



Speech-Language & Audiology Canada
Orthophonie et Audiologie Canada
Communicating care | La communication à coeur

Exposé de position d'OAC
**sur l'évaluation et l'intervention
orthophonique pour les troubles
de la déglutition et de l'alimentation
du début à la fin de la vie**

Orthophonie et Audiologie Canada
#1000-1 rue Nicholas St.
Ottawa, ON K1N 7B7
613.567.9968
1.800.259.8519
info@sac-oac.ca
www.sac-oac.ca

mai 2022

Membres du comité :

1. Rebecca H. Affoo, PhD, CCC-SLP, SLP-Reg, O(C) (présidente du comité)
2. Gabriela Constantinescu, Ph. D, R.SLP, O(C)
3. Shauna Craig, M.Cl.Sc., Orthophoniste
4. Rebecca Perlin, M.Cl.Sc., O(C), Reg. CASLPO
5. Zuleikha Wadhvaniya, MSc., CCC-SLP, BCS-S, O(C), Reg. CASLPO
6. Meredith Wright, agente de liaison auprès du personnel d'OAC, Ph. D, Orthophoniste, Reg. CASLPO

Un exposé de position représente l'orientation que l'OAC a prise sur un sujet ou propose des lignes directrices pour des domaines particuliers de la pratique. Ces positions ont une dimension temporelle et représentent la pensée de l'Association à un moment particulier.

Position

La position d'Orthophonie et Audiologie Canada (OAC) est que les [orthophonistes](#) possèdent des compétences et des connaissances spécialisées dans l'évaluation et l'intervention auprès des patients de tous âges qui ont des troubles de la déglutition et de l'alimentation. Les services d'orthophonie reposent sur la connaissance de l'anatomie et de la physiologie d'une bonne déglutition, de la physiopathologie de la déglutition, des répercussions des troubles de la déglutition et de l'alimentation sur la vie quotidienne, ainsi que des préférences des patients ou clients et de leurs aidants. Les personnes atteintes de troubles de la déglutition et de l'alimentation sont servies au mieux lorsque des orthophonistes font partie de l'équipe interdisciplinaire de dysphagie et qu'ils s'occupent d'initiatives liées aux soins, à l'enseignement, au perfectionnement professionnel et à la recherche portant sur la fonction et les troubles oropharyngés.

Contexte

Les orthophonistes fournissent des services essentiels d'évaluation et de traitement des troubles de la déglutition et de l'alimentation de la naissance à la [fin de vie](#) (American-Speech-Language-Hearing Association, n.d.; [SAC, 2017a](#)); Speech Pathology Australia, 2012). Une personne atteinte d'un trouble de la déglutition (dysphagie) présente une capacité réduite à faire passer la salive, la nourriture, les liquides et les médicaments de la bouche à l'estomac. Les orthophonistes traitent la dysphagie oropharyngée, laquelle résulte d'un dysfonctionnement des régions anatomiques supérieures que sont les régions buccale, pharyngienne et œsophagienne ou d'une coordination sous-optimale ou désordonnée de la respiration-déglutition, ce qui nuit à la protection des voies respiratoires et à l'élimination du bolus. (Clavé et Shaker, 2015; Logemann, 1998; Martin-Harris et coll., 2015; McFarland et coll., 2016, 2018) La dysphagie oropharyngée est associée à une grande variété d'étiologies (p. ex., Baker et coll., 2021; Benfer et coll., 2017; Hutcheson et coll., 2019; Takizawa et coll., 2016) et présente des risques de malnutrition, de déshydratation, d'atteinte des voies respiratoires et de pneumonie, en plus d'une augmentation des coûts des soins de santé et des taux de mortalité (Altman et coll., 2010; Martino et coll., 2005; Namasivayam et Steele, 2015; Patel et coll., 2018). La dysphagie a également des répercussions négatives sur le bien-être social et émotionnel, la participation aux activités quotidiennes, la qualité de vie et le fardeau qui incombe aux aidants (Chen et coll., 2009; Ekberg et coll., 2002; Martino et coll., 2010; Nund et coll., 2015; Rangira et coll. 2021; Vesey, 2013)

Une personne atteinte d'un *trouble de l'alimentation pédiatrique* présente une absorption orale déficiente qui est inadéquate pour son âge et qui est associée à un dysfonctionnement médical, nutritionnel ou psychologique et à une difficulté à se nourrir (Goday et coll., 2019, p. 125). L'alimentation comprend toute une gamme d'activités effectuées pendant qu'une personne mange ou boit, ainsi que lorsqu'elle avale (Arvedson et Brodsky, 2002). Par conséquent, les enfants qui ont un trouble de l'alimentation peuvent souffrir de dysphagie, mais pas nécessairement (Arvedson, 2007). Les troubles de l'alimentation peuvent survenir chez l'enfant dont le développement est normal, mais ils sont fortement répandus chez les bébés prématurés ou les enfants qui souffrent de maladies chroniques, d'un retard du développement et d'un handicap (Dodrill et Gosa, 2015). Les troubles de l'alimentation peuvent avoir un effet marqué sur les fonctions physique, sociale, émotionnelle et cognitive d'un enfant, en plus d'accroître le stress chez l'aidant (Greer et coll., 2008).

Les services d'orthophonie à l'intention des personnes atteintes de troubles de la déglutition et de l'alimentation sont souvent fournis au sein d'[équipes interdisciplinaires](#) dans l'ensemble du continuum de soins et une variété de milieux, dont, entre autres, les hôpitaux, les centres de réadaptation, les établissements de soins de longue durée, les établissements scolaires et les services offerts dans la communauté (OAC, 2017b). Il est plus fréquent de fournir ces services en personne;

toutefois, les services d'orthophonie spécialisés en dysphagie peuvent être offerts par des moyens virtuels (Carrier et coll., 2020; Malandraki et coll., 2021; Sharma et coll., 2013; Ward et coll., 2012). Ces diverses populations cliniques et ces différents milieux exigent souvent des compétences différentes. Par exemple, les orthophonistes qui travaillent aux soins intensifs (unités de soins intensifs pour adultes, enfants et nouveau-nés) ont des compétences en évaluation et en intervention pour les troubles de la déglutition de patients fragiles et instables du point de vue médical, ce qui comprend les patients qui ont subi une trachéostomie ou qui sont sous ventilation artificielle (Brodsky et coll., 2019).

Les orthophonistes ont recours à une pratique fondée sur des données probantes, laquelle intègre les données de recherche disponibles, le savoir-faire clinique et les préférences des patients ou clients (Dollghan, 2007; Lof, 2011) afin d'optimiser la sûreté et l'efficacité de la déglutition oropharyngée par le biais d'interventions personnalisées et pertinentes sur le plan culturel. La classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (Organisation mondiale de la santé, 2001) incite les orthophonistes à tenir compte des effets biopsychosociaux des troubles de l'alimentation et de la déglutition sur les gens et sur leurs aidants pendant l'évaluation et l'intervention (Threats, 2007; Nund et coll., 2015). Les orthophonistes membres d'OAC doivent se conformer au [code de déontologie d'OAC](#) et aux conseils de leur organisme provincial de réglementation professionnelle.

Évaluation : Les orthophonistes travaillent en partenariat avec les patients ou clients et leurs aidants, ainsi qu'avec l'équipe interdisciplinaire, pour évaluer les fonctions de déglutition et d'alimentation. Au cours du processus d'évaluation, les orthophonistes cherchent à comprendre les besoins, les objectifs, le point de vue, les valeurs et la culture des patients ou clients et de leurs aidants. La déglutition oropharyngée peut être évaluée à l'aide d'un ou de plusieurs tests de dépistage, examens cliniques ou tests instrumentaux. Ces évaluations ont des objectifs, une portée et une précision qui diffèrent.

- Un *test de dépistage* est une procédure que l'on réussit ou que l'on échoue. Il permet de déterminer si une personne présente des risques d'aspiration ou de dysphagie oropharyngée et facilite l'acheminement en orthophonie pour une évaluation complète de la dysphagie. Puisqu'on ne dispose pas de tests de dépistage pouvant être appliqués de façon universelle, les orthophonistes choisissent ceux qui ont des propriétés psychométriques et qui correspondent le plus aux caractéristiques cliniques de leur clientèle. Les tests de dépistage sont souvent réalisés par des professionnels de la santé qui ont suivi un programme de formation et qui utilisent un protocole sélectionné par un orthophoniste.
- Un *examen clinique de la déglutition* est un élément essentiel de l'évaluation qui permet de saisir les signes cliniques d'un trouble de la déglutition. Cet examen comprend la consultation du dossier médical, un entretien, un examen des mécanismes oraux, de même que des tests d'alimentation et de déglutition. L'examen clinique de la déglutition peut servir à évaluer la phase orale de la déglutition ainsi que la présence ou l'absence d'autres signes de dysphagie comme une toux et une voix mouillée. L'examen permet également d'observer la durée des repas, en plus d'autres facteurs qui influencent la déglutition, par exemple, le positionnement, le volume du bolus, la cognition et le comportement.
- Les *évaluations instrumentales*, comme l'examen de la déglutition par vidéofluoroscopie (qu'on appelle parfois déglutition barytée modifiée) et par l'évaluation fibroscopique, sont réalisées pour confirmer la présence et la nature d'une dysphagie oropharyngée et, surtout, pour détecter les problèmes physiologiques et aider à choisir les interventions appropriées. Au Canada, les organismes provinciaux de réglementation fournissent des guides de pratique à leurs membres inscrits à propos des conditions qui justifient qu'un orthophoniste réalise une évaluation instrumentale.

Pour de plus amples informations sur les méthodes d'évaluation, se référer à Armstrong et coll., (2020), Dodrill et Gosa (2015), Jaffer et coll. (2015), Garand et coll., (2020), Gosa et Dodrill (2017), Ingleby et coll., (2021); Langmore (2017), Martin-Harris et coll. (2021), Martino et coll. (2005, 2013), Miller et coll. (2020), O'Horo et coll. (2015) et Suiter et coll. (2020).

Intervention : Les orthophonistes fournissent diverses interventions pour s'occuper des troubles physiopathologiques de la déglutition oropharyngée et de leurs vastes effets sur la vie quotidienne. Les points de vue, les objectifs et la culture des patients ou clients et de leurs aidants, ainsi que les renseignements obtenus d'autres membres de l'équipe interdisciplinaire, servent de guide dans la planification de l'intervention.

- Les *interventions compensatoires* permettent d'éviter ou de compenser les changements physiologiques de la déglutition. Elles comprennent, entre autres, les modifications posturales, les manœuvres de déglutition, la stimulation sensorielle, le contrôle du débit, le contrôle de la quantité et du volume, la modification du mode d'administration, le recours à des prothèses et le changement d'alimentation. Il est possible qu'on recommande des aliments à texture modifiée et des liquides épaissis aux personnes dysphagiques afin d'améliorer la sûreté ou l'efficacité de la déglutition. Le cadre de l'[International Dysphagia Diet Standardization Initiative](#) (IDDSI) fournit des définitions normalisées et des méthodes d'évaluation pratiques sur le plan clinique pour les divers niveaux d'apport alimentaire. L'efficacité des interventions compensatoires peut mieux être évaluée avec des évaluations instrumentales lorsque c'est possible.
- Les *interventions de réadaptation et d'adaptation* permettent d'améliorer la déglutition ou d'en retarder la détérioration grâce à des exercices visant à avaler et à ne pas avaler pour régler des problèmes liés à des processus physiopathologiques particuliers et favoriser la neuroplasticité. Les technologies peuvent être utilisées pour fournir une rétroaction biologique afin d'améliorer les performances par des exercices. Puisque les enfants sont en plein développement, l'adaptation de la déglutition et de l'alimentation est souvent axée sur l'apprentissage de nouvelles aptitudes après une étape prévue du développement plutôt que de réapprendre ou de maintenir des compétences. Il est plus facile de choisir les interventions de réadaptation de la dysphagie oropharyngée à l'aide d'évaluations instrumentales. L'évaluation de l'efficacité de ces interventions se fait mieux avec des mesures instrumentales.
- Les *interventions préventives* permettent de prévenir ou de réduire les effets négatifs de la dysphagie oropharyngée. Elles comprennent l'information du patient, les soins buccaux et la recommandation judicieuse de méthodes d'alimentation non orale pouvant avoir des conséquences négatives involontaires. D'autres interventions préventives peuvent comprendre des programmes proactifs d'exercices comme ceux à l'intention des patients ou des clients qui ont un cancer de la tête et du cou ou des maladies neurodégénératives.

Pour de plus amples renseignements sur les modes d'intervention, se référer à Albuquerque et coll. (2019), Ashford et coll. (2009), Beck et coll. (2018), Burkhead (2009), Cousins et coll. (2013), Dodrill et Gosa (2015), Greco et coll. (2018), Gosa et Dodrill (2017), Kaneoka et coll. (2016), Langmore et Pisegna (2015), Mason et coll. (2005), McSweeney et coll. (2015), Newman et coll. (2016), Plowman et coll. (2019), Robbins et coll. (2002, 2008) et Schwartz et coll. (2018).

Justification

Le présent exposé de position porte sur les récentes avancées dans les domaines de l'évaluation et de l'intervention pour les troubles de la déglutition et de l'alimentation chez les personnes de tous âges. Son élaboration repose sur l'examen d'études publiées et de la documentation professionnelle, de même que sur les commentaires des membres d'OAC. Les recommandations s'appuient sur les données des recherches actuelles et ont pour but d'éclairer la prise de décisions des orthophonistes, des dirigeants de programmes universitaires, des chercheurs, des membres d'équipes interdisciplinaires, des administrateurs et des décideurs.

Recommandations

Ces recommandations portent sur la pratique clinique, la collaboration interdisciplinaire, la formation et le perfectionnement professionnel, de même que sur le financement de la recherche. Elles appuient les orthophonistes dans leur détermination constante à améliorer les résultats des personnes de tous âges aux prises avec des troubles de la déglutition et de l'alimentation.

Pratique clinique : Les orthophonistes sont spécialisés dans l'évaluation et l'intervention auprès des patients de tous âges qui ont des troubles de la déglutition et de l'alimentation. Les orthophonistes doivent se tourner vers les récentes recherches pour orienter les services qu'ils fournissent. Il est recommandé que des guides de pratique clinique complets et fondés sur des données probantes soient élaborés grâce à de nombreuses recherches documentaires et évaluations critiques pour guider les orthophonistes dans leur évaluation et leur intervention auprès des personnes qui ont des troubles de la déglutition et de l'alimentation. Ces guides de pratique clinique devront inclure des recommandations par catégories, fondées sur des données probantes, adaptées à la prise en charge des troubles de la déglutition chez des personnes de tous âges et, si possible, au contexte canadien. Les cliniciens sont encouragés à contribuer aux initiatives d'amélioration de la qualité et de sécurité des patients, de même qu'aux connaissances de la profession en utilisant des mesures de résultats qui sont sensibles aux effets de leurs interventions. Cela comprend, entre autres, les outils suivants : la méthode ASPEKT (Analysis of Swallowing Physiology: Events, Kinematics and Timing) (Steele et coll., 2019), la force de déglutition (Dynamic Imaging Grade of Swallowing Toxicity [DIGEST]) (Hutcheson et coll., 2022), l'échelle d'ingestion fonctionnelle par voie orale (Crary et coll., 2005), l'échelle d'évaluation des capacités fonctionnelles IDDSI (Steele et coll., 2018), le test de déglutition barytée modifiée (MBSImP) (Martin-Harris et coll., 2017; MBSImP™, 2020), l'échelle d'évaluation des sécrétions (New Zealand Secretion Scale) (Miles et coll., 2018), l'échelle de pénétration-aspiration (Butler et coll., 2015; Colodny, 2002; Rosenbek et coll., 1996), les questionnaires sur la qualité de vie (Swal-QOL) et la qualité des soins (Swal-CARE) (McHorney et coll., 2002) ainsi que l'échelle d'évaluation des résidus pharyngés (Yale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale) (Neubauer et coll., 2015, 2016).

Voici ce que nous apprennent les recherches sur les troubles de la déglutition et de l'alimentation :

- Les orthophonistes doivent avoir une profonde compréhension du développement de la déglutition et de la physiologie normale d'une bonne déglutition pour appuyer la prise de décision clinique lorsqu'ils procèdent à des évaluations et des interventions pour des troubles de la déglutition oropharyngée auprès de personnes de toutes les tranches d'âge (Namasivayam-MacDonald et coll., 2018; Plowman et Humbert, 2018; Steele et coll., 2019; Vose et coll., 2018).
- Le dépistage constitue un élément important des soins puisque les troubles de la déglutition, qui sont associés à un important taux de morbidité et de mortalité, doivent être décelés et pris en charge tôt dans l'évolution de la maladie (Boullanger et coll., 2018; Brodsky et coll., 2019; Donovan et coll., 2013; Martin-Harris et coll., 2021; Namasivayam-MacDonald et Riquelme, 2019;

Suiter et coll., 2020, Teasell et coll., 2020). Il existe plusieurs outils de dépistage pour les clientèles pédiatriques (Suiter et coll., 2020) et adultes (Donovan et coll., 2013). Les orthophonistes doivent connaître la sensibilité, la spécificité, la fiabilité et la validité de tous les outils de dépistage qu'ils utilisent.

- Bien que l'examen clinique de la déglutition fasse partie intégrante du processus d'évaluation (Barkmeier-Kraemer et Clark, 2017; Beecher et Alexander, 2004; Coyle, 2015; Delaney, 2015), il ne devrait pas remplacer une évaluation instrumentale puisqu'il comporte plusieurs limites dont, entre autres, une faible capacité de détection de l'aspiration silencieuse et l'incapacité d'observer directement la physiologie du pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage. Par conséquent, l'examen clinique de la déglutition est plus utile pour évaluer le fonctionnement et les problèmes actuels relatifs à la déglutition, déterminer si le cas se prête à une évaluation instrumentale et établir des hypothèses sur la physiopathologie sous-jacente au problème de déglutition (Riquelme, 2015).
- Les orthophonistes doivent avoir accès à des évaluations instrumentales pour s'assurer que les patients et les clients aux prises avec des troubles de la déglutition et de l'alimentation reçoivent des interventions optimales et obtiennent les meilleurs résultats possibles. L'évaluation instrumentale est nécessaire pour évaluer la physiopathologie oropharyngée, effectuer un jugement précis quant à l'atteinte des voies respiratoires et à l'efficacité de la déglutition, éclairer les décisions entourant les interventions physiologiques, de même que pour recommander les aliments les plus appropriés quant à leur texture et leur consistance (Vose et coll., 2018). Même si la vidéofluoroscopie est utilisée plus couramment au Canada que l'évaluation fibroscopique de la déglutition (OAC, 2017b), les orthophonistes doivent comprendre dans quels cas ces deux tests instrumentaux sont indiqués ou contre-indiqués, ainsi que connaître les risques et les avantages liés à la réalisation de ces procédures (Armstrong et coll., 2020; Jaffer et coll., 2015; Langmore, 2017; Martin-Harris et coll., 2021). Les orthophonistes doivent se conformer aux exigences de leur organisme provincial de réglementation en ce qui a trait à la réalisation de la vidéofluoroscopie et de l'évaluation fibroscopique de la déglutition.
- L'équipement utilisé pour effectuer la vidéofluoroscopie et l'évaluation fibroscopique doit respecter les exigences techniques minimales pour une évaluation optimale. De plus, les orthophonistes, les radiologistes et les technologues en radiations médicales contribuent à la vidéofluoroscopie grâce à leurs connaissances et à leurs compétences uniques (Martin-Harris et coll., 2021). Une vidéofluoroscopie de qualité comprend ce qui suit : obtention d'une image en temps réel (30 images par seconde/30 impulsions par seconde) accompagnée d'un enregistrement sonore; un protocole d'évaluation normalisé constitué d'éléments de base pouvant être adaptés au patient ou au client; une évaluation reposant sur l'utilisation de baryum radio-opaque préparé selon les instructions du fabricant et les recettes normalisées; une méthode normalisée d'interprétation de la vidéofluoroscopie incluant un examen au ralenti image par image afin d'améliorer la fiabilité intraévaluateur et interévaluateurs, la communication des résultats et la surveillance des changements. De plus, une vidéofluoroscopie effectuée avec un taux d'images plus bas que 15 images par seconde ne permet pas de déceler avec justesse une pénétration-aspiration et, par conséquent, cela va à l'encontre du principe ALARA (le plus faible qu'il soit raisonnablement possible d'atteindre) en exposant les patients et clients à des radiations

excessives (Ingleby et coll., 2021; Jaffer et coll., 2015; Martin-Harris et coll., 2021; Peladeau-Pigeon et Steele, 2013).

- De la même façon, une évaluation fibroscopique de qualité comprend ce qui suit : un protocole d'évaluation constitué d'éléments de base pouvant être adaptés au patient ou au client (Langmore, 2017; Langmore et coll., 2022); des stimuli de tests de couleur blanche (Curtis et coll., 2021); ainsi qu'une méthode d'interprétation qui comprend un examen au ralenti image par image (Miller et coll., 2020) et qui permet de faire le point avec les patients ou clients et les aidants.
- Bien que les orthophonistes recommandent le plus souvent une modification de la texture et de la consistance des aliments comme intervention compensatoire afin d'améliorer la sûreté et l'efficacité de la déglutition à court terme, l'on considère de plus en plus que les interventions individuelles de modification du comportement fondées sur la physiologie offrent des améliorations de la déglutition qui durent plus longtemps (Carnaby et Harenberg, 2013; Vose et coll., 2018). À mesure que les données de recherche sur des techniques particulières d'adaptation ou de réadaptation continueront d'évoluer, les orthophonistes devront utiliser une combinaison des données actuelles, de leurs propres connaissances et savoir-faire, ainsi que de leur pensée critique afin de concevoir et d'instaurer des plans d'intervention adéquats pour la dysphagie oropharyngée. Lorsqu'ils choisissent les exercices d'adaptation ou de réadaptation, les orthophonistes doivent tenir compte des physiopathologies sous-jacentes de la déglutition, des principes de neuroplasticité et, le cas échéant, du développement neurologique (Arvedson et coll., 2010). Les orthophonistes doivent déterminer s'il faut cibler l'endurance, la force et la coordination, puis prendre ces facteurs en considération, en plus des facteurs propres au client ou au patient et des données disponibles, dans le but de choisir la dose et la durée du programme. Il importe de savoir qu'il n'existe aucun exercice capable à lui seul de régler tous les types de dysphagie oropharyngée ou de s'adapter à tous les âges et toutes les étiologies (Gosa et Dodrill, 2017). De plus, certaines interventions peuvent se révéler inadaptées si elles sont appliquées de façon inadéquate (Fraser et Steele, 2012; Vose et coll., 2018).

Collaboration interdisciplinaire : Les troubles de la déglutition et de l'alimentation constituent des problèmes de santé complexes dont les effets sur la santé, ainsi que les effets fonctionnels et psychologiques, sont variés (Nund et coll., 2015). Pour cette raison, les gens qui ont des troubles de la déglutition et de l'alimentation sont servis au mieux lorsque des orthophonistes apportent leur savoir-faire au sein d'une équipe de soins de santé interdisciplinaire (Brodsky et coll., 2019; Goday et coll., 2019; Martin-Harris et coll., 2021; Namasivayam-MacDonald et Riquelme, 2019; Sura et coll., 2012). Pour favoriser une meilleure compréhension des rôles complémentaires, bien que distincts, de tous les membres de l'équipe de prise en charge de la dysphagie, OAC devrait collaborer avec d'autres associations professionnelles d'envergure nationale afin d'élaborer un énoncé sur l'importance de la collaboration interdisciplinaire pour s'occuper des besoins complexes des personnes aux prises avec des troubles de la déglutition et de l'alimentation, et ce, à tout âge.

Formation et perfectionnement professionnel : Au Canada, les programmes d'enseignement supérieur en orthophonie comprennent des heures de cours et des stages cliniques sur les troubles de la déglutition et de l'alimentation (Council for Accreditation of Canadian University Programs in Audiology and Speech-Language Pathology, 2017). Les programmes professionnels universitaires doivent s'assurer que les étudiants acquièrent une solide compréhension du développement de la déglutition et de l'alimentation, de même que de ce qui est considéré comme une déglutition normale et saine et ce qui relève d'un trouble, et ce, pour toutes les catégories d'âges (Namasivayam-

MacDonald et Riquelme, 2019; Plowman et Humbert, 2018; Vose et coll., 2018; Wilson et coll., 2020). Les étudiants doivent aussi acquérir des compétences en analyse des résultats de tests instrumentaux, ce qui inclut la détermination d'une pathologie de la déglutition oropharyngée à partir de l'enregistrement d'une vidéofluoroscopie et d'un examen par fibres optiques, ainsi que la sélection d'interventions appropriées (Vose et coll., 2018). Le contenu des cours devrait favoriser l'appréciation et le respect des rôles des diverses professions au sein de l'équipe interdisciplinaire de dysphagie, en plus de tenir compte des valeurs et des points de vue du patient ou client aux prises avec le trouble de la déglutition ou de l'alimentation et de ceux de ses aidants.

Lorsqu'ils fournissent des services pour s'occuper de troubles de la déglutition et de l'alimentation, le [code de déontologie d'OAC](#) exige que les orthophonistes s'engagent à fournir uniquement les services qui entrent dans leurs compétences professionnelles. Les orthophonistes devraient avoir accès à la supervision et l'aide professionnelle de collègues qualifiés au besoin. Les cliniciens débutants tirent avantage d'une supervision directe et d'un mentorat par des orthophonistes chevronnés lorsqu'ils effectuent des examens cliniques de la déglutition, des tests instrumentaux, l'analyse et l'interprétation des évaluations, ainsi que lorsqu'ils élaborent des objectifs et qu'ils effectuent des interventions. Le mentorat devrait se poursuivre jusqu'à ce que le nouveau professionnel soit suffisamment compétent pour agir en toute autonomie. Après ce mentorat, les orthophonistes devraient veiller à ce que leurs compétences et leurs connaissances soient à jour et qu'elles tiennent compte des récentes recherches.

Les orthophonistes en exercice doivent pouvoir accéder à du perfectionnement professionnel continu axé sur l'analyse et la physiologie normale de la déglutition, ainsi que sur des sujets relatifs aux troubles de la déglutition et de l'alimentation (Plowman et Humbert, 2018). Le perfectionnement professionnel sur les troubles pédiatriques de l'alimentation s'avère nécessaire pour aider les orthophonistes qui fournissent des services à des nourrissons et à des enfants (Wilson et coll., 2020). Les orthophonistes devraient également s'attendre à fournir des services à des personnes qui ont des troubles de la déglutition et de l'alimentation relatifs au développement ou à des troubles acquis dans l'enfance et qui passent au système de soins pour adultes (Green Corkins et coll., 2018). De plus, les orthophonistes contribuent à la collaboration interdisciplinaire en informant les autres membres de l'équipe et les stagiaires au sujet des troubles de la déglutition et de l'alimentation et du rôle des orthophonistes dans l'évaluation et l'intervention.

Financement de la recherche : OAC fait appel aux Instituts de recherche en santé du Canada pour accorder la priorité au financement de la recherche sur la déglutition et l'alimentation. Des bourses sont nécessaires pour favoriser l'élaboration de guides de meilleures pratiques, une définition consensuelle de la dysphagie et l'étude des répercussions des déterminants sociaux de la santé (comme l'âge, le revenu et le genre) sur les risques de développer des troubles de la déglutition et de l'alimentation. De plus, il faut de toute urgence que d'autres recherches soient réalisées au sujet des méthodes efficaces d'évaluation et d'intervention pour toutes les clientèles, mais plus particulièrement pour les troubles de la déglutition et de l'alimentation chez les nouveau-nés et les enfants.

Conclusion : Les orthophonistes possèdent un savoir-faire unique en évaluation et intervention des troubles de la déglutition et de l'alimentation pour toutes les tranches d'âges. Les orthophonistes doivent être reconnus comme membres essentiels des équipes interdisciplinaires de soin de la dysphagie tout au long du continuum de soins, y compris dans les milieux où la profession est actuellement sous-représentée au Canada, ce qui est notamment le cas des soins intensifs néonataux, les soins de longue durée et les soins de fin de vie, ainsi que dans les communautés rurales ou éloignées.

References

- Altman, K. W., Yu, G. P., & Schaefer, S. D. (2010). Consequence of dysphagia in the hospitalized patient: impact on prognosis and hospital resources. *Archives of Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 136(8), 784–789. <https://doi.org/10.1001/archoto.2010.129>
- Albuquerque, L. C. A., Pernambuco, L., da Silva, C. M., Chateaubriand, M. M., & 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. <https://doi.org/10.1007/s00405-019-05336-5>
- American Speech-Language-Hearing Association (n.d.). *Swallowing and Feeding*. <https://www.asha.org/public/speech/swallowing/>
- Armstrong, E. S., Reynolds, J., Sturdivant, C., Carroll, S., & Suterwala, M. S. (2020). Assessing swallowing of the breastfeeding NICU infant using fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing: A feasibility study. *Advances in Neonatal Care*, 20(3), 244–250. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000696>
- Arvedson, J. C. (2008). Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: Clinical and instrumental approaches. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14(2), 118–127.
- Arvedson, J. C., & Brodsky, L. (2002). *Pediatric Swallowing and Feeding: Assessment and Management*. Singular.
- Arvedson, J., Clark, H., Lazarus, C., Schooling, T., & Frymark, T. (2010). The effects of oral-motor exercises on swallowing in children: An evidence-based systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(11), 1000–1013. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2010.03707.x>
- Ashford, J., McCabe, D., Wheeler-Hegland, K., Frymark, T., Mullen, R., Musson, N., Schooling, T., & Hammond, C. S. (2009). Evidence-based systematic review: Oropharyngeal dysphagia behavioral treatments. Part III—impact of dysphagia treatments on populations with neurological disorders. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 46(2), 195–204. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2008.08.0091>
- Baker, J., Barnett, C., Cavalli, L., Dietrich, M., Dixon, L., Duffy, J. R., ... & McWhirter, L. (2021). Management of functional communication, swallowing, cough and related disorders: Consensus recommendations for speech and language therapy. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 92(10), 1112–1125. <http://dx.doi.org/10.1136/jnnp-2021-326767>
- Barkmeier-Kraemer, J. M., & Clark, H. M. (2017). Speech–language pathology evaluation and management of hyperkinetic disorders affecting speech and swallowing function. *Tremor and Other Hyperkinetic Movements*, 7. <https://doi.org/10.5334/tohm.381>
- Beck, A. M., Kjaersgaard, A., Hansen, T., & Poulsen, I. (2018). Systematic review and evidence-based recommendations on texture modified foods and thickened liquids for adults (above 17 years) with oropharyngeal dysphagia—An updated clinical guideline. *Clinical Nutrition*, 37(6), 1980–1991. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2017.09.002>
- Beecher, R., & Alexander, R. (2004). Pediatric feeding and swallowing: Clinical examination and evaluation. *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*, 13(4), 21–27. <https://doi.org/10.1044/sasd13.4.21>

- Benfer, K. A., Weir, K. A., Bell, K. L., Ware, R. S., Davies, P. S., & Boyd, R. N. (2017). Oropharyngeal dysphagia and cerebral palsy. *Pediatrics*, *140*(6), Article e20170731.
<https://doi.org/10.1542/peds.2017-0731>
- Boulanger, J., Lindsay, M., Gubitz, G., Smith, E., Stotts, G., Foley, N., Bhogal, S., Boyle, K., Braun, L., Goddard, T., Heran, M., Kanya-Forster, N., Lang, E., Lavoie, P., McClelland, M., O'Kelly, C., Pageau, P., Pettersen, J., Purvis, H.,... Butcher, K. (2018). Canadian stroke best practice recommendations for acute stroke management: Prehospital, emergency department, and acute inpatient stroke care, update 2018. *International Journal of Stroke*, *13*(9), 949-984.
<https://doi.org/10.1177/1747493018786616>
- Brodsky, M. B., Mayfield, E. B., & Gross, R. D. (2019). Clinical decision making in the ICU: Dysphagia screening, assessment, and treatment. *Seminars in Speech and Language*, *40*(3), 170-187.
<https://doi.org/10.1055/s-0039-1688980>
- Burkhead, L. M. (2009). Applications of exercise science in dysphagia rehabilitation. *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*, *18*(2), 43-48.
<https://doi.org/10.1044/sasd18.2.43>
- Butler, S. G., Markley, L., Sanders, B. & Stuart, A. (2015). Reliability of the penetration aspiration scale with flexible endoscopic evaluation of swallowing. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, *124*(6), 480-483. <https://doi.org/10.1177/0003489414566267>
- Carnaby, G. D., & Harenberg, L. (2013). What is “usual care” in dysphagia rehabilitation: A survey of USA dysphagia practice patterns. *Dysphagia*, *28*(4), 567-574.
<https://doi.org/10.1007/s00455-013-9467-8>
- Carrier, G., Rodriguez, V., & Martino, R. (2020, May 15). Dysphagia assessment and treatment during the COVID-19 pandemic: Lessons learned from the transition to telepractice. *Communiqué*.
<https://blog.sac-oac.ca/dysphagia-assessment-and-treatment-during-the-covid-19-pandemic-lessons-learned-from-the-transition-to-telepractice/>
- Chen, P.-H., Golub, J. S., Hapner, E. R., & Johns, M. M. (2009). Prevalence of perceived dysphagia and quality-of-life impairment in a geriatric population. *Dysphagia*, *24*(1), 1-6.
<https://doi.org/10.1007/s00455-008-9156-1>
- Clavé, P., & Shaker, R. (2015). Dysphagia: Current reality and scope of the problem. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, *12*(5), 259-270. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2015.49>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s00455-002-0073-4>
- Council for Accreditation of Canadian University Programs in Audiology and Speech-Language Pathology. (2017). *Policies and Procedures Manual*. <https://www.cacup-aslp.ca/files/documents/Policies%20and%20Procedures%20Manual%20-%202017.pdf>
- Cousins, N., MacAulay, F., Lang, H., MacGillivray, S., & Wells, M. (2013). A systematic review of interventions for eating and drinking problems following treatment for head and neck cancer suggests a need to look beyond swallowing and trismus. *Oral Oncology*, *49*(5), 387-400.
<https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2012.12.002>

- Coyle, J. L. (2015). The clinical evaluation: A necessary tool for the dysphagia sleuth. *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*, 24(1), 18-25.
<https://doi.org/10.1044/sasd24.1.18>
- Curtis, J. A., Seikaly, Z. N., Dakin, A. E., & Troche, M. S. (2021). Detection of aspiration, penetration, and pharyngeal residue during flexible endoscopic evaluation of swallowing (FEES): Comparing the effects of color, coating, and opacity. *Dysphagia*, 36(2), 207-215.
<https://doi.org/10.1007/s00455-020-10131-0>
- Crary, M. A., Mann, G. D. C., & Groher, M. E. (2005). Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86(8), 1516-1520. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.11.049>
- 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(1), 26-33. <https://doi.org/10.1044/sasd24.1.26>
- Dodrill, P., & 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>
- Dollaghan, C. A. (2007). *The Handbook for Evidence-Based Practice in Communication Disorders*. Paul H Brookes Publishing.
- Donovan, N. J., Daniels, S. K., Edmiaston, J., Weinhardt, J., Summers, D., & Mitchell, P. H. (2013). Dysphagia screening: State of the art. Invitational Conference Proceeding from the State-of-the-Art Nursing Symposium, International Stroke Conference 2012. *Stroke*, 44(4), e24-e31.
<https://doi.org/10.1161/STR.0b013e3182877f57>
- Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A., & Ortega, P. (2002). Social and psychological burden of dysphagia: Its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*, 17(2), 139-146.
<https://doi.org/10.1007/s00455-001-0113-5>
- Fraser, S., & Steele, C. M. (2012). The effect of chin down position on penetration-aspiration in adults with dysphagia. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 36(2), 142-148. <https://www.cjslpa.ca/detail.php?lang=en&ID=1099>
- Garand, K. L., McCullough, G., Crary, M., Arvedson, J. C., & Dodrill, P. (2020). Assessment across the life span: The clinical swallow evaluation. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2S), 919-933. https://pubs.asha.org/doi/abs/10.1044/2020_AJSLP-19-00063
- 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., & 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>
- Gosa, M., & Dodrill, P. (2017). Pediatric dysphagia rehabilitation: Considering the evidence to support common strategies. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(13), 27-35.
<https://doi.org/10.1044/persp2.SIG13.27>

- Greco, E., Simic, T., Ringash, J., Tomlinson, G., Inamoto, Y., & Martino, R. (2018). Dysphagia treatment for patients with head and neck cancer undergoing radiation therapy: A meta-analysis review. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics*, 101(2), 421-444. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2018.01.097>
- Green Corkins, K., Miller, M. A., Whitworth, J. R., & McGinnis, C. (2018). Graduation day: Healthcare transition from pediatric to adult. *Nutrition in Clinical Practice*, 33(1), 81-89. <https://doi.org/10.1002/ncp.10050>
- Greer, A. J., Gulotta, C. S., Masler, E. A., & Laud, R. B. (2008). Caregiver stress and outcomes of children with pediatric feeding disorders treated in an intensive interdisciplinary program. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(6), 612-620. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm116>
- Hutcheson, K. A., Barbon, C. E., Alvarez, C. P., & Warneke, C. L. (2022). Refining measurement of swallowing safety in the Dynamic Imaging Grade of Swallowing Toxicity (DIGEST) criteria: Validation of DIGEST version 2. *Cancer*. <https://doi.org/10.1002/cncr.34079>
- Hutcheson, K. A., Nurgalieva, Z., Zhao, H., Gunn, G. B., Giordano, S. H., Bhayani, M. K., Lewin, J. S., & Lewis, C. M. (2019). Two-year prevalence of dysphagia and related outcomes in head and neck cancer survivors: An updated SEER-Medicare analysis. *Head & Neck*, 41(2), 479-487. <https://doi.org/10.1002/hed.25412>
- Ingleby, H. R., Bonilha, H. S., & Steele, C. M. (2021). A tutorial on diagnostic benefit and radiation risk in videofluoroscopic swallowing studies. *Dysphagia*, 1-26. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10335-y>
- Jaffer, N. M., Ng, E., Au, F. W. F., & Steele, C. M. (2015). Fluoroscopic evaluation of oropharyngeal dysphagia: anatomic, technical, and common etiologic factors. *American Journal of Roentgenology*, 204(1), 49-58. <https://doi.org/10.2214/AJR.13.12374>
- Kaneoka, A., Pisegna, J. M., Saito, H., Lo, M., Felling, K., Haga, N., LaValley, M. P., & Langmore, S. E. (2017). A systematic review and meta-analysis of pneumonia associated with thin liquid vs. thickened liquid intake in patients who aspirate. *Clinical Rehabilitation*, 31(8), 1116-1125. <https://doi.org/10.1177/0269215516677739>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9775-x>
- Langmore, S. E., & Pisegna, J. M. (2015). Efficacy of exercises to rehabilitate dysphagia: A critique of the literature. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 17(3), 222-229. <https://doi.org/10.3109/17549507.2015.1024171>
- Langmore, S. E., Scarborough, D. R., Kelchner, L. N., Swigert, N. B., Murray, J., Reece, S., ... & 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
- Lof, G. L. (2011). Science-based practice and the speech-language pathologist. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(3), 189-196. <https://doi.org/10.3109/17549507.2011.528801>

- Logemann, J.A. (1998). *Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders*. PRO-ED.
- Malandraki, G. A., Arkenberg, R. H., Mitchell, S. S., & Malandraki, J. B. (2021). Telehealth for dysphagia across the life span: Using contemporary evidence and expertise to guide clinical practice during and after COVID-19. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(2), 532-550. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00252
- 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, & 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, 610-619. https://doi.org/10.1044/2021_PERSP-20-00303
- Martin-Harris, B., Humphries, K., & Garand, K. L. (2017). The Modified Barium Swallow Impairment Profile (MBSImP™©): Innovation, dissemination and implementation. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2(13), 129-138. <https://doi.org/10.1044/persp2.SIG13.129>
- Martin-Harris, B., McFarland, D., Hill, E. G., Strange, C. B., Focht, K. L., Wan, Z., Blair, J., & 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>
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M., & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke*, 36(12), 2756-2763. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb>
- Martino, R., Beaton, D., & Diamant, N. E. (2010). Perceptions of psychological issues related to dysphagia differ in acute and chronic patients. *Dysphagia*, 25(1), 26-34. <https://doi.org/10.1007/s00455-009-9225-0>
- Martino, R., Flowers, H. L., Shaw, S. M., & Diamant, N. E. (2013). A systematic review of current clinical and instrumental swallowing assessment methods. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 1(4), 267-279. <https://doi.org/10.1007/s40141-013-0033-y>
- Mason, S.J., Harris, G. & Blissett, J. (2005). Tube feeding in infancy: Implications for the development of normal eating and drinking skills. *Dysphagia* 20, 46-61. <https://doi.org/10.1007/s00455-004-0025-2>
- MBSImP™: Modified Barium Swallow Impairment Profile. (2020). *What is the MBSImP™ Approach?* <https://www.northernspeech.com/mbsimp>
- McFarland, D. H., Harris, B. M., & Fortin, A. J. (2018). Enhancing swallowing-respiration co-ordination. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 6(4), 239-244. <https://doi.org/10.1007/s40141-018-0202-0>
- McFarland, D. H., Martin-Harris, B., Fortin, A. J., Humphries, K., Hill, E., & Armeson, K. (2016). Respiratory-swallowing coordination in normal subjects: Lung volume at swallowing initiation. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 234, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.resp.2016.09.004>

- McHorney, C. A., Robbins, J., Lomax, K., Rosenbek, J. C., Chignell, K., Kramer, A. E., & Bricker, D. E. (2002). The SWAL–QOL and SWAL–CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*, 17(2), 97-114. <https://doi.org/10.1007/s00455-001-0109-1>
- McSweeney, M. E., Kerr, J., Amirault, J., Mitchell, P. D., Larson, K., & Rosen, R. (2015). Oral feeding reduces hospitalizations compared with gastrostomy feeding in infants and children who aspirate. *Journal of Pediatrics*, 170, 79–84. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.11.028>
- Miles, A., Hunting, A., McFarlane, M., Caddy, D., & Scott, S. (2018). Predictive value of the New Zealand Secretion Scale (NZSS) for pneumonia. *Dysphagia*, 33(1), 115-122. <https://doi.org/10.1007/s00455-017-9841-z>
- Miller, C. K., Schroeder, J. W., & Langmore, S. (2020). Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing across the age spectrum. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(2S), 967–978. https://doi.org/10.1044/2019_AJSLP-19-00072
- Namasivayam, A. M., & Steele, C. M. (2015). Malnutrition and dysphagia in long-term care: A systematic review. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 34(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/21551197.2014.1002656>
- Namasivayam-MacDonald, A. M., Barbon, C. E., & Steele, C. M. (2018). A review of swallow timing in the elderly. *Physiology & Behavior*, 184, 12-26. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.10.023>
- Namasivayam-MacDonald, A. M., & Riquelme, L. F. (2019). Presbyphagia to dysphagia: Multiple perspectives and strategies for quality care of older adults. *Seminars in Speech and Language*, 40(3), 227-242. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1688837>
- Neubauer, P. D., Hersey, D. P., & 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>
- Neubauer, P. D., Rademaker, A. W. et Leder, S. B. (2015). The Yale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale: An anatomically defined and image-based tool. *Dysphagia*, 30(5), 521-528. <https://doi.org/10.1007/s00455-015-9631-4>
- Newman, R., Vilardell, N., Clavé, P., & 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>
- Nund, R. L., Scarinci, N. A., Cartmill, B., & Ward, E. C. (2015). Dysphagia and the family. In R. Speyer & H. Bogaardt (Eds.), *Seminars in Dysphagia* (pp. 159-175). IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/60856>
- O’Horo, J. C., Rogus-Pulia, N., Garcia-Arguello, L., Robbins, J., & Safdar, N. (2015). Bedside diagnosis of dysphagia: A systematic review. *Journal of Hospital Medicine*, 10(4), 256-265. <https://doi.org/10.1002/jhm.2313>
- Patel, D. A., Krishnaswami, S., Steger, E., Conover, E., Vaezi, M. F., Ciucci, M. R., & Francis, D. O. (2018). Economic and survival burden of dysphagia among inpatients in the United States. *Diseases of the Esophagus*, 31(1), Article dox131. <https://doi.org/10.1093/dote/dox131>

- Peladeau-Pigeon, M., & Steele, C. M. (2013). Technical aspects of a videofluoroscopic swallowing study. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 37(3), 216-226.
- Plowman, E. K., & Humbert, I. A. (2018). Elucidating inconsistencies in dysphagia diagnostics: Redefining normal. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 20(3), 310-317. <https://doi.org/10.1080/17549507.2018.1461931>
- Plowman, E. K., Tabor-Gray, L., Rosado, K. M., Vasilopoulos, T., Robison, R., Chapin, J. L., Gaziano, J., Vu T, & Gooch, C. (2019). Impact of expiratory strength training in amyotrophic lateral sclerosis: Results of a randomized, sham-controlled trial. *Muscle & Nerve*, 59(1), 40-46. <https://doi.org/10.1002/mus.26292>
- Rangira, D., Najeeb, H., Shune, S. E., & Namasivayam-MacDonald, A. (2021). Understanding burden in caregivers of adults with dysphagia: A systematic review. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 31(1), 486-501. https://doi.org/10.1044/2021_AJSLP-21-00249
- Riquelme, L. F. (2015). Clinical swallow examination (CSE): Can we talk? Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia), 24(1), 34-39. <https://doi.org/10.1044/sasd24.1.34>
- Robbins, J., Nicosia, M., Hind, J. A., Gill, G. D., Blanco, R., & Logemann, J. (2002). Defining physical properties of fluids for dysphagia evaluation and treatment. *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*, 11(2), 16-19. <https://doi.org/10.1044/sasd11.2.16>
- Robbins, J., Butler, S. G., Daniels, S. K., Gross, R. D., Langmore, S., Lazarus, C. L., Martin-Harris, B., McCabe, D., Musson, N., & Rosenbek, J. (2008). Swallowing and dysphagia rehabilitation: Translating principles of neural plasticity into clinically oriented evidence. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 51, S276-S300. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008\)021](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008)021)
- Rosenbek, J. C., Robbins, J. A., Roecker, E. B., Coyle, J. L., & Wood, J. L. (1996). A penetration-aspiration scale. *Dysphagia*, 11(2), 93-98. <https://doi.org/10.1007/BF00417897>
- Schwarz, M., Ward, E. C., Ross, J., & 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>
- Sharma, S., Ward, E. C., Burns, C., Theodoros, D., & Russell, T. (2013). Assessing dysphagia via telerehabilitation: Patient perceptions and satisfaction. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15(2), 176-183. <https://doi.org/10.3109/17549507.2012.689333>
- Speech-Language & Audiology Canada [SAC] (2017a). *Position Statement on the Role of Speech-Language Pathologists in Dysphagia*. https://www.sac-oac.ca/sites/default/files/resources/dysphagia_position_statement_en.pdf
- Speech-Language & Audiology Canada [SAC] (2017b). *Speech-Language & Audiology Canada Current Dysphagia Practice Patterns 2016 Survey Results*. https://www.sac-oac.ca/sites/default/files/resources/dysphagia_survey_report_en.pdf
- Speech Pathology Australia (2012). *Clinical Guideline: Dysphagia*. https://www.speechpathologyaustralia.org.au/SPAweb/Members/Clinical_Guidelines/spaweb/Members/Clinical_Guidelines/Clinical_Guidelines.aspx?hkey=f66634e4-825a-4f1a-910d-644553f59140

- Steele, C. M., Peladeau-Pigeon, M., Barbon, C. A., Guida, B. T., Namasivayam-MacDonald, A. M., Nascimento, W. V., Smaoui, S., Tapson, M. S., Valenzano, T. J., Waito, A. A., & Wolkin, T. S. (2019). Reference values for healthy swallowing across the range from thin to extremely thick liquids. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 62(5), 1338-1363. https://doi.org/10.1044/2019_JSLHR-S-18-0448
- Steele, C. M., Namasivayam-MacDonald, A. M., Guida, B. T., Cichero, J. A., Duivesteyn, J., Hanson, B., Lam, P., & Riquelme, L. F. (2018). Creation and initial validation of the International Dysphagia Diet Standardisation Initiative Functional Diet Scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(5), 934-944. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2018.01.012>
- Suiter, D. M., Daniels, S. K., Barkmeier-Kraemer, J. M., & 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
- Sura, L., Madhavan, A., Carnaby, G., & Crary, M. A. (2012). Dysphagia in the elderly: Management and nutritional considerations. *Clinical Interventions in Aging*, 7, 287-298. <https://doi.org/10.2147/CIA.S23404>
- Takizawa, C., Gemmell, E., Kenworthy, J., & Speyer, R. (2016). A systematic review of the prevalence of oropharyngeal dysphagia in stroke, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, head injury, and pneumonia. *Dysphagia*, 31(3), 434-441. <https://doi.org/10.1007/s00455-016-9695-9>
- Teasell, R., Salbach, N. M., Foley, N., Mountain, A., Cameron, J. I., Jong, A. D., A. de, Acerra, N. E., Bastasi, D., Carter, S. L., Fung, J., Halabi, M.-L., Iruthayarajah, J., Harris, J., Kim, E., Noland, A., Pooyania, S., Rochette, A., Stack, B. D., Symcox, E., & Lindsay, M. P. (2020). Canadian stroke best practice recommendations: Rehabilitation, recovery, and community participation following stroke. Part one: rehabilitation and recovery following stroke; Update 2019. *International Journal of Stroke*, 15(7), 763-788. <https://doi.org/10.1177/1747493019897843>
- Threats T. T. (2007). Use of the ICF in dysphagia management. *Seminars in Speech and Language*, 28(4), 323-333. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986529>
- Vesey, S. (2013). Dysphagia and quality of life. *British Journal of Community Nursing*, Suppl, S14, S16, S18-19. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.sup5.s14>
- Vose, A. K., Kesneck, S., Sunday, K., Plowman, E., & Humbert, I. (2018). A survey of clinician decision making when identifying swallowing impairments and determining treatment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 61(11), 2735-2756. https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-S-17-0212
- Ward, E. C., Sharma, S., Burns, C., Theodoros, D., & Russell, T. (2012). Validity of conducting clinical dysphagia assessments for patients with normal to mild cognitive impairment via telerehabilitation. *Dysphagia*, 27(4), 460-472. <https://doi.org/10.1007/s00455-011-9390-9>
- Wilson, J. J., Simmons, A. K., & H. McCarthy, J. (2020). Pediatric dysphagia: Survey results describing speech-language pathologists' education and experience. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5(1), 236-245. https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00016
- World Health Organization. (2001). *ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health*. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>

© 2022, OAC

C'est Orthophonie et audiologie Canada qui détient le droit d'auteur. Il est interdit de réimprimer, reproduire, mettre en mémoire pour extraction, transcrire de quelque façon que ce soit (électroniquement, mécaniquement, par photocopie ou autrement) une partie quelconque de cette publication sans l'autorisation écrite d'OAC. Contacter pubs@sac-oac.ca. Les citations doivent mentionner la référence complète (OAC, nom de la publication, titre de l'article, volume, numéro et pages).