les interventions pourraient être inadaptées si elles sont appliquées de façon inappropriée. Selon son jugement clinique, l'orthophoniste doit alors s'assurer d'élaborer un plan d'intervention orthophonique (PIO) adapté et discuter avec la personne dysphagique ou à risque de l'être et avec ses proches en visant à optimiser le potentiel de rééducation ou à mettre en place des stratégies visant une déglutition sécuritaire et efficace (Fraser et Steele, 2012; Vose et al., 2018 dans OAC, 2022).

6.1 PRINCIPES DE BASE EN INTERVENTION

Des principes de base s'appliquent dans toute intervention auprès de personnes dysphagiques ou à risque de l'être, de leurs proches et de l'équipe professionnelle et de soins. L'orthophoniste :

- établit un plan d'intervention orthophonique (PIO) ou collabore au plan d'intervention interdisciplinaire (PII) selon l'ensemble des données évaluatives collectées;

- › choisit les modalités d'intervention et les adaptations selon les données probantes et en partenariat avec la personne dysphagique ou à risque de l'être, ses proches et l'équipe professionnelle et de soins;
- › adapte les interventions selon les atteintes anatomophysiologiques notées lors du processus d'évaluation, de la condition médicale de la personne, de sa fonction respiratoire, de ses capacités cognitives, de sa volonté et son intérêt à s'impliquer et du support de ses proches;
- › tient compte des notions de **neuroplasticité** et des capacités d'apprentissage, notamment dans les cas d'atteintes neurologiques, afin de maximiser le potentiel de rééducation;
- › réalise la rééducation des structures et de la fonction OPL et respiratoires selon des modalités spécifiques à la personne dysphagique ou à risque de l'être, dans un processus dynamique, dans un but de réadaptation, récupération ou maintien de la fonction de déglutition;
- › agit en partenariat avec l'équipe professionnelle et de soins, et les intervenantes et intervenants dans la communauté afin de maximiser la portée des interventions orthophoniques et travaille en interdisciplinarité avec les dentistes, les ergothérapeutes, les inhalothérapeutes, les infirmières, les infirmiers, les intervenantes et intervenants du milieu de vie, les médecins, les diététistes-nutritionnistes, etc.
- › envisage et discute de références vers des spécialités médicales ou d'autres expertises lorsque les symptômes ou les causes de la dysphagie ou du trouble d'alimentation nécessitent une expertise complémentaire (ex. : gastroentérologie, neurologie, nutrition, ORL, pneumologie, psychiatrie, etc.);
- › fait la promotion de l'hygiène orale et de la santé bucco-dentaire (chez une personne dysphagique ou à risque de l'être, une mauvaise santé buccodentaire peut exacerber le risque de pneumonie d'aspiration [Speyer et al. 2021; Langmore et al., 1998; Panther, 2005]);
- › et en place les mesures nécessaires à une intervention sécuritaire et minimise les risques en contexte d'intervention (ACOROA, 2018) en :
 - possédant des connaissances suffisantes en matière de premiers soins afin de porter assistance aux patientes et aux patients qui auraient une obstruction des voies respiratoires;
 - connaissant et en étant en mesure d'appliquer les procédures d'urgence de son établissement advenant un événement indésirable associé à son intervention ou s'entoure de professionnelles et professionnels de soins comme des inhalothérapeutes, des infirmières, des infirmiers ou des médecins;
 - appliquant les principes nécessaires à la prévention des infections.



CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

Plus spécifiquement l'orthophoniste qui œuvre auprès de la clientèle pédiatrique* :

- 👉 cible les prérequis à l'alimentation lorsque ceux-ci sont sous-optimaux afin d'optimiser les fonctions OPL nécessaires à la déglutition;
- 👉 s'assure lors des interventions avec les nouveau-nés de tenir compte de la coordination de la séquence succion-déglutition-respiration;
- 👉 s'assure de développer de façon optimale et sécuritaire les habiletés à l'alimentation de l'enfant qui sont absentes, immatures ou perturbées en se basant sur le développement normal de l'enfant tout en respectant la capacité neuronale individuelle, ses habiletés de communication, ses capacités d'apprentissages, ses besoins physiques et son environnement;
- 👉 cible le développement de patrons oromoteurs matures et adéquats à l'alimentation en considérant l'intégration sensorielle, le stade de développement moteur et les comportements de l'enfant;
- 👉 veille à l'adoption d'un positionnement global adéquat et sécuritaire, en travaillant en collaboration avec l'ergothérapeute, les parents et le personnel de soins;
- 👉 considère toutes conditions cardio-respiratoires, neurologiques, métaboliques, gastro-intestinales et affections en plus des malformations orofaciales dont l'enfant peut être affecté et qui pourraient avoir un impact sur la déglutition et l'alimentation;
- 👉 favorise l'apprentissage de nouvelles aptitudes chez l'enfant, notamment sur le plan de la santé respiratoire en lien avec la déglutition en se basant sur les théories de la [neuroprotection](#) et de la neuroplasticité, et en favorisant les expériences positives;
- 👉 permet le développement des habiletés orales motrices tout en prenant en charge le volet communication et le développement de la parole, en lien avec les atteintes OPL notées;
- 👉 favorise des expériences positives à l'alimentation afin de diminuer le risque d'aversion à l'alimentation;
- 👉 collabore étroitement avec les parents qui jouent un rôle primordial d'agent multiplicateur dans l'application et la réussite des interventions et les accompagne dans leur sentiment et l'actualisation de leurs compétences parentales;

- › travaille en interdisciplinarité et en collaboration avec les professionnelles et professionnels qui suivent : consultante ou consultant en lactation, ergothérapeute, gastro-entérologue; infirmière ou infirmier, médecin ORL, diététiste-nutritionniste, pédiatre, pneumologue ;
- › s’assure que ses interventions s’inscrivent dans une approche de [soins du développement](#) du nouveau-né qui ont une fonction de neuroprotection;
- › intègre les proches présentes et présents dans le milieu de vie ou d’éducation afin de déterminer et mettre en place le plan d’intervention en lien avec l’alimentation de l’enfant.

* Liste inspirée des écrits de Shaker (2017), OAC (2023) et du livre blanc *The SOS Approach to Feeding Core Principles*

6.2 ÉDUCATION À LA SANTÉ ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

L’[éducation à la santé](#) et l’[éducation thérapeutique](#) sont essentielles lors d’interventions avec une patiente ou un patient, car non seulement cela lui permet d’en savoir davantage sur sa condition, mais surtout, cela lui apprend à gérer son problème à long terme (Richard et Lussier, 2016). L’implication de la personne dans la gestion de son traitement montre des effets qui sont reconnus par les études actuelles. Prenons par exemple l’étude de Baker et al. (2021) qui rappelle que l’éducation des personnes est la première étape et une partie très importante du traitement des troubles neurologiques fonctionnels. Ceci implique d’expliquer clairement la physiologie normale de déglutition (spontanée et volontaire) et de respiration/toux (spontanée et volontaire), les symptômes, les raisons motivant une conclusion clinique, les déficits anatomophysiologiques du trouble de la déglutition, de leur étiologie, de leurs répercussions et du pronostic d’amélioration. Ces explications peuvent avoir à elles seules une valeur thérapeutique.

De plus, il ne faut pas sous-estimer l’apport des supports visuels et des technologies de l’information et de la communication (TIC) comme moyens éducatifs reconnus efficaces en contexte d’apprentissage. En troubles de déglutition, l’orthophoniste peut soutenir ses explications notamment avec des photos, des applications, des animations vidéo disponibles en ligne ou en révisant avec la personne les séquences enregistrées de son examen naso-endoscopique ou vidéofluoroscopique de déglutition pour démontrer visuellement les atteintes et les risques encourus (Govender et al., 2019).

6.3 STRATÉGIES D’ADAPTATION OU COMPENSATOIRES

Les stratégies d’adaptation ou compensatoires visent à améliorer la sécurité et l’efficacité de la déglutition « instantanément » (pendant la déglutition) en contrebalançant les déficits anatomophysiologiques sous-jacents. En d’autres mots, elles sont utilisées comme adaptation aux déficits anatomiques et/ou physiologiques sous-jacents. Ajoutons qu’autant que possible, l’efficacité des manœuvres compensatoires est évaluée pendant un examen

instrumental (vidéofluoroscopie, naso-endoscopie). Certains examens instrumentaux, comme la naso-endoscopie, peuvent par ailleurs être des occasions intéressantes pour l'enseignement des méthodes compensatoires puisqu'ils donnent une rétroaction visuelle.

Comme mentionné précédemment, l'effet des stratégies compensatoires est temporaire, car elles ne visent pas à changer la physiologie de la déglutition. Toutefois, il n'y a pas toujours une division claire entre les techniques utilisées comme stratégies compensatoires et interventions dites « actives ». Certaines techniques peuvent également être utilisées pour compenser et entraîner le mécanisme de déglutition (ex. : déglutition forcée, manœuvre de Mendelssohn).

Une liste non exhaustive des manœuvres est présentée dans cette section.

6.3.1 MODIFICATIONS ENVIRONNEMENTALES

Les modifications environnementales prises dans un sens large incluent tout changement appliqué par la personne, ses proches ou l'équipe professionnelle ou de soins afin de veiller à sa sécurité lorsqu'elle s'alimente ou avale. Parmi ces stratégies, on retrouve notamment des adaptations du milieu ou du contexte afin d'améliorer l'attention de la personne. Ces adaptations permettent de faciliter la mise en bouche (phase anticipatoire à l'alimentation), d'optimiser la coordination oropharyngée et de diminuer les risques d'aspiration. Dans le respect de l'intégrité de la personne, les stratégies d'adaptation sont choisies afin de maintenir, le plus possible, ses préférences, son autonomie et sa dignité lors de l'acte d'alimentation.

Lorsque la personne a une perte d'autonomie cognitive à l'alimentation qui affecte son efficacité ou qui augmente le risque d'étouffement par asphyxie ou d'aspirations ou encore lorsqu'une personne présente une perte d'autonomie fonctionnelle à l'alimentation et qu'une aide partielle ou totale est requise, des **stratégies d'alimentation à faible risque** et des stratégies de surveillance peuvent être proposées. Ainsi, la personne qui supervise ou alimente la personne dysphagique ou à risque de l'être pourra notamment surveiller la grosseur des bouchées et la quantité mise en bouche, utiliser une cuillère à thé pour alimenter, vérifier que la bouche est vide avant de permettre ou de donner une nouvelle bouchée, s'assurer d'un rythme plus lent d'alimentation, etc.

6.3.2 MODIFICATIONS COMPORTEMENTALES

Lors de l'évaluation pour un trouble de la déglutition, notamment chez les enfants ou les personnes avec un trouble cognitif, il arrive qu'un refus de s'alimenter, des perturbations des heures de repas, une rigidité en lien avec certaines textures, consistances ou préférences alimentaires, ou encore, l'incapacité à s'alimenter de façon autonome fassent partie de la problématique. Les comportements réactifs, comme le fait de frapper ou de repousser la nourriture, peuvent être déclenchés par de la frustration engendrée par la perte d'autonomie,

d'aptitudes ou la perte de mémoire. Les difficultés à communiquer, le type de trouble cognitif, le stade de la maladie et la dépression peuvent également causer des comportements réactifs (Société Alzheimer du Canada, s.d.). Des stratégies d'alimentation à faibles risques et des adaptations dans la manière d'approcher et d'intervenir auprès de la personne deviennent essentielles pour diminuer les problèmes comportementaux liés à la prise de repas et les risques associés aux difficultés de déglutition.

Chez certaines personnes avec des troubles de déglutition et de respiration ou neurologiques-fonctionnels, la thérapie cognitivo-comportementale d'exposition aux aliments problématiques, le recadrage des croyances et cognitions, des sensations déclarées, des comportements inadaptés, l'enseignement de l'attention autodirigée, la gestion du stress et de l'anxiété sont parmi des interventions qui doivent être considérées pour modifier des comportements (Baker et al., 2021). Il devient alors approprié de travailler de façon concertée avec les psychologues et autres professionnelles et professionnels de la santé mentale afin que la personne dysphagique ou à risque de l'être bénéficie de l'ensemble des services nécessaires à sa condition.



CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

D'un point de vue pédiatrique, différentes approches et stratégies peuvent être utilisées :

- › une approche comportementale afin d'améliorer ou réduire certains comportements lors de l'alimentation;
- › des approches de conditionnement opérant ou de désensibilisation afin d'améliorer les difficultés d'alimentation et d'augmenter la prise orale grâce à des objectifs alimentaires spécifiques;
- › des stratégies de *modeling*, de renforcement positif ou négatif, ou visant à fournir un indice verbal, visuel ou physique (Groher, 2016).

Ces approches de désensibilisation enseignent à l'enfant de nouvelles habiletés sensorielles et motrices tout en respectant son rythme d'apprentissage et d'intégration qui dépendent des problématiques physiques ou des habiletés déficientes ou absentes qui interfèrent avec le développement des habiletés à l'alimentation. Les recherches nous démontrent que les problèmes comportementaux ne sont pas à eux seuls la cause des troubles de l'alimentation et que les parents sont rarement les responsables des difficultés d'alimentation observées (*The SOS Approach to Feeding Core Principles - SOS Approach to Feeding*).



6.3.3 MODIFICATIONS POSTURALES OU POSTURES DE DÉGLUTITION

Selon les atteintes physiologiques notées, certaines modifications de positionnement permettent d'améliorer la fonctionnalité de la déglutition. Il est alors approprié de travailler de façon concertée avec l'ergothérapeute afin d'obtenir un positionnement optimal selon la condition de la personne dysphagique ou à risque de l'être.

Des postures à appliquer lors de la déglutition (ex. : flexion antérieure de la tête, rotation de la tête) peuvent également être enseignées à la personne afin de diminuer les risques de fausses routes ou protéger les voies respiratoires et améliorer l'efficacité de la déglutition.



CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

Dans un contexte d'intervention en néonatalogie, certaines postures corporelles sont privilégiées afin d'améliorer, par exemple, la stabilité physiologique lors du boire au biberon (Thoyre et al., 2018). Des positionnements lors de l'allaitement sont également mis à l'essai afin d'offrir des boires sécuritaires et des expériences positives pour l'enfant et la mère.

6.3.4 TECHNIQUES DE DÉGLUTITION

Selon les difficultés identifiées, l'orthophoniste peut suggérer des techniques ou des manœuvres qui optimisent ou sécurisent la déglutition de la personne. Ces techniques sont pratiquées avec la personne et sont ensuite introduites en période d'alimentation. Elles pourront, par exemple, compenser un déficit de transport oropharyngé (ex. : déglutition forcée), pour une élévation laryngée ou une ouverture du segment pharyngo-œsophagien incomplet (ex. : manœuvre de Mendelsohn) ou pour un déficit au niveau de la fermeture glottique ou encore améliorer la coordination oropharyngée (ex. : déglutition supra ou super-supraglottique). D'autres manœuvres compensatoires permettent d'améliorer la gestion des résidus oraux ou pharyngés diminuant ainsi les risques de pénétrations laryngées ou les aspirations,

et améliorant la vidange pharyngée (ex. : déglutition forcée, déglutitions multiples, alternance solide-liquide). En tout temps, l'orthophoniste considère les contre-indications des techniques suggérées selon le profil médical de la personne.

6.3.5 APPROCHES PROSTHÉTIQUES

Dans un contexte de déficit physiologique comme un déficit vélo-pharyngé, une fente palatine, une atteinte physiologique secondaire à des traitements de cancer ORL ou à la suite d'une reconstruction maxillo-faciale (Logemann, 1998), l'orthophoniste peut discuter avec ou conseiller la ou le médecin spécialiste sur le choix de prothèses à utiliser comme l'obturateur palatin (vs plaque obturatrice ou prothèse palatale), l'élévateur palatin ou l'appareil intraoral comme une plaque palatale.

6.3.6 CHANGEMENT DE TEXTURES ET DE CONSISTANCES

Selon les atteintes physiologiques notées, des changements de textures ou de consistances des aliments qu'ils soient solides ou liquides peuvent être recommandées. Il est alors approprié de travailler de façon concertée avec la ou le diététiste-nutritionniste afin d'éviter des carences nutritionnelles ou d'autres risques associés à la condition de la personne dysphagique ou à risque de l'être.

Ainsi, la modification de textures ou de consistances selon « la classification et les méthodes de mesure des aliments et breuvages » (IDDSI, 2022) s'avèrera nécessaire afin d'améliorer l'efficacité de la déglutition ou de sécuriser les voies respiratoires lors de la déglutition. Considérant l'impact des modifications de textures et consistances notamment sur la qualité de vie des personnes, l'orthophoniste tente de réduire au minimum ces ajustements ou vise à rétablir la fonction de déglutition afin de revenir à des textures ou consistances les plus normales possibles (Logemann, 1998; Steele et al., 2015; Steele et al. 2021). Il faut également considérer que des risques relatifs à la prise de liquides épaissis sont décrits par plusieurs autrices et auteurs (Werden et al., 2023; Steele, et al. 2021; O'Keeffe, 2018; Miles et al., 2018; Newman et al., 2016; Cichero, 2013). Parmi ces risques, on compte :

- une diminution de l'efficacité de la clairance pharyngée (davantage de résidus pharyngés);
- une diminution des apports hydriques et nutritionnels pouvant mener à une déshydratation ou à une malnutrition;
- la réduction de la **biodisponibilité des médicaments** ou de l'efficacité du médicament;
- des coûts pouvant être onéreux;
- des risques d'aspirations ou d'aspirations silencieuses, voire de pneumonies;
- une augmentation des efforts nécessaires lors de la phase orale et pharyngée;
- une diminution de la qualité de vie.

Dans cette optique, afin d'émettre des recommandations les plus justes possibles, il importe que l'orthophoniste considère les différentes options selon les déficits anatomophysiologiques de la déglutition identifiés, le pronostic d'amélioration et de rééducation attendu, les résultats des réévaluations et les attentes et préférences de la personne (O'Keeffe et al., 2023). La contribution des diététistes-nutritionnistes permet également de veiller à ce que les risques de malnutrition ou de déshydratation dans l'alimentation quotidienne soient pris en compte et compensés. Il est approprié de travailler de façon concertée avec les diététistes-nutritionnistes afin que la personne dysphagique ou à risque de l'être bénéficie de l'ensemble des services nécessaires à sa condition de santé.

Des recommandations peuvent aussi être faites pour faciliter la prise de la médication afin de faciliter le transport de la cavité orale vers l'estomac ou pour réduire les risques d'aspiration ou d'obstruction des voies respiratoires. Si les recommandations visent à changer la forme du médicament comme l'écraser ou le prendre en suspension orale pour en faciliter la déglutition, il est important de vérifier auprès d'une pharmacienne ou d'un pharmacien que la forme du médicament peut être modifiée sans pour autant perdre son efficacité thérapeutique.



CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

Spécificité pour la clientèle pédiatrique

Pour les changements de textures ou de consistances, l'orthophoniste vise à réduire au minimum les ajustements afin de permettre le développement des habiletés orales motrices normales et attendues pour l'âge qui sont nécessaires à l'alimentation. Les ajustements sont constamment réévalués (processus dynamique) en fonction du développement des habiletés orales et pharyngées de l'enfant.

Enfin, chez les personnes dysphagiques ne pouvant pas s'alimenter par voie orale de manière temporaire ou permanente, le [Protocole d'eau claire Frazier](#) (Panther, K., 2005) peut être appliqué après considération des facteurs de risques liés à la dysphagie, consultation de l'équipe médicale et analyse des risques et bénéfices. Le but poursuivi est d'améliorer la qualité de vie de la personne dysphagique ou à risque de l'être, de diminuer les risques de déshydratation et de favoriser l'adhésion aux recommandations par la personne dysphagique (Gaidos, 2023; Karagiannis et Karagiannis, 2014).

6.3.7 AIDES TECHNIQUES

Des recommandations d'aides techniques ou d'ustensiles adaptés pourraient être faites afin d'améliorer le transport et le contrôle des aliments ou de liquide à la bouche et diminuer les risques d'aspiration et d'étouffement qui peuvent être augmentés par le défaut de contrôle

moteur des membres supérieurs. Il pourrait notamment s'agir de l'utilisation d'une paille, d'un verre adapté pour éviter l'hyperextension de la tête ou d'ustensiles plus lourds pour réduire l'effet de la dysmétrie. Il est approprié de travailler de façon concertée avec les ergothérapeutes afin que la personne dysphagique ou à risque de l'être bénéficie de l'ensemble des services nécessaires à sa condition physique et de santé.



CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

Spécificité pour la clientèle pédiatrique

Les types de biberon et tétine adaptés (ex. : débit, forme, etc.) aux habiletés orales motrices et au niveau de coordination de la séquence succion-déglutition-respiration seront mis à l'essai, dans un but de compensation ou de rééducation de la fonction OPL. Des biberons et tétines spécialisés pourront aussi être intégrés à l'intervention de l'orthophoniste afin de compenser des malformations orofaciales telles qu'une fente labiopalatine. En tout temps, l'orthophoniste considère, entre autres, mais pas seulement, les prérequis à l'alimentation, les capacités respiratoires et les habiletés de coordination oropharyngée de l'enfant.

6.4 RÉÉDUCATION

En plus des stratégies d'adaptation ou compensatoires visant à améliorer la sécurité et l'efficacité de la déglutition à court terme, des interventions individualisées ciblant notamment les déficits anatomophysiologiques sous-jacents à la dysphagie peuvent être offertes, car elles entraînent une amélioration à long terme de la fonction de déglutition (Carnaby et Harenberg, 2013; Vose et al., 2018) ou permettent de maintenir les capacités de déglutition pendant une certaine période dans le cadre de maladies neurodégénératives.

Comme la recherche en rééducation continue d'évoluer, les orthophonistes devraient utiliser les données probantes, leurs connaissances, leur expertise, de même que leur pensée critique afin d'élaborer et d'appliquer un plan d'intervention approprié à la dysphagie oropharyngée identifiée et adapté à la personne. Quand l'orthophoniste choisit des exercices de rééducation de la déglutition, elle ou il doit considérer les déficits anatomophysiologiques sous-jacents à la dysphagie, les principes de neuroplasticité et considérer le niveau neurodéveloppemental chez la clientèle pédiatrique (Arvedson et al., 2010).

Pour déterminer l'intensité et la durée des exercices de rééducation, l'orthophoniste prend en compte les paramètres à cibler comme l'endurance, la force ou la coordination, en plus des caractéristiques spécifiques de la personne et les données probantes disponibles.

6.4.1 EXERCICES OROMOTEURS ET DE PAROLE

Quoique la littérature sur l'impact des exercices oromoteurs et de parole sur la fonction de la déglutition soit limitée à ce jour, des exercices ciblant la force générée, l'amplitude des mouvements, la coordination des mouvements des structures de la cavité orale et autres sont souvent réalisés en clinique sous la supervision de l'orthophoniste. Ils ont pour but d'améliorer ces paramètres qui peuvent avoir un impact sur les fonctions de la déglutition et de la parole.

La littérature scientifique a toutefois montré que certaines interventions ciblant la parole pouvaient avoir un impact distribué sur la déglutition (El Sharkawi et al., 2002; Miles et al., 2017). C'est notamment le cas de l'intervention LSVT LOUD (*Lee Silverman's Voice Treatment*) dont les objectifs primaires sont d'améliorer le support respiratoire et l'adduction des plis vocaux.

6.4.2 EXERCICES DE DÉGLUTITION

Différents exercices qualifiés « de déglutition » peuvent être mis en œuvre par l'orthophoniste afin de renforcer la musculature orofaciale, pharyngée et laryngée ou pour travailler la précision de la contraction musculaire, ce qui optimise les processus anatomophysiologiques impliqués dans la déglutition, améliore l'efficacité de la déglutition en diminuant les résidus oraux et pharyngés et permet une meilleure protection des voies respiratoires. L'orthophoniste met en œuvre ces exercices en tenant compte de la fréquence et de l'intensité recommandées et des performances et caractéristiques de la personne dysphagique ou à risque de l'être à qui ils sont suggérés. Elle ou il garde également en tête, en tout temps, les contre-indications aux exercices suggérés.

L'efficacité de plusieurs de ces exercices a été démontrée dans la littérature auprès des individus dysphagiques. On retrouve notamment la déglutition forcée qui permet d'augmenter la force de contraction des muscles linguaux et pharyngés (Clark et Shelton, 2014; Felix et al., 2008; Park et al., 2019) et la manœuvre de Mendelssohn qui permet d'augmenter la force de contraction des muscles supra-laryngés pour améliorer l'élévation laryngée et l'ouverture du segment pharyngo-œsophagien (Kim et al., 2017; McCullough et al., 2012). L'exercice de Shaker et la flexion antérieure contre une force antérieure (appelée *Chin Tuck Against Resistance* ou CTAR en anglais) sont également des exercices ayant été montrés comme efficaces pour renforcer les muscles supra-hyoïdiens impliqués dans l'élévation laryngée et, indirectement, dans l'ouverture du segment pharyngo-œsophagien (Kim et Park, 2019; Logemann et al., 2009; Park et al., 2018; Park et Hwang, 2021). Quoique plus limitées, certaines données suggèrent que l'exercice de Masako permettrait d'augmenter la force des muscles pharyngés et des muscles linguaux impliqués dans la rétraction de la langue pendant la déglutition (Fujiu et Logemann, 1996; Oh, 2019). Des données de la littérature montrent également que l'entraînement de la force de la langue à l'aide d'un appareil mesurant la pression générée par celle-ci (ex. : *Iowa Oral Performance Instrument* ou *Tongueometer*) permettrait d'améliorer le transport oral du bol alimentaire dans la cavité orale (Robbins et al., 2007).

Enfin, une littérature émergente suggère que certaines interventions ciblant la coordination respiration-déglutition (Martin-Harris et al., 2015) ou la précision de la contraction des

muscles supra-hyoïdiens durant la déglutition (Athukorala et al., 2014) ont également des impacts positifs sur la physiologie de la déglutition.

6.4.3 UTILISATION DE MATÉRIEL OU DISPOSITIFS SPÉCIALISÉS

Il y a plusieurs avantages à utiliser des dispositifs ou du matériel spécialisé dans les services rendus aux personnes dysphagiques. D'abord, plusieurs de ces équipements fournissent des mesures objectives et quantitatives qui peuvent assister l'orthophoniste dans ses processus de prise de décision en évaluation et qui peuvent fournir d'importantes données pré et post-intervention pour mesurer l'impact des interventions en orthophonie. Plusieurs équipements permettent aussi de fournir une rétroaction visuelle (biofeedback) dans un contexte d'enseignement ou d'apprentissage moteur d'un exercice de rééducation (comme ceux mentionnés ci-haut) ou lors d'une manœuvre compensatoire (comme celles discutées précédemment).

Parmi le matériel disponible, on retrouve l'électromyographie de surface sous-mentonnaire qui permet de mesurer l'activité des muscles situés sous son capteur pendant différentes tâches (ex. : déglutition forcée, manœuvre de Mendelssohn, entraînement de la précision de la contraction des muscles supra-hyoïdiens). Quoique la littérature sur ce type de matériel est présentement limitée, l'ensemble des études réalisées à ce jour avec ce dispositif suggère un impact positif de son utilisation auprès de la clientèle dysphagique (Albuquerque et al., 2019; Benfield et al., 2019).

D'autres types de matériel permettant d'offrir une rétroaction visuelle aux personnes dysphagiques incluent les appareils permettant de mesurer la pression générée par la langue ou les lèvres (ex. : *Iowa Oral Performance Instrument [IOPI®]* et le *Tongueometer™*) (Robbins et al., 2007), la pléthysmographie par inductance (Martin-Harris et al., 2015), la naso-endoscopie (Denk et Kaider, 1997; Imada et al., 2016; Manor et al., 2013), l'ultrasonographie (ASHA [a], s.d.), la manométrie (ASHA [a], s.d.) et autres.

6.4.4 EXERCICES POUR AMÉLIORER LA COORDINATION RESPIRATOIRE

Certaines interventions ciblant le système respiratoire ont des effets distribués sur la physiologie de la déglutition et de la toux, en permettant notamment de diminuer les pénétrations laryngées et les aspirations, d'augmenter l'activité des muscles supra-hyoïdiens, d'augmenter la force des muscles respiratoires et d'améliorer certains paramètres de la toux. C'est notamment le cas des interventions visant la force des muscles inspiratoires et expiratoires réalisées à l'aide de dispositifs (ex. : les dispositifs EMST150™ ou Breather®) ou utilisant un seuil de pression calibrée pour fournir une résistance expiratoire et/ou inspiratoire (Sapienza et al., 2011; Arnold et Bausek, 2020). Il peut être nécessaire de consulter l'équipe médicale avant de suggérer ces exercices aux patientes et patients dysphagiques étant donné les nombreuses contre-indications à ces exercices.

6.4.5 STIMULATION SENSORIELLE

Parmi les différentes stimulations sensorielles ayant été testées dans la littérature, la stimulation thermotactile est potentiellement celle dont l'application clinique est la plus répandue et accessible. Elle vise à générer des changements au niveau de la physiologie et du contrôle

neurologique de la déglutition, et ce, autant chez la clientèle pédiatrique qu'adulte (Ferrara et al., 2018; Rosenbek et al., 1991; Teismann et al., 2009). Le mécanisme d'action soupçonné de la stimulation thermotactile est que cette intervention active un plus grand nombre de thermorécepteurs dans l'arrière de la cavité orale et dans le pharynx, ce qui achemine davantage d'informations sensorielles au générateur de patron central de la déglutition (ainsi qu'aux centres corticaux et sous-corticaux de la déglutition). Cela engendre un ajustement de la réponse motrice pendant les déglutitions, et donc, une meilleure protection des voies respiratoires. Cependant, d'après une revue systématique de la littérature à ce sujet (Schwarz et al., 2018), il manquerait de preuves pour soutenir l'impact à long terme de la stimulation thermotactile sur la vitesse et l'efficacité de la déglutition. Ces autrices et auteurs recommandent d'utiliser la stimulation thermotactile au cas par cas, après une évaluation instrumentale détaillée et une évaluation de son efficacité pour un individu donné.



CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

Spécificité pour la clientèle pédiatrique

Une des approches thérapeutiques utilisées en pédiatrie est la thérapie orale sensori-motrice dont le but est d'améliorer la fonction des structures impliquées dans l'alimentation et la parole. Les techniques sont nombreuses, mais visent toutes à optimiser le développement ou améliorer les habiletés orales motrices et la fonction respiratoire ou sensorielle chez l'enfant présentant des difficultés de déglutition ou d'alimentation. Ainsi, les thérapies en orthophonie visent, par exemple, à diminuer ou à améliorer la sensibilité orale et péri-orale, ou les paramètres des mouvements impliqués dans la déglutition (ex. : coordination, précision, force) (Groher, 2016).

6.5 TRAITEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Tout au long de l'intervention s'installe un processus d'interactions sous forme d'échanges d'information, d'éducation et de prise de décisions partagées avec la personne dysphagique ou à risque de l'être. Tout en tenant compte des données probantes et de la réglementation en vigueur au Québec, l'orthophoniste peut se retrouver dans des situations où une personne souhaite explorer ou bénéficier d'autres traitements réalisés par d'autres professionnelles ou professionnels. En alternative, en complémentarité ou en combinaison avec les interventions de l'orthophoniste, ces traitements peuvent comprendre, mais ne s'y limitent pas, l'utilisation de stimulation électrique, des traitements pharmacologiques ou chirurgicaux. Il existe également des traitements médicaux émergents comme de la **stimulation cérébrale non invasive** (ex. : stimulation transcrânienne à courant continu, stimulation magnétique répétitive transcrânienne, stimulation magnétique fonctionnelle transcrânienne), la stimulation pharyngée

électrique et d'autres types de traitements comme l'[acupuncture](#), l'[ostéopathie](#), et la [thérapie manuelle](#). La section suivante décrit sommairement les approches pharmacologiques ou chirurgicales puisqu'elles sont les plus susceptibles d'être discutées dans la pratique clinique.

6.5.1 TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES

Selon les atteintes documentées, l'orthophoniste discute avec la ou le médecin, la pharmacienne ou le pharmacien et l'équipe traitante de la pertinence de certains traitements pharmacologiques qui auront un impact positif sur le mécanisme oral périphérique et la fonction de déglutition. Parmi les options thérapeutiques pharmacologiques, on compte notamment :

- de la médication pour diminuer la sialorrhée, l'hyposalivation, la xérostomie, le reflux gastro-œsophagien;
- l'injection de neuromodulateurs (ex. : Botox) pour traiter les dysfonctions de certains muscles striés impliqués dans la déglutition (ex. : le muscle crico-pharyngé (Alfonsi et al., 2017)).
- l'administration d'un agent prokinétique pour stimuler la mobilité œsophagienne;
- etc.

6.5.2 TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

En regard des résultats de l'évaluation clinique ou instrumentale, l'orthophoniste peut discuter avec la ou le médecin spécialiste des traitements chirurgicaux possibles en considérant la condition de la personne dysphagique et les déficits anatomophysiologiques sous-jacents à la dysphagie documentée. Ces traitements chirurgicaux auront pour but de compenser des déficits anatomophysiologiques spécifiques comme :

- une paralysie d'un pli vocal (médialisation d'un pli vocal, thyroplastie, injection de biomatériau au niveau des plis vocaux);
- une ouverture du segment pharyngo-œsophagien incomplète ou partielle (myotomie chirurgicale, dilatation mécanique).



CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

Spécificité pour la clientèle pédiatrique

Pour ce qui est de la clientèle pédiatrique, l'orthophoniste pourra discuter avec l'équipe médicale de la pertinence ou non de réaliser une frénectomie ou frénotomie advenant qu'une [ankyloglossie](#) (frein lingual court) ou un frein labial supérieur ou inférieur ait un impact significatif sur les habiletés orales motrices de l'enfant et son alimentation (Hogan et al., 2005; Baxter et al., 2020; Ghaheri et al., 2018). Une telle approche chirurgicale pourra également avoir un impact positif sur les symptômes de reflux ou le sommeil de l'enfant (Baxter et al., 2020; Hill et Padros, 2023).

6.6 SUPPORT NUTRITIONNEL

Lorsque des atteintes sévères de la déglutition sont documentées et que la déglutition n'est pas jugée sécuritaire, il importe que l'orthophoniste trace un portrait réaliste des capacités de déglutition, de leur pronostic d'amélioration et avise la patiente ou le patient et l'équipe professionnelle et de soins des risques encourus en lien avec une **alimentation orale à risque**. Ainsi, avec la personne dysphagique et ses proches et avec la ou le diététiste-nutritionniste et l'équipe traitante, une décision concertée pourra être prise sur la possibilité d'un support nutritionnel en considérant le niveau d'intervention médicale (NIM) souhaité ou même souhaitable dans certains cas.

- Si des **soins actifs** sont en cours et qu'un support nutritionnel s'avère indiqué, il sera initié et une rééducation de la déglutition pourra être débutée, selon le potentiel d'amélioration et de rééducation déterminé.
- Si la décision s'oriente plutôt vers **des soins palliatifs**, une **alimentation de confort** pourrait alors être une mesure plus appropriée. Il se peut également que la décision s'oriente plutôt vers un arrêt total de l'alimentation chez des personnes dont la fin de vie est éminente et pour qui l'alimentation est jugée futile.

Les décisions relatives au maintien ou non d'une alimentation per os doivent être prises avec soin, en pesant le pour et le contre relatifs aux risques et à la sécurité tout en tenant compte de la qualité de vie de la personne. En l'absence d'une telle analyse, ou lorsqu'aucune discussion n'a lieu ou décision n'est prise, cette indécision clinique peut conduire à maintenir les patientes et patients nil per os (NPO) pendant des périodes trop longues, au détriment de leur confort et de leur qualité de vie (*Royal College of physicians, 2021*).

Il faut également se rappeler que choisir une alimentation non orale exclusive ne permet pas toujours de réduire les risques d'aspiration ou de pneumonie par aspiration (O'Keefe, 2018). En effet, qu'un support nutritionnel soit initié ou pas, la colonisation de l'oropharynx par des agents pathogènes et l'aspiration ultérieure de salive et de sécrétions infectées peuvent contribuer à la pathogenèse de la pneumonie par aspiration (Langmore, 1998).



CLIENTÈLE PÉDIATRIQUE

Support nutritionnel chez le nouveau-né

- Les interventions spécifiques auprès de la clientèle pédiatrique prématurée se trouvant à l'unité néonatale favoriseront la neuroprotection du nouveau-né afin de permettre un développement neurologique adéquat.
- Le but des interventions est de travailler sur les préalables à l'alimentation afin de progresser vers une alimentation par la bouche.
- Le travail de collaboration avec les infirmières et infirmiers est primordial dans le contexte des interventions de l'orthophoniste en unité néonatale.

- › Les évaluations et les interventions auprès du nourrisson et son parent sont basées sur les observations des signaux de l'enfant (ex. : signes de stress, paramètres physiologiques), sur l'examen de ses structures orofaciales et sur ses habiletés oromotrices nécessaires à la déglutition.
- › Les expériences d'alimentation sont individualisées, appropriées à l'âge gestationnel et basées sur les compétences du nouveau-né et surtout sécuritaires. Le fait, pour le nouveau-né, de vivre des expériences positives et sécuritaires réduit le stress vécu ainsi que les risques de détérioration respiratoire. Ceci permet l'émergence de ses compétences à l'alimentation (habiletés oromotrices adéquates, bonne coordination de la déglutition et de la respiration, etc.), le développement d'une relation parent-enfant positive, et diminue le risque d'aversion orale éventuelles (Shaker, 2017a, 2017b).
- › L'orthophoniste agit également à titre de soutien pour enseigner aux parents à décoder les signaux de leur bébé; ce qui constitue les premières occasions de communication entre eux et établit ainsi la base de la relation parent-enfant.
- › Les interventions centrées sur l'enfant visent le plus possible la stabilité physiologique et la sécurité de l'alimentation orale, tout en considérant les parents comme les spécialistes de leur enfant.

Support nutritionnel chez le tout-petit ou l'enfant plus âgé

- › Les interventions ont aussi comme but de travailler sur les préalables à l'alimentation afin de progresser vers une alimentation par la bouche et de favoriser le développement optimal et sécuritaire des habiletés à l'alimentation de l'enfant qui sont absentes, immatures ou perturbées, tout en respectant la capacité neuronale individuelle, ses habiletés communicationnelles, ses capacités d'apprentissage, ses besoins physiques et son environnement.

6.7 ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE

Dans toute démarche d'intervention, que ce soit en dysphagie ou pour d'autres problématiques, il arrive que les orthophonistes aient à accompagner des personnes jusqu'à leur dernier souffle. Dans son [mémoire](#) publié en 2021, l'Ordre met de l'avant l'importance de soutenir les personnes en fin de vie dans leur capacité à s'exprimer afin de tendre vers le juste équilibre entre leur droit à l'autodétermination, la compassion et la prudence. Des facteurs comme les capacités cognitives, le niveau de conscience, la fatigue, la douleur, la médication et l'état émotionnel doivent également être pris en compte dans la capacité de la personne à communiquer et à avaler (ASHA [b], s.d.; DeZeeuw et Lalonde-Myers, 2020). Les interventions à ce stade-ci ne sont donc pas de la rééducation, mais plutôt de l'adaptation et de l'accompagnement guidés par une posture éthique et bienveillante.



7. SPÉCIFICITÉS POUR CERTAINES CLIENTÈLES

Tout au long du *Guide de pratique en orthophonie auprès des personnes dysphagiques ou à risque de l'être*, des spécificités liées à la clientèle pédiatrique sont apportées. Elles auraient pu faire l'objet d'un guide de pratique à elles seules, puisqu'exercer auprès de nouveau-nés ou de jeunes enfants présentant des troubles de l'alimentation demande des connaissances et des compétences qui sont propres à cette clientèle. L'intention était plutôt d'en décrire les grandes orientations et de mettre en lumière l'expertise que possèdent les orthophonistes dans ce domaine.

Toute clientèle adulte dysphagique ou à risque de l'être peut se retrouver dans la charge de cas des orthophonistes, et ce, peu importe la cause ou la condition sous-jacente aux troubles de déglutition. Comme les causes de la dysphagie sont multiples, plusieurs autres types de clientèle auraient pu être abordés dans la présente section. Mentionnons seulement les personnes avec des maladies neurologiques développementales ou acquises notamment par un accident vasculaire cérébral (AVC), la maladie de Parkinson, une maladie neurologique dégénérative comme la sclérose latérale amyotrophique (SLA), des maladies neuromusculaires, un trouble neurocognitif majeur, une encéphalopathie, un traumatisme craniocérébral, etc.

Bien qu'ayant toutes des spécificités, les notions abordées tout au long du Guide sont généralement applicables pour ces personnes. Une approche personnalisée basée sur les données probantes, les savoirs expérientiels et les besoins de la personne demeure cependant importante, et ce, en tout temps.

La liste des clientèles énumérées ci-dessous méritait certaines précisions. Elle n'est pas exhaustive et l'implication des orthophonistes ne s'y limite pas non plus. Une brève description les présente.



7.1 PERSONNES ADMISES EN UNITÉ DE SOINS INTENSIFS

L'orthophoniste travaillant dans les unités de soins intensifs possède une bonne connaissance des impacts de l'intubation, des trachéotomies et de l'assistance respiratoire sur la respiration, la voix, la parole et la déglutition. En plus d'évaluer ou d'intervenir pour un potentiel trouble de déglutition, l'orthophoniste peut ainsi rapidement s'assurer qu'un mode de communication efficace soit mis en place pour la patiente ou le patient.

Après l'extubation ou avec la trachéostomie, l'évaluation de la physiologie de déglutition par l'orthophoniste permet d'identifier ou non la présence d'une dysphagie et d'élaborer un plan d'intervention afin que la personne puisse rapidement retrouver une alimentation par voie orale. Dans le cas où il y a une altération de la fonction de déglutition, l'orthophoniste procède à la stimulation des prérequis à l'alimentation orale et de la gestion des sécrétions et de la salive. L'orthophoniste, habituellement en collaboration avec l'inhalothérapeute, peut également intervenir pour accélérer le sevrage de la trachéotomie ou encore améliorer le pronostic d'un éventuel sevrage complet de la trachéotomie en ciblant des exercices respiratoires ou laryngés (McRae et al., 2020; Swigert, 2016). Le recours à une valve de phonation pourrait être indiqué afin de rétablir le flot d'air dans les voies respiratoires supérieures et pour stimuler les fonctions de phonation, de déglutition et de toux.

7.2 PERSONNES AVEC ATTEINTES OU CANCER ORL (OTORHINOLARYNGOLOGIE)

Les orthophonistes qui exercent auprès de ces personnes travaillent étroitement avec les médecins ORL et toute l'équipe professionnelle et de soins et contribuent à toutes les phases de la prise en charge des personnes atteintes de cancer ORL (Kuhn et al., 2023). Une évaluation et des interventions ciblant la déglutition permettent d'établir la fonction de déglutition de base (avant les traitements) et les troubles de la déglutition consécutifs à la maladie ou aux traitements. En effet, des changements dans l'intégrité des structures, dans l'utilisation, la sensation, la force, l'amplitude des mouvements ou dans la coordination des muscles de la tête et du cou, notamment causés par une tumeur ou résultant d'effets secondaires de la médication, de traitements dont la chimiothérapie, la radiothérapie et la chirurgie, peuvent entraîner des difficultés de déglutition. Les personnes qui subissent une laryngectomie peuvent également avoir des problèmes de déglutition propres à cette clientèle (ASHA [c], s.d.).

Le rôle des orthophonistes auprès de la clientèle avec atteintes des structures ou un cancer ORL est notamment de :

- › accompagner et s'assurer de la compréhension de la patiente ou du patient des atteintes potentielles et des impacts des traitements chirurgicaux ou médicaux sur la déglutition, la communication, la parole, la voix et les fonctions laryngées afin d'optimiser l'adhésion de la personne à son plan d'intervention;
- › déterminer un plan d'intervention orthophonique (PIO) qui pourrait inclure des actions à amorcer avant un traitement pour réduire l'impact de la radiothérapie sur la déglutition (Groher, 2016; Logemann, 1998; Hutcheson et al., 2012; Starmer, 2014);
- › intervenir et former la personne ou ses proches pour la gestion au quotidien de l'hygiène buccale, de la salive, des sécrétions bronchiques, de la trachéostomie ou de la prothèse trachéo-œsophagienne (PTO).

7.3 PERSONNES ÂÎNÉES AVEC SYNDROME CLINIQUE DE FRAGILITÉ

L'orthophoniste travaillant auprès de personnes âgées peut rencontrer des individus avec le syndrome clinique de fragilité. La prévalence de la fragilité augmente fortement avec l'âge et est caractérisée par un état de vulnérabilité accrue qui rend plus difficile l'adaptation de la personne âgée aux événements stressants de la vie et augmente le risque de perte d'autonomie. Dès lors, les personnes âgées constituent en soi un groupe hétérogène dans lequel la fragilité peut s'inscrire. Identifier une dysphagie comme facteur critique dans le modèle multifactoriel de la fragilité chez les personnes âgées peut conduire à de meilleures stratégies pour la prévenir, la retarder ou l'atténuer (Bahat et al. 2019; Smithard et al. 2020; Yang et al. 2022). L'orthophoniste qui intervient auprès de la personne âgée dysphagique ayant un syndrome de fragilité doit ajuster son évaluation et le plan d'intervention en découlant aux enjeux de vulnérabilité tout en tenant compte des enjeux cliniques et éthiques associés (Cichero, 2018).

7.4 PERSONNES AVEC MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC), COVID LONGUE OU ASTHME

La contribution de l'orthophoniste au sein des cliniques MPOC, post-COVID ou d'asthme est de plus en plus démontrée dans la littérature considérant les atteintes de parole et de déglutition associées (Mohapatra et Mohan, 2020; McKinstry et al., 2010; Swigert, 2016; Marchand et al., 2023). Une variété d'interventions de réadaptation peut être utilisée en fonction des besoins des personnes, dont de l'éducation, de l'autogestion et des interventions interdisciplinaires de réadaptation.

7.5 PERSONNES AVEC DYSTROPHIE MUSCULAIRE OCULOPHARYNGÉE (DMOP)

La revue systématique publiée en 2023 par Breton et al. sur les caractéristiques des troubles de la déglutition et de la parole associés à la dystrophie musculaire oculopharyngée et leurs impacts fonctionnels est une ressource incontournable pour les orthophonistes œuvrant en dysphagie. Les caractéristiques oropharyngées associées à la maladie font en sorte que les orthophonistes sont susceptibles d'intervenir avec ces personnes, puisque la DMOP touche 1 personne sur 1 000 au Québec (Brais et al., 1995 cités dans Breton et al. 2023). Des interventions chirurgicales leur sont souvent proposées puisqu'elles peuvent avoir des impacts positifs sur leur alimentation, mais selon Kurtz et al. (2019 cités dans Breton et al., 2023), la majorité des patientes et des patients avec une DMOP est peu favorable à ces interventions chirurgicales. Ceci réitère l'importance de l'implication des orthophonistes auprès de cette clientèle et renforce la nécessité d'accroître leurs connaissances sur la DMOP afin qu'elles et ils soient en mesure de mieux accompagner et intervenir auprès des personnes qui en souffrent.

7.6 PERSONNES AVEC TROUBLE NEUROLOGIQUE FONCTIONNEL SPÉCIFIQUE

Selon les recommandations obtenues par consensus dans Baker et al. (2021), les interventions orthophoniques auprès des personnes ayant un [trouble neurologique fonctionnel](#) visent l'apprentissage ou le réentraînement des patrons moteurs et mettent de l'avant la manière dont l'attention, les attentes, les croyances liées à la maladie ou à l'expérience d'autocontrôle de ses propres mouvements peuvent inhiber les mouvements normaux et favoriser les mouvements anormaux. Ainsi, le rôle de l'orthophoniste auprès de ces personnes est plus particulièrement de :

- identifier les symptômes et de les expliquer clairement à la personne;
- introduire des stratégies pour faciliter les mouvements automatiques naturels;
- guider l'acquisition du contrôle volontaire de la déglutition ou de la toux;
- généraliser les activités automatiques à des activités significatives, graduées, pertinentes sur le plan fonctionnel;

- › consolider les comportements normalisés dans un contexte social plus large;
- › aider la personne à identifier et à modifier les comportements, les idées et les attentes inutiles;
- › aborder les questions psychosociales qui peuvent être considérées comme des influences prédisposant ou précipitant ou favorisant le maintien des difficultés;
- › élaborer des stratégies pour faire face à d'éventuels revers, par exemple, s'il y a rechute ou une réapparition périodique des symptômes.



TABLEAU 3

RÔLE-CONSEIL

Dans sa posture professionnelle, en plus d'exercer son rôle en évaluation et en intervention, l'orthophoniste qui travaille auprès des personnes dysphagiques ou à risque de l'être, que ce soit avec une clientèle pédiatrique ou adulte, exerce un rôle-conseil qui s'intègre en filigrane de l'ensemble des services qu'elle ou il rend. Ce rôle est présent dans toutes ses activités d'évaluation et d'intervention, mais peut être plus explicite dans certaines activités de consultation, d'accompagnement ou d'éducation. Il est important auprès de toute personne dysphagique ou à risque de l'être et ses proches, mais également auprès de l'équipe professionnelle et de soins ou de personnes de la communauté. Fréquents, ces conseils, recommandations, ou avis professionnels font partie du quotidien de l'orthophoniste et devraient s'inscrire dans un esprit de collaboration et non de délégation. Tout repose sur l'art de la collaboration, de l'écoute envers la personne qui présente un problème ou qui se questionne sur celui-ci pour ainsi l'accompagner dans son analyse de la situation, trouver les solutions les plus appropriées pour elle et l'aider à prendre la décision la plus éclairée possible (Charrette, 2020).



8. CONCLUSION

Les orthophonistes sont des professionnelles et professionnels ayant l'expertise pour rendre des services aux nourrissons et aux enfants présentant des troubles de l'alimentation et aux adultes dysphagiques ou à risque de l'être, ce qui inclut des services visant la promotion, la prévention, l'évaluation, le traitement, la réadaptation et les services palliatifs.

La démonstration n'est plus à faire, les besoins sont très grands et en augmentation constante dans la population tant sur le plan de la déglutition que sur d'autres aspects relevant du champ d'exercice de l'orthophonie comme la communication, le langage, la parole, la voix, la fonction oropharyngolaryngée et autres. Le portrait des besoins et la disponibilité des ressources mènent au constat qu'il faut améliorer l'accessibilité aux services pour le plus grand nombre de personnes et dans tous les milieux. Toutefois, devant la pénurie de main-d'œuvre à laquelle le Québec est confronté, il faut penser au-delà de la solution incontournable d'ajout de nouvelles ressources. Il est impératif de se tourner vers des idées et des pratiques innovantes.

D'abord, en valorisant le rôle de patiente ou patient partenaire et en favorisant concrètement l'autonomie de la personne et ses proches. Ainsi, l'orthophoniste s'assure, notamment de la compréhension des informations transmises comme la nature, le but, les avantages, les risques de l'intervention tout comme les alternatives nécessaires lorsque la situation ou la condition de la personne l'exige. Il est reconnu que cet accompagnement personnalisé vise l'atteinte de résultats de santé optimaux (RUISSS de l'UdeM, 2013).

Il faut aussi se questionner sur les mesures à mettre en place dans le but d'optimiser les ressources et l'organisation du travail. Ainsi, dans un souci de protection du public, il faut prioriser le concept de l'accessibilité compétente. Ses fondements de base favorisent l'organisation du travail en utilisant les connaissances et les compétences de chaque personne pour dispenser le service approprié par une personne compétente, au moment opportun, à l'endroit souhaité et pour la durée requise (OPQ, 2021). Une utilisation judicieuse des ressources

implique également de ne pas hésiter à avoir recours aux expertises complémentaires lorsque cela est requis par la condition de la patiente ou du patient. En somme, il est essentiel que l'organisation du travail dans les soins et services publics reconnaisse et incarne l'ensemble de l'expertise de chaque professionnelle et professionnel pour ainsi en faire bénéficier pleinement la population et améliorer la fluidité des corridors de services et assurer que le public reçoive rapidement des services de qualité (OMS, 2020).

Dans un esprit d'innovation, l'OOAQ croit également que des changements peuvent s'insérer dans la pratique même de l'orthophonie. En effet, il s'avère plus efficace de porter un regard systémique sur une personne et ses difficultés et démontrer les interrelations entre l'ensemble des systèmes, que ce soit, par exemple, la voix, la parole, le langage, la déglutition, la mastication, plutôt que d'avoir une vision sur un problème à la fois. L'expertise des orthophonistes comprend des connaissances des bases anatomiques, physiologiques, oromyofonctionnelles qui permettent assurément de comprendre les interrelations entre tous ces systèmes et structures ainsi que sur les déficits sous-jacents permettant d'aider à rétablir les fonctions de mastication, de déglutition, de coordination respiratoire, de production de la voix et de la parole. Le système de santé doit aussi favoriser cette possibilité d'élargir à d'autres sphères des évaluations ou des suivis en orthophonie. La répartition des services professionnels par programme ou par clientèle (ex. : ORL, neurologie, gériatrie, santé mentale, etc.) ne favorise pas cette prise en charge « décloisonnée » des personnes.

Finalement, la collaboration professionnelle demeure une avenue incontournable pour améliorer l'efficacité des services.

Regrouper des expertises complémentaires facilite la prise en charge et l'accompagnement d'une personne. Il est déplorable que « *La méconnaissance des autres professions, le chevauchement de certains rôles, les communications déficientes et la crainte de perdre son unicité compliquent parfois le partage des responsabilités dans certains milieux de pratique* » (Desrosiers. et al., 2019). L'OOAQ, valorise la collaboration interprofessionnelle qui se déploie dans un contexte de confiance, d'intégrité et de respect de toute l'équipe impliquée, de l'ensemble des expertises de chaque professionnelle et professionnel, et des personnes dysphagiques ou à risque de l'être.

Une vision commune et partagée par toutes et tous et une plus grande agilité dans les organisations faciliteraient la prise en charge des personnes dysphagiques et à risque de l'être. Les orthophonistes détiennent l'expertise clinique et la science pour mettre au profit des personnes dysphagiques ou à risque de l'être les meilleures pratiques et ainsi participer aux réflexions et aux orientations sur les services rendus dans les milieux.

9. ANNEXE

ANNEXE 1 : Les principaux facteurs de risque pouvant mener à un étouffement par asphyxie alimentaire

Les facteurs de risque pouvant mener à un étouffement peuvent être considérés sous trois angles, soient les caractéristiques de l'aliment, de la personne et de l'environnement (Cichero, 2018). On compte notamment parmi ceux-ci :

CARACTÉRISTIQUES DE L'ALIMENT

- › la grosseur des aliments solides : morceaux de plus de 15 mm x 15 mm qui ne se défont pas par la mastication (viande surtout ou boule de pain) pour les adultes et de plus de 8 mm x 8 mm chez l'enfant ([IDDSI 2.0](#), révision 2022).
- › les textures des aliments solides, par exemple, les aliments durs ou secs, fibreux ou coriaces, croustillants, croquants, effilés ou friables, etc. (pour plus de détails, voir le document de [l'IDDSI 2.0](#)).

CARACTÉRISTIQUES DE LA PERSONNE

- › l'incapacité motrice ou cognitive à mastiquer, diminution de la sensibilité intraorale ou des voies respiratoires supérieures, héminégligence, défaut sévère de transport pharyngé, etc.
- › la vigilance réduite (ex. : somnolence, effets des médicaments, diminution de la tolérance générale, etc.).
- › le positionnement à l'alimentation (ex. : couché sur le dos, semi-couché au lit, tête en hyperextension vers l'arrière, etc.).
- › l'état buccal (ex. : édentation totale ou partielle, mauvais ajustement de prothèses dentaires, xérostomie sévère, hyposalivation, hypersalivation, statut postchirurgie ORL ou maxillo-faciale, etc.).
- › l'absence de réflexe de vomissement.
- › la difficulté de contrôle de la toux, diminution de la force ou de l'efficacité de la toux.
- › L'état respiratoire problématique (ex. : dyspnée/expiration forcée, tachypnée, diminution de la tolérance à l'apnée de déglutition, insuffisance respiratoire, etc.).
- › chez les personnes avec des troubles neurocognitifs ou chez l'enfant avec des incapacités ou des atteintes sur le plan psychomoteur, une attention particulière doit notamment être portée à :
 - l'impulsivité, la tachyphagie;

- la distractibilité (diminution de l'attention, tendance à parler la bouche pleine);
- la diminution du jugement notamment pour la grosseur ou le nombre de bouchées mises en bouche;
- l'agnosie visuelle;
- l'anosognosie ou la diminution de l'autocritique;
- l'hyperoralité.

CARACTÉRISTIQUES DE L'ENVIRONNEMENT

- › un manque ou une absence de surveillance ou de supervision durant les repas pour les personnes présentant des facteurs de risque d'étouffement.
- › l'assistance à l'alimentation par une personne tierce non entraînée aux stratégies d'alimentation à faibles risques.
- › oubli, erreur ou méconnaissance du personnel ou des proches qui entraîne un non-respect des changements de textures et consistances recommandés

Des facteurs de prévention ou de protection peuvent être mis en place pour éviter les risques d'étouffement par asphyxie alimentaire. Les changements de caractéristiques des aliments en font partie, mais les caractéristiques de l'environnement et celles de la personne sont également à considérer (Cichero, 2018).



10. GLOSSAIRE

Acupuncture : Constitue l'exercice de l'acupuncture tout acte de stimulation au moyen d'aiguilles, de certains sites déterminés de la peau, des muqueuses ou des tissus sous-cutanés du corps humain dans le but d'améliorer la santé ou de soulager la douleur (Loi sur l'acupuncture). Des traitements en acupuncture pour des problèmes de déglutition en combinaison avec des exercices de rééducation pourraient être bénéfiques dans certaines conditions notamment dans le traitement de la dysphagie après un AVC (Hailun et al. 2022; Jiang et al. 2022 ; Tang et al., 2022).

Alimentation orale à risque : Ce terme fait référence à des situations où une personne prend la décision éclairée de poursuivre une prise orale malgré qu'elle soit jugée non sécuritaire. Dans de telles situations, la personne s'engage dans une prise de décision partagée où elle comprend les complications potentielles liées à la déglutition, tout en acceptant le risque de complications qui peuvent être associées à cette décision. Les objectifs de soins médicaux demeurent actifs et continus. L'alimentation orale à risque peut également décrire des situations où une personne dysphagique ou à risque de l'être s'alimente per os, car elle ne peut tolérer l'alimentation par support nutritionnel ou l'intervention nécessaire pour sa mise en place, mais présente des risques ou des complications importantes associées à la déglutition ou à l'alimentation (Speech Pathology Australia, 2023).

Alimentation de confort : Il s'agit d'une situation dans laquelle une personne prend la décision de continuer à s'alimenter par voie orale pour des raisons de qualité de vie ou de fin de vie (Speech Pathology Australia, 2023).

Ankyloglossie : L'ankyloglossie est une anomalie congénitale relativement courante caractérisée par un frein lingual anormalement court, qui peut restreindre la mobilité de la langue à divers degrés (Société canadienne de pédiatrie, 2021).

Aspiration : L'aspiration est le résultat d'un passage de salive, de sécrétions ou d'aliments liquides ou solides sous les plis vocaux et dans la trachée. Chez la plupart des individus en bonne santé, l'aspiration se traduit par un réflexe de toux pour tenter d'empêcher le passage de corps étrangers dans les voies respiratoires. Lorsque la pénétration sous-glottique ne parvient pas à déclencher ce réflexe de toux, on parle d'aspiration silencieuse (Speyer et al., 2021). Bien qu'une aspiration ne mène pas systématiquement à une complication médicale, elle peut contribuer au développement de pneumonies d'aspiration ou d'affections pulmonaires aiguës ou chroniques comme une fibrose pulmonaire, une septicémie ou un abcès pulmonaire (Nativ-Zeltzer et al., 2021). L'aspiration de plus grandes quantités, ou l'aspiration chez une personne aux défenses pulmonaires affaiblies augmentent également le risque de pneumonie (ICSP, 2020).

Autonomie : L'autonomie réfère à la capacité de la personne de dire et d'agir sur le cours des choses, de se dire et de se raconter, d'exercer une possible influence sur son environnement. Elle implique aussi la responsabilité et l'imputabilité de ses actes. L'**autonomie fonctionnelle** se définit comme axée sur la capacité physique de la personne d'effectuer notamment des activités de la vie quotidienne telles que marcher, manger ou se laver, mais aussi sur la capacité cognitive telle que la compréhension, le jugement, la mémoire. Elle peut être altérée avec le temps, la maladie ou le handicap. L'**autonomie décisionnelle** est plutôt axée sur l'implication de la personne dans les décisions, la défense de ses droits, la sollicitation d'aide ou de services qui lui sont nécessaires, l'expression de ses choix et décisions. Une personne qui perd de son autonomie fonctionnelle et qui a besoin d'aide au quotidien, par exemple, ne perd pas nécessairement son autonomie décisionnelle ou, autrement dit, sa capacité à réfléchir et à prendre des décisions (CNEV, 2022).

Bienfaisance : Les principes issus de la bioéthique définis par Beauchamp et Childress en 1979 et révisés en 2008, soit l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice, établissent un cadre utilisé dans la littérature en dysphagie (SASLPA, 2021). Plus spécifiquement, le principe de bienfaisance établit une obligation à aider les autres pour servir leurs intérêts essentiels et légitimes. La relation de confiance et l'alliance thérapeutique entre une professionnelle ou un professionnel de la santé et la patiente ou le patient reposent sur le principe de bienfaisance lequel, traditionnellement, crée une sorte de partialité de l'orthophoniste en faveur de sa patiente ou de son patient (Rabary, 2016).

Bientraitance : La bientraitance, autre concept qui cible le bien, est une approche valorisant le respect de toute personne, ses besoins, ses demandes et ses choix, y compris ses refus. Elle s'exprime par des attentions et des attitudes, un savoir-être et un savoir-faire collaboratif, respectueux des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie et des droits et libertés des personnes. Elle s'exerce par des individus, des organisations ou des collectivités qui, par leurs actions, placent le bien-être des personnes au cœur de leurs préoccupations. Elle se construit par des interactions et une recherche continue d'adaptation à l'autre et à son

environnement. La bienveillance partage les mêmes fondements que la bienveillance. Elle s'en distingue par la prise en compte du point de vue de la personne avant toute action. Lorsqu'il est impossible de recueillir son point de vue, il peut alors être pris en considération celui qu'elle aurait précédemment exprimé (verbalement ou par écrit) ou celui d'une ou un proche (MSSS, 2022).

Bienveillance : La bienveillance, qui est l'expression de l'attention, de la gentillesse, de l'empathie, de la sollicitude et de l'indulgence, repose sur le bien-être envers toute personne (MSSS, 2022).

Biodisponibilité des médicaments : La biodisponibilité d'un médicament est définie à la fois par la quantité de principes actifs qui atteint la circulation sanguine générale et par la vitesse avec laquelle elle l'atteint. Elle peut être absolue ou relative (OQLF. Grand dictionnaire terminologique).

Dilemme éthique : Un dilemme éthique correspond à une situation problématique sur le plan de l'éthique au sein de laquelle une personne est confrontée à un choix déchirant. Dans ce genre de situation, bien que les options s'offrant à l'individu soient désirables, celles-ci étant inconciliables (ou difficilement conciliables), l'individu vit de l'incertitude quant à l'option devant être privilégiée (Brûlé et Drolet, 2017).

Dysfonction laryngée : Le terme « dysfonction laryngée » englobe une grande variété d'états fonctionnels aberrants se chevauchant souvent chez un même individu. On y compte des conditions associées à une atteinte sensorielle (ex. : toux chronique) ou à une atteinte motrice (ex. : tendance accrue à une fermeture glottique inappropriée) de l'appareil laryngé (UETMIS, 2023).

Éducation thérapeutique de la patiente ou du patient (ETP) : L'ETP regroupe un ensemble de stratégies de communication qui peuvent aider à expliquer aux patientes et aux patients la nature et la gravité de leur problème de santé, comprendre et mettre en lien leurs problèmes de santé et les traitements, autogérer leurs traitements, reconnaître et prendre des décisions face à des signes d'alerte, apporter des changements au mode de vie et les maintenir dans le temps, faire face à un épisode aigu, une situation qui vient interférer avec la gestion habituelle de la maladie, etc. (Haute autorité de santé [HAS], 2014).

Éducation à la santé : Il s'agit d'une démarche d'apprentissage intégrée au processus de soins et de services par laquelle la patiente ou le patient développe sa compréhension de sa maladie et de son traitement pour devenir progressivement autonome et partie prenante de la dynamique de soins et de services. Cette façon d'intervenir auprès d'une personne dysphagique ou à risque de l'être s'inscrit dans la pensée d'un partenariat de soins et services qui met de l'avant la nécessité non seulement d'informer, mais d'éduquer la personne tout en reconnaissant ses savoirs expérientiels (RUISSS de l'UdeM, 2013).

Étouffement par asphyxie alimentaire : L'étouffement par asphyxie alimentaire peut entraîner un décès si les manœuvres de désobstruction des voies respiratoires comme la méthode Heimlich, sont inefficaces. Kramarow et al. (2014) rapportent que le taux de décès par asphyxie alimentaire chez la personne âgée est près de 7 fois plus élevé que chez l'enfant entre

1 an et 4 ans. Les asphyxies alimentaires comptent pour environ 17 % des morts par asphyxie chez la personne aînée. L'étouffement par asphyxie est une cause importante de décès par accident chez l'enfant jusqu'à 14 ans, et certaines études rapportent qu'environ 60 à 80 % des morts par étouffement sont reliées à des aliments (Lorenzoni et al., 2019).

Fragilité (frailty) : La fragilité est un concept essentiel en médecine gériatrique et se définit par une réduction généralisée des réserves homéostatiques de plusieurs systèmes physiologiques conduisant à un état de vulnérabilité accrue qui rend plus difficile l'adaptation de la personne aînée aux événements stressants de la vie, mêmes mineurs (maladies, accidents, etc.), et qui augmente le risque de perte d'autonomie (INSPQ, 2018).

Neuroplasticité : La neuroplasticité est un processus qui implique des aptitudes ou des changements structurels, fonctionnels et adaptatifs du cerveau. C'est la capacité du système nerveux à modifier son activité en réponse à des stimuli intrinsèques ou extrinsèques en réorganisant sa structure, ses fonctions ou ses connexions. Il s'agit également du processus de modification du cerveau après une lésion, telle qu'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un traumatisme crânio-cérébral (TCC) (Puderbaugh et Emmady, 2023).

Neuroprotection : La neuroprotection englobe les interventions qui favorisent le développement du cerveau et qui préviennent l'apparition de lésions neuronales iatrogènes liées au stress ou à la douleur chez le nouveau-né prématuré en développement. Les soins du développement (SDD) aux nouveau-nés ont une fonction de neuroprotection (McGrath et al., 2011 ; Martel et Millette, 2017).

Ostéopathie : L'ostéopathie est une approche manuelle dont l'objectif est de rétablir la fonctionnalité des structures et des systèmes du corps humain afin d'optimiser sa capacité d'autorégulation (Ostéopathie Québec). Des traitements ostéopathiques pour des problèmes de déglutition ou d'alimentation sont parfois rendus en complément ou en combinaison avec de la rééducation en orthophonie ou dans une gamme de services. Ils pourraient être bénéfiques pour certaines conditions notamment chez des nouveau-nés et des enfants rencontrant des difficultés de succion ou d'alimentation (Barni et al., 2019; Baisakhiya et al., 2017).

Partenariat : Cette approche privilégie une implication plus active de la patiente ou du patient et de ses personnes proches aidantes dans le processus de soins et de services et dans les décisions qui les concernent. La patiente ou le patient est membre de l'équipe de soins et de services. La relation repose sur l'empathie, un climat de confiance, la reconnaissance de l'expertise de la patiente ou du patient et la reconnaissance de la capacité de la personne à décider. Elle est encouragée à développer ses compétences de soins tout au long de son parcours de santé de façon à devenir une ou un véritable partenaire des intervenantes et intervenants qui l'accompagnent (RUISSS de l'UdeM, 2013).

Protocole d'eau claire Frazier (Frazier Free Water) : Ce protocole a été développé dans le but d'offrir aux patientes et aux patients ayant une dysphagie la possibilité de consommer de l'eau claire (c'est-à-dire non épaissie) entre les repas (Gillman et al., 2017).

Qualité des services et des soins : Telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la qualité des services et des soins recouvre la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation et les services palliatifs. La qualité doit pouvoir être mesurée et continuellement améliorée moyennant la prestation de soins fondés sur des données probantes et tenant compte des besoins et des préférences des utilisatrices et utilisateurs des services (patientes, patients, familles et communautés) (OMS, 2020).

Soins du développement aux nouveau-nés (SDD) : Les SDD désignent une approche de soins individualisés basés sur l'interprétation des comportements des nouveau-nés et qui visent une intégration des parents comme partenaires de soins. À l'unité néonatal, ces soins visent à moduler l'environnement et à offrir des soins adaptés aux besoins des nouveau-nés prématurés et à ceux qui sont nés à terme, mais avec des problèmes de santé, en diminuant l'impact négatif de l'environnement sur leur développement neurologique. Puisque le plus grand développement neurologique de l'humain a lieu entre la 24^e et la 40^e semaine de gestation, les SDD ont une fonction de neuroprotection (Martel et Milette, 2017).

Stimulation cérébrale non invasive : La stimulation cérébrale non invasive inclut la stimulation magnétique transcrânienne (TMS simple, pairée et répétitive) et la stimulation cérébrale à courant continu (TDCS). Ces approches permettent d'évaluer le fonctionnement du système nerveux à la suite d'une lésion ou d'une intervention, ou encore de moduler l'état de régions cérébrales spécifiques afin d'augmenter l'efficacité d'interventions de réadaptation ou de diminuer le niveau de douleur (CIRRS, s.d.). De récentes études sur la stimulation transcrânienne à courant continu ont par ailleurs démontré des résultats prometteurs sur l'amélioration de la fonction de déglutition après un AVC (Xie et al., 2023).

Stratégies d'alimentation à faibles risques (*Low-risk feeding strategies for dysphagia*) : Il s'agit d'un ensemble de stratégies que la personne dysphagique elle-même ou la personne qui la surveille lorsqu'elle s'alimente ou qui l'alimente physiquement peut mettre en place pour prévenir les risques d'aspiration et les risques d'étouffement par asphyxie. L'utilisation systématique de stratégies d'alimentation à faibles risques peut prévenir des problèmes de santé et améliorer la qualité de l'expérience pour la personne assistée (Heart and Stroke Foundation of Ontario, 2002).

Thérapie manuelle : La thérapie manuelle, offerte par des physiothérapeutes habilités ou habilités, représente un large éventail de techniques qui comprennent généralement des massages, étirements passifs et actifs, des mobilisations légères et profondes des tissus mous et des manipulations articulaires. Elle pourrait être utilisée notamment dans le traitement des troubles de déglutition ou de respiration d'origine neurologique fonctionnelle, en présence de lymphœdème, de fibrose post-radique ou d'un globe pharyngé (Krisciunas et al., 2019; Kuhn et al., 2023; Baker et al., 2021).

Trouble neurologique fonctionnel (TNF) : Le TNF est un problème lié au fonctionnement du système nerveux et à la manière dont le cerveau et le corps envoient et reçoivent des signaux. Des facteurs de risque physiques et/ou psychologiques peuvent provoquer des symptômes fonctionnels qui comprennent une variété de symptômes physiques, sensoriels et cognitifs qui n'ont pas encore été expliqués par une maladie reconnue. Les troubles neurologiques fonctionnels sont considérés comme multifactoriels, ce qui signifie que de nombreux facteurs différents peuvent contribuer au développement du trouble. Les symptômes sont réels et involontaires et peuvent entraîner une altération de la qualité de vie similaire à celle d'autres maladies neurologiques, voire pire à certains égards. Les troubles neurologiques fonctionnels se situent à la frontière entre la neurologie et la psychiatrie, car ils entraînent une anomalie de fonctionnement du système nerveux central caractérisée par une altération de transmission de l'information entre les régions cérébrales impliquées dans la régulation émotionnelle et la représentation de soi d'une part, et le système moteur et sensitif d'autre part. (FND Hope International, s.d.; Baker et al., 2021).

11. BIBLIOGRAPHIE

- Adams-Chapman, I., Bann, C. M., Vaucher, Y. E., Stoll, B. J. et Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network (2013). Association between feeding difficulties and language delay in preterm infants using Bayley Scales of Infant Development-Third Edition. *The Journal of pediatrics*, 163(3), 680–685. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.03.006>
- Alagiakrishnan, K., Bhanji, R. A., et Kurian, M. (2013). Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.04.011>
- Alberta college of Speech Language Pathologists and Audiologists (ACSLPA). (2018, révisé). Swallowing (Dysphagia and Feeding). <https://www.acslpa.ca/?s=swallowing>
- Albuquerque, L. C. A., Pernambuco, L., da Silva, C. M., Chateaubriand, M. M., et da Silva, H. J. (2019). Effects of electromyographic biofeedback as an adjunctive therapy in the treatment of swallowing disorders: A systematic review of the literature. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 276(4), 927-938. DOI: [10.1007/s00405-019-05336-5](https://doi.org/10.1007/s00405-019-05336-5)
- Aldridge, K. J., et Taylor, N. F. (2012). Dysphagia is a common and serious problem for adults with mental illness: a systematic review. *Dysphagia*, 27(1), 124-137. DOI: [10.1007/s00455-011-9378-5](https://doi.org/10.1007/s00455-011-9378-5)
- Alfonsi, E., Restivo, D. A., Cosentino, G., De Icco, R., Bertino, G., Schindler, A., Todisco, M., Fresia, M., Cortese, A., Prunetti, P., Ramusino, M. C., Moglia, A., Sandrini, G., et Tassorelli, C. (2017). Botulinum toxin Is effective in the management of neurogenic dysphagia. Clinical-electrophysiological findings and tips on safety in different neurological disorders. *Frontiers in pharmacology*, 8, 80. <https://doi.org/10.3389/fphar.2017.00080>
- Alliance canadienne des organismes de réglementation en orthophonie et en audiologie (ACOROA). (2018, mai). Profil de compétences nationales pour l'orthophonie. <https://www.ooaq.qc.ca/espace-membres/developpement-professionnel/>
- Altus, D. E., Engelman, K. K., et Mathews, R. M. (2002). Using family-style meals to increase participation and communication in persons with dementia. *Journal of gerontological nursing*, 28(9), 47–53. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20020901-09>
- American Speech-Language-Hearing Association. [ASHA] (a) (s.d.). Adult Dysphagia. Practice Portal. www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Adult-Dysphagia/

- American Speech-Language-Hearing Association [ASHA] (b) (s.d.) End-of-Life Issues in Speech-Language Pathology. <https://www.asha.org/slp/clinical/endoflife/>
- American Speech-Language-Hearing Association [ASHA] (c). (s.d.) Head and Neck Cancer <https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/head-and-neck-cancer/>
- American Speech-Language-Hearing Association [ASHA] (d). (s.d.) Pediatric Feeding and Swallowing. https://www.asha.org/practice-portal/clinical-topics/pediatric-feeding-and-swallowing/#collapse_8
- American Speech-Language-Hearing Association [ASHA] (2005). The role of the speech-language pathologist in the performance and interpretation of endoscopic evaluation of swallowing: Position statement. ASHA Supplement 25. <https://www.asha.org/policy/ps2005-00112/>
- Armijo-Olivo, S.L. (2016). Temporomandibular disorders. Dans Magee D.J., Zachazewski, J.E., Quillen, W.S. et Manske, R.C. (dir.). Pathology and intervention in musculoskeletal rehabilitation.(2e éd.). Saunders. ISBN: 9780323310727
- Armstrong, E. S., Reynolds, J., Sturdivant, C., Carroll, S., et Suterwala, M. S. (2020). Assessing swallowing of the breastfeeding NICU Infant using fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing: A feasibility study. *Advances in neonatal care : official journal of the national association of neonatal nurses*, 20(3), 244–250. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000696>
- Arnold, R. J., et Bausek, N. (2020). Effect of respiratory muscle training on dysphagia in stroke patients-A retrospective pilot study. *Laryngoscope investigative otolaryngology*, 5(6), 1050–1055. <https://doi.org/10.1002/lio2.483>
- Arvedson, J. C. (2008). Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches. *Developmental disabilities research reviews*, 14(2), 118-127. <https://doi.org/10.1002/ddrr.17>
- Arvedson, J.C., Clark, H., Lazarus, C., Schooling, T., et Frymark, T. (2010). The effects of oral-motor exercises on swallowing in children: an evidence-based systematic review. *Developmental medicine and child neurology*, 52(11),1000-1013. DOI: [10.1111/j.1469-8749.2010.03707.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2010.03707.x)
- Arvedson, J.C., Brodsky, L. et Lefton-Greif, M.A. (2020). *Pediatric swallowing and feeding: assessment and management* (3e éd). Plural Publishing Inc.

- Athukorala, R. P., Jones, R. D., Sella, O., et Huckabee, M. L. (2014). Skill training for swallowing rehabilitation in patients with Parkinson's disease. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 95(7), 1374–1382.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.03.001>
- Bahat, G., Yilmaz, O., Durmazoglu, S., Kilic, C., Tascioglu, C., et Karan, M. A. (2019). Association between dysphagia and frailty in community dwelling older adults. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 23(6), 571–577. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1191-0>
- Baisakhiya, N., Goyal, M., Singh, G., et Chandra, S. (2017). Study the effect of osteopathic manipulation treatment in globus pharyngeus patients. *International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery*, 3(4), 957. DOI: <https://doi.org/10.18203/issn.2454-5929.ijohns20174314>
- Baker, J., Barnett, C., Cavalli, L., Dietrich, M., Dixon, L., Duffy, J. R., ... et McWhirter, L. (2021). Management of functional communication, swallowing, cough and related disorders: consensus recommendations for speech and language therapy. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 92 (10), 1112-1125.
<http://dx.doi.org/10.1136/jnnp-2021-326767>
- Barni, A., Zecchillo, D., Uberti, S. et Ratti, S. (2019). Osteopathic Manipulative Treatment in a Paediatric Patient with Oesophageal Atresia and Tracheo-Oesophageal Fistula. *Case reports in gastroenterology*, 13(1), 178–184. <https://doi.org/10.1159/000499445>
- Bartolome, R., Kaneko-Tarui, T., Maron, J. et Zimmerman, E. (2020). The Utility of Speech-Language Biomarkers to Predict Oral Feeding Outcomes in the Premature Newborn. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2S), 1022-1029.
https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-CSW18-19-0027
- Bath, P. M., Woodhouse, L. J., Suntrup-Krueger, S., Likar, R., Koestenberger, M., Warusevitane, A., Herzog, J., Schuttler, M., Ragab, S., Everton, L., Ledl, C., Walther, E., Saltuari, L., Pucks-Faes, E., Bocksrucker, C., Vosko, M., de Broux, J., Haase, C. G., Raginis-Zborowska, A., Mistry, S., ... for PHADER Investigators (2020). Pharyngeal electrical stimulation for neurogenic dysphagia following stroke, traumatic brain injury or other causes: Main results from the PHADER cohort study. *EClinicalMedicine*, 28, 100608.
<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100608>
- Baxter, R., Merkel-Walsh, R., Baxter, B. S., Lashley, A., et Rendell, N. R. (2020). Functional Improvements of Speech, Feeding, and Sleep After Lingual Frenectomy Tongue-Tie Release: A Prospective Cohort Study. *Clinical pediatrics*, 59(9-10), 885–892.
<https://doi.org/10.1177/0009922820928055>

- Beauchamp, T. et Childress, J. (2008). Les principes de l'éthique biomédicale (édition française). Belles lettres. ISBN-10 2251430156.
- Beaulieu, M-D. (2016). Construction et hiérarchisation des données probantes en santé : savoirs scientifiques, expérientiels et contextuels. *Revue du CREMIS*. 9 (2).
<https://cremis.ca/publications/revues/letat-social-a-la-derive/>
- Benfield, J. K., Everton, L. F., Bath, P. M. et England, T. J. (2019). Does Therapy With Biofeedback Improve Swallowing in Adults With Dysphagia? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 100(3), 551–561.
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.04.031>
- Bonilha, H. S., Blair, J., Carnes, B., Huda, W., Humphries, K., McGrattan, K., Michel, Y. et Martin-Harris, B. (2013). Preliminary investigation of the effect of pulse rate on judgments of swallowing impairment and treatment recommendations. *Dysphagia*, 28, 528-538.
 DOI: [10.1007/s00455-013-9463-z](https://doi.org/10.1007/s00455-013-9463-z)
- Brates, D., Molfenter, S. M., et Thibeault, S. L. (2019). Assessing Hyolaryngeal Excursion: Comparing Quantitative Methods to Palpation at the Bedside and Visualization During Videofluoroscopy. *Dysphagia*, 34(3), 298–307. <https://doi.org/10.1007/s00455-018-9927-2>
- Breton, M., Gagnon, K., Beaumont, A. et Martel-Sauvageau, V. (2023). Caractéristiques des troubles de la déglutition et de la parole associés à la dystrophie musculaire oculopharyngée et leurs impacts fonctionnels : une revue systématique. *Revue canadienne d'orthophonie et d'audiologie (RCOA)*. 47(1) 1-18.
<https://www.cjslpa.ca/detail.php?ID=1320&lang=fr>
- Brûlé, A.-M. et Drolet, M.-J. (2017). Exploration des dilemmes éthiques entourant le traitement de la dysphagie à l'enfance et leurs solutions : perceptions d'intervenants. *BioéthiqueOnline*, 6. <https://doi.org/10.7202/1044617ar>
- Butler, S. G., Markley, L., Sanders, B., et Stuart, A. (2015). Reliability of the penetration aspiration scale with flexible endoscopic evaluation of swallowing. *The Annals of otology, rhinology, and laryngology*, 124(6), 480–483.
<https://doi.org/10.1177/0003489414566267>
- Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M. et Museux, A.-C. (2018, version révisée). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI).
<https://www.rcpi.ulaval.ca/outils-et-references/publications-du-rcpi/>

- Chang, M.C., Park, J.S., Lee, B.J. et Park, D. (2021). The effect of deep brain stimulation on swallowing function in Parkinson's disease: a narrative review. *Dysphagia*. 36(5):786-799. DOI: [10.1007/s00455-020-10214-y](https://doi.org/10.1007/s00455-020-10214-y)
- Charrette, L. Ordre des conseillers en ressources humaines agréés. (2020, mars). Carrefour RH. Le « rôle-conseil » pour un accompagnement de qualité! <https://carrefourrh.org/ressources/developpement-competences-releve/2020/03/role-conseil>
- Cherney, L. R., et Halper, A. S. (1989). Recovery of oral nutrition after head injury in adults. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 4(4), 42–50. <https://doi.org/10.1097/00001199-198912000-00009>
- Cichero J. A. (2018). Age-related changes to eating and swallowing impact frailty: aspiration, choking risk, modified food texture and autonomy of choice. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 3(4), 69. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3040069>
- Cichero J.A. (2013). Thickening agents used for dysphagia management: effect on bioavailability of water, medication and feelings of satiety. *Nutr J*; 12: 54. <https://doi.org/10.1186/1475-2891-12-54>
- Cichero J.A., Lam P, Steele C.M., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R.O., Duiveststein, J., Kayashita, J., Lecko, C., Murray, J., Pillay, M., Riquelme, L., Stanschus, S. (2017). Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: *The IDDSI Framework*. *Dysphagia*; 32(2):293-314. DOI: [10.1007/s00455-016-9758-y](https://doi.org/10.1007/s00455-016-9758-y)
- CIRRIIS : Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (s.d.). Laboratoire de stimulation cérébrale et robotique. <https://www.cirris.ulaval.ca/laboratoires/laboratoire-de-stimulation-cerebrale-et-robotique-tms-c-02b/>
- Clark, H. M., et Shelton, N. (2014). Training effects of the effortful swallow under three exercise conditions. *Dysphagia*, 29(5), 553–563. <https://doi.org/10.1007/s00455-014-9544-7>
- Collège des Médecins du Québec. (CMQ) (2015, avril). La pratique médicale en soins de longue durée – Guide d'exercice. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-04-01-fr-pratique-medicale-en-soins-de-longue-duree.pdf>
- College of audiologists and Speech-Language Pathologists of Ontario. (CASLPO) (2022, décembre). *Practice standards for dysphagia intervention*. https://caslpo.com/sites/default/uploads/files/PS_EN_Practice_Standards_Dysphagia_Intervention.pdf

- Colodny, N. (2002). Interjudge and intrajudge reliabilities in fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (Fees) using the Penetration–Aspiration Scale: A replication study. *Dysphagia*, 17(4), 308-315. DOI: [10.1007/s00455-002-0073-4](https://doi.org/10.1007/s00455-002-0073-4)
- Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ). (2022) La modernisation des lois et des champs d'exercice professionnels. https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYY3Q7Y2h7Qix1Qmll4X3Rf/asset/files/9341_Mode_rnisationLoisChampExp_V4.pdf
- CNEV : Comité national d'éthique sur le vieillissement (2022). Entre le respect de l'autonomie et la sécurité des personnes les plus âgées à domicile : un équilibre fragile dans le parcours de vie à domicile. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-830-31W.pdf>
- Delaney, A.L. (2015). Special considerations for the pediatric population relating to a swallow screen versus clinical swallow or instrumental evaluation. *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders*. *Dysphagia*. 24, 26-33. <https://doi.org/10.1044/sasd24.1.26>
- Denk, D. M., et Kaider, A. (1997). Videoendoscopic biofeedback: a simple method to improve the efficacy of swallowing rehabilitation of patients after head and neck surgery. *ORL; journal for oto-rhino-laryngology and its related specialties*, 59(2), 100–105. <https://doi.org/10.1159/000276918>
- Desrosiers, T., Gaudreau, É., Martel-Sauvageau, V. et Rajotte, É. (2019). Collaboration interprofessionnelle à l'Université Laval : trois programmes réunis autour d'un cas clinique de dysphagie. *Nutrition Science en évolution*, 17(2), 25–30. <https://doi.org/10.7202/1066312ar>
- DeZeeuw, K. et Lalonde Myers, E. (2020). The Role of Speech-Language Pathologists in Medical Assistance in Dying: Canadian Experience to Inform Clinical Practice. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 44(2). https://www.cjslpa.ca/files/2020_CJSLPA_Vol_44/No_2/CJSLPA_Vol_44_No_2_2020_MS_1196.pdf
- Dikeman, K. J., et Kazandjian, M. S. (2002). *Communication and swallowing management of tracheostomized and ventilator-dependent adults*. ISBN 0769302459.
- Doan, T. N., Ho, W. C., Wang, L. H., Chang, F. C., Nhu, N. T. et Chou, L. W. (2022). Prevalence and methods for assessment of oropharyngeal dysphagia in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 11(9), 2605. <https://doi.org/10.3390/jcm11092605>

- Dodrill, P., et Gosa, M. M. (2015). Pediatric dysphagia: physiology, assessment, and management. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 66(Suppl. 5), 24-31
<https://doi.org/10.1159/000381372>
- Eickhoff, S. B., Heim, S., Zilles, K., et Amunts, K. (2009). A systems perspective on the effective connectivity of overt speech production. *Philosophical transactions of the royal society A: Mathematical, physical and engineering Sciences*, 367(1896), 2399-2421
<https://doi.org/10.1098/rsta.2008.0287>
- El Sharkawi, A., Ramig, L., Logemann, J. A., Pauloski, B. R., Rademaker, A. W., Smith, C. H., Pawlas, A., Baum, S. et Werner, C. (2002). Swallowing and voice effects of Lee Silverman Voice Treatment (LSVT): a pilot study. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 72(1), 31–36. <https://doi.org/10.1136/jnnp.72.1.31>
- Feldman R. (2015). Sensitive periods in human social development: New insights from research on oxytocin, synchrony, and high-risk parenting. *Development and psychopathology*, 27(2), 369–395. <https://doi.org/10.1017/S0954579415000048>
- Felix, V. N., Corrêa, S. M., et Soares, R. J. (2008). A therapeutic maneuver for oropharyngeal dysphagia in patients with Parkinson's disease. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 63(5), 661–666.
<https://doi.org/10.1590/s1807-59322008000500015>
- Ferrara, L., Kamity, R., Islam, S., Sher, I., Barlev, D., Wennerholm, L., Redstone, F., et Hanna, N. (2018). Short-Term Effects of Cold Liquids on the Pharyngeal Swallow in Preterm Infants with Dysphagia: A Pilot Study. *Dysphagia*, 33(5), 593–601.
<https://doi.org/10.1007/s00455-018-9877-8>
- Flowers, H. L., Silver, F. L., Fang, J., Rochon, E., et Martino, R. (2013). The incidence, co-occurrence, and predictors of dysphagia, dysarthria, and aphasia after first-ever acute ischemic stroke. *Journal of communication disorders*, 46(3), 238-248.
<https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2013.04.001>
- FND Hope International (s.d.) *What is Functional Neurological Disorder (FND)*
<https://fndhope.org/fnd-guide/>
- Fujiu, M., et Logemann, J. A. (1996). Effect of a tongue-holding maneuver on posterior pharyngeal wall movement during deglutition. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 5(1), 23-30. <https://doi.org/10.1044/1058-0360.0501.23>
- Gaidos, S., Hrdlicka, H. C., et Corbett, J. (2023). Implementation of a free water protocol at a long term acute care hospital. *Scientific reports*, 13(1), 2626.
<https://doi.org/10.1038/s41598-023-29448-5>

- Garand, K. L. F., McCullough, G., Crary, M., Arvedson, J. C., et Dodrill, P. (2020). Assessment across the life span: the clinical swallow evaluation. *American journal of speech-language pathology*, 29(2S), 919–933. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00063
- Ghaheri, B. A., Cole, M., et Mace, J. C. (2018). Revision lingual frenotomy improves patient-reported breastfeeding outcomes: A prospective cohort study. *Journal of human lactation: official journal of International Lactation Consultant Association*, 34(3), 566–574. <https://doi.org/10.1177/0890334418775624>
- Gillman, A., Winkler, R., et Taylor, N. F. (2017). Implementing the Free Water Protocol does not result in aspiration pneumonia in carefully selected patients with dysphagia: A systematic review. *Dysphagia*, 32(3), 345–361. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9761-3>
- Gilmore-Bykovskyi, A. L. et Rogus-Pulia, N. (2018). Temporal associations between caregiving approach, behavioral symptoms and observable indicators of aspiration in nursing home residents with dementia. *The journal of nutrition, health and aging*, 22(3), 400–406. <https://doi.org/10.1007/s12603-017-0943-y>
- Giraldo-Cadavid, L. F., Leal-Leaño, L. R., Leon-Basantes, G. A., Bastidas, A. R., Garcia, R., Ovalle, S., et Abondano-Garavito, J. E. (2017). Accuracy of endoscopic and videofluoroscopic evaluations of swallowing for oropharyngeal dysphagia. *The Laryngoscope*, 127(9), 2002–2010. <https://doi.org/10.1002/lary.26419>
- Goday, P. S., Huh, S. Y., Silverman, A., Lukens, C. T., Dodrill, P., Cohen, S. S., Delaney, A. L., Feuling, M. B., Noel, R. J., Gisel, E., Kenzer, A., Kessler, D. B., Kraus de Camargo, O., Browne, J. et Phalen, J. A. (2019). Pediatric Feeding Disorder: Consensus Definition and Conceptual Framework. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 68 (1), 124–129. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000002188>
- GOLD. (2020). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Rapport. [GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf \(goldcopd.org\)](https://goldcopd.org/GOLD-2020-FINAL-ver1.2-03Dec19_WMV.pdf)
- Govender, R., Taylor, S. A., Smith, C. H., et Gardner, B. (2019). Helping patients with head and neck cancer understand dysphagia: exploring the use of video-animation. *American journal of speech-language pathology*, 28(2), 697–705. https://doi.org/10.1044/2018_AJSLP-18-0184
- Groher, M.E. (2016). The Historical role of the SLP in dysphagia management. *Dysphagia Café*. <http://dysphagiacafe.com/2016/08/31/historical-role-slp-dysphagia-management/>

- Groher, M.E. (1990). The Role of the Speech-Language Pathologist in the Evaluation and Care of Oral and Pharyngeal Dysphagia. *J neuro Rehab* (4). 61-64
<https://doi.org/10.1177/154596839000400202>
- Groher, M. E. et Crary, M. A. (2020). *Dysphagia-E-Book: clinical management in adults and children*. Elsevier Health Sciences. ISBN: 9780323636483
- Hailun J, Qiang, Z., Qi, Z., Hao,C., Xi, N., Miao,L., Chunsheng ,Y., W, L., Xiaonong ,F., Zhihong, M. et Yuzheng, D., (2022). Manual Acupuncture or Combination of Rehabilitation Therapy to Treat Poststroke Dysphagia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, <https://doi.org/10.1155/2022/8803507>
- Haute autorité de la santé (HAS). (2014, juin). Éducation thérapeutique du patient (ETP).
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
- Heart and Stroke Foundation of Ontario (2002). Improving Recognition and Management of Dysphagia in Acute Stroke. <http://swallowinglab.uhnres.utoronto.ca/Improving.pdf>
- Hill, R. R., et Pados, B. F. (2023). Gastrointestinal Symptom Improvement for Infants Following Tongue-Tie Correction. *Clinical pediatrics*, 62(2), 136–142.
<https://doi.org/10.1177/00099228221117459>
- Hogan, M., Westcott, C., et Griffiths, M. (2005). Randomized, controlled trial of division of tongue-tie in infants with feeding problems. *Journal of paediatrics and child health*, 41(5-6), 246–250. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2005.00604.x>
- Huang, H., Yan, J., Lin, Y., Lin, J., Hu, H., Wei, L., Zhang, Q. et Liang, S. (2023). Brain functional activity of swallowing: A meta-analysis of functional magnetic resonance imaging. *Journal of Oral Rehabilitation*, 50(2), 165-175.
<https://doi.org/10.1111/joor.13397>
- Hutcheson, K.A, Lewin, J.S., Barringer, D.A., Lisec, A., Gunn, G.B., Moore, M.W. et Holsinger, F.C. (2012). Late dysphagia after radiotherapy-based treatment of head and neck cancer. *Cancer*. 118 (23): 5793-9. DOI: [10.1002/cncr.27631](https://doi.org/10.1002/cncr.27631)
- Imada, M., Kagaya, H., Ishiguro, Y., Kato, M., Inamoto, Y., Tanaka, T., Shibata, S., et Saitoh, E. (2016). Effect of visual biofeedback to acquire supraglottic swallow in healthy individuals: a randomized-controlled trial. *International journal of rehabilitation research*. 39(2), 181–184. <https://doi.org/10.1097/MRR.000000000000154>

- IDDSI: International Dysphagia Diet Standardisation Initiative. (2022, juin). *Diagramme et descriptions détaillées de l'IDDSI 2.0. Terminologie française harmonisée* par Andrews, E., Brin-Henry, F., Girod-Roux, M., Monty, V., Ruglio, V. et Tessier, M-J. <https://iddsi.org/IDDSI/media/images/FrameworkDocuments/IDDSI-Framework-and-Descriptors-FRENCH-July-2022.pdf>
- Institut canadien pour la sécurité des patients [ICSP]. (2020, avril). Pneumonie par aspiration. Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital. <https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Hospital-Harm-Measure/Improvement-Resources/Aspiration-Pneumonia/Pages/Aspiration-Pneumonia-Global-Patient-Safety-Alerts.aspx>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2018). *L'utilisation des services de santé et la fragilité chez les aînés québécois victimes d'une fracture mineure*. Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2464_utilisation_service_sante_aines_fracture_mineure.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2022). *Classification des liquides épaissis pour la prise en charge de la dysphagie*. État des connaissances rédigé par Marie-Hélène Raymond. <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/classification-des-liquides-epaissis-pour-la-prise-en-charge-de-la-dysphagie.html>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2016, janvier). Les niveaux de soins – Normes et standards de qualité. Guide rédigé par Michel Rossignol et Lucy Boothroyd. <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/les-niveaux-de-soins.html>
- Jani, M.P. et Gore, G.B. (2014). Occurrence of communication and swallowing problems in neurological disorders: analysis of forty patients. *NeuroRehabilitation*.35(4),719-727. DOI: [10.3233/NRE-141165](https://doi.org/10.3233/NRE-141165)
- Jiang, H., Zhang, Q., et al. (2022). Manual Acupuncture or Combination of Rehabilitation Therapy to Treat Poststroke Dysphagia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. <https://doi.org/10.1155/2022/8803507>
- Jones, H. et Rosenbek, J.C. (2010) *Dysphagia in Rare Conditions: An Encyclopedia*. 1e éd. ISBN13: 978-1-59756-747-3.
- Julien, M. (2014). Intégrer la personne avec aphasie sévère aux décisions qui la concernent, dans M. H. Gerger et autres, *Approche thérapeutique neuro-environnementale après une lésion cérébrale*, Paris, De Boeck-Solal.

- Julien M. et Dechelette, L. (2011). Formulaire multimodal des niveaux d'intervention médicale (NIM) et de la réanimation cardiorespiratoire (RCR) – Guide de l'intervenant. <https://ccsmtlpro.ca/medecins-pharmaciens-et-professionnels/documentation-par-sujets/outils-d-evaluation-du-niveau-d-intervention-medecale-nim-et-de-la-reanimation-cardiorespiratoire-rcr/>
- Kamity R, Kapavarapu P.K., et Chandel, A. (2021). Feeding problems and long-term outcomes in preterm infants – a systematic approach to evaluation and management. *Childran.* 8 (12): 1158. DOI: [10.3390/children8121158](https://doi.org/10.3390/children8121158)
- Karagiannis, M. et Karagiannis, T.C. (2014). Oropharyngeal dysphagia, free water protocol and quality of life: an update from a prospective clinical trial. *Hell J Nucl Med.* 17 (1) 26-29. PMID: 24392465.
- Kim, H., Kim, Y. A., Lee, H. J., Kim, K. S., Kim, S. T., Kim, T. S., et Cho, Y. S. (2017). Effect of the combination of Mendelsohn maneuver and effortful swallowing on aspiration in patients with dysphagia after stroke. *Journal of physical therapy science*, 29(11), 1967–1969. <https://doi.org/10.1589/jpts.29.1967>
- Kim, H., et Park, J. S. (2019). Efficacy of modified chin tuck against resistance exercise using hand-free device for dysphagia in stroke survivors: A randomised controlled trial. *Journal of oral rehabilitation*, 46(11), 1042–1046. <https://doi.org/10.1111/joor.12837>
- Kleim, J. A., et Jones, T. A. (2008). Principles of experience-dependent neural plasticity: Implications for rehabilitation after brain damage. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(1), S225–S239.
- Kramarow, E., Warner, M. et Chen, L. H. (2014). Food-related choking deaths among the elderly. *Injury prevention. Journal of the international society for child and adolescent injury prevention*, 20(3), 200–203. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2013-040795>
- Krisciunas, G. P., Vakharia, A., Lazarus, C., Taborda, S. G., Martino, R., Hutcheson, K., McCulloch, T. et Langmore, S. E. (2019). Application of manual therapy for dysphagia in head and neck cancer patients: a preliminary national survey of treatment trends and adverse events. *Global advances in health and medicine*, 8, <https://doi.org/10.1177/2164956119844151>
- Kuhn, M. A., Gillespie, M.B., Ishman, S. L., Ishii, L.E., Brody, R., Cohen, E., Shumon I. Dhar, S.I., Hutcheson, G., Jefferson, F., Johnson, A., Rameau, D., Starmer, H., (...) et Dhepyasuwan, N. (2023). Expert consensus statement: management of dysphagia in head and neck cancer patients. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery.* 168(4) 571–592. DOI: [10.1002/ohn.302](https://doi.org/10.1002/ohn.302)

- Lai, C. S., Fisher, S. E., Hurst, J. A., Vargha-Khadem, F., et Monaco, A. P. (2001). A forkhead-domain gene is mutated in a severe speech and language disorder. *Nature*, 413(6855), 519-523. <https://doi.org/10.1038/35097076>
- LaManna, S.E. (2023). New Neonatal Care Standards Support SLPs' Consistent Presence in the NICU. *The ASHA LeaderLive*. <https://leader.pubs.asha.org/do/10.1044/2023-0602-slp-nicu-standards/full/>
- Langmore, S.E. (2006) Endoscopic evaluation of oral and pharyngeal phases of swallowing. *GI Motility online*. DOI: [10.1038/gimo28](https://doi.org/10.1038/gimo28)
- Langmore, S.E. (2017). History of fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing for evaluation and management of pharyngeal dysphagia: changes over the years. *Dysphagia*, 32 (1), 27-38. DOI: [10.1007/s00455-016-9775-x](https://doi.org/10.1007/s00455-016-9775-x)
- Langmore, S. E., Scarborough, D. R., Kelchner, L. N., Swigert, N. B., Murray, J., Reece, S., Cavanagh, T., Harrigan, L. C., Scheel, R., Gosa, M. M., et Rule, D. K. (2022). Tutorial on clinical practice for use of the fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing procedure with adult populations: Part 1. *American journal of speech-language pathology*, 31(1), 163–187. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-20-00348
- Langmore, S.E., Terpenning, M.S., Schork, A., Chen, Y., Murray, J.T., Lopatin, D. et Loesche, W.J. (1998). Predictors of aspiration pneumonia: how important is dysphagia? *Dysphagia*. 13(2):69-81. DOI: [10.1007/PL00009559](https://doi.org/10.1007/PL00009559)
- Lapointe, J. et McFarland, D. H. (2004). Pourquoi les orthophonistes devraient-ils s'intéresser à la dysphagie. *Fréquences*, 16(3), 22–25.
- Leech, K. A., et Rowe, M. L. (2021). An intervention to increase conversational turns between parents and young children. *Journal of child language*, 48(2), 399–412. <https://doi.org/10.1017/S0305000920000252>
- Leech, K., Wei, R., Harring, J. R., et Rowe, M. L. (2018). A brief parent-focused intervention to improve preschoolers' conversational skills and school readiness. *Developmental Psychology*, 54(1), 15-28. <https://doi.org/10.1037/dev0000411>
- Leslie, P. et Lisiecka, D. (2020, juin). Ethical issues in dysphagia management. In *Seminars in Speech and Language* 41(03), 257-265. DOI: [10.1055/s-0040-1710561](https://doi.org/10.1055/s-0040-1710561)
- Liu, W., Jao, Y. L. et Williams, K. (2019). Factors influencing the pace of food intake for nursing home residents with dementia: Resident characteristics, staff mealtime assistance and environmental stimulation. *Nursing Open*, 6(3), 772-782. <https://doi.org/10.1002/nop2.250>

- Liu, W., Perkhounkova, E., Williams, K., Batchelor, M. et Hein, M. (2020). Food intake is associated with verbal interactions between nursing home staff and residents with dementia: A secondary analysis of videotaped observations. *International Journal of Nursing Studies*, 109, Article 103654. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103654>
- Logemann, J.A. (1998). The evaluation and treatment of swallowing disorders. 2e ed. Pro-Ed Inc. <http://dx.doi.org/10.1097/00020840-199812000-00008>
- Logemann, J. A., Rademaker, A., Pauloski, B. R., Kelly, A., Stangl-McBreen, C., Antinoja, J., Grande, B., Farquharson, J., Kern, M., Easterling, C., et Shaker, R. (2009). A randomized study comparing the Shaker exercise with traditional therapy: a preliminary study. *Dysphagia*, 24(4), 403–411. <https://doi.org/10.1007/s00455-009-9217-0>
- Loi sur l’acupuncture. Décret 1638-2022 (2022) 154 G.O. 2, 6513. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/a-5.1>
- Lorenzoni, G., Azzolina, D., Baldas, S., Messi, G., Lanera, C., French, M. A., Da Dalt, L., et Gregori, D. (2019). Increasing awareness of food-choking and nutrition in children through education of caregivers: the CHOP community intervention trial study protocol. *BMC public health*, 19(1), 1156. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7469-7>
- Malandraki, G.A., Mitchell, S.S., Arkenberg, R.E.H., Brown, B., Craig, B.A., Burdo-Hartman, W., Lundine, J.P., Darling-White, M. et Goffman, L. (2022). Swallowing and Motor Speech Skills in Unilateral Cerebral Palsy: Novel Findings From a Preliminary Cross-Sectional Study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 65(9),3300-3315, https://doi.org/10.1044/2022_JSLHR-22-00091
- Malas, K., Trudeau, N., Chagnon, M. et McFarland, D. H. (2015). Feeding-swallowing difficulties in children later diagnosed with language impairment. *Developmental medicine and child neurology*, 57(9), 872–879. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12749>
- Malas, K., Trudeau, N., Giroux, MC., Gauthier, L., Poulin, S. et McFarland, D.(2017) Prior History of feeding-swallowing difficulties in children with language impairment, *American journal of speech-language pathology*, (26) 138-145. https://doi.org/10.1044/2016_AJSLP-15-0171
- Manor, Y., Mootanah, R., Freud, D., Giladi, N., et Cohen, J. T. (2013). Video-assisted swallowing therapy for patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism and related disorders*, 19(2), 207–211. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2012.10.004>

- Marchand, D. K., Bussières, S. et Lacasse, Y. (2023). L'orthophonie pour la dysfonction laryngée. Rapport d'évaluation. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec–Université Laval (IUCPQ–ULaval).
https://bibliotheque.iucpq.qc.ca/in/documentViewer.xhtml?id=934c8a3f-6086-4a9f-9373511271671753&locale=fr&file=/in/rest/annotationSVC/DownloadWatermarkedAttachment/attach_upload_e68b9605-b1a1-4392-95da-cbcc34284106
- Martel, M-J et Milette, I. (2017, mai). Introduction aux soins du développement aux nouveau-nés. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Pratique professionnelle.
<https://www.oiiq.org/introduction-aux-soins-du-developpement-aux-nouveau-nes>
- Martin, B. J., et Corlew, M. M. (1990). The incidence of communication disorders in dysphagic patients. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55(1), 28-32. DOI: [10.1044/jshd.5501.28](https://doi.org/10.1044/jshd.5501.28)
- Martin-Harris, B., Bonilha, H. S., Brodsky, M. B., Francis, D. O., Fynes, M. M., Martino, R., O'Rourke, A. K., Rogus-Pulia, N. M., Spinazzi, N. A. et Zarzour, J. (2021). The modified barium swallow study for oropharyngeal dysphagia: Recommendations from an interdisciplinary expert panel. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 6(3), 610-619. https://doi.org/10.1044/2021_PERSP-20-00303
- Martin-Harris, B., Brodsky, M. B., Michel, Y., Castell, D. O., Schleicher, M., Sandidge, J., Maxwell, R., et Blair, J. (2008). MBS measurement tool for swallow impairment-MBSImp: establishing a standard. *Dysphagia*, 23(4), 392–405. <https://doi.org/10.1007/s00455-008-9185-9>
- Martin-Harris, B., Canon, C. L., Bonilha, H. S., Murray, J., Davidson, K. et Lefton-Greif, M. A. (2020a). Best practices in modified barium swallow studies. *American journal of speech-language pathology*, 29(2S), 1078–1093. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00189
- Martin-Harris, B., Carson, K. A., Pinto, J. M., et Lefton-Greif, M. A. (2020b). BaByVFSSImP  a novel measurement tool for videofluoroscopic assessment of swallowing impairment in bottle-fed babies: establishing a standard. *Dysphagia*, 35, 90-98.
- Martin-Harris B. et Davidson K. (2023). Translating modified barium swallow study results into targeted treatment: Evidence-based interventions using the MBSImPTM approach. Northern Speech Services. Formation en ligne.
<https://www.northernspeech.com/swallow-interventions-exercises/translating-mbs-study-results-into-targeted-treatment-evidence-based-interventions-using-the-mbsimp-approach/>

- Martin-Harris, B., McFarland, D., Hill, E. G., Strange, C. B., Focht, K. L., Wan, Z., Blair, J., et McGrattan, K. (2015). Respiratory-swallow training in patients with head and neck cancer. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(5), 885–893. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2014.11.022>
- McAllister, S., Tedesco, H., Kruger, S., Ward, E. C., Marsh, C., et Doeltgen, S. H. (2020). Clinical reasoning and hypothesis generation in expert clinical swallowing examinations. *International journal of language and communication disorders*, 55(4), 480–492. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12531>
- McCarty, E. B., et Chao, T. N. (2021). Dysphagia and swallowing disorders. *The Medical clinics of North America*, 105(5), 939–954. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.05.013>
- McCullough, G. H., Kamarunas, E., Mann, G. C., Schmidley, J. W., Robbins, J. A., et Crary, M. A. (2012). Effects of Mendelsohn maneuver on measures of swallowing duration post stroke. *Topics in stroke rehabilitation*, 19(3), 234–243. <https://doi.org/10.1310/tsr1903-234>
- McFarland, D.H. (2020) *L'anatomie en orthophonie: Parole, déglutition et audition*. Atlas commenté 4e éd. ISBN 9782294768187 (2294768183).
- McFarland, D. H., et Tremblay, P. (2006). Clinical implications of cross-system interactions. *Seminars in speech and language*, 27(4), 300–309. <https://doi.org/10.1055/s-2006-955119>
- McGrath, J.M., Cone, S. et Samra, H.A. (2011). Neuroprotection in the preterm infant: further understanding of the short- and long-term implications for brain development. *Newborn Infant Nurs Rev.* 11(3):109–112. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2011.07.00>
- McKinstry, A., Tranter, M. et Sweeney, J. (2010). Outcomes of dysphagia intervention in a pulmonary rehabilitation program. *Dysphagia*. 25(2): 104-11. DOI: [10.1007/s00455-009-9230-3](https://doi.org/10.1007/s00455-009-9230-3)
- McRae, J., Montgomery, E., Garstang, Z. et Cleary, E. (2020). The role of speech and language therapists in the intensive care unit. *Journal of the Intensive Care Society*. 21(4), 344-348. DOI: [10.1177/1751143719875687](https://doi.org/10.1177/1751143719875687)
- Miles, A., McFarlane, M., Scott, S., et Hunting, A. (2018). Cough response to aspiration in thin and thick fluids during FEES in hospitalized inpatients. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 53(5), 909-918. DOI: [10.1111/1460-6984.12401](https://doi.org/10.1111/1460-6984.12401)
- Millette, I., Martel M-J. Et Ribeiro da Silva, M. (2019). *Les soins du développement; assurer la neuroprotection des nouveau-nés*. 2e Éd. CHU Sainte-Justine.

- Miller, C. K., Reynolds, J., Kelchner, L. N., Scarborough, D., Langmore, S., et Gosa, M. AB-SSD Task Force-Pediatric Group (2023). Tutorial on clinical practice for use of the fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing procedure with pediatric populations: Part 2. *American journal of speech-language pathology*, 32(1), 55–82. https://doi.org/10.1044/2022_AJSLP-22-00057
- Miller, C. K., Schroeder Jr, J. W. et Langmore, S. (2020). Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing across the age spectrum. *American journal of speech-language pathology*, 29(2S), 967-978. DOI: [10.1044/2019_AJSLP-19-00072](https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-19-00072)
- Ministère de la santé et des services sociaux (2017). Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral. Plan de mise en œuvre. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-944-01W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux (2021). Niveaux de soins - Niveaux d'interventions médicales (NIM) : Parlons-en dans le contexte de la pandémie de COVID - 19. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-395W.pdf>
- Ministère de la santé et des Services sociaux (2022). Reconnaître et agir ensemble - Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003402/>
- Mohapatra, B. et Mohan, R. (2020). Speech-language pathologists' role in the multi-disciplinary management and rehabilitation of patients with Covid-19. *Journal of rehabilitation medicine. Clinical communications*, (3). <https://doi.org/10.2340/20030711-1000037>
- Namasivayam-MacDonald, A. M., et Riquelme, L. F. (2019, Juin). Presbyphagia to dysphagia: multiple perspectives and strategies for quality care of older adults. In *Seminars in speech and language*. 40(03), 227-242. DOI : [10.1055/s-0039-1688837](https://doi.org/10.1055/s-0039-1688837)
- Nativ-Zeltzer, N., Nachalon, Y., Kaufman, M. W., Seeni, I. C., Bastea, S., Aulakh, S. S., Makkiyah, S., Wilson, M. D., Evangelista, L., Kuhn, M. A., Sahin, M., et Belafsky, P. C. (2022). Predictors of aspiration pneumonia and mortality in patients with dysphagia. *The Laryngoscope*, 132(6), 1172–1176. <https://doi.org/10.1002/lary.29770>
- Neubauer, P. D., Hersey, D. P. et Leder, S. B. (2016). Pharyngeal residue severity rating scales based on fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing: A systematic review. *Dysphagia*, 31(3), 352–359. <https://doi.org/10.1007/s00455-015-9682-6>
- Neumeyer, A. M., Anixt, J., Chan, J., Perrin, J. M., Murray, D., Coury, D. L., Bennett, A., Farmer, J. et Parker, R. A. (2019). Identifying associations among co-occurring medical conditions in children with autism spectrum disorders. *Academic Pediatrics*, 19(3), 300-306. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.06.014>

- Newman, R., Vilardell, N., Clavé, P. et Speyer, R. (2016). Effect of bolus viscosity on the safety and efficacy of swallowing and the kinematics of the swallow response in patients with oropharyngeal dysphagia: White paper by the European Society for Swallowing Disorders (ESSD). *Dysphagia*, 31(2), 232–249. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9696-8>
- Office des professions du Québec (OPQ). (2003). Cahier explicatif de la loi 90 ou Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/08_Cahier_explicatif-PL90.pdf
- Office québécois de la langue française. Grand dictionnaire terminologique. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/17036821/biodisponibilite-absolue>
- Oh J. C. (2019). Effects of Tongue-Hold Swallows on Suprahyoid Muscle Activation According to the Relative Tongue Protrusion Length in the Elderly Individuals. *Dysphagia*, 34(3), 382–390. <https://doi.org/10.1007/s00455-018-9948-x>
- O’Keeffe, S.T., Leslie, P., Lazenby-Paterson, T., McCurtin, A., Collins, L., Murray, A., Smith, A. et Mulkerrin, S. (2023). Informed or misinformed consent and use of modified texture diets in dysphagia. *BMC Med Ethics*, 24 (7). <https://doi.org/10.1186/s12910-023-00885-1>
- O’Keeffe, S.T. (2018). Use of modified diets to prevent aspiration in oropharyngeal dysphagia: is current practice justified? *BMC Geriatrics*. (18)167. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0839-7>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2023, janvier). Détermination des niveaux d’intervention médicale (NIM) par les infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés. <https://www.oiiq.org/documents/20147/11925201/chronique-ips-nim.pdf/6adeaa4e-e82f-d92a-10b2-d337f865fa38>
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. (OOAQ) (2021, août). Communiquer jusqu’à son dernier souffle. Mémoire. https://www.ooaq.qc.ca/media/1gqf1gzn/communiquer-jusqu-%C3%A0-son-dernier-souffle_m%C3%A9moire_ooaqfinal.pdf
- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (2016, décembre). Les meilleures pratiques des orthophonistes et audiologistes en CHSLD et en soutien à domicile. Commentaires de l’OOAQ soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux. https://www.ooaq.qc.ca/media/2uyho4zw/m%C3%A9moireooaq_meilleurespratiquesorthoaudio-enchslsld-soutiendomicile.pdf

- Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec. (2019, juin). L'utilisation judicieuse de l'évaluation de la déglutition par vidéofluoroscopie. Contenu professionnel. <https://www.ooaq.qc.ca/espace-membres/developpement-professionnel/contenus-professionnels/utilisation-judicieuse-evaluation-deglutition-vidéofluoroscopie/>
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2020, août). Services de santé de qualité. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
- Ortega O, Parra C, Zarcero S, Nart J, Sakwinska O, et Clavé P. (2014). Oral health in older patients with oropharyngeal dysphagia. *Age Ageing*. 43(1):132-137
DOI: [10.1093/ageing/aft164](https://doi.org/10.1093/ageing/aft164)
- Orthophonie et audiologie Canada (OAC). (2017). Le rôle des orthophonistes en dysphagie. Énoncé de position. https://www.sac-oac.ca/wp-content/uploads/2023/02/dysphagia_position_statement_fr.pdf
- Orthophonie et audiologie Canada (OAC) (2023). Problèmes d'alimentation et de déglutition chez les bébés et les enfants. <https://www.sac-oac.ca/wp-content/uploads/2023/09/Dysphagia-in-Infants-and-Children-FR.pdf>
- Orthophonie et audiologie Canada (OAC). (2022, mai). Speech-Language Pathology Evaluation and Intervention for Swallowing and Feeding Disorders across the Lifespan. Position statement. <https://www.sac-oac.ca/resource/speech-language-pathology-evaluation-and-intervention-for-swallowing-and-feeding-disorders-across-the-lifespan/>
- Ostéopathie Québec (s.d.) Qu'est-ce que l'Ostéopathie. <https://www.osteopathiequebec.ca/fr/quest-ce-que-losteopathie>
- Panther, K. (2005). The Frazier free water protocol. *Perspectives on swallowing and swallowing disorders (Dysphagia)*, 14(1), 4-9. <https://doi.org/10.1044/sasd14.1.4>
- Park, J. S., An, D. H., Oh, D. H., et Chang, M. Y. (2018). Effect of chin tuck against resistance exercise on patients with dysphagia following stroke: A randomized pilot study. *NeuroRehabilitation*, 42(2), 191–197. <https://doi.org/10.3233/NRE-172250>
- Park, A., Jang, S.J., Kim, N.E., Kim T.H., Sohn, Y.H., Kim, H., et Cho, S.R. (2022). Swallowing outcomes following voice therapy in multiple system atrophy with dysphagia: Comparison of treatment efficacy with Parkinson's Disease. *Dysphagia*. 37(1).198-206. DOI: [10.1007/s00455-021-10265-9](https://doi.org/10.1007/s00455-021-10265-9)
- Park, J. S., et Hwang, N. K. (2021). Chin tuck against resistance exercise for dysphagia rehabilitation: A systematic review. *Journal of oral rehabilitation*, 48(8), 968–977. <https://doi.org/10.1111/joor.13181>

- Park, H. S., Oh, D. H., Yoon, T., et Park, J. S. (2019). Effect of effortful swallowing training on tongue strength and oropharyngeal swallowing function in stroke patients with dysphagia: a double-blind, randomized controlled trial. *International journal of language and communication disorders*, 54(3), 479–484. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12453>
- Parkes, J., Hill, N. A. N., Platt, M. J., et Donnelly, C. (2010). Oromotor dysfunction and communication impairments in children with cerebral palsy: a register study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 52(12), 1113-1119. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2010.03765.x>
- Patel, D. A., Sharda, R., Hovis, K. L., Nichols, E. E., Sathe, N., Penson, D. F., Feurer, I. D., McPheeters, M. L., Vaezi, M. F., et Francis, D. O. (2017, mai). Patient-reported outcome measures in dysphagia: a systematic review of instrument development and validation. *Diseases of the esophagus: official journal of the International Society for diseases of the esophagus*, 30(5), 1–23. <https://doi.org/10.1093/dote/dow028>
- Pisegna, J.M.et Langmore, S.E. (2016). Parameters of instrumental swallowing evaluations: Describing a diagnostic dilemma. *Dysphagia*. 31 (3): 462-72. DOI: [10.1007/s00455-016-9700-3](https://doi.org/10.1007/s00455-016-9700-3)
- Printza, A., Sdravou, K. et Triaridis, S. (2022). Dysphagia management in children: implementation and perspectives of flexible endoscopic evaluation of swallowing (FEES). *Children (Basel, Switzerland)*, 9(12), 1857. <https://doi.org/10.3390/children9121857>
- Puderbaugh, M., et Emmady, P. D. (2023). Neuroplasticity. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Puech, M. et Woisard V. (2003). *La réhabilitation de la déglutition chez l'adulte : le point sur la prise en charge fonctionnelle*. Ed. Solal. ISBN 9782914513364.
- Rabary, O. (2016). Une éthique des principes - sa pertinence pour les soignants. *NOESIS*. 28. <https://doi.org/10.4000/noesis.2734>
- Réseau universitaire intégré en santé et services sociaux (RUISSS) de l'Université de Montréal. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle (2013). Guide d'implantation du partenariat de soins et services - Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient. https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/Guide-implantation_Parteneriat-de-soins-et-de-services_2013.pdf
- Richard, C. et Lussier, M.-T. (2016). La communication professionnelle en santé. *Communication*. 35(1). <https://doi.org/10.4000/communication.7513>

- Robbins, J., Kays, S. A., Gangnon, R., Hewitt, A., et Hind, J. (2007). The effects of lingual exercise in stroke patients with dysphagia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88, 150–158. DOI: [10.1016/j.apmr.2006.11.002](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2006.11.002)
- Rosenbek, J. C., Robbins, J., Fishback, B., et Levine, R. L. (1991). Effects of thermal application on dysphagia after stroke. *Journal of speech and hearing research*, 34(6), 1257–1268. <https://doi.org/10.1044/jshr.3406.1257>
- Rosenbek, J. C., Robbins, J. A., Roecker, E. B., Coyle, J. L., et Wood, J. L. (1996). A penetration-aspiration scale. *Dysphagia*, 11(2), 93–98. <https://doi.org/10.1007/BF00417897>
- Ross, E.S. et Browne, J.V. (2002). Developmental progression of feeding skills: an approach to supporting feeding in preterm infants. *Semin Neonatol.* 7(6). 469-75. DOI: [10.1053/siny.2002.0152](https://doi.org/10.1053/siny.2002.0152)
- Ross, E. S. et Arvedson, J.C. (2022). From volume-driven to developmentally appropriate feeding in the NICU: New consensus standards explain the evidence for shifting the approach to feeding preterm infants. *ASHA leader live*. <https://leader.pubs.asha.org/doi/10.1044/leader.OTP.27112022.slp-nicu-feeding.28/full/>
- Royal College of Physicians (RCP). (2021, mars). Supporting people who have eating and drinking difficulties. A guide to practical care and clinical assistance, particularly towards the end of life. Report of a working party. <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/supporting-people-who-have-eating-and-drinking-difficulties>
- Royal College of Speech and Language Therapists (RCLST). (2023). Dysphagia. <https://www.rcslt.org/related/categories/topic-area/dysphagia/>
- Royal College of Speech and Language Therapists (RCLST). (2021, septembre). Eating and drinking with acknowledged risks: Multidisciplinary team guidance for the shared decision-making process (adults). <https://www.rcslt.org/members/clinical-guidance/eating-and-drinking-with-acknowledged-risks-risk-feeding/>
- Sapienza, C and Hoffman, B. (2021). Respiratory muscle strength training. 1e ed. Plural publishing inc., ISBN13: 978-1-63550-257-2
- Sapienza, C., Troche, M., Pitts, T., et Davenport, P. (2011). Respiratory strength training: concept and intervention outcomes. *Seminars in speech and language*, 32(1), 21–30. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1271972>
- Sasegbon, A., Cheng, I., Zhang, M. et Hamdy, S. (2020, juillet). Advances in the use of neuromodulation for neurogenic dysphagia: Mechanisms and therapeutic application of pharyngeal electrical stimulation, transcranial magnetic stimulation, and transcranial direct

- current stimulation. *Am J Speech Lang Pathol.* 29(2S). 1044-1064. DOI: [10.1044/2020_AJSLP-19-00073](https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00073)
- Saskatchewan Association of Speech-Language Pathologists and Audiologists (SASLPA) (2021, janvier) *Dysphagia Practices Guidelines*. <https://saspa.ca/wp-content/uploads/2021/01/Dysphagia-Guidelines-Jan-2021.pdf>
- Schwarz, M., Ward, E. C., Ross, J., et Semciw, A. (2018). Impact of thermo-tactile stimulation on the speed and efficiency of swallowing: a systematic review. *International journal of language and communication disorders*, 53(4), 675–688. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12384>
- Schweizer, V. (2010, octobre). Troubles de la déglutition de la personne âgée. *Revue médicale suisse*. 6. 1859-1862. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2010/revue-medicale-suisse-265/troubles-de-la-deglutition-de-la-personne-agee>
- Shaker, C.S. (2017a, mars). Infant-guided, co-regulated feeding in the neonatal intensive care unit. *Part I: theoretical underpinnings for neuroprotection and safety*. *Semin Speech Lang.* 38(2):96-105. DOI: [10.1055/s-0037-1599107](https://doi.org/10.1055/s-0037-1599107)
- Shaker, C.S. (2017b, avril). Infant-guided, co-regulated feeding in the neonatal intensive care unit. *Part II: interventions to promote neuroprotection and safety*. *Semin Speech Lang.* 38(2):106-115. DOI: [10.1055/s-0037-1599108](https://doi.org/10.1055/s-0037-1599108)
- Smithard, D., Hansjee, D., Henry, D., Mitchell, L., Sabaharwal, A., Salkeld, J., Yeung, E., Younus, O., et Swaine, I. (2020). Inter-relationships between frailty, sarcopenia, undernutrition and dysphagia in older people who are admitted to acute frailty and medical wards: Is there an older adult quartet?. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 5(3), 41. <https://doi.org/10.3390/geriatrics5030041>
- Snow, C. E. et Beals, D. E. (2006). Mealtime talk that supports literacy development. *New directions for child and adolescent development*, 2006(111), 51-66. <https://doi.org/10.1002/cd.155>
- Société Alzheimer du Canada. (s.d.). Le temps des repas. <https://alzheimer.ca/fr/les-aides-et-le-soutien/je-prends-soin-dune-personne-atteinte-dun-trouble-neurocognitif-11>
- Société Canadienne de Pédiatrie (2021). L'ankyloglossie et l'allaitement. [L'ankyloglossie et l'allaitement | Société canadienne de pédiatrie \(cps.ca\)](https://www.cps.ca/fr/ankyloglossie-et-lallaitement)
- Sörös, P., Inamoto, Y., et Martin, R. E. (2009). Functional brain imaging of swallowing: An activation likelihood estimation meta-analysis. *Human brain mapping*, 30(8), 2426-2439. <https://doi.org/10.1002/hbm.20680>

SOS approach to feeding. *The SOS Approach to Feeding Core Principles - White Paper*
<https://sosapproachtofeeding.com/sos-approach-feeding-core-principles/>

Speech Pathology Australia [SPA] (2023). The Role of the Speech Pathologist in Supporting Informed Choice and Shared Decision Making in Dysphagia.
<https://www.speechpathologyaustralia.org.au/Public/Public/About-Us/Our-organisation/Position-statements/Dysphagia.aspx>

Speech Pathology Australia [SPA] (s.d.) *Swallowing fact sheet*.
<https://speechpathologyaustralia.cld.bz/Swallowing-fact-sheet>

Speyer,R., Cordier,R., Farneti, D., Nascimento,W., Pilz,W.,Verin,E., Walshe, M. et Woisard,V. (2021). White Paper by the European Society for Swallowing Disorders: Screening and Non-instrumental Assessment for Dysphagia in Adults. *Dysphagia*, 37, 333-349. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10283-7>

Starmer, H. M., Tippet, D., Webster, K., Quon, H., Jones, B., Hardy, S., et Gourin, C. G. (2014). Swallowing outcomes in patients with oropharyngeal cancer undergoing organ-preservation treatment. *Head and neck*, 36(10), 1392–1397.
<https://doi.org/10.1002/hed.23465>

Steele, C. M., Alsanei, W. A., Ayanikalath, S., Barbon, C. E., Chen, J., Cichero, J. A., Coutts, K., Dantas, R. O., Duivesteyn, J., Giosa, L., Hanson, B., Lam, P., Lecko, C., Leigh, C., Nagy, A., Namasivayam, A. M., Nascimento, W. V., Odendaal, I., Smith, C. H., et Wang, H. (2015). The influence of food texture and liquid consistency modification on swallowing physiology and function: a systematic review. *Dysphagia*, 30(1), 2–26.
<https://doi.org/10.1007/s00455-014-9578-x>

Steele, S. J., Ennis, S. L., et Dobler, C. C. (2021, mars). Treatment burden associated with the intake of thickened fluids. *Breathe*. 17(1). <https://doi.org/10.1183/20734735.0003-2021>

Suiter, D. M., Daniels, S. K., Barkmeier-Kraemer, J. M., and Silverman, A. H. (2020). Swallowing Screening: purposefully different from an assessment sensitivity and specificity related to clinical yield, interprofessional roles, and patient selection. *American journal of speech-language pathology*, 29(2S), 979–991.
https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00140

Swigert, N. (2016, janvier). Successful collaboration on breathing and swallowing. SLPs and respiratory therapists work together to help patients with conditions such as pneumonia and tracheostomies. *The ASHA Leader*.
<https://doi.org/10.1044/leader.OTP.21012016.34>

- Tang, Y, Liang, R., Gao, W., Zhang, S., Liang, B. et Zhu, L. (2022). A meta-analysis of the effect of nape acupuncture combined with rehabilitation training in the treatment of dysphagia after stroke. *Medicine* 101(46).
<https://doi.org/10.1097%2FMD.00000000000031906>
- Teismann, I. K., Steinsträter, O., Warnecke, T., Suntrup, S., Ringelstein, E. B., Pantev, C., et Dziewas, R. (2009). Tactile thermal oral stimulation increases the cortical representation of swallowing. *BMC neuroscience*, 10, 71. <https://doi.org/10.1186/1471-2202-10-71>
- Thoyre, S. M., Pados, B. F., Park, J., Estrem, H., McComish, C. et Hodges, E. A. (2018). The Pediatric Eating Assessment Tool: Factor Structure and Psychometric Properties. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 66(2), 299–305.
<https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000001765>
- Troche, M.S., Brandimore, A.E., Foote K.D. et Okun, M.S. (2013, septembre). Swallowing and deep brain stimulation in Parkinson’s disease: a systematic review. *Parkinsonism Relat. Disord.* 19 (9), 783-8. DOI: [10.1016/j.parkreldis.2013.05.001](https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2013.05.001)
- Unité d’évaluation des technologies et des modes d’intervention en santé (UETMIS). (2015, novembre). Pratiques optimales d’évaluation de la dysphagie pour la clientèle hospitalisée. CHU Québec. Direction de l’évaluation, de la qualité, de l’éthique, de la planification et des affaires juridiques.
<https://www.chudequebec.ca/chudequebec.ca/files/b7/b70566fc-a5fb-40dd-950a-ca37828b8105.pdf>
- Vertigan, A. E. et Gibson, P.G (2016). *Speech Pathology Management of Chronic Refractory Cough and Related Disorders*. ISBN 978-1-909082-17-5.
- Vose, A. K., Kesneck, S., Sunday, K., Plowman, E., et Humbert, I. (2018). A Survey of Clinician Decision Making When Identifying Swallowing Impairments and Determining Treatment. *Journal of speech, language, and hearing research: JSLHR*, 61(11), 2735–2756.
https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-S-17-0212
- Weizman, Z. O., et Snow, C. E. (2001). Lexical output as related to children's vocabulary acquisition: Effects of sophisticated exposure and support for meaning. *Developmental psychology*, 37(2), 265. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.2.265>
- Werden Abrams, S., Gandhi, P. et Namasivayam-MacDonald, A. (2023). The Adverse Effects and Events of Thickened Liquid Use in Adults: A Systematic Review. *American journal of speech-language pathology*, 32(5), 2331–2350. https://doi.org/10.1044/2023_AJSLP-22-00380
- Wolthuis-Stigter, M. I., Da Costa, S. P., Bos, A. F., Krijnen, W. P., Van Der Schans, C. P. et Luinge, M. R. (2017). Sucking behaviour in infants born preterm and developmental

- outcomes at primary school age. *Developmental medicine and child neurology*, 59(8), 871–877. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13438>
- Xie, J., Zhou, C., Ngaruwenayo, G., Wu, M., Jiang, X., et Li, X. (2023). Dosage consideration for transcranial direct current stimulation in post-stroke dysphagia: A systematic review and network meta-analysis. *Frontiers in neurology*, 14, 1098831. <https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1098831>
- Yang, R. Y., Yang, A. Y., Chen, Y. C., Lee, S. D., Lee, S. H., et Chen, J. W. (2022). Association between Dysphagia and Frailty in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 14(9), 1812. <https://doi.org/10.3390/nu14091812>
- Zang, J., Nienstedt, J. C., Koseki, J. C., Nießen, A., Flügel, T., Kim, S. H., et Pflug, C. (2022). Pediatric Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing: Critical Analysis of Implementation and Future Perspectives. *Dysphagia*, 37(3), 622–628. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10312-5>
- Zimmerman, E., Connaghan, K., Hoover, J., Alu, D. et Peters, J. (2019). Is feeding the new play? Examination of the maternal language and prosody used during infant feeding. *Infant Behavior and Development*, 54, 120-132. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.01.005>
- Zimmerman, E., Maki, M., et Maron, J. (2016). Salivary FOXP2 expression and oral feeding success in premature infants. *Cold Spring Harbor molecular case studies*, 2(1), a000554. <https://doi.org/10.1101/mcs.a000554>
- Zimmerman, E. et Maron, J. L. (2016). FOXP2 gene deletion and infant feeding difficulties: a case report. *Cold Spring Harbor molecular case studies*, 2(1), a000547. <https://doi.org/10.1101/mcs.a000547>